

Проблема длительного контроля боли при хронических ревматических заболеваниях

Полищук Е.Ю., Каратеев А.Е.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Боль является одним из основных симптомов и наиболее тягостным проявлением ревматических заболеваний (РЗ). В настоящее время нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) широко используются для симптоматического лечения РЗ в реальной клинической практике, однако эффективность и переносимость их продолжительного приема остаются недостаточно изученными. Многие пациенты с РЗ нуждаются в длительном использовании НПВП. При этом следует учитывать наличие коморбидной патологии и факторов риска развития лекарственных осложнений, поэтому выбор НПВП должен основываться прежде всего на соображениях безопасности пациента. Ацеклофенак (Аэртал®) обладает выраженным анальгетическим потенциалом и хорошим профилем безопасности, что позволяет рекомендовать его для длительного приема.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты; длительный прием; ацеклофенак (Аэртал®); эффективность; безопасность.

Контакты: Елена Юрьевна Полищук; dr.pogozheva@gmail.com

Для ссылки: Полищук ЕЮ, Каратеев АЕ. Проблема длительного контроля боли при хронических ревматических заболеваниях. Современная ревматология. 2022;16(2):87–91. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-2-87-91

The problem of long-term pain control in chronic rheumatic diseases

Polishchuk E. Yu., Karateev A. E.

*V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow
34A, Kashirskoe shosse, Moscow 115522, Russia*

Pain is one of the main symptoms and the most distressing manifestation of rheumatic diseases (RD). Currently, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are widely used for the symptomatic treatment of RD in real clinical practice, but the effectiveness and tolerability of their long-term use remain insufficiently studied. Many patients with RD require long-term use of NSAIDs. In this case, the presence of comorbid pathology and risk factors for the development of drug complications should be taken into consideration, so the choice of NSAIDs should be based primarily on considerations of patient safety. Aceclofenac (Aertal®) has a pronounced analgesic potential and a good safety profile, which allows us to recommend it for long-term use.

Key words: non-steroidal anti-inflammatory drugs; long-term use; aceclofenac (Aertal®); efficiency; safety.

Contact: Elena Yurievna Polishchuk; dr.pogozheva@gmail.com

For reference: Polishchuk EYu, Karateev AE. The problem of long-term pain control in chronic rheumatic diseases. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2022;16(2):87–91. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-2-87-91

Боль — один из основных симптомов и наиболее тягостное проявление ревматических заболеваний (РЗ). В последние десятилетия внедрение в широкую клиническую практику препаратов, способных оказывать влияние на патогенез и замедлять прогрессирование болезни, таких как синтетические базисные противовоспалительные препараты (сБПВП), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), таргетные сБПВП (ингибиторы Янус-киназа), позволило добиться значительных успехов в терапии многих РЗ. Однако, несмотря на применение самых современных лечебных стратегий, у значительной части пациентов сохраняется боль, требующая назначения симптоматических анальгетических средств [1].

В настоящее время нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) широко используются для симптоматического лечения РЗ в реальной клинической практике. Противовоспалительное и обезболивающее действие НПВП реализуется за счет подавления циклооксигеназы (ЦОГ) и

последующего биосинтеза простагландинов. В то же время блокада ЦОГ связана с развитием многих побочных эффектов, что делает применение этих препаратов, особенно у пациентов с коморбидностью, весьма непростой задачей. Между тем в некоторых клинических ситуациях длительное непрерывное использование НПВП обеспечивает лучший контроль за симптомами заболевания, чем прием в режиме «по требованию» [1].

При ревматоидном артрите (РА) НПВП назначаются в качестве симптоматического обезболивающего средства в составе комплексной терапии. Анализ когортных исследований показал, что более 40% пациентов с РА нуждаются в приеме НПВП, несмотря на регулярный прием сБПВП. Так, по данным национального регистра Германии, из 54 896 больных с впервые диагностированным РА в течение 1-го года болезни сБПВП и ГИБП получали лишь 44%, при этом потребность в НПВП составляла 63,5%. В течение 3-го года

болезни базисная противовоспалительная терапия проводилась 54% больным, а 40% продолжали прием НПВП [2]. Сходные результаты были продемонстрированы Австралийской ассоциацией ревматологов (Australian Rheumatology Association Database, ARAD): из 3225 пациентов с РА у 43,6% сохранялась необходимость в лечении НПВП, хотя 75,1% получали БПВП, а 55,9% – ГИБП [3]. Американская программа TRICARE также показала, что 42,2% больных с недавно выявленным РА нуждались в приеме НПВП [4].

Большой интерес представляют данные S.S.R. Crossfield и соавт. [5], которые изучали изменения в подходах к фармакотерапии РА за 20 лет с целью определения влияния современной стратегии ведения пациентов с РА «Лечение до достижения цели», предполагающей как можно более раннее назначение БПВП и жесткий мониторинг активности заболевания, на использование дополнительной анальгетической терапии. Среди включенных в исследование больных с впервые установленным диагнозом РА 6604 (16,5%) наблюдались в течение 10 лет и 1460 (3,0%) – 15 лет. Доля пациентов, которым длительно назначались сБПВП, существенно не менялась: 54,4 и 51,6% на 1-м и 15-м году болезни соответственно. Частота назначения глюкокортикоидов снизилась с 22,2 до 16,9%, а НПВП – с 41,2 до 28,4%. Резюмируя результаты представленных работ, нужно отметить, что современная стратегия ведения пациентов с РА позволила в определенной степени уменьшить потребность в симптоматической анальгетической терапии, но у значительной части больных необходимость в дополнительном обезболивании сохранялась длительное время. Эффективность НПВП для контроля боли при РА была продемонстрирована как в рандомизированных контролируемых (РКИ), так и в открытых наблюдательных исследованиях. Собственные данные также подтверждают, что включение НПВП в состав комплексной терапии РА позволяет успешно контролировать симптомы у большинства пациентов с низкой и умеренной активностью заболевания [6].

При остеоартрите (ОА) НПВП являются основным методом фармакотерапии. Согласно современным рекомендациям Ассоциации ревматологов России и зарубежных сообществ, препараты данной группы следует применять в минимально эффективной дозе в течение наиболее короткого времени [7]. Однако ОА – хроническое прогрессирующее заболевание, которое отличается большой вариабельностью как клинических проявлений, так и течения. У 20% больных ОА на протяжении многих лет сохраняется интенсивная боль и прогрессируют функциональные нарушения [8], что может потребовать более длительного приема НПВП.

Долгосрочная эффективность НПВП при ОА изучена в нескольких РКИ, в которых для сравнения использовались плацебо и симптоматические препараты замедленного действия (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis, SYSADOA). Так, S.P. Curtis и соавт. [9] в течение 52 нед лечения 617 больных гонартрозом наблюдали сохранение значительной клинической эффективности НПВП. В целом терапия хорошо переносилась, частота нежелательных реакций (НР) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при приеме селективного ингибитора ЦОГ2 составила 13,1–14,7% и неселективного НПВП – 22,5%. Сходные данные были получены в работе L.E. Dahlberg и соавт. [10], включавшей 925 пациентов с ОА в возрасте 60 лет и старше. Эффективность селективного и неселективного НПВП в от-

ношении боли оказалась сопоставимой, при этом общая частота нежелательных явлений (НЯ) не превышала 27–31%. Сравнительный анализ эффективности и переносимости НПВП и SYSADOA в течение 2 лет наблюдения за больными ОА коленного сустава был проведен J.P. Pelletier и соавт. [11]. В исследовании участвовали 194 пациента, которые были распределены в соотношении 1:1 в группы, получавшие селективный ингибитор ЦОГ2 или SYSADOA. Заметное уменьшение выраженности симптомов ОА и воспалительных изменений в суставах по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) было отмечено в обеих группах. Профиль безопасности, включая сердечно-сосудистые осложнения, также был сопоставим [11]. Возможность длительного контроля боли при ОА с помощью регулярного приема НПВП показана и в других работах [12–14].

Особое место НПВП занимают в терапии анкилозирующего спондилита (АС). Согласно рекомендациям ведущих ревматических ассоциаций, пациентам с АС показано длительное применение НПВП до достижения клинической и лабораторной ремиссии [15–17]. Лечение этими препаратами позволяет контролировать клинические проявления АС, такие как боль и скованность, улучшать функциональное состояние пациентов, уменьшать выраженность воспалительных изменений в крестцово-подвздошных суставах по данным МРТ. Также имеются данные о влиянии НПВП на рентгенологическое прогрессирование заболевания, особенно на ранней стадии [18].

Таким образом, многие больные с РЗ нуждаются в длительном использовании НПВП. При этом следует учитывать наличие коморбидной патологии и факторов риска лекарственных осложнений, тогда как выбор НПВП должен основываться прежде всего на соображениях безопасности для пациента. Поэтому для длительного приема следует выбирать препараты с хорошим профилем переносимости. Одним из них является частично селективный ингибитор ЦОГ2 ацеклофенак (Аэртал®).

Длительная терапия ацеклофенаком при ОА изучалась в нескольких РКИ, в которых срок наблюдения за пациентами составлял 12 нед [19]. Было показано, что ацеклофенак в дозе 100 мг 2 раза в сутки имел схожую эффективность с диклофенаком, напроксеном и пироксикамом в отношении контроля боли и других симптомов заболевания.

Эффективность терапии ацеклофенаком у пациентов с АС оценена в трех РКИ. После 12 нед лечения у пациентов, получавших ацеклофенак или препараты сравнения (индометацин, напроксен и теноксикам), интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) значительно снизилась по сравнению с исходным уровнем. На фоне приема НПВП также отмечались значительное уменьшение продолжительности утренней скованности и улучшение подвижности позвоночника (модифицированный тест Шобера, боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника, экскурсия грудной клетки, расстояние затылок-стена). Существенных различий между группами не наблюдалось [19].

По данным РКИ, ацеклофенак продемонстрировал хорошие результаты в течение 24 нед лечения больных РА. Так, по анальгетическому эффекту ацеклофенак не отличался от диклофенака, кетопрофена и теноксикама и превосходил по этому параметру индометацин. Значительное уменьшение интенсивности боли наблюдалось с 15-го дня приема ацеклофенака, диклофенака и теноксикама. Терапия НПВП

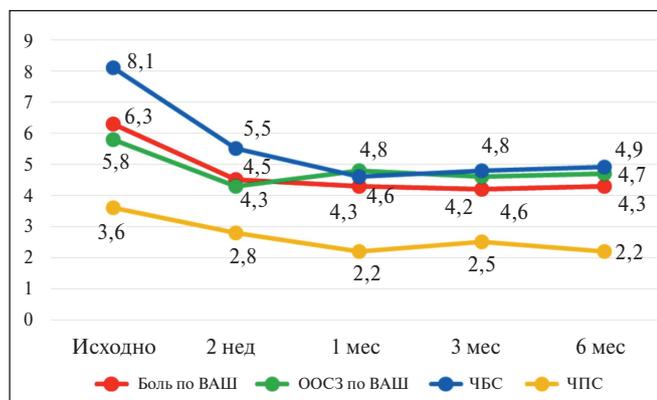


Рис. 1. Динамика клинических проявлений РА [6]
Fig. 1. Dynamics of clinical manifestations of RA [6]

также положительно влияла на продолжительность утренней скованности и силу сжатия кистей. Значительное снижение продолжительности утренней скованности зафиксировано к 15-му дню приема ацеклофенака, диклофенака и теноксикама, а значительное улучшение силы сжатия кистей – к 15-му и 30-му дню приема препаратов [19].

В приведенных работах переносимость ацеклофенака была лучше по сравнению с рядом других НПВП (напроксен, пироксикам, индометацин, кетопрофен) и аналогична таковой теноксикама. Кроме того, при анализе всех спонтанных побочных реакций, зарегистрированных в базе данных фармаконадзора Центра сотрудничества ВОЗ по международному мониторингу лекарственных препаратов, общее число НЯ, связанных с приемом ацеклофенака, было ниже (8,7; 95% доверительный интервал, ДИ 6,1–12,0), чем при использовании мелоксикама (24,8; 95% ДИ 23,1–26,6) и рофекоксиба (52,6; 95% ДИ 49,9–55,4) [19]. Эти результаты были подтверждены двумя метаанализами, причем первый из них показал, что при приеме ацеклофенака риск развития НЯ со стороны ЖКТ был на 31% ниже, чем при использовании диклофенака или пироксикама [20]. Во втором метаанализе среди оцениваемых НПВП ацеклофенак имел самый низкий (и незначительный) риск осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ [21]. Ацеклофенак продемонстрировал хорошую переносимость и со стороны сердечно-сосудистой системы. Так, по данным масштабного популяционного исследования, являющегося частью европейского проекта SOS (Safety Of nonSteroidal antiinflammatory drugs), на фоне терапии ацеклофенаком риск развития инфаркта миокарда был минимальным (относительный риск 1,04; 95% ДИ 0,9–1,19) [22].

Российский опыт применения препарата Аэртал® подтвердил его хорошую эффективность и безопасность. По данным методического обзора российских исследований, включавшего 14 работ, выполненных с 2005 по 2016 г., с общим числом больных 4096 и длительностью наблюдения от 2 до 12 нед, было показано, что на фоне терапии ацеклофенаком боль уменьшилась в среднем на 52,9±15,9%, а число НР составило в среднем 3%. При этом в исследованиях с использованием активного контроля суммарное количество

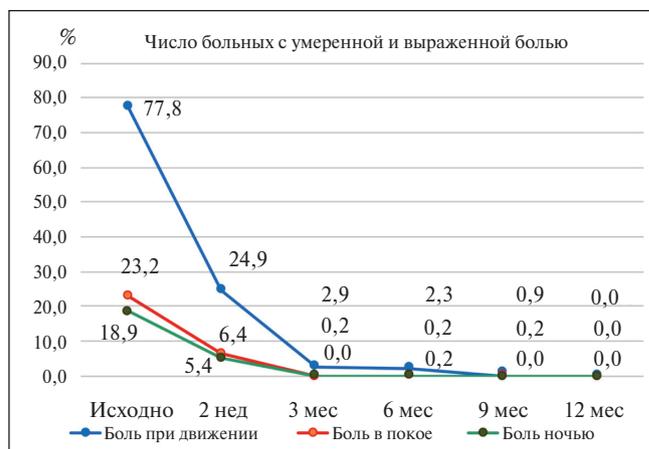


Рис. 2. Динамика выраженности боли у пациентов с ОА [24]
Fig. 2. Dynamics of pain severity in patients with OA [24]

НЯ в среднем равнялось 8,8% для ацеклофенака и 20,2% для препаратов группы сравнения (диклофенак, нимесулид, мелоксикам, парацетамол) [23].

Эффективность и переносимость длительного использования Аэртала® для контроля боли у пациентов с РЗ изучалась в открытых наблюдательных исследованиях, являющихся частью проекта АЭЛИТА (Аналгезия: Эффективное Лечение с Использованием Терапевтического Алгоритма) [6, 24]. Согласно полученным данным, применение ацеклофенака в комплексной терапии РА позволило успешно контролировать боль у большинства пациентов с низкой и умеренной активностью заболевания. На фоне длительного приема НПВП, регулярно или в режиме «по требованию», отмечались значимое уменьшение интенсивности боли, а также числа болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, улучшение оценки общего состояния здоровья (ООСЗ; рис. 1, 2). При этом у большинства пациентов в течение последующих 6 мес наблюдения сохранялась положительная динамика по индексу DAS28 [6].

В работе, посвященной терапии ОА, длительный прием ацеклофенака позволил успешно контролировать основные симптомы болезни. Средняя выраженность боли на момент включения в исследование и в динамике через 2 нед, 3, 6, 9 и 12 мес составила 6,5±1,2; 4,8±1,4; 3,2±1,4; 2,6±1,4; 2,2±1,1 и 1,4±1,1 см по ВАШ соответственно (p<0.05). Количество пациентов с сильной болью (≥6 см по ВАШ) уменьшилось с 77,8 до 24,9; 2,9; 2,3; 0,9 и 0%, тогда как число пациентов с уменьшением боли ≥50% составило 12,0; 65,1; 81,0; 88,5 и 84,0%, а количество больных, продолжавших лечение – 100; 80,2; 79,4; 75,1 и 53,3% соответственно. Серьезных осложнений, связанных с приемом препарата, не зарегистрировано [24]. Эта работа показала, что в реальной клинической практике более половины пациентов (53,3%) с ОА нуждаются в длительном приеме НПВП. Терапия ацеклофенаком способствовала значительному уменьшению выраженности боли и сохранению данного эффекта в течение всего срока наблюдения.

Таким образом, длительное применение НПВП при многих РЗ позволяет успешно контролировать боль на приемлемом для пациентов уровне. При длительном использовании ацек-

Цветные рисунки к этой статье представлены на сайте: mj.ima-press.net

лофенак (Аэртал®) продемонстрировал хорошую эффективность и переносимость. По данным РКИ, у больных с ОА, АС и РА ацеклофенак был по меньшей мере столь же эффективен, как и диклофенак, напроксен, пироксикам, ин-

дометацин, теноксикам и кетопрофен, в отношении уменьшения боли и/или улучшения функциональных возможностей и обладал лучшей переносимостью со стороны ЖКТ, чем другие НПВП.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Насонов ЕЛ, редактор. Российские клинические рекомендации. Ревматология. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 448 с. [Nasonov EL, editor. *Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii. Revmatologiya* [Russian clinical guidelines. Rheumatology]. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 448 p.].
2. Steffen A, Holstiege J, Klimke K, et al. Patterns of the initiation of disease-modifying antirheumatic drugs in incident rheumatoid arthritis: a German perspective based on nationwide ambulatory drug prescription data. *Rheumatol Int*. 2018 Nov;38(11):2111-20. doi: 10.1007/s00296-018-4161-7. Epub 2018 Oct 10.
3. Black RJ, Richards B, Lester S, et al. Factors associated with commencing and ceasing opioid therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2019 Dec;49(3):351-7. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.06.003
4. Kimsey L, Weissman JS, Patel A, et al. Delay in initiation of DMARD or anti-inflammatory therapy in patients newly diagnosed with rheumatoid arthritis: An analysis of United States Military Health System TRICARE beneficiaries. *Semin Arthritis Rheum*. 2019 Apr;48(5):821-7. doi: 10.1016/j.semarthrit.2018.07.003.
5. Crossfield SSR, Buch MH, Baxter P, Kingsbury SR, Pujades-Rodriguez M, Conaghan PG. Changes in the pharmacological management of rheumatoid arthritis over two decades. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Sep 1; 60(9):4141-51. doi: 10.1093/rheumatology/keaa892.
6. Каратеев АЕ, Погожева ЕЮ, Амирджанова ВН и др. Регулярный прием нестероидных противовоспалительных препаратов позволяет эффективно контролировать боль и общее самочувствие у пациентов с умеренной активностью ревматоидного артрита. Современная ревматология. 2021;15(2):57-63. [Karateev AE, Pogozheva EYu, Amirdzhanova VN, et al. Regular use of non-steroidal anti-inflammatory drugs can effectively control pain and global health in patients with moderate activity of rheumatoid arthritis. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2021;15(2):57-63. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2021-2-57-63.
7. Лила АМ, Алексеева ЛИ, Таскина ЕА. Современные подходы к терапии остеоартрита с учетом обновленных международных рекомендаций. Русский медицинский журнал. 2019;(3):48-52. [Lila AM, Alekseeva LI, Taskina EA. Modern approaches to the treatment of osteoarthritis taking into account the updated international recommendations. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2019;(3):48-52. (In Russ.)].
8. Collins JE, Katz JN, Dervan EE, Losina E. Trajectories and risk profiles of pain in persons with radiographic, symptomatic knee osteoarthritis: data from the osteoarthritis initiative. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014 May;22(5): 622-30. doi: 10.1016/j.joca.2014.03.009. Epub 2014 Mar 21.
9. Curtis SP, Bockow B, Fisher C, et al. Etoricoxib in the treatment of osteoarthritis over 52-weeks: a double-blind, active-comparator controlled trial [NCT00242489]. *BMC Musculoskelet Disord*. 2005 Dec 1;6:58. doi: 10.1186/1471-2474-6-58.
10. Dahlberg LE, Holme I, Høye K, Ringertz B. A randomized, multicentre, double-blind, parallel-group study to assess the adverse event-related discontinuation rate with celecoxib and diclofenac in elderly patients with osteoarthritis. *Scand J Rheumatol*. Mar-Apr 2009;38(2):133-43. doi: 10.1080/03009740802419065.
11. Pelletier JP, Raynauld JP, Beaulieu AD, et al. Chondroitin sulfate efficacy versus celecoxib on knee osteoarthritis structural changes using magnetic resonance imaging: a 2-year multicentre exploratory study. *Arthritis Res Ther*. 2016 Nov 3;18(1):256. doi: 10.1186/s13075-016-1149-0.
12. Reginster J, Malmstrom K, Mehta A, et al. Evaluation of the efficacy and safety of etoricoxib compared with naproxen in two, 138-week randomised studies of patients with osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jul;66(7): 945-51. doi: 10.1136/ard.2006.059162. Epub 2006 Dec 1.
13. Langdon CG, Moran DG, Jamieson V, et al. A multicentre study of tenoxicam for the treatment of osteo-arthritis and rheumatoid arthritis in general practice. *J Int Med Res*. Nov-Dec 1990;18(6):489-96. doi: 10.1177/030006059001800607.
14. Schattenkirchner M. Long-term safety of ketoprofen in an elderly population of arthritic patients. *Scand J Rheumatol Suppl*. 1991; 91:27-36. doi: 10.3109/03009749109096948.
15. Гайдукова ИЗ, Ребров АП, Лапшина СА, и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и генно-инженерных биологических препаратов для лечения аксиальных спондилоартритов. Рекомендации Экспертной группы по изучению спондилоартритов при Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». Научно-практическая ревматология. 2017;55(5): 474-84. [Gaidukova IZ, Rebrov AP, Lapshina SA, et al. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and genetically engineered biological drugs for the treatment of axial spondyloarthritis. Recommendations of the Expert Group on the study of spondyloarthritis at the All-Russian Public Organization «Association of Rheumatologists of Russia». *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2017;55(5): 474-84. (In Russ.)].
16. Van der Heijde D, Ramiro S, Landew R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun; 76(6): 978-91. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210770. Epub 2017 Jan 13.
17. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Oct; 71(10): 1285-99. doi: 10.1002/acr.24025.
18. Эрлес ШФ. Последние достижения и перспективы терапии аксиального спондилоартрита / анкилозирующего спондилита. Современная ревматология. 2021; 15(2):94-105. [Erdes ShF. Recent advances and prospects of axial spondyloarthritis / ankylosing spondylitis treatment. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2021;15(2):94-105. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2021-2-94-105
19. Iolascon G, Giménez S, Mogyorysi D. A Review of Aceclofenac: Analgesic and Anti-Inflammatory Effects on Musculoskeletal Disorders. *J Pain Res*. 2021 Nov 30;14:3651-63. doi: 10.2147/JPR.S326101. eCollection 2021.
20. Patel PB, Patel TK. Efficacy and safety of aceclofenac in osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Rheumatol*. 2017 Mar;4(1):11-8. doi: 10.5152/eurj-rheum.2017.160080. Epub 2017 Mar 1.
21. Castellsague J, Riera-Guardia N, Calingari B, et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). *Drug Saf*. 2012 Dec 1; 35(12):1127-46. doi: 10.2165/11633470-000000000-00000.
22. Masclee GMC, Straatman H, Arfi A, et al. Risk of acute myocardial infarction during use of individual NSAIDs: A nested case-

control study from the SOS project. *PLoS One*. 2018 Nov 1;13(11):e0204746. doi: 10.1371/journal.pone.0204746. eCollection 2018.

23. Каратеев АЕ, Цуркан АВ. Ацеклофенак: опыт российских исследований. Современная ревматология. 2017;11(4):89-94. [Karateev AE, Tsurkan AV. Aceclofenac: the experience of Russian research. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2017;11(4):89-94. (In Russ.)].

doi:10.14412/1996-7012-2017-4-89-94.

24. Каратеев АЕ, Полищук ЕЮ, Филатова ЕС и др. Длительное использование нестероидных противовоспалительных препаратов для контроля боли у пациентов с остеоартритом: результаты 12-месячного наблюдательного исследования АЭЛИТА (Аналгезия: Эффективное Лечение с использованием Терапевтического Алгоритма). Современная ревматология. 2021;15(6):84-90.

[Karateev AE, Polishchuk EYu, Filatova ES, et al. Long-term use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain control in patients with osteoarthritis: results of the 12-month observational study AELITA (Analgesia: Effective Treatment Using The Therapeutic Algorithm). *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2021;15(6):84-90. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2021-6-84-90

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
7.02.2022/25.03.2022/27.03.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией ООО «Гедеон Рихтер Фарма». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

This article has been supported by Gedeon Richter Pharma. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Полищук Е.Ю. <https://orcid.org/0000-0001-5103-5447>
Каратеев А.Е. <https://orcid.org/0000-0002-1391-0711>