

# ібупрофен ГОФЕН 200 400

IBUPROFEN  
ClearCap  
Technology



«ДРУГЕ ДИХАННЯ» ІБУПРОФЕНУ



- ✓ **РІДКА ФОРМА ІБУПРОФЕНУ**  
Швидке знеболення  
(через 15 хвилин)<sup>1</sup>
- ✓ **СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ  
ВИРОБНИЦТВА**  
ClearCap Technology
- ✓ **ДОСТУПНА ВАРТІСТЬ<sup>2</sup>**

**MEGA**  
We care

<sup>2</sup> Рекомендована вартість Гофен 200 №10 – 33 грн., Гофен 400 №10 – 35 грн.

<sup>1</sup> — Schachtel BP, Thoden WR. Headache. 1998; 28(7):471-4.;

— Olson NZ., et al. Onset of analgesia for liquigel ibuprofen 400 mg, acetaminophen 1000 mg, ketoprofen 25 mg, and placebo in the treatment of postoperative dental pain. J Clin Pharmacol. 2001 Nov; 41(11):1238-47.;

— Packman B., et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. Headache. 2000 Jul-Aug; 40(7):561-7.

1 капсула м'яка містить: ібупрофену 200 мг або 400 мг; Показання для застосування. Симптоматичне лікування головного, зубного та менструального болю. Гарячка. Спосіб застосування та дози. Препарат рекомендований дорослим і дітям віком від 12 років: початкова доза становить 1-2 капсули м'які (200-400 мг), потім, при необхідності, – по 1-2 капсули м'які (200-400 мг) кожні 4-6 годин. Не приймати більше 6 капсул м'яких протягом 24 годин. Максимальна добова доза – 1200 мг. Капсули м'які, як правило, приймають під час вживання їжі, не розжовуючи, запиваючи водою. Упаковка. По 10 капсул у блистері, по 1 блистеру у картонному конверті. По 6 картонних конвертів у картонній упаковці.

Реклама лікарського засобу. Інформація призначена для медичних установ та медичних або фармацевтичних працівників. ТОВ «Мега Лайфсайнс». РП.: Наказ МОЗ України №460 від 03.07.2014 №UA/13624/01/01 та UA/13624/01/02. Зміни внесені: Наказ МОЗ України 25.12.2014 №1006.



# Современные аспекты диагностики и лечения первичных головных болей



**Головные боли (ГБ), или цефалгии, входят в число самых распространенных расстройств нервной системы и встречаются у людей независимо от возраста, социального положения и места жительства. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность ГБ среди людей в возрасте от 18 до 65 лет (с клиническими проявлениями по меньшей мере 1 раз на протяжении последнего года) составляет около 50%. При этом 1,7-4% взрослого населения страдает от ГБ, продолжающейся 15 и более дней ежемесячно. В то же время во всем мире ГБ недооценивается, не распознается и не лечится в надлежащих масштабах (ВОЗ, 2016).**

## Клиническое интервью

Как известно, наиболее часто встречаются четыре типа ГБ (мигрень, ГБ напряжения – ГБН, пучковая (кластерная) ГБ, ГБ при избыточном применении лекарственных препаратов – лекарственно-индуцированная, или абзусная, ГБ), каждая из которых имеет нейробиологическую основу.

Все эти цефалгии в той или иной мере вызывают дезадаптацию пациентов и снижают качество жизни. При этом у одного пациента может быть несколько типов ГБ. Существует большое количество вторичных ГБ, некоторые из которых представляют серьезную опасность. В то же время в целом частота вторичных форм среди пациентов с жалобами на цефалгии не превышает 1%.

Согласно Европейским принципам ведения пациентов с наиболее распространенными формами ГБ, ключевым методом в диагностике первичных ГБ является анализ результатов клинического интервью, которое предполагает детальный респонс пациента (табл. 1) (T.J. Steiner et al., 2007).

Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы или течение), а также наличие «сигналов опасности» (табл. 2) являются показаниями для проведения дополнительных исследований.

Помимо этого, показаниями к углубленным исследованиям являются внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ; наличие изменений в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения; присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии), а также вновь возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе.

## Динамическое наблюдение: диагностические дневники и календари

Когда серьезные причины ГБ исключены, следует попросить пациента в течение нескольких недель вести дневник ГБ. В дальнейшем его использование может предоставить

важную информацию, упущенную при первичной консультации, что позволит избежать диагностических ошибок. Кроме того, каждый пациент, которому было назначено лечение (либо схема лечения была изменена), также нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии.

Дневники хорошо зарекомендовали себя при ведении как взрослых пациентов, так и детей (H.H. Choon, W.S. Chan, 2014). Ведение дневника рекомендуется для: записи симптомов, их интенсивности, а также временных параметров, позволяющих правильно поставить диагноз; оценки приема лекарственных средств и выявления возможного злоупотребления препаратами; анализа взаимосвязи ГБ с менструальным циклом и другими провоцирующими факторами. В свою очередь, диагностические календари рекомендуются использовать для того, чтобы пациент видел положительные обнадеживающие результаты профилактического лечения; мониторинга приема препаратов, а также оценки эффективности лечения (T.J. Steiner et al., 2007).

Предполагается, что в ближайшем будущем полезным инструментом в клинических исследованиях терапии ГБ станут электронные дневники, которые будут работать практически на любом устройстве с подключением к сети Интернет.

Оценка электронного дневника, разработанного для измерения ГБ, триггеров и применения лекарственных средств с точки зрения надежности и достоверности, а также таких аспектов, как простота использования и приверженность пациентов к ведению, была проведена в Университете Гриффит (Австралия). Было обнаружено, что пять исходных показателей (частота ГБ, пиковая интенсивность, средняя интенсивность, продолжительность и использование медикаментов) имеют достоверную надежность тестирования для всех трех типов дневников (полной и сокращенной «бумажной» версии дневника, а также электронного варианта). При этом участники продемонстрировали большую приверженность к ведению электронного дневника по сравнению с его традиционными аналогами (S. Bandarian-Balooch et al., 2017).

Таблица 1. Вопросы пациенту с ГБ

Временные аспекты	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Что заставило пациента обратиться к врачу именно сейчас?</li> <li>• Как давно началась ГБ?</li> <li>• Как часто возникает ГБ и какое она имеет распределение по времени (эпизодическая/ежедневная/постоянная)?</li> <li>• Какова продолжительность ГБ?</li> </ul>
Характер ГБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Какова интенсивность ГБ? (можно использовать 10-бальную визуальную аналоговую шкалу боли)</li> <li>• Локализация и распространение ГБ</li> <li>• Сопутствующие симптомы</li> </ul>
Причина ГБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы</li> <li>• Факторы, усиливающие и/или уменьшающие ГБ</li> <li>• Наследственный анамнез</li> </ul>
Лечение ГБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Каково поведение пациента во время приступа?</li> <li>• Насколько сильно ограничена или затруднена повседневная активность в связи с ГБ?</li> <li>• Какие лекарственные препараты использовались ранее, а также применяются в настоящее время (путь введения, терапевтическая эффективность)?</li> </ul>
Состояние здоровья в межприступный период	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самочувствие полностью нормальное / имеются резидуальные либо стойко сохраняющиеся симптомы между приступами</li> <li>• Существует ли страх повторения приступов или страх, ассоциированный с причинами ГБ?</li> </ul>

Таблица 2. «Сигналы опасности» при ГБ

«Сигнал»	«Опасность»
Громоподобная ГБ (интенсивная ГБ с «взрывоподобным» или внезапным началом)	Характерна для субарахноидального кровоизлияния
ГБ с атипичной аурой (длительность >1 ч или с двигательной слабостью)	Характерна для транзиторной ишемической атаки (ТИА) или инсульта
Аура (неврологическая симптоматика) без ГБ и без мигрени с аурой в анамнезе	Может быть симптомом ТИА или инсульта
Аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы	Может указывать на риск возникновения инсульта
Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет	Может быть проявлением височного артериита или внутричерепной опухоли
ГБ у детей в препубертатном периоде	Может быть проявлением внутричерепной опухоли
Нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более	
ГБ, усиливающаяся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание)	

## Медикаментозная терапия Мигрень

В соответствии с Европейскими принципами ведения пациентов с наиболее распространенными формами ГБ в общей практике, у всех пациентов с мигренью должен быть применен ступенчатый подход, который предполагает купирование трех приступов на каждом этапе, прежде чем пациент перейдет на следующую ступень. Подчеркивается, что правильное использование данной стратегии позволяет добиться наиболее эффективной терапии, оптимальной по цене. Первый этап подразумевает симптоматическое лечение простыми анальгетиками, а также использование противорвотных средств (при необходимости), тогда как второй этап – это специфическая терапия противомигренозными препаратами.

**Что касается симптоматических средств, то препаратами выбора являются ацетилсалициловая кислота (АСК) 900-1000 мг (только для взрослых), ибупрофен 400-800 мг, диклофенак 50-100 мг, напроксен 500-1000 мг. Следует отметить, что доказательная база для парацетамола ограничена, поэтому он не должен быть препаратом первого выбора (T.J. Steiner et al., 2007).**

Согласно обновленным результатам оценки доказательств эффективности фармакотерапии острых приступов мигрени, представленных Американским обществом ГБ, эффективные лекарственные средства включают нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП (АСК, ибупрофен, диклофенак, напроксен), ацетаминофен (парацетамол), опиоиды (буторололановый назальный спрей), суматриптан/напроксен и комбинацию ацетаминофена/АСК/кофеина (уровень доказательств А). В свою очередь, вероятно эффективны кетопрофен, внутривенный и внутримышечный кеторолак, флурбипрофен, внутривенный магний (при мигрени с аурой) и комбинация изометептен-соединений, кодеин/ацетаминофен и трамадол/ацетаминофен (уровень доказательств В). Недостаточные доказательства получены для комбинаций буталбитала, феназона, внутривенного введения трамадола, метадона, буторфанола или меперидина, интраназального лидокаина и кортикостероидов, включая дексаметазон (уровень доказательств С). Также недостаточно доказательств, подтверждающих эффективность кеторолакового назального спрея, внутривенного введения ацетаминофена, инъекции хлорпромазина и внутривенного гранисетрона (уровень доказательств С). При этом подчеркивается необходимость оценки потенциальных побочных эффектов лекарственных средств для купирования острого приступа мигрени. В частности, несмотря на то что буторфанол, кодеин/ацетаминофен и трамадол/ацетаминофен вероятно эффективны, они не рекомендуются для регулярного использования (M.J. Martura, et al., 2015).

**У детей симптоматическая терапия мигрени предусматривает использование ибупрофена в дозировке 200 или 400 мг (в зависимости от возраста и веса ребенка), а также противорвотное средство (при необходимости). Также ибупрофен может быть эффективной альтернативой специфическим противомигренозным средствам при рецидивах мигрени (T.J. Steiner et al., 2007).**

Результаты оценки эффективности ибупрофена в терапии острой мигрени у детей в возрасте младше 18 лет приведены в обзоре ученых Калифорнийского университета (США), включившем данные 31 исследования (в том числе 17 рандомизированных контролируемых испытаний), представленных в базах данных Scopus, Medline и PubMed. Было показано, что эффективным средством симптоматической терапии мигрени является ибупрофен, тогда как парацетамол менее эффективен. Ибупрофен, прохлорперазин и некоторые триптаны признаны наиболее эффективными и безопасными препаратами для острого лечения мигрени и других доброкачественных ГБ в педиатрической практике (I.R. Patniyot, A.A. Gelfand, 2016).

## Головная боль напряжения

Лекарственная терапия при ГБН имеет ограниченные возможности, однако у многих пациентов может быть эффективной. При этом могут быть использованы средства как для купирования ГБ, так и для ее профилактики. Препараты для купирования приступов должны применяться с осторожностью, поскольку при большой частоте болевых эпизодов существует риск развития абзусной ГБ. Симптоматическое лечение безрецептурными анальгетиками может применяться у пациентов с эпизодической ГБН при частоте болевых эпизодов ≤2 раз в неделю и включать АСК 600-1000 мг (только взрослым) или ибупрофен 400-800 мг. Менее эффективным средством признан парацетамол 1000 мг (T.J. Steiner et al., 2007).

**Следует отметить, что НПВП традиционно рассматриваются как средства выбора для купирования эпизодов ГБН, поскольку они подавляют активность провоспалительных пептидов, ответственных за механизмы генерации боли. При этом ибупрофен является наиболее изученным средством для симптоматического лечения ГБН среди представителей своего класса. По основным показателям эффективности он достоверно превосходит как плацебо, так и парацетамол (Г.Р. Табеева, 2015; S. Derry, 2015).**

Установлено, что ибупрофен предпочтительнее парацетамола при острых приступах ГБН у подростков. Результаты ретроспективного многоцентрового исследования эффективности и переносимости фармакологического и нефармакологического лечения у детей и подростков с первичными ГБ свидетельствуют о том, что НПВП, особенно ибупрофен, должны быть предпочтительнее ацетаминофена (парацетамола) при острых приступах мигрени или ГБН, поскольку они более эффективны и хорошо переносятся (I. Toldo, 2017).

Как известно, различные формы выпуска ибупрофена характеризуются разной фармакокинетикой, что не может не влиять на скорость и длительность действия, а также на выраженность эффекта лекарственного средства. В частности, жидкий ибупрофен в капсулах обеспечивает более быстрое всасывание и более высокую концентрацию в сыворотке крови по сравнению с таблетированными аналогами (T. Schettler et al., 2001).

**На украинском фармацевтическом рынке инновационным препаратом ибупрофена для симптоматического лечения ГБ является Гофен («Мега Лайфсайтеиз»). Гофен представляет собой инновационный жидкий ибупрофен в мягкожелатиновых капсулах 200 и 400 мг, который производится с использованием современной фармацевтической технологии ClearCap Technology. Он содержит солибутированную форму ибупрофена, обеспечивающую значительное повышение биодоступности.**

Установлено, что мягкожелатиновые капсулы Гофен и референтный препарат ибупрофена являются биоэквивалентными (P. Bramlage, A. Goldis, 2008). При этом сывороточный уровень ибупрофена коррелирует с клиническим анальгетическим ответом: достижение большей концентрации ибупрофена обеспечивает более высокую анальгетическую активность.

Таким образом, современная технология производства решает проблемы, связанные с фармакокинетическими свойствами препарата ибупрофена и помогает ему действовать гораздо быстрее и эффективнее. Это обеспечивает такие преимущества Гофена, как более быстрая абсорбция, быстрый обезболивающий эффект, меньший риск развития побочных эффектов, а также удобство применения.

Подготовила **Александра Демецкая**

