

Диклоберл® diclofenac sodium®

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ**
за призначеннями лікарів!



✓ **Показаний для лікування гінекологічних захворювань, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням:**

✓ **Торпедоподібні супозиторії для ректального застосування:**

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

Склад: Супозиторії 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг. **Фармакодинамічна група.** Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Інструкції призначені для лікарів-гінекологів.

Показання. Заставляти і детермінативні форми ревматизму: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, влючачка спондиліт, больовий синдром 3 з боку хребта. Ревматичні захворювання позостовових і м'язів тканин. Посттравматичні і післяопераційні больові синдроми, що супроводжуються запаленням і набряком, зокрема після стоматологічних і ортопедичних операцій. Гінекологічні захворювання, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням, наприклад, перитоніальне захворювання. Напад мігрені. Гострі напади подраги. Як допоміжний засіб при токсичному захворюванні ЛОР-органів, які супроводжуються больовим синдромом, наприклад, при фарингіті, отиті.

Протипоказання. Порушення з боку печінки або до будь-якої допоміжної печінки лікарського засобу, що перенесли уроджені і/або. Активна форма ниркової недостатності або захворювання нирок, що вимагає застосування діуретиків (якщо або більше окремих епізодів діагностовані ураження або кровотеча). Кровотеча або порушення шлунково-кишкового тракту у анамнезі, що пов'язані з порушенням лікування NSAID. Гостра ниркова зупинка або значне зменшення клубочкової функції у пацієнтів, які мають спонділоартрит, перенесли інфект мікоплазми, іскрилітні захворювання периферичних артерій та/або шлунково-кишкові захворювання у анамнезі, які перенесли інфект або мають епізоди транзиторних ішемічних атак.

Противі. Спосіб застосування та дози. Диклоберл® супозиторії 50 та 100 мг. Незабавно ефекти можна мінімізувати швидким застосуванням найменшої ефектної дози впродовж найкоротшого періоду часу, необхідного для контролю симптомів. Не застосовувати внутрішньо, тільки для ректального введення. Супозиторії потрібно вводити у праву кишку якомога глибше. Бажано після очисного очищення. Почати застосування з однієї супозиторії 100 мг тричі на день ректальною супозиторією перед сном (робота доз при цьому не повинна перевищувати 150 мг). При першому діагнозі мігрені дозу дозу вибирати індивідуально, зазвичай вона становить 50-150 мг/добу. Початкова доза може бути 50-100 мг/добу, але в разі необхідності її можна збільшити впродовж кількох наступних годин до максимуму, що становить 150 мг/добу. Застосування препарату слід починати після виникнення перших больових симптомів та продовжувати протягом дня, залежно від динаміки реакції супозиторіїв. Подібні реакції, такі як головний біль, нудота, запалення, порушення кровообігу (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія), агранулоцитоз, головний біль, сонливість, розлад зору та дитини, дізурія, вуха, нудота, болюває діарея, диспепсія, запалення шлунка і кишечника що супроводжуються або не супроводжуються кровотечею, гастрит, стоматит, запалення, панкреатит, екселемія, еритема, реакції підвищеної чутливості, такі як висипання на шкірі та сирогоподібні ураження MSIS. Гостра ниркова зупинка або значне зменшення клубочкової функції у пацієнтів, які мають спонділоартрит, перенесли інфект мікоплазми, іскрилітні захворювання периферичних артерій та/або шлунково-кишкові захворювання у анамнезі, які перенесли інфект або мають епізоди транзиторних ішемічних атак.

ського засобу, заборонено наказом МОЗ (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023). Перед призначенням обов'язково вивчити інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. **Варіанти.** Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг: Берлінь-Хемі АГ, Білберк Бер 125, 12489 Берлін, Німеччина. № UA/0701/02/02, № UA/0701/02/01. 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 зверніться за адресою: Представництво Берлінь-Хемі АГ в Україні, 02098, м. Київ, вул. Берлінська, 29, тел.: (044) 094-33-88.

За результатами призначення лікарі лікарських засобів в АС-групі МОЗ А 05 «Диклоберл» за період квітня 1 2022 - 1 квітня 2023 рр. за даними бази даних «Pharmigra» № 108-Промислова Рівня, 2009-2023.

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

UA 014-01-2024-01-Print. Для заповнення 07.02.2024



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Дж. Варгезе¹, Д.Л. Чанг², Б.Д. Мірман¹ та співавт.

¹ Відділення анестезіології лікарні Маунт-Сінай Вест/Морнінгсайд, Школа медицини імені Айкана при Маунт-Сінай, м. Нью-Йорк, США

² Відділення анестезіології, періопераційної медицини та медицини болю, лікарня Маунт-Сінай, Школа медицини імені Айкана при Маунт-Сінай, м. Нью-Йорк, США

Менеджмент гострого та хронічного болю у пацієнтів урологічного профілю

Ефективне знеболення є важливою складовою періопераційного процесу, що впливає на передопераційне обстеження, задоволеність пацієнтів та післяопераційні результати. Гострий і хронічний біль може призводити до післяопераційних ускладнень, тому координація між урологами та анестезіологами є критично важливою для поліпшення результатів лікування. Управління гострим і хронічним болем у пацієнтів урологічного профілю вимагає розуміння профілактичних і мультимодальних методів аналгезії, внутрішньоопераційних анестезіологічних підходів та післяопераційного нагляду. Хоча спектр урологічних процедур і больових синдромів є широким, кожен випадок вимагає індивідуального підходу до знеболення. У цьому огляді розглянуто менеджмент гострого і хронічного болю у різнопланових урологічних пацієнтів та надано рекомендації щодо терапевтичних підходів з точки зору уролога й анестезіолога.

Ключові слова: гострий біль, хронічний біль, хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, післяопераційний біль, орхіалгія, нефролітіаз, ниркова колька, аналгезія, нестероїдні протизапальні препарати, диклофенак.

Лікування гострого болю в пацієнтів урологічного профілю

Передопераційні аспекти

Опіоїдна залежність і передозування в урологічних пацієнтів

Нещодавні дослідження виявили фактори ризику опіоїдної залежності та передозування після урологічних операцій. Загалом, їх рівень є низьким і становить 0,09%, або приблизно в одного із 1 111 пацієнтів протягом року після операції, що є зіставним із показниками в інших хірургічних групах. Найвищі показники опіоїдної залежності та передозування спостерігалися у пацієнтів, які перенесли операції з видалення каменів у нирках або великі втручання на нирках. Ці хворі зазвичай були молодшими (середній вік – 50 років), частіше належали до європейської або афроамериканської раси, крім того вони рідше підлягали амбулаторній хірургії. Серед значущих супутніх станів, пов'язаних із розвитком залежності та передозування, відзначали передопераційну депресію і тютюнопаління [3].

Метадон і бупренорфін

У пацієнтів урологічного профілю часто спостерігається хронічний біль до оперативного втручання, що ускладнює уникнення опіоїдних схем лікування. Метадон, як основний засіб підтримуючої терапії при опіоїдній залежності, має бути продовжений у періопераційному періоді [4]. Для операцій,

які, як очікується, спричинять мінімальний післяопераційний біль, рекомендовано продовжувати застосування бупренорфіну у тій самій дозі без додаткових опіоїдів, замість цього розглянувши можливість мультимодального знеболення. Пацієнтам, у яких операція може спричинити помірний або сильний післяопераційний біль, показаний бупренорфін – або як короткодійний опіоїд, або з поступовим припиненням його використання до операції. Такі пацієнти також мають знаходитися під пильним наглядом лікаря, який вів їх лікування бупренорфіном [6].

Передопераційні методи знеболення

Переважає більшість випадків передопераційного болю в урології пов'язані з обструкцією сечовивідних шляхів через сечокам'яну хворобу або зовнішню компресію верхніх сечовивідних шляхів. У таких пацієнтів може бути застосована консервативна терапія за допомогою нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) або опіоїдів короткої дії. Швидке оперативне втручання у разі відсутності ефекту від зазначеного лікування може включати видалення обструктивного каменя за умови, що сеча не містить патогенних мікроорганізмів. Встановлення стента або перкутанної нефростоми може бути необхідним, якщо основне лікування обструкції неможливе через наявність інфекції в сечі або зовнішню компресію.

Гостра затримка сечі є ще однією значною причиною передопераційного болю і легко усувається катетеризацією або встановленням надлобкового катетера у разі непрохідності уретри. Інфільтративні злоякісні новоутворення малого таза можуть уражати тазове дно або тазові нерви й часто лікуються неоад'ювантною хімотерапією, променевою терапією або хірургічною ексцизією.

Інтраопераційні аспекти

За останні кілька десятиліть спостерігається збільшення використання лапароскопічних і роботизованих технік, які покращили результати для пацієнтів при виконанні різних складних урологічних операцій [7, 8]. Хоча лапароскопічні та роботизовані операції можуть супроводжуватися меншим болем порівняно з відкритими втручаннями, хворі все одно відчувають помірний біль у місцях розрізів [9].

Існує кілька типів болю, пов'язаних із лапароскопічною та роботизованою хірургією: біль у місцях введення портів, біль, викликаний розтягненням очеревини вуглекислим газом, вісцеральний біль та іррадіюючий біль у плечі. Швидка інсуфляція очеревини вуглекислим газом спричиняє розрив кровеносних судин, травматичне розтягнення нервів і вивільнення медіаторів запалення. Залишковий газ після операції викликає біль у плечах, спині та верхній частині живота через розтягнення діафрагми та подразнення діафрагмального нерва [10]. На сьогодні запропоновано низку мультимодальних методів для зменшення післяопераційного болю та використання опіоїдів. Однією з основних стратегій є застосування регіонарних анальгетичних технік на основі місцевих анестетиків тривалої дії. Центральна або регіонарна блокада нервів знижує потребу в опіоїдах і сприяє ранньому відновленню ентєрального харчування та мобільності пацієнта [11].

ТАР-блокада

Блокада площини поперечного м'яза живота забезпечує аналгезію передньо-бічної черевної стінки. ТАР-блокада є ефективним методом контролю болю на ранніх етапах: доведено, що вона зменшує споживання опіоїдів після мініінвазивних урологічних операцій. Порівняно з іншими нейроаксіальними та аналгезивними техніками ТАР-блокада супроводжується меншою кількістю випадків гіпотензії та скороченням тривалості перебування у стаціонарі [16].

QL-блокада

Блокада квадратного м'яза попереку є ефективним аналгезивним методом, що знижує використання опіоїдів після операцій на нижній частині живота [17]. QL-блокада є новою технікою блокади нервового стовбура, яка передбачає введення місцевого анестетика у грудно-поперекову фасцію, що оточує квадратний м'яз попереку.

Нейроаксіальна анестезія

Спінальна анестезія застосовується при урологічних хірургічних втручаннях, оскільки вона дає змогу оперативно виявляти симптоми, спричинені гіпергідратацією, синдромом трансуретральної резекції передміхурової залози та перфорацією сечового міхура [20]. Спінальна анестезія зазвичай включає місцевий анестетик, наприклад гіпербаричний бупівакаїн, із/без додавання опіоїдів, таких як фентаніл, що забезпечує достатню, але короткотривалу сенсорну блокаду та надійну післяопераційну аналгезію.

Інші нервові блокади

Клубово-паховий і клубово-підчеревний нерви (L1) забезпечують чутливість шкіри лобкової ділянки і є мішенями знеболення при операціях на пахових ділянках, орхіопексіях або втручаннях на передній частині калитки. Дорсальні пенісні блокади виконуються при обрізанні, уретральних операціях, приапізмі, а також при відновленні розривів статевого члена з ураженням соромітного нерва (S2-S4), який розділяється на праві та ліві дорсальні нерви, що проходять під лобковим симфізом і простягаються нижче фасції Бакка, проводячи сенсорну іннервацію до пеніса.

Післяопераційні аспекти

Незважаючи на зростаючий інтерес до контролю болю, гострий післяопераційний біль лишається важко контрольованим [23]. Ефективний менеджмент післяопераційного болю підвищує задоволеність пацієнтів, знижує витрати на лікування, сприяє ранній мобілізації, зменшує післяопераційну захворюваність і скорочує тривалість перебування у стаціонарі [24]. Недостатній контроль гострого післяопераційного болю підвищує захворюваність і смертність, знижує якість життя та збільшує ймовірність розвитку хронічного післяопераційного болю [25].

Післяопераційна затримка сечі

Післяопераційну затримку сечі слід розглядати як один із факторів післяопераційного болю внаслідок урологічних операцій. Нелікована затримка сечі може призводити до розтягнення сечового міхура та мати негативні довгострокові наслідки для подальшої уродинаміки. Своєчасна діагностика,

як клінічна, так і за допомогою ультразвукового дослідження або катетеризації сечового міхура, якщо це показано, може запобігти ускладненням затримки сечі [28].

Управління болем при нефролітіазі

Нефролітіаз є надзвичайно поширеною проблемою в урології, яка зазвичай проявляється симптомами ниркової кольки та явною гематурією, однак деякі хворі можуть мати атипові симптоми, такі як біль у животі, біль у боці невідомої етіології, біль у яечках, нудота або часте/болісне сечовипускання [36]. Пацієнти із симптомами кольки спочатку отримують лікування, яке включає інфузійну, медикаментозну терапію для виведення каменів та знеболювальні препарати. Найпоширенішими підтримуваними засобами для контролю болю є НПЗП, включаючи кеторолак внутрішньовенно/внутрішньом'язово або диклофенак, індометацин, ібупрофен перорально.

Нещодавній систематичний огляд, у якому порівнювалася ефективність НПЗП, опіоїдів і парацетамолу у купіруванні гострої ниркової кольки, показав, що НПЗП були еквівалентними опіоїдам або парацетамолу в полегшенні гострого болю впродовж 30 хвилин, і при цьому в пацієнтів рідше виникала нудота та потреба в додатковій анальгезії [37]. НПЗП також знижують тонус гладких м'язів, що підсилює медикаментозну терапію для виведення каменів за допомогою α -блокаторів [38].

Біль після проходження каменя або хірургічного видалення каменів нирки також може бути значною проблемою. Проходження каменя може спричинити різні типи болю. Постійний набряк верхніх відділів сечовивідних шляхів та проходження згустків крові після операції або в результаті спонтанного виведення каменя можуть призводити до ниркової кольки, яка усувається за допомогою НПЗП. У рідкісних випадках для вирішення проблеми може знадобитися повторне введення стента, особливо в пацієнтів із лихоманкою. Подразнення сечового міхура або біль можуть бути полегшені за допомогою антихолінергічних препаратів, а дизурія, яка зазвичай триває короткий період, – за допомогою анестетиків, що діють у сечовивідних шляхах.

Лікування хронічного болю в пацієнтів урологічного профілю

Хронічний тазовий біль

Хронічний тазовий біль є складним і потенційно виснажливим розладом, що має неонкологічний генез і триває не менше 6 міс [39]. Він включає різні діагнози, зокрема нейропатичні симптоми, такі як парестезії, оніміння та печіння. Біль часто виникає під час сидіння, сечовипускання, дефекації та статевої активності. Фактори ініціації, такі як інфекція, рефлюкс імунних компонентів сечі, перинєальний або тазовий травматизм, викликають місцеву відповідь у вигляді запалення або нейрогенної травми.

Хронічний уrogenітальний біль у чоловіків

Найбільш поширеним клінічним урологічним больовим синдромом у чоловіків є хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ), який визначається як біль або дискомфорт у ділянці таза та часто супроводжується іритативними й обструктивними симптомами нижніх сечовивідних шляхів і/або сексуальною дисфункцією.

Алгоритм лікування ХП/СХТБ є гетерогенним і нечітко визначеним, тому потребує мультидисциплінарного підходу. Крім початкової антибіотикотерапії варіанти лікування хронічного урогенітального болю у чоловіків при ХП/СХТБ включають застосування α -блокаторів із/без протизапальних препаратів, знеболювальних та нейромодуючих засобів, таких як габапентин, прегабалін і амітриптилін, а також різні інтервенційні нейромодуючі терапії, зокрема акупунктуру, електроакупунктуру, фізіотерапію тазового дна, ін'єкції в зони тригерних точок і нейроблокаду. Пацієнтам рекомендована зміна способу життя, зокрема обмежити або виключити споживання алкоголю, кофеїну й гострих страв, приймати теплі ванни щодня, здійснювати сечовипускання в максимально розслабленому стані та активно вести статеве життя. Також показані гомеопатичні засоби протизапальної дії, такі як кверцетин та екстракт бджолиного пилку. Ботокс був досліджений для лікування хронічного тазового болю, і його введення в передміхурову залозу показало значне зменшення тазового болю [46]. Окрім того, психологічна підтримка, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, також рекомендована як важлива складова менеджменту ХП/СХТБ.

Хронічна орхіалгія

Хронічна орхіалгія визначається як біль у яєчках, що триває не менше 3 міс, як періодичного, так і постійного характеру. Іннервація яєчок, придатків яєчок і калитки здійснюється через клубово-підчеревний, клубово-пахвинний, генітофеморальний і соромітний нерви, які виходять із корінців нервів L1-L2 та S2-S4.

Ідіопатичні випадки без чіткої етіології є поширеними при хронічній орхіалгії. Однак у багатьох пацієнтів, які звертаються з хронічною орхіалгією, виявляються очевидні причини, такі як грижа або внутрішньокаліткова патологія (варикоцеле, гідроцеле, кісти або перекрут придатка яєчка). Хірургічне усунення цих утворень зазвичай веде до повного зникнення болю.

У США 1-2% з 500 тис. пацієнтів, які проходять вазектомію, будуть відчувати хронічний біль у яєчках [50], відомий як поствазектомічний больовий синдром.

Початкове консервативне лікування має включати курс протизапальних препаратів та усунення будь-яких факторів, що спричиняють біль.

Якщо під час обстеження анатомічну патологію не виявлено, консервативне лікування НПЗП може бути достатньо успішним при орхіалгії. Використання трициклічних антидепресантів або протисудомних препаратів може забезпечувати зменшення вираженості болю більш ніж на 50% [52]. Якщо консервативний підхід виявився безрезультатним, необхідно застосовувати інтервенційне лікування хронічного болю.

Інтервенційні методи лікування хронічного тазового болю

Блокада верхнього підчеревного сплетення

Верхнє підчеревне сплетення – це скупчення нервів, розташованих у ретроперитонеальному просторі на біфуркації розгалуження аорти, безпосередньо перед міжхребцевим диском L5-S1. Його блокада, за даними досліджень, зменшує тазовий біль, пов'язаний зі злякисними новоутвореннями, на 70% [54].

Блокада непарного ганглію

Непарний ганглії розташований на рівні з'єднання крижів із куприком і є найбільш каудальною частиною сакрального симпатичного ланцюга між крижово-куприковим з'єднанням та нижнім сегментом першого куприкового сегмента. Непарний ганглії часто залучений до виникнення болю в тазових і перинеальних структурах. Його блокада може бути дуже ефективною для купірування болю, що виникає із шийки матки, товстого кишечника, сечового міхура, прямої кишки та ендометрія [55].

Епідидимектомія

Хірургічне видалення придатків яєчок, або епідидимектомія, показане для полегшення хронічного болю в придатках у чоловіків. Ефективність методу в пацієнтів з рентгенологічними ознаками обструкції сім'явивідних проток після вазектомії зареєстрована на рівні 63% [60].

Блокада сім'яного канатика

Блокада сім'яного канатика може бути ефективною в пацієнтів, у яких не було досягнуто поліпшення при консервативному лікуванні хронічного болю в яєчках.

Нейроліз та абляція

У багатьох випадках інтервенційні блокади дають лише тимчасове полегшення. Для досягнення більш тривалого ефекту можна здійснювати нейроліз або нейроабляцію. Хемоденервація полягає в ін'єкції невеликої кількості етилового спирту або фенолу в таргетний нерв для блокування ноцицептивних шляхів через руйнування нервової тканини. Це зазвичай виконують на непарному ганглії та верхньому підчеревному сплетенні [65]. Пульсова радіочастотна абляція є шадним варіантом теплової радіочастотної абляції для забезпечення тривалого полегшення болю. Вона не залежить від температури і є безпечнішою для використання з причілом на периферичні нерви, які містять моторні волокна.

Мікрохірургічна денервація сім'яного канатика

Денервація сім'яного канатика дозволяє знизити або усунути хронічний біль у яєчках.

Отже, гострий і хронічний біль залишається одним із найбільш поширених післяопераційних ускладнень в урологічній практиці. Опіїдна епідемія, що значно ускладнила періопераційний менеджмент, зумовила необхідність ефективного контролю болю для покращення терапевтичних результатів. Мультиmodalний підхід за участю уролога, анестезіолога та фахівців із лікування болю є критично важливим для покращення нагляду за пацієнтами урологічного профілю.

Реферативний огляд підготувала Дарія Чорна

За матеріалами: Varghese J., Chang D.L., Mirman B.D., Capodice J., Shehebar M. Acute and Chronic Pain Management of the Urologic Patient. Int J Anaesth Crit Care April 09, 2024.

Довідка від редакції

Нестероїдні протизапальні препарати зарекомендували себе як невід'ємна складова успішної терапії гострого післяопераційного болю, хронічного тазового болю та асоційованих із ним симптомів у пацієнтів урологічного профілю, про що свідчать висновки як зарубіжних, так і вітчизняних досліджень. На фармацевтичному ринку України диклофенак натрію представлений, зокрема, препаратом Диклоберл® (виробництво «Берлін-Хемі», Німеччина). Випускається у формі розчину для ін'єкцій, супозиторіїв і твердих капсул пролонгованої дії (Диклоберл® ретард).

Результати клінічних досліджень показали, що ректальна форма Диклоберлу має ряд особливостей, які забезпечують ефективність, зручність і прихильність пацієнтів до лікування. Ректальний супозиторій Диклоберл® всмоктується через 30-60 хв і досягає максимальної концентрації в сироватці крові через 50 хв після введення. Діюча речовина абсорбується зовнішніми гемороїдальними венами (близько 50%), оминаючи печінку і внутрішні гемороїдальні вени. Важливо, що діюча речовина та основа супозиторіїв Диклоберл® зберігають свою форму при кімнатній температурі й не подразнюють слизову оболонку прямої кишки, а отже, не викликають спорожнення кишечника, дозволяючи диклофенаку повністю абсорбуватись у системний кровотік. Торпедоподібна форма супозиторіїв забезпечує комфортне введення у пряму кишку, підвищуючи тим самим комплаєнс. Ректальні супозиторії Диклоберл® можна комбінувати з іншими лікарськими формами для досягнення максимального знеболювального ефекту. Супозиторії слід вводити у пряму кишку якомога глибше, бажано після очищення кишечника. Початкова доза зазвичай становить 100-150 мг/добу. При невиражених симптомах, а також при тривалій терапії достатньою є доза 75-100 мг/добу. Добову дозу слід розділити на 2-3 прийоми (вона не має перевищувати 150 мг).

Перевагами твердих капсул пролонгованої дії Диклоберл® ретард є найвища швидкість розпадання капсули (порівняно з іншими капсулами з пролонгованим і модифікованим вивільненням), завдяки чому забезпечується оптимальна фармацевтична стабільність і біодоступність. Вивільнення препарату починається у дванадцятипалій кишці й відбувається впродовж тривалого часу (через 4 год вивільняється повна доза лікарської речовини), що сприяє мінімізації побічних ефектів.

Дозу Диклоберл® ретард слід підбирати індивідуально, починаючи з мінімальної ефективної, і застосовувати впродовж найкоротшого терміну. Рекомендована початкова доза диклофенаку для дорослих становить 75-150 мг/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/добу. Якщо симптоми захворювання найбільш виражені впродовж ночі або вранці, препарат необхідно застосовувати ввечері. Однократний прийом Диклоберл® ретард забезпечує високу прихильність пацієнтів до лікування.