

РІЗОПТАН®

ризатриптан

- Швидко та ефективно позбавляє від нападу мігрені¹⁻³
- Доведена біоеквівалентність оригінальному ризатриптану⁴
- Один з найдоступніших за ціною ризатриптанів в Україні⁵



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату РІЗОПТАН®. Діюча речовина: ризатриптан;
¹ Таблетка містить ризатриптану біоеквіваленту 14,53 мг у перерахуванні на ризатриптан 10 мг. **Лікарська форма.** Таблетки.
Фармакотерапевтична група. Засоби, що застосовуються при мігрени. Селективні агоністи 5-HT₁-рецепторів серотоніну.
 Ризатриптан. Код АТХ N02CB04. **Фармакологічні властивості.** Ризатриптан селективно і високою афінітністю зв'язується з рецепторами людини 5-HT_{1B}/5-HT_{1D}. Терапевтична активність ризатриптану при лікуванні мігренового головного болю може бути пояснена його агоністичним впливом на рецептори 5-HT_{1B} та 5-HT_{1D} екстрацеребральних інтракраніальних кровоносних судин, які, як вважається, розширюються під час нападу, і трихасних сенсорних нервів, які іннервують їх. Активність рецепторів 5-HT_{1B} та 5-HT_{1D} може впливати на збудження інтракраніальних кровоносних судин, які викликають біль, і інгибування вивільнення норадреналіну, що веде до зменшення запалення чутливих тканин і зменшення передачі центрального тригемінального болювого сигналу. **Показання.** Невідкладна терапія фази головного болю при нападах мігрени, з аури або без. **Протипоказання.** Гіперчутливість до ризатриптану або будь-якої допоміжної речовини. Одночасне застосування з інгібіторами моноаміноксидаз (ІМАО) або застосування протягом двох тижнів з моменту припинення лікування інгібіторами ІМАО. Точка печінки або тяжка ниркова недостатність. Підвищення мозкового кровотоку або транзиторна ішемічна атака в анамнезі. Помірна або тяжка артеріальна гіпертензія, а також невідома легка артеріальна гіпертензія. Встановлена хвороба коронарних артерій, у тому числі ішемічна хвороба серця (стенокардія, інфаркт міокарда в анамнезі) або зафіксована безсимптомна ішемія), ознаки та симптоми ішемічної хвороби серця або стенокардії. Призначення. Забороняють периферичних кровоносних судин. Одночасне застосування ризатриптану і ерготаміну, похідних алкалоїдів ріжків (включачи метисергид) або інших агоністів рецептора 5-HT_{1B/1D}. **Побічні реакції.** Безсимптомно, запаморочення, сонливість, парестезія, головний біль, гіпестезія, зменшення розумової активності, судоми, набуття, припинення, дискомфорт у глотці, нудота, сухість у роті, блювання, діарея, диспепсія, почервоніння, відчуття тяжкості, астеної/втоми, біль у животі або грудях (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** НР/А/15160/01/01, Наказ МОЗ України від 18.05.2016 №453. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар І. Лєссе, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Acino (Швейцарія). **Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.**
 1. Miguel J. Aláinez. Rizatriptan in the treatment of migraine. *Neurologist* 2006 Sep; 2(3): 247-259. 2. Becker WJ. Acute Migraine Treatment in Adults. *Headache*. 2015 Jun;55(6):778-93. 3. Evers S, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology* 2009; 16: 968-981. 4. Bioequivalence Study code: RIZ-15-2015-06. Clin. Report Jun. 2015, Summary 46 p. 5. Тижневик «Аптека», www.apтека.ua

Швейцарська якість, українська ціна

ТОВ Фарма Старт | бульвар Івана Лєссе, 8 | Київ | 03124 | Україна
 Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua



Современные подходы к лечению боли



28 сентября 2016 года, в рамках научно-образовательного проекта «NEUROSTUDIES», созданного для улучшения образования специалистов в области клинических нейронаук, при поддержке медицинского центра «Универсальная клиника «Оберіг» и ГО «Украинская ассоциация борьбы с инсультом», прошло заседание «Современные подходы к лечению боли». Лекторами научного форума выступили ведущие специалисты клиники «Оберіг», а также известные зарубежные эксперты. Особое внимание было уделено аспектам диагностики и терапии мигрени и боли в нижней части спины.



Українська Асоціація Боротьби з Інсультом

Директор Центра головной боли, Институт неврологии и нейрохирургии (г. Кишинев, Молдова), доктор медицинских наук, профессор Стелла Одобеску рассказала о принципах диагностики и эффективном лечении мигрени.



Мигренью страдает до 22% населения. Для постановки диагноза «мигрень» в анамнезе должно быть не менее 5 приступов головной боли (ГБ) продолжительностью от 4 до 72 часов (у детей от 1 часа). Болевой синдром должен соответствовать как минимум двум из четырех характеристик: боль односторонняя, имеет пульсирующий характер, интенсивность боли от средней до интенсивной, ГБ усугубляется физической нагрузкой. Боль при мигрени сопровождается одним из симптомов – тошнота и/или рвота; фоно- и фотофобия.

Кроме того, выделяют ряд дополнительных признаков мигрени. Сюда относят: чередование сторон ГБ, типичные триггеры или провоцирующие факторы (стресс, гормональные факторы, зрительная либо физическая нагрузка, смена погоды, алкоголь, содержащие тирамин продукты, много или мало сна и др.), наследственный характер боли (в 60–75% случаев), зависимость от менструации (в 50% случаев), ремиссия во время беременности (до 80% случаев), мигренозная аура (в 10–20% случаев).

В лечении мигрени целесообразно применять комбинированный подход, включающий abortивную и профилактическую терапию. Abortивная терапия проводится с целью купировать боль, уменьшить нетрудоспособность пациента, приостановить прогрессирование мигренозного приступа. Задача профилактического лечения – уменьшить частоту, длительность и интенсивность мигренозной атаки, предотвратить хронизацию ГБ. Лекарственные средства назначаются в режиме ежедневного приема в течение длительного периода времени. Пациент, принимающий профилактическое лечение, должен при необходимости употреблять и симптоматические средства (триптаны, НПВП и др.).

Abortивное лечение можно разделить на неспецифическое (в основном препараты анальгезирующего действия) и специфическое (препараты, способные приостановить развитие приступа без прямого анальгезирующего действия). В качестве неспецифической терапии можно применять НПВП и простые анальгетики (ибупрофен 400–600–800 мг, напроксен 275–550 мг, диклофенак 50–75–100 мг, декскетопрофен 25–50 мг, нимесулид 100 мг), ацетилсалициловую кислоту 500–1000 мг, ацетаминофен 500–1000 мг, противорвотные средства, противотревожные препараты, транквилизаторы.

Специфическое лечение включает препараты, использующиеся исключительно для терапии мигрени. Сюда входят триптаны (ризатриптан, суматриптан, золмитриптан и др.) С появлением триптанов связаны революционные изменения в терапии мигрени. Этот класс селективных агонистов серотониновых (5-HT) рецепторов головного мозга обеспечивает быстрое купирование приступов мигрени за счет сосудосуживающего действия, ингибирования асептического нейrogenного воспаления, анальгетического эффекта, торможения активности периферических тригеминальных нейронов.

Триптаны показаны для острого купирования приступов ГБ при эпизодической мигрени, хронической мигрени, менструальной и менструально-зависимой мигрени, эпизодической и хронической кластерной цефалгии.

Из препаратов данного класса особое место занимает ризатриптан. Это высокоселективный агонист

1B/1D-рецепторов 5-гидрокситриптамина (5-HT_{1B}/1D-рецепторов), который имеет слабый аффинитет к другим подтипам рецепторов 5-гидрокситриптамина (5-HT_{1A}, 5-HT_{1E}, 5-HT_{1F}), α- и β-адренергических, дофаминовых, бензодиазепиновых, гистаминовых и М-холинорецепторов.

Абсолютная биодоступность после приема внутрь составляет около 45%. C_{max} в плазме крови достигается через 1–1,5 ч после приема. Употребление пищи не оказывает значимого влияния на фармакокинетику ризатриптана. Период полувыведения составляет 2–3 часа. Большой эффект достигается при использовании препарата в начале приступа.

Согласно данным клинических исследований ризатриптан обеспечивает более быстрое и более выраженное по сравнению с другими триптанами начало действия. Доля пациентов, у которых достигнуто устранение боли или ее облегчение (снижение интенсивности от исходно тяжелой/умеренной до легкой/отсутствующей) в течение двух часов после приема ризатриптана, является наиболее высокой и составляет, по данным разных авторов, от 67 до 77%. При этом ризатриптан характеризуется хорошим профилем переносимости.

Для профилактического лечения мигрени можно использовать β-блокаторы (метопролол, пропранолол), антиконвульсанты (вальпроевая кислота, топирамат), ботулинический токсин типа А, антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин), блокаторы кальциевых каналов и др.

Лечение рекомендуется начинать с маленьких доз препарата с последующим их постепенным возрастанием. Чтобы дать возможность препарату проявить свое действие, длительность назначения должна быть не менее 2 мес. Следует избегать одновременного назначения медикаментов со сходным механизмом действия. Для оценки эффективности лечения показано ведение специального дневника ГБ.

Важно объяснить пациенту доброкачественную природу и механизмы формирования ГБ при мигрени (акцентируя внимание на отсутствии органической патологии мозга и сосудов), а следовательно, и нецелесообразность дополнительных исследований (при отсутствии подозрений на симптоматический характер ГБ), провести анализ триггеров мигрени для их последующего избегания.

Важную роль в лечении мигрени играет немедикаментозная терапия. Это соблюдение режима сна и бодрствования, сбалансированное питание (3–4-разовое питание с регулярными интервалами во избежание гипогликемии), уменьшение стрессовых факторов, физические упражнения, отказ от курения, значительное уменьшение употребления алкоголя. Кроме того, пациента необходимо ознакомить с простыми приемами, облегчающими течение приступа мигрени: темная комната, надавливание, холодный (теплый) компресс, прием Вальсавы (глубокий вдох с последующим глубоким выдохом, с натуживанием и задержкой дыхания на протяжении 15–20 сек).

При лекарственно-индуцированной ГБ важно разъяснить роль абзуса, отменить прием «винового препарата» с параллельным подбором альтернативного обезболивающего из другой фармакологической группы (НПВП, триптаны) и обязательным включением профилактической терапии.



Доклад заведующего Инсультным центром клиники «Оберіг» (г. Киев), кандидата медицинских наук доцента Юрия Владимировича Фломина был посвящен современным подходам к диагностике и лечению боли в нижней части спины.

В 85% случаев боль в нижней части спины является неспецифической (механической) и только в 15% случаев обусловлена той или иной специфической патологией

(стеноз позвоночного канала, перелом позвонка, туберкулезный или анкилозирующий спондилит, опухоли или метастазы и др.).

К факторам, настораживающим в отношении специфической патологии (так называемые красные флаги), относят усиление боли ночью, лихорадку и необъяснимую

потерю веса, возраст моложе 20 или старше 50 лет, недавнюю травму, онкологический процесс в анамнезе, тазовые нарушения, прогрессирующий неврологический дефицит.

Терапия неспецифической боли в спине в остром периоде должна включать адекватное обезболивание. Пациенту следует дать рекомендации по восстановлению нормального двигательного режима. В случае выраженной боли постельный режим может назначаться, но не более чем на 2 дня. Применение таких методов исследования, как КТ или МРТ, в раннем периоде неспецифической боли в спине малоинформативно и экономически нецелесообразно.

Согласно обновленным рекомендациям NICE (2016) в лечении острого периода люмбагии не следует использовать бандажи, корсеты, ортезы, вытяжение, акупунктуру, электропроцедуры, парацетамол, антидепрессанты, антиконвульсанты, сильные опиаты. Для купирования болевого синдрома рекомендованы НПВП, эпидуральные инъекции, психотерапия, упражнения.

При хронической (более 3 мес) боли в нижней части спины у пациента часто развивается депрессия. На данном этапе особое место занимает применение обучающих поведенческих программ в сочетании с психосоциальной коррекцией, выполнение комплекса специальных физических упражнений. Для лечения хронического болевого синдрома, помимо НПВП, целесообразно применение антиконвульсантов (прегабалин, габапентин).

Второй по частоте причиной дорсалгии является пояснично-крестцовая радикулопатия. Для нее характерны корешковые боли (прострелы, иррадиация по ходу нерва, жжение); усиление боли при наклонах, натуживании, кашле; чувствительные нарушения (парестезии, дизестезии, гипестезии); снижение коленного и ахиллова рефлексов, симптом Лассега.

Согласно рекомендациям международной ассоциации по изучению боли (IASP) для терапии нейропатической боли препаратами первого ряда являются антиконвульсанты, такие как прегабалин, и антидепрессанты, такие как ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (амитриптилин, венлафаксин и дулокситин). Необходимо обратить внимание пациента, что максимальная выраженность обезболивания достигается при достаточной дозе (300-600 мг в сутки) и большой продолжительности терапии прегабалином.



О синдромном подходе к диагностике и лечению механической боли в спине рассказал **врач-нейрохирург Универсальной клиники «Оберіг» (г. Киев), Вадим Игоревич Илляшенко.**

Распознавание механического паттерна боли исключает большинство «красных флажков» и позволяет назначить более подходящую терапию. Для определения типа болевого синдрома врач

обязан задать пациенту ряд вопросов:

Где локализуется боль? Где боль сильнее? Есть ли боль в нижней конечности?

Боль постоянная или перемежающаяся?

Усиливается ли боль при наклоне вперед/назад?

Не отмечалось ли с момента начала каких-либо функциональных изменений тазовых органов (кишечника, мочевого пузыря)? Уточнить есть ли признаки компрессии конского хвоста: сфинктерные расстройства, седловидная анестезия, нарушение походки.

Что вы не можете делать сейчас из того, что вы могли делать до начала болей? Почему?

Какие движения или положения приводят к уменьшению боли?

Испытывали ли вы такую же боль раньше?

Получали ли вы лечение по поводу данной боли и было ли оно эффективным?

В случае начала боли в возрасте до 45 лет необходимо уточнить, есть ли утренняя скованность в спине, длящаяся более 30 мин.

Дальнейшие диагностические мероприятия включают обследование **походки**: ходьба на пятках (сегменты L4-5), ходьба на носках (сегмент S1). В **положении стоя** оценивают осанку, объем движений и болезненность при наклонах вперед (флексия), наклонах назад (экстензия), тест Тренделенбурга (L5), подъем большого пальца стопы (L5), подъем на носок, стоя на одной ноге.

В **положении сидя** определяют **коленный рефлекс** (L3-4), силу квадрицепса (L3-4), дорсифлексию стопы (L4-5), разгибание большого пальца стопы (L5), сгибание большого пальца стопы (S1), подошвенный рефлекс (патологические знаки).

Стоя на коленях: ахиллов рефлекс.

Лежа на спине: симптом Лассега (подъем прямой ноги); амплитуду движений в тазобедренном суставе; перекрестный симптом Лассега (появление боли в «здоровой» ноге при подъеме ноги на стороне боли – один из признаков грыжи диска больших размеров).

Лежа на животе: натяжение бедренного нерва (L3-4); силу большой ягодичной мышцы (S1); исследование чувствительности в седловидной области (S2-3-4); разгибание в пояснице с использованием рук (10 повторов).

Механические паттерны (синдромы) поясничной боли оценивают по двум основным критериям: где доминирует

боль (в пояснице, в нижней конечности); какое движение облегчает боль – сгибание (флексия) или разгибание (экстензия). На основании данных критериев выделяют четыре основных паттерна (синдрома).

Доминирует боль в спине: паттерн 1 – боль при экстензии уменьшается (боль дискогенная); паттерн 2 – боль при экстензии усиливается (скорее всего – спондилоартроз).

Доминирует боль в ноге (ногах): паттерн 3 – боль уменьшается при экстензии (ишиас); паттерн 4 – боль уменьшается при флексии (стеноз позвоночного канала).

Для каждого из синдромов выделяют свое медикаментозное лечение (если оно необходимо), разгрузочное положение (положение, приносящее облегчение), модификацию физической активности и упражнения.

Паттерн 1

- Боль в спине доминирует.
- Боль усиливается при флексии.
- Боль постоянная или перемежающаяся.
- Боль уменьшается или проходит при экстензии.
- Неврологические симптомы отсутствуют.

Вероятней всего, боль дискогенная. В таком случае для лечения показаны НПВП, миорелаксанты и разгрузочное положение. Стартовые упражнения – повторные разгибания в пояснице лежа на животе по 10 повторов 3 раза в день. Функциональная активность – частые и короткие прогулки, ограничение пребывания в положении сидя, использование экстензионных валиков в положении сидя.

Паттерн 2

- Боль в спине доминирует.
- Боль всегда перемежающаяся.
- Не усиливается при сгибании, чаще уменьшается или проходит при сгибании.
- Усиливается или возникает при разгибании.
- Неврологические проявления отсутствуют.

Источники боли – задние элементы позвоночника (фасеточные суставы).

Лечение: НПВП, миорелаксанты, разгрузочное положение.

Стартовые упражнения: сидя на стуле – наклон вперед с вытяжением в положении флексии. При разгибании пациенту рекомендуется помогать себе руками.

Функциональная активность: сидеть или стоять с подставкой под ногу. Ограничить разгибание в пояснице и работу с вытянутыми вверх руками. Показан велотренажер.

Паттерн 3

- Доминирует боль в нижней конечности.
- Боль чаще постоянная.
- Боль усиливается при движениях в пояснице или при определенных положениях туловища (при сгибании).
- Положительные неврологические признаки (снижение рефлексов, моторный дефицит, сенсорный дефицит).
- Положительные симптомы натяжения.

Данная симптоматика соответствует ишиалгии (радикулопатия, компрессия одного или нескольких корешков).

Лечение: препараты первой линии – НПВП и миорелаксанты, второй линии – опиоиды (боль 7 баллов и выше), разгрузочное положение.

Стартовые упражнения могут усилить боль, поэтому рекомендуется их выполнять из разгрузочного положения; упражнения по методу МакКензи; нейродинамические упражнения.

Функциональная активность: как можно чаще менять положение (сидя, лежа, стоя, ходьба).

Паттерн 4

- Доминирует боль в нижней конечности.
- Боль всегда перемежающаяся.
- Боль усиливается при экстензии в пояснице (при ходьбе), уменьшается при флексии (в положении сидя).
- Переходящая слабость в конечностях во время активности, неврологические нарушения в покое часто отсутствуют.
- Повторяющиеся разгибания в пояснице не облегчают симптомы, а чаще наоборот усиливают боль.

Стеноз позвоночного канала, перемежающаяся нейрогенная (каудогенная) хромота.

Лечение: НПВП, миорелаксанты, габапентин/прегабалин.

Разгрузочное положение: сидя.

Стартовые упражнения: отдых в положении сидя или других положениях с флексией в поясничном отделе до исчезновения боли в ноге (ногах).

Функциональная активность: частые перерывы в активности в положении сидя, велосипед.

Следует учитывать, что большое влияние на эффективность терапии могут оказывать психосоциальные факторы и отношение пациента к своему заболеванию. Так, убеждение, что двигательная активность принесет вред, болезненное поведение (стремление к длительному покою), чрезмерные ожидания от пассивных методов терапии, отказ от социальной активности, эмоциональные проблемы, нереалистичные ожидания от лечения повышают риск хронизации боли и длительной нетрудоспособности.

Подготовил **Вячеслав Килимчук**



НЕОГАБІН

прегабалин



• Доведена ефективність при нейропатичному болю^{1,2}, фіброміалгії^{3,4} і генералізованому тривожному розладі^{5,6}

• Доведена біоеквівалентність оригінальному прегабалину⁷

• Один з найдоступніших за ціною прегабалинів в Україні⁸



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату НЕОГАБІН 75, 100. Діюча речовина. Прегабалин. Лікарська форма. Капсули по 75 мг або по 150 мг. Фармакотерапевтична група. Протиепілептичні засоби. Фармакологічні властивості. Прегабалин зв'язується з допоміжною субодиницею (альфа2-дельта-білок) потенціалозалежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі. **Показання.** Невропатичний біль. Епілепсія. Генералізований тривожний розлад. Фіброміалгія. **Проти-показання.** Гіперчутливість до діючої речовини або будь-якої із допоміжних речовин. **Побічні реакції.** Запаморочення і сонливість, посилення апетиту, сплутаність свідомості, дезорієнтація, дратівливість, ейфоричний настрій, зниження лібідо, безсоння, атаксія, порушення координації, порушення рівноваги, розлади уваги, погіршення пам'яті, тремор, дизартрія, парестезія, седация, в'ялість, головний біль, летаргія, нечіткість зору, диплопія, кон'юнктивіт, вертиго, блювання, запор, сухість у роті, метеоризм, гастроентерит, еректильна дисфункція, імпотенція, периферичний набряк, набряки, порушення ходи, відчуття сп'яніння, втома, збільшення маси тіла тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р.П. МОЗ України:** Н/УА/13702/01/01, Н/УА/13702/01/02; **Наказ МОЗ України від 27.06.2014 №437.** **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар Л. Лепсе, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. 1. Arez J.C. et al. BMC Neurology 2008; 8:33. 2. Dworkin RH, et al. Neurology 2003; 60: 1274-83. 3. Crofford L.J. et al. Pain 2008; 136(3):419-31. 4. Arnold L.M. et al. J Pain. 2008 Sep; 9(9):792-805. 5. Rickels K. et al. Arch Gen Psychiatry. 2005 Sep; 62(9):1022-30. 6. Baldwin D.S. et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013; 9:883-92. 7. Клінічне дослідження з оцінки біоеквівалентності лікарських препаратів. Код дослідження: PRG-FS. Заключний звіт, 2014, стор. 8. 8. Тижневик «Аптека», www.apteka.ua

Швейцарська якість, українська ціна

ТОВ Фарма Старт | бульвар Івана Лепсе, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

acino

