

Роль медико-социальных и психологических факторов в отягощенном репродуктивном анамнезе

А.А. Довгань

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Цель исследования: изучение роли медико-социальных и психологических факторов в отягощенном репродуктивном анамнезе.

Материалы и методы. Для определения медико-социальных и психологических факторов, способствующих потере беременности, проводили анализ материалов анкетирования 228 пациенток, имеющих самопроизвольные аборт, с помощью специально разработанных авторами стандартизированных анкет (1-я группа). Для сравнения на вопросы анкет ответили 132 женщины с нормально протекавшей и закончившейся рождением живого доношенного ребенка беременностью (2-я группа).

Результаты. Установлено наличие особенностей структуры, сроков и механизма прерывания беременности, изменений медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья пациенток с невынашиванием беременности. В механизме самопроизвольного прерывания беременности преобладает инфекционно-воспалительный генез. Достоверно уменьшилась доля пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста, занятых на промышленном производстве и учащих, увеличилось количество домохозяек, женщин, имеющих сексуальный дебют до 18 лет, хронические воспалительные заболевания половых органов, генитальную микоплазменную и герпетическую инфекцию, опухолевидные образования яичников. Реализации самопроизвольного аборта способствуют следующие факторы: некомфортные жилищные условия; низкий уровень дохода семьи; производственные вредности, преимущественно психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности; воздействие продуктов промышленного производства; невыполнение рекомендаций врача вследствие финансового неблагополучия и т.д.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: самопроизвольный аборт, медико-социальные аспекты.

Проблема невынашивания беременности (НБ) продолжает сохранять свою актуальность и приоритетность в современном акушерстве. Обусловлено это, прежде всего, тем, что НБ является одной из главных составляющих репродуктивных потерь [1–6]. Так, от 15% до 25% всех зарегистрированных беременностей прерываются самопроизвольно, при этом 5–20% приходится на долю привычного НБ, а 80% беременностей прерываются до 12 нед [3–6].

В последние годы отмечен рост частоты самопроизвольных абортов (СА) [1–6]. Кроме того, каждый эпизод СА усугубляет имеющиеся нарушения репродуктивного здоровья (РЗ) женщины [5, 6]. В то же время, сохранение

и восстановление РЗ населения – важнейшее направление государственной политики в области улучшения демографической ситуации в стране. При этом первой задачей остается повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам и детям.

Проблеме НБ посвящены многие фундаментальные исследования [1–6]. Однако целый ряд вопросов до сих пор остается нерешенным.

Цель исследования: изучение медико-социальных и психологических особенностей РЗ женщин с СА в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью – для изучения медико-социальных факторов пациенток, способствующих реализации СА, использовали социологический метод в форме стандартизированного интервью. С целью определения медико-социальных и психологических факторов, способствующих потере беременности, проводили анализ материалов анкетирования 228 пациенток, имеющих СА, с помощью специально разработанных авторами стандартизированных анкет (1-я группа). Для сравнения на вопросы анкет ответили 132 женщины с нормально протекавшей и закончившейся рождением живого доношенного ребенка беременностью (2-я группа).

Критерии исключения: пациентки с тяжелой экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием для наступления и пролонгирования беременности; имеющие беременность после применения вспомогательных репродуктивных технологий; не давшие информированного согласия на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-статистический анализ историй болезни женщин с самопроизвольным прерыванием беременности сроком до 22 нед выявил следующие особенности.

Средний возраст пациенток с НБ составляет сегодня $27,9 \pm 2,8$ года, достоверно реже встречаются женщины раннего и позднего репродуктивного возраста. Претерпел изменения и социальный статус пациенток с НБ. Достоверно уменьшилось число женщин, занятых на промышленном производстве и учащих, достоверно увеличилось количество домохозяек, несущественно возросло число женщин, занятых частной предпринимательской деятельностью. Две трети пациенток имеют хроническую соматическую патологию, нередко сочетанную, структура которой за последние 10 лет не изменилась. Сегодня у 1,4% исследуемого контингента зарегистрирована ВИЧ-инфекция. Несмотря на некоторое уменьшение среднего возраста менархе, у 9,4% пациенток менструация начинается позже 16 лет, что достоверно чаще, чем в прошлом десятилетии ($p=0,050$).

Если в последнем десятилетии прошлого века каждая третья пациентка с НБ имела сексуальный дебют до 18 лет

и вне брака, то сегодня в такой ситуации находится практически каждая вторая. В дальнейшем каждая четвертая пациентка с НБ имеет незарегистрированный брак. Особенности полового поведения приводят к неуклонному росту гинекологических заболеваний. Сегодня 60,3% женщин, страдающих НБ, указывают на наличие хронических заболеваний в анамнезе, 70,4% – на перенесенные ИППП. Достоверно увеличилась частота опухолевидных образований яичников, хронических воспалительных заболеваний половых органов, обусловленных инфицированием генитальной микоплазмой, ВПГ-1,-2, ЦМВ.

Наметились положительные тенденции в отношении использования средств контрацепции: сегодня их использует каждая вторая пациентка с НБ, в то время как 10 лет назад – только каждая четвертая ($p=0,000$). При этом сегодня в 2 раза чаще пациентки отдают предпочтение гормональной контрацепции, достоверно реже применяют внутриматочные контрацептивы, в 4 раза чаще используют барьерные методы предупреждения нежелательной беременности.

На современном этапе несмотря на бесспорное увеличение числа женщин, использующих различные методы контрацепции, как и в предыдущем десятилетии, каждая четвертая пациентка с НБ прерывает первую беременность путем хирургического аборта. В то же время, регистрируют достоверное снижение частоты повторных хирургических аборт. Имеется тенденция к увеличению частоты самопроизвольного прерывания первой беременности, к уменьшению частоты привычного НБ, достоверно реже встречаются пациентки с тремя и более СА. По-видимому, это связано с совершенствованием методов диагностики причин НБ, предгравидарной подготовки и планированием последующей беременности. Частота СА после преодоленного первичного бесплодия достоверно снизилась, очевидно, за счет современных профилактических и лечебных мероприятий при наступлении беременности.

На современном этапе у 51,5% женщин СА происходит на сроке 5–8 нед, что достоверно чаще по сравнению с предыдущим периодом исследования ($p=0,000$). Только у 10,2% наблюдаются поздние СА (в 2 раза реже, чем в предыдущее десятилетие).

Сегодня мы наблюдаем изменение структуры СА: достоверное увеличение частоты неразвивающейся беременности до 67,3% (против 25,1% в предыдущий период исследования; $p=0,007$), что, возможно, связано с особенностями полового поведения пациенток.

При патоморфологическом исследовании abortного материала в 98,9% случаев регистрируют воспалительные изменения хориальной ткани, децидуальной оболочки, эндометрия, что достоверно чаще, чем в предыдущем десятилетии ($p=0,000$). Это позволяет заключить, что в механизме самопроизвольного прерывания беременности на современном этапе преобладает инфекционно-воспалительный генез.

Проведенное исследование позволило установить, что реализации СА способствуют следующие факторы: социальные – некомфортные жилищные условия, низкий уровень дохода семьи; производственные – производственные вредности (преимущественно психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности), воздействие продуктов промышленного производства (загазованность, электромагнитное излучение, вибрация, радиационный фактор); психологические – сильные переживания по поводу рядовых конфликтных ситуаций в семье, снятие стресса путем табакокурения, гигиенические – отсутствие регулярного че-

тырехразового питания, пренебрежение горячей пищей домашнего приготовления, низкая физическая активность и табакокурение до наступления данной беременности, безразличное отношение к курению супруга и коллег по работе; медицинские – незапланированная беременность, отсутствие предгравидарной подготовки, невыполнение рекомендаций врача вследствие финансового неблагополучия и т.д.

Анализ материалов анкетирования показал, что женщины, перенесшие СА, имеют психосоциальные особенности. Они достоверно чаще отмечают общую слабость, снижение работоспособности, плохое настроение ($p=0,000$), чувство обесценинности ($p=0,003$) и измученности ($p=0,000$), тревогу за свое здоровье ($p=0,045$), потребность в общении с врачом ($p=0,006$), чем пациентки с нормально протекающей беременностью. Женщины с НБ значительно реже чувствуют себя бодрыми и полными сил. Все перечисленное выше резко ограничивает их привычный круг общения ($p=0,038$).

При сравнении тех же показателей у женщин с однократно прервавшейся беременностью и с привычным НБ выявлены следующие особенности. Пациенток с несколькими выкидышами в анамнезе в большей степени беспокоит общая слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности ($p=0,042$) и настроения, ослабление памяти ($p=0,014$), чувство измученности. У данной категории женщин достоверно чаще возникают ссоры с друзьями и супругом ($p=0,024$), они выше оценивают потребность в общении с врачом. Обращает на себя внимание низкий показатель физической активности этих пациенток, выраженные трудности при выполнении привычной работы ($p=0,045$), что значительно их тяготит. Отмечено снижение профессиональных возможностей ($p=0,050$), при этом часть опрошенных указывают на необходимость профессионального перепрофилирования.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии особенностей структуры, сроков и механизма прерывания беременности, изменений медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья пациенток с невынашиванием беременности (НБ). В структуре самопроизвольных аборт наблюдается достоверное увеличение доли неразвивающейся беременности, выкидышей на сроках 5–8 нед и уменьшение частоты поздних выкидышей. Имеется тенденция к увеличению частоты самопроизвольного прерывания первой беременности, к уменьшению частоты привычного НБ, достоверно реже встречаются пациентки с тремя и более выкидышами, а также с самопроизвольным аборт после преодоления первичного бесплодия. В механизме самопроизвольного прерывания беременности преобладает инфекционно-воспалительный генез. Достоверно уменьшилась доля пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста, занятых на промышленном производстве и учащихся, увеличилось количество домохозяек, женщин, имеющих сексуальный дебют до 18 лет, хронические воспалительные заболевания половых органов, генитальную микоплазменную и герпетическую инфекцию, опухолевидные образования яичников. Достоверно чаще пациентки используют контрацепцию, реже прибегают к повторным хирургическим аборт. Реализации самопроизвольного аборта способствуют социальные, производственные, гигиенические и медицинские факторы. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Роль медико-соціальних та психологічних факторів в обтяженому репродуктивному анамнезі
А.А. Довгань

Мета дослідження: вивчення ролі медико-соціальних та психологічних факторів в обтяженому репродуктивному анамнезі.

Матеріали та методи. Для визначення медико-соціальних та психологічних факторів, що зумовлюють втрату вагітності, проводили аналіз матеріалів анкетування 228 пацієнток, які мали мимовільні аборти, за допомогою спеціально розроблених авторами стандартизованих анкет (1-а група). Для порівняння на запитання анкет відповідали 132 жінки з нормальним перебігом вагітності, яка закінчилася народженням живої доношеної дитини (2-а група).

Результати. Установлено наявність особливостей структури, термінів і механізму переривання вагітності, змін медико-соціального портрета і стану репродуктивного здоров'я пацієнток з невиношуванням вагітності. У механізмі мимовільного переривання вагітності переважає інфекційно-запальний генез. Достовірно зменшилася доля пацієнток раннього і пізнього репродуктивного віку, що зайняті на промисловому виробництві і вчать, збільшилася кількість домогосподарок, жінок, які мали сексуальний дебют до 18 років, хронічні запальні захворювання статевих органів, генітальну мікоплазменну і герпетичну інфекцію, пухлиноподібні утворення яєчників. Реалізацію мимовільного абортів зумовлюють наступні чинники: некомфортні житлові умови; низький рівень доходу сім'ї; виробничі шкідливості, переважно психоемоційне напруження у процесі повсякденної трудової діяльності; дія продуктів промислового виробництва; невиконання рекомендацій лікаря унаслідок скрутного фінансового становища та ін.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: мимовільний аборт, медико-соціальні аспекти.

Role of medical-social and psychological factors in the burdened reproductive anamnesis
A.A. Dovgan

The objective: to show a role of medical-social and psychological factors in the burdened reproductive anamnesis.

Patients and methods. For definition of the medical-social and psychological factors promoting loss of pregnancy, carried out the analysis of materials of questioning of 228 patients having spontaneous abortions, by means of standardised questionnaires specially developed by authors (1st group). For comparison questions of questionnaires were answered with 132 women with normally proceeding and ended with a birth live the child pregnancy (2nd group).

Results. Results of the spent researches testify to presence of features of structure, terms and the mechanism of interruption of pregnancy, changes of medical-social portrait and a condition of reproductive health of the patients suffering incompetent of pregnancy. In the mechanism of spontaneous interruption of pregnancy prevails infectious-inflammatory genesis. The share of patients of the early and late reproductive age occupied on industrial production and pupils has authentically decreased, the quantity of housewives, the women having a sexual debut till 18 years, chronic inflammatory diseases of genitals, genital micoplasma and virus-herpes infection, tumors formations of ovariums has increased. Realisations of spontaneous abortion promote following factors: social – not comfortable living conditions; low level of the income of a family; Industrial – industrial harm, mainly a psychoemotional pressure in the course of daily labour activity; influence of products of industrial production; default of recommendations of the doctor owing to financial trouble or insufficient competence of these recommendations.

Conclusions. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: spontaneous abortion, medical-social aspects.

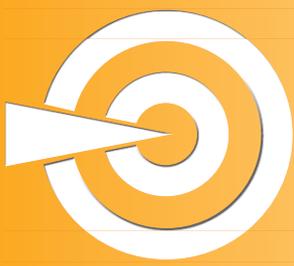
Сведения об авторе

Довгань Андрей Анатольевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: dovgan.a@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения / Т.Ю. Пестрикова. – М.: Литтерра, 2012. – 208 с.
2. Подзолкова Н.М. Клинические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности / Н.М. Подзолкова, В.Г. Истратов, Т.В. Золотухина и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 40–44.
3. Радзинский В.Е. Аборт – проблема национальной безопасности страны. Охрана репродуктивного здоровья – будущее России / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, И.А. Чакчурина // Мат-лы Всероссийской конференции с международным участием, посвященные 10-летию кафедры акушерства и гинекологии мед. факультета Белгородского гос. университета. – Белгород, 2010. – С. 165–167.
4. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 196 с.
5. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом-триместре прогестагенами / В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Миронов // Гинекология. – 2012. – Т. 8, № 4. – С. 35–37.
6. Радзинский В.Е. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического аборта / В.Е. Радзинский, С.М. Семятов // Гинекология. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 5–9.

Статья поступила в редакцию 18.08.2016



німесулід
Німесил®

30 пакетиків, гранули для оральної суспензії¹

100 мг німесуліду у кожному пакетикі, по 100 мг два рази на добу¹

курс лікування до 15 днів¹

Нестероїдний протизапальний засіб¹



більш низький ризик гастроінтестинальних геморагічних ускладнень у порівнянні з багатьма іншими НПЗП^{2,3}

інгібує колагеназу (до 91,9%)^{4*}

інгібує IL-1 β ^{5*}, IL-6^{5*,6}, IL-8^{5*} та субстанцію "P"^{6*}

додаткове інгібування ФНП- α (до 70%)^{7*}
(у високих концентраціях)

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

Фармакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні засоби. Код АТС М01А Х17.

Склад: 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг.

Показання: Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів.

Побічні дії. Анемія, еозинофілія, тромбоцитопенія, панцитопенія, пурпура, підвищена чутливість, анафілаксія, гіперкаліємія, відчуття страху, нервозність, нічні жахливі сновидіння, запаморочення, головний біль, сонливість, енцефалопатія (синдром Рейе), нечіткий зір, вертиго (запаморочення), тахікардія, гіпертензія, геморагія, лабільність артеріального тиску, приливи, задишка, астма, бронхоспазм, діарея, нудота, блювання, запор, метеоризм, гастрит, кровотечі у травному тракті, виразка та перфорація 12 палої кишки або шлунка, біль у животі, диспепсія, стоматит, випорожнення чорного кольору, збільшення рівня ферментів печінки, гепатит, миттєвий (фульмінантний) гепатит, із летальним кінцем у тому числі, жовтяниця, холестаз, свербіж, висип, підвищена пітливість, еритема, дерматит, кровив'як, ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, еритема поліформна, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, дизурія, гематурія, затримка сечовипускання, ниркова недостатність, олігурія, інтерстиціальний нефрит, набряк, нездужання, астенія, гіпотермія.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Німесил® від 16.04.2015 №222. **Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.**

Виробник Німесил®: Laboratorios Menarini S.A. Альфонс XII, 587, 08918 Бадалона, Іспанія. Файн Фудс енд Фармасьютикалз Н.Т.М. С.П.А. Віа дель артіджанато, 8/10 - 24041, Брембате (БГ), Італія.

¹ Інструкції для медичного застосування препарату Німесил® від 16.04.2015 №222.

² Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L and Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420.

³ Castellsague J, Pisa F, Rosolen V, Drigo D, Riera-Guardia N, Giangreco M, Clagnan E, Tosolini F, Zanier L, Barbone F and Perez-Gutthann S. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of users of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Friuli Venezia Giulia, Italy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2013 Apr;22(4):365-75. doi: 10.1002/pds.3385. Epub 2012 Dec 11.

⁴ Barracchini A, Franceschini N, Amicosante G, Oratore A, Minisola G, Pantaleoni G and Giulio di A. Can Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Act as Metalloproteinase Modulators? An In-vitro Study of Inhibition of Collagenase Activity. J. Pharm. Pharmacol. 1998; 50: 1417-1423, (адаптовано таб.1).

⁵ Kimura T, Iwase M, Kondo G, Watanabe H, Ohashi M, Ito D, Nagumo M. Suppressive effect of selective cyclooxygenase-2 inhibitor on cytokine release in human neutrophils. Int Immunopharmacol. 2003 Oct;3(10-11):1519-28.

⁶ Bianchi M, Brogini M, Balzarini P, Franchi S, Sacerdote P. Effects of nimesulide on pain and on synovial fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. Int J Clin Pract. 2007 Aug;61(8):1270-7. Epub 2007 Jun 22.

⁷ Bennett A and Villa G. Nimesulide: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp. Opin. Pharmacother., 1 (29), 277-286, 2000.

* Дослідження "in vitro".

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:
Представництво "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмБХ" в Україні,
20209, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

diclofenac natrium Диклоберл®

„Золотий” стандарт
проти запальної терапії!^{1,2}

Збалансований
інгібітор ЦОГ-3*

Достовірно вища
ефективність, ніж у
селективного
інгібітора ЦОГ-2
мелоксикама⁴

Показує однакову
гастроінтестинальну
переносимість в
порівнянні з
селективним
інгібітором ЦОГ-2
мелоксикамом⁵

Не впливає на
метаболізм
хряща^{6*}

Наявність
ін'єкційної форми,
таблеток,
ретардних капсул
та ректальних
свічок⁷

Можливість
індивідуального
підбору дози

В комбінації з кардіопротекторними дозами АСК диклофенак показує низький ризик гастроінтестинальних ускладнень у порівнянні з іншими НПЗП (в тому числі селективними інгібіторами ЦОГ-2)⁸

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

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТС М01А В05.

Склад:

Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг;
Таблетки: 1 таблетка, вкрита оболонкою, кишковорозчинна, містить диклофенаку натрію 50 мг;
Ампули: 1 мл розчину для ін'єкції містить 25 мг (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкції, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію);
Капсули: 1 капсула тверда пролонгованої дії містить диклофенаку натрію 100 мг.

Показання. Для лікування запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спондилоартриту, вертебрального больового синдрому, несуглобового ревматизму, гострих нападів подагри, ниркової та біліарної колики, болю та набряку після травм і операцій (Диклоберл® N 75), тяжких нападів мігрені (Диклоберл® N 75).

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів лікарського засобу. Алергічні реакції (bronхоспазм, астма, риніт, кропив'янка). Порушення кровотворення незрозумілого походження. Гостра печинна виразка, а також загострення виразкової хвороби або шлунково-кишкові кровотечі в анамнезі. Цереброваскулярні та інші гострі кровотечі. Тяжкі порушення функції печінки та нирок. Тяжка серцева недостатність. III тримістер вагітності. Проктит.

Спосіб застосування та дози. Дозування диклофенаку натрію залежить від тяжкості перебігу захворювання і інтєрвал доз, що рекомендуються, становить 50-150 мг диклофенаку натрію на добу, для чого застосовують різні лікарські форми препарату Диклоберла із різним вмістом діючої речовини. Рекомендується застосовувати мінімальну ефективну дозу препарату протягом найкоротшого періоду часу. При комбінованому застосуванні різних лікарських форм препарату максимальна добова доза не повинна перевищувати 150 мг диклофенаку натрію. У тяжких випадках добова доза Диклоберл® N 75 можна збільшити до двох ін'єкцій по 75 мг. Диклоберл® супозиторії 100 мг – 1 раз на добу, супозиторії 50 мг – 1-3 рази на добу, таблетки 50 мг – 1-3 рази на добу. В умовах нападу мігрені загальна добова доза диклофенаку не має перевищувати 175 мг.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, нечіткість зору та диплопія, шум у вухах, нудота, блювання, діарея, незначні кровотечі, диспепсія, метеоризм, спазми шлунка, утворення виразок, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, нічні жахливі сновидіння, безсоння.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг від 02.08.2013 №684 та 50 мг від 29.10.2010 №930, Диклоберл® 50 таблетки від 30.05.2012 №403, Диклоберл® N 75 від 10.07.2014 №483, Диклоберл® ретард від 17.08.2012 №641). Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.

Виробник Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг, таблетки 50 мг, Диклоберл® ретард: Берлін-Хемі АГ (Менаріні груп), Плінер Бер 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Виробник Диклоберл® N 75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс Енд Сервісес С.р.Л. ВІа Сете Санті 3, 50131 Флоренція, Італія.

¹ Pavelka K. A comparison of the therapeutic efficacy of diclofenac in osteoarthritis: a systematic review of randomised controlled trials. *Current Medical Research and Opinion*. 2012;Jan;28(1):163-78.

² Ukrainian IMS and PharmExplorer (Morion) data 2013, ATC3 M01A, (UN, molecules): Diclofenac is the most often prescribed NSAID (M01A) in the Ukraine.

³ Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA and Vane JR. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: A full in vitro analysis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* Vol. 96, pp. 7563-7568, June 1999, *Pharmacology*.

⁴ Hawkey C, Kahan A, Steinbruck K, Alegre C, Baumelou E, Begaud B, Dequeker J, Isomaki H, Littlejohn G, Mau J, Papazoglou S. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diclofenac in osteoarthritis patients. *International ME-LISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment*. *Br J Rheumatol* 1998 Oct;37(10):1142.

⁵ Dreiser RL, Le Parc JM, Vellicat P and Lieu PK. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomised, double-blind trials versus placebo or diclofenac. *Inflamm.res*. 50, Supplement 1 (2001), S17-S23.

⁶ Blot L, Marcelis A, Devogelaer J-P, Manicourt D-H. Effects of diclofenac, aceclofenac and meloxicam on the metabolism of proteoglycans and hyaluronan in osteoarthritic human cartilage. *British Journal of Pharmacology* (2000) 131, 1413-1421.

⁷ Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг від 02.08.2013 №684 та 50 мг від 29.10.2010 №930, Диклоберл® 50 таблетки від 30.05.2012 №403, Диклоберл® N 75 від 09.08.2011 №490, Диклоберл® ретард від 17.08.2012 №641).

⁸ Lanas A, Garcia-Rodriguez LA, Arroyo MT, Gomollon F, Feu F, Gonzalez-Perez A, Zapata E, Bastida G, Rodrigo L, Santolaria S, Guell M, de Argila CM, Quintero E, Borda F, Pique JM and on behalf of the Investigators of the Asociación Española de Gastroenterología (AEG). Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut* 2006;55:1731-1738.

* Дослідження "in-vitro".

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:
Представництво виробника "Берлін-Хемі АГ" в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29,
тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



BERLIN-CHEMIE
MENARINI