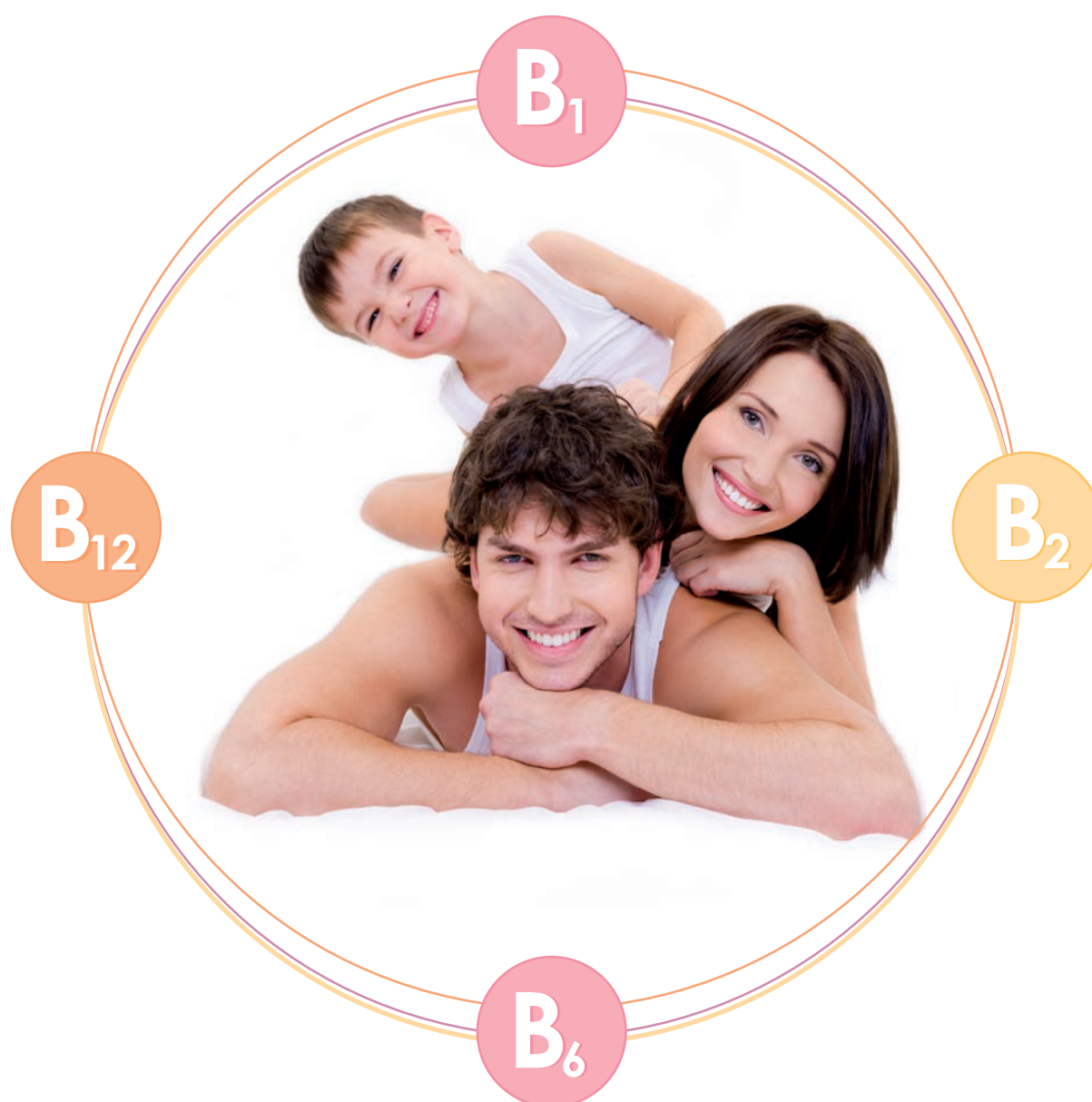




НЕЙРОВІТАН®

Вітаміни спеціально для нервів



- Ефективна терапія та профілактика неврологічних розладів при цукровому діабеті та дисфункції щитоподібної залози¹
- Еволюційно обґрунтований шлях надходження вітамінів в організм пацієнта на відміну від ін'єкційного введення²

Для Вашого пацієнта з полінейропатією



4 таблетки на добу протягом 4 тижнів 2 рази на рік

1 - Кравчук Н.А., Землянична О.В., Козаков А.В. Применение препарата Нейровитан для лечения полинейропатий при эндокринных заболеваниях. Методические рекомендации. – Киев – Харьков, 2004.

2 - Винчук С.М., Уніч П.П., Ілляш Т.І., Рогоза С.В. Вертеброгенні больові синдроми попереково-крижового відділу хребта та їх лікування з використанням вітамінів групи В // Новости медицины и фармации. — 2008. — №16. — С. 18–20.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Нейровітан.

Склад: 1 таблетка містить октотіаміну 25 мг, рибофлавіну 2,5 мг, піридоксину гідрохлориду 40 мг, ціанокобаламіну 0,25 мг. Фармакотерапевтична група. Комплекси вітамінів групи В без добавок. Код АТС А11Е А. Показання для застосування. Лікування захворювань нервової системи: неврити, поліневрити, діабетичні неврити, невралгія, ішіалгія, міжреберна невралгія, невралгія трійчастого нерва, парестезія, периферичні нейропаралічі, параліч лицьового нерва, люмбаго, артралгія та міалгія. Спосіб застосування та дози. Застосовують внутрішньо дорослим і дітям старше 3 років. Дорослим та дітям старше 14 років призначають від 1 до 4 таблеток на добу. Дітям віком 3 - 7 років призначають 1 таблетку на добу, віком 8 - 14 років - від 1 до 3 таблеток на добу. Вагітним призначають 1 таблетку на добу. В післяпологовий період, період годування груддю - від 1 до 2 таблеток на добу. Курс лікування - 2 - 4 тижні. Побічні ефекти. Дуже рідко. Загальні розлади: слабкість, підвищення температури, підвищена пітливість. Кардіальні порушення: тахікардія. Судинні розлади: артеріальна гіпотензія/гіпертензія, відчуття жару. З боку імунної системи: алергічні реакції, анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, анафілаксія, шкірні прояви, у тому числі свербіж, висип, кропив'янка, гіперемія, печіння. Шлунково-кишкові розлади: диспептичні розлади (біль в епігастральній ділянці, підвищення кислотності шлункового соку, печія, нудота, блювання, відрижка, відчуття переповнення шлунка, здуття, метеоризм, діарея), сухість у роті. Порушення з боку органів зору: відчуття свербежу і печіння в очах. 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.

Р.п.: №UA/7433/01/01 від 18.01.2013.



З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

Нейровитан® как важный компонент терапии диабетической нейропатии

Диабетическая нейропатия является одним из наиболее распространенных и значительных осложнений при сахарном диабете (СД) как 1, так и 2 типа. Частота выявления диабетической нейропатии при клиническом обследовании по поводу СД составляет около 50% (P.J. Dyck и соавт., 1992, 1995). В данном обзоре будут рассмотрены патогенез и клиническая картина этого заболевания, а также приведены возможности терапии, эффективным вариантом которой является применение препарата Нейровитан®.

Как правило, диабетическая нейропатия возникает вследствие гипергликемии, приводящей к изменениям метаболизма глюкозы в нервных клетках и сосудах, питающих нервное волокно. В результате разносторонних метаболических нарушений из-за накопления промежуточных продуктов окисления глюкозы и фруктозы происходит альтерация нейронов. Гипергликемия также приводит к нарушению функции антиоксидантной системы, что ведет к накоплению свободных радикалов, усугубляя микроангиопатию, и, как следствие, вызывает гипоксию нервной ткани с выраженным отеком.

Кроме того, нарушения углеводного обмена при диабете приводят к микроангиопатиям (нарушениям целостности стенки сосудов гемомикроциркуляторного русла) из-за накопления недоокисленных продуктов обмена и ингибирования синтеза простагличина и эндотелиального релаксирующего фактора (NO), который при избыточной концентрации не выполняет свою функцию, а может способствовать повреждению тканей. Эти явления приводят к ишемии сосудов, вследствие чего нарушается кровоснабжение нервной ткани.

Гликозилирование миелина также является значительным метаболическим нарушением при диабетической нейропатии и приводит к демиелинизации нервных волокон, что обуславливает замедление или нарушение проведения нервных импульсов.

Одним из звеньев патогенеза является образование аутоиммунных комплексов, приводящих к поражению нервной ткани.

Существует также теория, согласно которой развитие диабетической нейропатии может быть вызвано модифицированным геном, обуславливающим большую чувствительность нейронов к повышенной концентрации глюкозы. В результате часть аксонов и дендритов атрофируется и нарушается синаптическая передача. Кроме того, нарушение проводимости и рассеивание импульса часто обусловлено разрушением миелиновой оболочки отростков.

К факторам риска развития диабетической нейропатии относятся:

- длительное течение СД;
- пожилой возраст пациента;
- артериальная гипертензия;
- преморбидное и морбидное ожирение;
- злоупотребление алкоголем и курение.

Для диагностики нейропатий используют как общеизвестные опросники и шкалы (Мичиганская шкала неврологических симптомов — The Michigan Neuropathy Screening Instrument, MNSI, шкала неврологических симптомов — Neurological Symptoms Score, NSS, общая шкала неврологических симптомов — Total Symptoms Score, TSS), так и осмотр, определение вибрационной, тактильной, температурной, болевой чувствительности.

Согласно Международному руководству по амбулаторному ведению диабетической периферической нейропатии (1995) выделяют 4 вида нейропатий с различной локализацией поражения и симптоматикой.

Периферическая нейропатия (полинейропатия) — наиболее распространенный вид нейропатий, который характеризуется поражением нервных волокон конечностей (преимущественно нижних).

Пациенты отмечают боль и жжение в ногах, чаще по ночам, ощущение ползания мурашек, беспричинного жара или холода в нижних конечностях. У некоторых больных возникает сильная боль при прикосновении. В отдельных случаях встречаются деформации мышц пораженной конечности, вплоть до атрофии. Как правило, раны у больных периферической нейропатией характеризуются особой болезненностью и длительным заживлением.

В зависимости от вида пораженного нервного волокна полинейропатия может быть сенсорной, моторной и сенсомоторной. При сенсорной нейропатии у больных отмечаются гипер- и парестезии, в некоторых случаях полная потеря чувствительности. В случае моторной нейропатии нарушены устойчивость при ходьбе, координация движений, подвижность суставов. У пациентов с сенсомоторной нейропатией присутствуют как симптомы нарушения чувствительности, так и нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата.

При автономной (вегетативной, висцеральной) нейропатии отмечается нарушение вегетативной иннервации большинства внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочеполовой системы, кожи).

В случае поражения вегетативных волокон сердца и сосудов у пациентов наблюдаются головокружение, потеря сознания, увеличение частоты сердечных сокращений, в тяжелых случаях — стенокардия.

При поражении пищеварительной системы у больных возникает тошнота, изжога, тяжесть в желудке, метеоризм, диарея, запор (независимо от количества и качества принятой пищи).

Если поражаются вегетативные волокна, иннервирующие мочевыделительную систему, пациенты предъявляют жалобы на редкое либо частое непроизвольное мочеиспускание. В тяжелых случаях наблюдается парез мочевого пузыря.

При нарушении иннервации половой системы вследствие автономной нейропатии у мужчин отмечается эректильная дисфункция (при сохранении либидо). У женщин снижается выделение вагинального секрета и, как следствие, возникают сухость во влагалище и снижение возбуждения.

Если же очаг поражения находится в кожных покровах, пациенты жалуются на обильное потоотделение либо же на его отсутствие и значительную сухость кожи.

При нарушении иннервации мышц, регулирующих диаметр зрачка, нарушается световая адаптация в темное время суток.

Мононейропатией (очаговой, фокальной нейропатией) называют изолированное повреждение нервного волокна проводящих путей.

Симптоматика проявляется в зависимости от локализации поражения. Чаще всего пациенты жалуются на слабость и нарушение движения в определенной части конечности (например, запястье или ступне). Также часто поражаются нервы, иннервирующие мышцы глазного яблока, вследствие чего могут возникать боль при движении глаз, а также двоение в глазах.

Центральная нейропатия — поражение волокон проводящих путей в центральной нервной системе (ЦНС) (головном и спинном мозге).

В этом случае ухудшается концентрация внимания, координация движений. Заболевание нередко влечет за собой поражение коры головного мозга, что клинически проявляется энцефалопатией.

При всех видах нейропатий в случае отсутствия надлежащей терапии прогрессирование заболевания может привести к полной атрофии пораженного волокна. Поэтому при условии своевременного и грамотного лечения состояние больных значительно улучшается, а также существенно снижается риск последующей инвалидизации или летального исхода вследствие СД.

Одним из важных направлений терапии является снижение уровня глюкозы в крови и поддержание его на стабильном уровне, что достигается инсулином либо его аналогами в случае СД 1 типа, либо препаратами,

повышающими чувствительность β -клеток поджелудочной железы к инсулину при СД 2 типа. Также в случаях тяжелых нарушений моторной функции либо функции ЦНС показана симптоматическая терапия: применение антиконвульсантов, трициклических антидепрессантов; при выраженном отеке нервов и воспалительной реакции — нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и анестетиков. Важную роль в коррекции диабетической нейропатии играет рациональное питание с тщательно подобраным индивидуально соотношением белков, жиров, углеводов, а также макро- и микроэлементов.

Однако в большинстве случаев для полного устранения диабетической нейропатии и дальнейшей профилактики ее развития симптоматической терапии и адекватной диеты недостаточно. Наряду с препаратами α -липоевой (тиоктовой) кислоты (мощным антиоксидантом, предотвращающим повреждение нервной ткани свободными радикалами и промежуточными продуктами окисления углеводов) в публикациях различных авторов (И.В. Щербак, 2012; В.В. Черникова и соавт., 2011; Н.В. Лукаш и соавт., 2006; О.Р. Галиева и соавт., 2008; О.Г. Морозова, 2009) настоятельно рекомендуются комплексные препараты витаминов группы В («нейротропных» витаминов), участвующих в основных процессах энергообеспечения нервной ткани.

Каждый из витаминов этой группы играет важнейшую роль в нормальном функционировании нервного волокна. Так, согласно исследованию В.С. Вернигородского и соавт. (2011) витамин В₁ (тиамин) ингибирует процесс гликозилирования белков и жиров, предотвращая тем самым развитие микроангиопатии, а также проявляет выраженную антихолинэстеразную активность, что способствует улучшению синаптической передачи. В клинической практике получила распространение комбинированная жирорастворимая форма тиамина с тиоктовой кислотой (октотиамином), которая быстрее включается в метаболизм, обеспечивает полное всасывание и своевременное высвобождение тиамина.

Витамин В₂ (рибофлавин) является одним из мощных антиоксидантов и коферментов тканевого дыхания.

Витамин В₆ (пиридоксин) необходим для синтеза миелиновой оболочки периферических нервов, а также нейромедиаторов (гистамина, серотонина).

Витамин В₁₂ (цианокобаламин) предотвращает аномальные изменения при дегенерации нервных клеток, оказывая репаративное действие и способствуя уничтожению патологических аутоиммунных комплексов путем усиления фагоцитарной активности.

Таким образом, наличие необходимости применения витаминов группы В как в неврологической практике в целом, так и при диабетической нейропатии.

В последнем случае витамины данной группы показаны даже при отсутствии у пациента выраженного гиповитаминоза. В. Парентеральный путь введения витаминов не всегда удобен, пероральное применение каждого из этих витаминов по отдельности значительно снижает их совокупную эффективность, а одновременный прием отдельных витаминов *per os* может быть, как указывает И.В. Щербак (2012), не только неэффективен, но и вызывать побочные эффекты (витамин В₁ разрушается под воздействием витамина В₁₂, а за счет витамина В₆ аллергические свойства витамина В₁ становятся более выраженными).

Оптимальным решением для витаминотерапии при диабетической нейропатии является препарат Нейровитан® — поливитаминный комплекс витаминов группы В и тиоктовой кислоты.

Витамины группы В содержатся в этом препарате в микрогранулах, что обеспечивает последовательное всасывание препарата и препятствует взаимодействию витаминов. Тиамин в совокупности с тиоктовой кислотой образуют жирорастворимый комплекс — октотиамин, который обеспечивает более длительное и эффективное действие, чем тиамин, а также более устойчив к кислой среде (С.М. Виничук и соавт., 2007; Э.В. Супрун и соавт., 2008; Н.В. Нагорная и соавт. 2009; Л.Г. Кириллова, 2010). Помимо указанной выше антиоксидантной активности тиоктовая кислота способствует усилению эндоневрального кровотока, регулирует содержание эндотелиального фактора NO, тем самым улучшая способность эндотелия к релаксации; способствует снижению уровня общего холестерина, тем самым в совокупности предотвращая прогрессирование микроангиопатии (О.Р. Галиева и соавт., 2008).

Нейровитан® является проверенным препаратом для лечения различных неврологических и сопутствующих заболеваний, показавшим свою эффективность как в исследованиях, так и в клинической практике.

Г.Д. Фадеенко (2001) и И.Б. Щербак (2012) указывают на исследования, проведенные на базе научных центров США и Японии, в которых была доказана эффективность и безопасность препарата Нейровитан® для лечения расстройств центральной и периферической нервной системы и заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ (нарушениях функций печени, заболеваниях кожи и волос).

Многочисленные авторы (Н.В. Лукаш и соавт., 2002; Н.О. Кравчун и соавт., 2004; В.В. Черникова и соавт., 2011; И.Б. Щербак, 2012) относят Нейровитан® к ведущим препаратам в лечении диабетической нейропатии.

Исследование Н.В. Лукаш и соавт. (2006) показало эффективность препарата Нейровитан® при лечении сопутствующих СД периферической и висцеральной нейропатии. Так, после 15-30-дневного курса лечения препаратом Нейровитан® положительный эффект наблюдался у 40 (95,2%) пациентов с периферической формой и у 24 (57,1%) больных с висцеральной формой нейропатии. В данном исследовании ни у одного из пациентов не были обнаружены побочные эффекты.

В более позднем исследовании В.В. Черниковой и соавт. (2011) были охвачены 72 пациента различных возрастов (от 25 до 76 лет), у которых был диагностирован СД и сопутствующая ему диабетическая нейропатия. Длительность заболевания в среднем составляла 8,5 года (от 3 до 19 лет). У большинства пациентов наблюдалось значительное улучшение клинических данных при применении препарата Нейровитан®, преимуществ парентерального введения витаминов группы В по сравнению с пероральным применением данного препарата выявлено не было. Кроме того, авторы исследования отметили безопасность препарата в терапевтических дозах.

Таким образом, поливитаминный препарат Нейровитан®, содержащий комплекс витаминов группы В и тиоктовой кислоты, рекомендован большим количеством специалистов в области диабетологии и неврологии как необходимая часть комплексной терапии при диабетической нейропатии. Эффективность и безопасность препарата, а также практически полное отсутствие побочных эффектов при применении в терапевтических дозах доказана многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями. Препарат удобен для пациента, так как принимается перорально, не уступая при этом по эффективности парентеральным формам витаминов группы В. Нейровитан® долгое время успешно используется в клинической практике в странах Европы и Ближнего Востока, значительно улучшая состояние пациентов с диабетической нейропатией и предотвращая развитие дальнейших осложнений при СД.

Подготовил Роман Долинский

