

# Європейські рекомендації EUSEM 2025: сучасні стратегії невідкладної допомоги при болю



Лікування гострого болю потребує переосмислення з огляду на опіоїдну кризу, розвиток сучасних фармакологічних і нефармакологічних підходів та інтеграцію нових технологій у клінічну практику. У рекомендаціях, розроблених під егідою Європейського товариства з невідкладної медицини (EUSEM) та Європейської ініціативи з лікування болю, запропоновано доказові й практичні стратегії оцінки та контролю гострого болю на етапах екстреної та догоспітальної медичної допомоги. Ці рекомендації є синтезом найновіших даних і найефективніших практик щодо впровадження мультимодального підходу до знеболення із пріоритетною оцінкою болю та адаптацією лікування до потреб вразливих груп пацієнтів. Новим у цьому виданні є вдосконалена відповідність до структури знеболення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Автори керівництва пропонують неопіоїдні стратегії, заохочують розумне використання опіоїдів і наголошують на повторній, структурованій оцінці болю з використанням перевірених інструментів та врахуванням суб'єктивної природи болю.

**Ключові слова:** гострий біль, знеболення, невідкладна допомога, опіоїди, нестероїдні протизапальні препарати, диклофенак.

## Фармакологічне лікування гострого болю в умовах невідкладної допомоги: зміни з 2020 року

Упродовж останніх п'яти років ситуація з лікуванням гострого болю в умовах невідкладної допомоги суттєво змінилася. З моменту публікації попередньої версії рекомендацій EUSEM загострилася опіоїдна криза, набули популярності нові варіанти лікування, а після пандемії COVID-19 використання технологій стало ще активнішим. Вплив опіоїдної кризи означав, що скорочення призначення наркотичних анальгетиків стало ключовим у лікуванні гострого болю. Спостерігається відхід від рутинного вживання опіоїдів через зростання обізнаності про ризики залежності та побічні ефекти цих препаратів у разі їх використання на етапі невідкладної допомоги [1-5]. Наразі пріоритет віддається неопіоїдній та мультимодальній анальгезії (ММА). Актуальні гайдлайни, включаючи настанови EUSEM (2025), рекомендують використовувати нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), парацетамол і допоміжну терапію як препарати першої лінії, залишаючи опіоїди для тих випадків, коли переваги їх застосування явно перевищують

ризика [3]. ММА передбачає використання двох чи більше знеболювальних засобів або методів із різними механізмами дії для оптимізації знеболення та мінімізації побічних ефектів, зокрема тих, які пов'язані з опіоїдами. У випадку купірування гострого болю міждисциплінарний підхід інтегрує фармакологічні, нефармакологічні та процедурні втручання, що передбачає співпрацю між лікарями, медсестрами, фельдшерами та фармацевтами.

Основними компонентами ефективного мультимодального підходу до знеболення є:

- фармакологічні засоби, включаючи парацетамол, НПЗП, кетамін, метоксифлуран та регіонарну анестезію [6, 7];
- нефармакологічні методи, включаючи іммобілізацію, накладання шин і психологічні втручання [3, 8];
- обмеження опіоїдних анальгетиків та резервування цих препаратів для лікування сильного болю у відповідних пацієнтів із короткотривалим використанням низьких доз [6, 8].

Для підтримки фармакологічних і нефармакологічних мультимодальних знеболювальних втручань необхідні наступні заходи [8, 9]:

- використання стандартизованих інструментів оцінки болю під час курації пацієнтів;
- рання та повторна оцінка болю;
- впровадження протоколів знеболення, які можуть бути застосовані медсестрою та/або парамедиком, для пришвидшення надання допомоги;
- навчання персоналу відділень невідкладної допомоги та швидкої медичної допомоги для заохочення дотримання рекомендацій.

Мультимодальні схеми лікування можуть зменшити споживання опіоїдів, скоротити тривалість перебування пацієнтів у відділенні невідкладної допомоги та покращити результати лікування болю без збільшення кількості побічних явищ [7, 10, 11]. Ефективне догоспітальнічне лікування болю вимагає координації між персоналом швидкої медичної допомоги, бригадами відділень невідкладної допомоги та фармацевтичними службами для забезпечення безперервності й доцільності знеболення [12, 13].

Експерти рекомендують використовувати підхід CERTA (Channels-Enzymes-Receptors Targeted Analgesia), який передбачає поєднання

анальгетиків із різними механізмами дії для оптимізації знеболення, а не покладатися лише на збільшення дози (таблиця).

Підхід CERTA включає:

- Channels: анальгетики, які блокують натрієві канали;
- Enzymes: анальгетики, які вибірково пригнічують вироблення ферментів;
- Receptors: анальгетики, які блокують або активують рецептори.

Підхід CERTA можна інтегрувати в піраміду знеболення, адаптовану до підходу, розробленого ВООЗ (рис. 1) [14, 15]

Два дослідження, що вивчали внутрішньовенне (в/в) введення лідокаїну для полегшення болю при нирковій кольці у відділенні невідкладної допомоги як окремо, так і на додаток до опіоїдів, повідомили про позитивні результати при застосуванні лідокаїну [151, 152]. Натомість рандомізоване подвійне сліпе дослідження не повідомило про суттєву різницю у зниженні бала за шкалою болю між в/в лідокаїном та в/в морфіном у пацієнтів відділення невідкладної допомоги з гострою травмою кінцівок [153].

Таблиця. **Огляд підходу CERTA та запропонованих анальгетиків (адаптовано за Cisewski et al., 2019) [14]**

| Мішень    | Групи препаратів  | Ліки   |
|-----------|---|--|
| Канали    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Блокатори натрієвих каналів</li> <li>• Блокатори кальцієвих каналів</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лідокаїн, мепівакаїн, бупівакаїн, хлоропрокаїн, прокаїн, ропівакаїн</li> <li>• Габапентин, прегабалін</li> </ul>  |
| Ферменти  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Інгібітори ЦОГ-1, ЦОГ-2, ЦОГ-3</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ібупрофен, <b>диклофенак</b>, напроксен, кеторолак, кетопрофен, декскетопрофен</li> <li>• Метамізол (рекомендований для блокування ЦОГ-3)</li> </ul>  |
| Рецептори | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Агоністи TRPV1-рецепторів</li> <li>• Антагоністи дофамінових рецепторів</li> <li>• Антагоністи глутаматних/NMDA-рецепторів</li> <li>• Агоністи ГАМК-рецепторів</li> <li>• Агоністи серотонінових 5HT1-рецепторів</li> <li>• Агоністи <math>\mu</math>-опіоїдних рецепторів</li> <li>• Агоністи рецепторів альфа-2 (<math>\alpha_2</math>-АДР)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Капсаїцин, парацетамол</li> <li>• Метоклопрамід, прохлорперазин, хлорпромазин, галоперидол, дроперидол</li> <li>• Кетамін, закис азоту, магній, пропофол</li> <li>• Метоксифлуран (ймовірно)</li> <li>• Суматриптан</li> <li>• Морфін, оксикодон, гідрокодон, фентаніл, гідроморфон, трамадол, бупренорфін (частковий агоніст), закис азоту (частковий агоніст)</li> <li>• Дексметомедін, клонідин</li> </ul> |

Примітка: ЦОГ – циклооксигеназа; TRPV1 – рецептори ванілоїдного типу 1; NMDA – N-метил-D-аспартат; ГАМК – гамма-аміномасляна кислота.

Нещодавній систематичний огляд літератури та метааналіз [154] 12 рандомізованих клінічних досліджень (РКД) за участю 1351 пацієнта з абдомінальною, нирковою/жовчною кольками, травматичним болем та корінцевим болем у попереку продемонстрував, що ефективність в/в лідокаїну щодо полегшення болю була порівнянною зі стандартною аналгезією (зазвичай в/в морфін, гідроморфон і фентаніл (одне дослідження), декскетпрофен або кеторолак (два дослідження)) через 15, 30, 45 та 60 хвилин. Аналіз окремих досліджень показав, що в/в лідокаїн може забезпечувати кращу аналгезію. Не було виявлено статистично значущої різниці в потребі в екстрених препаратах між групами при аналізі об'єднаних даних, але аналіз окремих досліджень засвідчив, що пацієнти, які отримували в/в лідокаїн, мали більшу потребу в екстреній аналгезії, ніж пацієнти групи контролю. У ході проведеного аналізу не було виявлено статистично значущої різниці в частоті побічних ефектів між пацієнтами, які отримували в/в лідокаїн або контрольні анальгетики.

Ці дані свідчать про те, що в/в лідокаїн є доцільним варіантом для невідкладної допомоги з ефективністю, порівнянною з опіоїдами, але всі включені дослідження містили докази помірної якості.

Кілька досліджень показали, що внутрішньосуглобове введення лідокаїну суттєво не відрізнялося від в/в знеболення й/або седативії щодо показників полегшення больового синдрому та задоволеності пацієнтів при гострому вивиху плеча. Крім того, внутрішньосуглобове застосування лідокаїну асоціювалося з коротшим терміном госпіталізації та меншим ризиком ускладнень [155, 156]. Натомість місцеве застосування лідокаїну у формі пластиру показало ефективність у лікуванні болю при переломі ребер [157].

Пластиви з лідокаїном рутинно використовуються при гострому локалізованому болю, але часто призначаються також у післяопераційних схемах або при хронічному болю. Використання пластирів слід розглядати, коли системне застосування лідокаїну

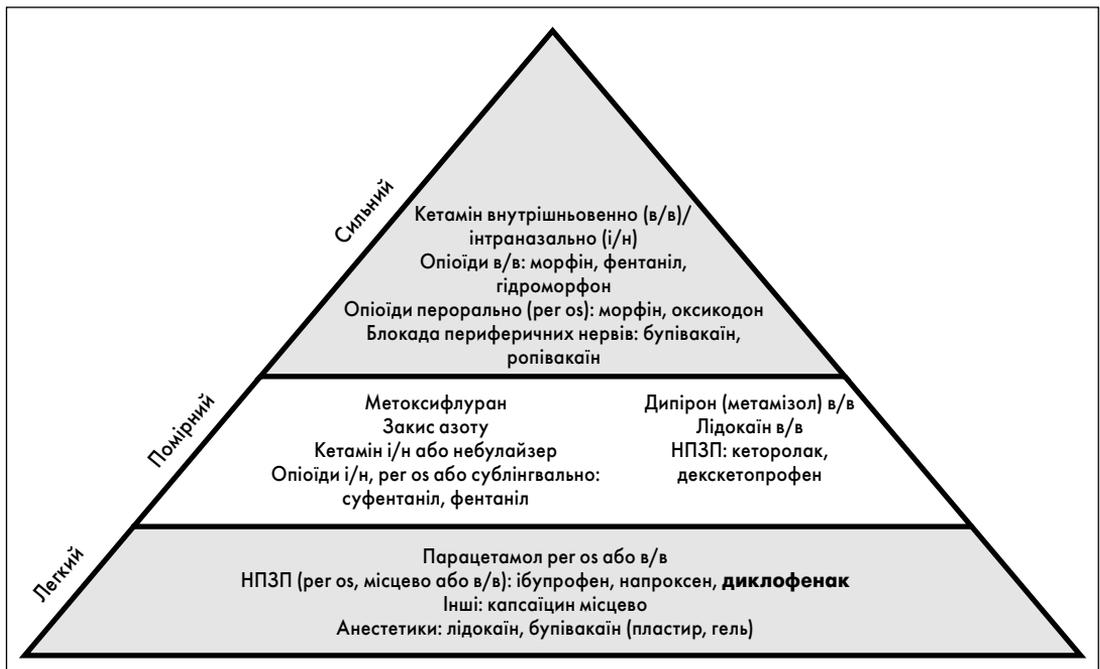


Рис. 1. Огляд поетапного лікування болю залежно від його тяжкості, що визначає місце знеболювальних препаратів відповідно до підходу CERTA (адаптовано за Cisewski et al., 2019) [14]

протипоказане. Згідно з результатами систематичного огляду літератури та метааналізу десяти РКД за участю 523 пацієнтів, пластирі з лідокаїном були ефективнішими за плацебо при гострому невропатичному болю у пацієнтів відділення невідкладної допомоги [158]. Включені дослідження були дуже неоднорідними, тому отримання даних щодо достовірності було неможливим. Побічні ефекти реєструвалися з подібною частотою у всіх пацієнтів (відносний ризик 0,9 [95% довірчий інтервал 0,48-1,67]) (докази помірної якості). Отримані дані свідчать про певну користь лідокаїнових пластирів у пацієнтів відділення невідкладної допомоги, хоча це твердження ґрунтується на доказах низької або помірної якості.

### **Фармакологічна терапія гострого болю: практичні рекомендації**

- Наразі доступний широкий спектр знеболювальних засобів для використання їх у відділеннях невідкладної допомоги та на догоспітальному етапі.
- ММА поєднує фармакологічні (НПЗП, парацетамол, кетамін, метоксифлуран, регіонарна анестезія) та нефармакологічні підходи (імобілізація, накладання шин, психологічні втручання, тепло/холод тощо) для зменшення залежності від опіоїдів та підвищення ефективності схем знеболення.
- Практичні та контекстуальні зауваження:
  - вибір знеболювальних засобів залежить від умов (відділення невідкладної допомоги чи догоспітальний етап), факторів пацієнта та доступних ресурсів;
  - існують значні відмінності в доступності знеболювальних засобів та навчанні медичних працівників у Європі;
  - швидка систематична оцінка болю та використання технологій (телемедицина, штучний інтелект) є новими тенденціями в лікуванні болю;
  - прогалини у впровадженні протоколів залишаються, але сучасні тенденції спрямовані на безпечніше, ефективніше та доступніше лікування болю.

### **Підхід CERTA**

- Підхід CERTA (цільова аналгезія шляхом впливу на канали/ферменти/рецептори) рекомендований при розгляді ММА, оскільки передбачає збалансовану аналгезію з використанням препаратів, які блокують іонні канали, пригнічують специфічні ферменти або діють на рецептори з метою забезпечення ефективного знеболення та мінімізації побічних явищ.

Цей підхід узгоджується з адаптованими сходишками знеболення ВООЗ, пропонуючи поетапну стратегію лікування на основі інтенсивності болю.

- Управління опіоїдними анальгетиками та ММА
  - Опіоїдна криза спричинила зміну принципів лікування гострого болю в умовах невідкладної допомоги, змусивши зробити перехід від рутинного використання опіоїдів до неопіоїдних схем та ММА.
  - Опіоїди були основою знеболення помірною та сильного болю в умовах догоспітальної допомоги та відділення невідкладної допомоги, однак ця група препаратів пов'язана з такими побічними ефектами, як нудота й пригнічення дихання.
  - Обмеження опіоїдів наразі є ключовою стратегією. Пріоритет в аналгезії надається парацетамолу, НПЗП і допоміжній терапії як засобам першої лінії, залишаючи опіоїди для випадків, коли переваги їх застосування явно переважають ризики.
- Фармакологічні варіанти
  - *Закис азоту*: Анестетик, який довготривало використовувався як знеболювальний засіб. Це препарат для самостійного застосування, який має швидкий початок/закінчення дії та корисний при помірному болю, однак протипоказаний за певних станів (наприклад, пневмоторакс, кишкова непрохідність).
  - *Парацетамол*: Широко використовується та є ефективним у лікуванні легкого й помірною гострого болю, з можливістю використання різних шляхів введення. Однак через ризик гепатотоксичності при високих дозах парацетамол слід використовувати

з обережністю в пацієнтів із печінковою/нирковою недостатністю.

– **НПЗП:** Широко використовуються для лікування легкого та помірного гострого болю; слід розглядати як засоби першої лінії при запальному болю. НПЗП можна вводити перорально (per os) та в/в, але вони протипоказані пацієнтам із виразковою хворобою, порушенням функції нирок і деякими серцево-судинними захворюваннями, включаючи гострий коронарний синдром, тромбоемболію, транзиторні ішемічні атаки та інсульт.

– **Місцеві НПЗП:** Ефективні при поверхневому болю; пов'язані з меншою кількістю системних побічних ефектів і не мають використовуватися на uszkodженій шкірі.

– **Дипірон (метамізол):** Знеболювальний засіб із мінімальною протизапальною дією, який використовується в деяких країнах для лікування гострого болю, але обмежений в інших країнах через ризик рідкісних захворювань крові.

– **Опіоїди:** Раніше вони були наріжним каменем знеболення, а тепер їх слід використовувати для лікування помірного та сильного болю, коли неопіоїдні препарати виявляються недовірними. Переваги опіоїдів включають різноманітність шляхів введення (в/в, внутрішньом'язово [в/м], інтраназально [і/н], per os, трансдермально або місцево), але вони пов'язані зі значним ризиком побічних ефектів (нудота, седация, пригнічення дихання та лікарська залежність).

– **Кетамін:** Ефективний у субдисоціативних дозах для лікування гострого болю; може вводитися різними способами (і/н, за допомогою небулайзера, та в/в). Було доведено, що кетамін не потребує додаткового застосування опіоїдів, має швидкий початок дії та відсутність негативного впливу на серцево-судинну систему. При вищих дозах може існувати ризик виникнення побічних ефектів.

– **Метоксифлуран:** Інгаляційний анальгетик для самостійного застосування, який характеризується швидким, короткочасним полегшенням болю і добре переноситься.

Ручний інгалятор забезпечує легкість введення та портативність, але метоксифлуран протипоказаний за певних станів (наприклад, при порушеннях функції печінки/нирок).

– **Блокада периферичних нервів:** Дедалі частіше використовується для цілеспрямованого знеболення, може бути високо ефективним підходом із низьким ризиком побічних ефектів та опіоїд-зберігаючими властивостями. Однак проведення блокади нервів вимагає навчання, а процедура може бути складною та інвазивною з потенційним ризиком інфекції та ушкодження нервів.

– **Лідокаїн:** Місцевий анестетик, який може бути корисним для лікування болю у пацієнтів відділення невідкладної допомоги; можна вводити в/в, місцево та внутрішньосуглобово, але поточні дані обмежені, хоча й є багатообіцяючими.

#### • **Ключові рекомендації:**

– Розгляньте та забезпечте ММА, яка передбачає, у першу чергу, неопіоїдні препарати та нефармакологічні методи замість опіоїдів.

– Використовуйте підхід CERTA для збалансованого, механізму-орієнтованого лікування болю.

– Розглядайте опіоїди лише для купірування сильного болю, коли переваги переважають ризики.

– Розгляньте можливість проведення локальної та регіонарної блокади нервів, коли це доцільно.

– Регулярно контролюйте та оцінюйте біль, інтегруючи як фармакологічні, так і нефармакологічні втручання.

### **Рекомендації EUSEM 2025 щодо лікування гострого болю в умовах невідкладної допомоги**

Враховуючи різноманітність доступності ліків у Європі, настанови EUSEM (2025) були розроблені з низькою гнучких, альтернативних варіантів для задоволення потреб окремих установ і сфер. Перед використанням рекомендацій клініцист повинен переглянути свій вибір знеболювальних засобів відповідно до потреб і характеристик кожного пацієнта.

Рекомендації щодо лікування гострого болю в умовах невідкладної допомоги в дорослих і дітей наведено на рис. 2, 3.

**Зауваження:** Розгляньте можливість використання інгаляційної терапії, наприклад закису азоту або метоксифлурану, поки визначаєте лікувальні опції для полегшення легкого болю.

### Особливі зауваження

- Кодеїн і трамадол не рекомендовані через їхні значні фармакологічні обмеження,

потенційні ризики безпеки та наявність альтернативних препаратів.

- Використання опіюду оксикодону не рекомендоване й не заохочується, враховуючи його зв'язок із вищими показниками ейфорії порівняно з іншими опіюдами.
- Метамізол пов'язаний із таким життєзагрозливим станом, як агранулоцитоз, і його слід застосовувати з обережністю.
- Слід забезпечити наявність налоксону, якщо використовуються опіюди.

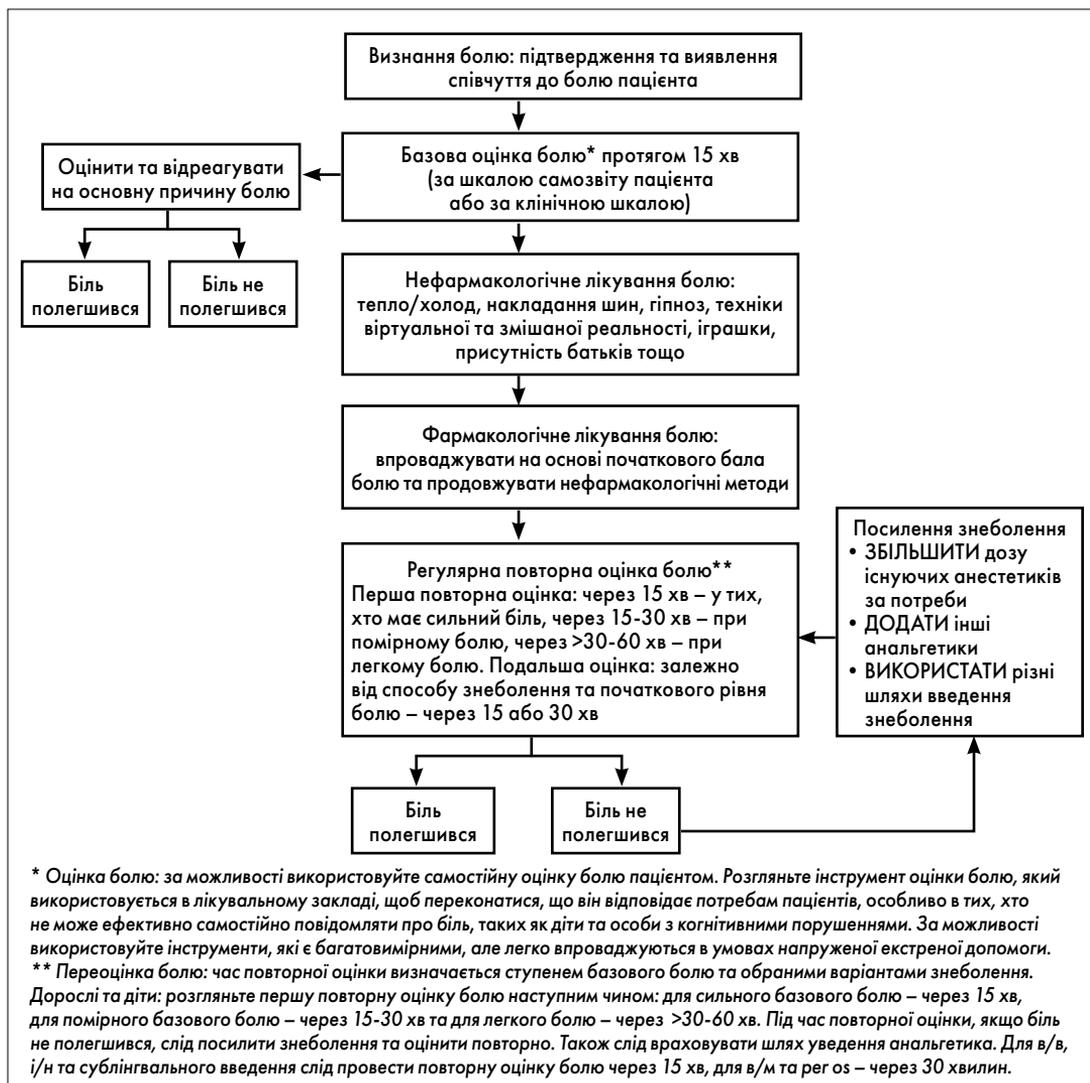


Рис. 2. Алгоритм ведення пацієнта з гострим болем в умовах невідкладної допомоги

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Сильний біль</b><br/>(NRS 7-10/ВАШ 7-10<br/>або 70-100)</p>  | <p><b>Варіанти знеболювальних засобів на ДОДАТОК до тих, які призначаються для полегшення помірного болю, якщо необхідно (переконайтеся, що новий препарат належить до іншого класу):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Інтраназальне, сублінгвальне, букальне або небулайзерне введення опіоїдів (фентаніл, суфентаніл)</li> <li>– В/в введення опіоїдів (морфін, фентаніл, суфентаніл)</li> <li>– І/н, небулайзерне або в/в введення кетаміну (можливе поєднання з антипсихотичними препаратами, наприклад галоперидолом, діазепамом або мідазоламом)</li> <li>– Блокада периферичних нервів (бупівакаїн/ропівакаїн)</li> </ul>   |
| <p><b>Помірний біль</b><br/>(NRS 4-6/ВАШ 4-6<br/>або 40-60)</p>    | <p><b>Варіанти знеболювальних засобів на ДОДАТОК до тих, які призначаються для полегшення легкого болю, якщо необхідно (переконайтеся, що новий препарат належить до іншого класу):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Лідокаїн місцево</li> <li>– Закис азоту (інгаляційно)</li> <li>– Опіоїди per os</li> <li>– Метоксифлуран (інгаляційно)</li> <li>– Парацетамол в/в</li> <li>– НПЗП (кеторолак) в/в</li> <li>– І/н, небулайзерне або в/в введення кетаміну (можливе поєднання з антипсихотичними препаратами, наприклад галоперидолом, діазепамом або мідазоламом)</li> <li>– Метамізол в/в або в/м</li> <li>– Блокада периферичних нервів, де це доцільно</li> </ul> |
| <p><b>Легкий біль</b><br/>(NRS &lt;4/ВАШ &lt;4<br/>або &lt;40)</p> | <p><b>Знеболювальні варіанти:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– НПЗП місцево або per os (наприклад, диклофенак, ібупрофен)</li> <li>– Парацетамол per os</li> </ul>   |

Примітка: NRS – числова шкала оцінки болю; ВАШ – візуально-аналогова шкала.

**Рис. 3. Варіанти лікування в рамках стратегії ведення гострого болю в дорослих (≥16 років) у відділенні невідкладної допомоги**

- Пацієнтам, які отримують НПЗП, проти-показано призначення ще одного НПЗП, наприклад якщо пацієнт отримує ібупрофен, то інші НПЗП, такі як диклофенак або кеторолак, не слід використовувати.

- Якщо знеболення є недостатнім, слід підсилити терапію, використовуючи препарати іншого класу й/або підвищити дозу – препарати того ж класу не слід використовувати в комбінації.

- Пацієнтів слід виписувати з відділення невідкладної допомоги з мінімальною дозою опіоїдів і тривалістю амбулаторного прийому не більше 2-3 днів, щоб мінімізувати ризик залежності.

- Рекомендовано контролювати інтенсивність знеболення на основі регулярних оцінок болю та балів за шкалами болю, індивідуально підібраними для пацієнта.

*Зауваження:* хоча варто віддавати перевагу per os, і/н, інгаляційному або в/в шляхам

введення, залежно від обставин, за необхідності застосування опіоїдів, можна розглянути в/м, внутрішньокістковий або підшкірний шляхи введення, коли інші способи недоступні або неможливі.

- В/м введення слід розглядати індивідуально та використовувати, коли per os, і/н інгаляційний та в/в шляхи недоступні або ускладнені. В/м введення категорично не рекомендоване через болісність процедури, непередбачуване всмоктування, повільний початок дії, ризик місцевих ускладнень та доступні альтернативи, тому його слід використовувати лише за виняткових обставин, коли інші шляхи не розглядаються.

Реферативний огляд підготувала **Дарина Чернікова**

За матеріалами: [https://eusem.org/images/251210\\_EUSEM\\_European\\_Pain\\_Initiative\\_Guidelines\\_Updated\\_Oct\\_2025.pdf](https://eusem.org/images/251210_EUSEM_European_Pain_Initiative_Guidelines_Updated_Oct_2025.pdf)

### Довідка від редакції

Диклоберл® (диклофенак) (виробництво «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмБХ») широко застосовується при гострих станах завдяки своїм потужним знеболювальним, протизапальним і жарознижувальним властивостям, особливо при гострому болю, викликаному травмами (у тому числі при переломах), ушкодженням зв'язок, вивихами, періартритом, тендинітом, тендовагінітом, бурситом, ортопедичними та стоматологічними втручаннями, при гострих нападах подагри, мігрені, нирковій і жовчній кольках, а також гострому болю у спині та суглобах. При лікуванні гострого болю Диклоберл® можна вводити різними шляхами. Різноманітність лікарських форм дозволяє підбирати ефективну терапію, залежно від індивідуальних потреб пацієнта.

Диклоберл® № 75 шляхом в/м ін'єкції забезпечує максимально швидке полегшення болю. Після введення 75 мг диклофенаку абсорбція починається негайно, а середня максимальна концентрація у плазмі крові досягається через 20 хвилин. Як і при застосуванні всіх НПЗП, необхідні ретельне медичне спостереження та особлива обережність при призначенні диклофенаку пацієнтам із підозрою на виразку, із кровотечею або перфорацією шлунка/кишечника в анамнезі. Побічні ефекти можна мінімізувати шляхом застосування найменшої ефективної дози протягом найкоротшого часу, необхідного для контролю симптомів.

Невідкладне знеболення Диклоберлом № 75 проводиться шляхом введення одноразової ін'єкції (75 мг диклофенаку натрію). У випадках сильного больового синдрому (наприклад, при кольці) добову дозу можна збільшити до двох ін'єкцій по 75 мг (по одній у кожную сідницю), між якими дотримується відповідний інтервал. У разі потреби лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального (Диклоберл® Ретард 100 мг) або ректального (Диклоберл® 50 мг або 100 мг) введення. Загальна доза не має перевищувати 150 мг на добу, враховуючи ін'єкції.

Рекомендована початкова доза диклофенаку для дорослих у разі per os прийому становить 75-150 мг на добу (1 капсула Диклоберл® Ретард 100 мг) залежно від симптомів захворювання. Дозу слід підбирати індивідуально, починаючи з мінімальної ефективної, яку слід застосовувати в найкоротші терміни. Капсули ковтають повністю, не розжовуючи й запиваючи рідиною, бажано під час прийому їжі. У пацієнтів похилого віку не відзначалося клінічно значущих змін у фармакокінетиці при застосуванні Диклоберл® Ретард.

Початкова доза для супозиторіїв Диклоберл® зазвичай становить 100-150 мг на добу. Ректальній супозиторіїв Диклоберл® всмоктується через 30-60 хв і досягає максимальної концентрації в сироватці крові через 50 хв після введення. Супозиторії мають низку переваг: по-перше, вони не спричиняють ускладнень, можливих у разі парентерального введення лікарського засобу (розвиток м'язових некрозів, інфільтратів і нагноєнь у місці ін'єкції); по-друге, ректальна форма є доцільною за неможливості прийому per os (в ослаблених пацієнтів, за наявності стриктур стравоходу тощо); по-третє, супозиторії дозволяють істотно зменшити ризик ушкодження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.

