

Ревматологічні хвороби: мультидисциплінарний підхід до лікування

31 жовтня – 1 листопада в столиці України відбулася науково-практична конференція «Ревматологічні хвороби: сучасні проблеми лікування та забезпечення моніторингу». Організаторами заходу виступили фахівці НАМН, Міністерства охорони здоров'я, Асоціації ревматологів України, ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, ГО «Всеукраїнська асоціація дослідників України» та «Всеукраїнська асоціація превентивної кардіології та реабілітації».



Завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Людмила Вікторівна Хіміон присвятила доповідь особливостям патогенезу, профілактики й лікування посттравматичного остеоартриту (ОА).

На сьогодні головною причиною розвитку посттравматичного ОА вважається травматичне ушкодження суглобів, яке зумовлює виникнення запального процесу. Своєю чергою, запалення призводить до вторинного ушкодження суглобового хряща та формування його дегенеративних змін.

Доцільність застосування як консервативних, так і оперативних методів лікування пацієнтів з ОА є темою багатьох дискусій. Згідно з результатами деяких досліджень, використання інвазивних суглобових втручань із метою полегшення болю та покращення функціональної активності суглобів не відрізнялося за ефективністю від консервативної терапії. Результати ще одного спостереження виявили недоцільність застосування артроскопічної менісектомії в пацієнтів як зі свіжою травмою менісків, так і з розвиненим посттравматичним ОА. Використання хірургічних методів лікування в деяких випадках може призводити до повторного ушкодження тканин хряща та ще більших його дегенеративних змін.

Зацікавленість аудиторії викликало питання щодо ефективності препаратів нативної плазми, а саме аутологічно збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП). З огляду на дані нових досліджень, використання АЗТП у пацієнтів з ОА сприяє сповільненню запальних і дегенеративних змін суглобів і, відповідно, прогресування захворювання. Професор продемонструвала дані власного дослідження, в якому препарати нативної плазми використовували в комплексній терапії ОА колінних суглобів ранніх стадій. Було виявлено, що застосування трьох внутрішньосуглобових ін'єкцій АЗТП у хворих на ОА I-II стадії відзначалося регресією больового синдрому та сприяло покращенню функціональної активності пацієнтів. Проведене лікування мало триваліший ефект порівняно зі стандартною терапією ОА. Тобто застосування біологічної терапії, а саме АЗТП, із метою сповільнення деградації хрящової тканини та регресії основної симптоматики захворювання є ефективним.



Патогенетичні механізми розвитку коморбідних станів у ревматології висвітлила завідувач відділу клінічної фізіології та генетики ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Тетяна Володимирівна Талаєва.

Патологічні стани, що супроводжуються активацією системного запалення, а саме ревматичні захворювання в поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) і метаболічним синдромом (МС), є однією з основних причин прискореного прогресування й ускладненого клінічного перебігу атеросклерозу. До того ж атеросклерозозалежна кардіоваскулярна патологія на сьогодні вважається чи не найпоширенішим коморбідним захворюванням у ревматологічних хворих.

При системних запальних захворюваннях розвиток атеросклеротичного ураження серцево-судинної системи має свої особливості:

- безсимптомний характер клінічного перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) і дебют серцево-судинного захворювання (ССЗ) із розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ);
- нестабільність атеросклеротичних бляшок при відносно слабковираженому стенозному ураженні коронарних судин;
- відсутність традиційних факторів ризику, насамперед гіперхолестеринемії.

Ревматоїдний артрит (РА) є відносно новим фактором серцево-судинного ризику. Частота летальних наслідків від ССЗ при РА, незважаючи на сучасні досягнення медицини, залишається високою. Крім того, як і тяжкий перебіг РА, так і трисудинне ураження коронарної системи та ЦД однаково впливають на рівень кардіоваскулярної та загальної смертності. Особливостями перебігу ССЗ у пацієнтів із РА є раннє виникнення гострих коронарних подій, основними причинами яких є ГІМ. За даними V.R. da Cunha та співавт. (2012), ризик виникнення ГІМ у пацієнтів, які страждають на РА, зростає в середньому вдвічі-втричі.

Велику увагу професор приділила проблемі МС, що є одним із основних наслідків неконтрольованого системного запалення. Патогенетична основа розвитку МС залишається невизначеною. Відповідно до даних G. Reaven, важливою причиною виникнення основних компонентів МС є інсулінорезистентність. Тож основою фармакологічного менеджменту

є усунення факторів, які призвели до порушень вуглеводного обміну.

Доповідач представила результати власного дослідження, в якому вивчали застосування лікарських засобів на основі ферментів у хворих на ОА із супутнім МС. Отримані дані свідчать про здатність системної ензимотерапії оптимізувати перебіг запального процесу, здійснювати антиоксидантний вплив, нормалізувати чутливість рецепторів тканин до інсуліну й усувати метаболічні порушення, що виникли внаслідок інсулінорезистентності. Крім того, під час застосування цих препаратів було виявлено антиагрегантний і антиатерогенний вплив. Отже, системні ферментні препарати доцільно застосовувати з метою корекції основних складових МС у ревматологічних пацієнтів.



Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Борисович Яременко розглянув питання клініки, діагностики та лікування хвороби Ерджейма – Честера.

Хвороба Ерджейма – Честера являє собою рідкісне захворювання, котре належить до групи неларгенганскоклітинних гістіоцитозів і супроводжується накопиченням пінистих макрофагів, хронічним запаленням, фіброзом і органною недостатністю. Дебют, як правило, припадає на вік 40-73 роки, чоловіки хворіють утричі частіше.

Причини виникнення захворювання на сьогодні остаточно не вивчені. Narosche та співавт. (2012) виявили, що більш ніж половина хворих є носіями мутаційного гена BRAFV600E. В інших пацієнтів спостерігалися мутації в генах сильного шляху міоген-активованої протеїнкінази, яка контролює ріст і проліферацію клітин завдяки активації ключових факторів транскрипції.

Основними мішенями при хворобі Ерджейма – Честера є кістки, нирки, великі судини, легені, шкіра та центральна нервова система. Пацієнти звертаються до лікаря переважно зі скаргами на біль у кістках нижніх кінцівок, відчуття загального нездужання та підвищення температури тіла до субфебрильних показників. У ході об'єктивного огляду можливе виявлення екзофтальму та специфічних утворень на шкірі обличчя – ксантелазм.

Діагностична програма передбачає насамперед застосування лабораторних і візуалізаційних методів. Результати загального та біохімічного аналізу крові зазвичай виявляють лише підвищення рівнів маркерів запалення (С-реактивного білка, ШОЕ). У таких хворих відсутні порушення ліпідного обміну, що є незвичайним за умов наявності ксантелазм. За допомогою МРТ виявляють множинні вогнищеві ураження кісткової тканини. На зображеннях, отриманих під час остеосцинтиграфії,



можуть відзначати симетричний діафізарний і метафізарний остеосклероз кісток нижніх кінцівок. У разі проведення позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) характерним є накопичення радіофармапрепарату в дистальних відділах стегнової кістки та проксимальних і дистальних відділах гомілкової кістки. Також цінною діагностичною знахідкою є виявлення за допомогою мультиспіральної КТ органів черевної порожнини паранефральної інфільтрації в ділянці заочеревинного простору.

Неабияке значення доповідач приділив патоморфологічним та імуногістохімічним методам діагностики. Зазвичай досліджують біоптати шкіри, де можливе виявлення інфільтрації уражених тканин пінистими чи ліпидовмісними гістіоцитами зі змішаним або навколишнім фіброзом. Окрім того, часто візуалізуються гігантські клітини Тутона. За допомогою імуногістохімічного дослідження виявляють гістіоцити, що позитивні за CD68, CD163, S100 (рідко) та фактором XIIIa.

Наразі залишається недостатньо вивченим питання щодо медикаментозного лікування пацієнтів із хворобою Ердгейма – Честера. Препаратом першої лінії вважається ПЕГ-інтерферон- α , який у невеликій серії клінічних випадків продемонстрував позитивний вплив на прогноз.

У підсумку професор О.Б. Яременко наголосив на важливості патоморфологічних та імуногістохімічних досліджень у діагностиці хвороби Ердгейма – Честера. Через брак експериментальних даних залишається невирішеною проблема лікування таких пацієнтів, що потребує подальшого вивчення та проведення масштабних клінічних досліджень.



Науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця та ревматології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», кандидат медичних наук Сергій Володимирович Чернюк представив доповідь на тему «Критерії діагностики та верифікації запального процесу в міокарді в кардіологічних і ревматологічних хворих».

Високий ризик виникнення кардіоваскулярної патології притаманний таким ревматологічним захворюванням, як РА, серонегативні артрити, системний червоний вовчак (СЧВ), системні васкуліти (хвороба Кавасакі, вузликовий періартеріїт, артеріїт Такаюсу та ін.), запальні міопатії (дерматомиозит і поліміозит), системна склеродермія.

Доповідач відзначив актуальність проблеми кардіоваскулярних уражень у пацієнтів із РА. За даними S. Mavrogeni (2013), хворі з виявленим серопозитивним РА та супутніми ішемічними змінами серця мають підвищений ризик смертності внаслідок кардіоваскулярних подій. Цей факт свідчить про важливість запобігання ССЗ і необхідність вчасної корекції серцево-судинного ризику.

Важливе значення було надано особливостям запальних уражень серця у хворих на СЧВ. Міокардит у цих пацієнтів має прихований перебіг приблизно в 50% випадків. Поширеним є ураження серцевих клапанів, яке спостерігається в 50% пацієнтів із СЧВ і характеризується утворенням вегетацій, вальвулітом і деструкцією клапанного апарату. Крім того, характерною ознакою СЧВ є розвиток ендокартиту Лібмана – Сакса, при якому найчастіше уражається мітральний клапан, що проявляється наявністю масивних вегетацій та ускладненим перебігом.

Найпоширенішим ураженням серцево-судинної системи в пацієнтів ревматологічного профілю є міокардит. Він супроводжує такі ревматологічні захворювання, як системна склеродермія, СЧВ, артеріїт Такаюсу та РА. Тому з метою уникнення серцево-судинних ускладнень у таких пацієнтів доцільною є рання діагностика міокардиту методом МРТ.

Нині МРТ є чи не єдиним способом верифікації запальних змін міокарда, що можуть супроводжувати основні ревматологічні захворювання. За даними S. Mavrogeni (2009), перевагами застосування МРТ із метою виявлення патологічних змін серця є:



- здатність виявляти запальні ураження серця до настання дисфункції міокарда, що неможливо при застосуванні ехокардіографії (ЕхоКГ);
- виявлення запалення субендокардіальних судин, яке не виявляється при використанні ЕхоКГ та сцинтиграфії;
- можливість візуалізації субепі-, інтраміо- і ендокардіальних вогнищ фіброзу, що не завжди добре візуалізуються за допомогою ЕхоКГ та КТ;
- кількісна характеристика щільності тканини, а саме визначення фракції позаклітинного об'єму;
- можливість визначення тривалості запального процесу;
- відсутність залежності якості отриманих результатів від кваліфікації операторів, а також повна відтворюваність зображень;
- відсутність радіоактивного навантаження на організм пацієнта;
- можливість оцінювати патологічні зміни в динаміці.

Зіставність результатів МРТ із даними ендоміокардіальної біопсії становить близько 87%. Тому можна впевнено казати про надзвичайну діагностичну цінність цього методу для виявлення ранніх запальних змін серцевого м'язу.

У 2018 р. групою експертів було оновлено діагностичні МРТ-критерії міокардиту (Lake Louise Criteria). Ці настанови передбачають використання методу параметричного картографування, діагностична точність якого щодо виявлення запальних змін міокарда становить понад 90%. Згідно з рекомендаціями, на користь міокардиту свідчить наявність не менш ніж двох МРТ-критеріїв із таких:

- регіонарне збільшення часу T_2 -релаксації міокарда, виявлене за допомогою T_1 - та T_2 -картування;
- локальне чи дифузне посилення інтенсивності T_2 -сигналу, що визначає наявність набряку міокарда;
- збільшення відношення інтенсивності раннього T_1 -сигналу від міокарда до сигналу від скелетних м'язів (визначення гіперемії міокарда);
- підрахунок фракції позаклітинного об'єму для кількісної оцінки фіброзу та наявності щонайменше однієї зони з підвищеним накопиченням гадолінію на відстрочених T_1 -зважених зображеннях, що свідчить про некротичні чи фібротичні зміни міокарда.

Якщо виявлено лише один діагностичний критерій у поєднанні з характерними симптомами захворювання, рекомендовано повторне проведення МРТ через 1-2 тиж.

Також велике значення в діагностиці запальних змін міокарда має ПЕТ із флуорином-18. Метод дає змогу контролювати ефективність лікування запального процесу серцево-судинної системи при ревматологічній патології.

Насамкінець С.В. Чернюк зауважив, що застосування таких візуалізаційних методик, як ПЕТ-КТ та МРТ, відіграє важливу роль у ранній діагностиці запальних уражень кардіоваскулярної системи, що розвинулися на тлі системних захворювань сполучної тканини.

Другий виступ професора Л.В. Хімїон був присвячений особливостям сучасного ведення хворих на псоріатичний артрит (ПсА) з огляду на коморбідність і серцево-судинний ризик.

За даними великих епідеміологічних досліджень, у загальній популяції найбільше число коморбідних патологій притаманне хворим, які страждають на ПсА. Приблизно 50% таких



пацієнтів мають щонайменше одне супутнє хронічне захворювання, що є причиною несприятливого прогнозу та високого ризику інвалідизації.

Коморбідна патологія у хворих на ПсА включає як автоімунні захворювання (хвороба Крона, спондилоартрит, РА, автоімунні ураження ока, остеопороз), так і стани, що не пов'язані з порушенням імунологічного статусу (ІХС, МС, ЦД, неалкогольна жирова хвороба печінки, подагра, депресивні розлади). Наразі найпоширенішими супутніми патологічними станами в пацієнтів із ПсА вважаються атеросклерозозалежні ССЗ. Значне місце посідає супутня ІХС, яка займає 20-56% серед усіх причин смертності хворих на ПсА. Ризик серцевої недостатності та смерті від ІМ зростає в цих пацієнтів у 1,3 раза. Патогенетичною основою ІХС на тлі ПсА є наявність системного запалення судинної стінки, що призводить до передчасного розвитку атеросклерозу. Крім того, виникнення серцево-судинної патології у хворих на ПсА зумовлює наявність супутніх МС (ожиріння, дисліпідемія, підвищений артеріальний тиск і гіперглікемія) гіперурикемії та ЦД.

Доповідач представила результати власного дослідження, в якому вивчали основні фактори ризику виникнення атеросклерозу та ССЗ у хворих на ПсА. У цієї категорії пацієнтів було виявлено більшу схильність до розвитку дисліпідемії, а саме підвищення рівнів загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності та зниження ліпопротеїнів високої щільності. Крім того, більшість хворих на ПсА мали підвищені рівні сечової кислоти в сироватці крові, що також виступає предиктором виникнення атеросклеротичного ураження судин. Ці дані свідчать про високий ризик виникнення ССЗ у хворих на ПсА, котрі є однією з основних причин смерті таких пацієнтів.

Фармакологічний менеджмент пацієнтів із ПсА залишається актуальною проблемою сучасної ревматології. Згідно з настановами Мультинаціональної групи з вивчення й оцінки псоріазу та ПсА (GRAPPA), стандартну та біологічну медикаментозну терапію слід застосовувати з обережністю через високий ризик прогресування коморбідних захворювань.

У терапії пацієнтів із ПсА та супутньою кардіоваскулярною патологією переважно використовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). За даними Goodson і співавт. (2011), застосування вказаної групи лікарських засобів достовірно зменшує ризик смерті від серцево-судинної патології в пацієнтів, які страждають на ПсА. Відповідно до рекомендацій Управління з контролю якості продуктів харчування та лікарських засобів США (FDA), НПЗП слід приймати в найнижчій ефективній дозі найкоротшим курсом. Застосування цих лікарських засобів може супроводжуватися небажаною побічною дією, насамперед на шлунково-кишковий тракт, що є причиною обмеженого їх використання.

Завершуючи виступ, професор Л.В. Хімїон наголосила на важливості пацієнт-орієнтованого підходу до лікування пацієнтів із ПсА, а також скринінгу та профілактики коморбідної патології. У разі ранньої діагностики та вчасно розпочатої лікування як ПсА, так і супутніх захворювань можна домогтися підвищення тривалості та якості життя таких хворих.

Продовження на стор. 38.

Ревматологічні хвороби: мультимісциплінарний підхід до лікування

Продовження. Початок на стор. 36.



Завідувач кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Олександр Анатолійович Бур'янов розповів про сучасні стратегії лікування хворих на ОА з позицій доказової медицини.

ОА – це первинно запальне захворювання суглобів, яке супроводжується дегенеративним ураженням усіх складових суглобового апарату та зміною структури субхондральної кістки (Hochberg M.C. et al., 2018). Згідно з даними Vos і співавт. (2015), ОА посідає третє місце серед основних причин глобальної інвалідності, що вказує на надзвичайну актуальність проблеми.

Зважаючи на власний досвід і сучасні клінічні рекомендації, доповідач представив аудиторії основні стратегії терапії ОА великих суглобів, які

передбачають застосування нефармакологічних, фармакологічних, інтраартикулярних та оперативних методів лікування.

Відповідно до рекомендацій Американської академії сімейних лікарів (AAFP, 2012), першим кроком менеджменту пацієнтів з ОА стегнового та колінного суглобів є застосування нефармакологічних методів лікування, котрі мають на меті модифікацію способу життя – виконання фізичних вправ і зниження маси тіла. Вказана стратегія може зменшити больові відчуття та покращити функцію уражених суглобів (рівень доказовості В).

За відсутності покращення клінічної симптоматики та подальшого прогресування патологічного процесу вдаються до медикаментозного лікування. З огляду на оновлені настанови Американської колегії ревматологів (ACR, 2018) основою менеджменту пацієнтів з ОА є застосування препаратів, спрямованих на зменшення або усунення болю. На жаль, незважаючи на стрімку появу на фармакологічному ринку новітніх знеболювальних препаратів, неконтрольований больовий синдром залишається великою проблемою для пацієнтів з ОА.

Препаратом першого вибору для лікування пацієнтів з ОА легкого ступеня є парацетамол (рівень доказовості А). У разі його неефективності чи за наявності помірного або важкого ОА доцільним є використання НПЗП (рівень доказовості А). Зазвичай перевагу віддають селективним інгібіторам циклооксигенази-2, оскільки вони характеризуються найменшим ризиком шлунково-кишкових ускладнень. Якщо ж пацієнт має супутню серцево-судинну патологію й перебуває на антиагрегантній терапії ацетилсаліциловою кислотою, селективних НПЗП слід уникати.

За умови незадовільного контролю болю за допомогою НПЗП застосовують внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикоїдів (ГК) або гіалуронової кислоти (рівень доказовості В). Відповідно до даних деяких досліджень, внутрішньосуглобові ГК характеризуються короточасним (менш ніж 8 тиж) знеболювальним ефектом у пацієнтів з ОА колінного суглоба. Натомість внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти проявили довготривалий знеболювальний ефект.

Особливу увагу професор О.А. Бур'янов приділив симптоматичним препаратам повільної дії (SYSADOA), до яких належать комбіновані препарати на основі хондроїтину та глюкозаміну сульфату. На відміну від препаратів першого вибору, SYSADOA демонструють триваліший знеболювальний ефект і не чинять небажаної побічної дії, насамперед на шлунково-кишковий тракт. До засобів, які містять у складі високоефективну комбінацію хондроїтину сульфату та глюкозаміну сульфату, належить Мовекс компанії «Мові Хелс Швейцарія». Ефективність застосування цього препарату в комплексній терапії ОА не викликає сумнівів, адже на сьогодні є чимало досліджень, які підтверджують структуро- та симптомомодифікуювальний вплив поєданого використання хондроїтину та глюкозаміну сульфату. Зокрема, J.M. Pelletier і співавт. (2015) виявили, що комбіноване застосування хондроїтину та глюкозаміну сульфату здатне пригнічувати прогресування дегенеративних змін суглобового хряща (що було підтверджено даними МРТ) і полегшувати суб'єктивну симптоматику ОА незалежно від додаткового прийому НПЗП.

Мовекс Комфорт, який застосовується при ремісії ОА, є високоефективним комплексним лікарським засобом, що містить оптимальну комбінацію хондроїтину сульфату та глюкозаміну сульфату (400 та 500 мг відповідно). Схема лікування передбачає використання двох курсів протягом року, кожен з яких має тривати не менш ніж 3 міс. У разі загострення запального процесу рекомендованим є використання препарату Мовекс Актив, який додатково містить калію диклофенак у дозі 50 мг. Завдяки наявності у складі засобу з групи НПЗП Мовекс Актив демонструє швидкий знеболювальний ефект із додатковим хондропротекторним впливом.

Питання про хірургічне втручання постає при прогресуючому перебігу ОА тяжких ступенів із інвалідацією пацієнта. У таких випадках абсолютно показане проведення ендопротезування суглоба, що дає змогу значно покращити якість життя хворого. Водночас приблизно у 20% пацієнтів після операції спостерігається больовий синдром (Wylde V. et al., 2011), що потребує використання знеболювальних.

Враховуючи сказане, доповідач відзначив важливість застосування препаратів Мовекс Актив і Мовекс Комфорт, які дають змогу досягти основних стратегічних завдань менеджменту хворих на ОА. Завдяки тривалому контролю больового синдрому полегшуються страждання пацієнтів, а підтверджена структуромодифікуювальна дія препарату запобігає прогресуванню дегенеративних змін і, відповідно, дає можливість уникнути застосування інвазивних суглобових втручань.

Науково-практична конференція ще раз підтвердила необхідність таких освітніх заходів для лікарів-практиків, адже завдяки безперервному навчанню вони можуть отримати нову інформацію стосовно інноваційних методів менеджменту ревматичних захворювань і коморбідної патології, підвищуючи свій професійний рівень.

Підготувала Лілія Нестеровська



Мовекс®

MoviHealth
Pharmaceutical company, Switzerland

РЕМІСІЯ

глюкозаміну сульфату 500 мг
хондроїтину сульфату натрію 400 мг

1 таб. 3 р/добу - 3 тижні, далі по
1 таб. 2 р/добу, протягом 3 місяців

МОВЕКС® КОМФОРТ – ЕФЕКТИВНА КОМБІНАЦІЯ
ГЛУКОЗАМІНУ СУЛЬФАТУ І ХОНДРОЇТИНУ СУЛЬФАТУ
З НАЙВИЩИМ РІВНЕМ ДОКАЗОВОСТІ 1А*

ЗАГОСТРЕННЯ

калію диклофенак 50 мг
глюкозаміну сульфату 500 мг
хондроїтину сульфату натрію 400 мг

1 таб. 3 р/добу

МОВЕКС® АКТИВ – ШВИДКЕ ЗНЕБОЛЕННЯ
З КЛІНІЧНО ДОВЕДЕНОЮ
ХОНДРОПРОТЕКЦІЄЮ*

ФАВОРИТ
УСІ
2014 2015 2016 2017 2018

ПРЕПАРАТ
РОКУ 2017
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2018
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2019

Мовекс Комфорт, ПОАА5АНН6. Дієтерapeutично-дієтичний засвоєння суглобів та хрящів, покращує та відновлює еластичність, оскільки містить хондроїтин сульфату, глюкозаміну сульфату, парацетамолу, який покращує структуру кісткової тканини.

Мовекс Актив, ПОАА5АНН6. Лікування запального, опіорезистентного синдрому, що супроводжується сильним запаленням, болем, дегенеративно-дистрофічними змінами хрящів, тканин суглоба і шкіри, зменшення руйнування суглоба.

Остеоартрит, теророзити (у тому числі ерозивний, ерозивний суглоб), міжвертебральні остеохондроз, остеоартроз, ревматоїдний артрит. Переломи і травми для тривалого утримання кісткової маси, посттравматичні запальні зміни.

Найвищий рівень доказовості отримано за результатами досліджень, завантажених на сайті www.movi-health.com.

Інформація надана в освітничних цілях. Повна інформація про лікування має бути отримана у лікаря. Будь-яке використання препаратів повинно бути узгоджене з лікарем. З метою контролю якості виробляється «Мовекс Комфорт» та «Мовекс Актив» в Україні. «Мовекс Комфорт» для лікування запального синдрому, «Мовекс Актив» для лікування запального синдрому. «Мовекс Комфорт» та «Мовекс Актив» в Україні. «Мовекс Комфорт» та «Мовекс Актив» в Україні. «Мовекс Комфорт» та «Мовекс Актив» в Україні. «Мовекс Комфорт» та «Мовекс Актив» в Україні.

© 2019 Мові Хелс Швейцарія. Усі права захищено.

РП, МОД Україна № ІА/10305/01/01 від 2.08.2019.

РП, МОД Україна № ІА/9817303/01 від 20.04.2019.

* рекомендації EMA, 2003, 2003, 2014, 2016, 2018, 2019, 2019.

ТОВ «Мові Хелс», тел.: (044) 500 71 40
Київ, пр-т Академіка Глушкова, 12А

www.movi-health.com.ua