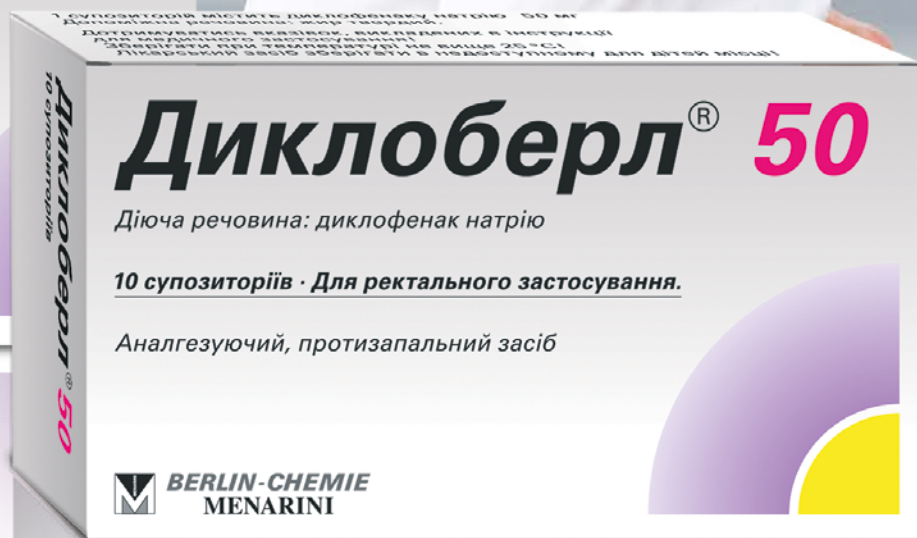
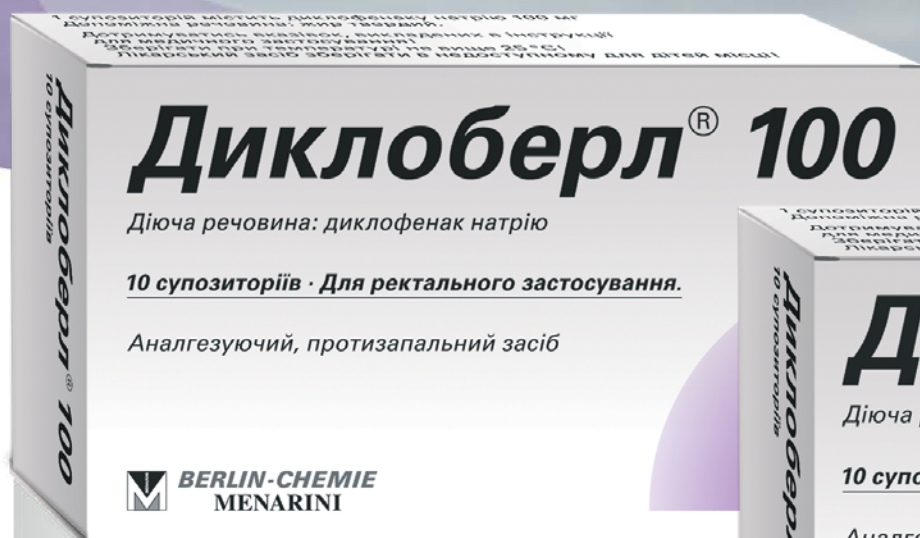
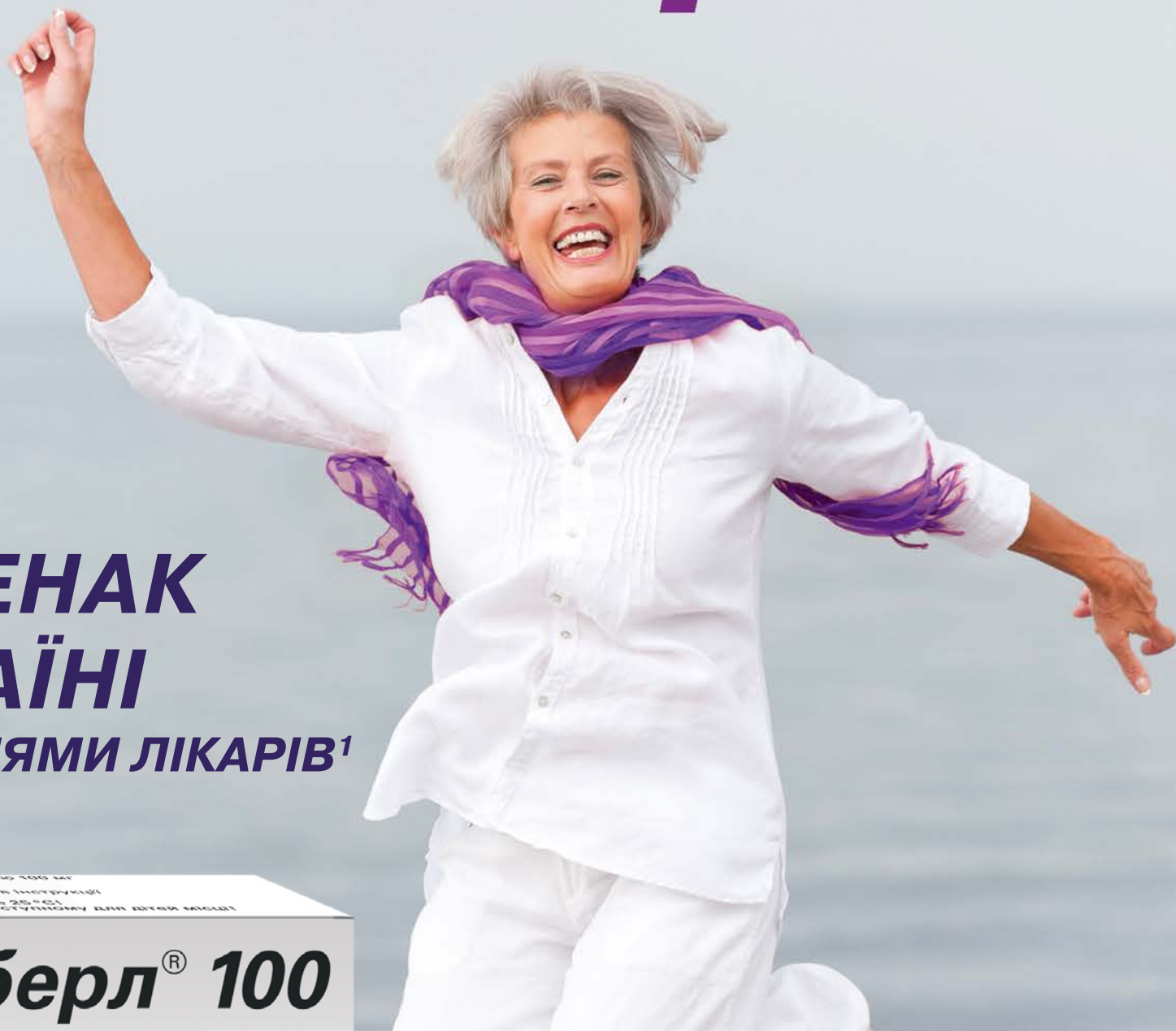


# Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК  
№1 В УКРАЇНІ  
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ ЛІКАРІВ<sup>1</sup>**



✓ **МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ  
У ПЛАЗМІ КРОВІ ДОСЯГАЄТЬСЯ  
ПРИБЛИЗНО ЧЕРЕЗ 1 ГОДИНУ<sup>2</sup>**

✓ **ТОРПЕДОПОДІБНІ  
СУПОЗИТОРІЇ<sup>2</sup>**

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.

**Фармакотерапевтична група.** Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

**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 у 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 пери-

феричних 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 стуготі 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 лікарського 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, Глінкер 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 M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research».

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-03-2023-V1-Print. Затверджено 09/05/2023



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**

# Хронічний калькульозний простатит: як вплинути на патологічні ланки виникнення болю?

За матеріалами конференції

15-17 червня відбулася одна з наймасштабніших подій у галузі урології — щорічний конгрес Асоціації урологів України. Захід було проведено під головуванням віце-президента Асоціації урологів України, директора ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», академіка НАМН України, професора С.О. Возіанова у комбінованому форматі з онлайн-трансляцією. Учасники конгресу розглянули актуальні питання діагностики та лікування багатьох захворювань сечовивідної системи. Однією з найбільш частих проблем, із якою пацієнти звертаються до урологів, є простатит. Особливості клінічної картини, діагностики, механізми розвитку больових відчуттів та ефективні шляхи їх подолання при хронічному калькульозному простатиті були детально висвітлені в доповіді старшого наукового співробітника відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», кандидата медичних наук Каміля Раїсовича Нуріманова.

**Ключові слова:** передміхурова залоза, хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, центральна сенситизація, нестероїдні протизапальні препарати, диклофенак.



К.Р. Нуріманов

Сьогодні в урології використовують класифікацію простатиту J.N. Krieger et al. (1999), відповідно до якої виділяють чотири категорії захворювання:

- I — гострий бактеріальний простатит;
- II — хронічний бактеріальний простатит (ХБП);
- III — хронічний абактеріальний простатит (ХАП)/синдром хронічного тазового болю (СХТБ), що включає запальний (ІІА) і незапальний (ІІВ) простатит;
- IV — симптоматичний запальний простатит.

Спікер зазначив, що 90% випадків простатиту відносяться саме до III категорії, що вказує на специфічну структуру цього захворювання на сьогоднішній день.

## Важливі аспекти діагностики хронічного абактеріального простатиту

При проведенні трансректальної ультрасонографії нерідко виявляють кальцинати, що морфологічно являють собою результат запалення у тканині передміхурової залози (ПЗ) у вигляді фіброзу зі скупченням солей кальцію. За хімічним складом петрифікатів ПЗ переважають фосфат кальцію (гідроксиапатит), значно рідше зустрічається комбінований склад (гідроксиапатит із моногідратом оксалату кальцію), фосфат карбонату кальцію (карбонат апатиту) та моногідрат оксалату кальцію (вевеліт).

За даними W.B. Kim et al. (2011), поширеність кальцинатів серед «здорових чоловіків», тобто тих, які відвідали Центр здоров'я із профілактичною метою, складає 51,1%. При цьому у 39,4% чоловіків кальцинати мали дрібний розмір (тип А), натомість як у 11,7% випадків у ПЗ були наявні грубі кальцинати (тип В). D.A. Shoskes et al. (2007) зазначають, що серед пацієнтів із ХАП/СХТБ кальцинати були виявлені у 46,8% випадків. Ці дані вказують на схожість поширеності серед «здорових» і хворих на простатит чоловіків. Серед молодих чоловіків віком від 21 до 50 років кальцинати у ПЗ відзначаються значно рідше (7,4%) (Geramoutsos I. et al., 2004), ніж у чоловіків старше 50 років. У похилому віці негруба кальцинація розглядається як варіант норми.

Доведено, що на динаміку симптомів захворювання значною мірою впливає переохолодження. Так, 83% чоловіків повідомили, що застуда спричинила загострення симптомів і/або викликала рецидив. Водночас, зі слів 63% пацієнтів із СХТБ, зменшенню симптомів сприяла гаряча ванна, а інші 46% чоловіків зазначили, що під час перебування у спекотному кліматі їх стан значно полегшився (Hedelin H. et al., 2007). Однак дослідження впливу сезонних факторів на динаміку болю, функцію сечовипускання та якість життя при СХТБ не виявило суттєвих відмінностей у середніх показниках індексу шкали симптомів хронічного простатиту/СХТБ (NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index) (Shin J.H. et al., 2014).

## Природа болю та механізм сенситизації у пацієнтів із СХТБ

Одним із основних механізмів виникнення хронічного болю у нейронах дорсального ганглію є периферична сенситизація, тобто зниження порога

чутливості периферичних закінчень сенсорних нервових волокон у відповідь на пошкодження та вивільнення медіаторів запалення в місці ураження тканини. Іншим механізмом є спонтанне поширення іонних потоків через трансмембранні канали, які стимулюють електричні струми в аксонах (так звана ектопічна нейрональна активність) (таблиця).

Нервова сенситизація при СХТБ призводить до того, що звичайне наповнення сечового міхура сечею, передміхурової залози та сім'яних міхурців їх секретами викликає у хворих не відчуття наповнення, а біль. Ця сенситизація не визначається активацією одного молекулярного шляху, а, швидше, характеризується зміненим функціональним статусом ноцицептивних нейронів (Latremoliere A., Woolf C.J., 2009). При цьому нейрони демонструють розвиток або збільшення спонтанної активності, зниження порога для активації та розширення рецептивних полів.

Зазначені зміни зумовлені різними клітинними процесами, зокрема підвищенням мембранної збудливості, полегшенням синаптичної передачі та зниженням гальмівного впливу (розгальмування). Подібним чином ці механізми можуть керуватися різними молекулярними ефекторами, включаючи РКА (protein kinase A), РКС (protein kinase C), CaMKII (Ca<sup>2+</sup>-calmodulin kinase II) та ERK½ (extracellular signal-regulated kinase ½). Ці кінзи беруть участь у змінах порога й кінетики активації NMDA- та АМРА-рецепторів і транспортуванні їх до мембрани, спричиняють зміни в іонних каналах, збільшуючи вхідні струми та зменшуючи вихідні, а також зменшують вивільнення або активність γ-аміномасляної кислоти та гліцину (рисунок) (Latremoliere A., Woolf C.J., 2009).

## Що означає комплексний підхід у терапії хронічного абактеріального простатиту?

Комплексний підхід до лікування ХАП включає дотримання відповідної дієти та певного способу життя, фізіотерапевтичні методи, фармакотерапію та інтервенційне лікування. Найбільш доказова база щодо ефективності медикаментозного лікування зібрана для нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), α-адреноблокаторів та фітопрепаратів. Підвищення рівня запальних і зниження рівня протизапальних цитокінів, наявність реактивних форм кисню та простагландинів, нейропластичність, м'язово-тонічні зміни є невід'ємними патофізіологічними складовими захворювання, що впливають на його тяжкість. Саме тому Європейська асоціація урології (EAU) рекомендує мультимодальний підхід для корекції цих порушень у пацієнтів із ХАП/СХТБ.

Одним із найбільш широко застосовуваних НПЗП, у тому числі у хворих урологічного профілю, є диклофенак натрію (Диклоберл®). Висока ефективність препарату зумовлена механізмами його дії, які включають інгібування ізоферментів циклооксигенази, пригнічення субстанції Р та γ-рецепторів, що активуються проліфератором пероксисом (PPAR-γ), а також блокування кислоточутливих іонних каналів, порушення продукції інтерлейкіну 6 та пригнічення NMDA-рецепторів гіпералгезії (Gan T.J. et al., 2010). Позитивний результат від застосування диклофенаку при ХП зумовлений, зокрема, зменшенням ноцицептивного впливу на нервову систему.

Основними перевагами застосування диклофенаку у формі супозиторіїв є те, що свічка залишається

Таблиця. Механізми хронічного болю в нейронах дорсального ганглію

Периферична сенситизація	Зниження порога чутливості на периферичних закінченнях сенсорних нервових волокон у відповідь на запалення
Ектопічна нейрональна активність	Спонтанне, або ненормальне, поширення іонних потоків через трансмембранні канали, які стимулюють трансмембранні електричні струми в аксонах після ушкодження тканин і нервів
Генна регуляція	Транскрипційні зміни в нейронах дорсального ганглію сприяють виникненню та підтриманню хронічного болю після ушкодження тканин і нервів
Пресинаптична модуляція	Посилене вивільнення нейромедіаторів із ноцицепторів після ушкодження
Зміна сенсорної модальності	Наприклад, механорецептори починають передавати ноцицептивну інформацію (механічна алодія) після ушкодження нерва

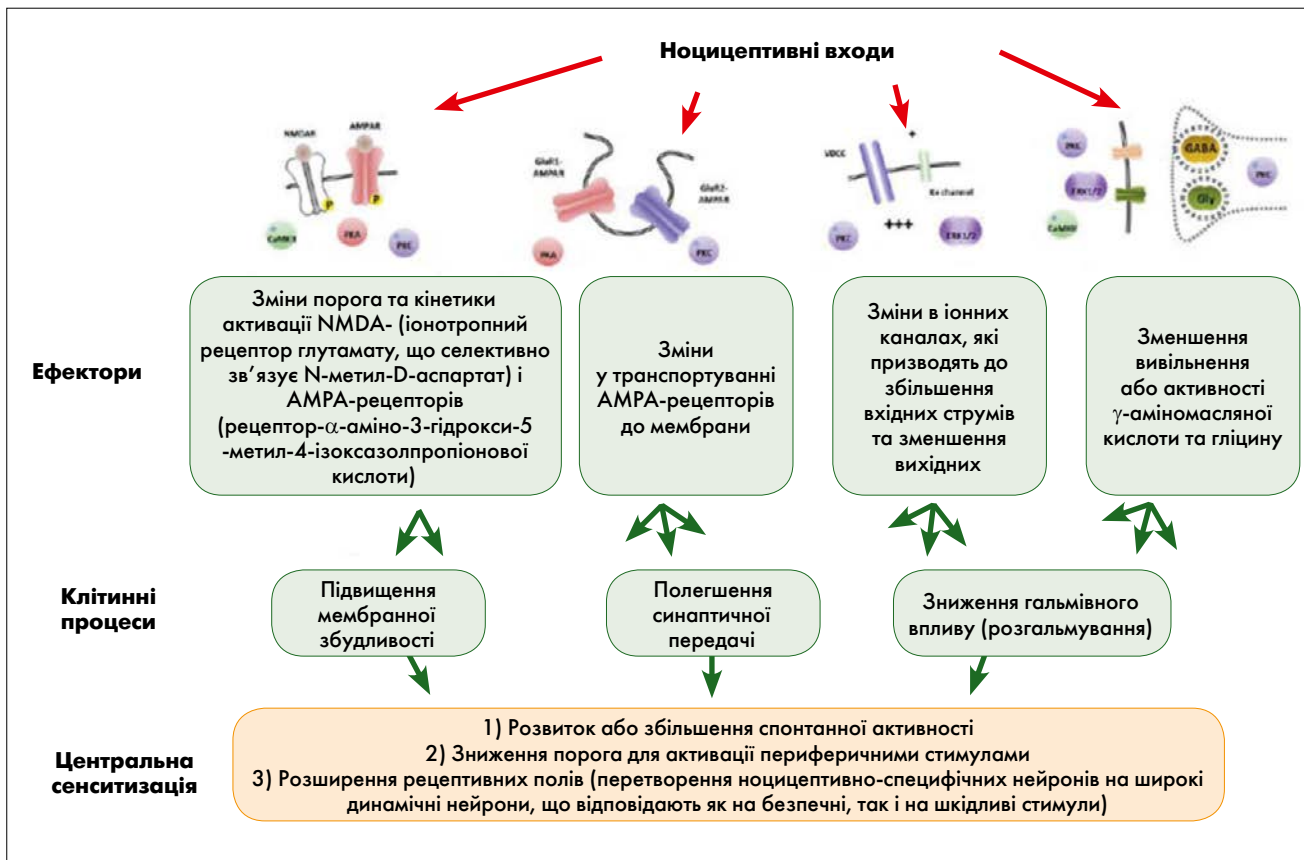


Рис. Зміни в молекулярних шляхах, які призводять до центральної сенситизації

твердою за кімнатної температури, зберігає форму при введенні й не прилипає, легко диспергується при температурі тіла та є нейтральною до середовища прямої кишки. Швидкий знеболювальний ефект досягається завдяки негайному вивільненню діючої речовини після введення, при цьому її максимальна концентрація

у крові реєструється через 60 хв і підтримується впродовж 5 годин.

Результати дослідження В.Г. Мігова (2013) продемонстрували ефективність Диклоберлу у зменшенні болювих відчуттів, купіруванні симптомів дизурії, а також у підвищенні якості життя пацієнтів.


К.Р. Нуріманов зазначив, що у власному дослідженні застосовував базову фармакотерапію ХАП/СХТБ (незалежно від ступеня болювих і дизуричних проявів), яка включала диклофенак (Диклоберл®) 100 мг/добу протягом 2 тиж, тамсулозин (Флосін®) 0,4 мг/добу протягом 1 міс та спиртовий екстракт *Senecio jacobina* (Простамол® Уно) у дозі 320 мг/добу протягом 6 міс. Дослідження показало добру безпечність та достатню ефективність базової фармакотерапії щодо симптомів простатиту, депресії та тривоги, а також корекції порушень вмісту цитокінів еякуляту.

Як фізіотерапевтична складова комплексного лікування ХАП/СХТБ успішно використовується екстракорпоральна ударно-хвильова терапія. Як правило, проводиться десять сеансів за курс із перервами 1-2 дні між сеансами. Цей метод сприяє зменшенню симптомів простатиту й проявів сексуальної дисфункції. Масаж ПЗ при хронічному калькульозному простатиті у більшості випадків не рекомендований, але інколи є єдиною методикою, яка допомагає пацієнту. Тому обережне безболісне його виконання може бути корисним у пацієнтів із ХАП/СХТБ. Інші методи фізіотерапії (електротерапія, ультрависокочастотна терапія та ультразвукова терапія) також показали свою ефективність і надійність, перевірені роками застосування.

Запалення та біль є основними патофізіологічними компонентами ХАП/СХТБ. Пацієнти із хронічним калькульозним простатитом потребують комплексного лікувального підходу для швидкого та ефективного полегшення болю. НПЗП, що рекомендовані ЕАУ для терапії ХАП/СХТБ, сприяють поліпшенню симптомів простатиту та підвищенню якості життя чоловіків.

Підготувала **Дарина Чернікова**





СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

**Електронні версії усіх друкованих видань  
Видавничого дому «Здоров'я України»  
на одному сайті!**

Наш сайт



Наша сторінка Facebook





