

Фастум® гель

Кетопрофен 2,5 % гель



Лікування БОЛЮ в м'язах та суглобах¹

30, 50, 100 г гелю у тубі

1. Показання: посттравматичний біль у м'язах та суглобах, запалення сухожил'я.

За повною інформацією щодо можливих побічних ефектів звертатися до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Фастум® гель, затвердженої наказом МОЗ України від 22.12.2023 р. № 2182, РП № UA/10841/01/01.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників.

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу **ФАСТУМ® ГЕЛЬ (FASTUM® GEL)**

Склад. 1 г гелю містить кетопрофену 0,025 г. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні засоби для місцевого застосування. Код АТХ М 02А А 10. **Показання.** Посттравматичний біль у м'язах та суглобах, запалення сухожил'я. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, наявність в анамнезі гіперчутливості, наявність в анамнезі незіреації фоточутливості відомої реакції гіперчутливості до впливу сонячних променів, навіть у вигляді розсіяного світла чи УФ-опромінення в солярії під час лікування і протягом двох тижнів після його припинення, III триместр вагітності та інші.

Особливості застосування. Під час лікування та протягом 2 тижнів після його завершення рекомендується носити одяг, який закриває ділянку нанесення, для уникнення фоточутливості. 

Спосіб застосування та дози. Гель слід наносити тонким шаром (3-5 см) на уражені ділянки від 1 до 3 разів на добу, а для кращого проникнення застосувати легкі масажні рухи. **Побічні ефекти.** Іноді місцеві небажані реакції: еритема, екзема, свербіж, відчуття печіння; рідко: дерматологічні реакції (фотосенсибілізація, бульозні висипи) і інші. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Виробник. А. Менаріні Фармацевтична компанія Сервіс С.р.л. **Адреса.** Віа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія.

Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу Фастум® гель від 22.12.2023 р. № 2182, а саме з повним переліком протипоказань, побічних ефектів і особливостей застосування.

Представництво "Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ". Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел: +38 (044) 494 33 88.

UA-Fas-03-2024-V1-Press. Останній перегляд 23.02.2024.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Я. Сьонг¹, Я. Лю², Ц. Чжоу³, С. Шанг⁴ та співавт.¹ Відділ ортопедії та спортивної медицини, Ортопедичний науково-дослідний інститут, Західнокитайська лікарня, Сичуанський університет, м. Ченду, КНР² Відділ реабілітаційної медицини, Ключова лабораторія реабілітації провінції Сичуань, Західнокитайська лікарня/Західнокитайська лікарня Тяньфу, Університет Сичуань, м. Ченду, КНР³ Відділення спортивної медицини та реабілітації, Пекінська лікарня Чаоян, Столичний медичний університет, м. Пекін, КНР⁴ Інститут спортивної медицини, Лікарня Хуашань при Університеті Фудань, м. Шанхай, КНР

Клінічна настанова із застосування місцевих НПЗП при лікуванні спортивних травм

Місцеві нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) широко використовуються для лікування спортивних травм, але доказові медичні рекомендації щодо їх стандартизованого та раціонального застосування відсутні. Робоча група з розробки цієї настанови визначила клінічно важливі питання, запросила думку пацієнтів і медичного персоналу та обговорила їх із групою експертів. На основі даних літератури була сформульована «Клінічна настанова із застосування місцевих НПЗП при лікуванні спортивних травм» із дотриманням методів і принципів міжнародних рекомендацій. У кінцевому підсумку було відібрано сім клінічних проблем і сформовано 22 рекомендації, що стосуються статусу, показань, протипоказань, ефективності, комбінованого застосування, використання в особливих групах пацієнтів, побічних реакцій при використанні місцевих НПЗП у лікуванні спортивних травм. Метою цієї настанови є надання доказових рекомендацій лікарям, які працюють в галузі травматології та ортопедії, спортивної медицини, реабілітології, а також іншим спеціалістам із лікування спортивних травм для сприяння більш стандартизованому та раціональному застосуванню місцевих НПЗП.

Ключові слова: клінічні настанови, спортивна травма, остеоартрит, місцеві НПЗП.

Місцеві НПЗП широко використовуються для лікування захворювань, пов'язаних зі спортивними травмами, для зменшення запалення, полегшення болю та покращення функцій [2, 3]. Однак відносна частка клінічного застосування місцевих НПЗП є низькою, стандартизація лікування є недостатньою, а розуміння ролі цих препаратів серед медичного персоналу потребує поліпшення, особливо з точки зору показань, вибору лікарської форми, комбінації з іншими схемами лікування та використання в особливих групах пацієнтів.

З огляду на розвиток різних дисциплін, вдосконалення застосування місцевих НПЗП та оновлення доказових медичних настанов, заснованих на експертному консенсусі, у 2016 році Китайське товариство спортивної медицини, Китайська ортопедична асоціація, Китайське товариство фізичної медицини та реабілітації, Китайська асоціація медичної освіти та Пекінська науково-дослідна асоціація з контролю хронічних захворювань та медичної освіти спільно ініціювали розробку «Клінічної настанови із застосування місцевих НПЗП при лікуванні спортивних травм».

Визначення, діагностика, класифікація та епідеміологія спортивних травм

Спортивні травми включають ушкодження тканинних структур (кісток, суглобів, м'язів, сухожилів, зв'язок, фасцій, синовіальної оболонки та прилеглих кровоносних судин, нервів) внаслідок травми під час занять спортом або перенапруження внаслідок повторних механічних навантажень, що призводить до виникнення відповідних клінічних симптомів та ознак [5]. Повідомляється, що частота спортивних травм у Китаї становить приблизно 10-20%, що зіставно з такими показниками у Європі та США [12].

Епідеміологічні дослідження спортивного травматизму зосереджені на конкретних видах спорту, конкретних групах населення та конкретних типах травм [13-15]. У 2010 році одне з досліджень показало, що частота спортивних травм в аматорському спорті в Китаї сягала 73,48% [16]. У 2010 році перехресне дослідження 1239 спортсменів показало, що частота спортивних травм у чоловіків становила 34,9%, причому травми колінного суглоба зустрічалися у 35% досліджуваних, травми плеча — у 24%, травми спини — у 28%. Частота спортивних травм у жінок становила 45,0% [17]. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2020 рік, у світі налічується понад 300 млн пацієнтів з остеоартритом, а загальний рівень поширеності цього захворювання серед осіб віком >40 років у Китаї сягає 46,3% [18-20].

Характеристика місцевих НПЗП

Топічні НПЗП — це препарати для місцевого застосування, які широко використовуються в клінічній практиці; вони діють безпосередньо на зону ушкодженої ділянки, проникаючи через шкіру до уражених тканин, і чинять протизапальну, знеболювальну, протинабрякову дію та поліпшують функціональний стан [3, 17, 21, 22]. Топічні НПЗП мають такі переваги, як швидкий початок дії, високі місцеві концентрації, низький системний вплив та незначна кількість системних побічних реакцій. Таким чином, місцеві НПЗП більш прийнятні для

лікування спортивних травм, ніж системні пероральні препарати [23-26]. До місцевих НПЗП належать диклофенак діетиламін, локсопрофен натрію, ібупрофен, кетопрофен, флурбіпрофен, індометацин, диклофенак натрію, етофенамат, дифенілоцтова кислота, піроксикам тощо, представлені у формі пластиру/крему, гелю, емульсії/крему, розчину та спрею [27].

До складу місцевих НПЗП зазвичай входять три компоненти, які визначають їхні клінічні властивості, а саме: діюча речовина, допоміжна речовина та підсилювач трансдермальної абсорбції [33]. Останні додають до складу топічних НПЗП для покращення проникності через шкіру [34]. Порівняно з мазями та кремами гелі містять допоміжні речовини (наприклад, етанол), які сприяють більш кращому проникненню через шкіру, збільшуючи швидкість доставки ліків до цільової тканини (органу). Гелі також містять більше водорозчинних інгредієнтів, що дозволяє більшій кількості препарату розчинятися в гелевій основі та полегшує його дифузіїю через шкіру [36].

Повідомляється, що місцеві НПЗП є безпечнішими, ніж пероральні препарати. Порівняно з останніми системна абсорбція місцевих НПЗП та частота виникнення небажаних явищ є нижчою [38]. Побічні ефекти місцевих НПЗП обмежуються, головним чином, місцевим подразненням шкіри, яке є відносно легким і швидко зникає після відміни лікарського засобу [39, 40]. Щоб уникнути серйозних побічних ефектів, не слід призначати місцеві НПЗП особам з алергією на ці препарати та пацієнтам з аспірин-індукованою астмою [43].

Клінічні рекомендації

Для створення цієї настанови було відібрано сім клінічних проблем, що стосуються головним чином загальних положень щодо застосування, показань, протипоказань, ефективності, комбінованого застосування, застосування в особливих групах пацієнтів, тактики при виникненні побічної реакції та інших ситуацій, пов'язаних із застосуванням місцевих НПЗП для лікування спортивних травм, і в кінцевому підсумку було розроблено 22 рекомендації.

Клінічне питання 1. Який статус використання місцевих НПЗП для лікування спортивних травм?

Рекомендація 1. Місцеві НПЗП рекомендовані як препарати першої лінії для лікування спортивних травм з огляду на їхню високу ефективність та безпечність (якість доказів — 1, сила рекомендацій — В).

Коротке резюме доказів. У 2015 році були представлені результати Кокранівського систематичного огляду щодо застосування місцевих НПЗП для лікування гострого скелетно-м'язового болю (загалом 61 рандомізоване контрольоване дослідження [РКД]), включаючи такі препарати, як диклофенак натрію, ібупрофен, кетопрофен, піроксикам та індометацин, а також такі форми випуску, як гель, емульсія, спрей і пластр. Результати огляду показали, що місцеві НПЗП забезпечують більш виражене полегшення болю (зниження болю на 50 балів) при гострому скелетно-м'язовому болю порівняно з плацебо [49]. У 2016 році був опублікований Кокранівський огляд місцевих НПЗП для лікування хронічного

скелетно-м'язового болю. На основі систематичної оцінки 2012 року було включено п'ять РКД (загалом 32 РКД), коефіцієнт клінічного успіху за показником кількості пацієнтів, яких потрібно пролікувати, щоб запобігти хоча б ще одному поганому наслідку (NNT), для місцевого застосування диклофенаку становив 9,8, гелю кетопрофену — 6,9 [50].

Клінічне питання 2. Якими є показання та ефективність використання місцевих НПЗП для лікування спортивних травм?

Рекомендація 2.1. Місцеві НПЗП рекомендовані для лікування болю при остеоартриті, особливо на ранніх і проміжних стадіях остеоартриту колінного та променево-зап'ясткового суглобів (1А).

Оцінка доказів. Застосування місцевих НПЗП рекомендоване для лікування болю при остеоартриті на основі високоякісних систематичних оглядів та РКД із великими вибірками. Результати трьох систематичних оглядів (91 РКД) і двох РКД були враховані при підготовці відповіді на це питання. Узгодженість цих досліджень у літературі є сильною, надійність доказів інтеграції систематичної оцінки — високою, тому рівень доказовості — А. Анкетне опитування з клінічно важливих питань показало, що пацієнти та медичний персонал віддають перевагу використанню місцевих НПЗП і що переваги їх клінічного застосування явно переважають недоліки, тому їх призначення є настійно рекомендованим (1).

Рекомендація 2.2. Місцеві НПЗП рекомендовані для полегшення болю в шії або при перенапруженні спини (1В).

Оцінка доказів. Для відповіді на це клінічне питання було проаналізовано результати одного систематичного огляду (23 РКД) і двох РКД. Існує багато типів гострого та хронічного болю, спричиненого травмою м'язів, тканин шії та спини, так само як і факторів ризику неточності досліджень та упередженості публікацій у рейтингах якості доказів, тому рівень доказовості становить В. Результати анкетного опитування показали, що пацієнти та медичний персонал віддають значну перевагу використанню місцевих НПЗП і що переваги їх клінічного застосування переважають над недоліками, тому їх призначення є настійно рекомендованим (1).

Рекомендація 2.3. Місцеві НПЗП рекомендовані для полегшення болю при гострому розтягненні зв'язок гомілкового суглоба та зменшення набряку (1В).

Оцінка доказів. Для відповіді на це клінічне питання було проаналізовано результати одного систематичного огляду (4 РКД) і двох РКД. У включених дослідженнях існували відмінності в тяжкості гострого розтягнення зв'язок гомілковостопного суглоба, типах місцевих препаратів, були обмеження щодо показників спостереження, досліджень і факторів ризику упередженості публікацій з точки зору якості доказів. Рівень доказовості В.

Результати анкетування із клінічно важливих питань показали, що пацієнти та медичний персонал віддають перевагу застосуванню місцевих НПЗП, а очевидні переваги клінічного застосування переважають над недоліками, тому їх призначення є настійно рекомендованим (1).

Рекомендація 2.4. Місцеві НПЗП рекомендовані для лікування «замороженого плеча» і покращення функції плечового суглоба (1С).

Оцінка доказів. Для відповіді на це клінічне питання було проаналізовано результати одного РКД. Це було дослідження з невеликою вибіркою, без диференціації щодо стадії, глибини патологічного процесу та супутніх факторів, тому рівень доказовості становить С. Анкетне опитування показало, що пацієнти та медичний персонал віддають перевагу використанню місцевих НПЗП і що переваги їх клінічного застосування переважають над недоліками, тому таке лікування «замороженого плеча» є настійно рекомендованим (1).

Рекомендація 2.5. Місцеві НПЗП рекомендовані для лікування болю, пов'язаного з латеральним епіконділітом (1С).

Оцінка доказів. Один систематичний огляд (3 РКД) був включений для розгляду цього клінічного питання. В оцінюваних дослідженнях не стратифікували тяжкість латерального епіконділіту, типи використовуваних місцевих препаратів були різними, а також існували певні обмеження досліджень і фактори ризику упередженості публікацій, тому рівень доказовості — С. Результати анкетування показали, що пацієнти та медичний персонал віддають перевагу застосуванню місцевих НПЗП і що переваги клінічного застосування переважають над недоліками, тому воно є настійно рекомендованим (1).

Рекомендація 2.6. Рекомендоване місцеве застосування НПЗП для знеболення при теносиновіті (2С).

Оцінка доказів. Одне РКД було включено для розгляду цього клінічного питання. Оскільки існує багато типів теносиновіту, наявні наукові докази є недостатніми, а також мають місце обмеження та ризики упередженості, то рівень доказовості — С. Результати анкетного опитування показали, що пацієнти та медичний персонал віддають певні переваги такому лікуванню і що таке клінічне застосування може мати більше переваг, ніж недоліків, тому місцеві НПЗП рекомендовані для лікування теносиновіту, сила рекомендацій — слабка (2).

Рекомендація 2.7. Місцеві НПЗП рекомендовані для полегшення болю при тендиніті/тендинопатії (2С).

Оцінка доказів. Було проаналізовано результати трьох РКД для вирішення цього питання. Оскільки існують багато видів тендиніту/тендинопатії, типів застосовуваних місцевих НПЗП, а також обмеження досліджень і ризики упередженості публікацій, то рівень доказовості — С. Результати анкетного опитування показали, що пацієнти та медичний персонал висловлюють певні переваги щодо використання місцевих НПЗП і їх клінічне застосування може мати більше переваг, ніж недоліків, тому місцеві НПЗП для лікування болю при тендиніті або тендинопатії рекомендовані, сила рекомендацій — слабка (2).

Рекомендація 2.8. Місцеві НПЗП рекомендовані для лікування синовіту (2D).

Оцінка доказів. Одне РКД і два обсерваційні дослідження були включені в аналіз для вирішення цього питання. Через обмеження самих досліджень та непрямі доказові фактори, рівень доказовості — D. Результати анкетування показали, що пацієнти та медичний персонал віддають певні переваги використанню такої опції і що клінічне застосування місцевих НПЗП при синовіті може мати більше переваг, ніж недоліків, тому їх призначення є рекомендованим, сила рекомендацій — слабка (2).

Клінічне питання 3. Які протипоказання існують для застосування місцевих НПЗП при лікуванні спортивних травм?

Рекомендація 3.1. Місцеві НПЗП заборонені при ушкодженнях шкіри, висипаннях та наявності інфікованих ділянок (1В).

Рекомендація 3.2. Місцеві НПЗП заборонені для використання на поверхні очей або чутливих слизових оболонок (1В).

Рекомендація 3.3. Перед застосуванням місцевих НПЗП слід отримати детальну інформацію про алергологічний анамнез пацієнта; місцеві НПЗП заборонено призначати пацієнтам з алергією або астмою (1В).

Оцінка та резюме доказів. Питання протипоказань щодо використання місцевих НПЗП при лікуванні

спортивних травм знаходяться в центрі уваги як пацієнтів, так і медичного персоналу. Не існує прямих доказів протипоказань до застосування топічних НПЗП в літературі. Протипоказання до застосування топічних НПЗП чітко вказані в інструкціях-вкладишах до препаратів, тому за класифікацією доказів вони належать до категорії В. Місцеві НПЗП настійно рекомендовані при спортивних травмах (1).

Клінічне питання 4. Які варіанти комбінованої терапії із застосуванням місцевих НПЗП доступні при лікуванні спортивних травм?

Рекомендація 4.1. Місцеве застосування НПЗП у формі гелю в поєднанні з терапевтичним ультразвуком рекомендоване для підвищення ефективності лікування (1В).

Оцінка доказів. Для вирішення цього питання було проаналізовано два контрольованих клінічних дослідження. Згідно з рекомендацією 2016 року, наявний клінічний ефект є значним, тому рівень доказовості був переглянутий до рівня В. Результати досліджень показують, що медичний персонал віддає перевагу місцевому застосуванню НПЗП у поєднанні з терапевтичним ультразвуком і що переваги такого використання переважають недоліки, тому ця опція є настійно рекомендованою (1).

Рекомендація 4.2. Місцеві НПЗП у поєднанні з фізичними факторами (наприклад, ультракороткохвильова терапія, ударно-хвильова терапія тощо) рекомендовані при спортивних травмах (2D).

Оцінка та резюме доказів. Для розгляду цього питання були проаналізовані результати китайського обсерваційного дослідження місцевих НПЗП у поєднанні з фізичними факторами при лікуванні спортивних травм. У ньому місцеві НПЗП поєднували з ударно-хвильовою терапією для лікування хронічного м'язового болю, при цьому якість доказів була дуже низькою. Після обговорення з експертною групою якість доказів була кваліфікована як D. Результати показали, що пацієнти та медичний персонал віддавали певні переваги такому використанню і клінічне застосування місцевих НПЗП у поєднанні з фізичними факторами може мати більше переваг, ніж недоліків; сила рекомендацій — слабка (2).

Рекомендація 4.3. Місцеві НПЗП рекомендовані при спортивних травмах у поєднанні з іншими препаратами (2С).

Оцінка доказів. Для відповіді на це питання було проаналізовано результати одного систематичного огляду (23 РКД) та одного РКД. У клінічній практиці при станах, пов'язаних зі спортивними травмами, окрім місцевих НПЗП можуть призначатися інші препарати відповідно до конкретних умов захворювання. Місцеві НПЗП комбінують переважно з пероральними засобами (включаючи пероральні НПЗП, міорелаксанти тощо), гепарином та гіалуронатом натрію [79–81]. Існують неточності дослідження та фактори упередженості публікацій при вивченні комбінованого призначення препаратів, тому рівень доказовості — С. Результати анкетування показали, що пацієнти та медичний персонал висловлюють певні переваги щодо такого використання і клінічне застосування комбінації місцевих НПЗП з іншими препаратами може мати більше переваг, ніж недоліків, сила рекомендацій — слабка [2].

Клінічне питання 5. Чи потребує призначення місцевих НПЗП при спортивних травмах клініко-фармацевтичного нагляду?

Рекомендація 5. Місцеві НПЗП є високоефективними та безпечними у лікуванні спортивних травм, але рекомендований клініко-фармацевтичний нагляд та їх призначення за прямими показаннями (1С).

Оцінка та резюме доказів. У літературі відсутні дослідження, що мають відповідні доказові дані. Раціональне застосування препарату потребує клініко-фармацевтичного нагляду та контролю, клінічний ефект є значним, і після обговорення з експертною групою якість доказів класифікується як С. Дослідження клінічно важливих проблем показують, що пацієнти та медичний персонал вважають клініко-фармацевтичний нагляд необхідним.

Клініко-фармацевтичний нагляд і рекомендації необхідні у літніх пацієнтів із множинними травмами опорно-рухового апарату або іншими системними захворюваннями, які приймають супутні лікарські засоби.

Клініко-фармацевтичний нагляд і рекомендації корисні для оптимізації схем лікування та зменшення побічних реакцій і медичних витрат. Заходи втручання під

клініко-фармацевтичним наглядом мають більше переваг, ніж недоліків, тому він настійно рекомендований.

Клінічне питання 6. Чи можна використовувати місцеві НПЗП в особливих групах пацієнтів зі спортивними травмами?

Рекомендація 6.1. До застосування місцевих НПЗП у дітей і людей похилого віку слід підходити з обережністю та проводити моніторинг небажаних явищ (2С).

Рекомендація 6.2. Місцеві НПЗП не рекомендовано застосовувати під час вагітності та лактації (2D).

Рекомендація 6.3. До застосування місцевих НПЗП у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту слід підходити з обережністю та проводити моніторинг небажаних явищ (2D).

Рекомендація 6.4. До застосування місцевих НПЗП у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями слід підходити з обережністю та проводити моніторинг небажаних явищ (2D).

Рекомендація 6.5. Слід з обережністю призначати місцеві НПЗП пацієнтам із порушеннями функції печінки та нирок, а також здійснювати моніторинг небажаних явищ (2D).

Оцінка доказів. Існує мало прямих наукових доказів щодо використання місцевих НПЗП для лікування спортивних травм в особливих групах пацієнтів, також наявні обмеження досліджень і ризики упередженості, а рівень доказовості є низьким. Застосування місцевих НПЗП при спортивних травмах в особливих групах пацієнтів знаходиться в зоні підвищеної уваги. Місцеве призначення НПЗП має переваги над іншими шляхами введення ліків, сила рекомендацій щодо їх призначення в особливих групах пацієнтів зі спортивними травмами — слабка (2).

Клінічне питання 7. Які існують стратегії управління побічними ефектами, пов'язаними з використанням місцевих НПЗП для лікування спортивних травм?

Рекомендація 7. У разі виникнення побічних реакцій при застосуванні місцевих НПЗП слід негайно відмінити препарат. Необхідно застосувати заходи щодо виведення препарату з організму та лікування побічних реакцій (1В).

Оцінка доказів. При дослідженні важливих клінічних проблем, що супроводжують призначення місцевих НПЗП, лікування побічних явищ завжди викликало занепокоєння в пацієнтів та медичного персоналу. Дане дослідження показало, що побічні реакції є порівнянними із плацебо й незначними і що у разі виникнення побічних реакцій препарат слід негайно відмінити. Рівень доказовості В. Дослідники, пацієнти та медичний персонал приділяють значну увагу побічним реакціям, і клінічні заходи втручання мають більше переваг, ніж недоліків, тому вони настійно рекомендовані (1).

Обговорення

Ця настанова містить доказові рекомендації щодо лікування спортивних травм із застосуванням місцевих НПЗП із метою сприяння раціональному використанню препаратів цієї групи. Топічні НПЗП характеризуються швидким початком дії, високими місцевими концентраціями, низьким системним впливом і незначною кількістю системних побічних реакцій. Порівняно з пероральними місцеві НПЗП є більш прийнятними для лікування спортивних травм. Призначаючи лікування, слід враховувати тип спортивної травми, ступінь ушкодження, групи високого ризику (особливі групи та пацієнти із супутніми захворюваннями) та інші фактори, а також розробити раціональний план застосування лікарського засобу. У цій настанові рекомендовано застосовувати НПЗП за призначенням під наглядом клініцистів і фармацевтів, приділяючи особливу увагу вибору типу та лікарської форми препаратів, лікарським взаємодіям, безпечності місцевих НПЗП, а також враховуючи економічну складову. Стратегії лікування мають варіюватися залежно від індивідуальних особливостей пацієнта та клінічної практики.

Реферативний огляд підготувала **Марія Ареф'єва**

За матеріалами: Journal of Evidence-Based Medicine, 2025; 18: e12661 <https://doi.org/10.1111/jebm.12661>.