



В потоке коморбидности – как увидеть главное

Более 25 лет компания «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» занимается разработкой, производством и продвижением собственных инновационных безрецептурных лекарственных средств – релиз-активных препаратов. Они оказывают воздействие на определенные биологические мишени: рецепторы или ферменты, изменяя их активность и усиливая взаимодействие определенных молекул организма. Возможности использования релиз-активных препаратов в лечении и профилактике сосудистых когнитивных нарушений, тревожных расстройств, синдрома раздраженного кишечника обсуждались на симпозиуме, прошедшем в рамках XIII Национального конгресса терапевтов.



Д.м.н., профессор
В.А. Парфенов

Хроническая ишемия головного мозга. Исследование ДИАМАНТ

(хроническое цереброваскулярное заболевание), проявляющееся расстройством его функций. Однако, как отметил заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Владимир Анатольевич ПАРФЕНОВ, диагноз ХИГМ/ДЭП не получил широкого распространения. Зарубежные коллеги выделяют сосудистые когнитивные расстройства, которые расцениваются как основное проявление хронического цереброваскулярного заболевания и по клиническим симптомам в определенной степени соответствуют ХИГМ/ДЭП.

В нашей стране многие пациенты, особенно среднего и пожилого возраста, с «неврологическими церебральными» жалобами и диагнозом ДЭП/ХИГМ страдают иными неврологическими или психическими заболеваниями

(тревожными и депрессивными расстройствами, отолитиазом, болезнью Альцгеймера), которые не диагностируются. Часто под маской ДЭП протекают хронические первичные головные боли. Так, из 90 пациентов с хронической первичной головной болью, обратившихся за медицинской помощью, более 55% имели в качестве неверного диагноза ДЭП, остальные – синдром вегетативной дистонии и остеохондроз шейного отдела¹. Ошибочная диагностика ДЭП приводит к необоснованному назначению большого количества лекарственных препаратов, при этом эффективной медицинской помощи пациенты не получают.

Профессор В.А. Парфенов привел пример из клинической практики. Пациент Д., 53 года, страдал первичной головной болью и вестибулярным головокружением. В феврале 2018 г. об-

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) – один из распространенных диагнозов в отечественной неврологии. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра ХИГМ выделена в разделе «Другие цереброваскулярные болезни». В российской клинической практике и литературе понятие «ХИГМ» совпадает с термином «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭП), которая рассматривается как хроническое сосудистое заболевание головного мозга

¹ Головачева В.А., Парфенов В.А. Хроническая ежедневная головная боль под маской дисциркуляторной энцефалопатии // Медицинский совет. 2015. № 2. С. 72–77.



Сателлитный симпозиум ООО НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ»

ратился за консультацией в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на головную боль, снижение работоспособности и ухудшающееся самочувствие. Из анамнеза установлено, что пять лет назад у него диагностировали ХИГМ с цефалгическим синдромом и назначили соответствующее лечение, которое из-за ошибочного диагноза оказалось неэффективным. После обследования, проведенного в клинике, пациенту был поставлен диагноз «хроническая ежедневная головная боль; мигрень без ауры; лекарственно индуцированная головная боль (до 100 таблеток в день); хроническая инсомния; стрессовый депрессивный синдром; минимальная церебральная ангиопатия по данным магнитно-резонансной томографии». Рекомендованное лечение (образовательная программа по головной боли и инсомнии, когнитивно-поведенческая терапия при хронической ежедневной головной боли и лекарственно индуцированной боли, контроль артериального давления, амитриптилин до 50 мг/сут, триптаны при приступе мигрени) привело к хорошим результатам. Головная боль регрессировала, самочувствие пациента улучшилось, он смог вернуться к работе.

При ведении пациентов с сосудистыми когнитивными расстройствами (ДЭП/ХИГМ) ведущую роль играет профилактика инсульта, в частности изменение образа жизни – отказ от вредных привычек (курения, употребления алкоголя), повышение физической активности, соблюдение рациональной диеты, нормализация массы тела и артериального давления. В качестве вторичной профилактики инсульта больным, перенесшим транзи-

торную ишемическую атаку или ишемический инсульт, назначается антитромботическая терапия, часто статины, а в некоторых случаях (при значительном стенозе сонной артерии) проводится каротидная эндартерэктомия.

При лечении когнитивных нарушений трудно переоценить значение психосоциальных, поведенческих методов и когнитивного тренинга, который, к сожалению, пока не получил широкого распространения в нашей стране. Для улучшения когнитивных функций также назначаются и медикаментозные препараты, но только незначительная часть из них изучена при цереброваскулярных заболеваниях на большом количестве пациентов в условиях повседневной практики врача-клинициста.

Современный релиз-активный препарат Диваза, обладающий ноотропным, сосудистым и антиоксидантным эффектом, относится к числу широко применяемых препаратов у пациентов с когнитивными расстройствами². Эффективность препарата Диваза при ХИГМ и когнитивных расстройствах изучалась во Всероссийской наблюдательной неинтервенционной программе ДИАМАНТ (2016–2017). В ней приняли участие 2583 пациента в возрасте 42–90 лет с диагнозом ХИГМ из 30 городов РФ. Им был назначен препарат Диваза по две таблетки три раза в сутки в течение трех месяцев.

Пациенты проходили тестирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) до и через три месяца после начала терапии. Полученные результаты подтвердили высокую распространен-

ность когнитивных нарушений (90,7%) в амбулаторной клинической практике. Через три месяца приема препарата средний показатель по шкале MoCA вырос на 4,4 балла, достигнув $23,99 \pm 4,21$ балла, а количество пациентов без когнитивных нарушений (26 и более баллов по MoCA) увеличилось с 9,3 до 40,3%. Таким образом, трехмесячный курс лечения препаратом Диваза привел к значимой нормализации когнитивных функций у 30% пациентов ($p < 0,0001$). Клиническую эффективность трехмесячного курса терапии препаратом Диваза 29,2% врачей оценили как «значительное улучшение», а 59,2% – как «улучшение». Пациенты определили результаты лечения как «отличные» (26,0%) и «хорошие» (63,6%). В целом программа ДИАМАНТ продемонстрировала достаточную терапевтическую эффективность и безопасность препарата Диваза, прием которого приводил к улучшению когнитивных функций у пациентов с ХИГМ. Одновременно была показана и хорошая переносимость препарата: за весь период лечения нежелательные явления отметили только 14 из 2583 участников исследования, причем нежелательные явления были легкой и средней степени тяжести³.

Завершая выступление, профессор В.А. Парфенов еще раз подчеркнул, что основным симптомом болезни мелких церебральных сосудов являются когнитивные расстройства. Важную роль в их профилактике играют такие методы, как активная умственная деятельность, регулярные физические нагрузки, контроль сосудистых факторов риска и адекватная медикаментозная поддержка.

Неврология

² Колоколов О.В., Малеина А.Ю., Лукина Е.В. Умеренное когнитивное расстройство при цереброваскулярных заболеваниях: возможности профилактики дальнейшего прогрессирования // РМЖ. 2018. Т. 26. № 12-1. С. 3–9.

³ Парфенов В.А. Диагноз и лечение хронической ишемии головного мозга: результаты исследования «ДИАМАНТ» // Медицинский совет. 2018. № 9. С. 8–12.



Д.м.н.
Е.С. Акарачкова

По словам президента международного общества «Стресс под контролем», д.м.н. Елены Сергеевны АКАРАЧКОВОЙ, более половины пациентов с психическими и психоневрологическими расстройствами остаются без лечения. Согласно результатам междисциплинарной крупномасштабной программы КОМПАС, каждый четвертый пациент, посещающий терапевта, кардиолога или невролога по поводу соматического заболевания, нуждается в анксиолитической и антидепрессивной терапии⁴. Исследование VEGA (2015) с участием более 4000 пациентов в возрасте 18–60 лет продемонстрировало, что у 75% пациентов первичной медицинской сети наблюдаются тревожные расстройства. Это подтверждают и данные программы СТАРТ (2014–2015), в рамках которой скрининг прошли более 10 000 пациентов амбулаторного звена со всей страны. У 76% пациентов имел место дистресс, у 47% пациентов – тревога, у 41% – депрессия. Как известно, тревога может предшествовать депрессии. Дебют тревожных расстройств наблюдается

Основы психоневрологии для интерниста

в возрасте трех – пяти лет и проявляется неспособностью справляться с беспокойством и напряжением. Самыми опасными периодами для дебюта депрессии считаются 15–19 лет у девушек и 25–29 лет у юношей. И если успешно лечить тревожные расстройства в возрасте 12–24 лет, можно предотвратить развитие 43% депрессивных эпизодов в дальнейшем⁵.

Существуют субстанции, влияющие на нейромедиаторную передачу в головном мозге путем модуляции нейроактивности. К ним относится мозгоспецифический белок S100, который локализуется преимущественно в клетках центральной нервной системы (ЦНС) (астроцитах, олигодендроцитах, эпендимальных клетках, нейронах) и модулирует работу Ca^{2+} -каналов нейрональных мембран. Избыток белка S100 наблюдается при нейродегенеративных заболеваниях, шизофрении, биполярном и тревожном расстройствах, депрессии с высоким риском суицида. Определение белка S100 в ликворе считается маркером психоневрологической патологии. Препарат Тенотен содержит антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S100, которые модифицируют функциональную активность белка S100, осуществляющего в мозге сопряжение синаптических (информационных) и метаболических процессов. Оказывая ГАМК-миметическое и нейротрофическое действие, Тенотен повышает активность стресс-лимитирующих систем, способствует

восстановлению процессов нейрональной пластичности⁶.

Такой механизм действия обеспечивает возможность применения препарата Тенотен в широкой клинической практике, в том числе педиатрической (препарат Тенотен детский разрешен к применению у детей с трех лет). Тенотен назначают по две таблетки три раза в сутки (держать во рту до полного растворения не во время приема пищи). При необходимости курс лечения может продолжаться четыре – шесть месяцев.

Тенотен обладает разнообразными фармакологическими эффектами. Клиническими исследованиями подтверждена целесообразность включения Тенотена в состав комплексной терапии артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца для устранения психоэмоциональной симптоматики и коррекции вегетативных нарушений. Так, применение Тенотена способствовало уменьшению тревожности, восстановлению психоэмоционального фона, ускорению наступления гипотензивного эффекта, стабилизации уровня артериального давления. Целевой уровень систолического артериального давления был достигнут на второй неделе лечения⁷. При вегетативной дисфункции прием препарата приводил к восстановлению симпатопарасимпатического баланса, причем нормализация вегетативного тонуса отмечалась уже в конце первой недели терапии, уменьшению соматических проявлений вегетативной дистонии, значительному улучшению эмоционального состояния⁸.

⁴ Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смуглевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004. Т. 44. № 1. С. 48–54.

⁵ Wittchen H.U., Kessler R.C., Beesdo K. et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63. Suppl. 8. P. 24–34.

⁶ Инструкция по медицинскому применению препарата Тенотен (регистрационное удостоверение № 000542).

⁷ Никольская И.Н., Гусева И.А., Близневская Е.В., Третьякова Т.В. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции // Лечащий врач. 2007. № 3. С. 89–90.

⁸ Шварков С.Б., Ширинова Е.В., Кузьмина В.Ю. Сверхмалые дозы антител к белку S100 в терапии вегетативных расстройств и тревоги у больных с органическими и функциональными заболеваниями ЦНС // Лечащий врач. 2008. № 8. С. 83–85.



Сателлитный симпозиум ООО НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ»

С возрастом у пациента с первичной тревогой накапливается целый ряд соматических коморбидных заболеваний. Среди распространенных психоневрологических проблем у пожилых людей – деменция, депрессия и тревожные расстройства, десинхронозы. К возраст-ассоциированной проблеме можно отнести и эндотелиопатию, поскольку при старении практически на 85% снижается способность организма производить оксид азота (NO). В этой связи особый интерес представляет комплексный препарат Диваза. В его состав входят антитела в релиз-активной форме к эндотелиальной NO-синтазе, которые восстанавливают выработку эндотелием NO. В состав препарата также входят антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S100, которые, как уже отмечалось, модулируют функциональную активность белка S100.

Диваза оказывает комплексное ноотропное, сосудистое и антиоксидантное действие, устраняет астеновегетативную симптоматику, уменьшает проявления эмоциональной лабильности, психической и физической астении, снижает интенсивность головной боли и головокружения, тревоги, улучшает когнитивные функции⁹.

Клинические исследования подтвердили эффективность и безопасность использования препарата Диваза у пациентов с ХИГМ. Применение Дивазы не только значительно уменьшало выраженность клинической симптоматики, но и положительно влияло на состояние функции эндотелия, нормализуя тонус церебральных артерий и уменьшая дезэндоотелизацию⁹. Препарат Диваза, как и препарат Тенотен, назначают по две таблетки три раза в сутки вне при-

ема пищи. Длительность курса лечения может достигать четырех – шести месяцев. После терапии препаратом Диваза для сохранения симпато-парасимпатического баланса лечение можно продолжить с помощью препарата Тенотен, что позволит достичь более выраженного общего клинического эффекта.

В заключение Е.С. Акарачкова напомнила о необходимости в рутинной практике обращать внимание на «красные флажки» психопатологии: отсутствие чувства радости, несоответствие предъявляемых эмоций и мимики, сложность социальной коммуникации и алекситимию и др. Недооценка и игнорирование психопатологии способствуют ее хронизации, переходу в более тяжелое и длительное течение, повышают риск депрессии с суицидальными мыслями.

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта

Определенные трудности у врачей амбулаторного звена вызывает ведение пациентов с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в связи с их распространенностью и неоднозначностью алгоритмов диагностики и лечения. Как отметил профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Алексей Андреевич САМСОНОВ, функциональные нарушения существенно осложняют жизнь пациентов. Пациенты с функциональными нарушениями часто жалуются на нарушения стула в виде запора, диареи или их чередования, ощущение вздутия живота, громкую отрыжку, изжогу, боль в правом подреберье, горечь во рту.

Наиболее распространенной патологией среди функциональных заболеваний пищеварительной системы является синдром раздраженного кишечника (СРК). Согласно Римским критериям IV пересмотра (2016), СРК определяется как функциональное расстройство, при котором боли в животе наблюдаются в среднем не реже одного дня в неделю и связаны с двумя или более критериями: дефекацией, изменением стула или его формы на протяжении трех месяцев при общей продолжительности жалоб не менее шести месяцев. Клинические проявления СРК характеризуются прежде всего болевым синдромом, что отличает его от других функциональных расстройств, и нарушением стула (диареей, запором, их сочетанием). Этиопатогенез СРК сложен и до конца не изучен. Предполагается, что одновременно действует



Д.м.н., профессор
А.А. Самсонов

не один, а несколько причинных факторов, запускающих патофизиологические механизмы. Социально-экономический статус, генетическая предрасположенность, возможность формирования заболевания у ребенка родителями, страдающими СРК, психологические аспекты, висцеральная гиперчувствительность, изменения нейроэндокринной системы (ось «мозг – кишечник»), воспаление, концепция постин-

⁹ Фатеева В.В., Колоколов О.В., Захарова Н.Б. и др. Нарушение сна и когнитивных функций как проявление хронической ишемии головного мозга и патогенетические основы их коррекции // Лечащий врач. 2016. № 5. С. 18–23.



фекционного синдрома СРК, дисбаланс микробиоты, факторы питания – ведущие причины развития заболевания¹⁰.

В последнее время в патогенезе так называемого постинфекционного СРК большое внимание уделяется субклиническому воспалению и нарушению иммунных процессов в кишечнике. Так, установлена роль энтерозндокринных клеток и дисбаланса ряда цитокинов, включая фактор некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), гистамин, серотонин, интерлейкины 1-бета, 6, 10, что проявляется персистирующим субклиническим воспалением, вносящим вклад в механизм периферической сенситизации.

Развитие болевого синдрома у пациентов с СРК детерминируется феноменом висцеральной гиперчувствительности. Механизмы, лежащие в основе висцеральной гиперчувствительности, представлены не только периферической сенситизацией (повышение чувствительности ноцицепторов в кишечнике вследствие воспаления), но и центральной сенситизацией (повышение чувствительности и возбудимости самой ЦНС к сигналам, поступающим от рецепторов)¹¹.

Терапия пациентов с СРК – непростая задача. Важно назначать препараты, не только обладающие симптоматическим действием, но и влияющие на патогенетические механизмы СРК. Среди таких препаратов профессор А.А. Самсонов выделил препарат на основе антител в релиз-активной форме Колофорт, разработанный для лечения функциональных расстройств ЖКТ. Патогенетический препарат Колофорт оказывает анксиолитическое и противвос-

палительное действие, нормализует моторику ЖКТ и позволяет решать главную задачу терапии СРК – купировать боль и диспепсические расстройства.

Колофорт содержит антитела к мозгоспецифическому белку S100, ФНО-альфа и гистамину, прошедшие технологическую обработку в процессе производства. В результате в состав Колофорта входят антитела в релиз-активной форме, которые не блокируют, а модифицируют активность белка S100, рецепторов к гистамину и ФНО-альфа. Сочетание трех активных компонентов позволяет комплексно воздействовать на центральные и периферические звенья патогенеза функциональных нарушений кишечника, и в том числе СРК, проявлять нейротропную, антидепрессивную, анксиолитическую, вегетостабилизирующую активность и осуществлять анальгетический, спазмолитический, противовоспалительный эффект¹².

В неинтервенционном клиническом исследовании в параллельных группах сравнились эффективность и безопасность Колофорта и спазмолитика тримебутина¹³. Необходимо отметить, что спазмолитики почти всегда используются при СРК. Их применение оправдано в отношении сразу двух ключевых симптомов СРК: боли в животе, поскольку одна из ее причин – аномальное сокращение гладких мышц в ЖКТ, и спазма как причины нарушенного кишечного транзита.

В исследовании приняли участие 149 пациентов с СРК в возрасте 18–60 лет. Пациенты основной группы (n = 74) получали препарат Колофорт по схеме: первые

две недели по две таблетки три раза в сутки, начиная с 15-го дня – по две таблетки два раза в сутки. Пациенты контрольной группы (n = 75) принимали тримебутин по одной таблетке три раза в сутки. Курс лечения – до 12 недель. В этот период пациенты совершали еще четыре визита в медицинский центр для объективного обследования и тестирования по опросникам и шкалам: Визуальной аналоговой шкале, Бристольской шкале формы стула, Индексу висцеральной чувствительности (Visceral Sensitivity Index), Опроснику для оценки качества жизни при СРК (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life).

На фоне лечения исследуемыми препаратами отмечалась отчетливая сопоставимая положительная динамика в отношении купирования болевого синдрома с тенденцией к несколько большей эффективности в группе Колофорта. Так, к окончанию курса наблюдения и терапии уменьшение выраженности боли на 30% и более отмечено у 95% пациентов группы Колофорта и 84% пациентов группы тримебутина (p < 0,05).

Анализ динамики изменений типа стула по Бристольской шкале формы кала показал, что Колофорт значительно превосходил тримебутин в эффективности нормализации стула у пациентов с СРК с преобладанием как диареи, так и запоров (p < 0,05).

Колофорт способствовал нормализации висцеральной гиперчувствительности с устойчивой тенденцией на протяжении всего периода наблюдения к несколько большему по сравнению с тримебутином, хотя и статистически незначимому, влиянию на ее изменение относительно исходного значения. Это

¹⁰ Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А., Черемушкина Н.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV // Concilium Medicum. 2016. Т. 18. № 8. С. 79–85.

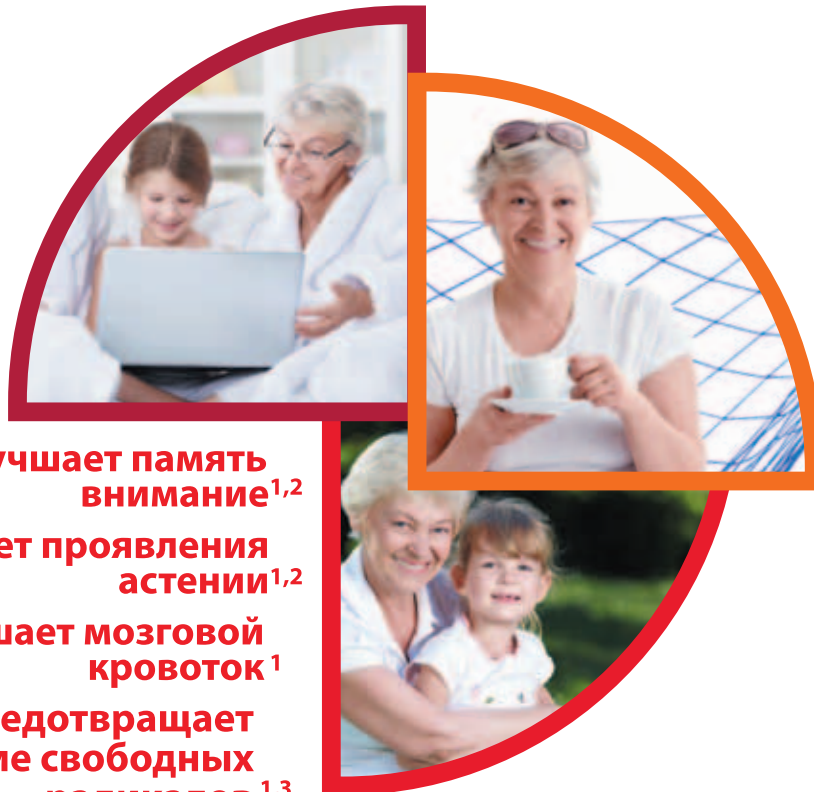
¹¹ Ардатская М.Д., Топчий Т.Б. Абдоминальная боль и висцеральная гиперчувствительность у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV и клиническая практика. М.: Прима-Принт, 2017.

¹² Казюлин А.Н. Колофорт: механизм действия и возможности патогенетической терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2016. № 1–2. С. 19–23.

¹³ Маев И.В., Самсонов А.А., Яшина А.В. и др. Клиническая эффективность и безопасность схем лечения синдрома раздраженного кишечника (результаты сравнительного исследования) // Concilium Medicum. 2016. Т. 18. № 8. С. 19–26.

ДИВАЗА

современный ноотропный вазоактивный препарат
с антиоксидантными свойствами для лечения хронических нарушений
мозгового кровообращения



- ▲ улучшает память
внимание^{1,2}
- ▲ устраняет проявления
астении^{1,2}
- ▲ улучшает мозговой
кровооток¹
- ▲ предотвращает
действие свободных
радикалов^{1,3}

**Голова ясная –
жизнь прекрасна!**

рекомендуется курсовой прием



горячая линия: 8 (495) 681 93 00

www.materiamedica.ru



РУ ЛСР-006646/10-090710

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Диваза.

² Парфенов В.А., Камчатнов П.Р., Воробьева О.В., Густов А.В., Глушков К.С., Доронина О.Б. Результаты многоцентрового исследования эффективности и безопасности применения препарата диваза при астенических и легких или умеренных когнитивных расстройствах в пожилом и старческом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии. 2017; 9: 43-50.

³ Рачин А.П., Выговская С.Н., Нувахова М.Б., Воропаев А.А., Тарасова Л.Ю., Рачин С.А., Смирнова Д.В. Хроническая цереброваскулярная патология, эндотелиальная дисфункция и эффективность релиз-активных препаратов к эндогенным регуляторам мозга. Лечащий врач. 2018; 3: 89-95.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



согласуется с более выраженной терапевтической эффективностью Колофорта в отношении клинической симптоматики.

Качество жизни пациентов было сопоставимым в обеих группах при более выраженном его улучшении по сравнению с исходным

уровнем в группе пациентов, получавших Колофорт.

«Таким образом, Колофорт продемонстрировал сопоставимую с тримебутином эффективность в купировании болевого синдрома. Важно, что применение Колофорта позволило избежать феномена по-

липрагмазии и не сопровождалось развитием нежелательных явлений, что наряду с его эффективностью обеспечило высокий уровень приверженности пациентов к назначенной терапии», – отметил профессор А.А. Самсонов, завершая выступление.

Заключение

Проблема коморбидности становится особенно актуальной в условиях демографического старения населения. У пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями, хуже прогноз, выше риск инвалидизации и меньше продолжительность жизни. Кроме того, коморбидность существенно затрудняет рациональное лечение, закономерно приводя к полипрагмазии, что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, резко повышает вероятность развития нежелательных явлений, увеличивает материальные затраты и снижает комплаентность. Сегодня в распоряжении практического врача есть препараты нового класса, содержащие релиз-активные антитела (Диваза, Тенотен, Колофорт), которые характеризуются значимым терапевтическим эффектом и благоприятным профилем переносимости, что важно для коморбидных пациентов.

Комбинированный препарат Диваза содержит антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S100, которые оказывают нормализующее влияние на интегративную деятельность мозга, что проявляется широким спектром сбалансированных психофармакологических эффектов: анксиолитическим, нейропротективным, антиастеническим, антиамнестическим.

В состав препарата также входят антитела в релиз-активной форме к эндотелиальной NO-синтазе, которые повышают активность фермента эндотелиальной NO-синтазы, восстанавливают выработку эндотелием NO, устраняют дисфункцию эндотелия, оказывают эндотелиопротективное действие, влияют на NO-зависимую вазодилатацию. Прием препарата улучшает интегративную деятельность и восстанавливает межполушарные связи головного мозга, способствует устранению когнитивных нарушений, стимулирует репаративные процессы, ускоряет восстановление функций ЦНС, повышает умственную работоспособность, восстанавливает процессы обучения и памяти, нормализует соматовегетативные проявления, усиливает мозговой кровоток. Диваза применяется в составе комплексной терапии восстановления интегративной деятельности мозга при широком спектре органических расстройств ЦНС, а также в монотерапии соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы¹⁴.

Тенотен содержит антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S100. Препарат оказывает успокаивающее, противотревожное (анксиолитическое) влияние, не вызывая нежелательного гипногенного и миорелаксантного эффекта. Тенотен с успехом

используется при функциональных заболеваниях ЦНС, преневротических и невротических расстройствах, а также в комплексной терапии тревожных расстройств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы¹⁵.

В состав комбинированного препарата Колофорт входят релиз-активные антитела, которые не блокируют, а модифицируют активность белка S100, рецепторов к гистамину и ФНО-альфа. Сочетанное применение компонентов в составе комплексного препарата Колофорт способствует нормализации нервной и гуморальной регуляции функции кишечника, уменьшению висцеральной гиперчувствительности рецепторов толстой кишки к растяжению, обеспечивая восстановление нарушенной моторики ЖКТ, купирование ощущения вздутия живота и переполнения желудка, уменьшение выраженности болевого синдрома. Спазмолитическое действие препарата проявляется расслаблением гладкой мускулатуры и уменьшением тонуса стенки ЖКТ, снижением внутрипросветного давления, нормализацией консистенции стула, его частоты и сопутствующих симптомов (в том числе купированием императивных позывов, тенезмов, чувства неполного опорожнения кишечника, уменьшением дополнительных усилий при акте дефекации). Препарат показан при функциональных нарушениях ЖКТ, включая СРК¹⁶. *

¹⁴ Инструкция по медицинскому применению препарата Диваза (регистрационное удостоверение № 006646/10).

¹⁵ Ванчакова Н.П., Попов А.П. Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и опыт их коррекции Тенотеном // Поликлиника. 2007. № 2. С. 74–78.

¹⁶ Инструкция по медицинскому применению препарата Колофорт (регистрационное удостоверение № 006226/10).