

Рекомендації сімейним лікарям щодо ведення пацієнтів із тривогою та больовим синдромом

У червні відбулася науково-практична конференція «Турбота про здоров'я нації – компетенція сімейного лікаря», що надала нові знання та ідеї для подолання глобальних викликів у сфері медицини. Захід було присвячено новим дослідженням, методам лікування та клінічним рекомендаціям, що відповідають сучасним стандартам медичної допомоги. Пропонуємо нашим читачам огляд двох цікавих доповідей, представлених на конференції у форматі «запитання – відповідь».



Професор кафедри клінічної фармакології Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків), доктор медичних наук Наталія Володимирівна Бездітко

назву своєї доповіді сформулювала як запитання: «На прийомі пацієнт із тривогою: чим може допомогти сімейний лікар?».

? Яку допомогу має надати сімейний лікар пацієнту із тривогою?

– Тривога – це тривала негативно забарвлена емоція, що виражає відчуття очікування невизначених негативних подій, передчуття, які складно визначити. Тривожні розлади реєструються у 12-27% населення Європи, а в осіб із соматичною патологією зустрічаються в 2-3 рази частіше, ніж у загальній популяції. Поширеність тривожних розладів протягом року становить 13,1-18,7%, протягом життя перевищує 25%, досягає піку у віці 25-34 років. У жінок спостерігається в 1,5-2 рази частіше, ніж у чоловіків.

Фізіологічна роль тривоги полягає у виявленні потенційно небезпечної ситуації та мобілізації сил організму для подолання потенційно небезпечної ситуації. Патологічні наслідки тривоги – стрес, суттєве погіршення якості життя, депресія, психосоматичні розлади.

Існують певні клінічні настанови щодо ведення пацієнтів із тривогою, які сьогодні є дещо застарілими. Важливо пам'ятати, що задача сімейного лікаря – запідозрити наявність кризового стану, надати першу психологічну допомогу та скерувати до психіатра, який установлює діагноз.

Згідно з розрахунками Міністерства охорони здоров'я України, в повоєнний час із психологічними проблемами матимуть справу >15,7 млн українців, а 3,5 млн осіб потребуватимуть терапії та супроводу медичних фахівців – лікарів-психіатрів; водночас ≈800 тис. українців матимуть потребу в медикаментозному супроводі. Отже, сьогодні попит на послуги щодо психічного здоров'я перевищує наявні можливості системи охорони здоров'я.

Особливостями сьогодення є те, що тривожний синдром наявний у більшості пацієнтів, а також існують обмежені можливості отримати професійну допомогу психотерапевта; майже кожен сімейний лікар вимушений виконувати функції психотерапевта.

Незважаючи на те що асортимент ліків в аптеці обмежений, багато препаратів доступні без рецептів. Усі ці фактори спонукають хворих займатися самолікуванням.

Сімейний лікар повинен пам'ятати про можливість розвитку в пацієнта кризового стану, а хворий повинен зрозуміти, що слід звернутися до фахівця.

Водночас сімейний лікар має надати допомогу хворому до того, як він матиме зустріч із психотерапевтом.

? У чому полягає медикаментозне лікування тривоги?

– Можливими варіантами фармакологічної допомоги при тривозі є призначення седативних препаратів, транквілізаторів і малих нейролептиків. Однак слід пам'ятати, що призначення антидепресантів є недоречним, оскільки тривога та депресія – різні стани.

Варто зауважити, що седативний (заспокійливий) ефект – це невибіркова дія на різні структури центральної нервової системи (ЦНС), унаслідок чого відбуваються зниження реакції ЦНС на будь-які зовнішні подразники, пригнічення будь-яких емоційних проявів, зменшення концентрації уваги, здатності вирішувати розумові завдання (загальна загальмованість). Анксиолітичний (протитривожний) ефект – вибіркоче придушення саме почуття тривоги без гальмування інших функцій ЦНС.

За використання седативних препаратів може спостерігатися звикання (толерантність) – зниження чутливості до дії препарату, що проявляється в зменшенні інтенсивності його фармакологічного ефекту після повторного введення із частковою або повною втратою терапевтичного ефекту.

Іншою проблемою може стати лікарська залежність – психічний (іноді фізичний) стан, що є результатом взаємодії між живим організмом і лікарською речовиною з певними поведінковими й іншими реакціями, за якого з'являється незмінне бажання приймати препарат постійно чи періодично, щоб уникнути дискомфорту, який виникає без прийому препарату.

До седативних належать рослинні препарати (валеріана, півонія, кропива собача, м'ята перцева, глід, хміль, меліса лікарська, пасифлора). Це традиційні, добре відомі засоби, які мають комплексний вплив біологічно активних речовин, що входять до складу рослини. Більшість цих препаратів – безрецептурні та вітчизняного виробництва.

На жаль, використання седативних рослинних засобів має певні підводні камені, оскільки ці засоби:

- не мають вибіркової дії на ЦНС (загальне гальмування);
- не впливають на механізм розвитку тривоги;
- для розвитку ефекту потрібен певний час;
- ефект у звичайних дозах є слабо вираженим;
- мають достатню кількість протипоказань;
- мають широкий спектр взаємодій, зокрема з алкоголем;
- рідкі лікарські форми легко передозувати;
- мають недостатню доказову базу.

Анксиолітики (транквілізатори, бензодіазепіни) чинять анксиолітичну дію – вибірково придушують відчуття страху та тривоги. Бензодіазепіни зв'язуються з рецепторами ГАМК (бензодіазепіновими) та підсилюють дію природного гальмівного медіатора ГАМК. Існують різні підтипи ГАМК-рецепторів, які по-різному розподілені в різних ділянках головного мозку. Активація бензодіазепінами

різних підтипів ГАМК-рецепторів пов'язана з різними фармакологічними ефектами.

Дія препаратів залежить від дози. Найнижчі дози чинять анксиолітичну дію, а далі (за нарощенням) – седативну, снодійну, міорелаксувальну, протисудомну, амнестичну. Бензодіазепіни збільшують тривалість 2 стадії повільного сну та зменшують 3 і 4 стадії; скорочують час швидкого сну. Відмінності в повільному та швидкому сні можуть зумовити дефіцит концентрації та робочої пам'яті, а також збільшення маси тіла, при цьому толерантність до седативного ефекту бензодіазепінів спостерігається вже через декілька днів, а до амнестичного ефекту – ніколи. До побічних дій використання бензодіазепінів належать погіршення зору, шлункові розлади, втрата апетиту, агресивність, проблеми з концентрацією та координацією тощо, тому препарати призначаються не довше ніж на 2 тиж.

До іншої групи препаратів, що застосовуються за тривоги, належать нейролептики (антипсихотики). Це лікарські препарати, що впливають на ЦНС, мають здатність усувати марення і галюцинації, при цьому не порушують свідомості. Нейролептики знижують передачу нервових імпульсів у тих системах мозку, де передавачем нервових імпульсів є дофамін.

Перевірений малий нейролептик – тіоридазин. Характерною особливістю цього препарату є регіональна селективність його впливу на D₂-рецептори мозку. Тіоридазин блокує D₂-рецептори лише в межах мезолімбічної та мезокортикальної дофамінергічних систем, не впливаючи на D₂-рецептори нігрозостріарної і гіпоталамо-гіпофізарної систем.

Також тіоридазин блокує периферійні M-холінорецептори (знижує підвищену активність вегетативної нервової системи).

Отже, спектр фармакологічних ефектів тіоридазину включає антипсихотичну, анксиолітичну, антифобічну, антидепресивну та вегетостабілізуючу дію, тому тіоридазин може розглядатися як препарат з поєднанням властивостей нейролептика, антидепресанта, анксиолітика.

Відмінні риси тіоридазину:

- спостерігається значна селективність тіоридазину до афективних і тривожних розладів;
- чинить антидепресивну дію;
- антипсихотична дія поєднується із заспокійливою;
- в разі застосування невеликих доз сильніше проявляється антидепресивна та стимулююча дії;
- спостерігається вегетостабілізуюча дія, а за підвищення дози збільшується седативна дія;
- в малих дозах можна застосовувати для лікування психосоматичних розладів, не побоюючись розвитку звикання в пацієнта.

За даними рандомізованих контрольованих досліджень і метааналізу, тіоридазин зменшує симптоми тривоги в літніх хворих. За протитривожною дією в літніх пацієнтів перевершує діазепам, при цьому не відрізняється за частотою та вираженістю побічних ефектів (Kirchner V. et al., 2001; Covington J.S., 1975).

Седативний, анксиолітичний, антифобічний ефекти спостерігаються за використання тіоридазину в малих дозах (10-75 мг/добу), при цьому зазвичай немає підвищення загальмованості, емоційного пригнічення; наявна психостимулююча та антидепресивна дії.

Тіоридазин протиказаний у разі ризику розвитку аритмії; одночасного застосування ліків, які можуть продовжити QT-інтервал; одночасного використання лікарських засобів, що пригнічують CYP2D6; пацієнтам із клінічно важливими порушеннями серця (серцева недостатність, стенокардія, кардіоміопатія, дисфункція лівого шлуночка); пацієнтам з артеріями в анамнезі; за наявності тяжких депресивних станів, деменції, черепно-мозкових травм, прогресуючих системних захворювань головного і спинного мозку.

СОНАПАКС®
Тіоридазину гідрохлорид • таблетки • 10 мг • 25 мг

СОНАПАКС® 25 мг
SONAPAX® 25 mg
Тіоридазин гідрохлорид

СОНАПАКС® 10 мг
SONAPAX® 10 mg
Тіоридазин гідрохлорид

ПРИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕННЯХ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ

- страхом
- тривожністю
- збудженням

СНОРЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ СОНАПАКС® 10 мг ТА СОНАПАКС® 25 мг*

Склад: діюча речовина: тіоридазин гідрохлорид; 1 таблетка, вагетта об'ємною, містить тіоридазин гідрохлориду 10 мг або 25 мг. **Фармакологічна група:** Анксиолітичні засоби. Пептидний похідний фенолазину. Над АТЕ NUSA 022. **Показання:** Паничні та емоційні порушення, що супроводжуються страхом, тривожністю, збудженням. У психотерапевтичній практиці: гостра та підгостра шизофренія, органічні психози, психомоторне збудження, маніакально-депресивні стани, неврози, синдром апноїчної обструкції, паничні розлади повільного типу, збуджений сніг у пацієнтів літнього віку. **Спосіб застосування та дози:** Дозу встановлює лікар відповідно до клінічного ефекту та інтенсивності симптомів. Починаючи з мінімальної дози, дозу збільшують до досягнення ефекту. Діагнозу дозу розподіляти на 2-4 прийоми. **Дієтичні обмеження:** Паничні та емоційні розлади, такі як шизофренія, маніакально-депресивні стани та паничні стани. 150-400 мг на добу. Початкову дозу можна збільшити до 200 мг для хворих із гострою шизофренією. Щоденну дозу можна збільшити до 800 мг у разі потреби лікаря, але не більше ніж протягом 4 тижнів. Порушення психіки в амбулаторних умовах: добова доза – 50-300 мг, пацієнтам із депресією та паничним літнього віку – 25-200 мг, синдром апноїчної обструкції – 100-200 мг, тривале порушення психіки неспостережуваного характеру – 25-150 мг. Як седативний засіб: тіоридазин Соніапакс® призначати дорослим у дозах 10-75 мг. Звичайні дози для застосування у пацієнтів літнього віку: 10-25 мг на 1 кг маси тіла на добу, розподілені на 2-4 прийоми. Тривале розлад: по 25 мг 2-3 рази на добу. Максимальна добова доза – 300 мг. При дозуванні, не тривалому 25 мг, слід застосовувати тіоридазин у відповідних лікарських формах та дозуванні. **Побічні реакції:** Свиність, загальмованість, особливо при прийомі високі дози на початку лікування, що зазвичай зникає при подальшому ліванні або при зменшенні дози; психодіпресивні та інші нестримні симптоми, сплутаність свідомості, гіперемія, летаргія, посиніли рапіді. Інші побічні реакції зазначені в інструкції для медичного застосування. **Противіказання:** Підвищена чутливість до лікарських засобів або до будь-якого компонента препарату. **Тіоридазин протиказаний пацієнтам з такими станами:** клінічно важливими порушеннями серця (серцева недостатність, стенокардія, надмірна або дисфункція лівого шлуночка) – синдром подовженого інтервалу QTc, сімейний анамнез синдрому подовженого інтервалу QTc. **Особливі застереження:** Тіоридазин подовжує інтервал QTc, він також протиказаний при одночасному використанні препаратів, які також здатні подовжувати інтервал QTc. Інші протипоказання зазначені в інструкції для медичного застосування. **Важливо:** Фармацевт Соніапакс А.Т., Польща. **РП, МОЗ України:** Соніапакс® 10 мг – МНД/44991/01; Соніапакс® 25 мг – МНД/44991/02.

* Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарських засобів Соніапакс® 10 мг та Соніапакс® 25 мг. РП, МНД/44991/01; МНД/44991/02.
† Інструкція для медичного застосування лікарських засобів Соніапакс® 10 мг та Соніапакс® 25 мг. Інформація для лікарів та фармацевтів.
‡ Інформація для медичного застосування препаратів у професійній діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препаратів.
Затверджено до друку 09.2021.138-45475-101/03, м. Київ, вул. Професора Пилипенка, 4-8, т. (044) 459-26-64.

На українському фармацевтичному ринку тіоридазин представлений препаратом Сонапакс® – таблетки, вкриті оболонкою, № 60 (1 таблетка містить 10 або 25 мг тіоридазину гідрохлориду). Препарат Сонапакс® призначається при психічних та емоційних порушеннях, що супроводжуються страхом, тривожністю, збудженням; у психіатричній практиці – за гострої та підгострої шизофренії, органічних психозів – психомоторного збудження, маніакально-депресивних станів, неврозів, синдрому алкогольної абстиненції, психічних розладів поведінки дітей, у разі збудженого стану в пацієнтів літнього віку.



Як відомо, больові феномени є поширеною медичною проблемою. **Доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, кандидат медичних наук Наталя Леонідівна Боженко** зупинилася

на вирішенні проблеми болю в практиці сімейного лікаря.

На що слід звертати увагу сімейним лікарям при веденні пацієнтів із болем?

– Біль – це основна причина звернення пацієнтів по медичну допомогу. Біль має як позитивне значення (сигналізує про небезпеку, хвороби, активує захисну поведінку та ресурси організму, навчає обережності), так і негативне (пригнічує настрої, знижує працездатність, порушує сон, спричиняє дискомфорт, неможливість вести звичний ритм життя).

Біль – це неприємне сенсорне й емоційне переживання, пов'язане чи таке, що здається пов'язаним, із дійсним або потенційним ушкодженням тканин.

Це визначення розширюється додаванням 6 ключових роз'яснень:

- 1) біль – це завжди особистий досвід, на який тією чи іншою мірою впливають біологічні, психологічні та соціальні чинники;
- 2) біль і ноцицепція – різні явища. Біль не є лише активністю сенсорних нейронів;
- 3) завдяки своєму життєвому досвіду люди пізнають поняття болю;
- 4) звіт людини про переживання як про біль має сприйматися з повагою;
- 5) хоча біль зазвичай відіграє адаптивну роль, він може мати несприятливий вплив на функції та соціальний і психологічний добробут;
- 6) вербальний опис є лише одним із декількох способів вираження болю; нездатність спілкуватися не заперечує можливості того, що людина чи тварина відчуває біль.

Дослідження EFIC (опитування 46 тис. респондентів у 16 країнах Європи) показало, що ≈20% дорослого населення страждають від хронічного болю, 19% відчувають хронічний біль, що серйозно порушує їхній побут і працездатність, 35% відчувають біль щодня, 16% із них говорять, що іноді біль зумовлює бажання померти, 28% пацієнтів вважають, що їхній лікар не знає, як впоратися з болем, 40% не досягають адекватного контролю болю, 2% були спрямовані до фахівця з лікування болю, 23% спостерігалися різними фахівцями (неврологами, ревматологами, ортопедами, хіропрактиками) (Breivik et al., 2006).

Формування болю зумовлено складною взаємодією периферичних і центральних нейрофізіологічних механізмів конвергенції, сумачії, співвідношення ноцицептивних та антиноцицептивних аферентних сигналів, що відбуваються на різних рівнях нервової системи.

Гострий біль (80%) зазвичай локальний чи епікритичний; він зачіпає спіноталамічний тракт, має переважно ноцицептивний, раптовий характер, зберігається <3 міс, виникає у результаті ушкодження тканин, має захисне значення, знижується в міру загоювання, зникає при прийомі анальгетиків.

Хронічний біль (20%) є повільним, тривалим (зберігається >3 міс), протопатичним, еволюційно давнішим; зачіпає

екстралемніскові системи спіноретикулярного, спінотектального, спінобульбарного шляхів, може бути переважно невропатичним, триває після загоювання початкового ушкодження, не має захисного значення, існує незалежно від ушкодження, не зникає після прийому анальгетиків – спричиняє дезадаптацію та інвалідність.

У нервовій системі існують 2 різні шляхи, які відповідають за больові відчуття: фізичний (активність передньої ділянки сингулярної звивини) та когнітивний шлях болю (активність у медіальній префронтальній корі). Релейною станцією «включення» та «виключення» болю, а також формування тривоги і депресії є мигдалини; тривалу пам'ять цих переживань формує гіпокамп.

Жінки та чоловіки сприймають біль по-різному. В жінок досвід болю не формується (пам'ять болю), при цьому в жінок на 50% імовірнішими є головний біль, біль спини, суглобів, хронічні/поліморфні болі та гірша реакція на анальгетики; біль має виражений емоційний компонент. У чоловіків досвід болю формується на одному випадку (пам'ять болю); для чоловіків імовірнішими є гострі й мономорфні болі, краща реакція на анальгетики; біль має виражений соматичний компонент.

Біль завжди суб'єктивний, а його кінцева оцінка визначається місцем і характером ушкодження, природою шкідливого чинника, психологічним станом людини, індивідуальним життєвим досвідом.

У загальній структурі болю виокремлюють 5 компонентів:

- 1) перцептуальний (дозволяє визначити місце ушкодження);
- 2) емоційно-афективний (відображає психоемоційну реакцію на ушкодження);
- 3) вегетативний (пов'язаний з рефлекторною зміною тону симпатoadреналової системи);
- 4) руховий (спрямований на усунення дії ушкоджувальних стимулів);
- 5) когнітивний (бере участь у формуванні ставлення до болю, що відчувається в цей момент, на основі накопиченого досвіду).

Підхід до діагностики болю складається із 3 тактик:

- слухати словесний опис болю, супутніх симптомів, анамнезу;
- спостерігати сенсорні та фізикальні феномени в ділянці болю (зовнішній огляд, неврологічний статус), реакції на прості тести (для виявлення алодинії, гіпералгезії тощо);
- зіставляти – визначати кореляції ділянки болю з топографією ураження / дисфункції у нервовій системі.

В чому полягає тактика лікування пацієнтів із больовим синдромом? Які препарати сьогодні слід вважати перспективними?

– Алгоритм терапії гострого болю включає знеболення, яке складається з використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), міорелаксанції, поєднання міорелаксанту та НПЗП, збереження активності, застосування анальгетиків, акупунктури, усунення набряку, запалення.

Алгоритм терапії хронічного болю передбачає використання НПЗП, міорелаксантів (бензодіазепінові похідні), антидепресантів, слабких опіоїдів; трансдермально: сильні опіоїдні анальгетики. Критерії підбору фармакотерапії для лікування болю: ефективно, швидко, безпечно, доступно, зручно.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, знеболення проводиться в 3 етапи: I – неопіоїдні анальгетики (парацетамол, НПЗП), II – слабкі опіоїди (трамадол, кодеїн, дигідрокодеїн) або малі дози морфіну, оксикодону, гідроморфону ± неопіоїдні анальгетики, III – сильні опіоїди (морфін, оксикодон, фентаніл, метадон, бупренорфін, тапентадол), неопіоїдні анальгетики.

На кожному етапі рекомендовано розглянути використання таких методів знеболення, як ад'ювантні лікарські засоби, блокади, невролізи, хірургічні/онкологічні методи (радіотерапія, хіміотерапія тощо), нейромодуляція, масаж, акупунктура, акупресура, лікарські засоби, які зменшують небажані симптоми.

Вже достатньо давно обговорюється участь нейротропних вітамінів групи В (В₁ – тіамін, В₆ – піридоксин, В₁₂ – ціанокобаламін) як модуляторів запалення і болю. Нові дані свідчать про їхній терапевтичний потенціал за різних больових станів. Проведений огляд літератури довів, що за допомогою різних механізмів ці вітаміни регулюють декілька запальних і нервових медіаторів при ноцицептивному та невропатичному болю. Деякі з цих процесів включають спрямовану на активацію низхідної системи модуляцію болю та специфічних внутрішньоклітинних шляхів, протизапальну, антиоксидантну та нервово-регенеративну дію. Крім того, нещодавні дані демонструють антиноцицептивну, антиалодичну й антигіпералгетичну дії комбінації цих вітамінів, а також їхній синергічний ефект із відомими анальгетиками. Саме тому розуміння того, як вітаміни В₁, В₆ і В₁₂ впливають на декілька ноцицептивних механізмів, може бути важливим для лікування різних больових станів.

Є концепція, згідно з якою вітаміни В₁, В₆, В₁₂ разом починають проявляти синергізм.

Ключові ролі в підтримці нервової системи цих вітамінів не перетинаються, але доповнюються:

- тіамін забезпечує нервові клітини достатньою кількістю енергії для виконання своїх функцій і потреб, що нарастають;
- піридоксин підтримує баланс нейромедіаторів, тому різні підсистеми нервової системи працюють збалансовано;
- ціанокобаламін забезпечує цілісність мієлінової оболонки нервових клітин, стимулює зростання й розвиток аксонів і їхнього оточення, що впливає на цілісність аксонів, підтримує швидкість нервової передачі в нормі.

Варто зауважити, що вітаміни групи В у природі та в продуктах харчування ніколи не зустрічаються в ізольованому вигляді, лише в комплексі, тому сьогодні мультивітамінні комплекси виробляються із застосуванням спеціальних технологій, що поєднують різні вітаміни в оптимально адекватних терапевтичних дозах.

Прикладом ефективного комплексу вітамінів В₁, В₆ і В₁₂ є Нейромультівіт. Таблетки Нейромультівіту містять у своєму складі вітаміни групи В у терапевтичних дозах: В₁ – 100 мг; В₆ – 200 мг; В₁₂ – 0,2 мг. Спосіб застосування: 1 таблетка/добу (зручно для пацієнта, компактне для лікаря). Нейромультівіт виробляється в Австрії відповідно до стандартів GMP, доступний широкому колу пацієнтів.

Сфера застосування Нейромультівіту: корінцевий, плечолопатковий, поперековий, шийний синдроми, люмбагіалгія, неврити трійчастого нерва, неврити лицевого нерва, полінейропатії (діабетична, алкогольна), міжреберна невралгія. Фармакологічна дія Нейромультівіту визначається властивостями вітамінів, що входять до складу препарату (забезпечення аксонального транспорту, регуляція синаптичної передачі, відновлення мієлінової оболонки).

Ще одним ефективним препаратом є Нейродикловіт. Це єдиний комбінований препарат на ринку України, що містить диклофенак натрію (50 мг), вітаміни В₁ (50 мг), В₆ (50 мг) і В₁₂ (0,25 мг). Для початкової терапії болю використовують 2-3 капсули/добу, підтримувальна доза – 1 капсула 1-2 р/добу (максимальна доза не має перевищувати 3 капсули).

Диклофенак 150 мг/добу – оптимальний НПЗП за даними метааналізу 76 рандомізованих досліджень (n=58 451). Комбінація диклофенаку та комплексу вітамінів В₁, В₆ і В₁₂ підвищує ефективність, а також скорочує тривалість лікування (Mibielli M.A., 2009). Диклофенак діє на ноцицептивний біль і на осередок запалення, а також навколишні тканини, залучені до запалення, крім того, нейротропні вітаміни діють на невропатичний біль, поліпшують синаптичну передачу, регулюють больову активність нерва, беруть участь у синтезі мієлінової оболонки.

Підготував **Олександр Соловійов**

Затверджено до розміщення:

RAF SON-UA2307-041-01,

липень 2023.



НЕЙРОДИКЛОВІТ

Комбінація диклофенаку та вітамінів групи В підвищує ефективність і скорочує тривалість лікування¹



ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ 50 мг

ТІАМІНУ ГІДРОХЛОРИД (В₁) 50 мг

ПІРИДОКСИНУ ГІДРОХЛОРИД (В₆) 50 мг

ЦІАНОКОБАЛАМІН (В₁₂) 0,25 мг



1. Mibielli M.A. et al. Diclofenac plus Bvitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. // Curr Med Res Opin. – 2009. – V. 25. – P. 2589–2599.

Інформація про лікарський засіб Нейродикловіт: Р.П. №UA/5909/01/01. Інформація для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. ТОВ «БАУШ ХЕЛС»: 01103, м. Київ, вул. Професора Підвисоцького, 6-В. Тел.: (044) 459-04-84.

BAUSCH Health