

німесулід
Німесил[®]

**БАГАТОФАКТОРНИЙ
МЕХАНІЗМ ДІЇ
ДЛЯ ПОДОЛАННЯ
РІЗНИХ ТИПІВ
БОЛЮ^{2*}**



**НІМЕСУЛІД №1
В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЄЮ ЛІКАРІВ¹**



**Апельсиновий
смак**

1. За результатами призначення серед лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A X17 «Німесулід» за період квартал 1 2022 – 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку "PharmXplorer" / "Фармстандарт" компанії "Proxima Research".
2. Kress HG, et al. Curr Med Res Opin. 2016;32(1):23-36.
* Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17. **Склад:** 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів. З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Тяжке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, лабільність артеріального тиску, диспепсія, гіпотермія та ін. Виробник. Laboratorios Menarini S.A./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу Німесил[®]. За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесил[®], затверджена наказом МОЗ України № 539 від 23.03.2023, Р.П. №UA/9855/01/01.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.
Код UA-NIM-03-2023-V1-print. Дата затвердження 29.05.2023.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Больовий синдром: ключові ревматологічні знахідки та початок лікування

За матеріалами навчального циклу «Академія сімейного лікаря» (21-22 травня 2024 року)

Під час масштабного навчального онлайн-проєкту були розглянуті найважливіші питання діагностики та лікування пацієнтів із різними захворюваннями, зокрема больовим синдромом. Керівниця навчального центру «Інститут ревматології», д.мед.н., професорка Єлизавета Давидівна Єгудіна висвітлила аспекти диференційної діагностики й терапії больового синдрому на прикладі обговорення клінічних випадків ревматологами, сімейними лікарями та лікарями інших спеціальностей.

Поширеність больового синдрому зростає із кожним роком. Так, у 2020 р. на біль у попереку скаржилися 619 млн пацієнтів. За прогностичними даними, у 2050 р. на біль у поперековому відділі хребта страждатиме 843 млн осіб. Стандартизований за віком показник років, прожитих з інвалідністю, становить 832 на 100 тис. років. Відзначено, що роки, прожиті з інвалідністю, пов'язані з професійними факторами, курінням та високим індексом маси тіла (ІМТ) (Ferreira et al., 2023).

Клінічний випадок № 1

Пацієнт віком 35 років, звернувся зі скаргами на біль у поперековому відділі хребта та ранкову скутість упродовж 5-10 хв. Інтенсивність болю протягом дня оцінює на 4-5 балів за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), звернувши увагу на його зменшення у положенні лежачи. Відзначає, що інтенсивність болю посилилася після припинення занять у басейні приблизно три місяці тому. На момент звернення приймає Диклоберл із позитивним терапевтичним ефектом.

Два роки тому в пацієнта діагностовано спондилоартрит (СпА), позитивний результат типування HLA-B27 (HLA-B27+), двобічний сакроіліїт, артрита гомілково-стопних суглобів, ахілобурсит зліва, функціональну недостатність суглобів (0). Із лікувальною метою отримує адалімумаб у дозі 40 мг підшкірно один раз на два тижні протягом останніх двох років.

Об'єктивно на сьогодні: візуально суглоби не змінені, тест Шобера – 3 см (норма). Лабораторно: швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) та С-реактивний білок (СРБ) у нормі. У межах скринінгової оцінки стану хребта пацієнтові проведено магнітно-резонансну томографію (МРТ), за допомогою якої виявлено звуження крижово-клубових з'єднань (ККЗ), множинні протрузії та екструзії в усіх відділах хребта, при цьому ознак ерозивного суглобових щілин, зон набряків кісткового мозку, кутових зон запалення хребта не спостерігається.

Тож, враховуючи механічний характер болю на сьогодні, відсутність запалення лабораторно та на МРТ, пацієнт не потребує корекції базисної терапії, а слід розглянути лікування механічного болю у спині.

Маніфестації СпА

Професорка Єгудіна зауважила, що сьогодні розрізняють аксіальні (акс-СпА) та периферичні (перСпА) маніфестації СпА. До аксСпА відносяться

неренгенографічний та рентгенографічний аксСпА. Проміжне місце між ними займають реактивний, псоріатичний артрит та СпА, асоційований із запальними захворюваннями кишечника (ЗЗК), що вражають як суглоби хребта, так і периферичні суглоби (Broft et al., 2018).

Клінічні маніфестації СпА виражаються таким проявом, як:

- аксіальні;
- периферичні;
- екстраартикулярні.

Аксіальні включають запалення ККЗ та хребта: сакроіліїт, спондиліт, артрит фасеткових суглобів, артрита реберно-хребцевих суглобів, а периферичні – периферичні ентезити (ахіліт, плантарний фасциїт), периферичний запальний артрит (олігоартикулярне, з переважним залученням суглобів нижніх кінцівок), дактиліт (теносиновіт та синовіт суглобів кистей та стоп). До екстраартикулярних маніфестацій відносяться псоріаз шкіри, передній увеїт (запалення радужки та/або переднього циліарного тіла), ЗЗК (класичний «недиференційований коліт», хвороба Крона, виразковий коліт).

Усі вищезазначені маніфестації чинять суттєвий негативний вплив на якість життя пацієнта через біль,

слабкість, скутість суглобів, зниження працездатності, обмеження в соціальному житті (Robinson et al., 2021).

Як визначити тип болю у пацієнта?

Розрізняють механічний, запальний та патологічний типи болю (табл. 1) (Ledford et al., 2017; Will et al., 2018). Джерелом болю у спині (БС) можуть бути травми, інфекції, запалення, пухлини та метастази або біомеханічні порушення (Knezevic et al., 2021).

Проведення диференційної діагностики БС є досить складним, оскільки 97% хворих мають неспецифічний біль у попереку. Це означає, що пацієнт відчуває БС за відсутності певного основного захворювання, яке можна надійно ідентифікувати. У таблиці 2 представлено найчастіші причини болю в поперековому відділі хребта залежно від типу болю.

Візуалізаційні дослідження при БС

1. **Рентгенографія:** застосовується для виявлення дегенеративних захворювань, пролапсу диска, спондилолітезу, переломів і неоплазій, а також для оцінки попередніх хірургічних втручань.

2. **Комп'ютерна томографія (КТ):** застосовується для виявлення дегенеративних захворювань кісток, спондилолітезу, переломів і неправильного зрощення.

Механічний (94%)	Запальний (5%)	Патологічний (1%)
Вік 20-65 років	Вік <40 років	Вік >60 років
Ранкова скутість, зазвичай нетривала	Ранкова скутість, зазвичай тривала	Прогресуюча слабкість
Максимальний біль (скутість) до кінця дня	Максимальний біль (скутість) вночі та рано вранці	Біль у спокої та після відпочинку
Вправи та активність погіршують симптоми	Вправи та активність зменшують симптоми	Системні симптоми
Гострий або хронічний	Хронічний	Онкоанамнез
Рентгенографічно: остеофіти, звуження міжхребцевого диска, зміщення хребців	Рентгенографічно: синдесмофіти, сакроіліїт, анкілоз	Інфекція, фактори ризику остеопорозу, травма

Механічний біль у попереку (97%)	Немеханічне захворювання хребта (1%)	Вісцеральні захворювання (2%)
Розтягнення (70%)	Неоплазія (0,7%): множинна мієлома, метастатична карцинома, лімфома і лейкоїд, пухлини спинного мозку, заочеревинні пухлини	Органи малого таза: простатит, ендометріоз, хронічні запальні захворювання органів малого таза
Дегенеративне захворювання (10%): дисків (спондилоз), фасеткових суглобів (остеоартроз)	Інфекція (0,01%): остеомиєліт, септичний дисцит, параспинальний та епідуральний абсцес	Захворювання нирок: нефролітаз, пієлонефрит, перінефральний абсцес
Спондилолітез (2%)	Запальний артрит, часто асоційований із HLA-B27 (0,3%): анкілозивний спондиліт, псоріатичний спондиліт, реактивний артрит, запальні захворювання кишечника	Аневризма аорти
Грижа диска (4%)	Можлива симетрія фасеткових суглобів	Хвороба Педжета
Стеноз хребта (3%)		Патології шлунково-кишкового тракту: панкреатит, холецистит, пенетруюча виразка
Травматичні переломи (<=1%)		
Вроджене захворювання (<=1%): тяжкий кіфоз, виразний сколіоз, можливий перехідний хребець II або IV типу		
Спондилоліз		



Є.Д. Єгудіна

3. **МРТ:** застосовується для виявлення аномалій м'яких тканин. Цей метод слід пропонувати пацієнтам із неврологічним дефіцитом. МРТ – цінний інструмент для виявлення таких станів, як грижа міжхребцевого диска, стеноз хребта, остеомиєліт, дисцит, спінальний епідуральний абсцес, кісткові метастази, арахноїдит і дефекти нервової трубки. МРТ дозволяє виявити запальні зміни у ККЗ, перш ніж вони почнуть проявлятися на звичайному рентгенографічному знімку (Albazli et al., 2021).

Коли пацієнта із БС слід направити до ревматолога?

Як зауважила Єлизавета Давидівна, на сьогодні існують рекомендації, розроблені Консорціумом із дослідження та лікування спондилоартриту (SPARTAN), які дозволяють визначити необхідність направлення дорослих із хронічним БС до лікаря-ревматолога для оцінки аксСпА. Зокрема, пацієнта слід направити до ревматолога, якщо наявні скарги на БС, біль у стегнах чи сідницях тривалістю >3 місяці. При цьому хворий має бути віком менш ніж 45 років із наявними наступними ознаками, які у сумі становлять не менш ніж три бали: сакроіліїт на рентгенографії або МРТ – 3 бали; підвищена ШОЕ або СРБ – 2 бали; HLA-B27 – 2 бали, увеїт – 2 бали; ЗЗК – 1 бал; псоріаз – 1 бал; БС, який добре реагує на нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) – 1 бал; зменшення БС за допомогою фізичних вправ, а не відпочинку – 1 бал; переміжний біль у сідницях – 1 бал; аксСпА, увеїт, псоріаз або ЗЗК в сімейному анамнезі – 1 бал (Dubreuil et al., 2023).

Чи можна точно діагностувати аксСпА за хронічного БС тривалістю до двох років?

Було проведено дослідження за участю пацієнтів віком до 45 років із ранньою стадією хронічного БС невідомого походження тривалістю ≥3 місяців. Хворим виконували клінічну оцінку, рентгенографію та/або МРТ, серологічне дослідження на HLA-B27.

Продовження на наст. стор.