



- Єдина в Україні комбінація диклофенаку і вітамінів групи В в одній капсулі¹
- Більш ефективне усунення больового синдрому в порівнянні з монотерапією диклофенаком²
- Вироблено в Австрії³

Диклофенак натрію – 50 мг
Тіаміну гідрохлорид (вітамін В₁) – 50 мг
Піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆) – 50 мг
Ціанокобаламін (вітамін В₁₂) – 0,25 мг

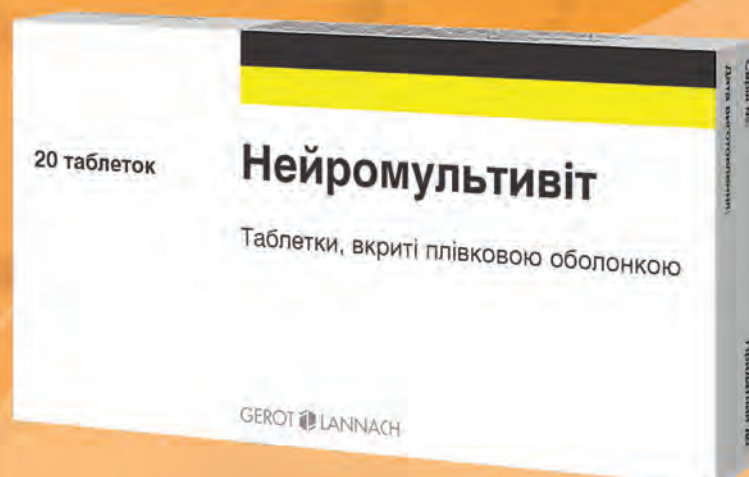
НЕЙРОДИКЛОВІТ

Диклофенак натрію + вітаміни В₁, В₆, В₁₂

НЕЙРОМУЛЬТИВІТ

Комплекс вітамінів групи В

Тіаміну гідрохлорид (вітамін В₁) – 100 мг
Піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆) – 200 мг
Ціанокобаламін (вітамін В₁₂) – 0,2 мг



- Нейромультівіт покращує функціонування нервової тканини⁴
- Нейромультівіт – хороша альтернатива парентеральному введенню вітамінів В₁, В₆ і В₁₂⁴
- Вироблено в Австрії⁵

НЕЙРОДИКЛОВІТ

Склад. Діюча речовина: 1 капсула містить диклофенаку натрію 50 мг, тіаміну гідрохлорид (вітамін В₁) 50 мг, піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆) 50 мг, ціанокобаламіну (вітамін В₁₂) 0,25 мг.
Лікарська форма. Капсули.
Фармакотерапевтична група. Диклофенак, комбінації. Код АТС М01А В55.
Показання. Запальні і дегенеративні форми ревматичних захворювань: хронічний поліартрит, анкілозуючий спондиліт (хвороба Бехтерева); артроз, спонділоартрит, гострий подагричний артрит, позасуглобовий ревматизм м'яких тканин, неврит та невралгія, такі як цервікальний синдром, люмбаго, ішіалгія.
Протипоказання. Підвищена чутливість до складових препарату. Виразка шлунка або дванадцятипалої кишки. Порфірія, геморагічний діатез, порушення кровотворення. Хвороба Крона, виразковий коліт. Тяжка серцева

недостатність. Препарат протипоказаний пацієнтам, у яких напади астми, шкірні реакції або гострі риніти провокуються прийомом ацетилсаліцилової кислоти або інших препаратів, які інгібують синтез простагландинів. Тяжка ниркова та печінкова недостатність. Шлунково-кишкова кровотеча або перфорація, еритремія, еритроцитоз, тромбоемболія. Алергічні захворювання. **Спосіб застосування та дози.** Капсули слід ковтати цілими, запиваючи достатньою кількістю рідини, під час їди. Залежно від тяжкості захворювання рекомендована доза препарату становить 1-3 капсули на добу, що еквівалентно 50-150 мг диклофенаку відповідно. Дорослі. Для початкової терапії доза препарату становить 2-3 капсули на добу. Підтримуюча доза - 1 капсула 1-2 рази на добу. Максимальна добова доза не має перевищувати 3 капсули.
Діти старше 14 років. Максимальна добова доза

- по 1 капсулі 2 рази на добу. Тривалість лікування визначає лікар. **Пацієнти літнього віку.** Хоча фармакокінетика диклофенаку не залежить від віку, пацієнтам літнього віку дозу слід підбирати з обережністю. Застосування у період вагітності або годування груддю. Зважаючи на відсутність клінічних даних, одночасне застосування вітамінів В₁, В₆ та В₁₂ не рекомендоване у період вагітності або годування груддю. **Діти.** Не рекомендується для лікування дітей до 14 років через високий вміст активної речовини у капсулі. **Побічні ефекти.** Загальні порушення: затримка натрію та води в організмі, периферичні набряки, підвищена пітливість, астма, пневмонія. Інші побічні реакції вказані в інструкції для медичного застосування препарату. **Категорія відпуску.** За рецептом.
Виробник. ГЛ Фарма ГмбХ/ГЛ Фарма ГмбН, Австрія. Р.Л. №UA/5909/01/01 від 28.03.2012 до 28.03.2017

Склад. Діюча речовина: 1 таблетка містить тіаміну гідрохлорид (вітамін В₁) 100 мг, піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆) 200 мг, ціанокобаламіну (вітамін В₁₂) 0,2 мг.
Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.
Фармакотерапевтична група. Вітамін В₁ у комбінації з вітаміном В₆ та/або В₁₂. Код АТС А11Д В.
Показання. Лікування невритів і невралгій, таких як: невралгія трищого нерва; мікроберна невралгія; ішіалгія; поперековий синдром (люмбаго); плексит (шийного та плечового сплетіння); корінцеві неврити внаслідок дегенеративних захворювань хребта; прозопплегія (ураження лицьового нерва). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. Вітамін В₁ протипоказано застосовувати при алергічних захворюваннях. Вітамін В₆ протипоказано застосовувати при виразковій хворобі

шлунка і дванадцятипалої кишки у стадії загострення (оскільки можливе підвищення кислотності шлункового соку). Вітамін В₁₂ протипоказано застосовувати при еритремії, еритроцитозі, тромбоемболії. **Спосіб застосування та дози.** Таблетки слід приймати після їди, не розжовуючи, запиваючи невеликою кількістю рідини. Рекомендована доза становить 1 таблетку на добу. В індивідуальних випадках дозу підвищують і застосовують по 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість курсу лікування визначає лікар індивідуально у кожному випадку. Після періоду лікування тривалістю 4 тижні лікар приймає рішення щодо коригування та зниження доз препарату. Застосування у період вагітності або годування груддю. Застосування препарату не рекомендоване у період вагітності або годування груддю.

Діти. Застосування препарату дітям протипоказане через відсутність клінічного досвіду. **Побічні ефекти.** Шлунково-кишкові розлади, у тому числі нудота, блювання, діарея, біль у животі, підвищення кислотності шлункового соку. Інші побічні реакції вказані в інструкції для медичного застосування препарату. **Категорія відпуску.** Без рецепта.
Виробник. ГЛ Фарма ГмбХ/ГЛ Фарма ГмбН, Австрія. Р.Л. №UA/5926/01/01 від 13.04.2012 до 13.04.2017.
Інформація про лікарські засоби. Інформація для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками. Пона інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

НЕЙРОМУЛЬТИВІТ

1. За даними системи дослідження ринку «Фармстандарт» компанії «Proxima Research» у групі диклофенак у комбінації з вітаміном В₁, вітаміном В₆, вітаміном В₁₂, 07. 2013 р. 2. Чамчатов П.Р., Бойко А.Н. Нейродикловит: можливість применення у пацієнтів з болем у спині/Здоров'я України – 2011. -№1. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Нейродикловит. 4. Гуревич К.Г. Нейромультівіт: применення в сучасній клінічній практиці. Фарматека. - 2004. - №9/10. 5. Інструкція для медичного застосування препарату Нейромультівіт.



ТОВ "ВАЛЕАНТ ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ"
01103, м. Київ, вул. Підвисоцького Професора, 6-В
Тел.: (044) 459-04-74, 459-04-84

О.А. Шавловская, д.м.н., ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Некоторые аспекты терапии дорсалгии

Известно, что боль относится к самым частым жалобам, с которыми имеют дело врачи разных специальностей в своей повседневной практике. По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах мира боль по масштабам своего распространения вполне сопоставима с пандемией. По определению Международной ассоциации по изучению боли: «Боль – неприятное сенсорное и/или эмоциональное переживание, связанное с текущим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения». Боль изначально является жизненно важным защитным биологическим феноменом. Она – стимулятор антистрессовой защитной реакции организма, активирующей системы поддержания гомеостатического равновесия в изменяющихся условиях внешней и внутренней среды. Боль, причиняющая страдание миллионам людей, возникала в процессе эволюции как защитная реакция. Она сигнализирует о повреждении и рассматривается как опасность при наличии патогенного фактора, побуждает к развитию защитных рефлексов или осмысленного защитного действия, помогает врачу в диагностике болезней.

По временному признаку различают транзиторную, острую и хроническую боль (длительность – более 3 мес). С патофизиологической точки зрения выделяют боль ноцицептивную, нейропатическую и психогенную. Боль воспринимается болевыми рецепторами (ноцицепторами), раздражение которых запускает систему перцепции боли. Ноцицепторы являются периферическим звеном, представляют собой свободные нервные некапсулированные окончания древовидно разветвленных афферентных волокон.

Ноцицептивная боль (или соматогенная, соматическая) возникает при любом повреждении ткани, вызывающем возбуждение периферических болевых рецепторов или висцеральных афферентных волокон. Она, как правило, транзиторная или острая; болевой раздражитель очевиден; боль обычно четко локализована и хорошо описывается самим больным. Основным патофизиологическим механизмом этой боли является воспаление, что оправдывает применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Нейропатическая (неврогенная) боль обусловлена поражением нервной системы (центральной или периферической), вовлекающей структуры, воспринимающие, проводящие или модулирующие боль, – соматосенсорную систему. Нейропатическая боль может сохраняться и развиваться при отсутствии явного первичного болевого раздражителя, для ее купирования НПВП неэффективны. Такая боль чаще относится к хронической. Международная ассоциация по изучению боли определяет хроническую боль как «боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления».

Некоторые варианты боли нельзя трактовать однозначно, и в большинстве случаев приходится сталкиваться со смешанным типом боли, что требует комплексной терапии. От боли в спине страдают около 90% взрослого населения мира. Дорсалгия – болевой синдром (БС) в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата (дугоотростчатые суставы, межпозвоночный диск, фасции, мышцы, сухожилия, связки) с возможным вовлечением смежных структур (корешок, нерв). Среди всех видов дорсалгий на долю люмбагии приходится около 70% случаев. Боль в нижней части спины (БНС) характеризуется БС, мышечным напряжением или ригидностью, которые локализуются ниже реберных краев и выше нижних ягодичных складок, с наличием или без боли в ногах. Она может быть острой, а также носить хронический характер. БНС является пятой наиболее частой причиной всех посещений врача. В течение жизни БНС возникает у 60-80% европейцев; распространенность тяжелых случаев составляет около 14%. Приблизительно 25% взрослых страдают БНС, и около 1/3 из них сообщают об ограничении мобильности (затруднения в выполнении работы) вследствие персистирующих или рецидивирующих эпизодов БНС. Клинически заболевание может протекать остро (до 3 нед) или хронически (более 12 нед в году либо до 25 эпизодов болей в спине ранее).

В рамках такой проблемы, как хронизация боли в спине, согласно Европейским рекомендациям по ведению больных с болями в нижней части спины (2004 г.) используют систему «желтых флажков», определяющую факторы, которые указывают на высокую вероятность перехода острой и подострой боли в спине в хроническую:

- убеждения и отношение к боли в спине (пессимизм, пассивность, боязнь активности и т.д.);
- поведенческие реакции (длительные периоды отдыха, сниженная активность, повышение дозы курения и алкоголя с момента начала болей и др.);
- эмоциональные нарушения (депрессия, чувство бесполезности, раздражительность и др.);
- семейные и производственные факторы (конфликты, малообразованность, немеханизированный труд и др.);
- вопросы финансовой компенсации (страховки, больничные листы и др.);
- периоды нетрудоспособности из-за болей в спине в анамнезе.

Большинство структур суставного аппарата и позвоночного столба содержат нервные окончания. В нормальных условиях многие из них относятся к «спящим» рецепторам и становятся восприимчивыми только при интенсивной стимуляции с изменением порога чувствительности. Часть болевых рецепторов реагирует на один тип раздражителей, тогда как большинство из них может реагировать одновременно на разные – как внешние механические и термические болевые раздражители, так и химические, вырабатывающиеся в самом организме. Причиной боли в последнем случае нередко является воспаление, которое не только представляет собой периферический феномен, но и затрагивает центральную нервную систему. Это касается особенностей проявления гипералгезии в механизме комплексного ответа на боль с последующей ее хронизацией.

Целью терапии при острой боли, с одной стороны, является уменьшение выраженности боли и помощь пациенту в его скорейшем возвращении к активному образу жизни, с другой – предупреждение трансформации острой боли в хроническую. Основным методом лечения дорсалгии являются НПВП, назначаемые с 1-го дня заболевания. Диклофенак – один из наиболее часто используемых препаратов этой группы. Основным механизмом его обезболивающего действия, как и других НПВП, при системном и локальном применении является уменьшение выработки простагландинов за счет подавления активности циклооксигеназы. Максимальная концентрация в плазме достигается через 2-3 ч после приема стандартной дозы (100 мг).

Несмотря на достаточно высокую эффективность препаратов группы НПВП, широко используются адъювантные средства, позволяющие добиться обезболивающего

эффекта с применением меньших доз препаратов и, соответственно, меньшим риском развития побочных эффектов. Таким адъювантным средством могут быть витамины группы В, что обусловлено их активным участием в метаболизме нервной ткани.

По данным ряда независимых исследований, витамины группы В способствуют более быстрому регрессу БС. Прямое нейротропное и анальгезирующее действие витаминов группы В определяет целесообразность их назначения при БС. Так, витамин В₁ (тиамин) участвует в синтезе нейромедиаторов и улучшает проведение нервных импульсов, обеспечивает аксональный транспорт, определяющий регенерацию нервной ткани. Витамин В₆ (пиридоксин) включен в биосинтез белка, обеспечивающего синаптическую передачу, нормализует соотношение процессов возбуждения и торможения в ЦНС, способствуя поддержанию достаточного уровня микроциркуляции в тканях. Витамин В₁₂ (цианкобаламин), кроме участия в процессе кроветворения, блокирует синтез медиаторов воспаления и боли, усиливая эффект антиноцицептивной системы, в том числе благодаря улучшению обмена серотонина, а также способствует миелинизации нервных клеток.

При большинстве заболеваний целесообразно применение не одного витамина группы В, а их комплекса, так как именно в комплексе эти витамины потенцируют действие друг друга. Показано, что имеется синергический эффект диклофенака и витаминов группы В в отношении БС.

Следует отметить, что недавно были предложены концепция и термин «боль смешанной этиологии». Борьба с патогенетически смешанной ноцицептивной и нейропатической болью будет намного проще, если оптимизировать терапию так, чтобы она учитывала вовлечение этих разных механизмов в формирование боли. По-видимому, комбинированное лечение НПВП с витаминами группы В подтверждает это положение. Обезболивающий эффект НПВП направлен в основном против ноцицептивной/воспалительной боли, в то время как витамины группы В более склонны подавлять процессы, вовлеченные в нейропатическую боль. Поэтому с целью повышения эффективности терапии был создан комбинированный препарат Нейродикловит, в 1 капсуле которого содержится 50 мг диклофенака натрия, 50 мг тиамина гидрохлорида, 50 мг пиридоксина гидрохлорида и 0,25 мг цианкобаламина (рис.).

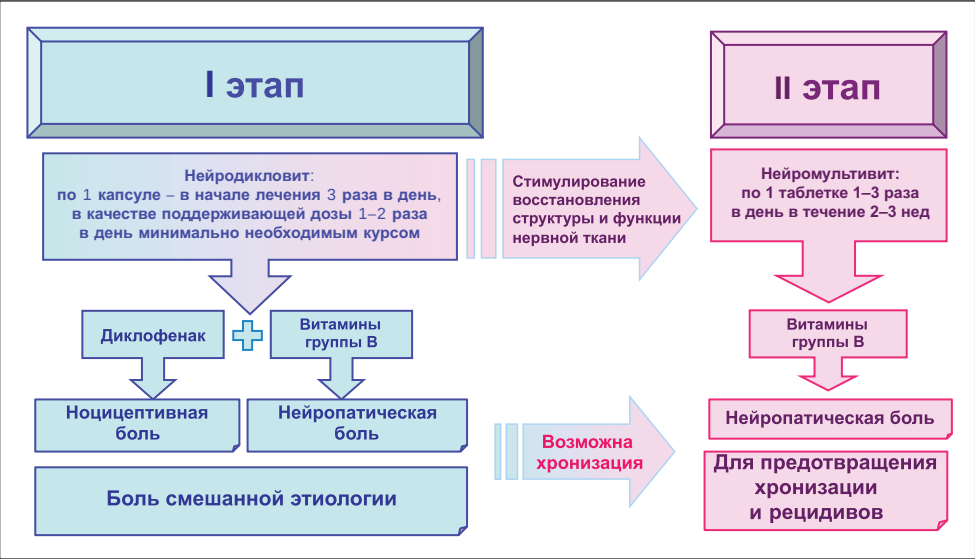


Рис. Схема двухэтапного подхода в терапии БНС

В ряде клинических исследований показаны эффективность и преимущество совместного назначения НПВП (диклофенак натрия) и витаминов группы В, используемых для лечения БС.

Проведено рандомизированное двойное слепое контролируемое клиническое исследование в параллельных группах по оценке влияния витаминов В₁, В₆ и В₁₂ на обезболивающую активность НПВП при лечении люмбаго. В исследование были включены 372 пациента, которых методом рандомизации разделили на 2 группы: 1-я – НПВП + витамины группы В (n=187) – получала 2 раза в день комбинированную терапию НПВП (диклофенак натрия – 50 мг, тиамин – 50 мг, пиридоксин – 50 мг, цианкобаламин – 1 мг), 2-я – НПВП (n=185) – только НПВП (диклофенак натрия – 50 мг). Период исследования составил 7 дней. Уменьшение выраженности БС отмечено на 3-й день: 46,5% в 1-й группе vs 29% – во 2-й. В 1-й группе наблюдались более выраженное уменьшение боли, увеличение мобильности в суставах позвоночника и общей функциональности пациентов. Комбинированное лечение НПВП и витаминами группы В обладает большей эффективностью, сокращая время терапии и, таким образом, потенциально снижает риск развития побочных эффектов.

На основании проведенного исследования авторы, принимая во внимание разные механизмы действия НПВП и витаминов группы В, пришли к выводу, что у большинства наблюдаемых ими пациентов БНС носила смешанный (ноцицептивный и нейропатический) характер. Результаты данного исследования убедительно продемонстрировали синергизм действия НПВП и витаминов группы В в лечении дорсалгии.

В исследовании Я.Б. Юдельсона и соавт. (2008 г.) дана оценка эффективности и безопасности применения у пациентов, страдающих дорсалгией, комбинированного препарата Нейродикловит, содержащего 50 мг диклофенака натрия, 50 мг тиамина гидрохлорида, 50 мг пиридоксина гидрохлорида и 0,25 мг цианкобаламина. Исследование включало 50 больных с верифицированным диагнозом «дорсалгия» (возраст – 46,3±1,7 года; длительность заболевания – 4,40±0,42 года; длительность последнего обострения – 27,60±3,74 дня). Критерии включения: соответствие диагнозу острой или обострение хронической дорсалгии, входящей в раздел M54 Международной классификации болезней 10-го пересмотра, интенсивность по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) 5 баллов и более. Препарат Нейродикловит назначался по 1 капсуле 2 раза в день в течение 14 дней. Динамика состояния оценивалась с использованием опросников, определяющих степень нарушения жизнедеятельности при БНС: Роланда-Морриса, ВАШ, Освестровского. На фоне проводимой терапии отмечено уменьшение интенсивности боли по ВАШ (6,8 балла до лечения vs 1,1 балла после) и по вербальной шкале (2,8 балла до лечения vs 0,84 балла после). Анализ результатов опросника

Продолжение на стр. 4.

О.А. Шавловская, д.м.н., ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Некоторые аспекты терапии дорсалгии

Продолжение. Начало на стр. 3.

Роланда-Морриса через 2 нед терапии показал достоверное улучшение показателей двигательной функции (ходьбы, способности к самообслуживанию, работе по дому). Положительная динамика показателей получена также при оценке жизнедеятельности по Освестровскому опроснику (с $27,50 \pm 1,60$ до $6,32 \pm 0,72$ балла). До начала применения препарата Нейродикловит у большинства пациентов имело место ограничение объема движений на 50–74%, после терапии оно восстановилось до индивидуальной нормы. Таким образом, анализ результатов применения Нейродикловита у 50 пациентов, страдающих дорсалгией, подтвердил благоприятный профиль эффективности и безопасности препарата, что позволяет рекомендовать его применение у данной категории больных.

В проспективном сравнительном рандомизированном открытом исследовании дана оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности препаратов Нейродикловит и диклофенак в амбулаторной неврологической практике у пациентов с острым БС на фоне грыжи межпозвонкового диска. В критерии включения входили в том числе наличие верифицированной грыжи межпозвонкового диска (компьютерная или магнитно-резонансная томография), длительность БС не более 5 дней, интенсивность боли по ВАШ — 7 баллов. В исследовании приняли участие 60 больных, разделенных на группы: 1-я (n=40; $54,2 \pm 1,2$ года) — получала Нейродикловит по 1 капсуле 2 раза в день в течение 14 дней; 2-я (n=20; $56,1 \pm 0,9$ года) — диклофенак по 50 мг 2 раза в день в течение 14 дней. Терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдали у 95% пациентов 1-й группы и в 80% — 2-й. Снижение среднего суммарного балла по ВАШ, отмечавшееся на 3-й день лечения, более выражено в 1-й группе ($4,7 \pm 0,27$), чем во 2-й ($6,1 \pm 0,4$). По результатам тестирования (шкала тревоги и депрессии Бека, ВАШ, шкала общего клинического впечатления — GQ, шкала самооценки функционального состояния — САН) и динамике неврологического статуса улучшение состояния отмечено через 3 дня лечения у 75% больных, которым назначали Нейродикловит, и у 65% — получавших диклофенак. Переносимость препаратов Нейродикловит и диклофенак была оценена как отличная в 87,5 и 80% случаев, хорошая — 5 и 0%, удовлетворительная — 7,5 и 20% соответственно. Безопасность и переносимость препарата Нейродикловит оказались выше, чем у диклофенака. Таким образом, Нейродикловит является эффективным средством лечения пациентов с острым БС, обусловленным дегенеративным поражением позвоночника. Рекомендовано применение Нейродикловита в качестве препарата первой очереди при лечении пациентов с острым БС, вызванным грыжей межпозвонкового диска, в частности при необходимости длительной терапии.

В другом исследовании проведена оценка эффективности препарата Нейродикловит у 24 больных анкилозирующим спондилоартритом (АС). Нейродикловит назначался по 1 капсуле 1 раз в день, при неэффективности через 3–4 дня его доза увеличивалась до 1 капсулы 2 раза в день. Продолжительность лечения составляла 14 дней. Динамику состояния оценивали по ВАШ, длительности утренней скованности (в минутах), степени активности (индекс BASDAI), функциональной способности (индекс BASFI), суммарному эффекту от терапии — в соответствии с градациями рабочей группы по изучению АС (ASAS). По всем исследуемым тестам получена достоверная положительная динамика. Таким образом, первый опыт применения препарата Нейродикловит у больных АС показал его клиническую эффективность при данном заболевании. Учитывая высокую частоту сенсорных нарушений у больных АС, авторы предположили, что сочетание диклофенака с витаминами группы В позволит предупреждать поражение периферической нервной системы у данной категории больных, а при его возникновении — своевременно корректировать.

И Главный принцип лечения боли в спине — рациональная полифармакотерапия, которая должна включать двухэтапный подход: в острый период купировать боль и воспаление, воздействуя на ноцицептивный механизм формирования боли, при помощи препарата Нейродикловит, далее применить Нейромультивит, используя нейротропный эффект витаминов группы В с целью предотвращения хронизации БС, воздействуя на нейропатический характер боли. Таким образом, следует подчеркнуть целесообразность назначения терапии комбинированными препаратами, действующими на оба компонента боли — ноцицептивный и нейропатический.

Основное фармакологическое действие препарата Нейромультивит определяется свойствами входящих в его состав витаминов — стимулирующим эффектом на метаболизм в ЦНС и регенерацию нервной ткани, анальгезирующим действием.

В экспериментальных исследованиях (сдавление дорзального ганглия, наложение лигатуры на седалищный нерв и спинальный корешок) показан обезболивающий эффект отдельных витаминов группы В и их комплексов при невропатической боли. Так, при сдавлении дорзального ганглия или наложении лигатуры на седалищный нерв интраперитонеально вводимые витамины В₁, В₆ и В₁₂ уменьшают температурную гипералгезию. Повторные введения витаминов В вызывают стойкое уменьшение температурной гипералгезии, а комбинация витаминов группы В оказывает синергетический эффект при обеих моделях невропатической боли. В эксперименте с тактильной аллодинией (лигатура, наложенная на спинальный корешок) показано, что витамины группы В (тиамин, пиридоксин, цианкобаламин) значительно уменьшают аллодинию. Одновременно введение тиамин или цианкобаламина с дексаметазоном значительно увеличивает антиаллодинический эффект. В другом исследовании с экспериментальной тактильной аллодинией подтверждено подавляющее невропатическую боль действие витамина В₁₂. В эксперименте (компрессия дорзального ганглия) показано, что тиамин проявляет дозозависимое уменьшение температурной гипералгезии и подавляет гипервозбудимость нейронов дорзального ганглия (преимущественно в нейронах малого размера).

В ряде проведенных исследований показана высокая эффективность комплекса витаминов группы В в терапии БС в качестве дополнительного средства при лечении вертеброгенного БС. Таким образом, поскольку БНС является многогранным синдромом, назначение только НПВП не обеспечивает достаточный обезболивающий эффект или может потребовать более длительного времени лечения, чтобы достичь желаемого результата. В то же время комбинация НПВП с витаминами группы В обладает большей эффективностью, сокращая время лечения и таким образом потенциально снижая риск развития побочных эффектов.

И Для профилактики хронизации БС возможно дальнейшее применение витаминов группы В — признанных нейротропных метаболических препаратов, обладающих воздействием на нейропатический компонент боли. Комбинированным препаратом, включающим нейротропные витамины группы В, является Нейромультивит. В состав препарата входят витамины: В₁ (тиамина гидрохлорид 100 мг), В₆ (пиридоксина гидрохлорид 200 мг), В₁₂ (цианкобаламин 200 мкг).

Список литературы находится в редакции.



Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

О.Я. Бабак, д.м.н., професор, Харківський національний медичний університет

Г.М. Бутенко, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Б.М. Венцківський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

Ю.В. Вороненко, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

С.І. Герасименко, д.м.н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Ф.С. Глумчер, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

І.І. Горпинченко, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології, головний сексопатолог МОЗ України

Ю.І. Губський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Д.І. Заболотний, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»

Д.Д. Іванов, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний дитячий нефролог МОЗ України

В.М. Коваленко, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

В.В. Корпачов, д.м.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

В.Г. Майданик, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

Б.М. Маньковський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний ендокринолог МОЗ України

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України

В.І. Паньків, д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

О.М. Пархоменко, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

Н.В. Пасечнікова, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»

В.В. Поворознюк, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу

Л.Г. Розенфельд, д.м.н., професор, академік НАМН України

С.С. Страфун, д.м.н., професор, головний ортопед-травматолог МОЗ України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

І.М. Трахтенберг, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

М.Д. Тронько, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Ю.І. Фещенко, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

П.Д. Фомін, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

Н.В. Харченко, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

В.І. Цимбалюк, д.м.н., професор, академік НАМН України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

В.П. Черних, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Ігор Іванченко	Свідоцтво КВ № 14866-3837Р від 15.01.2009 р.
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ	Людмила Жданова	Передплатний індекс 37633
ФІНАНСОВИЙ ДИРЕКТОР	Тетяна Черкасова	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко	Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
ШЕФ-РЕДАКТОР	Дмитро Молчанов	Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Станіслава Шапошнікова	Адреса для листів: вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035. E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Контактні телефони:
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич	Редакція 521-86-98, 521-86-97
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Ірина Назаренко	Відділ маркетингу..... 521-86-91, 521-86-86
	Ірина Сандул	Відділ передплати та розповсюдження 521-86-98
	Аліна Пасльон	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко	
ДИЗАЙНЕРИ	Олена Дудко	
	Максим Маліков	
	Ірина Лесько	
	Наталія Дехтяр	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Наталія Семенова	
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Юлія Башкірова	
	Інна Головка	
	Зоя Маймескул	
	Андрій Присяжнюк	
	Миролава Табачук	
АСИСТЕНТ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Яна Бойко	Газету віддруковано у ТОВ «Видавничий дім «Аванпост-Прим», м. Київ-35, вул. Сурикова, 3/3.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалан Крайчев	Підписано до друку 24.12.2014 р.
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Сергій Бадеха	Замовлення № Наклад 15 000 прим.