

Неодолпассе – раствор для инфузий

Краткая инструкция по медицинскому применению **Торговое наименование:** Неодолпассе. **Состав:** 1 флакон содержит действующие вещества: диклофенак натрия 75,0 мг, орфенадрин цитрат 30,0 мг; вспомогательные вещества: яблочная кислота, ацетилцистеин, динатрия эдетата дигидрат, натрия гидроксид, вода для инъекций. **Фармакодинамика:** Неодолпассе – комбинированный лекарственный препарат, содержащий нестероидное противовоспалительное средство диклофенак и миорелаксант центрального действия орфенадрин. Диклофенак обладает анальгезирующим, жаропонижающим и противовоспалительным действием. Неселективно ингибируя циклооксигеназу 1 и 2 типа (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), нарушает метаболизм арахидоновой кислоты и синтез простагландинов, являющихся основным звеном в развитии воспаления. Орфенадрин – миорелаксант центрального действия, снижает патологически повышенный мышечный тонус, обладает парасимпатолитическим, местноанестезирующим и умеренным антигистаминным действием. **Фармакокинетика: Диклофенак:** самые высокие концентрации диклофенака в плазме достигаются непосредственно после инфузии, что приводит к быстрому наступлению эффекта. Инфузия позволяет избегать пиков концентрации диклофенака в плазме. После внутривенного введения 75 мг диклофенака его максимальная концентрация в плазме составляет 1,9 мкг/мл на протяжении более 2 часов и находится в линейной зависимости от введенной дозы. Системная биодоступность после внутривенного введения диклофенака приблизительно в 2 раза больше, чем после его перорального или ректального применения, поскольку в последних случаях около половины количества диклофенака метаболизируется при «первичном прохождении» через печень. Конечный период полувыведения (T_{1/2}) составляет 1–2 ч. T_{1/2} четырех метаболитов, включая два фармакологически активных, также непродолжителен и составляет 1–3 ч. **Орфенадрин:** максимальный уровень орфенадрина в плазме достигается уже через 2 мин после внутривенного введения. Большая часть орфенадрина метаболизируется и преимущественно выводится через почки. T_{1/2} составляет 14 ч. **Показания к применению:** кратковременное лечение болевого синдрома при следующих заболеваниях: острый вертеброгенный болевой синдром, корешковые и вертеброгенные боли; послеоперационный болевой синдром. **Способ применения и дозы:** внутривенно, в виде инфузии. Стандартная доза: 250 мл 1 раз в сутки. Один флакон препарата (250 мл) содержит 75,0 мг диклофенака. В исключительных случаях 2 раза в сутки по 250 мл с интервалом между инфузиями не менее 8 ч. Продолжительность инфузии 250 мл препарата составляет 1,5–2 ч (2,1–2,8 мл/мин). Благодаря низкой осмолярности (приблизительно 303 мОсмоль/л) препарат может вводиться через периферическую вену. Не следует применять препарат Неодолпассе более двух дней подряд. Максимальная суточная доза не должна превышать 150 мг диклофенака в сутки. **Влияние на способность управлять транспортными средствами:** пациентам, у которых на фоне применения препарата возникают зрительные нарушения, головокружение, сонливость, вертиго или другие нарушения со стороны центральной нервной системы, необходимо воздержаться от управления автомобилем, работы с механизмами и видов деятельности, требующих быстрой психомоторных реакций. **Хранить** в защищенном от света месте при температуре не выше 25 °С. **Срок годности:** 1 год. **Условия отпуска:** по рецепту

Источники:

1. Резолюция экспертного совета по результатам наблюдательного исследования «Оценка эффективности и безопасности Неодолпассе у пациентов в раннем послеоперационном периоде». Российский журнал боли. 2023; №1. <https://doi.org/10.17116/pain20211902161>
2. Tervo T., Petaja L., Lepisto P. A controlled clinical trial of a muscle relaxant analgesic combination in the treatment of acute lumbago. Br J Clin Pract. 1976 Mar; 30(3):62-4.
3. Grecu I., Muresan A., Nicolau M., Grintescu I. Diclofenac/orphenadrine versus paracetamol for analgesia after total hip arthroplasty. Eur J Anaesthesiol. 2006;23(37):236-7. doi: 10.1097/00003643-200606001-00851.
4. Инструкция по медицинскому применению
5. Яворовский А.Г., Ногтев П.В., Овечкин А.М., Баргасаров П.С., Полухин Н.В., Сергеев О.С., Алиев В.А., Золотова Е.Н., Яворовская Д.А. Послеоперационное обезболивание в торакальной хирургии с использованием фиксированной комбинации диклофенака и орфенадрина. Анестезиология и реаниматология. 2023;4:81-87. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology202304181>
6. Сорокина Л. С., Дымова О. В., Васильева О. Н., Немчинова Н. М., Кошек Е. А., Торолчина Е. А., Семенков А. В., Еременко А. А. Сравнительная оценка обезболивающего, опиоидсберегающего и противовоспалительного эффектов парацетамола и фиксированной комбинации диклофенака с орфенадрином в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических пациентов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2025. – Т. 22, № 5. – С. 21-31. <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2025-22-5-21-31>.
7. Malek J., Nedelova I., Lopourova M, et al. Diclofenac 75 mg. and 30 mg. orphenadrine (Neodolpassee) versus placebo and piroxicam in postoperative analgesia after arthroscopy. ActaChir Orthop Traumatol Cech. 2004;71(2):80-3]
8. Borsodi M, Nagy E, Darvas K. Diclofenac/orphenadrine as a combined analgesic in post-operative relief of pain. Orv Hetil. 2008;149(39):1847-52. doi: 10.1556/Orv.2008.28419.
9. Амелин А.В., Терещенко Н.М., Готовчиков А.А. Клинический опыт применения фиксированной комбинации диклофенака и орфенадрина в терапии острого болевого синдрома. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(8):83-86. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112108183>
10. Семенков А.В., Скугарев А.Л., Тупских Д.А., Хитров Н.В., Яворовская Д.А. Обезболивание после абдоминальных онкохирургических вмешательств. Оценка эффективности и переносимости фиксированной комбинации диклофенака и орфенадрина. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2024;9:38-50. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202409138>
11. Каппунов О.А., Гапонов Е.С., Каплунов К.О. Стратегия мультимодальной анальгезии в травматологии и ортопедии: локальный протокол послеоперационного обезболивания и клиническая иллюстрация его эффективности. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2026;4:54-61. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202604154>

Представленный материал предназначен исключительно для Специалистов Здравоохранения, не может использоваться иными лицами, в том числе для замены консультации с врачом и для принятия решения о применении указанной в материале Продукции Компании. Продукция, указанная в данном материале, является лекарственным средством, имеет противопоказания к применению и использованию. Перед употреблением необходимо ознакомиться с инструкцией по применению.

**FRESENIUS
KABI**

ООО «Фрезениус Каби»,
125167, Москва, Ленинградский пр-т, г. 37, к. 9
Т.: (495) 988-4578. Ф.: (495) 988-4579
E-mail: ru-mow-info@fresenius-kabi.ru
www.fresenius-kabi.ru

- Помогает контролировать одновременно боль и спазм¹
- Соответствует опиоид-сберегающей стратегии^{1-3,5-6}
- Способствует быстрой мобилизации пациентов^{2,3}

Неодолпассе

Диклофенак 75 мг и Орфенадрин 30 мг

Инфузионный комбинированный анальгетик
для мультимодальной анальгезии в хирургии



**FRESENIUS
KABI**



2

ФЛАКОНА

Максимальная
суточная доза⁴

2

ДНЯ

Максимальный
курс применения⁴

1,5

ЧАСА

Внутривенное
капельное введение⁴

НЕОДОЛПАССЕ

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

	Эффект	Ожидаемый результат
Диклофенак 75 мг (НПВП)	Ингибирование ЦОГ-1 и ЦОГ-2 → ↓ синтеза простагландинов	анальгезирующее и противовоспалительное действие
Орфенадрин 30 мг (Миорелаксант центр. действия)	Блок Na ⁺ каналов и NMDA-рецепторов в ЦНС + парасимпатолитический эффект	Снижение патологического мышечного спазма, потенцирование анальгетического эффекта

Сравнение с альтернативами

	Анальгетическая эффективность	Опиоисбережение	Устранение мышечного спазма	Влияние на нейропатический компонент боли
Неодолпассе (диклофенак + орфенадрин)	Высокая 95% пациентов достигают ВАШ ≤30 мм Быстрая Начало действия на 2-ой минуте	+++ снижение потребности в морфине в 3 раза vs кетопрофен; снижение потребности в трамадоле в 2 раза vs кетопрофен	Да орфенадрин – миорелаксант центрального действия	Да орфенадрин – блокатор NMDA-рецепторов, влияет на центральные механизмы
Кетопрофен ^{5,10}	Умеренная-высокая (неполный эффект, требует доп. опиоидов у части пациентов)	++ требует доп. введения опиоидов	Нет	Нет
Парацетамол ^{3,6}	Умеренная (недостаточен при сильной боли)	+ (минимальный) требует доп. введения опиоидов	Нет	Нет
Пироксикам ⁷	Умеренная-высокая (сопоставим с кетопрофеном)	++ требует доп. введения опиоидов	Нет	Нет
Трамадол (слабый опиоидный анальгетик) ⁸	Высокая	0 Сам является опиоидным анальгетиком	Нет	Нет

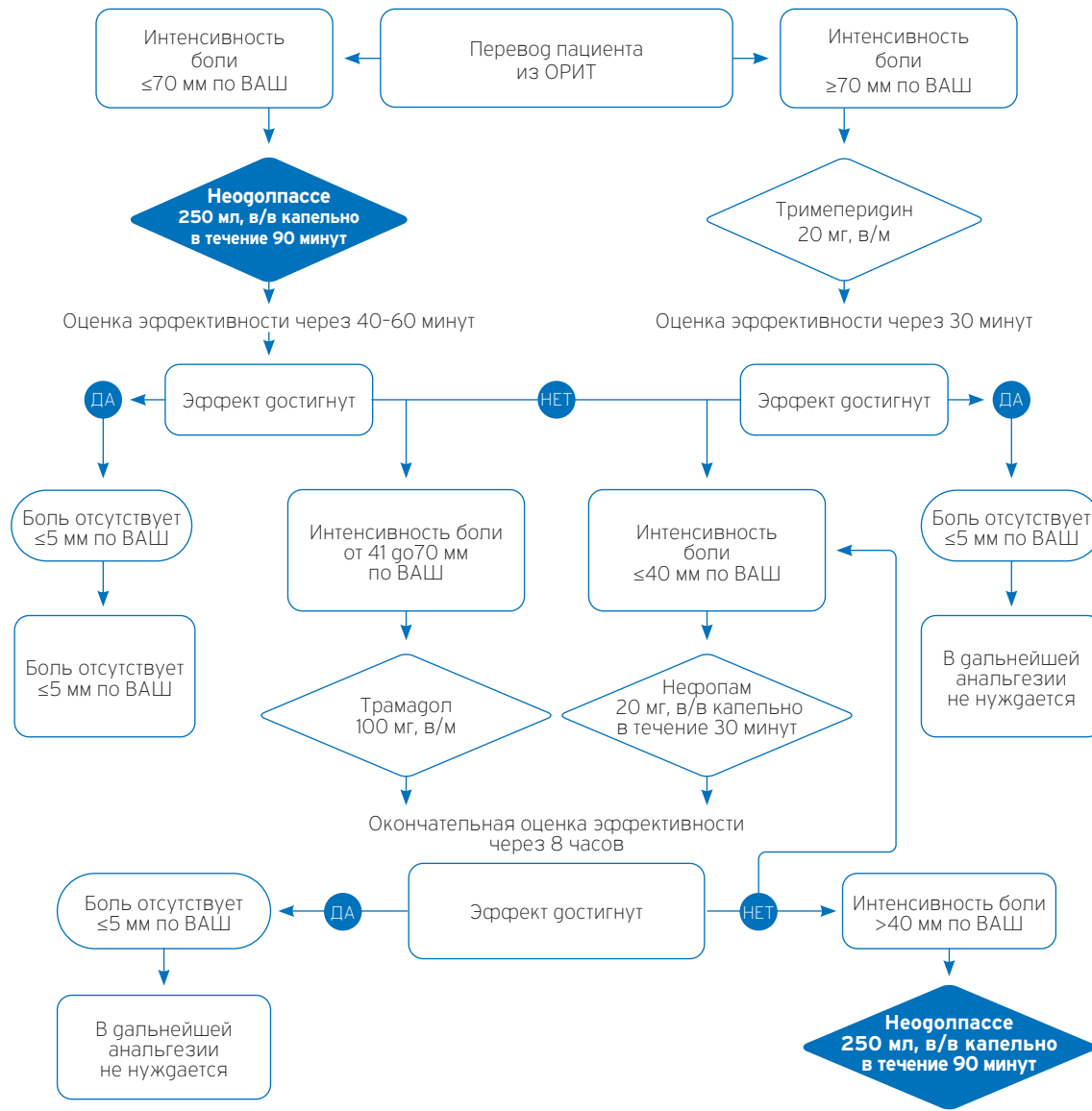
Клинические преимущества

- **Синергический эффект двух молекул:** влияние на разные механизмы боли (воспаление, мышечный спазм и центральные механизмы боли) – мультимодальная анальгезия
- **Быстрое обезболивание:** начало действия через 2 мин⁴
- **30% снижение потребности в опиоидах**^{1-3,5-6}
- **Влияние на нейропатический компонент боли:** орфенадрин – блокатор NMDA-рецепторов^{4,9}
- При послеоперационной боли комбинация диклофенака и орфенадрина **превосходила по эффективности** инъекционный парацетамол^{3,6}, трамадол⁸ и пироксикам⁷, кетопрофен^{5,10}

Фиксированная комбинация диклофенака и орфенадрина имеет преимущества: оказывает более выраженный анальгетический эффект и способствует снижению проявлений системного воспалительного ответа (Сорокина Л.С. и соавт., Вестник анестезиологии и реаниматологии, 2025)

ЛОКАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ¹¹

(по Каплунову О.А. и соавт., «Хирургия», 2026)



Разработанный протокол демонстрирует эффективность и безопасность, позволяя добиться стабильной анальгезии при значительном сокращении потребности в опиоидах