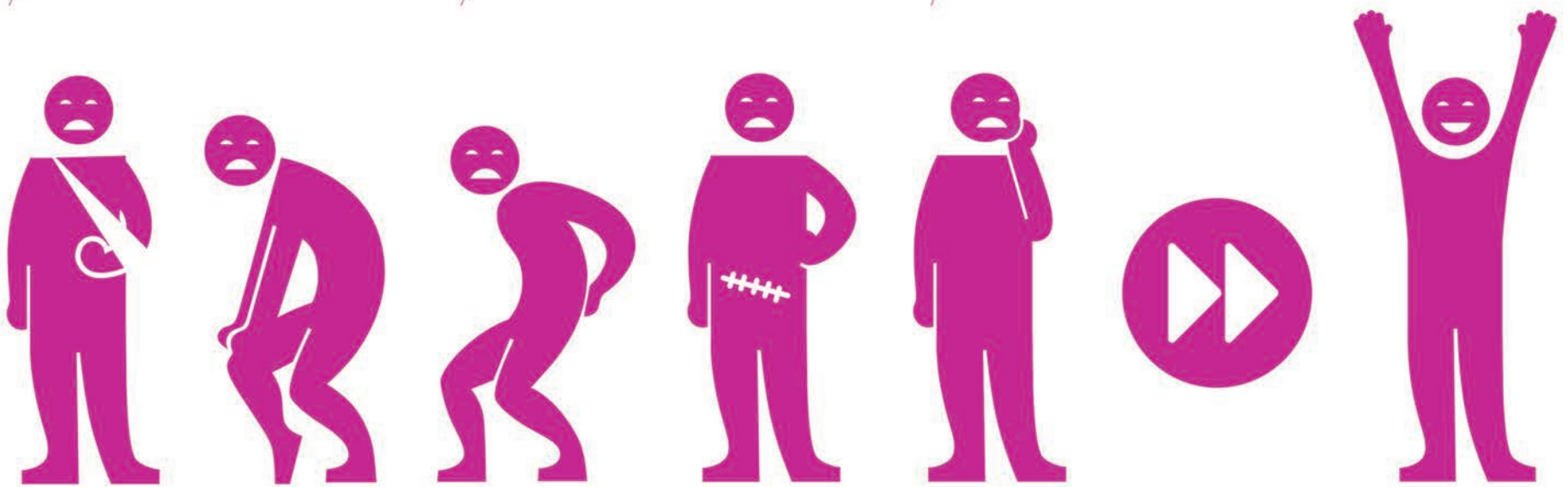


# Ксефокам

## лорноксикам

**10** ЛЕТ  
в УКРАИНЕ

**20** ЛЕТ  
в ЕВРОПЕ



## Мощный и быстрый НПВС\*

для купирования болевого синдрома и снятия воспаления<sup>1, 2, 5</sup>



XEFO-PPA-072015-69

## Быстрое управление болью<sup>1-4</sup>

\* НПВС — нестероидное противовоспалительное средство.

**Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Ксефокам. Действующее вещество.** Lornoxicam. **Лекарственная форма.** Ксефокам: порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций: 5 флаконов по 8 мг лорноксикама. **Таблетки:** 10 таблеток по 4 мг и 8 мг лорноксикама. **Ксефокам рапид:** 6 таблеток по 8 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты. Код АТС M01A C05. **Показания.** Ксефокам флаконы 8 мг — кратковременное лечение острой боли легкой и умеренной степени. Ксефокам рапид 8 мг — непродолжительное лечение умеренно или значительно выраженного болевого синдрома. Ксефокам таблетки 4 мг, 8 мг — кратковременное лечение острой боли легкой и умеренной степени, симптоматическое облегчение боли и воспаления при остеоартрите и ревматоидном артрите. **Фармакологические свойства.** Лорноксикам является НПВС с анальгезирующими и противовоспалительными свойствами и относится к классу оксикамов. Механизм действия лорноксикама частично основан на ингибировании синтеза простагландинов (ингибирование циклооксигеназы). Ингибирование циклооксигеназы не вызывает увеличения образования лейкотриенов. Анальгетический эффект не связан с наркотическим действием. Препарат Ксефокам не вызывает опиато-подобного действия на ЦНС и, в отличие от наркотических анальгетиков, не угнетает дыхания, не приводит к лекарственной зависимости. **Побочные реакции.** Боль в животе, диарея, тошнота, рвота, метеоризм, запор, диспепсия, мелена, язвенный стоматит, обострение колита и болезни Крона; нарушение функции печени; головокружение, сонливость, головная боль; аллергические реакции. **Категория отпуска.** По рецепту. **Производитель:** Такеда Австрия ГмбХ, Австрия. **Р. с. МЗ Украины:** № UA/2593/03/01, № UA/2593/02/01, № UA/10245/01/01, № UA/10245/01/02. Полная информация о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников для публикации в специализированных изданиях, предназначенных для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

1. Norholt SE et al. Pain. 1996; 67: 335-43. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Ксефокам. 3. Arslan M. et al. Agri 2006;18(2):27-33. 4. Yakhnov N et al. Clin Drug Invest. 2006; 26: 266-77. 5. Berg J. et al. Inflamm Res. 1999; 48: 369-79.

000 «Такеда Украина»: 03150, г. Киев, ул. Красноармейская, 55-Г; тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929; www.takeda.ua



# Келтікан

## Мистецтво відновлення

- Стимулює регенерацію мієлінової оболонки<sup>1-3</sup>
- Відновлює проведення нервового імпульсу<sup>1-3</sup>
- Покращує дозрівання і регенерацію аксонів<sup>4</sup>

**Діюча речовина:** цитидин-5'-динатрію монофосфат, уридин-5'-тринатрію трифосфат, уридин-5'-динатрію дифосфат, уридин-5'-динатрію монофосфат. **Лікарська форма.** Капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються при захворюваннях нервової системи. **Фармакологічні властивості.** Активність препарату Келтікан забезпечують фосфатні групи, що необхідні для об'єднання моносахаридів із керамідами для утворення цереброзидів і фосфатидних кислот, які є основою сфінгомієліну і гліцерофосфоліпідів. При застосуванні препарату Келтікан досягається збільшення трофічних властивостей для дозрівання та регенерації аксонів нервової тканини. **Показання.** Лікування невропатій кістково-суглобового (такі як ішіас, радикуліт), метаболічного (такі як діабетична, алкогольна полінейропатії), інфекційного (оперізувальний лишай) походження, а також запалення лицьового нерва, трійчастого нерва, міжреберної невралгії та люмбагії. **Побічні реакції.** Можливе виникнення реакцій гіперчутливості. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник:** «Феррер Інтернаціональ, С.А.», Іспанія. **Р. п. МОЗ України:** №UA/10643/01/01. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

ТОВ «Такеда Україна»: 03150, м. Київ, вул. Червоноармійська, 55-Г, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, [www.takeda.ua](http://www.takeda.ua)

1. Gerbershagen H.H. Pharmakotherapie im Bereich des peripheren Nervensystems. TW Neurologie/Psychiatrie 6 (1991) 21–23.

2. Moses E.K. et al. Small molecular weight RNAs: altered metabolism in regenerating nerve. Biochem. Int 5 (1982) 177–184.

3. Watting B. et al. Nukleotide beschleunigen die Nervenregeneration. Z. Klin. Med. 46 (1991) 1371–1373.

4. Інструкція для медичного застосування препарату Келтікан.



# Поражение крестцово-подвздошного сочленения: трудности диагностики

**С патологическим явлением, которое в клинической практике называют «боль в нижнем отделе спины», врач-невролог встречается регулярно. Причины этого состояния разнообразны. Наиболее часто алгический синдром обусловлен раздражением корешков и нервов, напряжением мышц, повреждением костно-связочного аппарата, дегенеративными изменениями позвоночника. Ключевым моментом на пути эффективного устранения болевых ощущений является правильная постановка диагноза. Однако не всегда легко и быстро удается определить причину, вызвавшую развитие патологического процесса, который стал источником боли. Об одном из таких случаев сложного диагностического поиска истинного виновника состояния, повлекшего болевые ощущения внизу спины, в начале своего доклада «Сacroилеит: диагностические капканы» рассказала доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Татьяна Николаевна Слободин.**



Т.Н. Слободин

Пациент, 53 года, обратился с жалобами на продолжительную, преимущественно одностороннюю боль в пояснично-крестцовой области, которая иррадиировала в ягодицу и распространялась вниз — по задней поверхности бедра, вызывая ограничение подвижности при наклоне вперед. На магнитно-резонансной томографии (МРТ) — протрузия диска L5-S1 до 0,8 мм, соответствующая стороне боли. При оценке неврологического статуса рефлекторных и чувствительных изменений выявлено не было. При пальпации крестцово-подвздошного сочленения отмечалась выраженная болезненность, тест на наличие сacroилеита (СИ) оказался положительным (в положении пациента на животе разгибание бедра при фиксации таза другой рукой).

Предположение о СИ подтвердилось рентгенологически, при этом вместе с признаками воспаления крестцово-подвздошного сустава на КТ-снимках были выявлены округлые очаги деструкции в губчатом веществе подвздошной кости. Неожиданная находка повела рентгенологов по пути исключения миеломной болезни и метастатического процесса, что было исключено после гематологического исследования в результате проведенной стерильной пункции, а в дальнейшем — и позитронно-эмиссионной томографии.

Последующий диагностический поиск развернулся в направлении выявления инфекционного агента, который способен вызвать односторонний СИ. Выяснив, что за полгода до появления болевого синдрома у пациента наблюдался энтероколит, появилось предположение о возможном бруцеллезе или иерсиниозе, которые у взрослых чаще всего начинаются именно с энтеральной фазы. Иммунологические тесты подтвердили правильность последней догадки. Длительный временной промежуток от дебюта заболевания, проявившегося кишечной фазой, до появления симптомов поражения суставов не позволил связать эти проявления, постановка правильного диагноза оказалась длительной и сопровождалась множеством дополнительных исследований. Завершение диагностической эпопеи ознаменовалось появлением у пациента симптомов со стороны других больших суставов, что было расценено как начало реактивной аутоиммунной стадии иерсиниоза.

Так что же нужно знать неврологу о СИ, который способен маскироваться под дегенеративные заболевания позвоночника (ДЗП), имеет сходство с миофасциальными синдромами и радикулитами, дабы избежать попадания в диагностические капканы?

Сacroилеит — это воспалительный процесс в крестцово-подвздошном суставе, который может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом других болезней инфекционного или аутоиммунного характера. Обычно СИ развивается с одной стороны, но поражение может иметь и двусторонний характер. Одновременное

вовлечение обоих крестцово-подвздошных суставов может наблюдаться при бруцеллезе (реже — при туберкулезе). Двусторонний СИ является также постоянным симптомом болезни Бехтерева (ББ). Хотя наличие одно- или двустороннего поражения крестцово-подвздошного сочленения не может быть решающим симптомом при постановке диагноза.

В зависимости от распространенности воспалительного процесса выделяют следующие виды СИ: синовит, остеоартрит и панартрит. По характеру воспаления СИ бывает неспецифическим, специфическим (сифилитический, туберкулезный, бруцеллезный, иерсиниозный), асептическим (аутоиммунный), а также может иметь неинфекционную природу, когда поражение обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами в области сустава или воспалением крестцово-поясничной связки.

Как бы там ни было, а двусторонний СИ имеет особое диагностическое значение при ББ. Характерная для СИ рентгенологическая картина в таких случаях обеспечивает раннюю постановку диагноза и позволяет начать лечение в максимально благоприятный для этого период. На начальных стадиях ББ рентгенологической картине присущи очаги субхондрального остеопороза, делающие контуры сочленений нечеткими, из-за чего создается ложное представление о диффузном или очаговом расширении суставной щели. В дальнейшем развивается эрозивное субхондральное поражение, отчего края сочленения делаются неровными. Со временем суставная щель суживается — вплоть до ее полного исчезновения и образования анкилоза.

Важно отметить, что у более чем 90% больных с ББ обнаруживается наличие HLA B27-антигена (HLA — Human Leukocyte Antigen), что, очевидно, свидетельствует о генетической детерминированности процесса. Кроме того, в развитии ББ важную роль могут играть приобретенные факторы, главным образом инфекция. В последнее время дискуссия развивается вокруг потенциального провокатора этого серьезного прогрессирующего рецидивирующего аутоиммунного заболевания — микроорганизмов кишечной группы, в частности *Klebsiella pneumoniae*.

ББ требует дифференциальной диагностики с ДЗП — остеохондрозом, спондилезом.

Различить эти состояния помогает возраст больного. ББ в основном развивается у молодых мужчин, тогда как ДЗП, несмотря на тенденцию к омоложению, возникает после 35-40 лет. Примечательно, что при ББ боли усиливаются в состоянии покоя или при длительном пребывании в одной позе, особенно во второй половине ночи. А в случае ДЗП болевой компонент возникает или усиливается после физической нагрузки, в конце рабочего дня.

Один из ранних признаков ББ — напряжение мышц спины, постепенная их

атрофия и тугоподвижность позвоночника. Вместе с тем при ДЗП ограничение движения наступает на высоте боли, а ее купирование позволяет восстановить подвижность позвоночника.

Следует помнить, что характерные для ранней стадии ББ рентгенологические признаки поражения крестцово-подвздошных суставов не встречаются при ДЗП. Ранняя диагностика ББ имеет исключительно важное значение, так как при этом заболевании не ограничение движений, а именно правильно спланированная двигательная активность позволяет предотвратить быстроразвивающиеся необратимые суставные изменения в виде анкилозов.

Особое внимание следует уделить инфекционному поражению крестцово-подвздошного сочленения, поскольку при выяснении этиологии поражения довольно часто возникают диагностические трудности.

Помочь диагностировать туберкулезное поражение крестцово-подвздошного сустава (которое, как правило, бывает односторонним) позволяет рентгенологическое исследование. Выраженный воспалительный процесс на рентгенограмме выглядит как массивная деструкция в области подвздошной кости или крестца. Секвестры могут занимать треть и более пораженной кости. При этом контуры сустава размыты, края изъедены. В некоторых случаях наблюдается частичное или полное исчезновение суставной щели.

Сифилитический СИ, который чаще всего встречается на третичной (гуммозной) стадии болезни, отличается тем, что проявляется ночными болями, имеющими разлитой характер. Рентгенологическая картина пораженного сустава оказывается не всегда информативной, поскольку изменения могут быть незначительными, достигая выраженности со временем.

Еще менее патогномичные признаки поражения крестцово-подвздошного сочленения можно увидеть на рентгенограмме у больных на ранних стадиях бруцеллезного СИ, который, как правило, имеет двусторонний характер. Данное состояние очень часто может маскироваться под ДЗП, когда больного беспокоит боль при ходьбе, спуске по лестнице, ригидность, скованность движений. В таких случаях установить диагноз часто помогает эпидемиологический анамнез.

Когда речь заходит о СИ, который стал следствием иерсиниоза, следует помнить, что данному инфекционному антропоозоозному заболеванию присуща энтеральная фаза. Далее в своем течении болезнь может проходить генерализованную, регионарную, вторично-очаговую и аллергическую стадии с обострениями и возможным развитием мезаденита, инфекционно-аллергического миокардита, узловой эритемы, увеита. Рецидивы и обострения иерсиниоза возникают с частотой 8-55%. Причем

в 3-10% случаев болезнь переходит в подострую и хроническую форму.

Успешность лечения специфического СИ напрямую зависит от назначения этиотропной терапии. В то же время, независимо от причины, выраженный и стойкий болевой синдром вследствие поражения крестцово-подвздошного сочленения требует быстрых мероприятий по его купированию. В большинстве случаев лечебная тактика может потребовать продолжительного применения безопасной противовоспалительной терапии.

В связи с этим целесообразным выглядит назначение лорноксикама. Как свидетельствуют проведенные ранее исследования, лорноксикам оказался эффективным при остеоартритах. В отдельных работах показана возможность ослабления лорноксикамом деструкции хрящевой ткани.

Препарат Ксефокам фирмы «Такеда», равномерно подавляя активность циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) и -2 (ЦОГ-2), позволяет ему обеспечивать достаточно низкую вероятность возникновения побочных эффектов при высоком уровне противовоспалительного и анальгезирующего действия (Antman et al., 2007; J. Pleiner et al., 2009).

В работе J. Berg (1999) было показано, что лорноксикам *in vitro* значительно ингибировал образование интерлейкина-6 (ИЛ-6), что является дополнительным механизмом в реализации противовоспалительного и анальгетического эффектов. Как известно, ИЛ-6 — один из важнейших медиаторов острой фазы воспаления, избыточная продукция которого вызывает повреждение тканей, в частности хрящевой. Вместе с тем доклинические исследования продемонстрировали, что введение синтетических антител против ИЛ-6 обеспечивает купирование боли при артритах.

Еще один препарат, который кроме метаболического и нейротрофического эффекта способствует уменьшению болевых ощущений, — Келтикан.

Келтикан — это комбинация двух нуклеотидов, цитидина и уридина, которые играют важную роль в процессах синтеза нуклеиновых кислот, липидов и белков. Имея возможность способствовать регенерации пораженных структур периферической нервной системы, Келтикан обеспечивает снижение выраженности болевой симптоматики, тем самым повышая качество жизни пациента.

**Комбинация Ксефокама и Келтикана способствует улучшению функциональной активности и качества жизни пациентов.**

Подготовил **Виталий Мохнач**  
UA/XEF/0716/0044