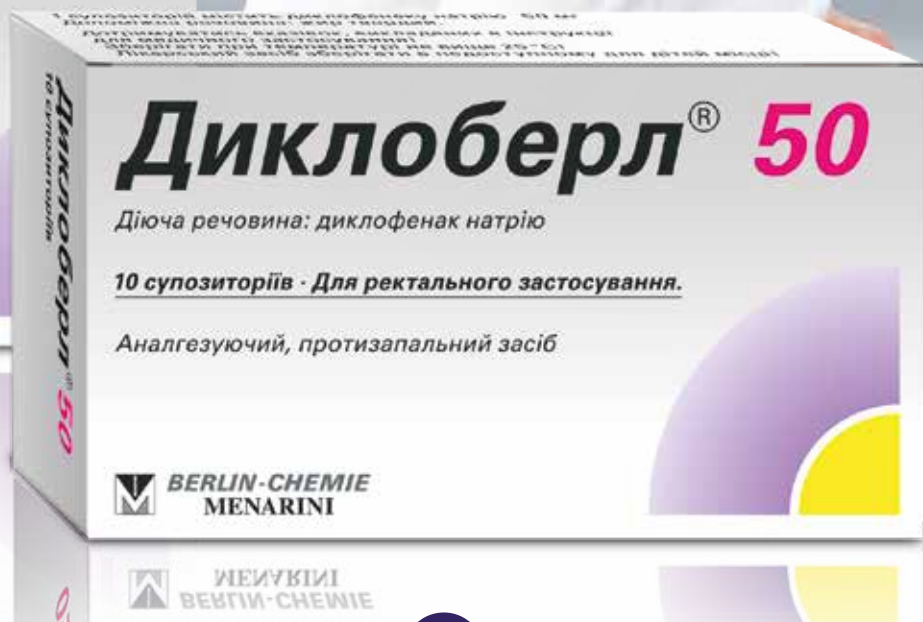
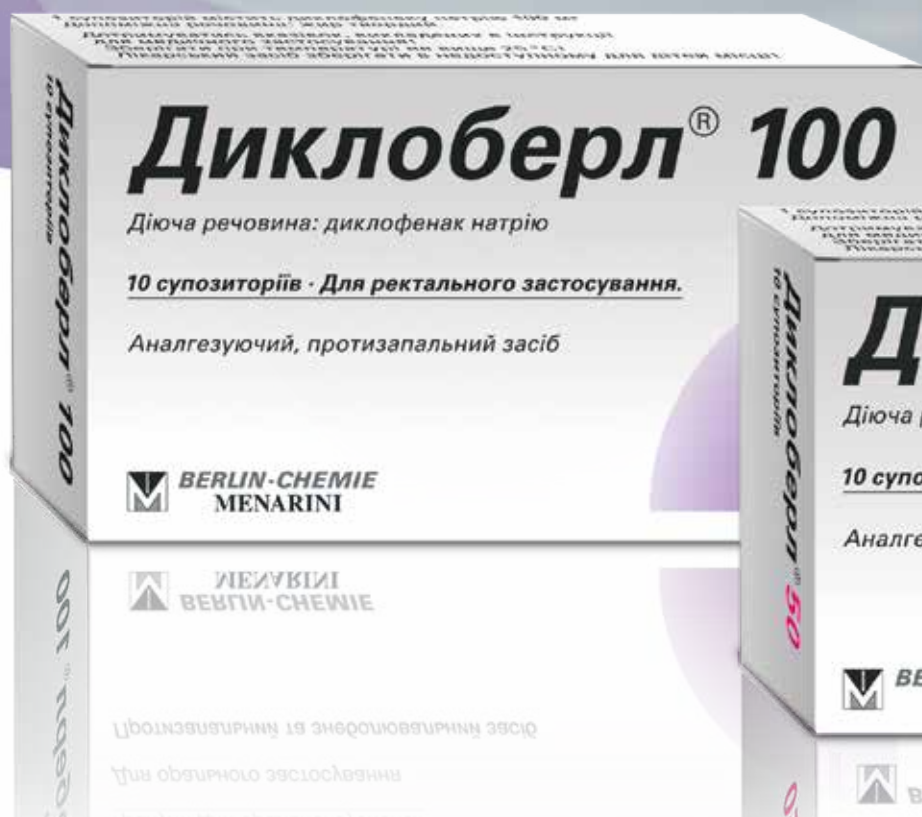


Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ ЛІКАРІВ¹**



✓ **МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ
У ПЛАЗМІ КРОВІ ДОСЯГАЄТЬСЯ
ПРИБЛИЗНО ЧЕРЕЗ 1 ГОДИНУ²**

✓ **ТОРПЕДОПОДІБНІ
СУПОЗИТОРІЇ²**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.
Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100.

Склад: Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг.

Фармакотерапевтична група. Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Запальні і дегенеративні форми ревматизму: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, включаючи спондилоартрит. Больові синдроми з боку хребта. Ревматичні захворювання позасуглобових м'яких тканин. Посттравматичні і післяопераційні больові синдроми, що супроводжуються запаленням і набряком, зокрема після стоматологічних та ортопедичних операцій. Гінекологічні захворювання, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням, наприклад, первинна дисменорея та аднексит. Напади мігрені. Гострі напади подагри. Як допоміжний засіб при тяжких запальних захворюваннях ЛОР-органів, які супроводжуються болісним відчуттям, наприклад, при фарингиті, отиті.

Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини лікарського засобу, що перелічені у розділі «Склад». Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, що пов'язані з попереднім лікуванням НПЗП. Гостра виразка шлунка або кишечника, кровотеча або перфорація. Тяжкі порушення функції печінки або нирок, печінкова недостатність, ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV); ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесли інфаркт міокарда; захворювання пери-

феричних артерій та/або цереброваскулярні захворювання у пацієнтів, які перенесли інсульт або мають епізоди транзиторних ішемічних атак. Проктит. **Спосіб застосування та дози.**

Диклоберл® супозиторії 50 та 100 мг. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування найнижчої ефективної дози впродовж найкоротшого періоду часу, необхідної для контролю симптомів. Не застосовувати внутрішньо, тільки для ректального введення. Супозиторії потрібно вводити у пряму кишку якомога глибше, бажано після очищення кишечника. Початкова доза зазвичай становить 100-150 мг на добу. При невиражених симптомах, а також при тривалій терапії достатньо дози 75-100 мг/добу. Добову дозу розподілити на 2-3 прийоми. Для уникнення нічного болю або ранкової скутості до застосування препарату вдень призначати Диклоберл® 100 у вигляді ректальних супозиторіїв перед сном (добова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг). При первинній дисменорей добову дозу підбирати індивідуально, зазвичай вона становить 50-150 мг/добу. Початкова доза може бути 50-100 мг/добу, але у разі необхідності її можна збільшити впродовж кількох менструальних циклів до максимальної, що становить 150 мг/добу. Застосування препарату слід починати після виникнення перших больових симптомів та продовжувати декілька днів, залежно від динаміки регресії симптомів.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, диспепсія, виразки шлунка і кишечника, що супроводжуються або не супроводжуються кровотечею, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції підвищеної чутливості, такі як висипання на шкірі та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні розлади, депресія, відчуття тривоги, безсоння, нічні жахіття та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженою наказом МОЗ (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте інструкцію для медичного застосування лікарського засобу.

Виробник. Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина. № UA/9701/02/02, №UA/9701/02/01

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 призначень лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research».

2. Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023).

UA-DIC-03-2023-V1-Print. Затверджено 09/05/2023



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Диклофенак натрію в лікуванні больового синдрому в урологічній практиці: єдине рішення багатьох проблем

Переважає більшість хворих урологічного профілю страждають від больового синдрому. Гострий біль, який може виникнути внаслідок перенесеного хірургічного втручання на передміхуровій залозі або сечовому міхурі, при гострих запальних захворюваннях сечовивідних шляхів або при нирковій кольці (НК), вимагає невідкладної анальгезії з використанням ефективного та безпечного препарату, який не викликає серйозних побічних явищ. Хронічний біль, який є основним симптомом хронічного простатиту (ХП) та синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у чоловіків, суттєво впливає на якість життя, сексуальну сферу та психоемоційний стан пацієнтів, що також потребує проведення раціональної знеболювальної терапії. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), зокрема диклофенак натрію, довели свою ефективність за рахунок вираженої знеболювальної й протизапальної дії при оперативних втручаннях в урології, у хворих урологічного профілю з хронічною патологією (ХП/СХТБ) або невідкладними станами.

Ключові слова: хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, ниркова колька, післяопераційний біль, нестероїдні протизапальні препарати, диклофенак натрію, ректальні супозиторії, Диклоберл®.

НПЗП та періопераційна анальгезія: як уникнути надмірного призначення опіоїдів

Опіоїди залишаються наріжним каменем у менеджменті післяопераційного болю. Разом із тим застосування опіоїдних анальгетиків перетворилося на епідемію, яка викликає серйозне занепокоєння в галузі охорони здоров'я у всьому світі, у тому числі у США, Канаді та Європі. Так, у період з 1999 по 2017 рік кількість смертей від передозування, пов'язаного із призначенням опіоїдів, у США зросла у 4 рази [1]. У Європі впродовж останнього десятиліття також реєструється зростання числа випадків призначення опіоїдних анальгетиків лікарями-хірургами, анестезіологами та урологами [2]. За даними С.М. Vrummet et al. (2017), частота постійного вживання опіоїдів після великих і малих хірургічних втручання, включаючи урологічні операції, пацієнтами, які раніше не приймали ці препарати, складає 6% [3]. Аналогічний рівень постійного прийому опіоїдів (6,2%) після урологічної операції був виявлений у дослідженні I. Berger et al. (2019) [4].

Ретроспективне когортне дослідження V. Welk et al. (2020) ставило за мету з'ясувати, чи пов'язане перше призначення опіоїдів пацієнтам після невеликої урологічної операції (трансуретральна резекція передміхурової залози, внутрішня уретрота вазектомія) із новими випадками постійного вживання опіоїдів. У дослідженні було включено пацієнтів віком ≥ 18 років, яким проводилося певне урологічне втручання протягом 4-річного періоду (з 2013 по 2016 рік), за винятком осіб, які вживали опіоїди задовго до операції/процедури (>180 днів) [5]. Автори визначили, що ймовірність нових випадків постійного вживання опіоїдів збільшувалася на 43%, коли пацієнти, які раніше не приймали опіоїди, отримували перший рецепт на наркотичні анальгетики, порівняно з пацієнтами, які пройшли ті самі урологічні процедури, але не мали рецепта на опіоїди від уролога/лікаря первинної ланки. Крім того, у ході дослідження було виявлено, що частка хворих, які не отримували опіоїди під час проведення урологічної операції, була вкрай низькою (1,4%), що дає уявлення про високу поширеність застосування опіоїдних анальгетиків у реальній практиці.

Численні дослідження продемонстрували, що НПЗП купірують періопераційний біль і зменшують потребу у призначенні опіоїдів у післяопераційному періоді [6-8]. В урологічній практиці НПЗП довели свою ефективність як знеболювальні засоби при проведенні ендоскопічних, малоінвазивних та відкритих урологічних втручаннях [9-12]. Наразі з'являється все більше доказів того, особливо після ендоскопічних урологічних процедур і простатектомії, що використання опіоїдів

у післяопераційному періоді у пацієнтів, які перенесли мінімально інвазивне хірургічне втручання, часто є недоцільним і не виправданим [13]. Опіоїди слід використовувати як анальгетики другої лінії за наявності протипоказань до НПЗП. Проте опіоїдні анальгетики, як правило, забезпечують лише короточасне полегшення симптомів болю та потребують багаторазового застосування для досягнення бажаного ефекту. Опіоїди мають менш сприятливий профіль безпеки через високий ризик побічних ефектів (нудота, блювання, седативний ефект, пригнічення дихання та закріп), які посилюються зі збільшенням тривалості застосування препаратів [14].

У рекомендаціях робочої групи з лікування гострого болю Американського товариства анестезіологів (ASA) та Італійського товариства анестезії, анальгезії, реанімації та інтенсивної терапії протизапальних препаратів відведено важливу роль у контролі післяопераційного болю [15, 16]. Анальгетична дія НПЗП у періопераційному періоді реалізується шляхом перешкодження розвитку сенситизації периферичних ноцицепторів, що запобігає формуванню ділянки вторинної гіпералгезії (сенситизації центральних ноцицептивних нейронів). Вторинна гіпералгезія не тільки підсилює інтенсивність гострого больового синдрому, а й запускає механізм його хронізації. Саме тому НПЗП визначені як препарати патогенетичної терапії післяопераційного болю [17].

Використання супозиторіїв диклофенаку в комбінації з лідокаїном перед проведенням трансректальної біопсії передміхурової залози під контролем ультразвукового дослідження виявилось більш ефективною стратегією превентивної анальгезії порівняно із застосуванням лише гелю з лідокаїном. За допомогою візуально-аналогової шкали дослідники провели оцінку болю в учасників під час процедури, відразу після виконання біопсії та через 2 год потім. Згідно з отриманими результатами, знеболювальна комбінація з диклофенаком виявилася більш дієвою на всіх етапах оцінки [18].

Швидке та безпечне полегшення гострого болю при нирковій кольці

НПЗП слід розглядати як першу лінію лікування НК [19, 20]. Кокранівський огляд K. Afshar et al. (2015), у якому аналізувалися переваги та ризики застосування різних НПЗП і неопіоїдних анальгетиків у лікуванні дорослих пацієнтів із гострою НК, продемонстрував перевагу знеболювального ефекту НПЗП порівняно з плацебо та різними спазмолітиками [21]. Згідно з результатами метааналізу S.A. Pathan (2018), НПЗП виявилися зіставними з опіоїдами за знеболювальним ефектом при лікуванні гострої НК із меншою кількістю побічних ефектів [22].

M. Sterling et al. (2017) досліджували особливості використання НПЗП у відділенні невідкладної допомоги та вплив препаратів на результати лікування пацієнтів із НК, нирковими конкрементами та каменями в сечоводах. Після ретроспективного аналізу виявилось, що НПЗП були першим вибором у 49,1% випадків, при цьому вони призначалися 67,1% пацієнтів. Ті хворі, які спочатку отримували НПЗП, мали значно меншу ймовірність потреби в додаткових знеболювальних препаратах, ніж ті, які отримували опіоїдні анальгетики ($p=0,006$). Аналізуючи дані підгруп пацієнтів, які повернулися до відділення невідкладної допомоги у 30-денний період, автори дійшли висновку, що НПЗП призначалися значно рідше при виписці хворих (47,6% проти 24%, $p=0,015$), тоді як у призначенні опіоїдів різниці не було. Отже, раціональне використання НПЗП як терапії першої лінії при НК сприяє зменшенню потреби в додатковій анальгезії (опіоїдах) і може скоротити кількість ранніх повторних візитів/госпіталізацій (протягом 30 днів) до відділення невідкладної допомоги [23].

НПЗП забезпечують оптимальне знеболення при НК за рахунок інгібування синтезу простагландинів. Простагландини сприяють гломерулярній аферентній артеріолярній вазодилатації та підвищують проникність судин, що призводить до збільшення тиску в нирковій балії (renal pelvic pressure, норма – від 12 до 20 см вод. ст.). НПЗП здатні знижувати швидкість клубочкової фільтрації на понад 35%, зменшуючи тим самим тиск у нирковій балії та стимулюючи рецептори розтягування ниркової капсули [24]. Пригнічення вироблення простагландинів також сприяє покращенню дренажної функції та зменшенню набряку і спазму сечоводу. Існують докази того, що НПЗП чинять прямий вплив на локальну гладку мускулатуру сечоводу, сприяючи його розслабленню [25].

НПЗП доступні у багатьох лікарських формах (оральні, внутрішньовенні та ректальні), однак ректальні форми можуть забезпечувати кращий симптоматичний контроль болю при НК шляхом посилення місцевого протизапального ефекту [26].

Диклофенак як незамінний компонент комплексної терапії ХП/СХТБ

Ефективність та високий профіль безпеки диклофенаку був доведений клінічно у менеджменті хронічних захворювань урологічного спектра. Міжнародне товариство з проблем нетримання сечі (ICS) визначає хронічний тазовий біль, який включає ХП/СХТБ у чоловіків, як постійний біль, що триває більше 6 місяців, або повторювані епізоди абдомінального/тазового болю, підвищеної чутливості або дискомфорту, які часто супроводжуються розладами сечовипускання і сексуальною дисфункцією, переважно за відсутності органічної

етиології [27]. За даними С. Yang et al. (2018), понад 90% чоловіків, які знаходяться під амбулаторним спостереженням із приводу простатиту, мають діагноз ХП/СХТБ, що свідчить про високу поширеність больового синдрому в загальній структурі захворюваності. Біль, який турбує більшість пацієнтів із ХП, викликає не лише фізичні страждання, а й значно впливає на їхній психоемоційний стан, погіршуючи якість життя та працездатність. Клінічні рекомендації Європейської асоціації урології передбачають застосування НПЗП у комплексній терапії з метою контролю больового синдрому та зменшення рівня прозапальних цитокінів у хворих із ХП/СХТБ [28, 29]. Учені дійшли висновку, що НПЗП здатні м'яко полегшувати симптоми СХТБ без значного ризику побічних ефектів [30]. Z. Wu et al. (2008) встановили, що диклофенак є ефективним у полегшенні симптомів ХП/СХТБ та покращенні якості життя як монопрепарат, так і у складі комплексної терапії [31].

I. Goryunchenko et al. (2018) оцінювали ефективність диклофенаку у складі комбінованої терапії хронічного абактеріального простатиту, у тому числі його вплив на вироблення цитокінів. Хронічний абактеріальний простатит, як результат індукованого цитокінами запалення, супроводжується порушенням секреції передміхурової залози. Автори встановили, що включення диклофенаку до схеми терапії ХП здатне значно зменшити дизурію та біль (за шкалою NIH-CPSI та даними урофлоуметрії). Через 2 тижні поліпшення стану спостерігалось у 47% пацієнтів, через 1 місяць – у 63% і через 6 місяців – у 72% чоловіків. Доведено, що диклофенак підвищує рівень імунорегуляторного цитокіну інтерлейкіну 10, полегшуючи симптоми ХП та сечовипускання [32].

Диклоберл® – ефективний підхід у менеджменті гострого та хронічного болю

Диклофенак натрію є найбільш поширеним НПЗП у всьому світі з найбільшою кількістю призначень лікарями хірургічних і терапевтичних спеціальностей, й Україна не є винятком [33, 34]. Так, диклофенак (Диклоберл® – диклофенак натрію виробництва компанії «Берлін-Хемі») широко застосовується в урологічній практиці завдяки ефективному поєднанню вираженого протизапального та знеболювального ефектів при високому профілі безпеки (Козачок Н.Н. та співавт., 2010).

Диклофенак реалізує свою дію шляхом пригнічення активності циклооксигенази 1 (ЦОГ-1) і 2 (ЦОГ-2) за рахунок пригнічення синтезу простагландинів, таких як простагландин E2 (PGE2), простагландини та тромбоксани, які є ключовими компонентами запальної та ноцицептивної відповіді. Диклофенак пригнічує ЦОГ-1 і ЦОГ-2 відносно однаково, хоча дані експериментів *in vitro* свідчать про те, що він володіє селективним інгібуванням ЦОГ-2, що приблизно у чотири рази потужніше за інгібування ЦОГ-1, і, таким чином, активність диклофенаку порівнянна з активністю целекоксибу [33, 35]. Висока ефективність диклофенаку зумовлена й іншими механізмами його дії, зокрема пригніченням субстанції P та γ -рецепторів, що активуються проліфератором пероксисом (PPAR- γ), блокуванням кислоточутливих іонних

каналів, порушенням продукції інтерлейкіну 6, а також пригніченням NMDA-рецепторів гіпералгезії [36].

Диклоберл® доступний у різних лікарських формах (таблетки, капсули, розчини для ін'єкцій та ректальні супозиторії), що дає змогу індивідуально підбирати оптимальну дозу й режим застосування препарату залежно від потреб пацієнта. Однією з найзручніших форм застосування Диклоберлу є ректальні супозиторії, оскільки дозволяють досягти швидкого й ефективного усунення больового синдрому за рухонок дії безпосередньо у вогнищі запалення та болю. Використання супозиторіїв забезпечує надходження в організм діючої речовини в повному обсязі незалежно від прийому їжі та супутньої медикаментозної терапії. Діюча речовина абсорбується в нижній частині прямої кишки і через нижні гемороїдальні вени потрапляє в системний кровотік, оминаючи печінку. Ректальне введення диклофенаку дозволяє запобігти ушкодженню слизової шлунка та уникнути впливу ферментів шлунково-кишкового тракту. Біодоступність диклофенаку натрію у формі супозиторіїв складає 126%, а максимальної концентрації лікарської речовини у крові вдається досягти вже через 1 год (Диклоберл® 100 у дозі 50 мг) (Anderson V.J. et al., 2004). Завдяки рівномірному й тривалому підтриманню концентрації активної речовини у крові застосування супозиторіїв диклофенаку в комбінації з іншими формами препарату дозволяє досягти кращого терапевтичного ефекту.

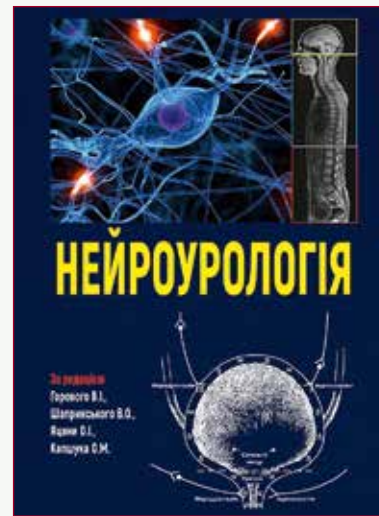
НПЗП, зокрема диклофенак натрію, є ключовим компонентом лікування пацієнтів урологічного профілю за рахунок впливу на патогенетичні ланки розвитку болю та запалення. Препарат Диклоберл® широко застосовується в урологічній практиці завдяки своїм клінічно доведеним потужним анальгетичним і протизапальним властивостям, швидкому початку дії, зручності застосування та високому профілю безпеки.

Підготувала **Дарина Чернікова**

Література

- Leung P.T.M., Macdonald E.M., Stanbrook M.B. et al. A 1980 Letter on the Risk of Opioid Addiction. *N Engl J Med* 2017;376:2194-5.
- Rodríguez-Cabero M., González J. Current clues for better analgesic prescription after urologic surgery. *Transl Androl Urol*. 2020 Dec;9(6):2462-2466. doi: 10.21037/tau-20-937.
- Brummett C.M., Waljee J.F., Goesling J. et al. New Persistent Opioid Use After Minor and Major Surgical Procedures in US Adults. *JAMA Surg* 2017; 152: e170504.
- Berger I., Strother M., Talwar R. et al. National Variation in Opioid Prescription Fills and Long-Term Use in Opioid Naive Patients after Urological Surgery. *J Urol* 2019; 202: 1036.
- Welk B., McClure J.A., Clarke C. et al. An Opioid Prescription for Men Undergoing Minor Urologic Surgery Is Associated with an Increased Risk of New Persistent Opioid Use. *Eur Urol* 2020;77:68-75.
- Ong C.K., Seymour R.A., Lirk P. et al. Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. *Anesth Analg* 2010; 110: 1170.
- Chou R., Gordon D.B., de Leon-Casasola O.A. et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016; 17: 131.
- Graff V. and Grosh T. Multimodal Analgesia and Alternatives to Opioids for Postoperative Analgesia. 2018. *Anesthesia Patient Safety Foundation Newsletter*. <https://www.apsf.org/article/multimodal-analgesia-and-alternatives-to-opioids-for-postoperative-analgesia/>. January 20, 2020.
- Kara C., Resorlu B., Cicekbilek I. et al. Analgesic efficacy and safety of nonsteroidal anti-inflammatory drugs after transurethral resection of prostate. *Int Braz J Urol* 2010; 36: 49.
- Yu Y.D., Hwang J.H., Seo Y.E. et al. Effects of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs as Patient Controlled Analgesia on Early Bowel Function Recovery after Radical Cystectomy. *Sci Rep* 2018; 8: 4658.
- Grimsby G.M., Conley S.P., Trentman T.L. et al. A double-blind randomized controlled trial of continuous intravenous Ketorolac vs placebo for adjuvant pain control after renal surgery. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 1089.
- Heid F. and Jage J. The treatment of pain in urology. *BJU Int* 2002; 90: 481.
- Robles J., Abraham N.E., Brummett C., Davies B., Graff V., Gupta R., Pais V.M., Sternberg K., Talwar R. Rationale and Strategies for Reducing Urologic Post-Operative Opioid Prescribing. *Clinical Consensus Statement and Quality Improvement Issue Brief (CCS & QIB)*, 2021.
- Wood K.D., Gorbachinsky I., Gutierrez J. Medical expulsive therapy. *Indian J Urol* 2014;30(1):60-64. doi: 10.4103/0970-1591.124209.
- Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. An updated report by American Society of Anesthesiologists Task Force on acute pain management. *Anesthesiology*. 2004;100(6):1573-1581.
- Savoia G., Alampi D., Amantea B. et al. Postoperative pain treatment. SIAARTI recommendation 2010. Short version. *Min Anesth*. 2010;76(8):657-667.
- Cosmol G.D., Congedo E. (2015) The Use of NSAIDs in the Postoperative Period: Advantage and Disadvantages. *J Anesth Crit Care Open Access* 3(4): 00107. doi: 10.15406/jacooa.2015.03.00107.
- Haroon N., Ather M.H., Khan S., Kumar P., Salam B. Diclofenac Suppository as a Preemptive Analgesia in Ultrasound-guided Biopsy of Prostate: Randomized Controlled Trial. *Urology*. 2015 Oct;86(4):682-5. doi: 10.1016/j.urolgy.2015.04.044.
- NICE. Renal and ureteric stones Quality standard Published: 29 July 2020 www.nice.org.uk/guidance/qs195.
- Das D., Teece S. Best evidence topic report. Intravenous NSAID's in the management of renal colic. *Emerg Med J*. 2006 Mar;23(3):225. doi: 10.1136/emj.2005.034330.
- Afshar K. et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and non-opioids for acute renal colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(6): p. CD006027.
- Pathan S.A., Mitra B., Cameron P.A. A Systematic Review and Meta-analysis Comparing the Efficacy of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Opioids, and Paracetamol in the Treatment of Acute Renal Colic. *Eur Urol*. 2018 Apr;73(4):583-595.
- Sterling M., McDonald M., Ziembra J., Strother M., Skokan A., Mucksavage P. MP90-15 Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) May Improve 30-Day Readmission Rates To The ED For Acute Episodes Of Renal Colic. *The Journal of Urology*. Vol. 197, No. 4S, Supplement, April 2017, page: e1216. doi.org/10.1016/j.juro.2017.02.2834.
- Perlmutter A., Miller L., Trimble L.A., Marion D.N., Vaughan E.D. Jr, Felsen D. Toradol, an NSAID used for renal colic, decreases renal perfusion and ureteral pressure in a canine model of unilateral ureteral obstruction. *J Urol* 1993;149(4):926-30. doi: 10.1016/s0022-5347(17)36261-4.
- Sivrikaya A., Celik O.F., Sivrikaya N., Ozgur G.K. The effect of diclofenac sodium and papaverine on isolated human ureteric smooth muscle. *Int Urol Neph* 2003;35:479-83. doi: 10.1023/b:uro.0000025618.68752.5b.
- Davenport K., Waite E. The role of non-steroidal anti-inflammatory drugs in renal colic. *Pharmaceuticals (Basel)* 2010;3(5):1304-10. doi: 10.3390/ph3051304.
- Dogweiler R., Whitmore K.E., Meijink J.M., Drake M.J., Frawley H., Nordling J., Hanno P., Fraser M.O., Homma Y., Garrido G., Gomes M.J., Elneil S., van de Merwe J.P., Lin A.T.L., Tomoe H. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn* 2017; 4:984-1008.
- EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5. If a publisher and/or location is required, include: EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands. <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>.
- Qin Z., Zhang C., Guo J., Kwong J.S.W., Li X., Pang R., Doiron R.C., Nickel J.C., Wu J. Oral pharmacological treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *E Clinical Medicine*. 2022 May 20;48:101457. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101457.
- Franco J.V.A., Turk T., Jung J.H. et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;10 CD012552.
- Wu Z., Xia S., Geng H. et al. Combined therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with doxazosin and diclofenac. *Chinese J Androl*. 2008;22:20-22.
- Gorpynchenko I., Nurimanov K., Poroshina T., Savchenko V., Drannik G., Dubuske L. (2019). Impact of Triple Drug Therapy for Chronic Abacterial Prostatitis on Immune and Symptom Parameters. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 143. AB68. 10.1016/j.jaci.2018.12.206.
- Altman R., Bosch B., Brune K., Patrignani P., Young C. Advances in NSAID development: evolution of diclofenac products using pharmaceutical technology. *Drugs*. 2015 May;75(8):859-77.
- McGettigan P., Henry D. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs that elevate cardiovascular risk: an examination of sales and essential medicines lists in low-, middle-, and high-income countries. *PLoS Med*. 2013;10(2): e1001388.
- Gan T.J. Diclofenac: an update on its mechanism of action and safety profile. *Curr Med Res Opin*. 2010 Jul;26(7):1715-31.
- Alfaro R.A., Davis D.D. Diclofenac. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557879/>.

КНИЖКОВА ПОЛІЦЯ



Нейроурологія / За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, О.І. Яцини, О.М. Капшук . — Вінниця: ТОВ «Твори», 2023. — 520 с., іл.

Навчальний посібник висвітлює питання діагностики та лікування дисфункцій нижніх сечових шляхів при захворюваннях та травмах центральної і периферичної нервових систем. Описана історія становлення нейроурології; анатомія, нейрофізіологія та

патофізіологія нижніх сечових шляхів; термінологія та класифікація дисфункцій нижніх сечових шляхів; основні урологічні синдроми в нейроурології; початкове та спеціалізоване обстеження і лікування хворих із нейрогенними дисфункціями нижніх сечових шляхів. Наведені ускладнення нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів та методи їх лікування. Висвітлена еректильна дисфункція при захворюваннях та травмах нервової системи.

Пропонується для практичного використання урологам, неврологам, нейрохірургам, хірургам, акушер-гінекологам, лікарям відділень реабілітації та фізіотерапії, лікарям-слухачам факультетів післядипломної освіти, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Навчальний посібник рекомендований до друку Вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 4 від 24.11.2022 р.)

Стосовно придбання посібника звертається за тел.: (097) 751 81 53 з 21.00 до 22.00 щоденно.

Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!



Ми у соцмережах:

@MedicnaGazetaZdorovaUkraini

t.me/HealthUacom

@healthUacom

