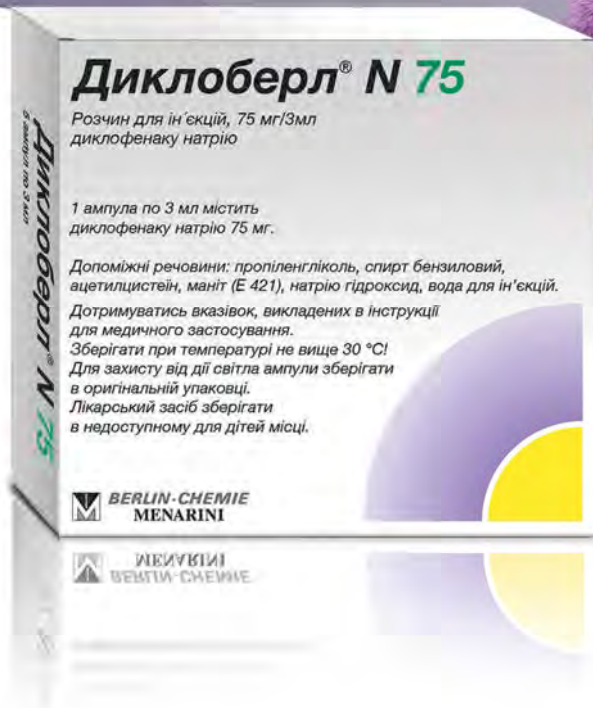


Диклоберл® diclofenac sodium

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



АМПУЛИ СИСТЕМИ ОРС (ONE-POINT CUT) – НАДПИЛЮВАННЯ АМПУЛИ НЕ ПОТРІБНЕ!²

В СЕРЕДЬНОМУ МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ЧЕРЕЗ 20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ^{2*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл N75.
Склад: Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг диклофенаку натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію). **Фармакогеперативна група.** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Диклоберл® N75

Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спонділоартриту, вертебрального більового синдрому, несуглобового ревматизму; гострих нападів подагри; мигрені та біплярної мигрені; болю та набряку після травми і операції; важких нападів мігрені.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі; пов'язана з попереднім лікуванням нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма виразкової виразки/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч, незгорання крові, порушення гемостазу, гемопоетичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV).

Ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів.

Дорослі. Лікування Диклоберлом® N75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл® N75 у лікарській формі розчину для ін'єкцій протипоказаний для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотоку (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкової кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечника у кровотечі або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергичний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаминаз у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, нічні кошмари, безсоння та інші.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої наказом МОЗ (Диклоберл® N75 №657 від 07.04.2023). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте повну інструкцію для медичного застосування лікарського

засобу, а саме повний перелік побічних ефектів, особливостей застосування, спосіб застосування та дози.

Виробник. Диклоберл® N75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Біа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РПІ №УА/9701/01/01.

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 ГімбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами призначення серед лікарів лікарських засобів в АІС-групі M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 – 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmPoint»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкція для медичного застосування препарату Диклоберл® N75 №1562 від 08.07.2020.

* Фармакологічні властивості. Після введення 75 мг диклофенаку шляхом внутрішньом'язової ін'єкції
UA-DC-02-2024-V1-Print. Затверджено 07/02/2024



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Ревматологічні аспекти болю в кульшових суглобах

Біль у кульшовому суглобі – поширений симптом у пацієнтів різного віку, який часто спричиняє функціональні порушення. Представляємо до вашої уваги огляд вебінару на тему «Ревматологічні аспекти болю в кульшових суглобах», який провели д.мед.н., професорка, керівниця навчального центру Інституту ревматології (м. Київ) Єлизавета Давидівна Єгудіна та д.мед.н., професорка, завідувачка кафедри внутрішньої медицини № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Світлана Іванівна Сміян. У доповіді покроково представлені рекомендації щодо огляду пацієнта, диференційної діагностики та лікування осіб із болем у кульшових суглобах.



Є.Д. Єгудіна



С.І. Сміян

На біль у кульшовому суглобі (КС), який нерідко призводить до функціональних порушень, страждають 30–40% дорослих, що займаються спортом, та 12–15% осіб віком понад 60 років. Найпоширенішою причиною болю в КС у молодих пацієнтів є травми та синовіт, а в осіб старшого віку – синдром трохантерального болю та остеоартрит (ОА). Досить часто причиною є так званий відбитий біль, зумовлений попереково-крижовою радикулопатією та аорто-клубовою артеріальною недостатністю (оклюзійною хворобою) (Langhout et al., 2019; Thorborg et al., 2017).

Професорка Єгудіна наголосила, що перш ніж розпочати лікування, важливо ретельно зібрати анамнез, дослідити симптоми та з'ясувати ймовірність зв'язку між скаргами та симптомами у кожного окремого пацієнта із болем у КС. Вона навила перелік запитань, які лікар може використати для опитування під час візиту пацієнта. З'ясування уточнювальної інформації допоможе клініцистові віднайти ключові «зачіпки» та визначитися із діагнозом.

Перелік запитань для пацієнтів із болем у КС

Серед основних запитань, які має ставити лікар пацієнтові особам із болем у КС, варто виділити такі:

1. Чи передувала болю травма?
2. Чи виникає біль у стегнах або сідницях після того, як пацієнт проходить певну відстань? (Якщо так, слід виключити аорто-клубову артеріальну недостатність як причину болю у стегні).
3. Чи пов'язаний біль зі слабкістю у стегнах під час ходьби? Чи наявні в анамнезі захворювання коронарних артерій або периферичних судин?
4. Чи є інші суглоби, окрім КС, болючими, набряклими або запаленими? (Слід виключити наявність ревматологічного захворювання: ревматоїдного артрит, спондилоартриту).
5. Чи з'явилися симптоми та ознаки в молодому віці та чи не передували їм травми?
6. Чи є в пацієнта будь-які розлади шлунково-кишкового тракту, що потребують обстеження? (Слід виключити ентерогенний артрит: хворобу Крона, неспецифічний виразковий коліт).
7. Чи наявний біль в очах, їх почервоління або будь-який інший стан органів зору, який потребує огляду спеціаліста? (Слід виключити ірит/увеїт, що може бути пов'язаний із низкою системних запальних захворювань, як-от спондилоартрит).
8. Чи були у пацієнта системні захворювання або інфекції до появи болю у стегнах? (Слід виключити наявність реактивного артрит).
9. Чи наявні висипання, особливо на ліктях, колінах або шкірі голови? Чи є в особистому або сімейному анамнезі псоріаз? (Слід виключити псоріатичний артрит).
10. Чи відчуває пацієнт оніміння або поколювання у стегні, стопі чи інших ділянках нижньої кінцівки? (Слід виключити наявність парестетичної мералгії, як-от хвороба Бернгардта – Рота, або патології поперекового відділу хребта: радикулопатії L2/L3, яка уражає передню ділянку стегна/паху, чи радикулопатії L5/S1, що уражає бічну поверхню стегон і сідниць).
11. Чи відчуває пацієнт певну вогнищеву слабкість, як-от нездатність відштовхнутися

ногою або підняти (зігнути) стопу? (Слід виключити поперекову радикулопатію).

12. Чи виникає біль, коли пацієнт лежить на боковій поверхні стегна? (Слід виключити пошкодження сідничних сухожилків або больовий синдром великого вертлюга).

Єлизавета Давидівна наголосила, що першим кроком при огляді пацієнта з болем у КС є уточнення того, чи пов'язаний біль із травмою. Оскільки важливо пам'ятати, що навіть незначна травма, наприклад падіння зі стільця, може спричинити перелом стегна чи таза в особи літнього віку або пацієнта з остеопорозом. Якщо немає чітких свідчень про травму в анамнезі, необхідно виключити наявність прихованих переломів кісток таза, наприклад перелому лобкової кістки без зміщення або перелому шийки стегнової кістки. Ці стани може бути важко діагностувати, але їх слід запідозрити у літніх осіб або пацієнтів зі зниженою мінеральною щільністю кісткової тканини. При переломі шийки стегнової кістки може визначитися болючість у передній поверхні стегна. Пацієнт відчуватиме значний біль при пасивному русі стегна, особливо внутрішньому та зовнішньому обертаннях. Для діагностичного підтвердження використовується звичайна рентгенографія, комп'ютерна (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ) (Paoloni, 2024).

Другим кроком при огляді такого пацієнта є виключення небезпечних станів, які можуть бути причиною болю у КС: аорто-клубової артеріальної недостатності, септичного артрит, остеоартрозу, пухлин (Paoloni, 2024).

Небезпечні стани, що спричиняють біль у кульшовому суглобі Аортально-клубова артеріальна недостатність

Даний стан характеризується наявністю болю в сідниці/стегні або кульгавості. Пацієнт відчуває під час ходьби ниючий біль, пов'язаний зі слабкістю стегна; у нього наявні фактори ризику серцево-судинних захворювань. При обстеженні виявляється артеріальний шум та ослаблення пульсу в паху / дистальних відділах нижніх кінцівок, одно- чи двобічно. Спостерігаються також атрофія м'язів, повільне загоєння ран на ногах. Для діагностики рекомендоване термінове проведення візуалізаційного дослідження (Paoloni et al., 2024).

Септичний артрит

Збудниками септичного артрити зазвичай є бактерії *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas*, *Serratia*. Захворювання частіше зустрічається у пацієнтів похилого віку, осіб із цукровим діабетом, імуносупресією, нещодавно перенесеною системною інфекцією, проявами інфекційного ендокартиту, ревматоїдного артрит, після проведення внутрішньосуглобових ін'єкцій. У хворих спостерігаються симптоми системної інфекції – загальна слабкість, лихоманка та озноб. Можуть бути наявні прилеглі вогнища інфекції (шкірні рани). У більшості випадків ураження відбувається через гематогенну дисемінацію суглоба у пацієнта з бактеріємією.

Під час огляду відзначається локальне підвищення температури шкіри, почервоління або набряк (зрідка) в ділянці КС. Рухи у КС є болючими та обмеженими в усіх площинах. Найефективніший метод дослідження при септичному артриті – МРТ. У 98% випадків на томограмі реєструється синовіальне потовщення, у 84% – перисиновіальний набряк та у 70% – випіт у суглобі (Smith et al., 2018).

Остеонекроз головки стегнової кістки

Найчастішими скаргами пацієнтів із остеоартрозою (асептичним некрозом) головки стегнової кістки є біль у паху, стегні та сідниці. Зазвичай спочатку біль виникає при фізичному навантаженні; з прогресуванням захворювання біль турбує також у спокої, зокрема вночі. Діагностика проводиться за допомогою візуалізаційних методів дослідження.

Розрізняють травматичний (вторинний) та нетравматичний остеоартроз. Травматичний остеоартроз зазвичай односторонній, тоді як нетравматичний – двобічний. Перелік причин нетравматичного остеоартрозу дуже широкий. Найпоширенішими з них є: тривала терапія глюкокортикоїдами, алкоголізм, куріння, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, антифосфоліпідний синдром, гіперліпідемія; інфекція, викликана вірусом імунодефіциту людини; гемоглобінотатія, хронічна ниркова недостатність; цукровий діабет, пов'язаний із вагітністю (Yoon et al., 2020).

Первинні або вторинні пухлини кісток

Біль, спричинений пухлинами кісток, зазвичай є локалізованим, може посилюватися та слабшати, бути пов'язаний із локальним набряком м'язів тканин, часто збільшується вночі. Характерні системні симптоми – втрата ваги або нічна пітливість. Пухлини кісток з іррадіацією болю в КС зазвичай уражають проксимальний відділ стегнової кістки і можуть бути доброякісними (остеохондрома; остеоми, зокрема остеодні; остеобластоми, гігантоклітинні пухлини, аневризмальні кісти, фіброзні дисплазії, енхондроми) або злоякісними (як-от остеосаркома, хондросаркома, саркома Юінга, гігантоклітинна пухлина, фіброзна гістіоцитома). Для діагностики застосовують візуалізаційні методи дослідження (Nakim et al., 2015).

Внутрішньочеревні захворювання

Доповідачка наголосила, що важливо розглядати можливі внутрішньочеревні причини болю в КС, якщо діагноз залишається неясним. Слід провести додаткові обстеження, якщо біль у стегні супроводжується ознаками системного захворювання (як-от гарячка, пітливість, втрата ваги) або ознаками ураження шлунково-кишкового тракту, урологічного чи гінекологічного захворювання (утворення в паху, болючість живота, гематурія, виділення з піхви). Необхідно виключити пахову грижу або апендицит, якщо біль локалізується у передньо-медіальному відділі стегна (Paoloni et al., 2024).

Третім кроком при огляді пацієнта із болем у КС є виключення ОА чи іншого ревматологічного захворювання як імовірної причини болю. Ревматоїдний артрит у дорослих, який починається з ураження одного або обох КС, трапляється дуже рідко, але за прогресування ревматоїдного артрити залучення КС – досить часто. Ювенільний ідіопатичний артрит, як і спондилоартрити та кристал-індуковані артропатії (подагра/псевдоподагра), часто може проявлятися коксартритом та моноартритом КС. Важливо ретельно зібрати анамнез захворювання та провести огляд, оцінити наявність запальних станів, ураження інших суглобів, сімейний анамнез ревматологічного захворювання, наявність висипу, вузликів, ураження очей (ірит/увеїту) (Paoloni et al., 2024).

Ревматологічні захворювання як імовірні причини болю Спондилоартрити

Професорка Сміян акцентувала на залученні КС до патологічного процесу в осіб із анкілозивним спондилоартритом (АС). Часто пацієнтам зі спондилоартритом, які звертаються по медичну допомогу із приводу болю у КС, встановлюють помилкові діагнози. Згідно із даними M. Magrey et al. (2023), неправильні діагнози були визначені у 64,5% випадків звернень до лікаря. Найчастіше біль у КС пов'язували із проблемами у спині – у 63,3% пацієнтів, депресією – у 38,8%, фіброміалгією – у 22,4%, ревматоїдним артритом – у 19,7%, наявністю бурситу – у 14,3%, ОА – у 15%, псоріатичним артритом – у 8,2%, подагрою – у 6,8%.

Особливості діагностування

Скарги та симптоми, які спонукають пацієнтів з АС звернутися до лікаря, дуже різноманітні та не завжди відповідають класичній картині захворювання. Дослідження виявили таку поширеність ранніх симптомів: біль у спині – 84,6%, скутість суглобів – 60,6%, біль у суглобах – 56,1%, втомлюваність та/або виснаження – 52,6%, ішіас – 46%, біль у шиї – 44,5%, ускладнена хода – 44,5%, обмежений обсяг рухів – 43,1%, біль уночі – 38%, проблеми, пов'язані з нижніми кінцівками, – 34,3%, почервоління або запалення очей/увеїт – 27,6%, біль у сухожилках або зв'язках – 21,9% (Magrey et al., 2023; Kishimoto et al., 2023).

Приблизно третина пацієнтів із АС мали ураження КС, які стабілізувалися після лікування інгібіторами фактора некрозу пухлин. Статевих відмінностей у поширеності чи прогресуванні болю в КС у пацієнтів з АС виявлено не було (Konsta et al., 2023).

Чинники, що асоційовані з ураженням КС (Slouma et al., 2022):

- тривалість захворювання – понад 10 років;
- рентгенографічний сакроілеїт;
- висока активність захворювання;
- функціональні порушення;
- обмежена рухливість хребта.

Нещодавно встановленим незалежним фактором ризику ураження КС при АС є куріння. Навіть експозиція <10 пачко-років може призводити до збільшення поширеності ураження КС на тлі АС, що підкреслює важливість відмови від куріння для пацієнтів (Hu et al., 2023).

Для уражень КС при АС характерна наявність гендерної відмінності. Вони переважно спостерігаються у чоловіків, часто в молодому віці; чоловікам раніше проводять тотальне ендопротезування КС. Домінуючою формою є двобічний початок ураження; характерне серйозніше ураження стегна із прогресуванням захворювання.

