

Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№ 1 В УКРАЇНІ**
за призначеннями лікарів¹



✓ **Показаний для лікування гінекологічних захворювань, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням²**

✓ **Торпедоподібні супозиторії для ректального застосування²**

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. **Фармакогруппа:** Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ М01А В05.

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 в 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 периферичних 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 лікар-

ського 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, Глінікер 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 М01А В05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними бази даних «PharmXplorer» ТОВ «Проксіма Рісерч», 2009-2023.

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-01-2024-V1-Print. Дата затвердження 07.02.2024.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Хронічний тазовий біль з нормальними лапароскопічними результатами

Зростання обізнаності про ендометріоз у суспільстві створило очікування, що тазовий біль завжди можна візуалізувати під час лапароскопії. Це сформувало переконання, що виявлення та видалення ендометріюідних вогнищ є єдиним шляхом усунення болю. Як наслідок, нормальні результати лапароскопії викликають у пацієнок збентеження. Парадоксально, але саме відсутність патологічних змін, яка мала б заспокоювати, натомість проковує тривогу та пригніченість. Подібна вимога щодо обов'язкової візуалізації причини тазового болю є не лише надмірною, а й методологічно не обґрунтованою. При інших больових синдромах такий «доказ» болю через візуалізацію не є обов'язковим. Показовим прикладом слугує мігрень, достовірність якої не ставиться під сумнів за відсутності видимих церебральних змін. Відповідно, ефективний менеджмент хронічного тазового болю (ХТБ) потребує фундаментального перегляду діагностичних і терапевтичних підходів, з акцентом на клінічну симптоматику, а не лише на візуальні знахідки. Ключові слова: хронічний тазовий біль, дисменорея, міофасціальний синдром, ендометріоз, центральна сенситизація, лапароскопія.

Сучасне розуміння ХТБ виходить за межі пошуку єдиної причини, розглядаючи його як багатоконпонентний синдром. У цій парадигмі ендометріоз постає як можливий, але не обов'язковий етіологічний чинник захворювання. Комплексність патології проявляється широким спектром симптомів, що не обмежуються тазовою локалізацією. Хоча жоден з окремих симптомів не може вважатися специфічним для ХТБ, їх характерне поєднання формує діагностично значущу клінічну картину. Такий структурований підхід створює основу для оптимізації діагностичного процесу та персоналізації лікувальної стратегії.

Тазовий біль, особливо за відсутності візуалізованої патології, залишається однією з найскладніших проблем гінекології. Складність менеджменту зумовлена взаємопов'язаністю симптомів, що охоплюють як тазову ділянку, так й інші анатомічні зони. Характерний приклад такого симптомокомплексу при дисменорей представлений на рис. 1.

Типовий клінічний випадок ХТБ характеризується дебютом захворювання в соматично здорових дівчат у пубертатному періоді. Початкова маніфестація у вигляді дисменореї збігається або тісно корелює з менархе, при цьому інтерменструальний період характеризується відсутністю симптоматики. Із часом у певній когорти пацієнок спостерігається ускладнення больового синдрому: патологічний процес поширюється на інші тазові органи, які разом із маткою стають драйверами індивідуального варіанта синдрому тазового болю (рис. 2) [2, 3].

Тактика ведення жінок із ХТБ

Сучасна терапевтична концепція менеджменту ХТБ базується на мультимодальному підході до зниження патологічної стимуляції тазових органів. Дисменорея, як один із ключових тригерних факторів ХТБ, разом із пролонгованими вагінальними кровотечами створює умови для персистуючої ноцицептивної стимуляції.

У контексті патогенезу тазового м'язового болю та центральної сенситизації, де дисменорея виступає первинним етіологічним чинником, супресія менструальної функції демонструє значну терапевтичну ефективність. Цей підхід забезпечує редукцію маткового болю та мінімізує стимуляцію спазму

тазових м'язів — компонента, що характеризується максимальною інтенсивністю больового синдрому. Хоча традиційно для усунення симптомів дисменореї застосовувалися комбіновані оральні контрацептиви, континуальний прийом прогестагенів (норетистерон 5 мг або діногест 2 мг) виявляє вищу ефективність у контролі симптоматики.

При загостренні больового синдрому, асоційованого з менструальною кровотечею, раціональним є застосування ректальних форм диклофенаку (100 мг або 50 мг при підвищеній чутливості). Додатковим терапевтичним агентом може виступати транексамова кислота для редукції менструальної крововтрати [4].

Хронізація процесу часто супроводжується залученням шлунково-кишкового тракту та урогенітальної системи, що маніфестує за креплом, харчовою непереносимістю та симптомами, які імітують інфекції сечовивідних шляхів при негативному результаті бакпосіву сечі. Ниючий або колючий тазовий м'язовий біль може співіснувати та посилюватися при загостренні симптоматики з боку кишечника. Особливого значення набуває нутритивна підтримка та оптимізація функції кишечника. Детальні рекомендації щодо менеджменту інтестинальних і урологічних симптомів представлені у спеціальній літературі [5]. В окремих випадках може бути показаний мультидисциплінарний підхід із залученням гастроентерологів та урологів.

Міофасціальний ХТБ

Гіпертонус тазової мускулатури, будучи часто недооціненою клінічним феноменом, характеризується максимальною інтенсивністю больового синдрому в структурі поліморфної симптоматики. Патологічним субстратом виступає нейрогенне запалення центральної нервової системи, індуковане локальним запальним процесом в органах малого таза, що призводить до патологічного підвищення м'язового тону. При загостренні патологічного процесу спостерігається ескалація гіпертонусу до рівня м'язового спазму з вираженим больовим синдромом. Пацієнти описують відчуття внутрішньотазових м'язових судом під час загострень. Анатомічним субстратом патологічного процесу

виступають м'язи тазового дна, нижні відділи передньої черевної стінки, білатерально локалізовані внутрішні замикачі та сідничні м'язи.

Корисні запитання

? Як відчувається біль?

При ХТБ пацієнти скаржаться на ниючий або колючий біль з одного чи обох боків таза. Біль змінюється залежно від положення тіла та рухів, зменшується при використанні тепла (грійка, гаряча ванна), заважає ходити й найбільше відчувається в позі ембріона. При УЗД натискання датчиком збоку викликає біль, який часто іррадіює у спину, стегно або вниз по нозі спереду. Для підтвердження діагнозу лікар проводить огляд через піхву одним пальцем, обстежуючи бічні стінки таза, коли коліно пацієнтки відведене назовні.

При залученні м'язів тазового дна з'являється різкий біль у ділянці прямої кишки та піхви, що посилюється під час статевому акту, при використанні гігієнічних тампонів або при випорожненні. Можуть виникати проблеми із сечовипусканням через напруження м'язів, а після статевого акту біль може зберігатися до наступного дня. При огляді помітно, що м'язи напружені, а вхід у піхву звужений [6].

? Коли біль посилюється?

М'язовий біль у тазовій ділянці стає сильнішим при активації будь-якого фактора, що викликає біль у тазових органах. Типовий приклад — коли під час менструації жінка відчуває як спазми матки посередині живота, так і гострий біль збоку в ділянці тазових м'язів. Схожі відчуття можуть виникати при закрепах.

Стратегія лікування

Важливо пояснити пацієнтці роль м'язів таза у виникненні болю — це допомагає заспокоїтися й краще зрозуміти свій стан. Хоча біль може бути сильним, він не є небезпечним для здоров'я. Часто жінки згадують, що ниючий та колючий біль турбував їх з молодого віку, але його пов'язували з іншими причинами. Деякі жінки могли перенести операції через цей біль, хоча справжню причину так і не було знайдено.

Лікування включає підтримку активного способу життя, спеціальні вправи на

розтягування, роботу з фізіотерапевтом, який навчає правильних вправ для м'язів таза. Важливо проаналізувати щоденну активність жінки, щоб вона не погіршувала стан, навчити розслабляти тазові м'язи та лікувати той орган малого таза, який проковує м'язовий біль. Добре починати зі щоденних прогулянок, зосереджуючись на русі та розслабленні м'язів, замість напружених фізичних вправ [7].

Центральні механізми патогенезу ХТБ

Патофізіологічним субстратом ХТБ виступають запальні та нейрогліальні зміни в центральній нервовій системі [8, 9]. При локалізованому тазовому больовому синдромі терапевтична стратегія може обмежуватися корекцією локальної патології. Подібний підхід демонструє ефективність на ранніх етапах захворювання, коли клінічна картина представлена виключно дисменореєю. Однак при генералізації больового синдрому з розвитком поліморфної вегетативної симптоматики та щоденною персистенцією болю монотерапія локальної патології демонструє низьку ефективність. У таких випадках навіть радикальні хірургічні втручання, включаючи гістеректомію, мають низький терапевтичний потенціал.

Центральна сенситизація, виступаючи домінуючим компонентом больового синдрому, потребує специфічної терапевтичної стратегії. Клінічними маркерами центральної сенситизації виступають: щоденна персистенція больового синдрому, фіброталгічний синдром, астенізація, тривожно-депресивні розлади, порушення циклу «сон — неспання», диспептичний синдром, вестибулярні порушення, синкопальні стани, цефалгія та когнітивний дефіцит [10].

Ключові діагностичні маркери:

- частота больового синдрому (кількість днів на місяць, у які відчувається біль або дискомфорт);

- наявність супутньої симптоматики (астенія, інсомнія, диспептичний синдром, тривожність, депресія, вестибулярні порушення, когнітивна дисфункція, цефалгія, порушення концентрації уваги).

Домінування больового синдрому та наявність супутньої симптоматики свідчать про превалювання центральних механізмів над периферичними в патогенезі ХТБ.

Терапевтична стратегія включає освіту пацієнтки щодо мультисистемності патологічного процесу та потенційно низької ефективності хірургічних втручань, включаючи гістеректомію. Оптимізація рухової активності, психологічна корекція больового синдрому та фармакотерапія демонструють високу ефективність.

Фармакотерапевтичний підхід базується на застосуванні:

- амітриптиліну в низьких дозах (5-25 мг на ніч) — препарат вибору з додатковим впливом на цефалгію та інсомнію [11];

- дулоксетину (30-60 мг вранці) — оптимальний при вираженій центральній сенситизації та тривожно-депресивних розладах;

- габапентину та прегабаліну — низька ефективність при асоційованому з дисменореєю больовому синдромі [12].

У менеджменті хронічного болю велику терапевтичну цінність має психологічне консультування, спрямоване на модифікацію психологічних факторів його виникнення.

Отже, відсутність видимих патологічних змін при лапароскопії не заперечує наявності больового синдрому й не зменшує потребу пацієнтки в лікуванні. Навпаки, нормальні результати обстеження мають сприйматися позитивно, оскільки відкривають можливість для застосування інших терапевтичних стратегій.

Реферативний огляд підготувала **Анна Сочнева**
За матеріалами: Evans S.F. (2024) Chronic pelvic pain with normal laparoscopic findings. Aust J Gen Pract. Jan-Feb;53(1-2):27-31. doi: 10.31128/AJGP/05-23-6844.

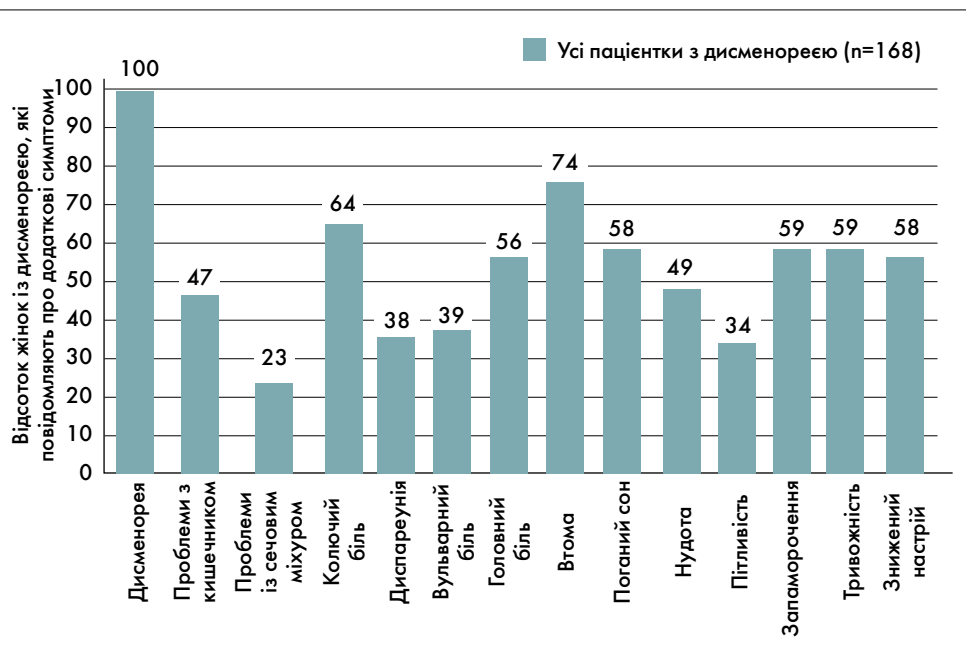


Рис. 1. Спектр симптомів, що поєднуються з дисменореєю, у жінок із тазовим болем (Evans et al.) [1]

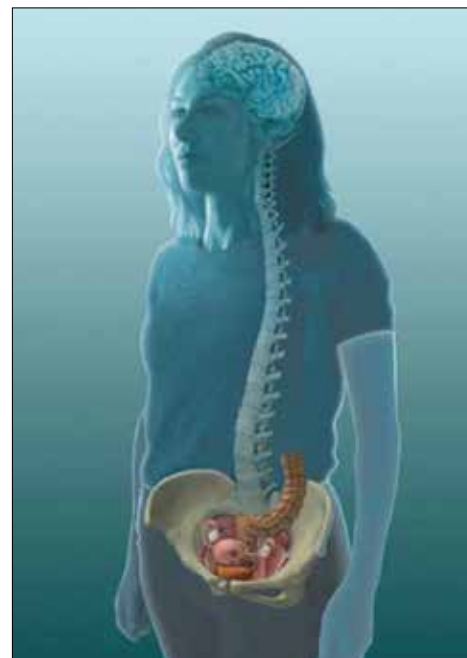


Рис. 2. Тазові органи з/без ендометріозу, що зазвичай залучені до ХТБ