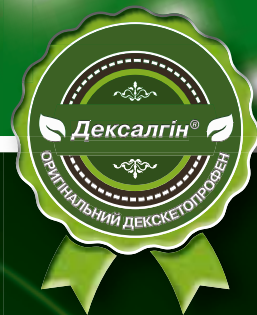


Симптоматичне лікування гострого болю

1, 2, 3, *

Дексалгін®

декскетопрофену трометамол



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



Інформація про рецептурні лікарські засоби для спеціалістів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Похідні пропіонової кислоти. Код АТХ M01A E17.

ДЕКСАЛГІН®. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 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 декскетопрофену, 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. Рекомендована доза становить 50 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 іншою спільністю всмоктування лікарського засобу, тому при гострому болю 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 можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/01/01. **Виробник.** Лабораторіус Менаріні С. А. Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона. 08918 Іспанія. А. Менаріні Мануфактурінг Логісткс енд Сервісес С.р.Л. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Аквіна (АК), Італія.

ДЕКСАЛГІН® ІН'ЕКТ. Склад: 1 мл розчину для ін'єкцій/інфузій містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг (одна ампула по 2 мл містить декскетопрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетопрофену 50 мг). **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій/інфузій. **Показання.** Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коліках та болю у попереку. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок середнього або важкого ступеня (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). При важкому 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'ЕКТ** призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анагетиків, 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 можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® ін'єкт від 18.10.2023 р. № 1808, РП № UA/3764/01/01. **Виробник.** Альфафарма С.П.А. вул. Енріко Фермі, 1-65020 Аланно (Пескара), Італія.

ДЕКСАЛГІН® САШЕ. Склад: декскетопрофену трометамолу; 1 ододозовий пакет містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 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 декскетопрофену, 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 перемішати 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 можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® саше від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/02/01. **Виробник.** Лабораторіус Менаріні С. А. Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона. 08918 Іспанія.

¹ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/01/01. ² Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® саше від 03.03.2023 р. № 428, РП № UA/9258/02/01. ³ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дексалгін® ін'єкт від 18.10.2023 р. № 1808, РП № UA/3764/01/01. ⁴ Sanchez-Carpene J, et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and dipyrone in the treatment of renal colic. Clin Drug Invest 2003; 23:139-152. ⁵ Barbanjo 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. Fortsch 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.

*Показання: Симптоматичне лікування гострого болю від легкого до помірного (Дексалгін® і Дексалгін® саше) і від помірного до сильного (Дексалгін® ін'єкт) болю.

Пацієнтам особливої групи (літнього віку, при порушеннях функції печінки легкого та помірного ступеня тяжкості, при порушеннях функції нирок легкого ступеня тяжкості) дозу препарату слід підбирати індивідуально. Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарських засобів Дексалгін® від 03.03.2023 р. № 428, Дексалгін® ін'єкт від 18.10.2023 р. № 1808, Дексалгін® саше від 03.03.2023 р. № 428, а саме з повним переліком побічних ефектів, особливостей застосування, способом застосування та дозами. 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 неможливе. 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 анагетиків, якщо це можливо. Дексалгін® саше призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів.

Чи реально ми впливаємо на пасаж каменів дистальної частини сечоводу?

За матеріалами конференції

Сечокам'яна хвороба – вкрай поширена урологічна патологія з високим рівнем захворюваності: приблизно 106 млн випадків у світі (1240 на 100 тис. населення), при цьому 67% із них припадає на чоловіків (Awedew A.F. et al., 2024). Статистика по Україні ще більш невтішна – 2 млн 320 тис. випадків (3770 на 100 тис. населення), що перевищує середній світовий рівень майже втричі. Зазвичай камінь сечоводу викликає біль, нерідко у вигляді ниркової кольки, частота якої у пацієнтів цієї категорії варіюється від 63,6 до 90% і вище, що потребує невідкладного призначення дієвих знеболювальних засобів. У рамках міжнародного конгресу «Всесвітній день нирки – 2025», який відбувся 10-11 квітня у змішаному форматі, професор кафедри урології, нефрології та андрології імені проф. А.Г. Подреза Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук Дмитро Володимирович Щукін виступив із доповіддю «Чи реально ми впливаємо на пасаж каменів сечоводу?», у якій привернув увагу до сучасних проблем менеджменту пацієнтів з уретеролітіазом.
Ключові слова: камені сечоводу, медикаментозна експульсивна терапія, α -адреноблокатори, інгібітори фосфодіестерази, ниркова колька, нестероїдні протизапальні препарати, декскетпрофен, Дексалгін®.



Д.В. Щукін

Відомо, що уретральні камені можуть призводити до загибелі нирки. Повна обструкція сечоводу викликає незворотні зміни ниркової функції через 40 діб (Mohammadi A. et al., 2024). Серйозне ускладнення каналців виникає на 3-, 4- і 6-му тижнях обструкції проксимального, середнього та дистального відділів сечоводу відповідно. Тому 4-6 тижні – це той проміжок часу, коли спеціаліст має визначитися з дренуванням нирки або позбавленням хворого від каменя. При цьому слід пам'ятати, що впродовж зазначеного терміну існує ризик розвитку гострого пієлонефриту, що значно зужує вікно терапевтичних можливостей.

До найбільш поширених методів лікування каменів сечоводу залежно від його відділу відносяться (Dasgupta R. et al., 2022):

- верхня третина – пункційна нефролітолапаксія, екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ), контактна уретеролітотрипсія;
- середня третина – ЕУХЛ, контактна уретеролітотрипсія;
- нижня третина – контактна уретеролітотрипсія.

Порівнюючи переваги методів, слід зазначити, що контактні втручання мають вищу вартість, але більш ефективні, натомість ЕУХЛ дешевша, але менш ефективна. Крім того, слід пам'ятати про можливі ускладнення уретероскопії, з-поміж яких найбільш тяжким є авульсія сечоводу, що призводить до необхідності фактично повної його реконструкції за допомогою тотальної операції Боарі, аутоотрансплантації нирки, кишкової пластики сечоводу або з використанням слизової оболонки щокви.

У частини пацієнтів камені сечоводу можуть відійти самостійно. Чим меншим є розмір каменя і чим дистальніше він розташований, тим більша вірогідність його спонтанного пасажу. Незважаючи на існування великої кількості прогностичних калькуляторів, вони не є достатньо точними.

Упродовж 4-6 тижнів від виникнення обструкції, періоду очікування самостійного відходження каменя, для полегшення цього процесу застосовується медикаментозна експульсивна терапія (МЕТ).

З урахуванням того, що сечовід має конкретні мішені для впливу на пасаж каменя, реагуючи на адрен-, серотонін-, а також холінергічну стимуляцію, для МЕТ традиційно використовуються α -адреноблокатори, блокатори кальцієвих каналів, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), фітотерапія та ін. (Lim I. et al., 2022).

Сьогодні, зокрема, тестуються й активні використовуються в клінічній практиці інгібітори фосфодіестерази (ФДЕ) 5-го типу, агоністи β_3 -адренорецепторів (мірабегрон), серотонінергічні препарати, глюкокортикоїди та сексуальна терапія.

Альфа-адреноблокатори. Ефективність α -адреноблокаторів при МЕТ продемонстрована в кількох метааналізах, результати яких свідчать про вищу частоту відходження каменів у коротші строки за меншої потреби в знеболювальних (De Coninck V. et al., 2019). Поряд із цим існують суперечливі дані, отримані в ході добре спланованих багатоцентрових плацебо-контрольованих подвійних сліпих рандомізованих досліджень, зокрема SUSPEND (Pickard R. et al., 2015) та MIMIC (Shah T.T. et al., 2019), які вказують на обмежену користь або повну її відсутність від використання α -адреноблокаторів, окрім певної переваги в пацієнтів із дистальними каменями сечоводу розміром >5 мм (Campschroer T. et al., 2018).

Згідно з настановами Європейської асоціації урології (EAU, 2025), для МЕТ слід пропонувати α -адреноблокатори як один із варіантів лікування дистальних каменів сечоводу розміром >5 мм (сильна рекомендація).

Відповідно до результатів систематичного огляду та метааналізу (Sharma G. et al., 2022), серед трьох широко використовуваних α -адреноблокаторів силодозин є найбільш ефективним для МЕТ каменів нижнього відділу сечоводу; за ним ідуть альфузозин і тамсулозин.

Блокатори кальцієвих каналів. Установлено, що в більшості гладких м'язів скорочення відбувається через підвищення внутрішньоклітинної концентрації іонів кальцію, і блокатори кальцієвих каналів зазвичай використовуються для зменшення скорочень гладких м'язів при гіпертензії, стенокардії та аритмії. Результати досліджень також свідчать про їхню потенційну ефективність у сприянні розслабленню сечоводу (більшою мірою за рахунок зниження тонуусу його дистального відділу) (Trohel S.A. et al., 2006).

Хоча більшість досліджень продемонстрували, що блокатори кальцієвих каналів є ефективними для МЕТ каменів сечоводу, було встановлено, що вони мають значно нижчу ефективність порівняно з тамсулозином. Таким чином, незважаючи на деякі багатообіцяючі результати фундаментальних досліджень щодо блокаторів кальцієвих каналів, основний фокус МЕТ на даний момент орієнтований на α_1 -адреноблокатори (Pickard R. et al., 2015).

НПЗП. Доведено, що ці фармакологічні агенти ефективні в купіруванні больового синдрому та рідко викликають побічні ефекти. Однак при їх ізольованому застосуванні не вдається вплинути на відходження каменів із сечоводу. Хоча багато клінічних випробувань показали, що в поєднанні з антагоністами α_1 -адренорецепторів або блокаторами кальцієвих каналів НПЗП є ефективними для МЕТ (Porpiglia F. et al., 2000; Lv J.L., Tang Q.L., 2014), більшість клініцистів схиляються до думки, що позитивний ефект цього класу препаратів полягає саме в полегшенні болю (ниркової кольки) та релаксації сечоводу без впливу на експульсію конкрементів.

Згідно з настановами EAU (2025), НПЗП ефективні в пацієнтів із гострою нирковою колькою та мають вищу анальгетичну активність, ніж опіоїди (рівень доказів 1b). Додавання спазмолітиків до НПЗП не приводить до кращого контролю болю. Пацієнти, які отримують даний тип препаратів, мають меншу потребу в подальшому знеболенні в короткостроковій перспективі. Комбінація опіоїдів і НПЗП посилює анальгетичний ефект порівняно з опіоїдами окремо.

З позиції патофізіології слід відзначити дуже велику роль простагландинів у реалізації ниркової кольки (Carpentiere X. et al., 2008). Саме тому призначення цієї категорії хворих декскетпрофену – відносно збалансованого подвійного інгібітора обох ізоформ циклооксигенази, що опосередковує синтез простагландинів, – є патогенетично обґрунтованим.

Декскетпрофен – НПЗП групи похідних пропіонової кислоти, що є активним S(+)-енантімером кетопрофену, який має анальгетичну активність. Застосування декскетпрофену в половинній дозі порівняно з кетопрофеном дозволяє отримати аналогічний знеболювальний ефект при кращій гастроінтестинальній безпеці та вдвічі меншому метаболічному навантаженні (за рахунок відсутності перетворення декскетпрофену на R(-)-енантімер, який позбавлений анальгетичної дії та проявляє ульцерогенну активність). Створення препарату у вигляді трометамолової солі дозволило збільшити розчинність, зменшити T_{max} (час, протягом якого досягається максимальна концентрація діючої

речовини в плазмі крові), щоб забезпечити швидкий початок дії та скоротити час перебування у шлунку з метою зменшення впливу вільної кислоти на його слизову оболонку, тим самим забезпечивши порівняно незначний вплив на шлунок.

У пацієнтів із нирковою колькою декскетпрофен має більш виражений знеболювальний ефект порівняно з фентанілом і парацетамолом. У рандомізованому контрольованому дослідженні B. Al et al. (2018) порівнювали ефективність одноразового введення декскетпрофену трометамолу 50 мг, парацетамолу 1000 мг і фентанілу 2 мкг/кг (еквівалентно морфіну 2 мг/кг), розведених у 100 мл ізотонічного розчину, шляхом швидкої внутрішньовенної інфузії протягом 5 хв у 300 пацієнтів, які звернулися до відділення невідкладної допомоги з типовими симптомами ниркової кольки. Згідно з отриманими результатами, частка хворих із сильним болем (за візуально-аналоговою шкалою – 7-10 балів) суттєво зменшилася через 30 хв у групі декскетпрофену порівняно з групою фентанілу і парацетамолу: із 63, 64 і 74% до 4, 17 і 20% відповідно ($p=0,004$). Крім того, менше хворих потребували застосування препаратів екстреного знеболення (31, 45, 53% осіб відповідно).

Декскетпрофен ефективний у дозуванні як 25 мг, так і 50 мг, що було продемонстровано в ході багатоцентрового подвійного сліпого рандомізованого контрольованого дослідження з паралельними групами (Sánchez-Cargena J. et al., 2003), у якому порівнювалася анальгетична дія одноразового внутрішньом'язового введення декскетпрофену трометамолу (25 і 50 мг) порівняно з дипіроном (2 г) при помірному та сильному болю, спричиненому нирковою колькою. Учені встановили, що частка пацієнтів, у яких на фоні призначеного лікування вдалося досягти купірування больового синдрому на 50%, була значно більшою в обох групах декскетпрофену порівняно з дипіроном. Крім того, середній час досягнення зазначеного покращення був значно меншим при застосуванні декскетпрофену в обох дозуваннях (15 хв), ніж при введенні дипірону (30 хв).

У проспективному рандомізованому подвійному сліпому дослідженні

М. О. Ау et al. (2014) встановлено, що декскетопрофен мав дуже сприятливий профіль безпеки та переносимості: зокрема, після одноразової внутрішньовенної інфузії декскетопрофену трометамолу (амп. 50 мг/2 мл) тривалістю 20 хв рідше виникали випадки нудоти та блювання порівняно з групою меперидину гідрохлориду (амп. 100 мг/2 мл).

На вітчизняному фармацевтичному ринку оригінальний декскетопрофен представлений препаратом Дексалгін® (виробництво «Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л.») у формі розчину для ін'єкцій, таблеток, вкритих оболонкою, та гранул для орального розчину.

Серед переваг препарату Дексалгін® спікер виділив наступні:

- ефективне знеболення при лікуванні гострого болю;
- швидкий початок дії;
- добра переносимість, мінімальний ризик побічних ефектів;
- протизапальна дія;
- менша потреба в опіоїдах у післяопераційному періоді;
- знижене метаболічне навантаження;
- знижений ризик фармакодинамічної та фармакокінетичної взаємодії із супутніми препаратами.

Інгібітори ФДЕ. Встановлено, що в сечоводі людини функціонально присутні ФДЕ 1-го, 2-го та 5-го типу, причому інгібування останнього типу викликає найбільший розслаблюючий ефект. Хоча

існують доклінічні дані щодо клінічного застосування лікарських засобів цієї групи, їх цінність у лікуванні сечокам'яної хвороби остаточно не з'ясована. Більш ефективні інгібітори ФДЕ в комбінації з тамсулозином. Так, комбінація інгібітора ФДЕ 5-го типу тадалафілу з тамсулозином виявилася ефективнішою, ніж монотерапія тамсулозином, при МЕТ каменів дистального відділу сечоводу, що проявлялося у більш швидкому їх пасажі, меншій кількості епізодів ниркової кольки та звернень по невідкладну допомогу за відсутності розвитку суттєвих побічних ефектів (Kumar S. et al., 2014; Gnyawali D. et al., 2020). Необхідні подальші клінічні дослідження, щоб визначитися з їх роллю.

Бета-3-адреноміметики. За результатами імуногістохімічних досліджень доведено існування β_3 -адренорецепторів в уротеліальних клітинах та гладкій мускулатурі нижнього, середнього і проксимального відділів сечоводу. Найбільш відомим представником цієї групи препаратів є мірабегрон, який зазвичай використовується для лікування нетримання сечі, діючи на рецептори, розташовані на детрузорі сечового міхура (Dehvari N. et al., 2018). Дані метааналізу (Wang Z. et al., 2023) демонструють, що в пацієнтів із каменями сечоводу мірабегрон значно покращував рівень їх відходження, причому ефект виявився більш вираженим щодо малих і дистально розташованих конкрементів. Незважаючи на це лікування мірабегроном не асоціювалося зі скороченням строків експульсії або купіруванням болю.

Серотонінергічні препарати. Серотонін – це нейротрансмітер, що відповідає

за настроїв, відчуття щастя, апетит, сон і пам'ять. Джерелом його синтезу виступають присутні в сечоводі тучні клітини, що потенційно беруть участь у підтриманні місцевого гомеостазу, а також відіграють роль у регуляції скоротливості сечоводу через вивільнення медіаторів. Хоча важко оцінити доклінічні висновки без проведення випробувань серотонінергічних препаратів, цей механізм може мати клінічний потенціал, щоб стати мішенню для МЕТ, особливо в умовах запалення (Jerde T.J. et al., 2000).

Глюкокортикоїди. Вважається, що глюкокортикоїди можуть полегшувати пасаж каменів через редукцію набряку уротелію. Як правило, їх призначають як комбіновану терапію, однак їхню ефективність при сечокам'яній хворобі необхідно підтвердити в подальших дослідженнях (Sridharan K. et al., 2017). Згідно з результатами метааналізу (Taheri M. et al., 2025), комбінована МЕТ α -адреноблокаторами з інгібіторами ФДЕ, кортикостероїдами і фітопрепаратами характеризувалася втричі вищим рівнем пасажу каменів порівняно з монотерапією α -адреноблокаторами. Іншими перевагами комбінованого лікування були коротший час експульсії та менша потреба у використанні знеболювальних засобів.

Сексуальна терапія. Останнім часом з'явилася велика кількість публікацій, присвячених сексуальній стимуляції у якості експульсивної терапії. На думку вчених, регулярні статеві контакти можуть бути ефективною альтернативою α -адреноблокаторам, забезпечуючи швидке відходження каменів

із сечоводу та зменшуючи потребу в анальгетиках (Kronenberg P., 2024). За даними проспективного рандомізованого контрольованого дослідження (Turgut H., Sarier M., 2021), мастурбація щонайменше 3-4 рази на тиждень була такою ж ефективною, як і тамсулозин, щодо спонтанного відходження каменів із дистального відділу сечоводу в чоловіків. Крім цього, мастурбація та прийом тамсулозину зменшували потребу в уретерореноскопічній літотрипсії. Дослідження з цього питання за участю жінок також продемонстрували, що принаймні 3-4 статеві акти на тиждень, ймовірно, покращують спонтанне відходження дистальних або інтрамуральних каменів сечоводу. Поряд із цим статевий акт зменшує потребу в анальгетиках (Turgut H., 2021).

Отже, згідно із сучасними доказовими даними, НПЗП рекомендовані як лікарські засоби першої лінії терапії ниркової кольки в пацієнтів із каменями сечоводу, зокрема декскетопрофену трометамол (Дексалгін®) може бути препаратом вибору. Як показали результати численних досліджень, в осіб із нирковою колькою декскетопрофен мав високу ефективність, більш швидкий початок дії та добру переносимість порівняно з іншими знеболювальними засобами, навіть із наркотичними анальгетиками.

Підготувала **Марина Малей**

①

3y



Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал

