DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-5-252-256

Опыт применения системного глюкокортикостероида в качестве стартовой терапии постковидного артрита в амбулаторной практике

В.Е. Ершов^{1,2}, А.В. Кривова¹, В.П. Захаров¹, С.В. Быстров^{1,2}¹ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия²ГБУЗ «ГКБ № 1 им. В.В. Успенского», Тверь, Россия

РЕЗЮМЕ

В разгар пандемии COVID-19 в своей клинической практике мы столкнулись с большим количеством больных с поражениями суставов, резистентными к нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП). В статье обобщен положительный опыт амбулаторного лечения 916 пациентов (средний возраст — 47,1±11,3 года), из них 774 женщины, с артритом различной локализации, возникшим в среднем через 45,0±7,1 дня после ранее перенесенной инфекции, вызванной SARS-CoV-2. 709 (77,4%) пациентов до обращения в клинику использовали НПВП, эффект которых отсутствовал или оказался недостаточным. В связи с этим в качестве стартовой терапии были использованы внутримышечные инъекции бетаметазона, который с учетом коморбидного фона и аллергологического анамнеза был назначен 823 пациентам. На фоне применения препарата у большей части пациентов уже на 7-й день отмечалось купирование воспаления, уменьшение болевого синдрома, улучшение функции пораженного сегмента. В 69,3% наблюдений достаточно оказалось однократного введения препарата. Полученные результаты позволяют сделать предварительные выводы о целесообразности использования данной методики в комплексном лечении реактивного воспаления суставов после перенесенной SARS-CoV-2 инфекции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: коронавирусная инфекция, COVID-19, глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, реактивный артрит.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Ершов В.Е., Кривова А.В., Захаров В.П., Быстров С.В. Опыт применения системного глюкокортикостероида в качестве стартовой терапии постковидного артрита в амбулаторной практике. *РМЖ. Медицинское обозрение.* 2021;5(5):252–256. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-5-252-256.

Experience of using a systemic glucocorticosteroid as an initial therapy for post-COVID-19 arthritis in outpatient practice

V.E. Yershov^{1,2}, A.V. Krivova¹, V.P. Zakharov¹, S.V. Bystrov^{1,2}¹Tver State Medical University, Tver, Russian Federation²City Clinical Hospital No. 1 named after V.V. Uspensky, Tver, Russian Federation

ABSTRACT

Amid the COVID-19 pandemic, a large number of patients with joint lesions resistant to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) was encountered in our clinical practice. The article summarizes the positive experience of outpatient therapy of 916 patients (mean age 47.1±11.3 years), including 774 women, with arthritis of various localization, which occurred on average 45.0±7.1 days after a previously transmitted infection caused by SARS-CoV-2. 709 (77.4%) patients used NSAIDs before going to the clinic, the effect of which was absent or insufficient. In this regard, intramuscular injections of betamethasone prescribed to 823 patients were used as the initial therapy (considering the comorbid background and allergy history). During the drug intake, most of the patients had relief of inflammation, pain reduction, improvement of the disease segment function already on the 7th day. In 69.3% of cases, a single-dose administration was sufficient. The obtained results allow drawing preliminary conclusions about the feasibility of using this technique in the complex treatment of reactive arthritis after the SARS-CoV-2 infection.

KEYWORDS: coronavirus infection, COVID-19, glucocorticosteroids, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, reactive arthritis.

FOR CITATION: Yershov V.E., Krivova A.V., Zakharov V.P., Bystrov S.V. Experience of using a systemic glucocorticosteroid as an initial therapy for post-COVID-19 arthritis in outpatient practice. *Russian Medical Inquiry.* 2021;5(5):252–256 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-5-252-256.

ВВЕДЕНИЕ

В 2020 г. человечество столкнулось с новой угрозой в лице COVID-19. Все медицинское сообщество мобилизовалось на борьбу с пандемией. Накопленные знания и опыт позволили стабилизировать ситуацию по заболеваемости и смертности. Пока население планеты находится в ожи-

дании очередной волны COVID-19, врачи ликвидируют последствия пандемии — те осложнения, которые возникли у пациентов с перенесенной (симптомно или бессимптомно) коронавирусной инфекцией. В научном мире в настоящее время активно дискутируются вопросы постковидного синдрома [1]. В период разгара пандемии в нашей амбула-

торной практике стали встречаться пациенты с артритом разной локализации и разной степенью выраженности клинических проявлений, резистентными к традиционной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Объединяла подобных больных ранее перенесенная коронавирусная инфекция. Зачастую рассматриваемые пациенты первично обращались к специалистам иного профиля и получали симптоматическое лечение по поводу остеохондроза, коксартроза, тендовагинита и т. д. Инфекционная этиология, как правило, не рассматривалась в качестве триггера возникновения воспаления в суставах. При отсутствии терапевтического эффекта зачастую рекомендовался новый НПВП. К настоящему времени опубликовано большое количество обзоров практического применения и эффективности использования препаратов для лечения коронавирусной инфекции [2]. За период пандемии по мере накопления опыта менялись алгоритмы оказания помощи пациентам с COVID-19. Однако ни в отечественной, ни в зарубежной литературе вопросы диагностики и лечения артритов на фоне перенесенной коронавирусной инфекции не освещались, а значит, и алгоритмов лечения подобных осложнений не разработано. В условиях отсутствия клинических рекомендаций по лечению осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата на фоне перенесенной коронавирусной инфекции и резистентности артритов к НПВП (по нашим наблюдениям) для купирования клинических проявлений воспаления мы стали использовать глюкокортикостероиды (ГКС). Эта группа лекарственных средств рекомендована и для лечения коронавирусной инфекции [3]. Общеизвестно, что ГКС блокируют синтез широкого спектра провоспалительных медиаторов, повышение концентрации которых в рамках «цитокинового шторма» ассоциируется с неблагоприятным прогнозом при COVID-19 [4].

Следует отметить, что в патогенезе реактивных артритов важная роль отводится дисбалансу провоспалительных цитокинов [5], высокое содержание которых (в частности, интерлейкинов) обнаруживается в плазме больных коронавирусной инфекцией [6], что можно рассматривать как нереализованный «цитокиновый шторм». Мы рассматриваем перенесенную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, в качестве триггера суставного синдрома. В связи с этим мы стали идентифицировать артрит у пациентов с отягощенным анамнезом по коронавирусной инфекции как «постковидный артрит».

Представляем собственный опыт лечения пациентов с ранее перенесенной коронавирусной инфекцией и проявлениями реактивного артрита, в лечении которых с успехом был использован системный ГКС.

Собственный опыт

Под нашим наблюдением на базе Центра травматологии и рентгенографии г. Твери находятся 916 взрослых пациентов, обратившихся к травматологу-ортопеду с клиническими проявлениями артрита на фоне ранее перенесенной (симптомно или бессимптомно) подтвержденной инфекции, вызванной SARS-CoV-2 (M13.9 по МКБ-10). Средний возраст пациентов составил $47,1 \pm 11,3$ года. Большинство пациентов женщины — 773 (84,4%) человека.

Все пациенты без исключения при первичном обращении к ортопеду-травматологу жаловались на суставные боли в покое и при нагрузке. Обращало на себя вни-

Таблица 1. Клинические проявления артрита после перенесенной коронавирусной инфекции

Table 1. Clinical manifestations of arthritis after a coronavirus infection

Признак Sign	Количество пациентов Number of patients	
	абс. / abs.	%
Боль в пораженном суставе Pain in the affected joint	916	100,0
Острое начало / Acute onset	843	92,0
Миалгии, скованность в пораженном сегменте Myalgia, stiffness in the affected segment	719	78,5
Локальный отек / Topical edema	634	69,2
Выпот / Effusion	605	66,0
Локальная гипертермия / Topical hyperthermia	571	62,3
Дисфункция / Dysfunction	346	37,8
Субфебрилитет / Subfebrility	180	19,7

Таблица 2. Локализация суставных болей после перенесенной коронавирусной инфекции (n=1163)

Table 2. Localization of joint pain after a coronavirus infection (n=1163)

Область поражения / Affected area	Количество суставов Number of joints	
	абс. / abs.	%
Коленный сустав / Knee joint	561	48,2
Тазобедренный сустав / Hip joint	140	12,0
Плечевой сустав / Shoulder joint	136	11,7
Лучезапястный сустав / Wrist joint	98	8,4
Суставы кисти / Hand joints	79	6,8
Суставы стопы / Foot joints	73	6,3
Локтевой сустав / Elbow joint	38	3,3
Позвоночник / Spine	21	1,8
Голеностопный сустав / Ankle joint	17	1,5
Всего / Total	1163	100,0

мание острое начало заболевания у большинства (92%) пациентов (табл. 1). Часто у больных отмечались мышечные боли и скованность в пораженных сегментах, усиливающиеся в вечернее и ночное время (78,5%), в связи с чем первично многие пациенты обращались к неврологам. Более чем у половины пациентов с положительным эпидемиологическим анамнезом по COVID-19, обратившихся на амбулаторный ортопедический прием с болями в суставах различного характера и интенсивности, отмечались типичные клинические проявления воспаления: выпот (определялся пальпаторно, в ряде случаев подтверждался данными УЗИ и МРТ), отек и ло-

кальная гипертермия в области пораженного сегмента. Однако у трети больных вообще не выявлялись визуальные и пальпаторные изменения. Редко у наблюдаемых фиксировались субфебрилитет (19,7%) и функциональные нарушения в виде хромоты и ограничений движений в пораженном суставе (37,8%).

Наиболее частой локализацией артрита у наблюдаемых больных оказался коленный сустав — 48,2% случаев. Заметно реже пациенты обращались с болями в иных сегментах (табл. 2). Разница между количеством пациентов ($n=916$) и числом локализаций ($n=1163$) связана с тем, что в 54 (5,9%) наблюдениях имело место одновременное поражение нескольких суставов. Исходя из этого, можно сделать вывод, что в подавляющем большинстве случаев заболевание протекало в виде моноартрита (94,1%).

Болевой синдром у большинства, 628 (68,6%), пациентов расценивался как умеренный — 4–6 баллов по ВАШ, 167 (18,2%) пациентов отмечали слабую боль — 1–3 балла по ВАШ, 121 (13,2%) больной жаловался на сильную боль — свыше 6 баллов по ВАШ.

Семьсот пятьдесят один (82%) пациент имел в анамнезе травму или дегенеративно-дистрофическое заболевание (остеоартрит, энтезопатии, гипермобильность, диспластические изменения и др.) пораженного артритом сустава, однако во всех случаях отмечали иной характер боли.

Средние сроки дебюта артрита составили примерно 6 нед. от подтвержденного случая коронавирусной инфекции ($45,0 \pm 7,1$ дня). Эти цифры отличаются от средних сроков обращения к профильному специалисту — $62,2 \pm 12,8$ дня. Такие отсроченные клинические проявления, на наш взгляд, являются основной причиной неверной интерпретации суставного синдрома. Мы наблюдали множество пациентов, которые перед посещением ортопеда осматривались врачами смежных специальностей и проходили дорогостоящее обследование, не облегчающее диагностический поиск. В качестве стартовой терапии артрита 709 (77,4%) пациентов к моменту обращения в клинику использовали традиционные НПВП (назначенные врачом или применяемые по собственной инициативе) перорально, парентерально или местно. Данной группе пациентов было предложено ответить на вопрос об эффективности применения НПВП для купирования болевого синдрома. Из 709 опрошенных пациентов 560 (79%) не отмечали улучшения в пораженных суставах во время приема НПВП. 16% пациентов (112 человек) испытывали кратковременное улучшение, и после прекращения курса лечения НПВП болевой синдром возобновлялся. Лишь 35 (5%) опрошенных получили желаемый эффект — снижение выраженности боли по сравнению с исходным уровнем. Полученные результаты опроса свидетельствуют о резистентности артрита по отношению к НПВП. В связи с этим мы приняли решение о назначении ГКС пациентам с клиническими проявлениями постковидного артрита. В качестве базовой терапии артрита на фоне перенесенной коронавирусной инфекции был использован препарат бетаметазона (Дипроспан®) в дозировке 1 мл, который вводили внутримышечно с учетом коморбидного фона и возможных аллергических реакций, что в 93 случаях послужило противопоказанием к введению препарата. Дипроспан® обладает выраженным противовоспалительным эффектом. Препарат представляет собой комбинацию растворимого и малорастворимого эфиров бетаметазона для внутримышечного, внутрисуставного, околосуставного, внутрисиновиального

Рис. 1. Динамика болевого синдрома по ВАШ на фоне терапии системным глюкокортикостероидом ($n=726$)

Fig. 1. Dynamics of pain syndrome according to VAS during systemic glucocorticosteroid therapy ($n=726$)

и внутрисуставного введения, а также для введения непосредственно в очаг поражения. Бетаметазона натрия фосфат — легко растворимый компонент, который быстро абсорбируется из места введения, что обеспечивает быстрое начало терапевтического действия. Бетаметазона дипропионат — малорастворимый компонент, который медленно абсорбируется из депо, создающегося в месте инъекции, и обеспечивает продолжительное действие препарата.

Контрольные осмотры проводили на 7, 14 и 28-й день наблюдения. Эффективность лечения оценивали субъективно (выраженность боли по шкале ВАШ) и объективно (динамика воспалительных изменений).

Всего препарат был назначен 823 (89,8%) пациентам. Для 570 (69,3%) человек достаточно оказалось однократного введения препарата. У них отмечена положительная динамика в виде купирования болевого синдрома и воспалительных изменений в пораженных суставах. В 112 (13,6%) наблюдениях ввиду сохранения боли на исходном уровне потребовалось повторное введение препарата в той же дозировке через 2 нед. после первой инъекции. Третья инъекция (через 2 нед. после второй) проведена 44 пациентам с недостаточным эффектом от первых двух. 97 пациентов после первой инъекции повторно не явились в клинику, что нельзя расценивать как положительный результат после однократного применения бетаметазона дипропионата из-за отсутствия обратной связи.

В целом отмечено стойкое снижение боли во всей группе наблюдения, начиная с 7-го дня наблюдения (рис. 1).

Обсуждение

На основании представленных в нашей работе данных можно сделать ряд предварительных заключений:

- у некоторых пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией могут выявляться воспалительные изменения в суставах;
- постковидные поражения суставов чаще всего возникают у пациентов, которые перенесли коронавирусную инфекцию в легкой форме или бессимптомно (предположительно это эффект нереализованного «цитокинового шторма»); в связи с тем, что у пациентов с постковидным артритом в анамнезе были указания на травмы или за-

болевания пораженных суставов, в группу риска по развитию рассматриваемого осложнения коронавирусной инфекции могут быть включены лица, страдающие остеоартритом, ревматическими заболеваниями, а также травматологические больные;

- ♦ четкой зависимости возникновения постковидного артрита от возраста не выявлено, а преобладание пациентов женского пола соответствует повседневной статистике посещений ортопедического кабинета;

- ♦ постковидные артриты в подавляющем большинстве случаев инертны к традиционной терапии НПВП;

- ♦ предварительные данные свидетельствуют о том, что лабораторная и инструментальная диагностика не улучшает прогноз течения постковидного артрита и не влияет на эффективность лечения;

- ♦ эффективной стартовой терапией постковидных воспалительных поражений суставов является назначение бетаметазона в дозе 1 мл внутримышечно однократно;

- ♦ показанием к назначению бетаметазона внутримышечно в качестве основного стартового препарата для купирования артрита следует считать перенесенную пациентом коронавирусную инфекцию, поэтому врачам нужно тщательно собирать анамнез;

- ♦ лечение постковидного артрита целесообразно проводить в несколько этапов. После купирования основных симптомов воспаления необходим индивидуальный подбор курса лечения, включающий симптом-модифицирующие и симптоматические препараты, а также реабилитационные мероприятия. Подобные мероприятия проводились всем нашим пациентам (результаты их использования не являлись предметом настоящей публикации).

В целом имеющийся у нас опыт позволяет говорить о наличии постковидных осложнений со стороны суставов, несмотря на то, что этот вопрос не нашел пока должного отражения в литературе и отсутствует четкое понимание причинно-следственных связей. Триггерную коронавирусную инфекцию и воспалительные изменения в суставах можно рассматривать как «большие» диагностические критерии реактивного артрита [7, 8], ведь, согласно определению, реактивный артрит — это иммуновоспалительное поражение суставов на фоне инфекционного процесса [9], в основе которого лежит развитие гипериммунного ответа на агент, находящийся интра- или экстраартикулярно [10]. Необходимо изучение корреляции между возникновением постковидного артрита и тяжестью коронавирусной инфекции, так как в наших наблюдениях пациенты переносили ее часто бессимптомно или в легкой форме. Возможно, это связано с тем, что пациенты с более тяжелым течением коронавирусной инфекции в комплексном лечении уже получали ГКС.

Заключение

Последствия COVID-19 остаются малоизученным явлением, однако костно-суставные поражения поддаются лечению с использованием ГКС в соответствии с общими принципами лечения ревматических заболеваний. Предстоит уточнить патогенетические основы развития постковидного артрита, механизм развития резистентности к терапии НПВП и разработать алгоритмы диагностики, лечения и профилактики данного осложнения. Требуется особый подход к выявлению данного осложнения с привлечением терапевтов, ревматологов, инфекционистов и ортопедов.

Благодарность

Редакция благодарит ООО «МСД Фармасьютикалс» за оказанную помощь в технической редакции настоящей публикации.

Acknowledgment

Editorial Board is grateful to MSD Pharmaceuticals LLC for the assistance in technical edition of this publication.

Литература

1. Чыныбаева Б. Постковидный синдром — это очень опасно. (Электронный ресурс.) URL: <https://rus.azattyk.org/a/30803257.html> (дата обращения: 20.09.2020).
2. Сычев Д.А., Мирзаев К.Б. Информационная поддержка принятия клинических решений по медикаментозной терапии пациентов с COVID-19: опыт центра «ФармаCOVID». Качественная клиническая практика. 2020;S4:3.
3. Макарова Е.В., Тюрикова Л.В., Любавина Н.А. Применение системных кортикостероидов при новой коронавирусной инфекции (с позиции международных и российских рекомендаций). Медицинский альманах. 2021;1(66):74–82.
4. Насонов Е.Л. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19): размышления ревматолога. Научно-практическая ревматология. 2020;58(2):123–132. DOI: 10.14412/1995-4484-2020-123-132.
5. Лила А.М., Мазуров В.И., Гапонова Т.В. Реактивные артриты: учебное пособие. СПб.: Издательство СПбМАПО; 2008.
6. Пашенков М.В., Хайтов М.Р. Иммунный ответ против эпидемических коронавирусов. Иммунология. 2020;41(1):5–18. DOI: 10.33029/0206-4952-2020-41-1-5-18.
7. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии реактивных артритов. Научно-практическая ревматология. 2004;3:3–10.
8. Сафаргалиева Л.Х., Шаймуратов Р.И., Ягфарова Р.Р., Шарипова Р.Р. Проблемы диагностики реактивного артрита. Вестник современной клинической медицины. 2018;11(4):129–135. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).129-135.
9. Кундер Е.В. Реактивный артрит. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2015;6(18):46–63.
10. Бельгов А.Ю. Реактивные артриты: диагностика и лечение. Лечебное дело. 2009;2:49–53.

References

1. Chynybayeva B. Postcovid-syndrome — it is very dangerous (Electronic resource.) URL: <https://rus.azattyk.org/a/30803257.html> (access date: 09.20.2020) (in Russ.).
2. Sychev D.A., Mirzoev K.B. Information support for clinical decision-making on drug therapy in patients with COVID-19: experience of the center "Pharmacovid". High-quality clinical practice. 2020;S4:3 (in Russ.).
3. Makarova E.V., Tyurikova L.V., Lyubavina N.A. The use of systemic corticosteroids in new coronavirus infection (from the perspective of international and Russian recommendations). Medical almanac. 2021;1(66):74–82 (in Russ.).
4. Nasonov E.L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): reflections of a rheumatologist. Rheumatology Science and Practice. 2020;58(2):123–132 (in Russ.). DOI: 10.14412/1995-4484-2020-123-132.
5. Lila A.M., Mazurov V.I., Gaponova T.V. Reactive arthritis: Textbook. St. Petersburg: SPbMAPO publishing house; 2008 (in Russ.).
6. Paschenkov M.V., Khaitov M.R. Immune response against epidemic coronaviruses. Immunology. 2020;41(1):5–18 (in Russ.). DOI: 10.33029/0206-4952-2020-41-1-5-18.
7. Agababova E.R., Bunchuk N.V., Shubin S.V. et al. Criteria for reactive arthritis. Rheumatology Science and Practice. 2004;3:3–10 (in Russ.).
8. Safargalieva L.H., Shaimuratov R.I., Yagfarova R.R., Sharipova R.R. Problems of diagnostics of reactive arthritis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018;11(4):129–135 (in Russ.). DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).129-135.
9. Kunder E.V. Reactive arthritis. International reviews: clinical practice and health. 2015;6(18):46–63 (in Russ.).
10. Belgov A.Yu. reactive arthritis: diagnostics and treatment. Lechebnoe delo. 2009;2:49–53 (in Russ.).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ершов Всеволод Евгеньевич — ассистент кафедры травматологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Россия, г. Тверь, ул. Советская д. 4; врач травматолог-ортопед ортопедического отделения ГБУЗ «ГКБ №1 им. В.В. Успенского»; 170006, Россия, г. Тверь, ул. С. Перовской, д. 47; ORCID iD 0000-0003-3431-4254.

Захаров Валерий Петрович — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Россия, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

Кривова Алла Владимировна — д.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Россия, г. Тверь, ул. Советская д. 4.

Быстров Сергей Викторович — к.м.н., ассистент кафедры хирургии, анестезиологии и реанимации ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Россия, г. Тверь, ул. Советская д. 4; заведующий отделением ортопедии ГБУЗ «ГКБ №1 им. В.В. Успенского»; 170006, Россия, г. Тверь, ул. С. Перовской, д. 47.

Контактная информация: Ершов Всеволод Евгеньевич, e-mail: vsedoc@yandex.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 04.06.2021.

Поступила после рецензирования 30.06.2021.

Принята в печать 23.07.2021.

ABOUT THE AUTHORS:

Vsevolod Ye. Yershov — Assistant Professor of the Department of Traumatology, Tver State Medical University; 4, Sovetskaya str., Tver, 170100, Russian Federation; traumatologist-orthopedist of the Department of Orthopedics, City Clinical Hospital No. 1 named after V.V. Uspensky; 47, S. Perovskaya str., Tver, 170006, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-3431-4254.

Valery P. Zakharov — C. Sc. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Traumatology and Orthopedics, Tver State Medical University; 4, Sovetskaya str., Tver, 170100, Russian Federation.

Alla V. Krivova — Dr. Sc. (Med.), Associate Professor of the Department of Traumatology and Orthopedics, Tver State Medical University; 4, Sovetskaya str., Tver, 170100, Russian Federation.

Sergey V. Bystrov — C. Sc. (Med.), Assistant Professor of the Department of Surgery, Anesthesiology and Resuscitation, Tver State Medical University; 4, Sovetskaya str., Tver, 170100, Russian Federation; Head of the Department of Orthopedics, City Clinical Hospital No. 1 named after V.V. Uspensky; 47, S. Perovskaya str., Tver, 170006, Russian Federation.

Contact information: Vsevolod Ye. Yershov, e-mail: vsedoc@yandex.ru.

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 04.06.2021.

Revised 30.06.2021.

Accepted 23.07.2021.

Аркоксия®

Двойное действие против боли*

Анальгетический
эффект¹

Противо-
воспалительный
эффект¹

- Предлагает широкие терапевтические возможности: дозировки 30, 60, 90, 120 мг¹
- Может быть рекомендована при хронической боли в нижней части спины** и при боли в спине, вызванной ОА суставов позвоночника^{1, ***}
- Сильнее других НПВП**** снижала боль при ОА по WOMAC²
- Двойной механизм действия: способствует снижению периферической и центральной сенситизации^{3, #}

Ключевая информация по безопасности из инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения АРКОКСИА®

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Лечение хронической боли в нижней части спины. Симптоматическая терапия остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, боли и воспаления, связанных с острым подагрическим артритом. Краткосрочная терапия умеренной острой боли после стоматологических операций. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, активное желудочно-кишечное кровотечение. Полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты или других нестероидных противовоспалительных препаратов (в том числе в анамнезе). Беременность, период грудного вскармливания. Тяжелые нарушения функции печени (сывороточный альбумин <25 г/л или ≥10 баллов по шкале Чайлд-Пью). Тяжелая почечная недостаточность (КК менее 30 мл/мин). Детский возраст до 16 лет. Воспалительные заболевания кишечника. Хроническая сердечная недостаточность (II–IV функциональный класс по NYHA). Неконтролируемая артериальная гипертензия, при которой показатели АД стойко превышают 140/90 мм рт. ст. Подтвержденная ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и/или цереброваскулярные заболевания. Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Подтвержденная гиперкалиемия. Прогрессирующие заболевания почек. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм, головная боль, головокружение, слабость, сердцебиение, повышение АД, эсимиозы, отеки, задержка жидкости, гриппоподобный синдром, повышение "печеночных" трансаминаз.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению. За дополнительной информацией обращайтесь: ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 119021 Россия, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе д. 11 стр. 1. Тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94. www.msd.ru. ENC-ETO-0044-RU 06.2020. ISI -1951.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Аркоксия® ЛСР-009511/08 31.12.2019;

2. Jung S.Y. et al., Modern Rheumatology, 2018, vol.28, issue 6;

3. Arendt-Nielsen L. et al., Pain, 2016 Aug;157(8):1634-44.

*утверждение справедливо для РА, АС, острого подагрического артрита; **в дозе 60 мг до 12 недель; ***в дозе 30 и 60 мг;

****В исследовании проводилось сравнение с препаратами целекоксиб, напроксен, диклофенак, мелоксикам, ацеклофенак; #в дозе 60 мг.

ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе 11к1
Бизнес-центр «Демидов»
Тел.: +7 495 916 7100 Fax: +7 495 916 7094 www.msd.ru

RU-CXB-00394/06-2021

Реклама