

Біль у спині — погляд ревматолога

За даними епідеміологічних робіт, у розвинених країнах упродовж року у 50% дорослих мають епізод болю в спині, а протягом життя 60-80% осіб відчувають його (Подчуфарова і співавт., 2010). Систематичний аналіз даних оцінювання глобального економічного тягаря хвороб 2016 р. засвідчив, що біль у спині стабільно посідала перше місце серед причин працездатності 1990, 2006, 2016 рр. (Порфенов та співавт., 2016).

Пацієнти зі скаргами на біль у спині звертаються не тільки до ревматологів, а й до фахівців інших спеціальностей — гінекологів, урологів, травматологів, неврологів, терапевтів і сімейних лікарів. У цій статті наведено декілька клінічних випадків пацієнтів, що звернулися до авторки зі скаргами на біль у спині, як до лікарки-ревматологині.

Левову частку (80-85%) всіх випадків болю в нижній частині спини (БНС) становить неспецифічний біль. На радикулопатії страждають 10-15% пацієнтів, а на специфічний біль у спині, зумовлений серйозною патологією, — від 1 до 5% осіб. Зокрема, наведені випадки належать саме до останньої категорії.

Про біль у спині, зумовлений серйозною патологією, свідчать певні ознаки — так звані «червоні прапорці»:

- 1) дебют болю у пацієнтів віком <20 або >50 років;
- 2) серйозна травма хребта в анамнезі;
- 3) онкологічний анамнез;
- 4) зниження маси тіла без видимих причин;
- 5) температура тіла >37,8 °С;
- 6) біль, який постійно посилюється, проте не пов'язаний із рухами;
- 7) незвичайна локалізація болю — промежина, пряма кишка, живіт, півва;
- 8) посилення болю в горизонтальному положенні та ослаблення — у вертикальному;
- 9) зв'язок болю з прийманням їжі, дефекацією, сечовипусканням, статевим актом;
- 10) неспецифічний лабораторний показник крові — швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) >25 мм/год;
- 11) поширений неврологічний дефіцит;
- 12) підозра на анкілозуючий спондиліт;
- 13) зловживання медикаментами або алкоголем;
- 14) лікування глюкокортикоїдами або цитостатиками;
- 15) зниження висоти тіла хребця або кісткова деструкція за даними рентгенографії;
- 16) брак поліпшення >1 міс.

Обстеження пацієнтів із БНС має проводитися із застосуванням таких методів, як:

- Клінічний аналіз крові — для виявлення підвищення ШОЕ, анемії (як наслідка запального процесу в хребті), онкопатології та/або інфекції.
- Біохімічний аналіз крові — визначення вмісту кальцію, фосфору, С-реактивного білка (СРБ), фібриногену, білкових фракцій, активності лужної фосфатази.
- Дослідження на ієрсиніоз, сальмонельоз, псевдотуберкульоз; застосування методу полімеразної ланцюгової реакції — для виявлення хламідій; аналіз на антиген HLA-B27, простата-специфічний антиген; туберкулінові проби.
- Рентгенографія попереково-крижового відділу хребта в прямій і бічній проекціях, функціональні проби у стані максимального згинання та розгинання.
- Комп'ютерна томографія — для виявлення грижі диска, стенозу хребтового каналу, патології кісткової тканини.
- Магнітно-резонансна томографія (МРТ) — для отримання зображення в будь-якій проекції, чутливість і специфічність методу становлять 93%.
- Денситометрія — усім пацієнтам віком >50 років із хронічним БНС, жінкам у менопаузі, жінкам із видаленими яєчниками; хворим, які приймають

глюкокортикостероїди, тиреоїдні препарати, антациди, протисудомні препарати; пацієнтам із переломами в анамнезі, при рентгеновському діагностуванні остеопорозу.

Клінічний випадок № 1

Пацієнт, 43 роки, звернувся зі скаргами на біль у попереку, який посилюється за зміни положення тіла, кашлю, фізичного навантаження; зменшується в спокої, за приймання препарату диклофенаку натрію (100 мг на добу). Індекс маси тіла 28 кг/м², не курить, не зловживає алкоголем.

Анамнез. Пацієнт мав перелом шийки правої стегнової кістки (2021 р.), протезування, тривалий період реабілітації. У віці 12 років був перелом правої плечової кістки, у 14 років — малоберцової кістки при падінні. Множинні переломи ребер. Результати клінічного та біохімічного аналізів крові без патології, рівень вітаміну D (25(OH)D) 29 нг/мл, вміст іонізованого кальцію 2,1 ммоль/л; рівні паратгормону, тиреотропного гормону, вільного тироксину в межах фізіологічної норми.

За даними МРТ виявлено компресійний перелом у поперековому відділі хребта. Денситометричне рентген-дослідження продемонструвало, що Z-критерій (відношення щільності кістки до вікової норми) становив -4,5 у хребті та -2 в шийці стегнової кістки, а рівень маркера кісткової резорбції (β-cros Laps) був підвищений.

Двохенергетична рентгеновська абсорбціометрія

Найчастіше за постменопаузального остеопорозу спостерігаються переломи хребців і променевої кістки, за гіперпаратиреозу — кісток кінцівок, за сенильного остеопорозу — шийки стегна.

Власне, найбільшу діагностичну значущість мають дослідження:

- поперекового відділу хребта в сагітальній проекції;
 - проксимального відділу стегнової кістки;
 - дистального відділу кісток передпліччя.
- Показаннями до тестування мінеральної щільності кісткової тканини методом двоенергетичної рентгеновської абсорбціометрії (DEXA) є:
- Вік ≥65 років для жінок і ≥70 років для чоловіків.
 - Період постменопаузи в жінок.
 - Анамнез перелому без серйозної травми.
 - Остеопенія, виявлена рентгенологічно.
 - Початок приймання або довгострокова системна терапія глюкокортикоїдами (≥3 міс.).
 - Пери- або постменопауза в жінок із чинниками ризику остеопорозу за бажання розглянути фармакологічні втручання.

До чинників ризику остеопорозу належать сімейний анамнез переломів, куріння, низька маса тіла, приймання глюкокортикоїдів ≥3 місяці, серйозні хронічні захворювання, що збільшують ризик переломів.

Весвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує використовувати для діагностики остеопорозу T-критерій — кількість стандартних відхилень (SD) від середнього значення щільності стегнової кістки (мг/см²) у жінок європейської раси молодого віку. Нормою можна вважати T-критерій >-1; якщо цей показник від -1 до -2,5 — доречно говорити про остеопенію, а результат ≤-2,5 свідчить про остеопороз (Ensrud et al., 2019).

Z-критерій використовують у таких категорії пацієнтів:

- у жінок до настання менопаузи;
- у чоловіків віком до 50 років;
- у дітей і підлітків для оцінювання мінеральної щільності кісткової тканини необхідно послуговуватися Z-, а не T-критерієм (значення Z-критерію менше -2,0 SD оцінюється як «нижче очікуваних



Є.Д. Єгудіна

показників для віку», а більше -2,0 SD — як «у межах очікуваних показників для вікової групи»).

Причини вторинного остеопорозу в дорослих можна розділити на п'ять великих груп: 1) ендокринні або метаболічні причини; 2) дієтичні або пов'язані зі шлунково-кишковим трактом (ШКТ); 3) зумовлені лікарськими препаратами; 4) спричинені порушеннями метаболізму колагену; 5) викликані іншими причинами.

До ендокринних або метаболічних причин належать: акромегалія; цукровий діабет 1-го або 2-го типу; дефіцит гормону росту; гіперкортицизм; гіперпаратиреоз; гіпертиреоз; гіпогонадізм; гіпофосфатазія; порфірія; вагітність.

До дієтичних або пов'язаних із ШКТ належать: алкоголізм; нервова анорексія; дефіцит кальцію; хронічна хвороба печінки; мальабсорбція / недоїдання (зокрема, целиакія, муковісцидоз, хвороба Крона, резекція шлунка); парентеральне харчування; дефіцит вітаміну D.

Власне, деякі лікарські препарати теж можуть виступити як тригер вторинного остеопорозу:

- протиепілептичні препарати;
- інгібітори ароматази;
- хіміотерапія / імунодепресанти;
- глюкокортикоїди;
- гонадотропін-релізінг-гормональні агенти;
- гепарин;
- літій;
- інгібітори протонної помпи;
- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну;
- тіазолідиніони;
- інгібітори натрій-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2-інгібітори);
- гормони щитоподібної залози (у супрафізіологічних дозах).

Як відомо, до порушень метаболізму колагену належать: синдром Елерса-Данлоса; гомоцистинурія; синдром Марфана; недосконалий остеогенез.

До інших порушень, що можуть спровокувати остеопороз належать: СНІД / ВІЛ; анкілозивний спондиліт; хронічне обструктивне захворювання легень; хвороба Гоше; гемофілія; гіперкальціурія; іммобілізація; велика депресія; міелома та деякі злоякісні пухлини; трансплантація органів; ниркова недостатність; нирковий каналцевий ацидоз; ревматоїдний артрит; таласемія.

Початкове лікування остеопоротичних переломів

Терапія остеопоротичних переломів передбачає контроль болю та модифікацію активності. Перерольні анальгетики є засобами першої лінії для полегшення гострого болю. Варіанти включають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), анальгетики центральної дії, ІЗССР. Зокрема, вибір початкового засобу залежить від тяжкості болю.

Пацієнтам, які втратили працездатність через біль внаслідок компресійних переломів хребців або

перелому шийки стегна, може знадобитися госпіталізація та парентеральне знеболювання.

Переваги препарату Німесил®

Німесулід, що випускається у формі гранул для оральної суспензії (препарат Німесил® виробництва «Laboratorios Menarini S.A.» для «Laboratori Guidotti S.p.A.» (MENARINI GROUP), Іспанія/Італія), має на 75% більшу швидкість всмоктування в першу годину, ніж препарат у формі таблеток, і на 50% швидше знижує біль після артроскопії та менісектомії, ніж напроксен і мелоксикам. Він швидко всмоктується в плазмі та розподіляється в синовіальній рідині, чинить протизапальну дію.

Як відомо, німесулід має лужні властивості, що ускладнює його проникнення до слизової верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і зменшує ризик прямого впливу на неї (Матчанов, 2016).

Німесил® дуже швидко всмоктується в ШКТ. Фармакологічний профіль препарату не залежить від віку пацієнта – він добре переноситься літніми пацієнтами. Має короткий період напіввиведення ($T_{1/2} = 1,8-4,73$ год), практично не блокує фермент циклооксигеназу (ЦОГ-1). Метаболізується з утворенням сполук, що виводяться через нирки і кишківник. Наявність їжі в шлунку не зменшує абсорбцію (Kress et al., 2016).

Європейське епідеміологічне дослідження за участю 400 тис. осіб, які приймали НПЗП, не описано істотних відмінностей в гепатотоксичності німесуліду й низки інших препаратів цієї групи, як-от диклофенак та ібупрофен (Traversa et al., 2003; Donati et al., 2016).

Препаратам класу НПЗП притаманний ефект ризику печінкової недостатності, проте цей ризик за приймання парацетамолу в чотири рази вищий, ніж за вживання німесуліду (Gulmez et al., 2013).

Медикаментозна терапія необхідна пацієнтам з анамнезом остеопоротичного перелому, пацієнтам із Т-критерієм -2,5 або нижчим для хребта, шийки стегнової кістки, усього стегна або 1/3 променевої кістки; пацієнтам із Т-критерієм від 1,0 до -2,5, якщо показник за шкалою оцінювання ймовірності виникнення переломів (FRAX) вищий за порогове значення для країни.

Клінічний випадок № 2

Чоловік, 25 років, зі скаргами на біль у сідницях, частіше зранку, який зменшується після фізичних навантажень. Показник інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) 7-9 балів. Хворіє 6 міс., лікувався у реабілітолога з позитивним ефектом. Упродовж 3 міс. застосовував щодня препарат Диклоберл® 100 мг (диклофенак натрію, виробник БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина), після якого відзначав значне полегшення. Результат аналізу

на HLA-B27 негативний. ШОЕ – 35 мм/год, вміст СРБ 50 мг/л. МРТ крижово-клубового сполучення (ККС) підтвердила набряк кісткового мозку в субхондральних зонах правого ККС, що свідчить про сакроілеїт.

Запальний біль у спині

Чутливість до діагнозу «аксіальний спондилоартрит» (аксСпА) становить 70-80% (Sieper et al., 2009). Критерієм цієї патології є запальний біль, якому притаманні такі характеристики:

- вік пацієнтів 45 років;
- повільний початок, що триває ≥ 3 міс.;
- ранкова скутість протягом 30 хв;
- поліпшення стану після фізичних навантажень, проте відсутність позитивної динаміки після відпочинку;
- інтенсивний біль у другій половині ночі, із поліпшенням після фізичного навантаження;
- біль у сідницях із позитивною відповіддю на терапію НПЗП.

Для осіб віком >45 років також характерні такі критерії: візуалізаційно – сакроілеїт (рентгенографія, МРТ) + ≥ 1 ознака спондилоартриту (СпА); клінічна група HLA-B27 + ≥ 2 ознаки СпА.

До характерних ознак СпА належать: сімейний анамнез, підвищений вміст СРБ, наявність увеїту, позитивна відповідь на терапію НПЗП, псоріаз, позитивний результат на HLA-B27, запальний біль у спині, запальні захворювання кишківника, артрит, ентезит, дактиліт.

За рекомендаціями Американського товариства анестезіологів / Міжнародної мережі з оцінювання результатів лікування ревматоїдного артритру в клінічних дослідженнях (ASAS/OMERACT, 2009), клінічним підтвердженням сакроілеїту є наявність запальних змін ККС на МРТ у типових анатомічних ділянках (субхондрально або періартикулярно). Слід пам'ятати, що сакроілеїт може бути діагностований під час надмірного фізичного навантаження або у жінок після пологів і проявлятися у вигляді невеликого набряку навколосуглобової ділянки або вогнища кісткового набряку, проте це не свідчить про наявність аксСпА (Front Med, 2021). До структурних змін, які відображають попереднє запалення належать: склероз, ерозії, жирова інфільтрація та кісткові перетинки / анкілози. Відповідно до рекомендацій Американської колегії ревматології (ACR, 2019), лікування пацієнтів з аксСпА має залучати фармакологічні (тривале використання НПЗП) та нефармакологічні компоненти (лікувальну фізкультуру, масаж, застосування ультразвуку). Препаратами другої лінії терапії є інгібітори фактора некрозу пухлин (іФНП). У разі негативної динаміки слід перейти до засобів третьої лінії, до яких належать інгібітори інтерлейкіну 17 та інгібітори янускінази (JAK).

Застосування НПЗП у ревматології

Призначення НПЗП хворим ревматологічного профілю є доцільним:

- за діагностичного пошуку, остеоартриту, подагри та ревматоїдного артритру в анамнезі (симптом-модифікувальна функція);
- у разі СпА в анамнезі (структурно-модифікувальна функція);
- для профілактики нападів подагричного артритру під час початку ультразвукової терапії (3-6 місяців).

Переваги препарату Диклоберл®

У своїй практиці ревматологи часто застосовують диклофенак (Диклоберл®), який має низку переваг порівняно з іншими НПЗП:

- є збалансованим інгібітором ЦОГ-2;
- має достовірно вищу ефективність, ніж селективні інгібітори ЦОГ-2;
- не поступається щодо переносимості сучасним селективним інгібіторам ЦОГ-2;
- не чинить вплив на метаболізм хрящової тканини;
- наявні різні лікарські форми;
- є єдиним НПЗП, для якого доведено високу гастроінтестинальну безпеку в комбінації з аспірином.

2015 року здійснено метааналіз із застосуванням баєсівської моделі, який налічував дані 146 524 пацієнтів у 176 дослідженнях. Учені порівнювали користь і ризики застосування диклофенаку та інших традиційних НПЗП й інгібіторів ЦОГ-2, як-от целекоксиб, ібупрофен, напроксен та еторикоксиб, для пацієнтів з остеоартритом або ревматоїдним артритом (РА). Оцінювання за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) підтвердило, що диклофенак краще зменшував біль завдяки максимально ефективному пригніченню синтезу простагландину 2, який має прозапальну дію, та зниження його рівня на 93%, що значно ефективніше, ніж аналогічні показники як для ЦОГ-2-селективних рефекоксибу, мелоксикаму, так і для неселективних ібупрофену й напроксену (Van Walsen et al., 2015).

Крім того, диклофенак ефективніший за мелоксикам за клінічними показниками, про що свідчать результати дослідження MELISSA. В експерименті брали участь понад 9 тис. осіб з остеоартритом. Пацієнти, які застосовували мелоксикам, на 38% частіше відмовлялися від лікування через його неефективність (80 із 4635 осіб; $p < 0,01$) порівняно з когортою, яка приймала диклофенак (48 із 4688 пацієнтів) (Van Hecken et al., 2000).

Одна капсула препарату Диклоберл® 100 мг діє протягом 24 год, що зумовлює значну прихильність до терапії у пацієнтів ревматологічного профілю. Протизапальна та анальгетична дія цього засобу призводить до значного зменшення виразності болю (як у спокої, так і під час руху), вранішньої скутості, припухлості суглобів і тим самим – до поліпшення функціонального стану пацієнта.

Інформація

Новини МОЗ

Спільний проєкт МОЗ та Світового банку у сфері відновлення охорони здоров'я

Під час робочої зустрічі Міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка та головного державного санітарного лікаря України Ігоря Кузіна з представниками Світового банку було озвучено, що проєкт «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (Heal Ukraine), анонсований у жовтні, очікує на схвалення Радою директорів Світового банку вже у грудні 2022 року.

Напередодні Україна та Світовий банк підписали протокол переговорів щодо залучення позики на суму 100 млн євро та грант Глобального фонду фінансування на суму 10 млн доларів (GFF Grant) для реалізації цього проєкту.

«Кошти будуть спрямовані на реалізацію комплексу невідкладних заходів для повернення до стабільної роботи системи охорони здоров'я, відновлення зруйнованих чи пошкоджених війною медичних закладів, їх модернізацію та підвищення ефективності», – зазначив Міністр.



Європи, Європейського банку реконструкції та розвитку та інших.

- Також кошти планують скерувати на такі напрями:
- задоволення нових потреб в охороні психічного здоров'я та реабілітації;
 - подальше вдосконалення та посилення первинної медико-санітарної допомоги;
 - модернізація та підвищення ефективності стаціонарної допомоги;
 - розбудова потенціалу, підтримка інновацій, розвиток електронної системи охорони здоров'я.

Загальна потреба у фінансуванні цього проєкту оцінюється в розмірі близько 500 млн доларів. МОЗ й надалі працюватиме для підтримки і розвитку системи охорони здоров'я України в умовах повномасштабного вторгнення росії. Підтримка цього та інших проєктів, що спрямовані на розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я, відбуватиметься з різних джерел, враховуючи позику та гранти Світового банку, Банку розвитку Ради

Диклоберл® diclofenac sodium

ДИКЛОФЕНАК № 1 В УКРАЇНІ¹



**НАЙЧАСТІШЕ ПРИЗНАЧУВАНИЙ І
ПЕРЕВІРЕНИЙ ЧАСОМ «ЗОЛОТИЙ
СТАНДАРТ» ЗНЕБОЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ²⁻⁴**

**В СЕРЕДНЬОМУ МАКСИМАЛЬНА
КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ЧЕРЕЗ
20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ^{5*}**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в охороні здоров'я.

Фармакогепатетична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05. **Склад:** Ампула: 1 мл розчину для ін'єкції містить 25 мг диклофенаку натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкції, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію); Капсули: 1 капсула тверда пролонгованої дії містить диклофенаку натрію 100 мг.

Показання. Диклоберл® N75
Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спондилоартриту, вертебрального болювого синдрому, несуглобового ревматизму; гострих нападів подагри; ниркової та білярної колики; болю та набряку після травми і операції; тяжких нападів мігрені.

Диклоберл Ретард
Полегшення болю та зменшення запалення різного ступеня при різних станах, включаючи: патологію суглобів: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, гострі напади подагри; гострі м'язово-скелетні захворювання, такі як періартрит (наприклад, плечо-опухликовий періартрит), теніт, тендовагітні бурити; інші патологічні стани, спричинені травмами, у тому числі переломи, біль у попереку, розтягнення, вивихи, ортопедичні, стоматологічні та інші незначні оперативні втручання.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням не стероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку гіпернатріємії, кровотечі, незворотня крові, порушення гемостазу, гемолітичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV), ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажаний ефект можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів. Дорослі. Лікування Диклоберлом® N75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл® N75 у лікарській формі розчину для ін'єкції протипоказаний для застосування дітям.

Диклоберл® ретард. Дозу слід підбирати індивідуально, починаючи з мінімальної ефективної дози, та слід застосовувати впродовж найкоротшого терміну. Рекомендована початкова доза диклофенаку для дорослих становить 75-150 мг на добу (1 капсула Диклоберл® ретард 100 мг) залежно від вираженості симптомів захворювання. При тривалій терапії, як правило, достатнім є застосування 1 капсули Диклоберл® ретард 100 мг на добу. Якщо симптоми захворювання найбільш виражені впродовж ночі або вранці, Диклоберл® ретард необхідно застосовувати ввечері. Добова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг. Капсули слід ковтати цілими, не розжовуючи, запивати рідиною, бажано під час їжі. **Діти.** Диклоберл® ретард 100 мг не рекомендований для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, зв'язи у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечнику з кровотечею або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, ексема, реакція гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, похитливі реакції, депресія, тривожність, нічні кошмари, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженого наказом МОЗ (Диклоберл® N75 №1562 від 08.07.2020, Диклоберл® ретард 100 мг від 06.03.2020 №630). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте повну інструкцію для медичного застосування лікарського засобу, а саме повний перелік побічних ефектів, особливостей

застосування, способів застосування та дози.

Виробник. Диклоберл® ретард 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінкер Вер 125, 12489 Берлін, Німеччина, №1/UA-9701/04/01. Диклоберл® N75: А.Менаріні Мануфактурінг Ліогістікс енд Сервісес С.р.Л. Біа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РПН №1/UA/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмБХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами розробного продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за січень 2021 - серпень 2022 р., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Altman R, et al. Drugs. 2015;75(8):859-77. 3. Shah K, et al. J Pain Res. 2017;10:1273-1278. 4. da Costa BR, et al. Lancet. 2017;390(10090):e21-e33. 5. Інструкції для медичного застосування препарату Диклоберл® N75 №1562 від 08.07.2020.

* Фармакокінетичні властивості. Після введення 75 мг диклофенаку шляхом внутрішньом'язової ін'єкції UA-DIC-02-2022-V1-Print. Затверджено 18.10.2022



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**