Сучасні можливості оптимального лікування суглобового болю

О.Б. Яременко

3-5 березня в онлайн-форматі відбувся IX Всеукраїнський конгрес «Профілактика. Антиейджинг. Україна». З-поміж низки актуальних медичних проблем, висвітлених під час цього надзвичайно цікавого міждисциплінарного заходу, значна увага була приділена веденню пацієнтів із больовими синдромами різного генезу. Зокрема, сучасне наукове підґрунтя та практичні аспекти медикаментозного усунення суглобового болю в пацієнтів із хронічними артропатіями докладно розглянув у своїй доповіді відомий вітчизняний експерт у галузі ревматології, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Борисович Яременко.

– Суглобовий біль – це одна з найактуальніших клінічних проблем у практиці сімейних лікарів, терапевтів і ревматологів. Як клініцисти, так і самі пацієнти завжди прагнуть до максимально ефективного та безпечного лікування суглобового болю. Як відомо, найпоширенішою причиною виникнення суглобового болю є остеоартрит (ОА). Під час проспективного дослідження SORT (Conaghan P.G. et al., 2015), яке проводилося в 6 європейських країнах, вивчалася ефективність усунення болю в колінних суглобах у пацієнтів з ОА (n=1187, вік ≥50 років, в умовах реальної клінічної практики). Критерієм неадекватного контролю болю (НКБ) у цьому дослідженні було його збереження на рівні >40 мм за 100-міліметровою візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) згідно з оцінкою пацієнта. Як довели отримані результати, в 54% пацієнтів з ОА спостерігався НКБ; хворі відчували постійний біль на тлі застосування стандартних доз пероральних знеболювальних лікарських засобів із різних фармакотерапевтичних груп (нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), парацетамолу, опіоїдів тощо). Водночас НКБ асоціювався зі значною втратою функціональності та гіршою якістю життя. Отже, результати цього дослідження вкотре підтвердили, що питання стосовно обрання найефективнішого знеболювального препарату для пацієнтів із суглобовим болем є надзвичайно актуальним у реальній клінічній практиці.

Як свідчать висновки Кокранівського огляду 350 досліджень за участю загалом 45 тис. пацієнтів (Moore R.A. et al., 2011), найвищу позицію в рейтингу аналгетичної активності однократної дози посідає НПЗП еторикоксиб у дозі 180-240 мг (дози, вищі за рекомендовані інструкцією до застосування), на другому місці – комбінація наркотичного аналгетику оксикодону (10 мг) із парацетамолом (500 мг), на третьому – еторикоксиб у дозі 120 мг. Деякий час природа такої переваги еторикоксибу (порівняно з іншими НПЗП) була незрозумілою, оскільки всі НПЗП мають принципово однаковий механізм дії, що полягає в пригніченні запалення завдяки інгібуванню ферменту циклооксигенази 2 типу (ЦОГ-2). Проте останніми роками з'явилися дані досліджень, які довели, що в механізмі формування хронічного суглобового больового синдрому в близько 70% пацієнтів вагому роль має не лише периферична, а й центральна сенситизація – ЦС (Arendt-Nelson L. et al., 2016). Якщо периферична сенситизація являє собою збільшення чутливості полімодальних больових рецепторів під дією запалення, то під ЦС розуміють збільшення чутливості сенсорних нейронів (насамперед задніх рогів спинного мозку) під дією больової імпульсації від периферичних больових рецепторів (наприклад, суглобів). Одним із молекулярних механізмів ЦС є збільшення вироблення простагландину E_2 (PgE_2) в спинному мозку під впливом ЦОГ-2 (Arendt-Nelson L. et al., 2016).

Для виявлення феномена ЦС використовують такі її клінічні ознаки, що визначаються під час кількісного сенсорного тестування (Arendt-Nelson L. et al., 2016):

- розширена гіперчутливість – поява підвищеної чутливості до болю в ділянці, що розташована на відстані від ураженого суглоба;
- посилена часова сумація – підвищення інтенсивності болю при послідовних натисканнях на одну точку через рівні проміжки часу (наприклад, цикл із 5-10 натискань що 2 с).

Клінічне значення терапевтичного впливу на феномен ЦС було продемонстровано в дослідженні, проведеному L. Arendt-Nelson і співавт. (2016), під час якого було доведено, що еторикоксиб (Аркоксія®) чинив подвійну аналгетичну дію за рахунок пригнічення як центрального, так і периферичного механізму формування болю. Еторикоксиб продемонстрував досить значну вираженість впливу саме на центральні механізми реалізації знеболення, котре безпосередньо залежить від проникнення препарату в спинний мозок.

Наразі встановлено, що простагландини чинять вплив уздовж усього ноцицептивного шляху, в т. ч. у спинному мозку, де реалізується дія як ЦОГ-1, так і ЦОГ-2 (Kvien T.K. et al., 2015). Здатність НПЗП реалізовувати центральний ефект шляхом проникнення крізь гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ) є змінною та залежить від різних характеристик препарату, як-от розмір молекули, розчинність у ліпідах і здатність зв'язуватися з білками плазми крові (Kvien T.K. et al., 2015). Еторикоксиб продемонстрував здатність проникати до центральної нервової системи, що забезпечує створення значущих концентрацій препарату в спинномозковій рідині (Kvien T.K. et al., 2015; Renner B. et al., 2010). Завдяки цьому еторикоксиб (Аркоксія®) чинить свій знеболювальний ефект і за межами рівня суглобів, впливаючи на пластичність відповіді нервової системи як на периферичному, так і на центральному рівні (Kvien T.K. et al., 2015).

Як відомо, НПЗП зв'язуються з білками крові, що ускладнює їх проникнення крізь ГЕБ. Тільки вільна (не зв'язана з білками плазми крові) фракція НПЗП здатна проникати крізь ГЕБ (Lucas S., 2016). Виявилося, що не зв'язана з альбумінами плазми крові фракція є найбільшою саме в еторикоксибу (порівняно з іншими НПЗП), що становить 8%, тоді як у мелоксикаму – 1%, а в диклофенаку – 0,3%. Це забезпечує можливість проникнення через ГЕБ і реалізацію впливу цього препарату на феномен ЦС. З огляду на ці дані стає зрозумілішою оцінка знеболювальної ефективності еторикоксибу в пацієнтів з ОА та недостатньою відповіддю на інші НПЗП, яку в 2010 р. дали H.-Y. Lin і співавт. під час проведення в умовах реальної клінічної практики багатоцентрового проспективного відкритого рандомізованого клінічного дослідження. Пацієнтів (n=500), у яких не вдавалося усунути больовий синдром на тлі застосування протягом 4 тиж НПЗП (мелоксикаму, етодолаку, целекоксибу, диклофенаку, набуметону, напроксену) чи парацетамолу (рівень болю за ВАШ ≥40 мм), переводили на прийом еторикоксибу в дозі 60 мг/добу. Виявилося, що після переходу на терапію еторикоксибом у зазначеній дозі ⅔ пацієнтів (66%) повідомили про клінічно значуще зменшення болю за WOMAC (≥30%). Ці результати вказали на наявність у препарату Аркоксія® потужного знеболювального ефекту, ймовірно, опосередкованого особливими механізмами впливу на формування болю, а дослідження подальших років конкретизували їх, установивши вплив препарату на феномен ЦС.

Схоже дослідження було проведено (Huang W.-N., Tsa T.K., 2018) за участю пацієнтів старечого віку (79-96 років) з ОА та недостатньою відповіддю на попереднє застосування традиційних НПЗП або опіатів протягом 4 тиж. Після 4-тижневого курсу прийому еторикоксибу (Аркоксія®) в дозі 60 мг/добу пацієнти відзначили значне зменшення суглобового болю (в 4,5 рази, оцінка за WOMAC; p<0,001), покращення функції суглобів (у 2 рази, оцінка за WOMAC; p=0,020), зменшення скутості в суглобах (у 2 рази, оцінка за WOMAC; p=0,068), а також значуще поліпшення якості життя (за TSQM). Водночас лікування еторикоксибом характеризувалося хорошою переносимістю та високим профілем безпеки.

Безумовно, заслуговують на увагу й результати прямої порівняльної оцінки ефективності та безпеки еторикоксибу (60 мг/добу) та мелоксикаму (15 мг/добу) в лікуванні хворих на гонартрит (Заводовский Б.В. и соавт., 2016). Під час постреєстраційного відкритого проспективного порівняльного рандомізованого дослідження було обстежено 40 пацієнтів із первинним ОА колінних суглобів віком 37-75 років. Обидва препарати приймали протягом 4 тиж; оцінка ефективності проводилася за допомогою визначення функціонального індексу WOMAC за ВАШ. Як засвідчили отримані результати, застосування обох препаратів забезпечило зниження індексу WOMAC, гостроти захворювання та зменшення вираженості больового синдрому. Проте швидкість розвитку та повнота аналгетичного ефекту виявилися достовірно вищими на тлі прийому еторикоксибу. На тлі прийому мелоксикаму відзначали менш виражене зменшення скутості в суглобах і недостатній знеболювальний ефект. Кількість зареєстрованих небажаних явищ була однаковою в обох групах. Отримані результати дали дослідникам змогу зробити висновок про те, що ефективність препарату Аркоксія® (еторикоксиб) у дозі 60 мг/добу перевищує таку в мелоксикаму в дозі 15 мг/добу. Було виявлено статистично значущі відмінності між мелоксикамом і еторикоксибом у вираженості протизапальної й аналгетичної активності, а також у швидкості розвитку знеболювального ефекту. Пояснюючи отримані результати, автори дослідження вказують на те, що в останніх роботах із вивчення хронічного болю та механізмів сенситизації продемонстровано, що лише селективні інгібітори ЦОГ-2 (на відміну від традиційних НПЗП) можуть блокувати вироблення простагландинів на пізніх стадіях гіперзбудливості спінальних нейронів. Саме можливість впливу на больовий синдром через центральні механізми модуляції болю дає еторикоксибу змогу чинити вираженішу знеболювальну дію (порівняно з іншими НПЗП).

Другою складовою ефективності НПЗП (не менш важливою, ніж їхня знеболювальна активність) є вплив на запальний компонент формування больового синдрому. Ще з 80-х років минулого сторіччя еталонним високоефективним протизапальним препаратом для лікування подагричного артриту, котрий є найяскравішим прикладом нейтрофільного запального артриту, традиційно вважався індометацин. Проте нещодавно було проведено відкрите рандомізоване контрольоване дослідження (Xu L. et al., 2016), у якому встановили, що еторикоксиб у дозі 120 мг/добу був еквівалентний індометацину (150 мг/добу) та преднізолону (35 мг/добу) щодо усунення болю, скутості, еритеми й набряку, спричинених гострим подагричним артритом (n=113). Ще в одному дослідженні з оцінки терапевтичної ефективності й переносимості еторикоксибу та диклофенаку в пацієнтів з ОА колінних або кульшових суглобів (Zacher J. et al., 2003) було продемонстровано, що мінімальна доза еторикоксибу (60 мг/добу) за рівнем протизапальної дії була еквівалентною максимальній добовій дозі диклофенаку (150 мг/добу).

Крім високої ефективності, наріжним каменем оптимального застосування НПЗП є їхня безпека. Як добре відомо, найчастіші побічні ефекти цих лікарських засобів – НПЗП-гастропатії та НПЗП-ентеропатії. Зокрема, при постійному прийомі НПЗП досить часто формуються ерозивно-виразкові ураження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, котрі можуть ускладнюватися перфорацією та кровотечами. Ці несприятливі гастроінтестинальні ефекти асоційовані з небажаним інгібуванням ЦОГ 1 типу, що відповідає за захист слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Отже, в цьому сенсі НПЗП є безпечнішим тоді, коли селективніше впливає на ЦОГ-2 (порівняно з ЦОГ-1). Результати лабораторних досліджень, під час яких *in vitro* вивчали напівмаксимальні інгібувальні концентрації (IC_{50}) НПЗП, засвідчили, що еторикоксиб

(Аркоксія®) в 106 разів сильніше впливає на ЦОГ-2 порівняно зі впливом на ЦОГ-1, тобто Аркоксія® є специфічним інгібітором ЦОГ-2, селективність якого в рази перевищує таку інших НПЗП, у т. ч. целекоксибу та рофекоксибу (Riendeau D. et al., 2001). Це було підтверджено й у декількох клінічних дослідженнях, зокрема під час вивчення селективності еторикоксибу щодо ЦОГ-2 шляхом оцінки впливу препарату на синтез простагландинів у пробах цільної крові та в біоптатах слизової оболонки шлунка. Було встановлено, що еторикоксиб (Аркоксія®) в дозі 120 мг/добу не впливав на синтез гастропротекторного PgE_2 і був у цьому сенсі зіставним із плацебо, тоді як неселективний НПЗП напроксен достовірно знижував його синтез (Dallob A. et al., 2003). Згодом це знайшло вагоме клінічне підтвердження: за даними метааналізу, виконаного X. Feng і співавт. (2018), встановлено, що, на відміну від диклофенаку та напроксену, високоселективний інгібітор ЦОГ-2 еторикоксиб (Аркоксія®) не збільшував гастроінтестинальних ризиків і був зіставним із плацебо.

Важливим аспектом безпеки НПЗП, який активно обговорюють із часу появи на світовому фармацевтичному ринку рофекоксибу, є кардіоваскулярні ризики, зокрема ризик розвитку інфаркту міокарда й інсульту. Певний час ці ризики пов'язували із селективним пригніченням ЦОГ-2 в ендотелії судин і зниженням дезагрегантної активності, але пізніше було доведено, що вони пов'язані з самою молекулою рофекоксибу, а також із деякими іншими механізмами, зокрема з інтенсивністю утворення окиснених форм ліпопротеїнів низької щільності. Отримані протягом останніх років результати клінічних досліджень за участю значної кількості пацієнтів підтвердили правомірність такого погляду. Так, під час метааналізу 176 клінічних досліджень (van Walsem A. et al., 2015), у якому порівнювали ефективність, безпеку та переносимість диклофенаку, ібупрофену, напроксену, целекоксибу й еторикоксибу в пацієнтів з ОА та ревматоїдним артритом, встановлено, що всі зазначені препарати є зіставними за частотою розвитку кардіоваскулярних і цереброваскулярних ускладнень (фатального та нефатального інфаркту міокарда, інсульту, периферичного артеріального тромбозу, тромбозу периферичних вен, легеневої тромбоемболії, кардіоваскулярної смерті).

Цікавим як з наукового, так і з практичного погляду є питання про вплив різних НПЗП на метаболізм хрящової тканини. Відомо, що, на відміну від парацетамолу, деякі НПЗП (індометацин, ібупрофен, напроксен) мають здатність негативно впливати на синтез хондроцитами глікозаміногліканів (House R.A., 2010), тобто вони можуть пригнічувати анаболічний компонент метаболізму хрящової тканини, прискорюючи катаболічні процеси. У цьому контексті досить цікавими й обнадійливими виявилися результати нещодавно завершеного експериментального дослідження Z.-H. Wen і співавт. (2019), у якому вивчали вплив еторикоксибу на прояви ОА та ноцицепцію в щурів. Зокрема, оцінювали динаміку зміни ширини колінних суглобів під час розвитку ОА, а також за допомогою імуногістохімічного аналізу вивчали вплив еторикоксибу на експресію трансформувального фактора росту-β (TGF-β) і фактора росту нерва (NGF) у хондроцитах суглобового хряща. На сьогодні TGF-β вважається одним із провідних хондропротекторних цитокінів при ОА, адже він знижує експресію та секрецію колагеназ й індукує вироблення тканинного інгібітора матричної металопротеїнази, тобто чинить антидеструктивний вплив на суглобовий хрящ. Що стосується NGF, то він є білком, який сприяє росту аксонів й активації периферичних нейронів, а також пов'язаний із виникненням феномена «болючої сенситизації». У нормі суглобовий хрящ є аневральним, адже в ньому немає нервових закінчень. Однак у разі хронічних артропатій відбуваються патологічна неорганізована іннервація раніше аневрального хряща та формування периферичної сенситизації; відповідальним за цей патологічний процес вважається саме NGF. Підвищений рівень NGF виявляється в синовіальній рідині в пацієнтів із запальними чи дегенеративними захворюваннями, включаючи ОА, ревматоїдний артрит і спондилоартрит. Кількісний аналіз результатів вищезазначеного експериментального дослідження продемонстрував, що на тлі застосування еторикоксибу значно збільшувалася кількість TGF-β_1-позитивних клітин у хрящі колінних суглобів щурів з експериментальним ОА ($p<0,05$). З іншого боку, при застосуванні еторикоксибу водночас достовірно зменшувалася кількість NGF-позитивних хондроцитів у хрящі колінних суглобів у групах з експериментальним ОА. Отже, отримані під час цього дослідження результати засвідчили, що порівняно з плацебо еторикоксиб зменшував дегенерацію хряща та знижував ноцицепцію в щурів, а також послаблював експресію NGF і збільшував експресію TGF-β_1 у хрящі, ураженому ОА. Ці нові експериментальні дані надали інформацію про ще один важливий механізм реалізації знеболювальної активності еторикоксибу та його ходропротекторні властивості.

Отже, в реальній клінічній практиці, на жаль, не завжди вдається адекватно купірувати больовий суглобовий синдром; більш ніж у половини хворих на ОА рівень контролю болю залишається на неприйнятному рівні, незважаючи на прийом знеболювальних засобів (Conaghan P.G. et al., 2015). Одним із методів покращення знеболення при застосуванні НПЗП можна вважати вплив на нещодавно виявлені додаткові механізми формування хронічного болю при ОА, зокрема на феномен ЦС і патологічну іннервацію суглобового хряща під впливом NGF. З огляду на тривале застосування НПЗП при хронічних артропатіях лікарям обов'язково слід ураховувати також профіль їхнього гастроінтестинального та кардіоваскулярного ризику.

Препаратом вибору серед НПЗП при ОА може вважатися високоселективний інгібітор ЦОГ-2 другого покоління еторикоксиб (Аркоксія®) завдяки наявним на сьогодні науковим даним про такі його сприятливі властивості:

- здатність пригнічувати центральну сенситизацію та патологічну іннервацію суглобового хряща;
- здатність значно посилювати знеболювальний ефект за неефективності традиційних НПЗП;
- виражена протизапальна активність;
- здатність збільшувати рівень експресії TGF-β у хондроцитах і зменшувати руйнацію хряща;
- зниження ризику виникнення гастроінтестинальних ускладнень при зіставних з іншими НПЗП серцево-судинних ризиках.

Підготувала ***Вікторія Новікова***

НОВИНИ МОЗ

«Вакцинація залишається найважливішим інструментом запобігання новим захворюванням на COVID-19», – Ігор Іващенко

Станом на 25 березня в Україні 155 587 людей отримали щеплення проти COVID-19 вакциною AstraZeneca (CoviShield). За останню добу вакциновано понад 18 500 осіб. На цю кількість щеплених зафіксовано лише 587 випадків поствакцинальних проявів – у легкій формі, про що під час брифінгу повідомив заступник міністра охорони здоров'я Ігор Іващенко.

«Головний біль, тимчасове підвищення температури чи втома – це нормальні побічні ефекти, які доводять, що вакцина працює, а організм готує імунну відповідь. Вакцинація залишається найважливішим інструментом запобігання новим захворюванням і смертям, а також боротьби з пандемією», – наголосив Ігор Іващенко.

Заступник міністра нагадав, що Європейське агентство з лікарських засобів визнало вакцину AstraZeneca (CoviShield) дієвою та безпечною; її переваги в боротьбі з COVID-19 продовжують перевищувати потенційні ризики, а повідомлення про нібито утворення тромбів у щеплених не знайшли жодного підтвердження.

У МОЗ налагоджено також систему постійного моніторингу поствакцинальних випадків. Медичні працівники, до яких звернулися пацієнти з порушенням стану здоров'я в післявакцинальному періоді (30 днів з моменту щеплення відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я), повинні повідомити про це Державний експертний центр МОЗ України через автоматизовану інформаційну систему з фармаконагляду.

«За всю історію щеплення вакциною CoviShield у нас зафіксовано лише три випадки, які потребували тимчасового нагляду лікарів. Випадок смерті в Одеській області детально розслідуватиметься відповідно до протоколів МОЗ. Лише після офіційних результатів розслідування цього інциденту можна буде говорити предметно», – зазначив Ігор Іващенко.

Атестації у 2021 році: основні зміни

МОЗ відновлює атестації лікарів, провізорів, фармацевтів, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я, та молодших спеціалістів з медичною освітою.

15 березня за № 319/35941 у Міністерстві юстиції України зареєстровано наказ МОЗ від 19.01.2021 р. № 74 «Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України». Станом на сьогодні наказ очікує на публікацію в офіційних джерелах, одразу після якої він набере чинності.

Наказом передбачено відновлення атестацій у період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, з дотриманням протиепідемічних заходів.

Водночас наказ урегульовує низку питань, що стосуються безперервного професійного розвитку лікарів і критеріїв нарахування балів безперервного професійного розвитку.

Атестаційні комісії з дати набрання чинності наказом МОЗ від 19 січня 2021 р. № 74 в одноденний термін мають затвердити й опублікувати на офіційному вебсайті закладу, при якому створено комісію, графік засідань атестаційних комісій для розгляду документів, що були подані на чергову атестацію, але не були розглянуті у зв'язку із запровадженням Кабінетом Міністрів України карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та провести перше засідання атестаційних комісій не пізніше ніж через 10 днів з дати набрання чинності наказом МОЗ від 19 січня 2021 р. № 74.

Основні зміни, які внесено до Порядку проведення атестації лікарів, затвердженого наказом МОЗ від 22 лютого 2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»:

- присвоєння наступної кваліфікаційної категорії може бути проведено не раніше ніж через 1 рік з дати попередньої атестації за умови перевищення мінімальних вимог щодо кількості балів безперервного професійного розвитку;
- лікарі, які бажають пройти атестацію, подають необхідні документи до атестаційної комісії за місяць до початку її роботи;
- за види діяльності, які не стосуються відповідної лікарської спеціальності (чи спеціальностей) лікаря, враховується не більше ніж 8 балів щороку;
- особисте освітнє портфоліо за відповідний річний період подається лікарем для щорічної перевірки до відділу кадрів за місцем роботи до 01 березня;
- у 2021 р. строк подання особистого освітнього портфоліо подовжується на місяць з дати набрання чинності наказом, яким вносяться зміни;
- особисте освітнє портфоліо за результатами проходження безперервного професійного розвитку створюється для кожної спеціальності, за якою лікар проходить атестацію;
- за умови відповідності видів діяльності, за які нараховуються бали безперервного професійного розвитку, кожній зі спеціальностей лікаря інформація про такі види діяльності може бути включена до декількох освітніх портфоліо;
- графік засідань атестаційних комісій розміщуватиметься на офіційному вебсайті закладу вищої медичної освіти чи МОЗ України, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, при яких створені комісії;
- у разі зміни графіка засідань атестаційних комісій секретар комісії зобов'язаний повідомити осіб, які проходять атестацію, про зміни в графіку не пізніше ніж за 3 дні до дати проведення засідання, надіславши оновлений графік на їхні електронні адреси;

удосконалено критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку. Зокрема, врахування балів за підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення здійснюватиметься не більше 2 разів на 5 років (незалежно від кількості пройдених циклів тематичного удосконалення). Можливість отримання балів не лише за участь у тренінгах, конференціях і тематичному навчанні, а й за проведення таких заходів за наявності в тренерів сертифікатів міжнародних організацій.

Відповідно до пункту 7 наказу МОЗ від 22 лютого 2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» лікарям, які були безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19), зараховується 50 балів безперервного професійного розвитку. Бали зараховуються на підставі довідки, наданої керівником закладу охорони здоров'я, де лікар брав участь у роботах з ліквідації захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19).

Оскільки в 2020 р. атестації не проводилися, 50 балів за вищезазначений вид робіт ураховуватиметься при поданні документів на чергову атестацію в 2021 р. і в наступні роки відповідно до вимог пункту 5 наказу МОЗ від 22 лютого 2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів».

За матеріалами прессслужби МОЗ України: https://moz.gov.ua

Аркоксія®†

(еторикоксиб, МСД)

ЕФЕКТИВНИЙ КОНТРОЛЬ БОЛЮ[1]

більш ніж у 112 країнах світу[2]

ПОТУЖНИЙ ІНГІБІТОР ЦОГ-2 З ПЕРИФЕРИЧНОЮ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЮ ДІЄЮ[3,4]

Вибіркова інформація з безпеки препарату Аркоксія®[5]. Склад: 1 таблетка містить 60 мг, 90 мг, 120 мг еторикоксибу. **Характеристика.** Аркоксія® - це нестероїдний протизапальний препарат - селективний інгібітор циклооксигенази-2 в рамках клінічного діапазону доз. **Показання.** Симптоматична терапія при остеоартриті, ревматоїдному артриті, анкілозуючому спондиліті, а також при болю і ознаках запалення, пов'язаних із гострим подагричним артритом. Нетривале лікування помірного післяопераційного болю, пов'язаного зі стоматологічними операціями. **Протипоказання.** Препарат Аркоксія® протипоказаний: при гіперчутливості до діючої або будь-якої допоміжної речовини препарату; при активній пептичній виразці або активній шлунково-кишковій кровотечі; пацієнтам, у яких виникав бронхоспазм, гострий риніт, назальні поліпи, ангіоневротичний набряк, кропив'янка або інші алергічні реакції після застосування ацетилсаліцилової кислоти або НПЗП, включаючи інгібітори ЦОГ-2 (циклооксигексаназа-2); у період вагітності та годування груддю; при тяжких порушеннях функції печінки; якщо розрахований нирковий кліренс креатиніну < 30 мл/хв; дітям віком до 16 років; при запальних захворюваннях кишечнику; при застійній серцевій недостатності; пацієнтам з артеріальною гіпертензією, у яких показники артеріального тиску постійно вищі за 140/90 мм рт. ст. та недостатньо контролюються; при діагностованій ішемічній хворобі серця, захворюваннях периферичних артерій та/або цереброваскулярних захворюваннях. **Спосіб застосування та дози.** Препарат Аркоксія® застосовують перорально. Конкретні дози вказані в Інструкції для медичного застосування препарату. **Побічні реакції** (дуже часто: ≥1/10, часто: ≥1/100, <1/10)**:** альвеолярний остит, гастроентерит, інфекції верхніх дихальних шляхів та сечовивідного тракту, набряки/затримка рідини, запаморочення, головний біль, сердцебиття, аритмія, гіпертензія, бронхоспазм, біль у животі, запор, метеоризм, гастрит, печія/кислотний рефлюкс, діарея/дискомфорт в ділянці епігастрія, нудота, блювання, езофагіт, виразки в ротовій порожнині, підвищення АЛТ, підвищення АСТ, екхімоз, астенія/втома, грипоподібні симптоми. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами.** Пацієнти, у яких під час застосування еторикоксибу виникає запаморочення, вертиго або сонливість, не повинні керувати автотранспортом та працювати з іншими механізмами. **Запобіжні заходи/особливості застосування.** Клінічні дослідження вказують на те, що використання селективних інгібіторів ЦОГ-2 може бути пов'язане з ризиком виникнення тромботичних ускладнень (особливо інфаркту міокарда та інсульту) в порівнянні з плацебо та деякими НПЗП. Також, як і при використанні інших препаратів, які пригнічують синтез простагландинів, затримка рідини, набряки і артеріальна гіпертензія спостерігалися у пацієнтів, що приймали еторикоксиб. Еторикоксиб, особливо у великих дозах, може призводити до більш частої і сильної артеріальної гіпертензії в порівнянні з деякими іншими НПЗП та селективними інгібіторами ЦОГ-2. Про серйозні реакції гіперчутливості (а саме, анафілаксію і ангіоневротичний набряк) повідомлялось у пацієнтів, які використовують еторикоксиб. Препарат Аркоксія® в таблетках містить лактозу. Пацієнти з рідкісною спадковою непереносимістю галалактози, недостатністю лактази або синдромом глюкозо-галактозної мальабсорбції не повинні застосовувати цей препарат. **Категорія відпуску.** За рецептом.

† - зареєстрована торгова марка Merck Sharp & Dohme Corp.

1. Мається на увазі доведена протибольова ефективність при остеоартриті, ревматоїдному артриті, гострому подагричному артриті та анкілозуючому спондиліті, згідно інструкції для медичного застосування (розділ Ефективність)[5]. 2. Внутрішні дані компанії MSD. 3. А.Е. Каратеев, Эторикоксиб — новый селективный ингибитор циклооксигеназы-2, Современная ревматология №2, 2009. 4. Адаптовано из Lars Arendt-Nielsen et al., Evidence for a central mode of action for etoricoxib (COX-2 inhibitor) in patients with painful knee osteoarthritis, PAIN 157 (2016) 1634–1644. 5. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Аркоксія®, UA/10704/01/01-04.

Даний матеріал призначений лише для фахівців охорони здоров'я та для розповсюдження під час спеціалізованих медичних заходів і друку в спеціалізованих медичних журналах (виданнях). MSD не рекомендує застосовувати продукти з метою, які відрізняються від тих, які описані в інструкції по застосуванню даного препарату. Перед призначенням будь-якого препарату, згаданого у цьому матеріалі, будь ласка, ознайомтеся з повним текстом інструкції. Якщо у вас з'явилися питання щодо продуктів MSD, звертайтеся до нас за адресою: МСД Україна, БЦ «Горизонт Парк», вул. Миколи Амосова, 12, 3-й поверх, Київ, Україна, 03038, або звертайтесь за адресою medinfo@merck.com. Зателефонувати: тел. +38 (044) 393 74 80, факс: +38 (044) 393 74 81. Написати: medinfo@merck.com. © 2020 ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА». Всі права захищені.
UA-CXB-00012. Матеріал затверджений для друку: вересень 2020 . Матеріал дійсний до: вересень 2022.

MSD INVENTING FOR LIFE

PRO PHARMA