



Скелетно-мышечная боль: новые возможности обезболивания

Скелетно-мышечная боль лидирует среди причин временной и стойкой нетрудоспособности, существенно снижает качество жизни и является тяжелым социально-экономическим бременем как для пациентов, так и для государства и общества. В рамках симпозиума, состоявшегося при поддержке компании «Тева», ведущие российские специалисты обсудили вопросы лечения пациентов со скелетно-мышечной болью, рассмотрели преимущества новой лекарственной формы одного из наиболее эффективных и безопасных нестероидных противовоспалительных препаратов – ацеклофенака.



Д.м.н.
А.Е. Каратеев

Открыл симпозиум д.м.н. Андрей Евгеньевич КАРАТЕЕВ (Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой), который отметил, что для пациента боль – наиболее тягостное проявление любого заболевания, в особенности скелетно-мышечной системы, важнейшая причина временной и стойкой потери тру-

Лечение острой и хронической скелетно-мышечной боли: возможности междисциплинарного консенсуса

доспособности и одна из главных причин обращения за медицинской помощью. При этом пациенты обращаются к различным специалистам: неврологам, ревматологам, терапевтам, хирургам/травматологам, что обуславливает необходимость выработки единой междисциплинарной тактики ведения таких больных.

Болевой синдром – тяжелый стресс для организма, сопровождающийся активацией симпатoadреналовой системы, возбуждением центральной нервной системы, усилением сердечного выброса и частоты сердечных сокращений, учащением дыхания, снижением почечной фильтрации и торможением перистальтики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Известно, что у пациентов с боле-

вым синдромом гораздо выше, чем в популяции, частота сердечно-сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, ишемический инсульт, артериальная гипертензия и тромбоз¹.

Некупированная боль – одна из главных причин развития тяжелых осложнений со стороны сердца, легких и кишечника у хирургических пациентов (послеоперационного инфаркта миокарда, тромбоэмболии почечной артерии, нарушения работы кишечника, пареза кишечника)². При одном из самых распространенных заболеваний в популяции – остеоартрозе длительно персистирующая боль способствует прогрессированию состояния^{3, 4}. Приведенные данные

¹ Zhu K., Devine A., Dick I.M., Prince R.L. Association of back pain frequency with mortality, coronary heart events, mobility, and quality of life in elderly women // Spine. 2007. Vol. 32. № 18. P. 2012–2018.

² Carpintero P., Caeiro J.R., Carpintero R. et al. Complications of hip fractures: a review // World J. Orthop. 2014. Vol. 5. № 4. P. 402–411.

³ Bastick A.N., Belo J.N., Runhaar J., Bierma-Zeinstra S.M. What are the prognostic factors for radiographic progression of knee osteoarthritis? A meta-analysis // Clin. Orthop. Relat. Res. 2015. Vol. 473. № 9. P. 2969–2989.

⁴ De Rooij M., van der Leeden M., Heymans M.W. et al. Prognosis of pain and physical functioning in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis // Arthritis Care Res. (Hoboken). 2016. Vol. 68. № 4. P. 481–492.



Сателлитный симпозиум компании «Тева»

убедительно подтверждают, что боль нельзя терпеть, необходимо добиваться ее полного купирования или контроля на минимально возможном уровне.

Лечение боли должно быть последовательным, комплексным и учитывать этиопатогенетические факторы. Поскольку определяющее значение в патогенезе боли имеет воспаление, важную роль в лечении болевого синдрома играют лекарства с противовоспалительным потенциалом, среди которых препаратами первой линии являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). НПВП воздействуют не только на воспаление, но и на такие механизмы развития боли, как неофиброгенез, неоангиогенез, периферическая и центральная сенситизация.

При выборе конкретного НПВП нужно учитывать не только силу и быстроту наступления эффекта, но и переносимость и безопасность препарата, поскольку у подавляющего большинства пациентов со скелетно-мышечной болью есть факторы риска сердечно-сосудистых или желудочно-кишечных осложнений^{5, 6}. Кроме того, НПВП должен иметь удобный режим приема и до-

ступную стоимость⁷. По мнению А.Е. Каратеева, указанным критериям соответствует ацеклофенак – один из наиболее популярных во всем мире НПВП (296 коммерческих наименований). Ацеклофенак эффективно купирует как острую, так и хроническую боль.

В клиническом исследовании 85% пациентов с различными ревматическими заболеваниями оценили терапию ацеклофенаком как «очень хорошую», а 32% отметили, что боль полностью прошла⁸.

Сравнение эффективности ацеклофенака и диклофенака при острой боли в нижней части спины показало, что ацеклофенак лучше купировал боль и при этом реже приводил к развитию осложнений⁹. Тот факт, что прием ацеклофенака ассоциируется с низким риском развития ЖКТ-кровотечений, был установлен также в метаанализе 28 исследований¹⁰. Было показано, что безопасность ацеклофенака даже выше, чем у целекоксиба, который считается золотым стандартом переносимости среди НПВП. Сегодня на фармацевтическом рынке появился ацеклофенак с модифицированным высвобождением – препарат Ацеклагин®.

Он содержит 200 мг ацеклофенака и отличается высокой биодоступностью: максимальная концентрация отмечается уже через 1,25–3 часа после приема, а продолжительность действия достигает 24 часов.

Биоэквивалентность лекарственной формы ацеклофенака с модифицированным высвобождением (200 мг один раз в день натощак/после еды) и обычного ацеклофенака (100 мг два раза в день натощак) подтверждена в клиническом исследовании. Не обнаружено различий в пиковой концентрации и концентрации препарата в крови при использовании обычного ацеклофенака два раза в день натощак и ацеклофенака с модифицированным высвобождением как натощак, так и после еды¹¹.

В клинических исследованиях показано, что динамика снижения выраженности боли на фоне приема ацеклофенака с модифицированным высвобождением и обычного ацеклофенака при боли в спине практически не различалась¹². В другом исследовании при сходном клиническом эффекте ацеклофенак с модифицированным высвобождением переносился гораздо лучше, чем обычный ацеклофенак. Кроме того, на фоне приема ацеклофенака с модифи-

⁵ Каратеев А.Е., Попкова Т.В., Новикова Д.С. и др. Оценка риска желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений, ассоциированных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, в популяции СНГ // Научно-практическая ревматология. 2014. Т. 52. № 6. С. 600–606.

⁶ Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике» // Современная ревматология. 2015. Т. 9. № 1. С. 4–23.

⁷ Milder T.Y., Lipworth W.L., Williams K.M. et al. «It looks after me»: how older patients make decisions about analgesics for osteoarthritis // Arthritis Care Res. (Hoboken). 2011. Vol. 63. № 9. P. 1280–1286.

⁸ Lemmel E.M., Leeb B., De Bast J., Aslanidis S. 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. 2002. Vol. 18. № 3. P. 146–153.

⁹ Schattenkirchner M., Milachowski K. 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. 2003. Vol. 22. № 2. P. 127–135.

¹⁰ Castellsague J., Riera-Guardia N., Calingaert B. et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project) // Drug Saf. 2012. Vol. 35. № 12. P. 1127–1146.

¹¹ Bae S.K., Kim S.H., Lee H.W. et al. Pharmacokinetics of a new once-daily controlled-release formulation of aceclofenac in Korean healthy subjects compared with immediate-release aceclofenac and the effect of food: a randomized, open-label, three-period, crossover, single-centre study // Clin. Drug Investig. 2012. Vol. 32. № 2. P. 111–119.

¹² Yang J.H., Suk K.S., Lee B.H. et al. Efficacy and safety of different aceclofenac treatments for chronic lower back pain: prospective, randomized, single center, open-label clinical trials // Yonsei Med. J. 2017. Vol. 58. № 3. P. 637–643.

Неврология



цированным высвобождением пациенты реже нуждались в дополнительном обезболивании парацетамолом¹³.



К.м.н.
О.С. Давыдов

На сегодняшний день существуют разнообразные классификации боли в спине. Так, боль различают по локализации (цервикалгия, торакалгия, люмба́лгия и др.). По длительности и течению выделяют острую, подострую и хроническую боль. В зависимости от причин возникновения боли в спине подразделяют на специфические и неспецифические. К.м.н. Олег Сергеевич ДАВЫДОВ (Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии) напомнил, что неспецифические боли в спине носят доброкачественный характер. Они, как правило, связаны с механической причиной, приводящей к перегрузке мышечно-связочного аппарата позвоночника (мышечно-тонический синдром паравертебральных мышц, растяжение связочного аппарата, дисфункция межпозвонковых суставов и крестцово-подвздошных сочленений). Специфические боли в спине

В заключение профессор А.Е. Каратеев подчеркнул, что ацеклофенак с модифицированным высвобождением – эффективный

инструмент в терапии боли, обладающий значимыми преимуществами по сравнению со стандартным ацеклофенаком.

Острая неспецифическая боль в спине: от поиска источника к прогнозу заболевания

могут быть следствием остеомиелита, спондилоартрита, первичных и метастатических опухолей позвоночника, эпидурита, перелома позвоночника и т.д. Диагностика боли в спине подразумевает прежде всего исключение именно специфических причин боли и неврологической патологии. Для скрининга предлагается использовать систему «красных флажков». К симптомам опасности относятся возраст моложе 18 лет и старше 50 лет, злокачественное новообразование, недавняя травма спины, длительное использование глюкокортикостероидов, ВИЧ-инфекция, необъяснимая потеря массы тела, лихорадка, структурная деформация позвоночника, необычная локализация и др.

Залог успешного лечения боли в спине – тщательная диагностика. Ведущее значение имеют выяснение жалоб, сбор анамнеза, общесоматическое обследование. При подозрении на поражение спинного мозга или спинномозгового корешка проводится неврологическое обследование. В типичных случаях острой неспецифической боли нет необходимости в использовании инструментальных методов (рентгенографии, магнитно-резонансной или компьютерной томографии и др.). Повторное обследование выполняется, если

состояние пациента не улучшается в течение нескольких недель или интенсивность боли нарастает¹⁴.

Терапия острой боли в спине преследует такие цели, как уменьшение интенсивности боли, помощь в скорейшем возвращении к активному образу жизни, предупреждение трансформации острой боли в хроническую. Согласно рекомендациям Российского общества по изучению боли по лечению острой неспецифической (скелетно-мышечной) поясничной боли, пациентам показано назначение НПВП и миорелаксантов¹⁵. В целом, все препараты из группы НПВП оказывают противовоспалительный и болеутоляющий эффект, превышающий таковой парацетамола. Однако они отличаются профилем безопасности, поэтому при назначении НПВП необходимо помнить об их возможном гастро-, кардио- и нефротоксическом действии, связанном с ингибированием циклооксигеназы (ЦОГ) 1 и 2. Считается, что ингибирование ЦОГ-1 обуславливает риск возникновения побочных эффектов со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы. Именно на оценке риска возникновения побочных эффектов, по мнению О.С. Давыдова, и должен базироваться выбор препарата. В соответствии с ал-

¹³ Pareek A., Chandurkar N., Gupta A. et al. Efficacy and safety of aceclofenac-cr and aceclofenac in the treatment of knee osteoarthritis: a 6-week, comparative, randomized, multicentric, double-blind study // J. Pain. 2011. Vol. 12. № 5. P. 546–553.

¹⁴ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // Eur. Spine J. 2006. Vol. 15. Suppl. 2. P. S169–S191.

¹⁵ Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10. № 2. С. 4–11.



Сателлитный симпозиум компании «Тева»

горитмом назначения НПВП при высоком риске развития осложнений следует выбирать более щадящие препараты.

В этом отношении может быть интересен ацеклофенак, который ингибирует преимущественно экспрессию ЦОГ-2 и таким образом приближается к селективным НПВП, а потому при высокой эффективности оказывает гораздо меньшее повреждающее действие на слизистую ЖКТ. По данным метаанализа, на фоне приема ацеклофенака суммарный риск осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ был ниже по сравнению с таковым у других НПВП¹⁰. В еще одной работе уровень безопасности ацеклофенака в отношении риска развития осложнений со стороны ЖКТ превосходил таковой napроксена, пироксикама, ацетаминофена, притом что ацеклофенак продемонстрировал наилучшую эффективность среди всех НПВП, значительно снизив интенсивность боли¹⁶.

Анализ результатов российских исследований также подтверждает высокую эффективность и безопасность ацеклофенака в терапии боли. Так, среднее уменьшение интенсивности боли по Визуальной аналоговой шкале на фоне лечения ацеклофенаком

составило 47,1%. Полное купирование боли через 14 дней отметили 64,6% больных. Наряду с этим суммарная частота нежелательных явлений при использовании ацеклофенака была существенно ниже, чем при применении препаратов сравнения – 8,8 и 20,5% соответственно¹⁷.

В ряде современных исследований изучались фармакокинетические параметры ацеклофенака и ацеклофенака с модифицированным высвобождением (препарат Ацеклагин®). Для оценки фармакокинетики с клинической точки зрения одними из самых важных параметров являются достижение максимальной концентрации в крови (T_{max}) и время полувыведения. По данным исследований, у ацеклофенака с модифицированным высвобождением максимальная концентрация в крови отмечалась через $1,5 \pm 0,7$ часа, тогда как у ацеклофенака – через $3,0 \pm 2,1$ часа. Время полувыведения составило $5,0 \pm 2,1$ и $2,1 \pm 0,9$ часа соответственно. Таким образом, ацеклофенак с модифицированным высвобождением (Ацеклагин®) обеспечивает более быстрое наступление эффекта и притом имеет удобный однократный режим приема¹¹.

Эффективность ацеклофенака с модифицированным высвобождением подтверждается клиническими исследованиями. Так, при хронической боли в нижней части спины через две недели терапии ацеклофенак с модифицированным высвобождением был даже чуть более эффективен, чем обычный ацеклофенак. На фоне терапии ацеклофенаком с модифицированным высвобождением выраженность боли по Визуальной аналоговой шкале, как и динамика индекса Освестри, значительно уменьшилась по сравнению с обычным ацеклофенаком. Через две недели терапии качество жизни пациентов было достоверно выше на фоне приема ацеклофенака с модифицированным высвобождением по сравнению с исходным уровнем и с таковым на фоне терапии стандартным ацеклофенаком. По количеству побочных эффектов обе формы были сопоставимы¹².

«Результаты исследований позволяют сделать вывод, что Ацеклагин® обеспечивает одновременно быстрое и длительное обезболивание и сравним со стандартным ацеклофенаком по эффективности и безопасности у пациентов со скелетно-мышечным болевым синдромом», – подвел итог выступлению О.С. Давыдов.

Неврология

Фенотипы пациентов со скелетно-мышечной болью

Как отметил д.м.н., профессор Алексей Борисович ДАНИЛОВ (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова), на течение заболевания и результат терапии оказывают влияние множество факторов, в том числе эмоциональный статус пациента, его биопатофизиологический и психосоциальный фенотип.

Не вызывает сомнений, что личностные особенности способны модулировать восприятие болевых ощущений. Пациент может пренебрегать тяжестью заболевания или игнорировать сам факт болезни, а может осознавать, что утрирует ситуацию, но самостоятельно быть не в силах преодолеть панику. Некоторые больные могут даже получать удовлетво-



Д.м.н., профессор
А.Б. Данилов

¹⁶ Patel P.B., Patel T.K. Efficacy and safety of aceclofenac in osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials // Eur. J. Rheumatol. 2017. Vol. 4. № 1. P. 11–18.

¹⁷ Каратеев А.Е., Цурган А.В. Ацеклофенак: опыт российских исследований // Современная ревматология. 2017. Т. 11. № 4. С. 89–94.



рение от того, что болезнь освобождает их от ряда неприятных обязанностей, или, имея рентные установки, стремиться «нажиться» на заболевании – материально или морально.

Нельзя недооценивать психоэмоциональный фон. Часто пациенты с болью в спине страдают депрессией, нарушениями сна, когнитивными нарушениями. Например, при хронической радикулопатии объем нейронов префронтальной коры и таламуса справа уменьшается на 5–11%, что равнозначно атрофии мозга за 10–20 лет¹⁸. На состояние пациента могут влиять и коморбидные заболевания (сердечно-сосудистая патология, нарушения ЖКТ, избыточная масса тела), а также низкий уровень физической активности и социальная изоляция. Все эти факторы следует учитывать при определении тактики лечения, которая подразумевает комплекс мер, включающий прием современных лекарственных средств, психологическую коррекцию и социальную адаптацию.

Важно стимулировать пациента выполнять предписанные рекомендации. Как можно повысить комплаентность терапии? Один из методов – учитывать режим приема препаратов. Наиболее высокая приверженность к лечению отмечена при однократном приеме препарата¹⁹. Поэтому если есть выбор между стандартным ацеклофенаком, который принимается дважды в день, или обладающим схожими эффективностью и безопасностью ацеклофенаком с модифицированным высвобождением, который принимается один раз в день, очевидно, лучше отдать предпочтение препарату с однократным приемом. Профессор А.Б. Данилов подчеркнул, что нужно не просто назначить лечение, обещая пациенту

выздоровление, а сформировать адекватные ожидания от терапии, поставив реалистичные цели, предоставив инструкции, инструменты для их достижения и психологическую поддержку. Могут быть полезны когнитивно-поведенческая терапия, техники стресс-менеджмента. С помощью различных методик пациентов с болевым синдромом обучают управлять стрессом, снижать мышечное напряжение, уменьшать уровень тревожности. Исследования показывают, что через два месяца на фоне проведения психотерапевтических мероприятий у пациентов улучшается настроение,

возникает чувство уверенности, повышается мотивация, снижается уровень агрессии. Пациенты начинают верить в возможность преодоления трудностей и выздоровление.

Таким образом, восприимчивость к скелетно-мышечной боли зависит от многих факторов: биологических, психологических и социальных. Для достижения успеха в лечении неспецифической боли в спине в реальной клинической практике необходимо воздействовать не только на физиопатологические причины боли, но и на когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы.

Заключение

Препаратами первой линии при скелетно-мышечной боли остаются НПВП, обладающие комплексным (обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим) действием. Они эффективно купируют основные симптомы, связанные с патологией органов опорно-двигательного аппарата.

Уход с российского рынка Катадалона (флупиртина) негативно сказался на качестве и доступности помощи пациентам, нуждающимся в обезболивании. В этой связи своевременным оказалось появление нового препарата Ацеклагин® (ацеклофенак) производства компании «Тева» – одного из лидеров мировой фармацевтической отрасли.

Ацеклагин® выпускается в форме таблеток с модифицированным высвобождением, изготовленных по специальной технологии Clanza®²⁰. Препарат предназначен для приема один раз в сутки, обеспечивает быстрое наступ-

ление противовоспалительного и анальгезирующего эффекта, который сохраняется в течение 24 часов. Клинические исследования показали, что при болевом синдроме Ацеклагин® сравним со стандартным ацеклофенаком по эффективности и безопасности. Однако за счет модифицированной формы таблетки Ацеклагин® меньше раздражает слизистую ЖКТ, хорошо переносится, а благодаря однократному приему повышает приверженность пациентов к лечению. Ацеклагин® показан к применению для купирования воспаления и болевого синдрома при люмбаго, зубной боли, плечелопаточном периартрите, ревматическом поражении мягких тканей, для симптоматического лечения ревматоидного артрита, остеоартроза и анкилозирующего спондилита, а также при дисменорее. Препарат может назначаться в качестве симптоматического средства для купирования боли и воспаления. *

¹⁸ Apkarian A. V., Sosa Y., Sonty S. et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density // J. Neurosci. 2004. Vol. 24. № 46. P. 10410–10415.

¹⁹ Claxton A. J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance // Clin. Ther. 2001. Vol. 23. № 8. P. 1296–310.

²⁰ Технология производства таблеток с модифицированным высвобождением, применяемая для ЛП Clanza® CR («Корея Юнайтед Фарм. Инк.», Южная Корея).

ВРЕМЯ НОВЫХ ЛЕГЕНД

Окончание одной легенды – это всегда начало следующей. Так на место славных флупиртинов приходит Ацецлагин®.

Начните время новых легенд!



**ПЕРВЫЙ И ЕДИНСТВЕННЫЙ АЦЕКЛОФЕНАК В РОССИИ
С МОДИФИЦИРОВАННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ**
И ПРИЕМОМ 1 РАЗ В ДЕНЬ¹**

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ацецлагин®

Торговое наименование: Ацецлагин®. **Международное непатентованное или группировочное наименование:** ацеклофенак. **Лекарственная форма:** таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой. **Фармакологическая группа:** нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). **Код АТХ:** M01AB16. **Показания к применению:** купирование воспаления и болевого синдрома при люмбаго, зубной боли, плечелопаточном периартрите, ревматическом поражении мягких тканей, для симптоматического лечения ревматоидного артрита, остеоартроза и анкилозирующего спондилита. Симптоматическая терапия, уменьшение боли и воспаления на момент использования, на прогрессирование заболевания не влияет. **Дисменорея.** **Противопоказания:** повышенная чувствительность к ацеклофенаку или вспомогательным компонентам препарата; бронхоспазм, ринит или крапивница после приема ацетилсалициловой кислоты или других НПВП в анамнезе (полный или неполный синдром непереносимости ацетилсалициловой кислоты — риносинусит, крапивница, полипы слизистой оболочки полости носа, бронхиальная астма); эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в фазе обострения (в т. ч. язвенный колит, болезнь Крона); желудочно-кишечное кровотечение или подозрение на него; тяжелая сердечная недостаточность (II–IV класс по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации), ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и/или артерий головного мозга; период после проведения аортокоронарного шунтирования; тяжелая печеночная недостаточность или заболевания печени в активной стадии; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина <30 мл/мин.), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; нарушения кровотока и коагуляции; беременность и период грудного вскармливания; детский возраст до 18 лет. **С осторожностью:** заболевания печени, почек и ЖКТ в анамнезе, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, снижение объема циркулирующей крови (в том числе после обширных оперативных вмешательств), ишемическая болезнь сердца, хроническая почечная, и печеночная, и сердечная недостаточность, клиренс креатинина менее 60 мл/мин., язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции *Helicobacter pylori*, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, курение, пожилой возраст, длительное применение НПВП, тяжелые соматические заболевания, алкоголизм. **Способ применения и дозы (полную информацию см. в инструкции по применению):** внутрь. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая достаточным количеством воды. Рекомендованная суточная доза для взрослых составляет 200 мг при однократном приеме (1 таблетка в сутки). **Нежелательные реакции (полную информацию о побочных эффектах см. в инструкции по применению):** наиболее частыми нежелательными реакциями были: головокружение; диспепсия, боль в животе, тошнота, диарея; повышение активности «печеночных» ферментов.

Форма выпуска: таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг. По 10 таблеток в блистер из ПВДХ/алюминиевой фольги. 1, 3 или 10 блистеров с инструкцией по применению в пачку картонную. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Рег. номер:** ЛП-004818-230418. ACN-RU-NP-00001-HCP.

Препарат отпускается по рецепту.

Для информирования медицинских специалистов, не для демонстрации пациентам. Реклама. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по медицинскому применению препарата Ацецлагин®.

¹. Инструкция по медицинскому применению препарата Ацецлагин®, *технология производства таблеток с модифицированным высвобождением, применяемая для ЛП Clanza® CR (Корея Юнайтед Фарм. Инк., Южная Корея). **единственный зарегистрированный в России ацеклофенак с модифицированным высвобождением действующего вещества (www.girls.rosminzdrav.ru 19.10.2018).

Общество с ограниченной ответственностью «Тева»

Россия, 115054, г. Москва, ул. Валуева, д. 35. Тел.: +7 495 664-22-34, факс: +7 495 664-22-35, e-mail: info@teva.ru, www.teva.ru

ACN-RU-00005-HCP