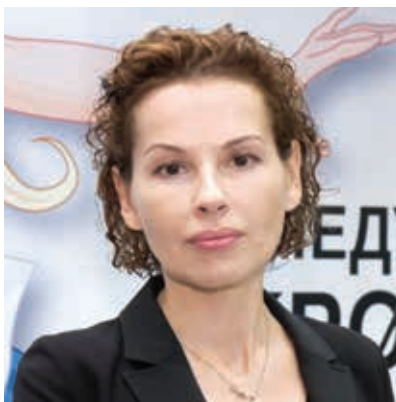




## Болевой синдром и коморбидные патологии: минимум лекарств и максимум эффективности

В рамках междисциплинарного конгресса Manage Pain при поддержке компании «Верофарм» прошли образовательные лекции. Российские эксперты в области неврологии проанализировали принципы ведения пациентов с хронической болью и коморбидными нарушениями, в том числе когнитивными расстройствами, в условиях реальной клинической практики.



Профессор, д.м.н.  
Е.В. Екушева

Профессор кафедры неврологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Евгения Викторовна ЕКУШЕВА напомнила, что почти 70% заболеваний сопровождается болевым синдромом. По результатам исследования глобального бремени заболеваний 2016 г., ведущими причинами выраженной дезадаптации и нетрудоспособности населения, обусловленных неврологическим заболеванием, были признаны боль в нижней части спины и мигрень<sup>1</sup>. Нужно отметить, что чаще всего (85–90%) боль в нижней части спины вызвана неспецифическими изменениями позвоночных структур и паравертебральных мышц. Радикулопатия (повреждение спинномозгового ко-

### Трудный пациент с болью: клинический разбор

решка) и специфические заболевания (опухоль, инфекция, воспаление и др.) встречаются намного реже – в 4–8 и 1–2% случаев соответственно<sup>2</sup>. Однако именно на исключении вторичного характера боли должен сфокусироваться врач при обращении к нему пациента с болью в спине. После того как подтвержден неспецифический характер боли, можно определяться со стратегией лечения. Средствами первого выбора при острой боли умеренной и высокой интенсивности являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Согласно клиническим рекомендациям Американского общества неврологов (2017), при недостаточной эффективности НПВП следует переходить к препаратам второй линии: дулоксетину или трамадолу. При этом опиоиды применяют только в случае, если потенциальная польза превышает риски<sup>3</sup>. Жалобы на боль в спине хронического характера при исключении вторичных причин требуют назначения не только НПВП, но и других препаратов, а также использования методов нефармакологического и психологического воздействия, например когнитивно-поведенческой терапии или лечебной гимнастики.

Более подробно профессор Е.В. Екушева остановилась на вопросах выбора НПВП, который должен основываться на критериях безопасности<sup>4</sup>. Известно, что использование НПВП может сопровождаться развитием серьезных класс-специфических нежелательных явлений, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Поэтому крайне важно при назначении НПВП для предупреждения осложнений придерживаться клинических рекомендаций и выбирать препарат с доказанной безопасностью. Был проведен ряд исследований, в которых оценивались безопасность и переносимость различных НПВП. Так, относительный риск поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у ибупрофена был ниже, чем у диклофенака, индометацина, кетопрофена, целекоксиба<sup>5</sup>. Ибупрофен также продемонстрировал безопасность в отношении сердечно-сосудистой системы. Метаанализ 42 обсервационных исследований показал, что ибупрофен, напроксен, целекоксиб и мелоксикам не ассоциировались с высоким риском развития тромботических осложнений<sup>6</sup>. По результатам метаанализа 19 исследований, на фоне

<sup>1</sup> Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // Lancet. 2017. Vol. 390. № 10100. P. 1211–1259.

<sup>2</sup> Tagliaferri S.D., Miller C.T., Owen P.J. et al. Domains of chronic low back pain and assessing treatment effectiveness: a clinical perspective // Pain Pract. 2019. Vol. 20. № 2. P. 211–225.

<sup>3</sup> Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M. et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians // Ann. Intern. Med. 2017. Vol. 166. № 7. P. 514–530.

<sup>4</sup> Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус // Научно-практическая ревматология. 2016. Т. 54. № 3. С. 247–265.

<sup>5</sup> García Rodríguez L.A., Barreales Tolosa L. Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population // Gastroenterology. 2007. Vol. 132. № 2. P. 498–506.



## X Междисциплинарный международный конгресс Manage Pain

терапии ибупрофеном, напроксеном и мелоксикамом не увеличивался риск тромботических осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы<sup>7</sup>. Авторы метаанализа обсервационных исследований пришли к выводу, что прием ибупрофена, напроксена и целекоксиба не повышал риск возникновения цереброваскулярной патологии, в частности инсульта<sup>8</sup>. Таким образом, ибупрофен входит в число НПВП с благоприятным профилем безопасности.

На отечественном фармацевтическом рынке представлен ибупрофен с пролонгированным высвобождением с потенциально улучшенным профилем эффективности и переносимости. Пролонгированное высвобождение препарата обеспечивает стабильную концентрацию действующего вещества в течение суток, низкий риск возникновения побочных реакций и высокую приверженность больных к терапии. Сравнивалась эффективность двухнедельного применения ибупрофена с пролонгированным (две таблетки по 800 мг) и немедленным высвобождением (четыре таблетки по 400 мг) у пациентов с ревматоидным артритом и остеоартрозом. Оказалось, что ибупрофен с пролонгированным высвобождением эффективнее, чем традиционный ибупрофен, уменьшал интенсивность как дневных, так и ночных болей, улучшал общее состояние пациентов и снижал активность болезни<sup>9</sup>. Ибупрофен с пролонгированным высвобождением (Бруфен СР) предназначен для лечения не только заболеваний около-суставных тканей, включая ревматические, но и воспалительных и дегенеративных заболеваний, повреждений мягких тканей, а также для ослабления болевого синдрома.

По словам профессора Е.В. Екушевой, головная боль – еще одна распространенная форма болевого синдрома, которая входит в десятку самых частых причин нетрудоспособности населения. Согласно международной классификации головных болей 2018 г., выделяют такие виды боли, как мигрень, головная боль напряжения, тригеминальные вегетативные цефалгии, другие первичные головные боли<sup>10</sup>. Чаще остальных встречается головная боль напряжения, но за медицинской помощью, как правило, обращаются пациенты с мигренью. Важно понимать, что диагностика любой первичной головной боли, в том числе мигрени и головной боли напряжения, исключительно клиническая и базируется на жалобах, данных анамнеза и осмотра, характере течения головной боли. Как правило, диагностика первичной головной боли не требует дополнительных исследований.

Основная задача терапии мигрени – быстрое и правильное купирование приступа. Следует предупреждать пациентов, что для оптимального купирования симптомов мигрени нужно принимать препарат в начале приступа и в адекватной дозе. Поздний прием препарата или его прием в малой дозе – одни из самых распространенных ошибок лечения мигрени. Еще одной ошибкой является недостаточное применение специфических патогенетических средств – триптанов. Именно триптаны считаются препаратами первой линии для купирования головной боли в остром периоде при мигренях. Тем не менее в реальной клинической практике большинство пациентов, страдающих головными болями, не принимают триптаны и даже не слышали о них.

Суматриптан (Амигренин) имеет длительную историю использования в терапии мигрени с аурой и без нее. Он вызывает сужение сосудов каротидного артериального ложа, которые снабжают кровью экстракраниальные и интракраниальные ткани (расширение сосудов мозговых оболочек и/или их отек является основным механизмом развития мигрени у человека), не оказывая при этом существенного действия на мозговую кровоток. Кроме того, он подавляет активность рецепторов окончаний афферентных волокон тройничного нерва в твердой мозговой оболочке (в результате уменьшается выделение сенсорных нейропептидов). Начальная рекомендуемая доза суматриптана при приступах умеренной головной боли (небольшое ограничение повседневной активности) составляет 50 мг, а сильной головной боли (выраженное ограничение повседневной активности) – 100 мг. Первую дозу следует принять как можно раньше, а вторую – через два часа после первой, если приступ возвращается (однако если первая доза не подействовала, то вторую дозу принимать нецелесообразно). Общая доза в течение 24 часов не должна превышать 300 мг.

Результаты опросов показали, что семь из десяти пациентов отмечают полный регресс головной боли после приема одной таблетки Амигренина<sup>11</sup>. Следует подчеркнуть, что его применение позволяет купировать не только боль, но и тошноту, которая почти всегда (90%) сопутствует мигрени<sup>12</sup>. «Адекватное и быстрое купирование приступа мигрени предотвращает злоупотребление анальгетическими препаратами и дальнейшую хронизацию боли», – отметила профессор Е.В. Екушева в заключение.

Неврология

<sup>6</sup> Varas-Lorenzo C., Riera-Guardia N., Calingaert B. et al. Myocardial infarction and individual nonsteroidal anti-inflammatory drugs meta-analysis of observational studies // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2013. Vol. 22. № 6. P. 559–570.

<sup>7</sup> Asghar W., Jamali F. The effect of COX-2-selective meloxicam on the myocardial, vascular and renal risks: a systematic review // *Inflammopharmacology.* 2015. Vol. 23. № 1. P. 1–16.

<sup>8</sup> Varas-Lorenzo C., Riera-Guardia N., Calingaert B. et al. Stroke risk and NSAIDs: a systematic review of observational studies // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2011. Vol. 20. № 12. P. 1225–1236.

<sup>9</sup> O'Connor T.P., Anderson A.M., Lennox B., Muldoon C. A novel sustained-release formulation of ibuprofen provides effective once-daily therapy in the treatment of rheumatoid arthritis and osteoarthritis // *Br. J. Clin. Pract.* 1993. Vol. 47. № 1. P. 10–13.

<sup>10</sup> The international classification of headache disorders / Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). 3<sup>rd</sup> ed. // *Cephalalgia.* 2018. Vol. 38. № 1. P. 1–211.

<sup>11</sup> Артеменко А.Р. Амигренин в лечении приступа мигрени // *Лечение нервных болезней.* 2003. № 4. С. 34–38.

<sup>12</sup> Артеменко А.Р., Куренков А.Л. Амигренин (суматриптан): эффективное лечение приступов мигрени // *Врач.* 2009. № 2. С. 23–26.

**Когнитивные нарушения у пациента с хронической болью: о чем не принято говорить**

**В**о втором докладе профессор Е.В. Екушева акцентировала внимание на проблеме коморбидных состояний у пациентов с хроническим болевым синдромом. Известно, что в отличие от острой боли, которая представляет собой нормальную защитную реакцию в ответ на ограниченный стимул, хроническая боль – это патологическое состояние. Она оказывает влияние на повседневную жизнь человека, ухудшает ее качество и приводит к выраженной дезадаптации. У пациентов с хронической болью часто нарушается сон, развиваются тревога, депрессия, повышается риск смертности от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний<sup>13</sup>. Причиной коморбидности хронической боли и хронической ишемии головного мозга могут быть общие факторы риска, например синдром системного воспаления, который реализуется за счет увеличения синтеза цитокинов. Хроническая боль рассматривается как независимый фактор развития когнитивных нарушений. По данным исследований, 20% пациентов с болевым синдромом предъявляют жалобы на когнитивные нарушения<sup>14</sup>. Прежде всего у пациентов отмечаются снижение скорости мыслительных процессов, нарушение процесса принятия решений и контроля эмоций. Выявление и коррекция когнитивных нарушений имеют большое значение для нормализации качества жизни пациентов. К факторам риска формирования как когнитивных нарушений, так и хронической боли относятся артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, ожирение. С учетом подобной коморбидности ведение пациентов с хронической

ишемией мозга и хроническими болевыми синдромами подразумевает наблюдение междисциплинарной команды врачей и воздействие на общие механизмы формирования данных расстройств (анатомические структуры, реализующие эмоции, когнитивные функции и боль, нейропластические и нейрохимические изменения в нейрональных системах головного мозга). Однако в реальной клинической практике такой пациент чаще всего попадает к терапевту. Проблема диагностики когнитивных нарушений заключается в отсутствии активных жалоб пациентов, неспецифическом характере предъявляемых симптомов. Кроме того, у больных нет явных нарушений в неврологическом статусе. Скрининг когнитивных нарушений включает оценку памяти, внимания, исполнительных функций. В настоящее время в арсенале врачей не так много удобных рутинных шкал и опросников для оценки когнитивного дефицита. Одним из простых тестов для первичного выявления когнитивных нарушений является Mini-Cog. По мнению профессора Е.В. Екушевой, необходимость коррекции когнитивных нарушений часто недооценивается. Как правило, лечение начинается уже при выраженном когнитивном дефиците, значительно реже – при умеренном. Еще одна проблема заключается в том, что лекарственные препараты назначаются на недостаточном длительном периоде и в недостаточных дозах, а потому нет ничего удивительного в том, что терапия оказывается неэффективной. В результате и врач, и пациент уже начинают сомневаться в возможности курабельности когнитивных нарушений.

Еще один аспект – когнитивные нарушения после инсульта, которые повышают выраженность функциональных нарушений после инсульта, значительно затрудняют реабилитацию и ухудшают прогноз. Доказано, что когнитивный дефицит у больных после инсульта увеличивает смертность и риск повторного инсульта в три раза. В таких случаях поздняя диагностика когнитивной сферы и отсутствие патогенетического лечения приводят к необратимым последствиям<sup>15</sup>. Вот почему ведение коморбидного пациента, в частности после острого нарушения мозгового кровообращения, подразумевает комплексный подход, включающий улучшение когнитивных нарушений, снижение уровня депрессии и выраженности боли. Считается, что сосудистые когнитивные нарушения при хронической ишемии мозга потенциально обратимы, особенно на ранних стадиях. При выявлении когнитивных нарушений у пациента прежде всего необходимо воздействовать на когнитивный резерв, в том числе с помощью физической и социальной активности, правильного питания, отказа от курения. К основным направлениям терапии когнитивных нарушений относятся немедикаментозные методы, коррекция факторов риска развития и прогрессирования когнитивных нарушений, возмещение дефицита холинергической и ГАМКергической нейротрансмиссии. Одним из препаратов, которые активируют холинергическую нейротрансмиссию, является препарат Церепро (холина альфосцерат). Будучи предшественником ацетилхолина (одного из основных медиаторов нервного возбуждения), Церепро влияет преимущественно на холинергические рецепторы в центральной нервной системе. Повышая выработку ацетилхолина, он улучшает когнитив-

<sup>13</sup> Fayaz A., Watt H.C., Langford R.M., Donaldson L.J. The association between chronic pain and cardiac disease: a cross-sectional population study // Clin. J. Pain. 2016. Vol. 32. № 12. P. 1062–1068.

<sup>14</sup> Landrø N.I., Fors E.A., Våpenstad L. et al. The extent of neurocognitive dysfunction in a multidisciplinary pain centre population. Is there a relation between reported and tested neuropsychological functioning? // Pain. 2013. Vol. 154. № 7. P. 972–977.

<sup>15</sup> De Haan E.H., Nys G.M., Van Zandvoort M.J. Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment // Curr. Opin. Neurol. 2006. Vol. 19. № 6. P. 559–564.



## X Междисциплинарный международный конгресс Manage Pain

ные функции и психическое самочувствие, а следовательно, его прием эффективен при снижении концентрации внимания, ухудшении памяти, нарушении мыслительной функции. По мнению профессора Е.В. Екушевой, препарат Церепро может помочь пациентам с когнитивными нарушениями в любом возрасте. Больным 20–45 лет, которые живут в напряженном темпе и могут ощущать снижение активности, работоспособности, концентрации, памяти и постоянную усталость, применение Церепро позволит уменьшить выраженность мнестических на-

рушений и проявлений астении<sup>16</sup>. То же справедливо и для пациентов 40–60 лет, которые быстро утомляются и теряют концентрацию. Кроме того, в этом возрасте нередко возникают головные боли и головокружения, с которыми также помогает справиться Церепро. По данным клинического исследования, уже ко второму месяцу приема холина альфосцерата выраженность головной боли и головокружения уменьшалась на 30%<sup>16</sup>. Пациенты старше 60 лет часто жалуются на снижение памяти, концентрации и работоспособности, обусловленное сосудисты-

ми изменениями в головном мозге. Следует отметить, что Церепро продемонстрировал эффективность при сосудистых заболеваниях головного мозга, в том числе в восстановительном периоде ишемического инсульта. На фоне использования препарата отмечалась положительная динамика когнитивных функций, улучшались познавательные функции: внимание, запоминание и воспроизведение информации<sup>17</sup>. Таким образом, клинические исследования подтверждают целесообразность применения Церепро при проблемах с когнитивными функциями в любом возрасте.

### Как стареть красиво

**Ф**изическому, эмоциональному и интеллектуальному аспектам старения посвятила доклад к.м.н., доцент кафедры нервных болезней РНИМУ им. Н.И. Пирогова Анастасия Валерьевна ФЕДОТОВА. Не секрет, что пожилой человек в нашей стране сталкивается с целым рядом социально-бытовых, материальных и психологических проблем. Обычно к этому возрасту люди имеют уже несколько хронических заболеваний. Среди них патологии сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность и др.), желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит, холецистит, желчнокаменная болезнь), нарушения эндокринной (сахарный диабет, гипотиреоз) и мочеполовой (мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, постменопаузальный синдром) систем. Кроме того, у пожилых людей нередко развиваются депрессии, эмоционально-личностные, тревожные расстройства. Полиморбидность существенно

затрудняет решение главной задачи гериатрической фармакотерапии – продление жизни пациента при сохранении ее качества. Как правило, пожилые люди вынуждены принимать много разных препаратов, в среднем три – пять наименований. Следует отметить, что в некоторых случаях полипрагмазия обоснована. Например, при серьезной сопутствующей патологии, тяжелом течении артериальной гипертензии, требующем назначения комбинации двух или более препаратов из разных групп, или сочетании нескольких факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (артериальной гипертензии, гиперлипидемии, ожирения, курения). Однако нередко в клинической практике встречаются случаи необоснованной полипрагмазии, когда пациент занимается самолечением или врач, желая оправдать ожидания больного, назначает ему целый ряд ненужных медикаментов. В таких случаях при взаимодействии лекарственных средств могут развиваться нежелательные побочные эффекты, вплоть до летального исхода. Как можно преодолеть



К.м.н.  
А.В. Федотова

необоснованную полипрагмазию? Один из способов – многоцелевая монотерапия, то есть применение лекарственных препаратов и форм с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов и систем. Физически старение проявляется снижением слуха, головокружением, шумом в ушах, осторожной походкой, трудностями инициации ходьбы, «согбенной позой», болевым синдромом (болями в спине или суставах). А болевой синдром в свою очередь часто сопровождается нарушением сна, тревогой, ожиданием опасного заболевания,

<sup>16</sup> Румянцева С.А., Кравчук А.А., Рыжова Д.Д. Терапия когнитивных расстройств у больных хронической ишемией головного мозга // РМЖ. 2007. Т. 15. № 5. С. 379–383.

<sup>17</sup> Костенко Е.В., Петрова Л.В. Опыт применения препарата Церепро (холина альфосцерат) при лечении амбулаторных больных с хроническими прогрессирующими сосудистыми заболеваниями головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112. № 3. С. 24–30.



синдромально очерченным тревожным расстройством, депрессией, зависимостью (злоупотреблением алкоголем, лекарственным абюзом). В этой связи очевидна необходимость адекватного обезболивания с учетом интенсивности боли, наличия невропатического компонента, коморбидных заболеваний и сопутствующей терапии.

К препаратам первой линии для купирования ноцицептивной боли относятся НПВП. А.В. Федотова более подробно остановилась на веществе ВТS 13621, известном как ибупрофен. Он был создан в 1962 г., и в том же году Британское патентное бюро зарегистрировало его под названием Бруфен. А в 1980 г. был разработан первый пролонгированный ибупрофен – Бруфен СР. С тех пор препарат широко применяется как у взрослых, так и у детей с шести лет в более чем 120 странах мира. Ибупрофен доказал эффективность при лечении послеоперационной боли, травмах, дисменорее, острой боли в нижней части спины. Он может назначаться и при хронической боли, в частности у пациентов с ревматологическими заболеваниями<sup>18</sup>.

По данным многочисленных исследований, препарат продемонстрировал хорошую эффективность, переносимость и реже вызывал выраженные побочные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы по сравнению с другими НПВП. Так, в многоцентровом рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании TARGET ибупрофен в максимальной допустимой дозе (2400 мг/сут), который принимали пациенты старше 50 лет с остеоартритом на протяжении 52 недель, продемонстрировал незначительное (менее 1%) число нежелательных явлений<sup>19</sup>.

Известно, что в список основных лекарств Всемирной организации здравоохранения, который содержит наиболее эффективные и безопасные препараты для удов-

летворения важных потребностей системы здравоохранения, включены всего три неопиоидных лекарственных средства для обезболивания: ибупрофен, ацетилсалициловая кислота и парацетамол.

В пожилом возрасте у человека происходит не только физическое, но и интеллектуальное старение. Такие факторы, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, нейродегенеративные заболевания, гормональные расстройства, изменения состояния позвоночника с компрессией вертебральных артерий, нарушения системы гомеостаза, приводят к прямому поражению нейронов, нарушению нейрональной пластичности. Пациентам пожилого возраста необходимы комплексная терапия и профилактика развития осложнений хронических заболеваний. К сожалению, больные не всегда привержены лечению. По меньшей мере, треть не выполняет предписания врача и не следует его рекомендациям. Причины разнообразны: одни не верят в эффективность лекарств, другие боятся развития зависимости от препаратов, третьи думают, что могут обойтись без медикаментозного лечения. Но чаще всего больные банально забывают принимать лекарства.

Снижение памяти может быть как проявлением нормального старения, так и симптомом когнитивных нарушений. С физиологической точки зрения нарушения памяти в процессе старения можно объяснить уменьшением объема мозга и гиппокампа. Однако при этом интеллектуальные способности не нарушают социальную адаптацию и повседневную активность. Если отмечается ухудшение одной или более когнитивных функций (гнозиса, памяти, речи, праксиса, исполнительных функций) по сравнению с преморбидным уровнем, это уже свидетельствует о когнитивных нарушениях. Различают сосудистые когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции (легкие и умеренные),

сосудистую деменцию и смешанные когнитивные расстройства (деменция альцгеймеровского типа с цереброваскулярным заболеванием). Легкие когнитивные нарушения характеризуются изменением личности человека, выражающемся в пассивности или беспокойстве, потерей критической самооценки, ухудшением абстрактного и логического мышления, речевыми расстройствами. Умеренными когнитивными расстройствами считаются приобретенные нарушения в одной или нескольких когнитивных сферах, выходящие за рамки возрастной нормы, но не приводящие к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни. Они имеют место у 11–17% пожилых и старых людей, однако с высокой вероятностью (55–65%) в течение пяти лет трансформируются в клинически очерченную деменцию, преимущественно альцгеймеровского типа.

Основные подходы к улучшению когнитивных функций включают ряд мер. Прежде всего необходимо отменить или минимизировать прием средств, ухудшающих когнитивные функции, а также скорректировать сопутствующие заболевания (аффективные, дисметаболические и сосудистые нарушения). Немаловажную роль играет нейропсихологическая реабилитация (создание когнитивного резерва путем повышения умственной и физической активности, налаживания социальных контактов и насыщения жизни эмоциями). Наконец, нужно назначить препарат, улучшающий когнитивные функции, и в дальнейшем оценивать его эффективность. Главная цель нейропротективной терапии – сократить объем очага поражения ткани головного мозга при острых цереброваскулярных событиях и хронической прогрессирующей энцефалопатии. Препарат Церепро (холина альфосцерат) – нейропротектор с комплексным механизмом действия. Он влияет

<sup>18</sup> Карамеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М., 2000.

<sup>19</sup> Schnitzer T.J., Burmester G.R., Mysler E. et al. Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial (TARGET), reduction in ulcer complications: randomised controlled trial // Lancet. 2004. Vol. 364. № 9435. P. 665–674.



## X Междисциплинарный международный конгресс Manage Pain

на улучшение передачи нервного импульса, обеспечивает восстановление нейромышечной проводимости, восстановление мембранной пластичности и улучшение функции рецепторов нервных клеток.

Как показали результаты исследований, на фоне приема холина альфосцерата у пациентов с когнитивными нарушениями отмечалось быстрое развитие эффекта, который сохранялся до трех месяцев после окончания терапевтического курса<sup>20</sup>. Кроме того, препарат продемонстрировал оптимальный профиль переносимости (отсутствие межлекарственных взаимодействий), а потому его можно без опасений применять у больных с сопутствующей патологией. В другом исследовании на фоне использования Церепро в качестве нейропротектора у больных с хронической ишемией головного мозга снизилась выраженность головной боли и шума в ушах, регрессирова-

ли нарушения памяти и повысилась работоспособность<sup>16</sup>.

Таким образом, препарат Церепро способствует быстрому улучшению когнитивного и двигательного функционирования и замедляет прогрессирование когнитивного снижения, а потому показан пациентам с хроническими цереброваскулярными заболеваниями, сопровождающимися когнитивными и двигательными нарушениями.

Один из компонентов старения человека – эмоциональное старение. Для пожилого возраста характерно развитие депрессии, сопровождающейся подавленностью, безнадежностью, неуверенностью, утратой чувства удовольствия или хандрой, раздражением, недовольством, беспокойством, чувством вины, отвращением к себе и окружающим. Среди пожилых людей депрессия встречается в два раза чаще, чем у людей другого возраста. Большее число завершен-

ных суицидов тоже регистрируется среди пожилых. При этом наблюдается большое количество нераспознанных и нелеченых депрессий.

Препарат Церепро положительно влияет и на эмоционально-поведенческую сферу человека, улучшает качество жизни у больных не только с когнитивными, но и эмоциональными нарушениями. Так, на фоне приема Церепро эмоциональное состояние пациентов с хронической ишемией мозга улучшилось на 55%<sup>16</sup>. В заключение А.В. Федотова привела пример успешного старения. Рита Леви-Монтальчини (1909–2012) – самый старый Нобелевский лауреат. Она стала первой женщиной, принятой в Папскую академию наук, а в 2001 г. была назначена пожизненным сенатором Итальянской Республики. На праздновании своего юбилея она сказала: «Сейчас, когда мне 100, я соображаю гораздо лучше, чем в 20 лет. Это приходит с опытом».

### Заключение

**П**родолжительность жизни населения увеличивается. Растет число пациентов с коморбидными патологиями, требующими особого терапевтического подхода, в частности назначения эффективных и безопасных препаратов с широкой доказательной базой. Среди них можно выделить ибупрофен, один из представителей группы НПВП, обладающий быстрым действием и достаточной силой обезболивания и при этом благоприятным профилем безопасности. Ибупрофен с пролонгированным высвобождением (Бруфен СР) разработан с использованием смарт-релиз-технологии, что обеспечивает оптимальную терапевтическую концентрацию действующего вещества и анальгетический эффект в течение суток. Пациент спит без обострения болевых приступов, утром встает отдохнувшим и может сохра-

нять активность в течение дня. Бруфен СР можно назначать взрослым людям любого возраста для лечения воспалительных и дегенеративных заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом. Благодаря пролонгированной форме Бруфен СР принимают один раз в день (две таблетки по 800 мг в раннее вечернее время), что повышает комплаентность и имеет особое значение при необходимости длительной терапии.

Эффективность и безопасность Амигренина из группы триптанов, специфического и селективного агониста серотониновых 5-НТ1-рецепторов, также подтверждены в клинических исследованиях. Установлено, что Амигренин в дозе 25–50 мг в 50–70% случаев быстро устраняет приступ, а кроме того, прием препарата позволяет купировать ассоциированные с мигренью тошноту и светобоязнь.

Церепро (холина альфосцерат) – еще один препарат, который зарекомендовал себя как эффективное средство при жалобах на нарушение памяти, концентрации и внимания, снижение работоспособности у пациентов всех возрастов. Холин участвует в биосинтезе ацетилхолина (одного из основных медиаторов нервного возбуждения). Альфосцерат биотрансформируется до глицерофосфата, который является предшественником фосфолипидов. Ацетилхолин положительно воздействует на передачу нервного импульса, а глицерофосфат участвует в синтезе фосфатидилхолина (мембранного фосфолипида), в результате улучшается эластичность мембран и функция рецепторов. Рекомендуется следующая схема применения препарата: сначала внутримышечно в дозе 1000 мг в сутки в течение 10–15 дней, а затем перорально по 800 мг утром и 400 мг днем в течение трех – шести месяцев. При необходимости курс лечения повторяют. \*

<sup>20</sup> Muratorio I., Bonuccelli U., Nuti A. и др. Нейротропный подход к лечению мультиинфарктной деменции с использованием холина альфосцерата // Международный неврологический журнал. 2014. № 3. С. 53–60.

Неврология