

Результаты открытого наблюдательного неинтервенционного исследования эффективности и безопасности эторикоксиба (Долококс) при остеоартрите различной локализации (коленный сустав, тазобедренный сустав) «Эторикоксиб (Долококс) Наблюдательное Исследование (ЭДОНИС)»

С.П. Якупова¹, Е.В. Зонова², Е.Ю. Акулинушкина³, А.С. Кабаргина⁴, Е.Д. Шалагина²

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Минздрава России 420012, Российская Федерация, Казань, ул. Бултерова, 49

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Минздрава России 630091, Российская Федерация, Новосибирск, Красный просп., 52

³БУЗ УР «Республиканский клинично-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

426009, Российская Федерация, Ижевск, ул. Ленина, 87б

⁴ООО «Медицинский центр «Здоровая семья» 630099, Российская Федерация, Новосибирск, ул. Коммунистическая, 77

Остеоартрит (ОА) – самое распространенное заболевание суставов по всему миру. Первой линией в фармакотерапии ОА являются нестероидные противовоспалительные препараты. Цель исследования – оценить клиническую эффективность и безопасность короткого (не менее 10 дней) курса терапии эторикоксибом (ЭТК; Долококс®) в лечении остеоартрита.

Материал и методы. Включено 60 пациентов, 33 (55%) из которых имели коморбидные заболевания. Оценивали боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), использовались также опросник WOMAC (Western Ontario and McMaster University), показатель удовлетворенности пациента своим состоянием (PASS, Patient Acceptable Symptom State). Ежедневно фиксировали динамику симптомов и нежелательные явления (НЯ). ЭТК назначался в дозе 60 мг 1 раз в сутки утром в течение 10 дней. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. На фоне терапии ЭТК на 10-й день отмечалось снижение выраженности боли при движении в среднем с 55,3 до 19,4 мм ($p < 0,05$), в покое – с 50,3 до 18,5 мм ($p < 0,05$), ночью – с 46,6 до 17,6 мм ($p < 0,05$) по ВАШ. На 10-й день лечения уменьшение боли на 40% и более отмечалось при движении у 92%, в покое – у 87%, ночью – у 90% пациентов. По WOMAC к 10-му дню уменьшение боли более чем на 40% отмечалось у 45%, скованности – у 53%, функциональной недостаточности – у 45% пациентов, положительный PASS был зафиксирован у 97% пациентов. 75% больных оценили переносимость как отличную, 23% – как хорошую. Врачи отметили отличную переносимость у 42 (70%) пациентов, хорошую – у 17 (28%). НЯ зарегистрированы у 7% пациентов, все – легкой степени.

Выводы. Эторикоксиб обладает высокой эффективностью при лечении ОА коленных и тазобедренных суставов, практически не вызывает НЯ при коротком курсе терапии в течение 10 дней, что позволяет применять его в реальной клинической практике, в том числе у пациентов с коморбидной патологией (артериальная гипертензия, язвенная болезнь, гастрит) и сопутствующей терапией (антигипертензивные препараты, ингибиторы протонной помпы, статины).

Ключевые слова: остеоартрит, боль, НПВП, эторикоксиб (Долококс®)

Для цитирования: Якупова СП, Зонова ЕВ, Акулинушкина ЕЮ, Кабаргина АС, Шалагина ЕД. Результаты открытого наблюдательного неинтервенционного исследования эффективности и безопасности эторикоксиба (Долококс) при остеоартрите различной локализации (коленный сустав, тазобедренный сустав) «Эторикоксиб (Долококс) Наблюдательное Исследование (ЭДОНИС)». *Научно-практическая ревматология.* 2025;63(3):305–311.

RESULTS OF AN OPEN, OBSERVATIONAL, NON-INTERVENTIONAL STUDY OF THE EFFICACY AND SAFETY OF ETORICOXIB (DOLOCOX) IN OSTEOARTHRITIS OF VARIOUS LOCALIZATIONS (KNEE JOINT, HIP JOINT) “ETORICOXIB (DOLOCOX) OBSERVATIONAL STUDY (EDONIS)”

Svetlana P. Yakupova¹, Elena V. Zonova², Ekaterina Yu. Akulinushkina³, Alla S. Kabargina⁴, Ekaterina D. Shalagina²

Osteoarthritis (OA) is the most common joint disease, the first line of treatment for which are non-steroidal anti-inflammatory drugs. In terms of sufficient duration for pain relief and minimization of the risk of adverse events (AE), it seems relevant to evaluate the efficacy and safety of a short course of OA therapy with the drug etoricoxib (Dolocoх®).

The aim of the study was to evaluate the clinical efficacy (effect on the activity of the inflammatory process, intensity of pain) and safety of etoricoxib (Dolocoх®) in a short course of therapy (at least 10 days) in the treatment of osteoarthritis.

Material and methods. 60 patients were included, of which 55% (33) had comorbidities. Pain was assessed using the visual analogue scale (VAS), symptoms of knee OA – using the WOMAC (Western Ontario and McMaster University) scale, and patient satisfaction with their condition – using the PASS (Patient Acceptable Symptom State) index. The dynamics of symptoms, adverse events, and tolerability were recorded daily. Etoricoxib (Dolocoх®) was prescribed to patients by the physician at a dose of 60 mg once daily in the morning for 10 days. Differences were statistically significant at $p < 0.05$.

¹Kazan State Medical University 420012, Russian Federation, Kazan, Butlerova str., 49

²Novosibirsk State Medical University 630091, Russian Federation, Novosibirsk, Krasny avenue, 52

³Republican Clinical and Diagnostic Center of the Udmurt Republic

426009, Russian Federation, Izhevsk, Lenina str., 87B
 "Medical Center "Healthy family"
 630099, Russian Federation, Novosibirsk, Kommunisticheskaya str., 77

Контакты: Якупова Светлана Петровна,
 yakupovasp@mail.com
Contacts:
 Svetlana Yakupova,
 yakupovasp@mail.com

Поступила 29.04.2025
Принята 29.0.2025

Results. With etoricoxib (Dolocox®) on day 10 pain decreased at movement from 55,3 to 19,4 ($p<0.05$), at rest – from 50,3 to 18,5 ($p<0.05$), at night – from 46,6 to 17,6 ($p<0.05$). Reduce of pain of 40% and more was observed during movement in 92%, at rest – in 87%, at night – in 90% of patients on day 10. According to the WOMAC, on day 10, a decrease of more than 40% of all subscales was noted ("Pain" – 45%, "Stiffness" – 53%, "Function" – 45% of patients); positive PASS was recorded in 97% of patients. 75% of participants rated tolerability as excellent, 23% – as good. Physicians noted excellent tolerability in 70% (42) cases, good – in 28% (17). AEs were reported in 7% of patients, all of them are mild.

Conclusions. Etoricoxib (Dolocox®) is highly effective in the treatment of knee and hip OA in a short course of therapy, which allows its use in real clinical practice.

Key words: osteoarthritis, pain, NSAIDs, etoricoxib (Dolocox®)

For citation: Yakupova SP, Zonova EV, Akulinushkina EYu, Kabargina AS, Shalagina ED. Results of an open, observational, non-interventional study of the efficacy and safety of etoricoxib (Dolocox) in osteoarthritis of various localizations (knee joint, hip joint) Etoricoxib (Dolocox) Observational Study (EDONIS)". *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice*. 2025;63(3):305–311 (In Russ.).
doi: 10.47360/1995-4484-2025-305-311

Остеоартрит (ОА) – наиболее часто встречаемое заболевание суставов, являющееся распространенной причиной острой и хронической суставной боли, функциональных ограничений, снижения трудоспособности и качества жизни населения, социальных расходов по всему миру [1–4]. По данным эпидемиологических исследований, коленные и тазобедренные суставы являются самыми часто поражаемыми при ОА [5]. Прогнозируется, что ОА станет основной причиной инвалидизации пожилого населения к 2030 г. [6]. Среди факторов риска ОА отмечают старение, женский пол, ожирение, артериальную гипертензию, гипотрофию, высокоинтенсивные упражнения, травматизацию [7, 8]. При ОА отмечается нарушение метаболической активности хондроцитов хряща, что приводит к преобладанию катаболических процессов, при которых дегенерация хряща превышает скорость восстановления матрикса [9]. Хотя повреждение хряща является центральной особенностью ОА, заболевание сопровождается поражением всего сустава с прогрессирующей потерей и разрушением суставного хряща, субхондральным остеосклерозом, образованием остеофитов, воспалительными изменениями синовиальной оболочки, дегенерацией сухожильно-связочного аппарата и гипертрофией суставной капсулы [10]. В недавних исследованиях продемонстрирована роль эпигенетической регуляции, связанной с изменениями экспрессии генов-регуляторов катаболических и анаболических явлений в хондроцитах [11]. В связи с частым развитием у больных коморбидной патологии ОА является актуальной междисциплинарной проблемой и требует поиска эффективных, но в то же время безопасных терапевтических опций при его курации. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются основой фармакотерапии пациентов с ОА [12, 13]. Эторикокиб (ЭТК) представляет собой селективный ингибитор циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2), характеризующийся низким риском желудочно-кишечной токсичности по сравнению с неселективными НПВП [14]. Хотя основной

эффект ЭТК связан с выраженным подавлением воспаления и обезболиванием, в некоторых исследованиях *in vitro* было также выявлено положительное влияние препарата на суставной хрящ, заключающееся в подавлении продукции протеолитических ферментов хрящевого матрикса (матриксной металлопротеиназы 13 и ADAMTS-5 (a disintegrin and metalloproteinase with thrombospondin motifs 5)) [14–16]. Эффективность и безопасность ЭТК доказана метаанализом, включающим 192 исследования ($n=102\ 829$), демонстрирующим, что ЭТК в дозах от 30 до 90 мг сохранял значительную клиническую эффективность, сопоставимую с эффективностью диклофенака, и хорошую в целом переносимость. Полученные в ряде исследований результаты характеризуют эторикокиб в дозе 60 мг/сут. как наиболее эффективный НПВП, применяемый с целью контроля боли при ОА [17–19]. Но несмотря на то, что ЭТК зарекомендовал себя относительно безопасный препарат, вопросы оптимального применения НПВП, в первую очередь у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем, являются одними из самых главных. В связи с этим оценка эффективности и безопасности короткого 10-дневного курса терапии ОА препаратом ЭТК представляется актуальной.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность и безопасность короткого (не менее 10 дней) курса терапии эторикокибом (Долокок®) в лечении остеоартрита.

Материал и методы

Наблюдательное исследование проводилось на основе этических норм Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации; было одобрено Локальным этическим комитетом при ООО Научно-медицинский комплекс «Ваше здоровье».

Критерии включения: диагноз ОА (коленного или тазобедренного сустава), соответствующий критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, American College

of Rheumatology); возраст от 30 до 65 лет; умеренная или выраженная боль (≥ 40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)) продолжительностью не менее 7 дней до включения в исследование; необходимость назначения НПВП (ЭТК) по мнению лечащего врача; подписание пациентом письменного информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии невключения: наличие патологии, требующей, по мнению лечащего врача, локального инъекционного введения глюкокортикоида (ГК); прием пациентом других анальгетиков, включая парацетамол, в период исследования; наличие клинически значимых отклонений лабораторных показателей крови на скрининге (лейкоциты, скорость оседания эритроцитов по Вестергрену, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин); неконтролируемая (на фоне приема препаратов) артериальная гипертензия; прием других НПВП (кроме ацетилсалициловой кислоты) в течение 2 недель до включения в исследование; наличие противопоказаний для назначения ЭТК в соответствии с инструкцией по медицинскому применению; беременные, кормящие или планирующие беременность женщины; участие в других клинических исследованиях во время проведения данного исследования; лечение хондроитина сульфатом, глюкозамина сульфатом, внутрисуставные инъекции гиалуронатов или ГК в период исследования и за 3 месяца до его начала; повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, активное желудочно-кишечное кровотечение; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, острого ринита, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты или других НПВП (в т. ч. в анамнезе); тяжелые нарушения функции печени (сывороточный альбумин < 25 г/л или ≥ 10 баллов по шкале Чайлда – Пью); тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин); прогрессирующие заболевания почек; воспалительные заболевания кишечника; хроническая сердечная недостаточность (II–IV функциональный класс по классификации NYHA (New York Heart Association)); подтвержденная ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и/или цереброваскулярные заболевания; подтвержденная гиперкалиемия; редко встречающаяся наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы Lapp, глюкозо-галактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозы моногидрат); любое состояние, которое, по мнению исследователя, нежелательно повлияет на возможность пациента завершить исследование. Пациенты исключались из исследования в случае отзыва информированного согласия пациентом или его законным представителем; несоблюдения протокола пациентом (отказ от приема препарата без указания причины, прием ЭТК менее 5 дней; прием других анальгетиков, включая парацетамол, в период исследования).

У всех включенных в исследование пациентов проводился сбор анамнестических данных с указанием длительности основного заболевания, сопутствующих заболеваний и проводимой терапии. Диагноз ОА устанавливался с указанием локализации и рентгенологической стадии. Оценивали выраженность боли при движении, в покое и ночью по ВАШ. Самостоятельная оценка клинических проявлений ОА коленных суставов (боль, скованность, функциональный статус, общий балл) пациентами проводилась с по-

мощью опросника WOMAC (Western Ontario and McMaster University) в динамике на каждом визите [20]. Динамика выраженности боли при движении, в покое и ночью, динамика нарушения функции и утомляемости фиксировались ежедневно утром и вечером с 1-го по 10-й дни наблюдения в Дневнике пациента; ежедневно отмечались нежелательные явления (НЯ). Выполнялась оценка удовлетворенности больных своим состоянием (PASS, Patient Acceptable Symptom State), включавшая отрицательный или положительный ответ на вопрос «Считаете ли Вы свое состояние приемлемым, учитывая уровень боли, нарушения функции, усталости и других проявлений болезни?» в динамике на каждом визите [21]. Сбор данных проводился до начала лечения, на 5-й, 7-й и 10-й дни терапии. При статистическом анализе применялись χ^2 -критерий Пирсона (анализ таблиц сопряженности), парный критерий Т Вилкоксона. Для оценки влияния различных факторов на результат терапии вычислялось отношение шансов (ОШ) с соответствующим 95%-м доверительным интервалом (95% ДИ). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием MS Excel (Microsoft Corp., США), SPSS Statistics (IBM Corp., США). Количественные переменные представлены в виде средних значений и соответствующего стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), при отсутствии нормального распределения в группах – как медиана с соответствующим интерквартильным интервалом (Ме [25-й; 75-й перцентили]). Для количественных переменных проводилось исследование на соответствие нормальному закону распределения. Качественные переменные представлены абсолютными значениями и их относительными частотами (процентами).

В наблюдательное исследование включено 60 пациентов: 44 (73%) женщины и 16 (27%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $51,7 \pm 10,7$ года; женщины были старше мужчин: средний возраст женщин – $53,4 \pm 10,5$ года, мужчин – $47,1 \pm 10,1$ года. У 14 (23%) пациентов индекс массы тела (ИМТ) был в пределах нормы, у 26 (44%) выявлен избыточный вес, у 20 (33%) – ожирение; среднее значение ИМТ составило $28,1 \pm 4,6$. Медиана длительности заболевания от первых симптомов до постановки диагноза составила 12 мес., длительности заболевания на момент включения в исследование – $56,5$ мес. (4,7 года). У 46 (77%) пациентов был ОА коленных суставов,

Распределение по коморбидным заболеваниям



Рис. 1. Профиль сопутствующих заболеваний: ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь



Рис. 2. Сопутствующая терапия: АПФ – ангиотензинпревращающий фермент

у 7 (11%) – ОА тазобедренных суставов, у 7 (11%) – сочетание ОА коленных и тазобедренных суставов. У 8 (14%) пациентов выявлена I, у 27 (45%) – II, у 14 (23%) – III рентгенологическая стадия по Kellgren – Lawrence. 33 (55%) пациента имели коморбидную патологию, наиболее часто – артериальную гипертензию (n=26; 79%), гастрит (n=5; 15%), язвенную болезнь в стадии ремиссии (n=3; 9%) (рис. 1). Информация о сопутствующем лечении имела у 29 (88%) пациентов, 17 (59%) из них принимали антигипертензивные препараты, 8 (28%) – ингибиторы протонной помпы, 6 (21%) – статины (рис. 2). ЭТК назначался в дозе 60 мг 1 раз в сутки утром в течение 10 дней в соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации инструкцией фирмы-производителя и клиническими рекомендациями по применению НПВП при ОА.

Результаты

На 10-й день проводимой терапии отмечалось статистически значимое улучшение клинических показателей пациентов по ВАШ: уменьшение боли при движении в среднем с 55,3 до 19,4 мм (p<0,05), боли в покое – с 50,3 до 18,5 мм (p<0,05), ночной боли – с 46,6 до 17,6 мм (p<0,05) по ВАШ. На 5-й день лечения оценка всех видов боли по ВАШ снизилась более чем на 40%. Наибольшее снижение показал уровень боли при движении (на 45%) (рис. 3). На 5-й день проводимой терапии ЭТК уменьшение боли на 40% и более при движении отмечалось у 26 (43%) больных, в покое – у 27 (45%), ночью – у 30 (50%). На 7-й день проводимой терапии уменьшение боли на 40% и более при движении отмечалось у 38 (63%) пациентов, в покое – у 37 (62%), ночью – у 39 (65%).

На 10-й день проводимой терапии уменьшение боли на 40% и более при движении отмечалось у 55 (92%) пациентов, в покое – у 52 (87%), ночью – у 54 (90%). После анализа Дневника пациента было отмечено, что на фоне проводимой терапии ЭТК выраженность боли при движении снижалась в течение всего курса лечения: в 1-й день в среднем с 54,4 до 46,5 мм; на 7-й день – до 23,6 мм утром и до 23,0 мм вечером; на 10-й день – до 17,8 мм утром и до 17,0 мм вечером. До начала терапии свое самочувствие по параметрам WOMAC пациенты оценивали как неудовлетворительное; на 10-й день лечения 44 (73%) пациента по опроснику WOMAC имели «отличный», «хороший» или «удовлетворительный» результат. На 10-й день терапии по опроснику WOMAC уменьшение боли более чем на 40% отмечалось у 27 (45%) пациентов, скованности – у 32 (53%), функциональной недостаточности – у 27 (45%) (рис. 4). Наиболее

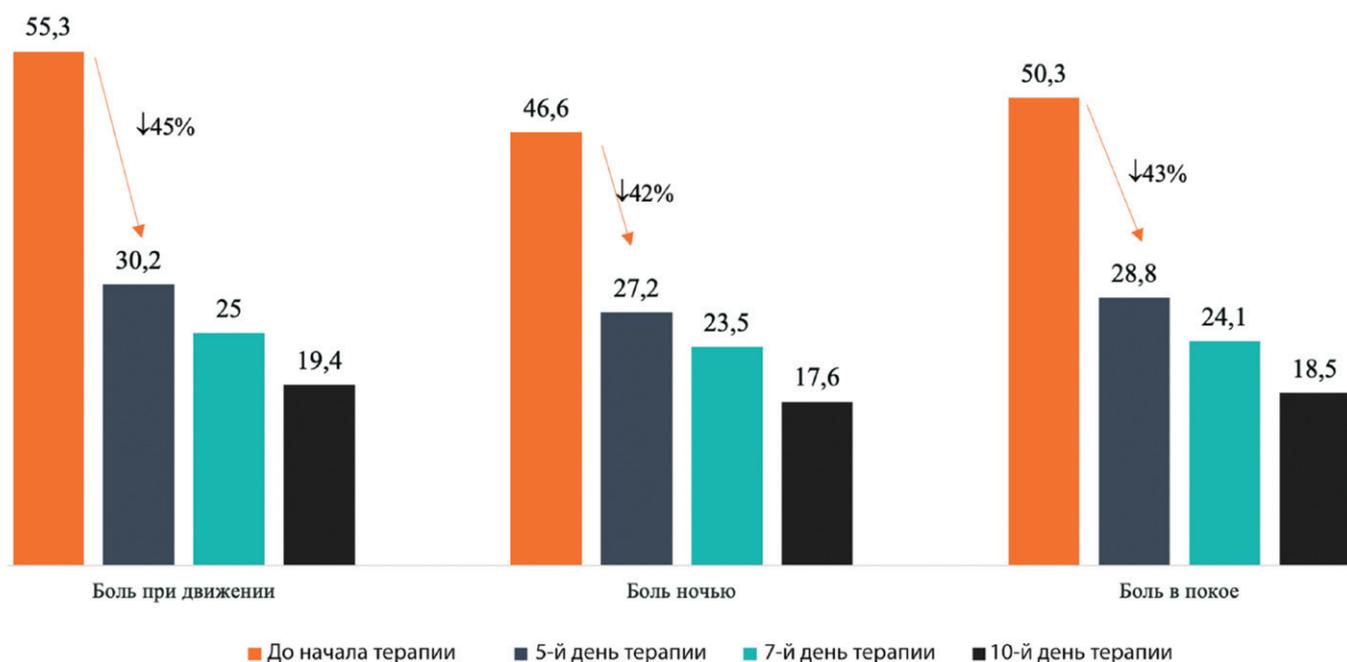


Рис. 3. Динамика боли по визуальной аналоговой шкале

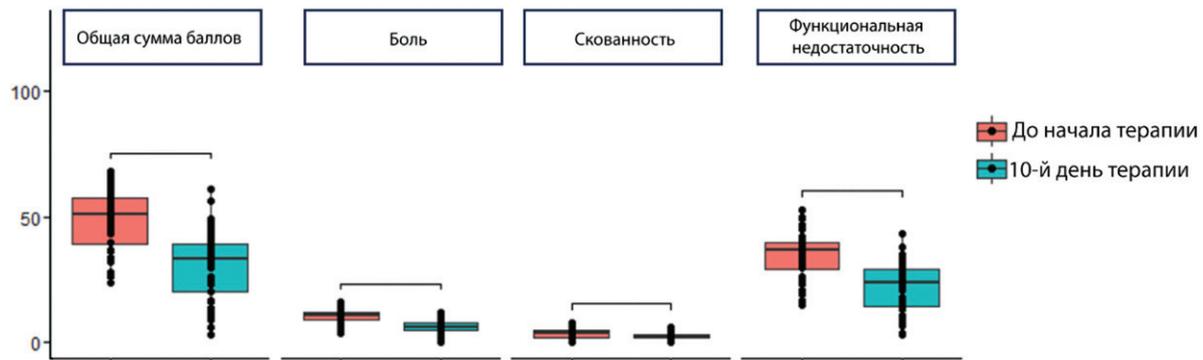


Рис. 4. Динамика по опроснику WOMAC (Western Ontario and McMaster University)

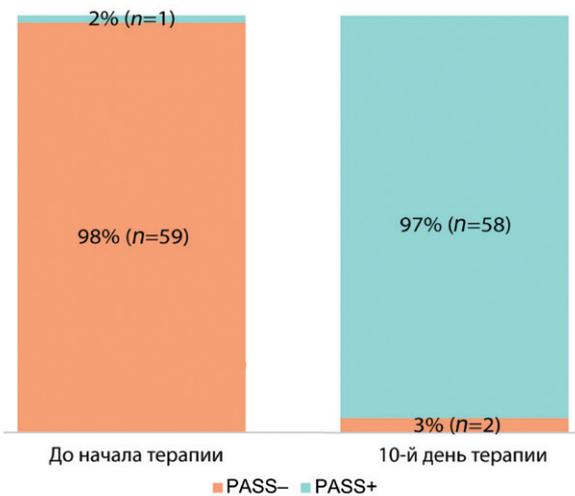


Рис. 5. Оценка суммарного результата лечения с использованием индекса PASS (Patient Acceptable Symptom State)

выраженная положительная динамика на 10-й день терапии отмечалась по боли: она уменьшилась в среднем на 44%. Выраженность боли по ВАШ до начала терапии и на 10-й день у пациентов с разной локализацией ОА не различалась. После 10 дней лечения положительный PASS был зафиксирован у подавляющего большинства пациентов (97%) (рис. 5). 45 (75%) пациентов, принимавших ЭТК, оценили переносимость как отличную, 14 (23%) – как хорошую; врачи отметили отличную переносимость у 42 (70%) пациентов, хорошую – у 17 (28%). На фоне проводимой терапии НЯ зарегистрированы у 4 (7%) пациентов, их выраженность была легкой, при этом лишь у 1 больного связь с препаратом была отмечена как возможная, у остальных трех она отсутствовала (табл. 1).

Обсуждение и выводы

НПВП являются фармакологической опцией первой линии при ОА. Их эффективность доказана многочисленными плацебо-контролируемыми исследованиями [5]. В настоящей работе продемонстрирована клиническая эффективность короткого (в течение 10 дней) курса терапии ЭТК в лечении ОА коленных и тазобедренных суставов: на 7-й день терапии отмечалось снижение интенсивности боли на 40% при движении у 38 (63%), в покое – у 37 (62%), ночью – у 39 (65%) больных; на 10-й день – у 55 (92%), 52 (87%) и 54 (90%) соответственно. При этом существенной разницы в динамике боли у пациентов с различной локализацией ОА на 10-й день терапии отмечено не было. Эффективностью терапии также подтверждается положительной динамикой всех показателей опросника WOMAC: на 10-й день терапии абсолютное большинство ($n=44$; 73%) больных имели «отличный», «хороший» или «удовлетворительный» результат; отмечено снижение более чем на 40% значений подшкал боли у 27 (45%), скованности – у 32 (53%), функциональной недостаточности – у 27 (45%) пациентов. При этом следует отметить, что на момент включения в исследование медиана длительности заболевания составила 56,5 мес. (4,7 года). Учитывая, что значительное внимание в современном практическом здравоохранении уделяется параметрам, которые оценивает сам больной, и возможностям достижения оптимального самочувствия пациента и его удовлетворенности лечением, проводилась оценка параметра PASS: к 10-му дню лечения ЭТК положительный PASS отмечен большинством больных ($n=58$; 97%) [22, 23]. Особенно обращает на себя внимание мультиморбидность пациентов с ОА, поскольку зачастую она существенно влияет на тактику ведения

Таблица 1. Структура и частота нежелательных явлений

№	Степень тяжести	Связь с препаратом	По органам и системам	Проявление	Исходы	Привело к отмене препарата
1	Легкая	Не связано	ЖКТ	Нарушение функции кишечника (диарея, запор, метеоризм)	Выздоровление без последствий	Нет
2	Легкая	Возможно, связано	ЖКТ	Симптомы ГЭРБ (изжога, отрыжка)	Выздоровление без последствий	Нет
3	Легкая	Не связано	ЖКТ	Диспепсия (боль в желудке, тошнота, слабость)	Выздоровление без последствий	Нет
4	Легкая	Не связано	ЦНС	Головокружение	Выздоровление без последствий	Нет

Примечание: ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ЦНС – центральная нервная система

и выбор терапии [24, 25]. Так, у пациентов, принимающих антикоагулянты, допустимо использовать лишь селективный ингибитор ЦОГ-2, который не увеличивает риск кровотечения. У пациентов с явлениями гастрита и/или диспепсией также следует предпочесть селективный ингибитор ЦОГ-2, в некоторых случаях – в комбинации с ингибитором протонной помпы [5]. Настоящим исследованием вновь продемонстрирована высокая частота сопутствующей патологии среди больных ОА (55%), что согласуется с данными других авторов. У 79% наших пациентов диагностирована артериальная гипертензия, у 25% – гастрит, у 9% – язвенная болезнь, у 33% – ожирение [26–28]. Анализ безопасности короткого курса терапии ЭТК при ОА коленных и тазобедренных суставов выявил у небольшого числа (7%) пациентов НЯ легкой степени, при этом лишь у 1 (1,7%) из 60 пациентов связь с препаратом была отмечена как возможная, у остальных 3 связь с препаратом отсутствовала. Данные результаты важны, поскольку в текущее исследование были включены пациенты с коморбидностью (артериальная гипертензия, язвенная болезнь, гастрит и прочие) и сопутствующей терапией (включая антигипертензивные препараты, ингибиторы протонной помпы, статины), что не привело ни к отмене ЭТК, ни к исключению пациентов из исследования. Стоит подчеркнуть, что 45 (75%) пациентов, получавших ЭТК, отметили переносимость как отличную, 14 (23%) – как хорошую. Врачи считали переносимость отличной у 42 (70%) пациентов, хорошей – у 17 (28%). Схожие выводы были сделаны в зарубежных исследованиях, демонстрирующих высокий профиль безопасности

и переносимости ЭТК даже при длительном и регулярном использовании, а также у лиц с предшествующей гиперчувствительностью к НПВП [29, 30].

Заключение

Наблюдательное неинтервенционное исследование эффективности и безопасности ЭТК при ОА различной локализации «Эторикокиб (ДОлококс) Наблюдательное Исследование (ЭДОНИС)» показало, что ЭТК является фармакотерапевтическим средством, обладающим высокой эффективностью в лечении ОА коленных и тазобедренных суставов при коротком курсе терапии в течение 10 дней. Хорошая переносимость, низкий риск НЯ, быстрое развитие ожидаемого терапевтического эффекта позволяют врачам применять короткие курсы ЭТК для лечения ОА в реальной клинической практике.

Конфликт интересов

Статья спонсируется компанией «Др. Реддис». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования.

Прозрачность исследования

Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- Luksameesate P, Tanavalee A, Taychakhoonavudh S. An economic evaluation of knee osteoarthritis treatments in Thailand. *Front Pharmacol*. 2022;13:926431. doi: 10.3389/fphar.2022.926431
- DiMartino SJ, Gao H, Eng S, Valenzuela G, Fuerst T, Emeremni C, et al. Efficacy and safety of fasinumab in an NSAID-controlled study in patients with pain due to osteoarthritis of the knee or hip. *BMC Musculoskelet Disord*. 2025;26(1):192. doi: 10.1186/s12891-025-08402-8
- Tiegs-Heiden CA, Long Z, Lu A, Gorny KR, Hesley GK. Osteoarthritis-related knee pain: MRI-guided focused ultrasound ablation treatment. *Int J Hyperthermia*. 2025;42(1):2451686. doi: 10.1080/02656736.2025.2451686
- Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: A review. *JAMA*. 2021;325(6):568–578. doi: 10.1001/jama.2020.22171
- Ashford S, Williard J. Osteoarthritis: A review. *Nurse Pract*. 2014;39(5):1–8. doi: 10.1097/01.NPR.0000445886.71205.c4
- Ni R, Guo XE, Yan C, Wen C. Hemodynamic stress shapes subchondral bone in osteoarthritis: An emerging hypothesis. *J Orthop Translat*. 2021;32:85–90. doi: 10.1016/j.jot.2021.11.007
- Meurot C, Jacques C, Martin C, Sudre L, Breton J, Rattenbach R, et al. Targeting the GLP-1/GLP-1R axis to treat osteoarthritis: A new opportunity? *J Orthop Translat*. 2022;32:121–129. doi: 10.1016/j.jot.2022.02.001
- Hunter DJ, March L, Chew M. Osteoarthritis in 2020 and beyond: A Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396:1711–1712. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32230-3
- Terkawi MA, Ebata T, Yokota S, Takahashi D, Endo T, Matsumae G, et al. Low-grade inflammation in the pathogenesis of osteoarthritis: Cellular and molecular mechanisms and strategies for future therapeutic intervention. *Biomedicines*. 2022;10(5):1109. doi: 10.3390/biomedicines10051109
- Chen D, Kim DJ, Shen J, Zou Z, O’Keefe RJ. Runx2 plays a central role in osteoarthritis development. *J Orthop Translat*. 2019;23:132–139. doi: 10.1016/j.jot.2019.11.008
- Cooper C, Chapurlat R, Al-Daghri N, Herrero-Beaumont G, Bruyère O, Rannou F, et al. Safety of oral non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs in osteoarthritis: What does the literature say? *Drugs Aging*. 2019;36(Suppl 1):15–24. doi: 10.1007/s40266-019-00660-1
- Smith SR, Deshpande BR, Collins JE, Katz JN, Losina E. Comparative pain reduction of oral non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioids for knee osteoarthritis: Systematic analytic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2016;24(6):962–972. doi: 10.1016/j.joca.2016.01.135
- Liu P, Gu L, Ren L, Chen J, Li T, Wang X, et al. Intra-articular injection of etoricoxib-loaded PLGA-PEG-PLGA triblock copolymeric nanoparticles attenuates osteoarthritis progression. *Am J Transl Res*. 2019;11(11):6775–6789.
- Meera M. Recent advances in the pharmacotherapy of osteoarthritis. *Res Results Pharmacol*. 2022;8(4):167–174.
- Latourte A, Richette P. Inhibition of ADAMTS-5: The right target for osteoarthritis? *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30(2):175–177. doi: 10.1016/j.joca.2021.09.012
- da Costa BR, Pereira TV, Saadat P, Rudnicki M, Iskander SM, Bodmer NS, et al. Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: Network meta-analysis. *BMJ*. 2021;375:n2321. doi: 10.1136/bmj.n2321
- Curtis SP, Bockow B, Fisher C, Olaleye J, Compton A, Ko AT, et al. Etoricoxib in the treatment of osteoarthritis over 52-weeks:

- A double-blind, active-comparator controlled trial [NCT00242489]. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005;6:58. doi: 10.1186/1471-2474-6-58
19. Feng X, Tian M, Zhang W, Mei H. Gastrointestinal safety of etoricoxib in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(1):e0190798. doi: 10.1371/journal.pone.0190798
 20. McConnell S, Kolopack P, Davis AM. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): A review of its utility and measurement properties. *Arthritis Rheum.* 2001;45(5):453-461.
 21. Daste C, Abdoul H, Foissac F, Lefèvre-Colau MM, Poiraudreau S, Rannou F, et al. Patient acceptable symptom state for patient-reported outcomes in people with non-specific chronic low back pain. *Ann Phys Rehabil Med.* 2022;65(1):101451. doi: 10.1016/j.rehab.2020.10.005
 22. Полищук ЕЮ, Каратеев АЕ, Потапова АС, Филатова ЕС, Хлабошина ВН, Амирджанова ВН, и др. Нужно оценить эффективность терапии? Спросите пациента! *Научно-практическая ревматология.* 2023;61(3):361-368. [Polishchuk EYu, Karateev AE, Potapova AS, Filatova ES, Khlaboshchina VN, Amirjanova VN, et al. Need to assess the effect of therapy? Ask the patient! *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice.* 2023;61(3):361-368 (In Russ.)]. doi: 10.47360/1995-4484-2023-361-368
 23. Каратеев АЕ, Погожева ЕЮ, Амирджанова ВН, Филатова ЕС, Нестеренко ВА. «Мне стало лучше» и «мне стало хорошо»: поиск объективного критерия клинического ответа на анальгетическую терапию при ревматических заболеваниях. *Современная ревматология.* 2020;14(2):90-96. [Karateev AE, Pogozheva EYu, Amirdzanova VN, Filatova ES, Nesterenko VA. «I am getting better» and «I feel good»: Searching for an objective criterion for a clinical response to analgesic therapy for rheumatic diseases. *Modern Rheumatology Journal.* 2020;14(2):90-96 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2020-2-90-96
 24. Каратеев АЕ, Насонов ЕЛ, Яхно НН, Ивашкин ВТ, Чичасова НВ, Алексеева ЛИ, и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике». *Современная ревматология.* 2015;(1):4-23. [Karateev AE, Nasonov EL, Yakhno NN, Ivashkin VT, Chichasova NV, Alekseeva LI, et al. Clinical guidelines «Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in clinical practice». *Modern Rheumatology Journal.* 2015;(1):4-23 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2015-1-4-23
 25. Muckelt PE, Roos EM, Stokes M, McDonough S, Grønne DT, Ewings S, et al. Comorbidities and their link with individual health status: A cross-sectional analysis of 23,892 people with knee and hip osteoarthritis from primary care. *J Comorb.* 2020;10:2235042X20920456. doi: 10.1177/2235042X20920456
 26. Swain S, Sarmanova A, Coupland C, Doherty M, Zhang W. Comorbidities in osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020;72(7):991-1000. doi: 10.1002/acr.24008
 27. Kamps A, Runhaar J, de Ridder MAJ, de Wilde M, van der Lei J, Zhang W, et al. Comorbidity in incident osteoarthritis cases and matched controls using electronic health record data. *Arthritis Res Ther.* 2023;25(1):114. doi: 10.1186/s13075-023-03086-8
 28. Kamps A, Runhaar J, de Ridder MAJ, de Wilde M, van der Lei J, Zhang W, Occurrence of comorbidity following osteoarthritis diagnosis: A cohort study in the Netherlands. *Osteoarthritis Cartilage.* 2023;31(4):519-528. doi: 10.1016/j.joca.2022.12.003
 29. Balazcs E, Sieper J, Bickham K, Mehta A, Frontera N, Stryczak P, et al. A randomized, clinical trial to assess the relative efficacy and tolerability of two doses of etoricoxib versus naproxen in patients with ankylosing spondylitis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17(1):426. doi: 10.1186/s12891-016-1275-5
 30. Pagani M, Bonadonna P, Dama A, Senna GE, Vescovi PP, Antico A. Long-term tolerability of etoricoxib in different types of NSAID-intolerant subjects. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2010;42(6):216-220.

Якупова С.П. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8590-4839>

Зюнова Е.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8529-4105>

Акулинушкина Е.Ю. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9321-431X>

Кабаргина А.С. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8722-2447>

Шалагина Е.Д. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2366-5855>