

УДК 616.85-001.35-005.4

ОРЛИК Т.В.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРАДИЦІЙНИХ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ЖІНОК З БОЛЕМ В СПИНІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Резюме. У статті подані результати дослідження особливостей впливу на вираженість болю в спині диклофенаку та комбінованого препарату диклофенаку й ацетамінофену у складі комплексного лікування пацієнток у постменопаузальному періоді залежно від мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). Ефективність терапії оцінювалась окремо для кожної групи пацієнтів із різним станом МЩКТ залежно від одержуваного препарату та порівнювалась у групах з однаковим станом МЩКТ та різною терапією.

Ключові слова: біль у спині, мінеральна щільність кісткової тканини, диклофенак, жінки, візуально-аналогова шкала, питальник Мак-Гілла.

Вступ

Серед основних клінічних проявів захворювань кістково-м'язової системи найбільш поширеними є больові синдроми, зокрема біль у спині. Високий рівень поширеності болю в спині викликає занепокоєння [3]. Більше ніж 80 % дорослого населення мають принаймні один епізод болю в спині протягом року. Біль у спині — найчастіша причина звернення до лікарів першої ланки медичної допомоги. У частини пацієнтів розвивається хронічний біль, що значно погіршує якість життя та призводить до втрати працездатності та значних соціальних витрат [3].

Найчастіше біль виникає при пошкодженні м'язів, зв'язкового апарату, фасеткових суглобів або міжхребцевих дисків з подальшим розвитком місцевої запальної реакції. У більшості випадків визначити субстрат болю в спині не вдається. В осіб молодого віку частіше джерелом хронічного болю в спині є міжхребцеві диски, в осіб старших вікових груп — фасеткові суглоби та крижово-клубові з'єднання, але в більшості випадків походження болю є комбінованим [3]. Симптоми пошкодження хрящової тканини міжхребцевих дисків чи суглобових поверхонь подібні й не залежать від генезу: виникають у результаті старіння, травми чи тривалого механічного перевантаження [6].

При остеопорозі пацієнти відчувають кілька видів болю, у тому числі: біль у нижній частині спини

(БНС), болі, що виникають у результаті зовнішнього пошкодження цілісності кісток скелета (травми, переломи), і болі від внутрішніх наслідків остеопорозу (без травми), які, як відомо, становлять 89 % випадків болю в пацієнтів з постменопаузальним остеопорозом [1, 7]. Точний механізм цього болю, як і раніше, залишається невідомим. У пацієнтів з остеопорозом біль, що виникає в результаті травми, як правило, гострий, у той час як нетравматичний біль, як правило, набуває хронічного перебігу. Саме такий біль є предметом наукового пошуку на сучасному етапі. Нетравматичний біль без будь-яких переломів або травм визначають як «біль при остеопорозі» [7].

Згідно з сучасними рекомендаціями, препаратами першої лінії при лікуванні хронічного болю в спині є ацетамінофен та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), проте численні дослідження вказують на нижчу ефективність ацетамінофену порівняно з НПЗП [7]. На сьогодні НПЗП становлять різномірну групу препаратів із такими загальними властивостями: знеболюючою, протизапальною та

Адреса для листування з автором:
Орлик Тетяна Василівна
E-mail: problemosteo@ukr.net

© Орлик Т.В., 2015
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2015
© Заславський О.Ю., 2015

жарознижуючою дією [5]. НПЗП можуть бути класифіковані за різними характеристиками, у тому числі за ЦОГ-селективністю, хімічними та фармакологічними властивостями. У забезпеченні адекватної анальгезії велике значення мають традиційні НПЗП, що справляють потужний вплив на циклооксигеназу [1]. Опублікований у 2008 році метааналіз 65 досліджень (загальна кількість хворих — 11 237) показав, що НПЗП є ефективними для короткострокового полегшення симптомів у хворих з гострим та хронічним болем у спині. НПЗП, як правило, мають високу біодоступність після перорального прийому, добре всмоктуються зі шлунково-кишкового тракту [4].

Мета — оцінити ефективність застосування традиційних НПЗП у зниженні вираженості болю в спині в жінок старших вікових груп залежно від мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ).

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз первинних даних двох оригінальних досліджень щодо вивчення ефективності та безпечності застосування НПЗП (традиційного та комбінованого) у лікуванні болю в нижній частині спини.

Загальними критеріями включення у дослідження були: наявність болю у нижній частині спини тривалістю понад 2 тижні; рівень болю на момент включення у дослідження 4 і більше бали за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Критеріями виключення для обох досліджень слугували: прийом будь-яких препаратів, що можуть впливати на больовий синдром, будь-які патологічні стани чи захворювання, що можуть вторинно впливати на перебіг больового синдрому, у тому числі компресійно-корінцевий синдром, тяжка супутня патологія в стадії суб- та декомпенсації з боку будь-яких органів та систем, виразкова хвороба шлунка в періоді ремісії менше від 12 місяців.

Протягом досліджень усі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні та приймали курс стандартної базисної терапії БНС (міорелаксанти, судинні препарати, лікувальна фізкультура, масаж), до складу якої включався досліджуваний лікарський засіб. Досліджувані препарати призначалися в режимах та дозах, дозволених фірмою-виробником та прописаних в інструкціях до застосування.

Усім пацієнтам в умовах стаціонару проводили стандартне комплексне клініко-інструментальне обстеження, що включало визначення мінеральної щільності кісткової тканини методом двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії (ДРА) за допомогою денситометра Prodigy (GE Medical systems, Lunar, model 8743, 2005). В оригінальних дослідженнях результати ДРА не враховувались, тому що не були передбачені протоколами.

Мінеральну щільність кісткової тканини визначали на рівні поперекового відділу хребта (МЩКТ L1-L4) з використанням двоенергетичного рентге-

нівського денситометра Prodigy (GE Medical systems, Lunar, model 8743, 2005). Розподіл на групи залежно від показників МЩКТ проводили відповідно до критеріїв ВООЗ: норма (Т-критерій $> -1,0$ SD), остеопенія ($-1,0$ SD \leq Т-критерій $> -2,5$ SD), остеопороз (Т-критерій $\leq -2,5$ SD). Залежно від стану МЩКТ усіх обстежених було розподілено на групи. Основну групу становили пацієнтки з остеопенією та остеопорозом (знижені показники МЩКТ), хворі з нормальною МЩКТ увійшли у групу порівняння. Слід відзначити, що наявність остеопорозу та вертебральних переломів в оригінальних дослідженнях не входила до критеріїв виключення. Проведено додатковий аналіз наявності вертебральних переломів. Серед усієї когорти обстежених 2 пацієнтки мали деформації тіл хребців із тривалістю постпереломного періоду понад два роки, у зв'язку із чим їх дані були залишені в дослідженні.

Для проведення даного аналізу з усієї когорти обстежених та пролікованих були вилучені особи чоловічої статі та жінки в репродуктивному періоді, а також ті особи, які не мали з тих чи інших причин результатів денситометрії. Отже, з результатів обстеження та лікування 65 осіб відібрано до аналізу дані 44 пацієнток у постменопаузальному періоді віком 46–77 років.

Досліджувані препарати та режими їх застосування

Диклофенак натрію призначали по 75 мг *per os* після їжі двічі на день протягом 21 дня (3 тижні).

Комбінований препарат диклофенаку (50 мг) та ацетамінофену (500 мг) призначали по 1 таблетці двічі на день *per os* після їжі протягом 21 дня (3 тижні).

Залежно від призначеної терапії та стану МЩКТ були сформовані дві групи.

І основна група — хворі з остеопенією/остеопорозом, які приймали:

— підгрупа І (ДК) — диклофенак натрію ($n = 9$; середній вік — $59,1 \pm 7,0$ року, середній зріст — $159,3 \pm 3,1$ см, середня маса тіла — $79,0 \pm 12,9$ кг);

— підгрупа І (ДК + АцФ) — комбінований препарат диклофенаку та ацетамінофену ($n = 13$; середній вік — $58,9 \pm 7,3$ року, середній зріст — $161,5 \pm 4,0$ см, середня маса тіла — $73,2 \pm 16,9$ кг);

ІІ група порівняння — хворі з нормальною МЩКТ, які приймали:

— підгрупа ІІ (ДК) — диклофенак натрію ($n = 13$; середній вік — $59,8 \pm 10,3$ року, середній зріст — $164,2 \pm 6,1$ см, середня маса тіла — $89,9 \pm 14,7$ кг);

— підгрупа ІІ (ДК + АцФ) — комбінований препарат диклофенаку та ацетамінофену ($n = 9$; середній вік — $59,1 \pm 9,3$ року, середній зріст — $162,8 \pm 6,2$ см, середня маса тіла — $86,6 \pm 17,9$ кг).

На початку аналізу за основними характеристиками, зокрема віком, вираженістю болю за питальником Мак-Гілла та ВАШ, показниками МЩКТ групи зна-

чимо не відрізнялись, окрім вірогідних відмінностей за зростом між показниками хворих основної групи та групи порівняння, які приймали диклофенак. Отримані відмінності не мають впливу на подальший результат аналізу.

Наявність та інтенсивність больового синдрому оцінювали за допомогою 4-складової візуально-аналогової шкали у балах від 0 до 10 та питальника Мак-Гілла. 4-складова ВАШ включала чотири шкали: ВАШ-1 — рівень болю на момент опитування, ВАШ-2 — середній (типовий) рівень болю, ВАШ-3 — мінімальний (у найкращі періоди хвороби) та ВАШ-4 — максимальний рівень болю (у найгірші періоди хвороби). За питальником Мак-Гілла визначали індекси рангів, дескрипторів та болю. Обстеження проводили до лікування, через 1, 2 та 3 тижні від початку терапії.

Статистичний аналіз проводили з використанням пакетів програм Statistica 6.0 Copyright® StatSoft, Inc. 1984–2001, Serial number 31415926535897. Використовували параметричні та непараметричні методи. Результати подані у вигляді $M \pm SD$ та $Me [LQ; UQ]$.

Вивчення впливу окремих лікарських засобів аналізували, виходячи з абсолютних даних та критерію ефективності (%). Порівняльну оцінку ефективності між групами проводили, використовуючи критерій ефективності (%), який обчислювали за формулою:

$$\Delta \text{показник (\%)} = [(\text{показник після} - \text{показник до}) / \text{показник до}] \cdot 100.$$

Кількісну оцінку впливу терапії на результати лікування оцінювали за показником величини ефекту (effect size, ES), який обчислювали за формулою:

$$ES = M \text{ групи лікування} - M \text{ групи порівняння} / SD \text{ групи порівняння},$$

де M — середнє значення показника, SD — стандартне відхилення.

Згідно з J. Cohen (1988), якщо показник величини ефекту не перевищує 0,2, то говорять про слабкий ефект терапії, якщо він виявляється рівним 0,5, кажуть про ефект середньої сили, і якщо він перевищує 0,8, то говорять про великий ефект дії препарату.

Для інтерпретації отриманих результатів розраховували 95% довірчі інтервали (ДІ). Критичним рівнем значущості при перевірці статистичних гіпотез вважали $p < 0,05$.

Результати дослідження

Ефективність терапії оцінювалась окремо для кожної підгрупи пацієнтів із різним станом МЩКТ залежно від одержуваного препарату, а також порівнювалась у підгрупах з однаковим станом МЩКТ та різною терапією.

За результатами дисперсійного аналізу встановлено, що у хворих, які приймали диклофенак, вірогідне зменшення вираженості болю в спині спостерігалось вже через 7 днів лікування у пацієнтів як основної групи, так і групи порівняння. Причому у хворих основної групи вірогідно зменшувався рівень болю на момент опитування (ВАШ-1; $Z = 2,02$; $p = 0,04$), у найкращі періоди (мінімальний, ВАШ-3; $Z = 2,03$; $p = 0,04$) та в найгірші періоди хвороби (максимальний, ВАШ-4; $Z = 2,03$; $p = 0,04$). У пацієнтів групи порівняння вірогідне покращання стану через 7 днів встановлено за показниками Мак-Гіллівського питальника — індексом рангів ($t = 2,52$; $p = 0,03$), індексом болю ($Z = 2,14$; $p = 0,03$) та за ВАШ-1 (рівень болю на момент опитування; $Z = 2,25$; $p = 0,02$).

Через 14 днів лікування у пацієнтів основної групи, які приймали диклофенак, позитивна динаміка встановлена за індексом болю ($Z = 2,37$; $p = 0,02$), ВАШ-1 ($Z = 2,37$; $p = 0,02$) та ВАШ-4 ($Z = 2,20$; $p = 0,03$), а в групі порівняння — за усіма показниками питальника Мак-Гілла (окрім індексу дескрипторів) та ВАШ (окрім мінімального рівня болю), $p < 0,05$.

Через 21 день терапії вірогідний ефект встановлено в основній групі за індексами дескрипторів ($t = 2,82$; $p = 0,05$) та рангів ($t = 3,99$; $p = 0,01$), а також зберігалось вірогідне зменшення рівня болю на момент опитування (ВАШ-1; $Z = 2,02$; $p = 0,04$). У групі порівняння визначено вірогідне зменшення больового синдрому за індексом дескрипторів ($t = 2,47$; $p = 0,04$) та зберігалось за індексом рангів, індексом болю та ВАШ-1 ($p < 0,05$) (табл. 1).

За результатами порівняльного аналізу динаміки показників питальника Мак-Гілла та ВАШ між основною та групою порівняння вірогідних відмінностей не встановлено. У цілому на тлі комплексного лікування із застосуванням диклофенаку натрію вираженість болю на момент опитування за ВАШ-1 зменшилась у пацієнтів основної групи на 37,1 %, а у хворих групи порівняння — на 37,9 %. Вірогідних відмінностей між групами в ефективності терапії диклофенаком не виявлено.

На тлі лікування комбінованим препаратом диклофенаку та ацетамінофену в пацієнтів основної групи встановлено вірогідне зменшення вираженості больового синдрому в спині за усіма показниками питальника Мак-Гілла та ВАШ (окрім мінімального рівня болю за ВАШ-3) вже через 7 днів лікування. Вірогідна позитивна динаміка показників утримувалась протягом усього курсу терапії ($p < 0,05$). У пацієнтів групи порівняння вірогідне зменшення вираженості болю встановлено тільки через 14 днів за показниками питальника Мак-Гілла (індекси дескрипторів, рангів, болю; $p < 0,05$), а через 21 день залишалась вірогідною тільки за індексами рангів ($t = 3,54$; $p = 0,02$) та дескрипторів ($t = 3,37$; $p = 0,03$) (табл. 2).

За результатами порівняльного аналізу вірогідних відмінностей між показниками питальника Мак-Гілла та ВАШ протягом лікування пацієнтів обох груп не виявлено. Вираженість болю у спині на момент опитування за ВАШ-1 на тлі комплексного лікування з використанням комбінованого препарату диклофенаку та

ацетамінофену зменшилася в основній групі на 46,2 %, у групі порівняння — на 44,8 %. Однак виявлено вірогідно більше зменшення середнього (типового) рівня болю за ВАШ-2 ($t = 2,20$; $p = 0,04$) та максимального за ВАШ-4 ($t = 2,48$; $p = 0,02$) через 14 днів лікування у пацієнтів основної групи (рис. 1).

Таблиця 1. Динаміка показників вертебрального больового синдрому на тлі лікування диклофенаком натрію в жінок у постменопаузальному періоді залежно від стану мінеральної щільності кісткової тканини, бали

Показники	До лікування	7 днів	14 днів	21 день
Основна група				
Дескриптори	16,6 ± 7,2	11,2 ± 5,5	11,4 ± 5,0	11,8 ± 4,0*
Ранги	27,1 ± 13,1	21,9 ± 13,1	23,0 ± 11,9	16,8 ± 5,4*
Індекс болю	5,0 [5,0; 6,0]	4,0 [4,0; 5,0]	4,0 [3,0; 4,0]*	4,0 [3,0; 4,0]
ВАШ-1	5,0 [5,0; 7,0]	5,0 [4,0; 5,0]*	4,0 [3,0; 4,0]*	3,0 [2,0; 3,0]*
ВАШ-2	5,0 [5,0; 7,0]	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]
ВАШ-3	4,0 [3,0; 5,0]	3,0 [2,0; 3,0]*	3,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 3,0]
ВАШ-4	9,0 [6,0; 9,0]	7,0 [5,0; 8,0]*	7,0 [6,0; 8,0]*	5,0 [5,0; 6,0]
Група порівняння				
Дескриптори	14,9 ± 6,0	11,2 ± 6,2	10,0 ± 6,2	10,2 ± 5,2*
Ранги	28,5 ± 13,8	22,0 ± 14,5*	22,0 ± 14,5*	22,0 ± 14,5*
Індекс болю	6,0 [5,0; 6,0]	4,0 [4,0; 5,0]*	4,0 [4,0; 5,0]*	4,0 [4,0; 5,0]*
ВАШ-1	6,0 [5,0; 7,0]	5,0 [4,0; 7,0]*	4,0 [3,0; 5,0]*	3,0 [2,0; 5,0]*
ВАШ-2	6,0 [5,0; 7,0]	6,0 [4,0; 6,0]	5,0 [4,0; 5,0]*	4,0 [2,0; 7,0]
ВАШ-3	4,0 [3,0; 5,0]	3,0 [2,0; 4,0]	3,0 [2,0; 3,0]	3,0 [2,0; 4,0]
ВАШ-4	8,0 [7,0; 10,0]	7,0 [6,0; 8,0]	7,0 [7,0; 8,0]*	7,0 [6,0; 8,0]

Примітка: * — вірогідні відмінності порівняно з показником до лікування, $p < 0,05$.

Таблиця 2. Динаміка показників вертебрального больового синдрому на тлі лікування комбінованим препаратом диклофенаку натрію та ацетамінофену в жінок у постменопаузальному періоді залежно від стану мінеральної щільності кісткової тканини, бали

Показники	До лікування	7 днів	14 днів	21 день
Основна група				
Дескриптори	11,3 ± 5,3	7,9 ± 4,8*	6,7 ± 5,6*	6,3 ± 5,1*
Ранги	26,5 ± 16,9	17,9 ± 17,3*	13,5 ± 15,1*	11,7 ± 13,0*
Індекс болю	5,0 [4,0; 6,0]	4,0 [4,0; 5,0]*	4,0 [2,0; 4,0]*	4,0 [2,0; 4,0]*
ВАШ-1	5,0 [5,0; 7,0]	4,0 [3,0; 6,0]*	2,0 [1,0; 5,0]*	2,0 [2,0; 4,0]*
ВАШ-2	7,0 [5,0; 8,0]	6,0 [3,0; 7,0]*	3,0 [1,0; 5,0]*	2,0 [2,0; 4,0]*
ВАШ-3	4,0 [2,0; 5,0]	4,0 [1,0; 5,0]	2,0 [1,0; 3,0]*	2,0 [1,0; 3,0]
ВАШ-4	9,0 [7,0; 10,0]	8,0 [7,0; 8,0]*	7,0 [6,0; 8,0]*	5,0 [5,0; 8,0]*
Група порівняння				
Дескриптори	9,3 ± 2,8	7,3 ± 3,5	5,4 ± 4,0*	4,0 ± 1,2*
Ранги	18,5 ± 9,2	14,3 ± 8,1	10,4 ± 7,5*	6,2 ± 3,6*
Індекс болю	4,0 [4,0; 7,0]	4,0 [4,0; 5,0]	4,0 [1,0; 4,0]*	4,0 [2,0; 4,0]
ВАШ-1	5,0 [5,0; 7,0]	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [3,0; 6,0]	3,0 [1,0; 4,0]
ВАШ-2	5,0 [5,0; 7,0]	5,0 [5,0; 6,0]	5,0 [4,0; 5,0]	4,0 [3,0; 4,0]
ВАШ-3	3,0 [2,0; 6,0]	4,0 [2,0; 5,0]	4,0 [2,0; 5,0]	2,0 [1,0; 3,0]
ВАШ-4	7,0 [7,0; 9,0]	7,0 [6,0; 8,0]	7,0 [6,0; 9,0]	7,0 [5,0; 7,0]

Примітка: * — вірогідні відмінності порівняно з показником до лікування, $p < 0,05$.

На наступному етапі дослідження проведено порівняльний аналіз ефективності різних НПЗП у хворих з низькими показниками МЩКТ (остеопороз/остеопенія) та нормою за МЩКТ (БНС) залежно від одержуваної терапії. Критерії ефективності комплексного лікування із застосуванням комбінованого препарату порівнювалися з відповідними критеріями ефективності диклофенаку як золотого стандарту знеболюючої терапії.

Згідно з розрахунком критеріїв ефективності зменшення вираженості больового синдрому спостерігалось за всіма показниками питальника Мак-Гілла та ВАШ у всіх групах (табл. 3).

Проте в пацієнтів основної групи вірогідні відмінності критерію ефективності спостерігалися через 14 днів лікування за індексом рангів, що вірогідно більше зменшився у підгрупі пацієнтів, які приймали комбінований препарат диклофенаку та ацетамінофену ($t = 2,64$; $p = 0,02$), порівняно з підгрупою диклофенаку (рис. 2).

У пацієнтів групи порівняння протягом усього періоду дослідження не виявлено вірогідних відмінностей за критерієм ефективності залежно від одержуваної терапії.

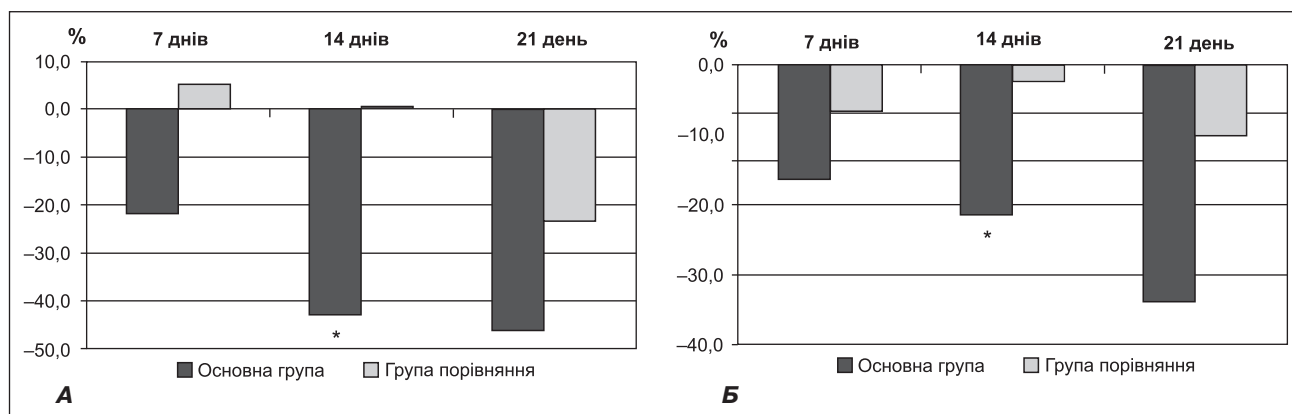


Рисунок 1. Критерій ефективності терапії за ВАШ-2 (А) та ВАШ-4 (Б) на тлі лікування комбінованим препаратом диклофенаку та ацетамінофену жінок у постменопаузальному періоді залежно від мінеральної щільності кісткової тканини (Δ , %)

Примітка: * — вірогідні відмінності між групами, $p < 0,05$.

Таблиця 3. Критерії ефективності терапії різних НПЗП у лікуванні хворих з вертебральним больовим синдромом залежно від мінеральної щільності кісткової тканини, Δ (%)

Показники	7 днів		14 днів		21 день	
	ДК	ДК + АцФ	ДК	ДК + АцФ	ДК	ДК + АцФ
Основна група						
Дескриптори	-25,5	-30,1	-24,4	-43,7	-26,1	-40,4
Ранги	2,5	-35,0	-3,4	-49,2	-45,0	-48,0
Індекс болю	-16,0	-20,3	-28,8	-47,1	-19,2	-36,2
ВАШ-1	-15,0	-23,0	-37,6	-47,7	-37,1	-46,2
ВАШ-2	-15,5	-21,8	-21,3	-43,0	-23,3	-46,1
ВАШ-3	-21,7	-11,7	-17,0	-23,8	-35,7	-24,7
ВАШ-4	-12,7	-16,4	-11,9	-21,4	-17,5	-33,9
Група порівняння						
Дескриптори	-11,3	-20,6	-16,8	-44,1	-30,3	-50,3
Ранги	-24,4	-18,6	-27,5	-45,9	-43,0	-61,5
Індекс болю	-21,8	-16,5	-37,1	-50,8	-38,2	-41,1
ВАШ-1	-16,5	-7,6	-30,9	-12,2	-37,9	-44,8
ВАШ-2	-8,1	5,4	-13,4	0,4	-10,1	-23,2
ВАШ-3	-7,6	11,0	-13,9	19,7	-6,8	-26,7
ВАШ-4	-9,2	-6,7	-9,3	-2,4	-8,1	-10,2

Примітки: ДК — диклофенак; ДК + АцФ — комбінований препарат диклофенаку та ацетамінофену.

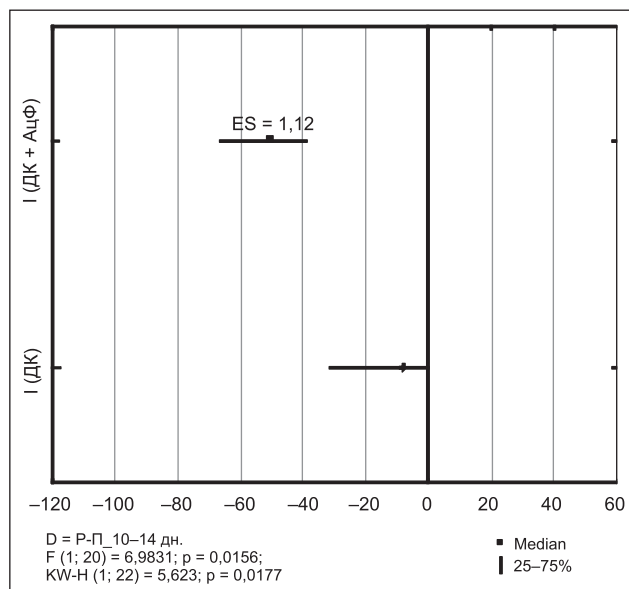


Рисунок 2. Критерії ефективності та величина ефекту за індексом рангів на тлі лікування різними НПЗП хворих із вертебральним больовим синдромом та зниженими показниками мінеральної щільності кісткової тканини

Висновок

Отже, застосування диклофенаку натрію у складі комплексного лікування однаково ефективне в зниженні больового синдрому в спині у жінок у постменопаузальному періоді з різним станом МЩКТ. Застосування комбінованого препарату диклофенаку та ацетамінофену у складі комплексного лікування вірогідно ефективні-

ше в зниженні середнього (типового) та максимального рівня болю спини у жінок у постменопаузальному періоді з низькими показниками МЩКТ.

Список літератури

1. Поворознюк В.В., Григорьева Н.В. Болевой синдром при остеопорозе и методы его коррекции // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2011. — № 1. — С. 41-45.
2. Conaghan P. A turbulent decade for NSAIDs: update on current concepts of classification, epidemiology, comparative efficacy, and toxicity // Rheumatol. Int. — 2012. — Vol. 32(6). — P. 1491-1502.
3. Depalma M., Gasper J. Cellular supplementation technologies for painful spine disorders // Pm. R. — 2015. — Apr. 7(4 Suppl.). — P. 19-25.
4. Kuijpers T., van Middelkoop M., Rubinstein S. et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain // Eur. Spine J. — 2011. — Vol. 20(1). — P. 40-50.
5. Mathew S., Devi G., Prasanth V. Efficacy and Safety of COX-2 Inhibitors in the Clinical Management of Arthritis: Mini Review // ISRN Pharmacol. — 2011.
6. Omoigui S. The biochemical origin of pain: The origin of all pain is inflammation and the inflammatory response. PART 2 of 3 — Inflammatory profile of pain syndromes // Med. Hypotheses. 2007. — Vol. 69(6). — P. 1169-1178.
7. Orita S., Ohtori S., Inoue G., Takahashi K. Osteoporotic Pain // Osteoporosis. — 2012. — P. 541-554.
8. Salzberg L., Manusov E. Management options for patients with chronic back pain without an etiology // Health Serv. Insights. — 2013. — Vol. 6. — P. 33-38.

Отримано 09.07.15 ■

Орлик Т.В.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева
НАМН Украины», г. Киев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С БОЛЬЮ В СПИНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Резюме. В статье представлены результаты исследования особенностей влияния на выраженность боли в спине диклофенака и комбинированного препарата диклофенака и ацетаминофена в составе комплексного лечения пациенток в постменопаузальном периоде в зависимости от минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Эффективность терапии оценивалась отдельно для каждой группы пациентов с различным состоянием МПКТ в зависимости от получаемого препарата и сравнивалась в группах с одинаковым состоянием МПКТ и различной терапией.

Ключевые слова: боль в спине, минеральная плотность костной ткани, диклофенак, женщины, визуально-аналоговая шкала, опросник Мак-Гилла.

Orlyk T.V.

State Institution «Institute of Gerontology named after D.F. Chebotariov of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

EFFECTIVENESS OF TRADITIONAL NSAIDS IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH BACK PAIN DEPENDING ON THE STATE OF BONE MINERAL DENSITY

Summary. The article presents the results of studies on the features of the impact on the severity of back pain of diclofenac and combined drug of diclofenac and acetaminophen as part of an integrated treatment of postmenopausal patients, depending on the bone mineral density (BMD). Treatment efficacy was assessed separately for each group of patients with different state of BMD, depending on the drug, and was compared in groups with the same state of BMD and different therapy.

Key words: back pain, bone mineral density, diclofenac, women, visual analog scale, McGill questionnaire.