

березень 2026 року

КАРТКА-ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТА

ЩОДО ЗАПОБІЖНИХ ЗАХОДІВ БЕЗПЕКИ, ЯКІ НЕОБХІДНО ЗНАТИ ДО ПОЧАТКУ Й ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ЗОЛЕДРОНОВОЮ КИСЛОТОЮ (ЗОЛЕДРОНОВА КИСЛОТА – ВІСТА)

ШАНОВНИЙ ПАЦІЄНТЕ!

Якщо Ваш лікар призначив Вам лікарський засіб ЗОЛЕДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 4 мг/5 мл.

Будь ласка, тримайте цю картку при собі протягом усього періоду лікування та застосування ЗОЛЕДРОНОВОЇ КИСЛОТИ-ВІСТА. Ця картка містить важливу інформацію з безпеки, яку Ви повинні знати до початку та під час лікування ЗОЛЕДРОНОВОЮ КИСЛОТОЮ-ВІСТА.

Оскільки дана Картка-пам'ятка містить важливу інформацію, будь ласка, зберігайте її при собі весь час для того, щоб інформувати працівників системи охорони здоров'я про прийом лікарського засобу ЗОЛЕДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА.

Для отримання більш детальної інформації, будь ласка, ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування ЗОЛЕДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 4 мг/5 мл, перед застосуванням лікарського засобу (це можна зробити за посиланням <http://www.drlz.com.ua>).

Повідомлялося про остеонекроз щелепи - руйнування або відмирання кісткових клітин щелепи (ОНЩ) у онкологічних хворих, які отримували внутрішньовенно золедронову кислоту. Багато з цих пацієнтів отримували також різні види лікування онкологічного захворювання. Більшість зафіксованих випадків були пов'язані із стоматологічними процедурами, такими як видалення зуба. При безперервній терапії золедронову кислоту протягом 12 місяців остеонекроз щелепи розвивається з частотою до 1 %. Ризик може збільшуватися при тривалішому застосуванні препарату. ОНЩ може розвиватися після припинення лікування.

Якщо Вам призначили в якості лікування - ЗОЛЕДРОНОВУ КИСЛОТУ-ВІСТА, для зменшення ризику розвитку побічної реакції остеонекроз щелепи необхідно:

До початку лікування:

- Попросіть лікаря розповісти про ОНЩ та можливість розвитку цієї побічної реакції.
- Пройти профілактичний стоматологічний огляд з відповідним профілактичним стоматологічним лікуванням та повідомити лікаря-стоматолога про те, що Ви плануєте розпочати лікування золедронову кислоту.
- Повідомити свого лікаря, якщо ви маєте будь-які проблеми з ротовою порожниною або зубами.

Під час лікування:

- Важливо дотримуватися правил гігієни порожнини рота, забезпечувати належне прилягання зубних протезів.
- Регулярно проходити профілактичний стоматологічний огляд.
- Якщо під час лікування золедронову кислоту Вам необхідно проходити стоматологічне лікування або зробити стоматологічну операцію (наприклад, видалення зуба), необхідно обов'язково повідомити про це свого лікаря, а також проінформувати лікаря-стоматолога щодо лікування золедронову кислоту.
- Негайно звернутися до свого лікаря та лікаря-стоматолога, якщо у вас з'явилися будь-які проблеми з ротовою порожниною або зубами, наприклад, хитання зуба,

Комунікаційні матеріали є навчальними та не включають будь-які дані або заяву, що можуть бути рекламою.

біль або набряк, незагоювання виразок або наявність виділень, бо це може бути ознаками остеонекрозу щелепи.

ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ІНФОРМУВАННЯ ПРО ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ

Відповідно до вимог Порядку здійснення фармаконагляду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340, слід повідомляти про усі підозрювані побічні реакції до Державного експертного центру МОЗ України за посиланням: <https://aisf.dec.gov.ua>. Також просимо повідомляти про усі підозрювані побічні реакції, ймовірно пов'язані із застосуванням лікарського засобу до ТОВ «БУСТ ФАРМА» що знаходиться за адресою: 03022, м. Київ, вулиця Васильківська, будинок 30. Адреса для листування з питань фармаконагляду Товариства: 03022, м. Київ, вул. Сумська, буд. 1, а/с 21, за телефоном: +38 099-770-85-22 або на e-mail: phv@boost-pharma.com.ua

Заповніть, будь ласка:

Прізвище та ім'я пацієнта _____
Ваш лікар (П.І.Б.) _____
Назва медичного закладу _____
Дата першого призначення _____
лікарського засобу ЗОЛЕДРОНОВА
КИСЛОТА-ВІСТА

**З повагою,
Уповноважена особа
відповідальна за
фармаконагляд
ТОВ «БУСТ ФАРМА»**



Сірахов І. О.