

Мистецтво лікування болю: досвід європейських експертів

За матеріалами конференції

Усунення больового синдрому є важливим завданням для лікаря будь-якої спеціальності. Біль не лише впливає на самопочуття та якість життя пацієнта, а й затримує процес одужання. Провідні спеціалісти світу з лікування болю розглянули сучасні тренди ефективного менеджменту больового синдрому, окреслили особливості анальгезії у пацієнтів із супутньою патологією та сформулювали правила безпечного й ефективного призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) як компонента мультимодальної анестезії на другій сесії міжнародної онлайн-зустрічі «Синдром подразненого кишечника та біль: 4-й випуск». Учасники заходу акцентували увагу на перевагах місцевого застосування кетопрофену та системного застосування декскетопрофену у різних клінічних ситуаціях.

Ключові слова: нестероїдні протизапальні препарати, мультимодальна анальгезія, кетопрофен, декскетопрофен.



Доказову базу ефективності місцевого застосування кетопрофену для полегшення больового синдрому представив доктор медичних наук, професор Серж Перро (Франція) у доповіді «Місцеве застосування кетопрофену у клінічній практиці: визначення правильного профілю пацієнта».

Місцеві форми лікарських засобів використовуються зі стародавніх часів і дотепер залишаються актуальними в лікуванні певних патологій. Професор С. Перро навів три принципи місцевого використання лікарських засобів для полегшення болю: реалізація механізму дії препарату безпосередньо в місці нанесення (НПЗП, анестетики); запобігання проходженню препарату через печінку; специфічний вплив препарату на дрібні нервові закінчення (капсаїцин).

Актуальність місцевого призначення НПЗП полягає у тому, що цей метод лікування дозволяє (Barkin R. L. et al., 2015):

- покращити комплаєнс (препарат застосовується безпосередньо в ділянці запалення);
- уникнути проходження лікарського засобу через печінку;
- знизити системні побічні ефекти;
- уникнути побічних ефектів із боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), які мають місце при пероральному введенні;
- уникнути взаємодії ліків.

Кетопрофен – НПЗП, що володіє знеболювальними, жарознижувальними і протизапальними властивостями, широко використовується у клінічній практиці при болю та запаленні в м'язах і суглобах. Топічний кетопрофен є одним із найбільш часто призначуваних НПЗП для місцевого застосування, а саме у формі 2,5% гелю (Coaccioli S., 2011).

Дослідження ефективності місцевого застосування НПЗП, зокрема кетопрофену, розпочалося ще в минулому столітті. За результатами першого систематичного огляду та метааналізу було виявлено, що пацієнти відчували полегшення гострого болю (травми м'язів тканин, розтягнення зв'язок) при використанні топічного кетопрофену та плацебо на 74 та 36% відповідно, а місцеві та системні побічні ефекти спостерігалися рідко й не відрізнялися у групах (Moore R. A. et al., 1998). При дослідженні пацієнтів з остеоартрозом суглобів кистей S. Augy та співавт. (1993) виявили позитивний вплив не лише на полегшення больового синдрому, а й на функцію суглобів (покращення на 57%) після застосування 2,5% гелю кетопрофену порівняно з плацебо (20%) ($p < 0,01$). Пізніше Кокранівський огляд (Massey T. et al., 2010) семи рандомізованих клінічних досліджень підтвердив попередні дані, а саме те, що місцеве лікування кетопрофеном виявилось ефективнішим у 73% пацієнтів (251/346, діапазон від 57 до 89%) порівняно з плацебо – 47% (157/337, від 17 до 73%). Місцеві шкірні реакції, як правило, були легкими та тимчасовими, а системні побічні ефекти майже не спостерігалися й не відрізнялися від плацебо. Подібні результати отримали й дослідники Кокранівського огляду 2015 року, які дійшли висновку, що 2,5% гель кетопрофену місцево двічі на день продемонстрував клінічні переваги у пацієнтів із широким спектром захворювань опорно-рухового апарату (Derry S. et al., 2015).

Доповідач зазначив, що безпосередньою перевагою кетопрофену над іншими НПЗП при місцевому застосуванні є його висока проникність усередину тканин і здатність зберігатися там у достатній концентрації для забезпечення високої протизапальної активності (Montastier P. et al., 1994). Крім того, було виявлено, що місцеве застосування гелю кетопрофену на шкіру над суглобом забезпечує у 100 разів вищу порівняно з концентрацією у плазмі крові його концентрацію у синовіальній рідині й капсульній тканині, яка була максимальною через 6 год після нанесення гелю й залишалася незмінною до 12 год (Balerini et al., 1986).

Результати дослідження L. Sekiya та співавт. (2010) продемонстрували, що через 14 год не спостерігалось значної різниці в концентрації кетопрофену у тканинах між групами

місцевого та системного застосування, хоча концентрація у плазмі крові була приблизно у 17 разів вищою у другій групі. Тобто місцеве застосування кетопрофену демонструє швидку й стійку його доставку до прилеглих тканин без значного збільшення концентрації лікарського засобу у плазмі крові, що дозволяє уникнути системних побічних ефектів.

Яким саме пацієнтам показано призначення гелю кетопрофену місцево? На думку професора С. Перро, це пацієнти, які:

- мають гострий посттравматичний біль;
- мають больовий синдром та порушення функції суглобів при остеоартриті;
- мають тендиніт;
- є особами літнього віку;
- приймають системні НПЗП (для підсилення ефективності).

Рекомендації щодо призначення місцевих форм НПЗП містяться в багатьох міжнародних гайдлайнах, проте найбільш широко висвітлені у настановах експертної групи Азіатсько-Тихоокеанського регіону, основні положення яких є наступними (Rafanan B. et al., 2018):

- висока ефективність місцевих форм НПЗП дозволяє використовувати їх як препарати першої лінії для усунення легкого й помірного больового синдрому при захворюваннях опорно-рухового апарату;
- місцеві НПЗП мають зіставну ефективність із пероральними формами у полегшенні як гострого, так і хронічного скелетно-м'язового болю легкої та помірної інтенсивності;
- застосування ультразвукової терапії посилює проникнення та всмоктування місцевих гелів НПЗП, підвищуючи таким чином ефективність препарату;
- НПЗП у формі гелів мають кращу всмоктуваність порівняно з іншими місцевими формами;
- гель кетопрофену має властивість більш глибоко проникати й досягати більш високої локальної концентрації у тканинах;
- місцеві форми НПЗП загалом безпечніші, ніж системні форми, оскільки викликають менше побічних ефектів.

Отже, згідно з міжнародними рекомендаціями, гель кетопрофену показаний для полегшення скелетно-м'язового болю та запалення різноманітної етіології, оскільки більш глибоко проникає всередину тканин порівняно з іншими НПЗП, є безпечним, адже не має системних побічних ефектів, що дозволяє використовувати його навіть у пацієнтів похилого віку та хворих із супутньою патологією.



Основи сучасного менеджменту пацієнтів із гострим болем висвітлює у доповіді «Декскетопрофен – універсальний препарат для ефективного контролю гострого болю» доктор медичних наук, професор Магді Ханна (Велика Британія).

На думку спікера, за останні десятиліття різні сфери медичної та фармацевтичної науки досягли надзвичайного прогресу. Особливо звертає на себе увагу невпинний розвиток менеджменту больового синдрому загалом і гострого болю зокрема. Гострий больовий синдром є різноманітним за етіологією і включає:

- гострий післяопераційний біль;
- гострий скелетно-м'язовий біль:
 - загострення остеоартрити та ревматоїдного артриту;
 - тендиніт та фіброміалгія;
 - переломи кісток, забої м'язів тканин, розтягнення;
 - міалгія/артралгія;
- гострий біль у попереку;
- гострий раковий біль;
- гострий вісцеральний біль:
 - дисменорея;
 - біль при пологах;
 - ішемічний біль;

– специфічні органи больові синдроми (наприклад, панкреатит);

– ниркова/печінкова колька.

М. Choi та співавт. (2021) виокремили ключові проблеми сучасного менеджменту гострого больового синдрому:

- гострий біль лікується недостатньо ефективно;
- кодеїн та парацетамол усе ще є найбільш застосовуваними препаратами;
- обмежене впровадження наукових даних у щоденну клінічну практику;
- недооцінювання клініцистами тяжкості больового синдрому пацієнтів;
- відсутність нових знеболювальних препаратів, неефективне використання існуючих молекул.

Як зазначив професор М. Ханна, роль ефективного контролю больового синдрому надзвичайна, оскільки достатнє знеболення сприяє швидшому одужанню, більш ефективній реабілітації, менш тривалому перебуванню у стаціонарі та поверненню пацієнта до повноцінного життя, що зменшує навантаження на систему охорони здоров'я й фінансові витрати.

Для досягнення більш успішного контролю гострого болю необхідно:

- покращити розуміння механізмів та моделей гострого больового синдрому;
- усунути фактори ризику (індивідуальний підхід);
- дотримуватися мультимодального підходу (використовувати ефективні препарати та найкращі їх комбінації).

Для призначення ефективного лікування надзвичайно важливо ідентифікувати провідні механізми розвитку больового синдрому: чи це сенсibilізація нервової системи, чи ноцицепція, чи запалення, чи нейропатичні механізми болю, чи їх комбінація? Що ж мається на увазі під поняттям «ідеальний анальгетик»? Це ефективний знеболювальний засіб, що має швидкий початок дії та ефективно й таргетно впливає на декілька механізмів гострого болю.

Декскетопрофен – високоефективний інгібітор циклооксигенази (ЦОГ) 1 та 2, який є у чотири рази сильнішим за кетопрофен. Механізм периферичної знеболювальної дії декскетопрофену полягає у блокуванні запалення та травмуючих подразників і тим самим перешкоджає сенситизації периферичних ноцицепторів (Carabaza A. et al., 1997). Центральний механізм анальгезії забезпечує зменшення феномену центральної сенситизації та блокування передачі больових імпульсів у вищі нервові центри (Mazario J. et al., 1999). Мультимодальні механізми дії декскетопрофену були продемонстровані у дослідженні V. Noriega та співавт. (2020), яке виявило, що анальгезія досягається за рахунок не лише пригнічення ЦОГ, а й опосередкованого впливу на серотонінові рецептори.

Ефективність декскетопрофену при різних патологіях, що супроводжуються гострим больовим синдромом, доведена численними дослідженнями. Так, було продемонстровано, що призначення 25 мг декскетопрофену мало більшу знеболювальну ефективність та протизапальну дію порівняно із 600 мг ібупрофену протягом першої години після хірургічного втручання на ротовій порожнині ($p < 0,05$) (Jimenez-Martinez E. et al., 2004). Результатами іншого дослідження доведено, що декскетопрофен у дозі 25 мг має зіставну ефективність із 50 мг трамадолу у зменшенні гострого болю в попереку та відновленні функціональної активності у цій ділянці ($p < 0,05$), проте має краще співвідношення «ризик – користь» через добру переносимість (Metscher B. et al., 2001).

Останніми роками набуває актуальності використання мультимодальної анальгезії, переваги якої є наступними (Varrassi G. et al., 2020):

- знеболювальні препарати використовуються меншими дозами;
- покращується антиноцицепція за рахунок синергетичного/адитивного ефекту;
- зменшується сила побічних ефектів кожного препарату.

Ефективність мультимодальної анальгезії була продемонстрована дослідженнями при різних патологіях та механізмах болю. R. A. Moore та співавт. (2015) при вивченні ефективності різних препаратів при зубному болю виявили, що

саме поєднання декскетпрофену із трамаолом мало найбільшу анальгезивну дію (72%). Пізніше автори дослідили ефективність цих препаратів у зменшенні оцінки за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) після гістеректомії й дійшли висновку, що комбінація декскетпрофену 25 мг та трамадолу 75 мг виявилася більш ефективною, ніж декскетпрофен 25 мг або трамадол 100 мг при окремому застосуванні (Moore R.A. et al., 2016). Обнадійливі результати отримали й автори рандомізованого дослідження, де вивчалася ефективність мультимодальної анальгезії після тотального ендопротезування кульшового суглоба (McQuay N.J. et al., 2016).

Отже, декскетпрофен є універсальним препаратом для ефективного контролю гострого болю, оскільки довів свою ефективність у численних дослідженнях при різних патологіях, особливо як компонент мультимодальної анальгезії.



Тему переваг мультимодальної анальгезії продовжив **професор Антоніо Монтеро (Іспанія)** у доповіді «**Пероральний та ін'єкційний декскетпрофен у клінічній практиці: розбір клінічних випадків**». На основі власного досвіду та даних клінічних досліджень він висвітлює переваги використання декскетпрофену як компонента мультимодальної анальгезії у коморбідних пацієнтів.

Насамперед спікер акцентував увагу на тому, що однією зі складових успішного лікування гострого больового синдрому є визначення у пацієнта підвищеного ризику страждання від сильного післяопераційного болю. Серед факторів підвищеного ризику виділяють (Fletcher D. et al., 2015):

- ризики, пов'язані із хірургічним втручанням (тип операції, тип та техніка розрізу, тип анестезії);
- ризики, пов'язані з пацієнтом (вік і стать, супутні захворювання, соціальні фактори, попередній досвід перенесення больового синдрому).

При призначенні тих чи інших знеболювальних засобів слід звертати ретельну увагу на наявні у пацієнта супутні захворювання та патологічні стани (медикаментозна алергія, помірне або тяжке порушення функції нирок та печінки, дегідратація, хронічне вживання опіоїдів, прийом антикоагулянтів, виразкова хвороба, тяжка неконтрольована артеріальна гіпертензія). Важливо знайти ідеальний баланс між коморбідністю та анальгезивною терапією (Aminoshariae A. et al., 2016).

Іншою складовою ефективного купірування гострого болю є використання протоколів мультимодальної анестезії.

Для обґрунтування цих тверджень професор А. Монтеро продовжив доповідь розбором клінічних випадків.

Клінічний випадок № 1

Жінка, 62 років, після тотального ендопротезування кульшового суглоба. В анамнезі пацієнтки: гіпертонічна хвороба, із приводу якої вона приймає блокатори кальцієвих каналів; біполярний афективний розлад, із приводу якого приймає антидепресанти та препарати літію.

У післяопераційному періоді для знеболення пацієнтці було проведено ілео-фасціальну блокаду, а також вона отримувала пацієнт-контрольовану (patient-controlled analgesia, PCA) опіоїдну терапію морфіном. Незважаючи на це оцінка болю за ВАШ становила 9-10 балів. Додатково було введено болюсно ропівакаїн через катетер ілео-фасціального блока, зменшено інтервальне дозування PCA та введено внутрішньовенно Дексалгін у дозі 50 мг. Оцінка болю знизилася до 5 балів, і пацієнтці стало набагато краще. Але протягом наступних 30 хв у неї поступово потьмарилася свідомість, стався короткий судомний напад. Після внутрішньовенного введення фенітоїну пацієнтку було переведено у відділення інтенсивної терапії.

Що ж стало причиною погіршення стану хворої? Після дообстеження було виявлено, що концентрація літію у сироватці крові втричі перевищувала нормальний терапевтичний рівень (2,6 ммоль/л). Пацієнтці розпочали введення осмотичного діуретика та бікарбонату, після чого її психічний стан повернувся до вихідного рівня, а рівень літію нормалізувався через 36 год після останньої дози 50 мг Дексалгіну.

Тобто, перш ніж розпочати знеболювальну терапію, важливо з'ясувати, які препарати приймає пацієнт,

та передбачити можливу їх взаємодію з анальгетиками. У цьому клінічному випадку показана лікарська взаємодія між НПЗП та препаратом літію, якої слід уникати. Крім того, важливо уникати комбінації НПЗП з аміноглікозидами, оральними антикоагулянтами, похідними сульфонілсечовини, β-адреноблокаторами, інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту, калійзберігаючими діуретиками, антикоагулянтами, метотрексатом, циклоспорином, дигоксином.

Клінічний випадок № 2

Жінка, 59 років, була госпіталізована у відділення невідкладної допомоги з гострим холециститом, із приводу якого їй планувалося проведення відкритої холецистектомії. В анамнезі пацієнтки сильні блювання та запаморочення після застосування пластиру із трамаолом і фентанілом, призначеного для полегшення хронічного болю в попереку. У зв'язку із цим пацієнтці вирішено застосовувати безопіоїдну анестезію (opioid-free anaesthesia), яка включала:

- перед операцією: габапентин 300 мг;
- під час операції: периферична блокада з 0,2% ропівакаїном 250 мг; в/в Дексалгін 50 мг; в/в парацетамол 1000 мг; в/в кетамін 0,025 мг/кг;
- після операції: ТАР-блок; в/в Дексалгін 50 мг / 8 год (перші 24-48 год); в/в парацетамол 1000 мг / 8 год (перші 24-48 год); в/в дексаметазон 4 мг; перорально Дексалгін 25 мг / 8 год (наступні 3-5 днів); перорально парацетамол 1000 мг / 8 год (наступні 3-5 днів).

Таким чином, завдяки поєднанню місцево-регіонарної анальгезії, НПЗП та коанальгетиків можна уникнути використання опіоїдів для післяопераційного знеболення.

Клінічний випадок № 3

Чоловік, 79 років, планово госпіталізований для проведення ендопротезування колінного суглоба. В анамнезі має: гіпертонічну хворобу, із приводу якої приймає амлодипін 2,5 мг; дисліпідемію; хронічну ішемічну хворобу серця (стенування 1 рік тому), із приводу якої приймає подвійну антитромбоцитарну терапію (ацетилсаліцилова кислота (АСК) 100 мг/добу та клопідогрель 75 мг/добу); надлишкову масу тіла; хронічне захворювання нирок стадії 3а.

Чи слід продовжувати антитромбоцитарну терапію у післяопераційному періоді? Згідно з рекомендаціями, якщо пацієнт отримує терапію АСК, потрібно продовжувати лікування низькими дозами (100 мг/добу), оскільки показано, що АСК знижує ішемічний ризик без істотного збільшення ризику кровотечі. Лише при втручаннях із дуже високим ризиком кровотечі (наприклад, нейрохірургічні операції) пропонується розглянути можливість припинення АСК на 3 дні. Якщо пацієнт отримує більш високі дози АСК (наприклад, 300 мг/добу), відкладати оперативне лікування недоцільно, необхідно зменшити дозування АСК до 100 мг/добу за 7 днів до втручання. Якщо пацієнт приймає інгібітори P2Y12-рецепторів, рекомендовано припинити прийом препарату за 3-7 днів до операції (тикагрелор – за 3-5 днів; клопідогрель – за 5 днів; прасугрель – за 7 днів) і замінити його 100 мг АСК. Лікування інгібіторами P2Y12-рецепторів можна відновити протягом перших 24 год після операції (Nicholson M. et al., 2020).

У день операції об'єктивно у пацієнта визначалося: пульс – 99 уд./хв, артеріальний тиск – 180/95 мм рт. ст., кліренс креатиніну – 59 мл/хв (при нормі 97-137 мл/хв). Чи варто в такому випадку призначати НПЗП?

Усі НПЗП несуть певний ризик компенсації серцево-судинних захворювань. Фактори ризику включають: артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію, хронічну ішемічну хворобу серця, цукровий діабет, тютюнопаління. За даними Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA), ризик гострого коронарного синдрому або гострого порушення мозкового кровообігу може виникнути вже на першому тижні застосування НПЗП. Проте у разі застосування декскетпрофену цей ризик збільшується незначно або помірно (на 13%) (Schink T. et al., 2018).

З урахуванням даних анамнезу пацієнта анестезіологічне забезпечення у періопераційному періоді включало:

- перед операцією: відміна клопідогрелю за 5 днів до операції, АСК 100 мг/добу; за 2 год до операції: амлодипін 2,5 мг, прегабалін 300 мг, мідазолам 5 мг;
- під час операції: спінальна анестезія (бупівакаїн 10 мг + фентаніл 0,2 мг); в/в Дексалгін 50 мг; в/в парацетамол 1000 мг; в/в дексаметазон 4 мг; суглобова інфільтрація;
- після операції: блокада стегнового нерва; в/в Дексалгін (максимум 50 мг/добу), потім 12,5 мг перорально кожні 12 год; перорально парацетамол 1000 мг; перорально трамадол 50 мг;
- вдома: протягом 48 год перорально Дексалгін 12,5 мг та трамадол 50 мг / 12 год, наступні 72 год перорально парацетамол 1000 мг / 8-12 год.

Тобто у пацієнтів із високим серцево-судинним ризиком слід призначати НПЗП із обережністю й використовувати їх у знижених дозах. Крім того, таким пацієнтам показана мультимодальна анальгезія за допомогою локально-регіонарних методик у поєднанні з опіоїдами та низькими дозами НПЗП.

Клінічний випадок № 4

Жінка, 39 років, знаходиться на 38-му тижні вагітності двійнею. Пацієнтка госпіталізована для розродження методом планового кесаревого розтину. З анамнезу відомо, що вагітна приймає антикоагулянти (дабігатран) у зв'язку з мітральним стенозом.

Чи потрібно припинити антикоагулянтну терапію перед операцією? У цьому випадку пацієнтка має високий ризик тромбоемболії, тому необхідно відмінити пероральну антикоагулянтну терапію за 48 год до втручання й замінити її на підшкірне введення низькомолекулярного гепарину (НМГ). Прийом дабігатрану можна відновити через 24 год після операції.

Як проводити післяопераційне знеболення у такої пацієнтки? Звісно, встановлення перидурального катетера дозволяє значно зменшити інтенсивність больового синдрому за допомогою інфузії місцевого анестетика. Однак пацієнтка отримує НМГ, що збільшує ризик кровотечі в епідуральному просторі. Вона хоче якомога швидше почати грудне вигодовування і нормально пересуватись, тому важливо уникати блокування нервової функції. Отже, оптимально було використовувати мультимодальне знеболення, яке включало такі заходи: хірургічна інфільтрація рани, ТАР-блок, в/в РСА морфіном (необов'язково) протягом 12-24 год; перші 24 год – в/в Дексалгін 50 мг / 8 год, в/в трамадол 50 мг / 8-12 год; наступні 24-48 год – перорально Дексалгін 25 мг / 8-12 год; трамадол 75 мг / 8-12 год.

Чому саме Дексалгін? Одночасне використання НПЗП та НМГ підвищує у пацієнтів ризик кровотечі зі ШКТ, проте декскетпрофен має один із найнижчих ризиків (4,98 випадку) порівняно з диклофенаком (7,0) та кеторолаком (25,78) (Liorento M.J. et al., 2002).

Отже, у пацієнтів із високим серцево-судинним ризиком, які отримують антикоагулянтну терапію, рекомендована східчаста терапія із застосуванням НМГ. Пацієнтам, які отримують НМГ, краще уникати спинномозкових блокад. У схемах мультимодальної анестезії варто обирати НПЗП із зниженим ризиком розвитку кровотечі зі ШКТ, наприклад декскетпрофен (Дексалгін).

На завершення доповідач наголосив, що слід дотримуватися протоколів лікування, враховувати протипоказання, зважати на фармакологічні взаємодії, контролювати ефективність та запобігати можливим побічним ефектам. При цьому НПЗП, особливо декскетпрофен, продемонстрували добру переносимість та високу ефективність у різних клінічних випадках протягом короткого періоду (3-5 днів) у терапії гострого болю.

Таким чином, на думку світових експертів із лікування болю, сучасний менеджмент больового синдрому передбачає використання протоколів мультимодальної анальгезії, що дозволяє більш дієво купірувати больовий синдром і мінімізувати побічні ефекти. Місцевий кетпрофен та системний декскетпрофен у якості компонентів мультимодальної анальгезії продемонстрували свою ефективність і безпеку у численних дослідженнях та клінічній практиці.

Підготувала **Марія Грицуля**

Симптоматичне лікування гострого болю^{1,2,3,*}

Дексалгін®

декскетпрофену трометамол



ШВИДКА^{3,4,5} та ЕФЕКТИВНА^{1,6,7,8,9,10}
знеболювальна дія



**ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2020¹²**



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ М01А Е17.
ДЕКСАЛГІН®. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить декскетпрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетпрофену 25 мг. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Показання. Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня, наприклад, м'язово-скелетний біль, болісні менструації (дисменорея), зубний біль. Протипоказання. Підвищена чутливість до декскетпрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Та інші. Спосіб застосування та дози. Дорослим. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 12,5 мг (1/2 таблетки, вкритої плівковою оболонкою) кожні 4-6 годин або 25 мг (1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою) кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Небажані дії препарату можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімально ефективних доз протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Дексалгін® не передбачений для тривалої терапії; лікування триває, поки є симптоми. Одночасний прийом з їжею сповільнює всмоктування лікарського засобу, тому при гострому болі рекомендовано приймати препарат не менше ніж за 30 хвилин до їди. Побічні реакції. Найчастіше спостерігаються побічні реакції з боку травного тракту. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® від 11.01.2019 №81. Виробник. Лабораторіус Менаріні С. А. Альфонс XII, 587, Барселона, Барселона, 08918 Іспанія. А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.л. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Аква (АК), Італія.

ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ. Склад: 1 мл розчину для ін'єкцій містить декскетпрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетпрофену 25 мг (одна ампула по 2 мл містить декскетпрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетпрофену 50 мг). Лікарська форма. Розчин для ін'єкцій. Показання. Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату нецільове, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коликах та болю у попереку. Протипоказання. Підвищена чутливість до декскетпрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. При порушенні функції нирок середнього або важкого ступеня (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). При тяжкому порушенні функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Та інші. Спосіб застосування та дози. Дорослі. Рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. При необхідності повторну дозу вводять через 6 годин. Максимальна добова доза не має перевищувати 150 мг. Дексалгін® ІН'ЄКТ призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, якщо це можливо. Побічні реакції можна скоротити за рахунок застосування найменшої ефективної дози протягом якомога коротшого часу, необхідного для покращення стану. Побічні реакції. Порушення з боку травного тракту спостерігалися найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ від 15.10.2020 №2338. Виробник. Альфасіма С.П.А. вул. Енріко Фермі, 1-65020 Аланно (Пескара), Італія.

ДЕКСАЛГІН® САШЕ. Склад: декскетпрофену трометамолу; 1 ододозовий пакет містить декскетпрофену трометамолу 36,90 мг, що еквівалентно декскетпрофену 25 мг. Лікарська форма. Гранули для орального розчину. Показання. Короточасне симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня тяжкості, наприклад, м'язово-скелетний біль, дисменорея та зубний біль. Протипоказання. Підвищена чутливість до декскетпрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Та інші. Спосіб застосування та дози. Дорослі. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 25 мг кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Побічні дії можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Перед застосуванням розчинити весь вміст 1 пакета у склянці води та добре перемішайте для кращого розчинення. Отриманий розчин слід приймати відразу після приготування. Дексалгін® саше призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів. Побічні реакції. Порушення з боку травного тракту спостерігалися найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® саше від 13.04.2021 №721. Виробник. Лабораторіус Менаріні С. А. Альфонс XII, 587, Барселона, Барселона, 08918 Іспанія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® від 11.01.2019 №81. ² Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® саше від 13.04.2021 №721. ³ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® ін'єкт від 15.10.2020 №2338. ⁴ Sanchez-Carpena J, et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and dipyron in the treatment of renal colic. Clin Drug Invest 2003, 23:139-152. ⁵ Babanoj MJ, et al. Clinical pharmacokinetics of dexketoprofen. Clin Pharmacokinet 2001, 40:245-262. ⁶ Marengo JL, et al. A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of dexketoprofen trometamol versus diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis. Clin Drug Invest 2000, 19:247-256. ⁷ Metscher B, et al. Dexketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago. Fortschr Med Orig 2001, 118:147-151. ⁸ Leman P, et al. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dexketoprofen and diclofenac in lower limb injury. Emerg Med J 2003, 20:511-513. ⁹ Ay, MO et al. Comparison of the Analgesic Efficacy of Dexketoprofen Trometamol and Meperidine HCl in the Relief of Renal Colic. American Journal of Therapeutics 2013, May 9, 1-8. ¹⁰ Karaman Y, et al. Efficacy of Dexketoprofen trometamol for acute postoperative pain relief after ENT surgery: a comparison with paracetamol and metamizole. Nobel Medicus, 2010, 6(2), 47-52. ¹¹ Дексалгін® та Дексалгін® ін'єкт є першими лікарськими засобами в Україні, що були зареєстровані у 2004 та 2005 рр відповідно та мають діючу речовину «декскетпрофен» (Market research system «Pharmstandart», ТОВ «Моріон», 2003-2020, Year 2003-2020, M01A market). ¹² <http://panaceja.ua/> Показання: Симптоматичне лікування гострого болю від легкого та середнього ступеня (Дексалгін® та Дексалгін® саше) до болю середньої та високої (Дексалгін® ін'єкт) інтенсивності. ** Пацієнтам особливих груп (літнього віку, при порушеннях функції печінки легкого та помірного ступеня тяжкості, при порушеннях функції нирок легкого ступеня тяжкості) дозу препарату слід підбирати індивідуально. Будь ласка, прочитайте повні інструкції про лікарські засоби та ознайомтеся з повним переліком показань, протипоказань, побічних реакцій, спосіб та особливості застосування препаратів Дексалгін® від 11.01.2019 №81, ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ від 15.10.2020 №2338, Дексалгін® саше від 13.04.2021 №721. ДЕКСАЛГІН® не передбачений для тривалої терапії; лікування триває, поки є симптоми. ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ призначений для симптоматичного лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату нецільове. ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, якщо це можливо. ДЕКСАЛГІН® САШЕ призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів.

Представництво «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ»
Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29,
тел.: (044) 354-1717, факс: (044) 354-1718

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**