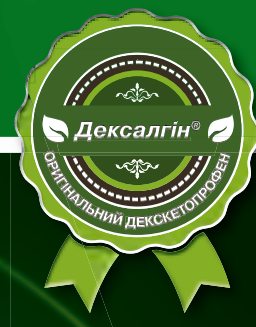


Симптоматичне лікування гострого болю ^{1, 2, 3, *}

Дексалгін®

декскетопрофену трометамол



1, 6, 7, 8, 9, 10

ШВИДКА ^{3, 4, 5} та **ЕФЕКТИВНА** ^{1, 6, 7, 8, 9, 10}
знеболювальна дія



Інформація про рецептурні лікарські засоби для спеціалістів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Похідні пропіонової кислоти. Код АТХ M01A E17.

ДЕКСАЛГІН®. **Склад:** 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Показання.** Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня, наприклад, м'язово-скелетний біль, болісні менструації (дисменорея), зубний біль. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-Пью). Та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 12,5 мг (1/2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою) кожні 4-6 годин або 25 мг (1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою) кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Небажані дії препарату можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімально ефективних доз протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Дексалгін® не передбачений для тривалої терапії; лікування триває, поки є симптоми. Одночасний прийом з їжею сповільнює всмоктування лікарського засобу, тому при гострому болю рекомендовано приймати препарат не менше ніж за 30 хвилин до їди. **Побічні реакції.** Найчастіше спостерігаються побічні реакції з боку травного тракту. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/01/01. **Виробник.** Лабораторієс Менаріні С.А. Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія. А. Менаріні Мануфактурінг Логістік енд Сервісес С.р.Л. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Акваіла (АК), Італія.

ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ. **Склад:** 1 мл розчину для ін'єкції/інфузії містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг (одна ампула по 2 мл містить декскетопрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетопрофену 50 мг). **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкції/інфузії. **Показання.** Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коликах та болю у попереку. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-Пью). Та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі. Рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. При необхідності повторну дозу вводять через 6 годин. Максимальна добова доза не має перевищувати 150 мг. ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анагетиків, якщо це можливо. Побічні реакції можна скоротити за рахунок застосування найменшої ефективної дози протягом якомога коротшого часу, необхідного для покращення стану. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту спостерігаються найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® ін'єкт від 18.10.2023 р. № 1808, РП № UA/3764/01/01. **Виробник.** АльфаСігма С.П.А. вул. Енріко Фермі, 1-65020 Аланно (Лескара), Італія.

ДЕКСАЛГІН® САШЕ. **Склад:** декскетопрофену трометамолу; 1 однодозовий пакет містить декскетопрофену трометамолу 36,90 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. **Лікарська форма.** Гранули для орального розчину. **Показання.** Короточасне симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня тяжкості, наприклад, м'язово-скелетний біль, дисменорея та зубний біль. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-Пью). Та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 25 мг кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Побічні дії можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Перед застосуванням розчинити весь вміст 1 пакета у скляній воді та добре перемішати для кращого розчинення. Отриманий розчин слід приймати відразу після приготування. Дексалгін® саше призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту спостерігаються найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® саше від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/02/01. **Виробник.** Лабораторієс Менаріні С.А. Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

¹ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/01/01. ² Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® саше від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/02/01. ³ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® ін'єкт від 18.10.2023 р. № 1808, РП № UA/3764/01/01. ⁴ Sanchez-Carpena J, et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and dipyrone in the treatment of renal colic. Clin Drug Invest 2003; 23:139-152. ⁵ Barbanj M, et al. Clinical pharmacokinetics of dexketoprofen. Clin Pharmacokinet 2001; 40:245-262. ⁶ Marengo JL, et al. A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of dexketoprofen trometamol versus diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis. Clin Drug Invest 2000; 19:247-256. ⁷ Metscher B, et al. Dexketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago. Fortsch Med Orig 2001; 118:147-151. ⁸ Leman P, et al. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dexketoprofen and diclofenac in lower limb injury. Emerg Med J 2003; 20:511-513. ⁹ Ay, MO et al. Comparison of the Analgesic Efficacy of Dexketoprofen Trometamol and Meperidine HCl in the Relief of Renal Colic. American Journal of Therapeutics 2013; May 9, 1-8. ¹⁰ Karaman Y, et al. Efficacy of Dexketoprofen trometamol for acute postoperative pain relief after ENT surgery: a comparison with paracetamol and metamizole. Nobel Medicus, 2010, 6(2), 47-52.

*Показання: симптоматичне лікування гострого болю від легкого до помірного (Дексалгін® і Дексалгін® саше) і від помірного до сильного (Дексалгін® ін'єкт) болю.

Пацієнтам особливих груп (літнього віку, при порушеннях функції печінки легкого та помірного ступеня тяжкості, при порушеннях функції нирок легкого ступеня тяжкості) дозу препарату слід підбирати індивідуально. Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарських засобів Дексалгін® від 03.03.2023 р. № 428, Дексалгін® ін'єкт від 18.10.2023 р. № 1808, Дексалгін® саше від 03.03.2023 р. № 428, а саме з повним переліком побічних ефектів, особливостей застосування, способом застосування та дозами. Дексалгін® не передбачений для тривалої терапії; лікування триває, поки є симптоми. Дексалгін® ін'єкт призначений для симптоматичного лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе. Дексалгін® ін'єкт призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анагетиків, якщо це можливо. Дексалгін® саше призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів.

Біль у спині: ключові ревматологічні знахідки

За матеріалами конференції

Біль у спині є поширеною медичною проблемою, яка може значно знижувати якість життя пацієнта. Цей стан має широку етіологію, включаючи дегенеративні, вроджені, запальні захворювання хребта, наслідки перенесених травм тощо. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) широко використовуються для полегшення болю та запалення у таких випадках. На науково-практичній конференції «Травма та її наслідки. Пошкодження та захворювання хребта. Досягнення та перспективи», яка відбулася на початку весни, доповідь «Біль у спині: ключові ревматологічні знахідки» представила керівник навчального центру Інститут ревматології, доктор медичних наук, професор Єлизавета Давидівна Єгудіна.

Ключові слова: біль у спині, механічний біль, запальний біль, аксіальний спондилоартрит, декскетопрофен, гель кетопрофену.

Біль у спині є дуже поширеною проблемою. За даними M.L. Ferreira et al. (2023), у 2020 році 619 млн пацієнтів у всьому світі страждали від болю в попереку. Учені прогнозують, що до 2050 року кількість таких хворих збільшиться до 843 млн. Стандартизований за віком показник років, прожитих з інвалідністю, при цьому становить 832 на 100 тис. років, що пов'язано з професійними факторами, курінням і високим індексом маси тіла.

Систематичний огляд і метааналіз 95 досліджень (n=17974) показав, що учасники з гострим і підгострим болем у попереку мали суттєве зменшення його інтенсивності та скорочення терміну втрати працездатності протягом перших 6 тижнів. Разом із тим учасники зі стійким болем у попереку відмічали високу його інтенсивність і тривалість втрати працездатності з мінімальним покращенням із часом. Таким чином, активне виявлення й лікування

пацієнтів із гострим і підгострим болем у попереку, які повільно одужують, може бути основним терапевтичним напрямком, щоб знизити ймовірність хронізації такого болю (Sarah B. et al., 2024).

Для вибору правильної тактики діагностики та ефективного лікування причини болю в спині важливо на етапі збору скарг та анамнезу визначитися, який тип болю присутній у пацієнта: механічний чи запальний (табл. 1). Крім того, в 1% пацієнтів зустрічається патологічний тип болю у спині. Зазвичай це пацієнти старше 60 років, які мають прогресуючу слабкість і постійний біль високої інтенсивності, що турбує їх у спокої та після відпочинку. Анамнез у таких пацієнтів обтяжений онкологічними, інфекційними захворюваннями, перенесеними травмами, остеопорозом. До причин механічного болю в попереку відносять розтягнення,

дегенеративні захворювання дисків і фасеткових суглобів, спондилолітез, спондилоліз, стеноз хребта, переломи, вроджені захворювання хребта. Запальний тип болю характерний для спондилоартритів.

Переважає більшість хворих (97%) мають неспецифічний біль у попереку, що означає, що пацієнт відчуває біль у спині за відсутності основного захворювання, яке можна надійно ідентифікувати.

Серед методів інструментальної діагностики, які використовують для встановлення причини болю в спині, виділяють рентгенографію, комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ). Рентгенографію призначають із метою виявлення дегенеративних захворювань хребта, спондилолітезу, переломів, неоплазій, а також для оцінки попереднього хірургічного лікування. КТ застосовують для виявлення дегенеративних захворювань, спондилолітезу, переломів. МРТ є методом вибору у пацієнтів із неврологічним дефіцитом: це обстеження дозволяє виявити аномалії м'яких тканин, патологію міжхребцевих дисків, стеноз хребта, остеомієліт, арахноїдит, дисцит, метастази, дефекти нервової трубки, а також сакроїліїт на ранній стадії (Albazli K. et al., 2021).

Як було зазначено вище, однією із причин болю в спині є спондилоартрити, серед яких виділяють (Proft F. et al., 2018):

- аксіальний спондилоартрит:
 - нерентгенографічний;
 - рентгенографічний;
- реактивний артрит;
- периферичний спондилоартрит;
- псоріатичний артрит;
- спондилоартрит, асоційований із запальними захворюваннями кишечника;
- недиференційований спондилоартрит.

Клінічні маніфестації спондилоартритів бувають аксіальними (сакроїліїт, спондиліт, артрит фасеткових суглобів, артрит реберно-хребцевих суглобів), периферичними (ентезити, периферичний запальний артрит, дактиліт), а також екстраартикулярними (псоріаз, передній увеїт, запальні захворювання кишечника) (Robinson P.C. et al., 2021).

Консорціум із дослідження та лікування спондилоартрити (SPARTAN) надав рекомендації щодо направлення дорослих із хронічним болем у спині



Є.Д. Єгудіна

до ревматолога для діагностики аксіального спондилоартрити (табл. 2).

Вчасне скерування пацієнта до ревматолога є надзвичайно важливим, адже, як показали результати дослідження M.L. Marques et al. (2024), серед пацієнтів віком <45 років, які мали біль у спині тривалістю ≥ 3 міс, але ≤ 2 років, у 32% випадків було діагностовано аксіальний спондилоартрит на початковій стадії. Крім того, це захворювання було виявлено через 2 роки ще у 30% пацієнтів. Найбільш достовірним прогностичними показниками того, що в пацієнта ймовірно через два роки буде встановлено діагноз аксіального спондилоартрити, були позитивний результат типування HLA-B27 і наявність сакроїліїту.

Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства оцінки спондилоартрити (ASAS) (Rudaweі M. et al., 2011), діагноз аксіального спондилоартрити встановлюється у пацієнтів віком ≤ 45 років із запальним болем у спині, що триває ≥ 3 міс, які мають ознаки сакроїліїту на візуалізації (активне гостре запалення на МРТ, типове для сакроїліїту, або сакроїліїт на рентгенографії згідно з Нью-Йоркськими критеріями) та ≥ 1 додаткової ознаки або позитивний результат типування HLA-B27 та ≥ 2 додаткових ознак. До останніх відносять (Rudaweі M. et al., 2011):

- запальний біль у спині;
- обтяжений сімейний анамнез;
- артрит;
- ентезит;
- увеїт;
- дактиліт;
- псоріаз;
- запальні захворювання кишечника;
- добра відповідь на НПЗП;
- підвищений С-реактивний білок.

Аксіальний спондилоартрит поділяють на нерентгенографічний і рентгенографічний. Для першого характерними є зміни на МРТ та відсутність ознак сакроїліїту на рентгенограмі. Утім не в усіх пацієнтів захворювання прогресує до рентгенографічної стадії. На сьогодні завдяки можливості ранньої діагностики та вчасно призначеної ефективної базисної терапії вдається призупинити прогресування захворювання до незворотних змін (Robinson P.C. et al., 2021).

В останні роки наголошується на важливості належного використання МРТ крижово-клубових сполучень. Це обстеження потрібно виконувати лише за клінічної підозри на аксіальний спондилоартрит. Адже зони набряку кісткового мозку, які можна побачити на МРТ крижово-клубових сполучень, виникають не лише при аксіальному спондилоартриті, а й при

Таблиця 1. Характеристика болю в спині механічного та запального типів (Ledford F.P. et al., 2018)

	Механічний	Запальний
Частота, %	94	5
Вік, роки	20-65	<40
Ранкова скутість	Нетривала	Тривала
Час появи	Максимальний біль (скутість) до кінця дня	Максимальний біль (скутість) вночі або рано вранці
Фізична активність	Погіршує симптоми	Покращує симптоми
Тривалість	Гострий або хронічний	Хронічний
Рентгенологічно	Остеофіти, звуження міжхребцевих дисків, зміщення хребців	Синдесмофіти, сакроїліїт, анкілоз

Таблиця 2. Рекомендації SPARTAN щодо скерування дорослих із хронічним болем у спині до ревматолога для діагностики аксіального спондилоартрити

Направляйте дорослих із хронічним (>3 міс) болем у спині/стегнах/сідницях, який виник у віці <45 років і має оцінку ≥ 3 балів	Бали
Сакроїліїт за даними рентгенографії або МРТ	3
Підвищення ШОЕ або С-реактивного білка	2
Позитивний результат типування HLA-B27	2
Увеїт	2
Запальні захворювання кишечника	1
Псоріаз	1
Біль у спині добре реагує на НПЗП	1
Зменшення болю в спині за допомогою фізичних вправ, а не відпочинку	1
Переміжний біль у сідницях	1
Аксіальний спондилоартрит, увеїт, псоріаз або запальне захворювання кишечника в сімейному анамнезі	1

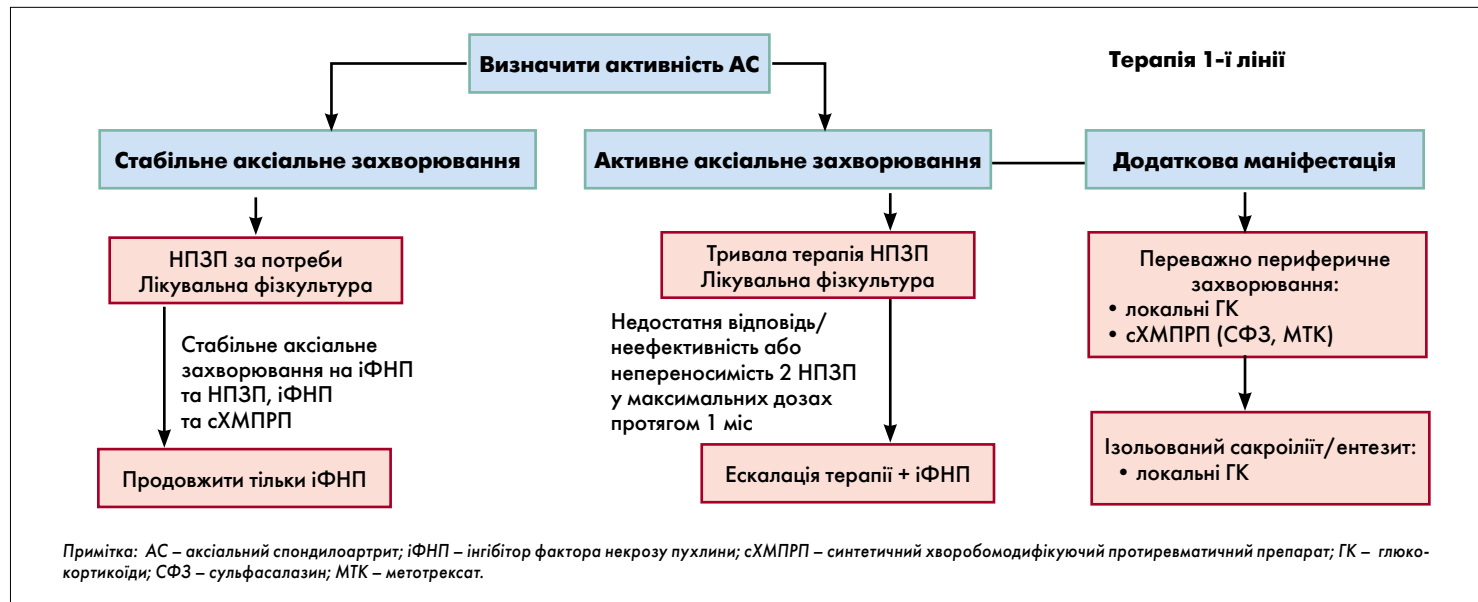


Рис. 1. Терапія аксіального спондилоартриту першої лінії (Ward M.M. et al., 2019)

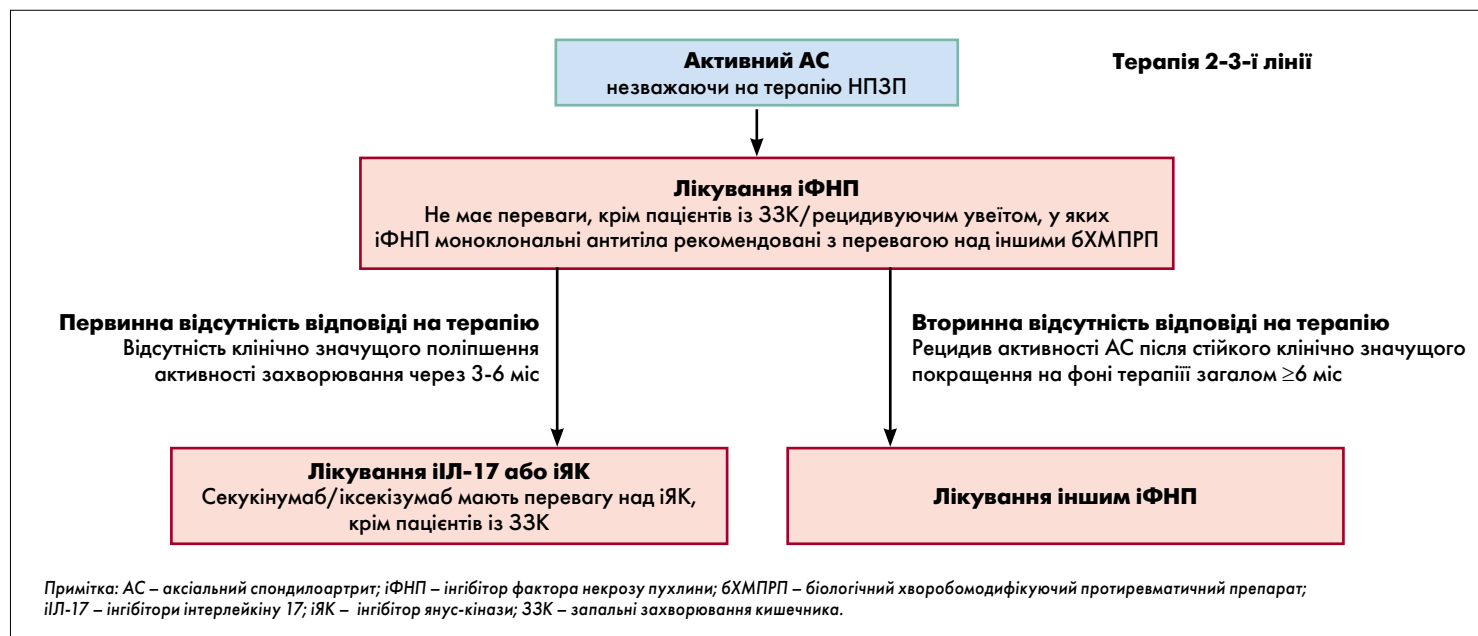


Рис. 2. Терапія аксіального спондилоартриту другої та третьої лінії (Ward M.M. et al., 2019)

так званому синдрому перевантаження, або стрес-синдромі, який виникає після пологів, важких фізичних навантажень, при запальних процесах в органах малого таза. Таким чином, спиратися виключно на виявлення набряку кісткового мозку на МРТ є хибною тактикою, адже вона може призвести до гіпердіагностики аксіального спондилоартриту (Khmelinski, 2018). Результати дослідження X. Baraliakos et al. (2020) показали, що на МРТ-зображеннях 793 здорових добровольців (49,4% чоловіків, 8,4% з яких мали позитивний результат типування HLA-B27) віком <45 років було виявлено набряк кісткового мозку крижово-клубових сполучень у 17,2% випадків, набряк кісткового мозку в кутах хребців – у 27,5% і жирову дегенерацію – у 81,4%. Отримані висновки вказують на обмежену цінність таких результатів МРТ для діагностики та класифікації аксіального спондилоартриту на початкових етапах захворювання.

Крім того, ще одним патологічним станом, який супроводжується болем у спині, є конденсаційний остейт. Він зазвичай характеризується двобічним доброякісним склерозом частини клубової кістки, яка прилягає до крижово-клубового суглоба. Конденсаційний остейт зустрічається з частотою 0,9–2,5% переважно в жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді. За результатами рентгенографії та МРТ виявляється двобічний симетричний трикутної форми склероз клубової кістки та відсутність ураження крижової кістки або звуження суглобової щілини крижово-клубових сполучень (Biswas S. et al., 2019).

МР-ознаками аксіального спондилоартриту є набряк кісткового мозку крижово-клубових сполучень, поширений щонайменше на ≥ 3 квадранти. Крім того, може спостерігатися набряк кісткового мозку в субхондральних відділах тіл суміжних хребців, їх жирова дегенерація, ерозивність, преанкілоз та анкілоз крижово-клубових сполучень, набряк кісткового мозку в кутах хребців, артрит фасеткових, реберно-хребцевих і реберно-поперечних суглобів. У таких випадках слід виконувати зображення в режимі T1, T2 і STIR без контрастного підсилення.

Рекомендації Американського коледжу ревматології (ACR), Асоціації спондилітів Америки (SAA) та SPARTAN щодо лікування аксіального спондилоартриту (Ward M.M. et al., 2019) представлено на рис. 1, 2. Відповідно до зазначених настанов, пацієнтам з аксіальним спондилоартритом як терапія першої лінії мають призначатися НПЗП. За даними дослідження S. Ramiro et al. (2023), 54% пацієнтів не переходили на терапію другої-третьої лінії, а залишалися на НПЗП. Автори рекомендують пацієнтам, які добре реагують на НПЗП, безперервне їх застосування за необхідності контролю симптомів.

Результати систематичного огляду 18 рандомізованих клінічних досліджень (n=3478) показали, що НПЗП та міорелаксанти ефективно й швидко зменшували симптоми в пацієнтів із гострим неспецифічним болем у нижній частині спини, а парацетамол не спричиняв значного покращення (Baroncini A. et al., 2023).

Декскетопрофен (Дексалгін® виробництва «А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л.», Італія / Лабораторіос Менаріні С.А., Іспанія) – НПЗП, який блокує всі ланки фізіології відчуття болю: джерело, передачу та сприйняття, що забезпечує високу ефективність його усунення. Периферичний механізм дії препарату Дексалгін® полягає у блокуванні обох ізоферментів циклооксигенази (ЦОГ), а центральний – у здатності проникати через гематоенцефалічний бар'єр і блокувати ЦОГ на рівні центральної нервової системи (ЦНС). Крім того, декскетопрофен сприяє активації калієвих каналів нейронів та їх деполаризації, що пригнічує проведення больових імпульсів по нервових волокнах, у тому числі задніх стовпах спинного мозку. Дексалгін® також спричиняє блокування N-метил-D-аспаратат-рецепторів у ЦНС, що забезпечує профілактику розвитку хронічного больового синдрому (Carabazo A. et al., 1997; Mazarion J. et al., 1999; Miranda H.F. et al., 2016).

Декскетопрофен діє швидко й ефективно. Його показник кількості пацієнтів, яку необхідно проліквати (NNT), був найнижчим серед інших анальгетиків, навіть порівняно з морфіном (Morje J. et al., 2008). N. Sivrikov et al. (2014) у своєму дослідженні показали, що внутрішньовенне застосування декскетопрофену в дозі 50 мг двічі на день перевершувало застосування лорноксикаму 8 мг двічі на день за знеболювальним ефектом і скороченням терміну застосування опіоїдів у пацієнтів після великих ортопедичних операцій. За даними іншого

рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження, застосування декскетопрофену 25 мг тричі на добу за 24 год до операції артропластики стегна і протягом 48 год після втручання статистично достовірно зменшувало потребу в наркотичних анальгетиках. Протягом перших 6 год після операції у пацієнтів із досліджуваної групи не виникало потреби в додатковому застосуванні опіоїдів (Johom G. et al., 2002). Крім того, декскетопрофен має кращий профіль переносимості. Порівняно з іншими НПЗП (4,8%) відносний ризик появи побічних ефектів у декскетопрофену становив 3,4% (Valles J. et al., 2003).

Дексалгін® випускається у формі таблеток по 25 мг, саше по 25 мг і розчину для ін'єкцій по 50 мг, які можна застосовувати кожні 8 годин.

Ще одним високоефективним препаратом, який використовують для зменшення інтенсивності механічного типу болю, є кетопрофен у формі гелю (Фастум® гелю виробництва «А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л.», Італія). Значна кількість пацієнтів із болем у спині дискогенного походження, які застосовували Фастум® гелю, відзначали дуже високу ефективність порівняно з пацієнтами, які отримували плацебо, починаючи з третього дня лікування (p<0,001) (Brissaud P. et al., 1995). Гелю кетопрофену має властивість глибоко проникати й досягати високої локальної концентрації у тканинах (Rafanan B. et al., 2018). Крім того, він продемонстрував найбільш виражену протизапальну та знеболювальну дію в експерименті in vivo порівняно з п'ятьма іншими НПЗП, а також високу й рівномірну швидкість проникнення in vitro (Komatsu T., Sakurada T., 2012).

Результати рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження показали, що кетопрофен у формі гелю більш ефективно зменшував біль у попереку в комбінації з парентеральним застосуванням декскетопрофену порівняно з плацебо. Усі учасники (n=140) отримували внутрішньовенно декскетопрофен і 2,5% гелю кетопрофену 2 г або плацебо на місце болю. Інтенсивність болю оцінювали через 15 і 30 хв за візуально-аналоговою шкалою. Місцеве застосування 2,5% гелю кетопрофену у якості додаткової терапії протягом 30 хв значно поліпшувало самопочуття в пацієнтів із гострим механічним болем у спині порівняно з плацебо. Десять (14%) пацієнтів у групі плацебо і два (3%) пацієнти у групі гелю кетопрофену потребували інтенсифікації медикаментозної терапії (p=0,35). По одному пацієнту в кожній групі повідомили про побічні ефекти (Serinken M. et al., 2016).

Отже, дегенеративні захворювання хребта та суглобів «помолодшали» і є сьогодні найпоширенішою причиною болю в попереку. Молодих пацієнтів із тривалим запальним болем у спині важливо скеровувати до ревматолога. Результати МРТ слід інтерпретувати в клінічному контексті, щоб уникнути гіпердіагностики аксіального спондилоартриту, який є відносно рідкісним захворюванням. НПЗП мають доказово доведену ефективність у лікуванні болю в спині й можуть призначатися у таких хворих як терапія першої лінії.