

Ю.В. Марушко
Е.Ю. Марушко

Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

ЗАСТОСУВАННЯ НІМЕСУЛІДУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Резюме

Нестероїдні протизапальні препарати широко застосовуються в якості симптоматичного та патогенетичного лікування в педіатричній практиці. Серед засобів даної групи на сучасному етапі перевага надається селективним НПЗП. Німесулід є високоефективним та безпечним селективним НПЗП, який має нижчий ризик ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту порівняно з неселективними представниками даної групи препаратів, та може застосовуватися в дітей, старших 12 років, із жарознижувальною, знеболюючою та протизапальною метою.

Ключові слова

Німесулід, діти.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) – група ліків із протизапальною, знеболюючою та жарознижувальною дією, фармакодинаміка яких обумовлена блокуванням ферменту циклооксигенази (ЦОГ), що бере участь у перетворенні арахідонової кислоти на простагландини та тромбоксан. Завдяки наведеним механізмам, НПЗП є одними з препаратів, що найчастіше призначаються з метою симптоматичного й патогенетичного лікування різних захворювань. Так, згідно з фармакоепідеміологічними даними, у США серед жінок віком менше 50 років 42% приймають НПЗП \geq 1 дня на тиждень [8].

Важливою характеристикою цього класу препаратів, що впливає на їх ефективність і частоту побічних реакцій, є селективність. Остання визначається, як співвідношення інгібування препаратом двох ізоформ ЦОГ. Перша ізоформа (ЦОГ-1) відноситься до категорії «конституціональних» ферментів (постійно присутня в більшості тканин), регулює нормальні фізіологічні клітинні реакції, що не пов'язані із запальним процесом. Простагландини, які утворюються під впливом ЦОГ-1, забезпечують цитопротекцію слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, судинний гомеостаз, нормальну функцію нирок. Пригнічення ЦОГ-1 може призводити до різноманітних органних порушень. Відомо, що простагландин I_2 спричиняє протекторну дію на слизову оболонку шлунка, що пов'язують із його здатністю знижувати рівень секреції соляної кислоти та підвищувати синтез цитопротекторних сполук. Вважається, що ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту, що супроводжують прийом НПЗП (НПЗП-гастропатія, виразкова хвороба), пов'язані саме з пригніченням ізоформи ЦОГ-1. Іншим результатом інгібіції НПЗП циклооксигенази є пригнічення синтезу тромбоксану- A_2 , що пору-

шує агрегацію тромбоцитів і призводить до підвищеної кровоточивості. Простагландин E_2 відіграє важливу роль у регуляції клубочкової фільтрації, підтриманні водно-електролітного обміну в організмі. Інгібіція синтезу цієї сполуки може призвести до порушення функції нирок, особливо в людей із супутньою нирковою патологією. Окрім цього, пригнічення циклооксигеназної активності може потенційно сприяти переключенню метаболізму арахідонової кислоти на ліпооксигеназний напрям, у результаті чого розвивається гіперпродукція лейкотрієнів, що потенціуює розвиток алергічних реакцій негайного типу [3].

ЦОГ-2 у нормі в більшості тканин не виявляється, але її рівень істотно збільшується на тлі розвитку запального процесу. Прозапальні цитокіни (інтерлейкіни 1 та 6, фактор некрозу пухлини- α) є потужними індукторами синтезу ЦОГ-2. Тому саме інгібіція ЦОГ-2 НПЗП розглядається в якості ключового механізму їх протизапальної та анальгезуючої дії [3].

Таким чином, усі НПЗП поділяють на селективні та неселективні. Неселективні препарати поряд з інгібуванням ЦОГ-2 (пряма дія) також значно пригнічують ЦОГ-1 (токсична дія). До них відносяться аспірин, ібупрофен, диклофенак, індометацин та напроксен. Селективні НПЗП переважно впливають на ЦОГ-2, що обумовлює їх високу ефективність зі значно меншою частотою побічних ефектів з боку органів та систем, зокрема мінімальний ризик НПЗП-гастропатії.

Завдяки наведеним вище перевагам, селективні НПЗП є більш популярними серед лікарів загальної практики, педіатрів і дитячих ревматологів порівняно з неселективними представниками цієї групи. Так, Levy та Imundo (2010) [4] провели опитування лікарів-педіатрів м. Торонто (Канада) щодо частоти призначення, надавання переваги й точки зору на ефективність селективних і неселективних НПЗП. Найбільш частими причинами

Таблиця. Співвідношення інгібування обох ізоформ ЦОГ різними НПЗП

Препарат	IC ₅₀ ЦОГ-1/IC ₅₀ ЦОГ-2 згідно Warner et al.
Ібупрофен	10,0
Диклофенак	0,33
Кетопрофен	2,0
Напроксен	100,0
Індометацин	33,0
Піроксикам	2,0
Німесулід	0,15
Мелоксикам	0,20
Целекоксиб	0,10
Рофекоксиб	0,004

призначення препаратів цієї групи дітям був біль у м'язах чи суглобах, ушкодження м'яких тканин, лихоманка, артрит, кісткові переломи та головний біль. Серед опитаних педіатрів 42% вважали, що селективні НПЗП є не менш безпечними, а 24% вважали їх більш безпечними порівняно з неселективними представниками наведеної групи ліків. У 20% випадків лікарі висловили точку зору, що селективні НПЗП є більш ефективними, а в 52% випадків – не менш дієвими анальгезуючими препаратами порівняно з неселективними НПЗП; у 15% і 59% відповідно мають більш виражений чи не менш виражений протизапальний ефект порівняно з неселективними ліками наведеної групи. Кращу або не гіршу переносимість пацієнтами дитячого віку мають селективні НПЗП порівняно з неселективними на думку 44% та 39% педіатрів відповідно.

Дитячі ревматологи частіше згадували про випадки абдомінального болю (81% порівняно з 23%), носових кровотеч (13% порівняно з 2%), немотивованої появи екхімозів (64% порівняно з 8%), головного болю (21% порівняно з 1%) та швидкої втомлюваності при фізичному навантаженні (12% порівняно з 1%) при призначенні відповідно неселективних порівняно з селективними НПЗП дітям із ревматичними захворюваннями.

Таким чином, дослідження Levy та Imundo показало з досвіду лікарів-ревматологів, які призначають НПЗП в рутинній практиці більш тривалими курсами порівняно з лікарями загальної практики, що при використанні неселективних НПЗП частота побічних ефектів є значно вищою порівняно з селективними. Це вказує на обізнаність лікарів-практиків щодо переваг вибіркового інгібування ЦОГ-2 та переваги вибору їх у практичній роботі.

Зважаючи на потенціювання неселективними НПЗП алергічних реакцій, цікавим є питання безпечності призначення селективних НПЗП дітям із наявністю в анамнезі реакцій гіперчутливості до неселективних препаратів. Corzo et al. (2014) [7] вивчили переносимість селективних НПЗП дітьми віком 1-14 років з алергічними реакціями. Сенсibiliзація до каузальних речовин була підтвердже-

на оральним провокативним тестом. Після встановлення наявності алергії до певного НПЗП, дітям призначався препарат групи селективних інгібіторів ЦОГ-2. Тільки в 4,5% пацієнтів мали місце алергічні реакції на ліки наведеної групи. Таким чином, призначення селективних НПЗП дітям з анамнезом алергічних реакцій на неселективні представники даного класу засобів є відносно безпечним.

Зважаючи на зазначене вище, можна зробити висновок: селективні НПЗП мають кращий профіль безпеки застосування порівняно з неселективними представниками даного класу препаратів, що є безперечною перевагою в педіатричній практиці.

Одним із представників групи селективних НПЗП з групи сульфонанлідів є німесулід (препарат НАЙЗ). Найз випускається в таблетках по 100 мг і застосовується в Україні в дітей старше 12 років у дозі по 100 мг двічі на день. Ця схема призначення є перевагою німесуліду порівняно з іншими НПЗП, що застосовуються тричі, або 4 рази на день. Показаннями до призначення німесуліду є гострий біль, симптоматичне лікування остеоартриту з больовим синдромом і первинна дисменорея.

Співвідношення інгібування обох ізоформ ЦОГ різними НПЗП, у тому числі німесулідом, наведені в таблиці.

Як видно з цих даних, німесулід у $\approx 6,7$ разів активніше інгібує ЦОГ-2 порівняно з ЦОГ-1, що обумовлює його вищу селективність відносно більшості інших препаратів цієї групи. Хоча коксиби (целекоксиб та рофекоксиб) мають більшу селективність відносно інгібування ЦОГ-2 порівняно з німесулідом, слід пам'ятати, що згідно з Науковим положенням Американської асоціації серця (2007) [5], підвищення селективності НПЗП пов'язано зі зростанням ризику розвитку інсульту, інфаркту, артеріальної гіпертензії та інших ускладнень у серцево-судинній системі. Таким чином, німесулід займає «золоту середину» порівняно з іншими НПЗП між ризиком ураження шлунково-кишкового тракту неселективними представниками та ризиком ураження системи кровообігу високоселективними засобами.

Важливим компонентом фармакодинаміки німесуліду є його анальгезуюча дія. Загалом НПЗП часто застосовуються при больовому синдромі в монотерапії або ж у комбінації з наркотичними анальгетиками. Згідно з мета-аналізом Michelet et al. (2012) [12], призначення НПЗП дозволяє знизити дозу опіатів при вираженому больовому синдромі. Так, при порівнянні прийому німесуліду з парацетамолом із анальгетичною метою дітям після тонзилектомії, обидва препарати показали однакову знеболюючу дію, проте, у більшій кількості пацієнтів, які отримували німесулід, больовий синдром повністю зник через 4 дні терапії [13]. Схожі дані були отримані при вивченні анальгетичного ефекту німесуліду в дітей після ін-

ших незначних операцій (пупкова герніопластика, корекція фімозу чи крипторхізму). Німесулід показав більшу ефективність у знеболенні порівняно з парацетамолом у пацієнтів цієї групи [10].

Дослідження М.Л. Чухловиної (2009) [17] також показало ефективність німесуліду в ліквідації цефалгії, у тому числі цервікогенного походження. Результати іншого подвійного сліпого плацебоконтрольованого дослідження показали високу ефективність препарату при больовому синдромі, викликаному первинною дисменореєю [18]. Таким чином, німесулід займає одну з важливих позицій серед анальгетиків та є ефективним навіть при значному больовому синдромі різного походження в дорослих та дітей.

Крім анальгезуючої, протизапальна дія німесуліду є підставою для рекомендацій щодо застосування препарату в ревматології у хворих на остеоартрит із больовим синдромом. Цьому також сприяє здатність німесуліду інгібувати активність металопротеїназ, які відіграють ключову роль у процесі деградації суглобового хряща. Так, у дослідженні Kullich et al. (2002), було показано позитивний вплив прийому німесуліду на деградацію хряща у хворих з остеоартрозом колінних і кульшових суглобів, що оцінювався по зміні концентрації маркерів катаболізму хрящової тканини [19].

Окремими авторами також показані точки прикладання німесуліду в дитячій ревматології. І.П. Нікішиною та співавт. (2006) [4] в Інституті ревматології (Москва) описаний унікальний досвід застосування німесуліду в 647 дітей віком від 1 до 18 років з ювенільним ревматоїдним артритом. У низки хворих відзначалися коморбідні стани, здатні потенційно несприятливо впливати на переносимість німесуліду: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, множинні ерозії гастродуоденальної зони, антиген вірусного гепатиту В або С, бронхіальна астма. Німесулід призначали в дозах більше 4 мг/кг. Тривалість безперервного прийому німесуліду у 80% хворих склала більше 3 місяців, у 25% - більше 1 року. Висновки авторів на користь використання німесуліду в дітей були такими: достатня ефективність як протизапального засобу в дітей із ревматичними захворюваннями; переважна інгібіція ЦОГ-2; для німесуліду встановлені антигістамінна й антибрадикінінова дія, що дозволяє розглядати його як препарат вибору в дітей із алергічною схильністю чи бронхіальною астмою; доведений на експериментальних моделях хондропротекторний ефект німесуліду, актуальний для дитячого віку з урахуванням підвищеної уразливості хрящової тканини дитини в умовах незавершеності окостеніння [4].

Ці дані збігаються з результатами дослідження Е.І. Алексеевої та С.І. Валієвої (2007) [1], в якому вивчалася протизапальна дія німесуліду в дітей із хронічним артритом. Препарат забезпечував до-

стовірну регресію клінічних і лабораторних ознак активності захворювання без застосування локальної ін'єкційної терапії глюкокортикоїдами.

У дослідженнях також вивчалася ефективність німесуліду в якості антипіретичного препарату порівняно з іншими жарознижувальними ліками в дітей. Ulukol et al. [15] спостерігали 90 пацієнтів із гострою респіраторною вірусною інфекцією, що супроводжувалася лихоманкою. Хворі були розподілені на 3 рівні за складом групи, які отримували парацетамол у дозі 10 мг/кг за прийом тричі на день, ібупрофен у дозі 10 мг/кг за прийом тричі на день або німесулід у дозі 2,5 мг/кг двічі на день. Антипіретична активність німесуліду наступала більш швидко та була вираженішою порівняно з іншими жарознижувальними засобами. Кількість пацієнтів із нормалізацією температури тіла на другий день хвороби була достовірно більшою в групі дітей, що отримували німесулід, порівняно з хворими, яким призначався ібупрофен чи парацетамол. Таким чином, як антипіретик німесулід показав вищу ефективність порівняно з ібупрофеном і парацетамолом у дітей із гострими респіраторними вірусними інфекціями.

Наведені дані збігаються з результатами дослідження Волосовця О.П. (2001) [2], в якому була доведена більша антипіретична активність німесуліду порівняно з парацетамолом у дітей із лихоманкою на фоні гострих респіраторних захворювань. Авторами також зазначена відсутність впливу антацидів на фармакодинаміку препарату, що дозволяє застосовувати його в пацієнтів дитячого віку з обтяженим за гастродуоденальною патологією фоном, які отримують лікування.

Важливою проблемою також є безпечність застосування німесуліду, у тому числі порівняно з іншими препаратами цієї групи. Conforti et al. (2001) [6] провели аналіз частоти повідомлень про побічні ефекти від призначення різних НПЗП у регіоні Венето (Італія) з 1988 по 2000 рр. До переліку досліджуваних препаратів входили німесулід, диклофенак натрію, кетопрофен і піроксикам. Німесулід виявився найбільш популярним НПЗП серед усіх перерахованих препаратів, що проявлялося у більшій частоті його призначення лікарями загальної практики та ревматологами. Автори отримали дані, які свідчать про майже вдвічі кращий профіль безпеки застосування німесуліду порівняно з іншими НПЗП стосовно частоти виникнення побічних ефектів у шлунково-кишковому тракті. Повідомлення про реакції травної системи були в 10,4% пацієнтів, що приймали німесулід, тоді як при призначенні диклофенаку натрію цей показник складав 21,2%, кетопрофену – 21,7%, а піроксикаму – 18,6%. Результати більш сучасного дослідження частоти побічних ефектів від призначення різних НПЗП Shrivastava et al. (2013) [14], проведеного методом аналізу даних системи спонтанних

повідомлень в Індії, показали, що серед загальної кількості 2639 повідомлень за період 2005-2009 рр. лише 336 (12,7%) стосувалися НПЗП. Із них 51,19% були через ібупрофен, 27,08% – через диклофенак, 6,55% – внаслідок вживання парацетамолу, 6,25% – німесулід, 5,95% – аспірин. Таким чином, за даними представленого дослідження німесулід є одним із представників НПЗП, що мають найменшу частоту побічних ефектів.

Що стосується вивчення профілю безпеки застосування німесулід в дітей, то Gupta та Sachdev (2003) [9] провели систематичний огляд 16 рандомізованих контрольованих досліджень, серед яких у 10 препарати призначалися із жарознижувальною метою, у 4 – із анальгетичною/протизапальною метою, у 2 – в якості симптоматичного лікування при гострих респіраторних захворюваннях та бронхіальній астмі. Систематичний огляд включав 1254 дітей віком від 2 до 12 років. До груп порівняння входили пацієнти, які отримували плацебо (у 3 дослідженнях), парацетамол (9 досліджень), кетопрофен, напроксен, мефінамінову кислоту чи аспірин (по одному дослідженню). Об'єктом вивчення був відносний ризик виникнення характерних для НПЗП побічних реакцій (гіпотермія, абдомінальні симптоми, шлунково-кишкові кровотечі, підвищення сироваткового рівня печінкових ферментів, висипання та ураження нирок) при призначенні дітям німесулід порівняно з плацебо та іншими препаратами цієї групи за умови нетривалого використання (до 10 днів). Статистична обробка отриманих результатів показала, що відносний ризик гіпотермії для німесулід відносно груп порівняння склав 1,055; відносний ризик скарг на біль у ділянці епігастрію, нудоти чи блювання – 0,464; шлунково-кишкових кровотеч – 0,914; асимптоматичної гіпертрансфераземії – 2,678. Шкірних висипань і ниркового ураження в цьому систематичному огляді виявлено не було. На основі результатів, автори зробили висновок про те, що в дітей при короткотривалому призначенні німесулід має профіль безпеки в загальному подібний до інших НПЗП, а стосовно побічних реакцій у травній системі – є значно безпечнішим. Зважаючи на більший ризик транзиторного підвищення печінкових ензимів при застосуванні німесулід в дітей до 12 років препарат не призначається дітям цієї вікової категорії.

Актуальною проблемою є вибір безпечних антипіретичних чи анальгезуючих препаратів у дітей із гіперчутливістю до НПЗП, зважаючи на можливість перехресних реакцій між різними представниками цієї групи. Yilmaz et al. (2013) [16] навели результати дослідження частоти виявлен-

ня перехресних алергічних реакцій у 61 дитини з анамнезом алергії до мінімум одного препарату групи НПЗП. Методологія дослідження включала прік-тест із різними препаратами наведеного класу з наступним оральним провокативним тестом при негативному результаті першого. Перехресні алергічні реакції були виявлені у 44% пацієнтів. При цьому, згідно з даними статистичного оброблення результатів, єдиним предикторним фактором, що дозволяє припустити наявність алергії до кількох НПЗП, є сімейний анамнез гіперчутливості до цієї групи препаратів. Важливим є той факт, що автори визнали парацетамол і німесулід препаратами резерву, які в 60% та 88,8% випадків не призводили до виникнення перехресної алергічної реакції в дітей із гіперчутливістю до одного з НПЗП. Таким чином, отримані дані дозволяють вважати німесулід найбільш адекватним НПЗП у дітей із гіперчутливістю до одного з препаратів даної групи (звичайно окрім самого німесулід).

Підсумовуючи наведені вище дані, можна зробити висновок, що німесулід є високоефективним селективним НПЗП, який можна призначати із жарознижувальною, знеболюючою та протизапальною метою дітям, віком від 12 років. Найбільш обґрунтованими сферами використання засобу в дітей є педіатрія, дитяча ревматологія та хірургія (знеболення в післяопераційному періоді). Німесулід є «золотою серединою» в континуумі побічних ефектів НПЗП – від шлунково-кишкових проявів під час застосування неселективних препаратів до серцево-судинних ускладнень при призначенні високоселективних засобів, займаючи однаково віддалене положення від обох кінців спектру. Крім того, німесулід є відносно безпечною альтернативою для дітей, що мали в анамнезі алергічні прояви від застосування неселективних НПЗП. Усе зазначене вище дає підстави рекомендувати застосування німесулід в педіатричній практиці, враховуючи вікові обмеження.

Висновки. Нестероїдні протизапальні препарати широко застосовуються в якості симптоматичного та патогенетичного лікування в педіатричній практиці. Серед засобів цієї групи на сучасному етапі перевага надається селективним НПЗП.

Німесулід є високоефективним та відносно безпечним селективним НПЗП, який має нижчий ризик ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту порівняно із неселективними представниками даної групи препаратів. Може застосовуватися у дітей, старших 12 років, зі знеболювальною та протизапальною метою. Німесулід також володіє вираженою антипіретичною дією, що підтверджено результатами чисельних клінічних досліджень.

Список використаної літератури

1. Алексеева Е.И., Валиева С.И. Оценка эффективности, переносимости и безопасности нимесулида у детей с хроническим артритом // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - Т. 6. - С. 84-88.
2. Волосовець О.П. Сучасні підходи до фармакологічного контролю лихоманки в педіатричній практиці (досвід застосування найзу (німесуліду) у дітей)/Волосовець О.П., Кривопустов С.П. // Вісник наукових досліджень. - 2001. - №2. - С. 71-73.
3. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). - Москва: «Анко», 2000. - 142 с.
4. Никишина И.П., Родионовская С.Р., Малиевский В.А. и др. Применение Нимесулида в педиатрической практике // Consilium medicum. - 2006. - Т.8, № 1. - С. 21-27.
5. Antman E.M., Bennett J.S., Daugherty A. et al. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association // Circulation. - 2007. - Vol. 115. - P. 1634.
6. Conforti et al. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area // DrugSaf. - 2001. - Vol. 24(14). - P. 1081-1090.
7. Corzo et al. Tolerance to COX-2 inhibitors in children with hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs // Br J Dermatol. - 2014. - Vol. 170 (3). - P. 725-729.
8. Curhan GC et al. Frequency of use of acetaminophen, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and aspirin in US women // Pharmacoepidemiol Drug Saf. - 2002. - Vol. 11(8). - P. 687-693.
9. Gupta P., Sachdev H.P.S. Safety of Oral Use of Nimesulide in Children: Systematic Review of Randomized Controlled Trials // Indian Pediatrics. - 2003. - Vol. 40. - P. 518-531.
10. Harish et al. Efficacy of nimesulide in pain relief after day care surgery // Indian Pediatr. - 2002. - Vol. 39(2). - P. 178-182.
11. Levy D.M., Imundo L.F. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: A survey of practices and concerns of pediatric medical and surgical specialists and a summary of available safety data // Pediatric Rheumatology. - 2010. - Vol. 8. - P. 7.
12. Michelet et al. A meta-analysis of the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs for pediatric postoperative pain // Anesth Analg. - 2012. - Vol. 114 (2). - P. 393-406.
13. Pasquale G., Scaricabarozzi I., D'Agostino R., Taborelli G., Vallarino R. An assessment of the efficacy and tolerability of nimesulide vs paracetamol in children after adenotonsil-lectomy // Drugs. - 1993. - Vol. 46. - P. 234-237.
14. Shrivastava et al. Adverse drug reactions related to the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of spontaneous reporting from central India // J Indian Med Assoc. - 2013. - Vol. 111(2). - P. 99-102.
15. Ulukol B., Köksal Y., Cin S. Assessment of the efficacy and safety of paracetamol, ibuprofen and nimesulide in children with upper respiratory tract infections // European Journal of Clinical Pharmacology. - 1999. - Vol. 55. - P. 615-618.
16. Yilmaz et al. Challenge-proven nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity in children // Allergy. - 2013. - Vol. 68(12). - P. 1555-1561.
17. Чухловина М.Л. Использование препарата Найз (нимесулид) при лечении цервикогенной головной боли // Препарати та технології. - 2009. - № 1 (57). - С. 53-55.
18. Facchinetti F., Piccinini F., Sgarbi L., Renzetti R., Volpe A. Nimesulide in treatment of primary dysmenorrhea: a double blind study versus diclofenac // Drugs of today. - 2001. - Vol. 37. - P. 39-45.
19. Kullich W., Niksic F., Klein G. Effect of nimesulide on metalloproteinases and matrix degradation in osteoarthritis: a pilot clinical study // Int. J. Clin. Pract. - 2002. - Vol. 128. - P. 24-30.

Надійшла до редакції 23.10.2014

APPLICATION OF NIMESULIDE IN PEDIATRIC PATIENTS

Yu.V. Marushko, Ye.Yu. Marushko

Summary

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are widely used as symptomatic and pathogenetic treatment in pediatric patients. Among them at present, selective NSAIDs are preferred. Nimesulide is a highly effective and safe selective NSAID, which has a lower risk of gastrointestinal complications compared with nonselective representatives of this drug group, and can be used in children older than 12 years of age with antipyretic, analgesic and anti-inflammatory purposes.

Keywords: nimesulide, children.