

БОЛЬ В СПИНЕ КАК ОДНА ИЗ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ РЕВМАТОЛОГИИ

22–24 октября 2014 г. в Киеве состоялась Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы гериатрической ревмоортопедии». Организаторами масштабного форума выступили Министерство здравоохранения Украины, Национальная академия медицинских наук (НАМН) Украины, Украинская ассоциация остеопороза, Ассоциация ревматологов Украины, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров Украины, Украинская ассоциация гинекологов-эндокринологов, Государственное учреждение (ГУ) «Институт геронтологии имени Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины». В работе конференции приняли участие ведущие отечественные специалисты в области геронтологии, ревматологии, ортопедии, вертебрологии и гинекологии из всех регионов Украины, а также известные ученые из Австрии, Швейцарии, Португалии, Польши, России, Белоруссии, Литвы.

Научная программа форума включила такие актуальные для гериатрической ревмоортопедии направления, как возрастные особенности патологии костно-мышечной системы, терапия при острых и хронических болевых синдромах, современные подходы к лечению пациентов с тяжелым системным остеопорозом, проблема дефицита витамина D в гериатрии, новые подходы в диагностике костно-мышечной патологии и другие аспекты данной проблематики.

Трехдневный форум открылся расширенным заседанием Ученого совета ГУ «Институт геронтологии имени Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины» на тему «Современные достижения ревмоортопедии», проведенным совместно с организациями — партнерами конференции. Заседание приурочено к 60-летию члена правления Всемирной ассоциации остеопороза (International Osteoporosis Foundation), президента Украинской ассоциации остеопороза, президента Ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-мышечной системы, директора Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, заслуженного деятеля науки и техники Украины, доктора медицинских наук, профессора **Владислава Поворознюка**.

В рамках насыщенной программы Конференции особый интерес участников вызвала работа симпозиума «Боль в спине», актуальная тематика которого привлекла внимание как ученых, так и клиницистов различной профильной специализации. В частности, центральное место в работе симпозиума занял доклад В. Поворознюка «Боль в спине у людей разного возраста: причины, особенности диагностики, профилактики и лечения».

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Боль в спине является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Скелетно-мышечная боль в спине с острой симптоматикой возникает на том или ином этапе жизни у более чем 90% людей и занимает 2-е место по распространенности среди острых болевых синдромов после головной боли. В структуре хронических болевых синдромов скелетно-мышечная боль в спи-

не также занимает 2-е по частоте место (после суставной боли). Распространенность хронической боли в спине (ХБС) и шейном отделе позвоночника составляет 24–56,7%.

Клинический прогноз для пациентов с ХБС остается неблагоприятным вследствие ограниченной эффективности существующих методов лечения и недостаточного понимания механизмов формирования хронизации болевого синдрома.

В качестве основных источников локальной боли в поясничной области в 70–80% случаев рассматривают миогенные нарушения (спазм, микротравматизацию, ишемизацию паравертебральных мышц), в 40% — дисфункцию фасеточных суставов и лишь в 10% — дискогенную боль; в большинстве случаев боль в спине — смешанного генеза.

Такие болевые синдромы, как фасеточный, миофасциальный и мышечно-тонический, нередко проявляются сходными жалобами.

Определение источника боли при обследовании пациентов с явными ортопедическими дефектами в виде грубого сколиоза, спондилолистеза, нестабильности поясничного отдела позвоночника, разной длины ног, косоного и скрученного таза, патологии тазобедренного сустава для клинициста не представляет особой сложности.

Вместе с тем у пациентов с ХБС, особенно у лиц пожилого возраста, выявить источник болевой импульсации представляется непростой задачей. По мнению ряда ведущих исследователей в этой области, без применения инвазивных методов диагностики (дискографии, диагностических блокад) точное определение источника боли возможно не более чем в 15% случаев хронического скелетно-мышечного болевого синдрома.

В целом болевые синдромы в области спины по происхождению можно дифференцировать на две группы — биомеханического и небιοмеханического характера. В 97% случаев боль в нижней части спины или нижних конечностях носит биомеханический характер с развитием следующих патологических состояний:

- перенапряжение, повреждение, растяжение поясничного отдела позвоночника (идиопатическая боль в пояснице) — 70%;

- дегенеративные изменения межпозвоночных дисков и фасеточных суставов, как правило, обусловленные возрастом (10%);
- пролапс межпозвоночного диска (3%);
- стеноз позвоночного канала (3%);
- остеопоротические компрессионные переломы (4%);
- спондилолистез (2%);
- травматические переломы (<1%);
- врожденная патология (<1%);
- выраженный кифоз;
- тяжелые формы сколиотической болезни;
- переходные позвонки;
- спондилолиз;
- внутренние разрывы диска или дискогенная боль в нижней части спины;
- нестабильность позвоночных двигательных сегментов.

Докладчик отметил, что количество вертебральных переломов увеличивается со временем, в частности в возрасте >55 лет риск возникновения переломов позвонков существенно возрастает у лиц обоего пола, что следует учитывать при наличии жалоб на боль в области спины у лиц пожилого возраста.

Небиомеханические повреждения позвоночника в общей структуре составляют около 1% и включают следующие состояния:

- Неопластические процессы (0,7%):
 - миеломная болезнь;
 - метастатическая карцинома;
 - лимфома и лейкомия;
 - опухоли спинного мозга;
 - опухоли забрюшинного пространства;
 - первичные опухоли позвоночника.
- Инфекционные процессы (0,1%):
 - остеомиелит;
 - септический дисцит;
 - параспинальный абсцесс;
 - эпидуральный абсцесс;
 - опоясывающий лишай;
 - воспалительный артрит.
- Воспалительный артрит (часто связанный с антигеном HLA-B27) (0/3%):
 - анкилозирующий спондилоартрит;
 - псориатический спондилит;
 - синдром Рейтера;
 - неспецифические воспалительные заболевания кишечника.
- Болезнь Шейермана — Мау.
- Болезнь Педжета.

Целесообразно также выделить причины развития вертебрального болевого синдрома у женщин в постменопаузальный период, к которым относят:

- дегенеративные процессы в межпозвоночных дисках;
- спондилоартрит;
- остеопороз;
- спондилолистез.

С целью дифференциальной диагностики злокачественных и/или вторичных видов боли в спине разработана система «красных флажков» —

комплекса симптомов, который предполагает обязательное дальнейшее обследование пациента. К ним относят:

- возникновение боли в возрасте <20 или >55 лет;
- перенесенную в недавнем прошлом травму спины;
- нарастающий с течением времени характер боли;
- отсутствие облегчения боли или ее усиление после пребывания в положении лежа;
- локализацию боли в грудном отделе позвоночника;
- перенесенные онкологические заболевания;
- длительное применение глюкокортикоидов (в том числе ингаляционных форм);
- внутривенное применение наркотических препаратов;
- иммунодефицитные состояния;
- длительное недомогание, лихорадку, необъяснимое уменьшение массы тела;
- наличие очагового неврологического дефицита;
- выраженную деформацию позвоночника.

К наиболее информативным инструментальным методам диагностики при боли в спине относят:

- рентгенологический;
- двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию;
- латеральную рентгеновскую абсорбциометрию с возможностью оценки риска переломов тел позвонков;
- компьютерную томографию;
- остеосцинтиграфию;
- однофотонную компьютерную томографию (SPECT);
- магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Следует отметить несостоятельность утверждений о возможности установления причины боли в нижней части спины рентгенологическими (визуализационными) методами.

По данным J.D. Baras и L.C. Baker (2009), увеличение количества визуализационных центров способствует лишь росту числа направлений на МРТ-обследование и нейрохирургических вмешательств, вместе с тем, это не отражается на снижении заболеваемости данной патологией. По данным S.J. Bigos и соавторов (2009), вероятность выявления асимптомной патологии позвоночника с помощью использования современных диагностических методик резко повышается у лиц в возрасте ≥ 30 лет. Так, вероятность выявления протрузии дисков в возрасте 30–40 лет составляет 75–100%, дегенеративных изменений межпозвоночных суставов в возрасте 50–60 лет — 50–85%, грыжи межпозвоночного диска в возрасте 40–60 лет — 40–60%.

С целью формирования оптимальной тактики ведения пациентов с болевым синдромом в нижней части спины докладчик обратил особое внимание на следующие состояния (адаптировано по: Deyo R.A., Weinstein J.N., 2001):

- синдром конского хвоста — характеризуется дисфункцией кишечника или мочевого пузыря (задержка мочеиспускания), онемением в области промежности и медиальной поверхности бедер (в области «седла»), болью в обеих нижних конечностях, слабостью и онемением;
- прогрессирующий или выраженный неврологический дефицит;
- стойкий нейромоторный неврологический дефицит, сохраняющийся после 4–6-недельного курса терапии;
- стойкая ишиалгия (наряду с болью в нижней части спины) в течение 4–6 нед со стойкими клиническими и неврологическими проявлениями (в том числе постоянный нейромоторный дефицит).

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ХБС В ПОЗИЦІЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Согласно данным S. Kinkade (2007), высоким уровнем доказательности обладают клинические рекомендации в отношении применения следующих классов лекарственных препаратов при острой неспецифической боли в нижней части спины:

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- парацетамол;
- миорелаксанты.

НПВП

Применение НПВП является ключевым направлением в симптоматическом и патогенетическом лечении при острой и ХБС. НПВП ингибируют действие циклооксигеназы (ЦОГ) и предупреждают синтез простагландинов, опосредующих эффекты воспаления и гипералгезии, кроме того, антипростагландиновый эффект может блокировать спинальную ноцицептивную импульсацию. В противоположность этому, например парацетамол, обладает лишь центральным механизмом действия. НПВП необходимо назначать в качестве первого шага ступенчатой терапии при боли в спи-

не, прежде всего на уровне врачей общей практики. Именно на этом этапе острой и подострой боли применение НПВП обеспечивает воздействие на периферические компоненты болевого синдрома — соматические (купирование воспаления, отека) и нейрохимические стимуляторы болевых рецепторов.

Препараты класса НПВП различного химического строения обладают разной степенью выраженности обезболивающего эффекта и различной переносимостью.

По выраженности анальгезирующего эффекта преимущество отдают производным фенилуксусной кислоты (ацеклофенак, диклофенак) и производным пропионовой кислоты (ибупрофен, кетопрофен) как наиболее безопасным препаратам ЦОГ-неселективного действия.

С учетом клинической эффективности и безопасности наиболее перспективным в терапии при боли в спине представляется применение нового представителя класса НПВП — ацеклофенака.

Ацеклофенак (производное фенилуксусной кислоты) синтезирован в 1982 г. в Испании, его первое клиническое исследование датируется 1986 г.; впервые одобрен для маркетинга в Испании (1992), затем — в Европейском Союзе (1997); представлен на рынках 60 стран мира, с 2004 г. зарегистрирован в Украине под торговым названием Аэртал® («Рихтер Гедеон», Венгрия).

Препарат быстро всасывается, трансформируется в печени, достигая максимальной концентрации в плазме крови через 1,25–3 ч, выводится главным образом с мочой, период полувыведения составляет 4 ч. Аэртал® хорошо проникает в полость сустава: его концентрация в синовиальной жидкости практически соответствует таковой в плазме крови.

Препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие, связанное с неселективным подавлением ЦОГ: конститутивную ЦОГ-1 ингибирует слабо (чем обусловлен его благоприятный профиль безопас-



ности), вместе с тем интенсивно подавляет провоспалительную ЦОГ-2. Кроме того, ацеклофенак ингибирует провоспалительные цитокины (интерлейкин-1, фактор некроза опухоли- α), нейтрализует свободные кислородные радикалы, снижает выраженность адгезии клеточных молекул (все это обуславливает выраженный анальгезирующий и противовоспалительный эффект). Отличительной особенностью препарата является способность не только подавлять образование простагландина E_2 в синовиальной оболочке, но и стимулировать синтез хрящевого матрикса. Имеются также данные о том, что ацеклофенак активирует антагонисты рецепторов интерлейкина-1 в хондроцитах, подавляет активность и продукцию металлопротеиназ, способствует выделению протеогликанов, обеспечивая тем самым хондропротекторное действие.

В ходе доклада представлена убедительная доказательная база клинической эффективности ацеклофенака — результаты ряда рандомизированных клинических исследований, подтверждающих выраженную анальгезирующую и противовоспалительную активность препарата, а также его лучшую переносимость в сравнении с другими НПВП. Докладчик отметил, что на сайте Кокрановского сотрудничества данному лекарственному препарату посвящено более 140 позиций. Во всех масштабных клинических исследованиях препаратом сравнения является диклофенак, поскольку в иерархии классических НПВП препарат занимает лидирующую позицию по анальгезирующему действию и третью — по противовоспалительному эффекту, являя собой золотой стандарт в терапии при ревматических заболеваниях.

В. Поворознюк представил результаты проспективного открытого многоцентрового исследования SAMM (Safety Assessment of Marketed Medicines) (Huskisson E. et al., 2000), целью которого была оценка частоты развития побочных реакций на фоне применения ацеклофенака и диклофенака в обычных клинических условиях. В целом в исследование включили 10 142 пациента. Больные 1-й группы ($n=7890$) получали ацеклофенак по 100 мг 2 раза в сутки, 2-й группы ($n=2252$) — диклофенак по 75 мг 2 раза в сутки. Период лечения составил 12 мес. Переносимость обоих препаратов была хорошей, побочные реакции — легкими или умеренно выраженными. Более того, частота осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта у больных, принимавших ацеклофенак, была достоверно ниже (10,6%), чем у пациентов группы диклофенака (12,5%; $p<0,001$). Побочные эффекты чаще отмечали у лиц старшего возраста. Тяжелые побочные реакции зарегистрированы у 1,5% пациентов, принимавших ацеклофенак (госпитализация потребовалась у 1,2%), и 1,9% — больных группы диклофенака (госпитализация потребовалась у 1,5%). Прекратили лечение 59% больных, получавших ацеклофенак, и 63,7% — диклофенак.

Во многоцентровом Европейском обсервационном когортном исследовании (Lemmel E. et al.,

2002), проведенном в Германии, Австрии, Бельгии и Греции с участием 23 402 пациентов с болевым синдромом воспалительного и дегенеративного генеза, оценивали степень удовлетворенности результатами лечения со стороны врачей и пациентов, а также степень приверженности лечению. По данным исследования, больные оценили ацеклофенак как высокоэффективный препарат с выраженным быстродействующим анальгезирующим действием, сохраняющимся в течение всего периода терапии. Оценка препарата как со стороны пациентов, так и со стороны клиницистов относительно противовоспалительной активности и переносимости соответствовала «хорошей» и «очень хорошей» в 84% случаев. Степень удовлетворенности пациентов проведенной терапией и уровень комплаенса при применении ацеклофенака получили впечатляюще высокие оценки — по 90%.

Суммарная оценка данных Европейского обсервационного когортного исследования, а также данных ранее проведенного исследования SAMM позволяет позиционировать ацеклофенак для применения в повседневной клинической практике в качестве эффективного препарата с хорошей переносимостью и хорошим комплаенсом у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями воспалительного и дегенеративного генеза.

Наличие доступного мощного противовоспалительного агента с низкой частотой развития побочных реакций, свойства которого в полной мере воплощает ацеклофенак, открывает новые возможности в терапии воспалительного болевого синдрома.

В двойном слепом многоцентровом рандомизированном клиническом исследовании сравнивали эффективность и переносимость ацеклофенака с диклофенака резинатом у 227 пациентов с острым болевым синдромом в нижней части спины (Schattenkirchner M., Milachowsk K.A., 2003).

Получены статистически достоверные данные о клиническом преимуществе применения ацеклофенака в купировании болевого синдрома и лучшем профиле безопасности и переносимости препарата в сравнении с диклофенаком.

Миорелаксанты

С целью воздействия на патогенетические механизмы хронизации боли в спине (прежде всего на мышечный спазм), на втором этапе лечения применяют миорелаксанты центрального действия. Основным механизмом действия данного класса препаратов является торможение возбуждения моторного нейрона в ответ на болевые стимулы.

Происходит нормализация повышенного мышечного тонуса вследствие блокирования передачи патологического возбуждения на мотонейроны. Таким образом, миорелаксанты оказывают обезболивающее действие, способствуя возвращению расторможенных отделов нервной системы в состояние покоя, устраняя таким образом «болеву память». Это не только уменьшает выраженность боли при хроническом болевом синдро-

ме, но и предупреждает нарастание интенсивности острой боли и ее хронизацию.

По данным систематического обзора в рамках Кокрановского сотрудничества (van Tulder M.W. et al., 2003), результаты 30 рандомизированных контролируемых клинических исследований по оценке эффективности применения миорелаксантов при острой боли в нижней части спины подтвердили высокую эффективность данного класса препаратов при неспецифической боли в спине. При этом отмечена необходимость клинической настороженности в отношении побочных реакций миорелаксантов, свойственных бензодиазепиновым представителям. Получены данные о повышении эффективности терапии и уменьшении периода лечения при комбинированном применении миорелаксантов центрального действия в сочетании с НПВП.

Клиническая эффективность подтверждена для следующих небензодиазепиновых миорелаксантов:

- толперизон — в дозе 150–450 мг/сут;
- баклофен — в дозе 10–30 мг/сут;
- тизанидин — в дозе 6–12 мг/сут.

В настоящее время растет доказательная база данных относительно самостоятельного обезболивающего эффекта указанных миорелаксантов, независимого от миорелаксирующего действия. В отличие от этого, длительное применение таких миорелаксантов, как бензодиазепины и циклобензаприн (трициклический препарат со структурой, схожей с amitriptилином), является клинически неэффективным, к тому же характеризуется плохой переносимостью.

Согласно данным J.M. Mens (2005), бензодиазепиновые миорелаксанты не следует применять в терапии при боли в нижней части спины, поскольку риск физической и психологической зависимости значительно превышает позитивный клинический эффект даже после короткого курса терапии.

Препарат селективного миорелаксанта центрального действия толперизона Мидокалм («Рихтер Гедеон», Венгрия) продемонстрировал высокую эффективность при купировании боли, сопровождающейся мышечным спазмом, и хорошую переносимость как в комбинации с НПВП, так и в режиме монотерапии.

Антиконвульсанты

Нейропатическая боль в спине возникает вследствие поражения нервного корешка, чаще всего — при компрессионной радикулопатии, обусловленной грыжей межпозвоночного диска или стенозом спинномозгового канала. В типичных случаях клиническая картина характеризуется симптомами, которые традиционно описываются как радикулярная («корешковая») боль: острые «прострелы», иррадиация боли по ходу нервного корешка, ощущение жжения, покалывания в сочетании с симптомами выпадения чувствительности и снижением сухожильных рефлексов. При доказанном болевом радикулярном синдроме стандартное применение традиционных анальгетиков, НПВП и миорелак-

сантов не всегда эффективно, что негативно влияет на процесс реабилитации и прогноз заболевания. В отличие от неспецифической боли в спине, радикулярная боль чаще становится хронической и в существенной степени дезадаптирует больных и снижает качество их жизни.

Согласно рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ (European Federation of Neurological Societies), габапентин является препаратом выбора для лечения при всех типах болевой полинейропатии (Attal N. et al., 2010).

В оптимизации анальгезии при вертеброгенном болевом синдроме особый интерес представляет антиконвульсант габапентин (препарат Тебантин®, «Рихтер Гедеон», Венгрия). Габапентин усиливает синтез гамма-аминомасляной кислоты, обладает модулирующим воздействием на NMDA-рецепторы, блокирует $\alpha_2\delta$ -субъединицу вольтажчувствительных кальциевых каналов, снижает высвобождение моноаминов, уменьшает синтез и транспорт глутамата, способствует снижению порогового возбуждения периферических нервов.

Тебантин® (габапентин) представлен в капсулах по 300 мг № 50 и 100, что обеспечивает удобство при проведении разных по длительности курсов терапии. Препарат востребован на фармацевтическом рынке Украины, успел завоевать доверие пациентов и специалистов; по итогам X Ежегодного конкурса профессионалов фармацевтической отрасли Украины «Панацея-2009» Тебантин® признан препаратом года среди рецептурных лекарственных средств.

Выводы

С учетом вышеизложенных подходов к терапии при боли в спине представляется оптимальным рекомендовать к применению следующую линейку лекарственных препаратов, хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике и уверенно занявших место на фармацевтическом рынке Украины:

- НПВП — препарат ацеклофенака Аэртал® («Рихтер Гедеон», Венгрия) в дозе 100 мг 2 раза в сутки.
- Антиконвульсант — препарат габапентина Тебантин® («Рихтер Гедеон», Венгрия) путем титрования дозы до достижения адекватной анальгезии (1-й день — 300 мг/сут; 2-й день — 600 мг/сут; 3-й день — 900 мг/сут с дальнейшей поддерживающей дозой 900–1200 мг/сут, в отдельных случаях — 1500 мг/сут).
- Миорелаксант центрального действия — препарат толперизона Мидокалм («Рихтер Гедеон», Венгрия) в дозе 450 мг/сут в течение 3–4 нед.

Патогенетически обоснованную комбинированную фармакотерапию с применением лекарственных препаратов Аэртал®, Тебантин®, Мидокалм, соответствующую современным международным рекомендациям по лечению пациентов с болевым синдромом и основанную на данных клинических исследований высокого уровня доказательности, можно рассматривать в качестве эф-

фективного и надежного клинического инструмента в терапии при боли в спине у пациентов разных возрастных групп.

Комплексное применение этих препаратов является примером оптимального клинического выбора, соответствующего клиническим протоколам лечения с минимизацией риска возникновения побочных эффектов полифармакотерапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Attal N., Cruccu G., Baron L. et al. (2010) EFNS guidelines of pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur. J. Neurol.*, 17(9): 1113–e88.

Baras J.D., Baker L.C. (2009) Magnetic resonance imaging and low back pain care for Medicare patients. *Health Aff. (Millwood)*, 28(6): w1133–1140.

Bigos S.J., Holland J., Holland C. et al. (2009) High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *Spine J.*, 9(2): 147–168.

Deyo R.A., Weinstein J.N. (2001) Low back pain. *N. Engl. J. Med.*, 344(5): 363–370.

Huskisson E., Irani M., Murray F. (2000) A large prospective open-label, multicentre SAMM study, comparing the safety of aceclofenac with diclofenac in patients with rheumatic disease. *Europ. J. Rheumatol. Inflamm.*, 7(1): 1–7.

Kinkade S. (2007) Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am. Fam. Physician.*, 75(8): 1181–1188.

Lemmel E.M., Leeb B., De Bast J. et al. (2002) Patient and physician satisfaction with aceclofenac: results of the European Observational Cohort Study (experience with aceclofenac for inflammatory pain in daily practice). Aceclofenac is the treatment of choice for patients and physicians in the management of inflammatory pain. *Curr. Med. Res. Opin.*, 18(3): 146–153.

Mens J.M. (2005) The use of medication in low back pain. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 19(4): 609–621.

Schattenkirchner M., Milachowski K.A. (2003) A double-blind, multicentre, randomised clinical trial comparing the efficacy and tolerability of aceclofenac with diclofenac resinate in patients with acute low back pain. *Clin. Rheumatol.*, 22(2): 127–235.

van Tulder M.W., Touray T., Furlan A.D. et al. (2003) Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine*, 28(17): 1978–1992.

*Ольга Федорова,
фото Сергея Бека*

Информация для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников

Аэртал®

Р.с. № UA/5359/01/01 от 26.10.2011 г.

Состав. 1 таблетка содержит 100 мг ацеклофенака. **Фармакотерапевтическая группа.** НПВП. Производные уксусной кислоты и родственные вещества. **Код АТС.** M01A B16. **Показания.** Симптоматическая терапия болевого синдрома и воспаления при остеоартрите, ревматоидном артрите и анкилозирующем спондилите, а также при других заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся болью (например плечелопаточный периартрит или внесуставной ревматизм). В качестве анальгетика при состояниях, сопровождающихся болевым синдромом (в том числе боль в поясничном отделе позвоночника, зубная боль и первичная (функциональная) дисменорея). **Противопоказания.** Препарат противопоказан пациенту с НПВП-обусловленными желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией язвы в анамнезе; пациентам с активным кровотечением или нарушением свертываемости крови; лицам с тяжелой степенью почечной или печеночной недостаточности; пациентам с сердечной недостаточностью тяжелой степени; лицам с гиперчувствительностью к ацеклофенаку или какому-либо вспомогательному компоненту препарата, а также пациентам с астматическими приступами, острым ринитом, ангионевротическим отеком или крапивницей, обусловленным приемом ацетилсалициловой кислоты или НПВП, а также пациентам с гиперчувствительностью к этим препаратам. Применение препарата в III триместр беременности противопоказано. Не рекомендован к применению у детей. **Побочные реакции.** Со стороны пищеварительного тракта – пептическая язва, перфорации или желудочно-кишечные кровотечения; тошнота, рвота, диарея, метеоризм, запор, диспепсия, боль в области живота, мелена, рвота кровью, язвенный стоматит, обострение колита и болезни Крона; гастрит, панкреатит. Реакции гиперчувствительности – неспецифические аллергические реакции и анафилактическая, реактивные реакции со стороны органов дыхания, в том числе бронхиальная астма, ухудшение течения бронхиальной астмы, бронхоспазм и диспноэ или различные кожные проявления, в том числе разные формы кожных высыпаний, зуд, крапивница, пурпура, ангионевротический отек и др. Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные нарушения – отеки, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность; возможно повышение риска тромбозомболических осложнений и др. **Производитель.** ОАО «Гедеон Рихтер», Будапешт, Венгрия, по лицензии Алмирал А.Г., Швейцария.

Тебантин®

Р.с. № UA/3421/01/02 от 30.07.2010 г.

Состав. 1 капсула содержит 300 мг габапентина. **Форма выпуска.** Капсулы по 300 мг № 50 и 100. **Фармакотерапевтическая группа.** Противозлептические препараты. **Код АТС.** N03AX12. **Фармакологические свойства.** Точный механизм действия неизвестен. Габапентин структурно связан с гамма-аминомасляной кислотой. Габапентин связывается с пептидсвязывающими участками вольтажчувствительных кальциевых каналов и как результат – модулирует высвобождение нейротрансмиттеров. **Показания.** Лечение при периферической нейропатической боли (болевого диабетической нейропатии и постгерпетической невралгии у взрослых); эпилепсии (в качестве адьювантной терапии при купировании парциальных приступов со вторичной

генерализацией или без у взрослых и детей в возрасте старше 6 лет и в качестве монотерапии при парциальных приступах со вторичной генерализацией или без у взрослых и детей в возрасте старше 12 лет). **Применение.** Габапентин можно применять независимо от приема пищи. Схема дозирования – начальное титрование: 1-й день – 300 мг 1 раз в сутки; 2-й день – 300 мг 2 раза в сутки; 3-й день – 300 мг 3 раза в сутки. Возможно назначение начальной дозы 900 мг/сут, распределенной на 3 приема. Со временем, в зависимости от индивидуальной реакции, дозу можно повышать пошагово по 300 мг/сут каждые 2–3 дня до максимальной дозы 3600 мг/сут. Минимальное время достижения дозы 1800 мг/сут составляет 1 нед, дозы 2400 мг/сут – в целом 2 нед, дозы 3600 мг/сут – в целом 3 нед. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных компонентов препарата. **Побочные реакции.** Лейкопения, анорексия, повышение аппетита, спутанность сознания и эмоциональная лабильность, сонливость, атаксия, судороги, гиперкинезы, дизартрия, амнезия, тремор, бессонница, головная боль, парестезия, гипестезия, нарушение координации, нистагм, амблиопия, диплопия, головокружение, артериальная гипертензия, бронхит, фарингит, рвота, тошнота, диарея, боль в животе, диспепсия, запор, сухость во рту или глотке, метеоризм, отек лица. **Условия хранения.** При температуре не выше 25 °С. Упаковка: 10 двухцветных желатиновых капсул в блистере, 5 или 10 блистеров в картонной упаковке. **Производитель.** ОАО «Гедеон Рихтер», Н-1103, ул. Демреи, 19–21, Будапешт, Венгрия.

Мидокалм

Р.с. № UA/7535/02/01, UA/7535/02/02 от 14.01.13 г.

Состав. Действующее вещество: толперизона гидрохлорид; 1 таблетка в пленочной оболочке содержит 50 мг или 150 мг толперизона гидрохлорида. **Фармакотерапевтическая группа.** Миорелаксанты с центральным механизмом действия. **Код АТС.** M03B X04. **Показания.** Симптоматическое лечение мышечного спазма у взрослых. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к какому-либо компоненту препарата; миастения гравис; период кормления грудью. **Побочные реакции.** Нечасто ($\geq 1/1000$, $< 1/100$): анорексия, бессонница, нарушение сна, головная боль, головокружение, сонливость; ощущение дискомфорта в области живота, диарея, сухость слизистой оболочки полости рта, диспепсия, тошнота; мышечная слабость, миалгия, боль в конечностях, астения, дискомфорт, повышенная утомляемость. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия.** Одновременное применение толперизона повышает плазменные концентрации препаратов, которые преимущественно метаболизируются цитохромом CYP 2D6, в частности тиапридазина, толтеродина, венлафаксина, атомоксетина, дезипрамина, декстрометорфана, метопролола, небиволола, перфеназина. **Условия хранения.** Хранить в недоступном для детей месте при температуре ≤ 30 °С. **Упаковка.** 10 таблеток, покрытых пленочной оболочкой, по 50 мг или по 150 мг в блистере, по 3 блистера в картонной упаковке. **Категория отпуска.** По рецепту. **Производитель.** ОАО «Гедеон Рихтер», Венгрия.

Полная информация о лекарственных средствах содержится в инструкциях по медицинскому применению.