

круглый стол / в двух словах / наши акценты / по рецепту / крупным планом / трудный пациент
страницы истории / обозреватель / наше творчество / цифра / шутки ради / лицо номера

в центре внимания

В феврале 2011 года в Москве в Доме учёных РАН состоялась седьмая ежегодная научно-практическая конференция «Вейновские чтения», посвящённая памяти выдающегося российского невролога, заслуженного деятеля науки, лауреата Государственной премии СССР, академика РАМН Александра Моисеевича Вейна.



VII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ВЕЙНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Организаторами конференции выступила кафедра нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, а также Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Департамент здравоохранения города Москвы и Всероссийское научное общество неврологов. Генеральным спонсором мероприятия традиционно стала известная фармацевтическая компания «Пфайзер».

На открытии конференции выступил заведующий кафедрой нервных болезней факультета последипломного профессионального образования врачей Первого МГМУ им. И.М. Сеченова профессор **В.Л. Голубев**, который отметил, что «Вейновские чтения» стали настоящим традиционным праздником для неврологов.

Как всегда, особое внимание на конференции было уделено проблеме боли. В ходе дебатов на сцене профессор

неврологии **О.В. Воробьёва**, профессор хирургии **М.А. Евсеев** и профессор фармакологии **М.В. Журавлёва** обсудили выбор фармакотерапии при лечении боли: преимущества и недостатки НПВП, возможности повышения их эффективности и снижение риска побочных эффектов за счёт применения селективных ингибиторов ЦОГ-2, а также рассказали о новом крупномасштабном исследовании целекоксиба (*Целебрекс®*), показавшем высокую безопасность этого препарата на всём протяжении ЖКТ.

Также большой интерес участников мероприятия вызвал дискуссионный клуб экспертов, организованный при поддержке компании «Пфайзер», на тему «Оптимизация диагностики и терапии пациентов с мигренью». На нём выступили лучшие эксперты по проблеме головной боли из Москвы и Санкт-Петербурга. Так, профессор **Г.Р. Табеева** подняла

вопрос распространённости мигрени в популяции и обращаемости пациентов к врачам, а профессор **В.В. Осипова** рассказала о принципах эффективной терапии приступа мигрени. Д.м.н. **Ал.Б. Данилов** познакомил собравшихся с опытом проведения школ головной боли для пациентов и роли образовательных проектов в повышении эффективности лечения мигрени. Отдельное внимание на симпозиуме было уделено применению триптанов – препаратов для купирования приступов головной боли. Было отмечено, что одним из последних триптанов, появившихся на отечественном фармацевтическом рынке, является элетриптан (*Релпакс®*), который демонстрирует высокую эффективность даже в особо сложных случаях сильной мигрени.

В рамках «Вейновских чтений» состоялся симпозиум, организованный компанией «Пфайзер», на актуальную тему

«Фибромиалгия – миф или реальность?», на котором профессор **Ан.Б. Данилов** рассказал о современных подходах к лечению фибромиалгии, а профессора **Н.В. Чичасова** и **Г.Р. Табеева** представили взгляд ревматолога и невролога на эту проблему. На симпозиуме была затронута тема применения антиконвульсанта прегабалина (*Лирика®*) в лечении фибромиалгии.

И, как всегда, в дни работы конференции состоялась специализированная выставка современных лекарственных средств, инновационных технологий и изделий медицинского назначения. Конференция прошла при поддержке портала *Paininfo.Ru*, телеканала «Вита ТВ», газеты «Без боли» и других специализированных СМИ.

Фотографии предоставлены порталом *Paininfo.Ru*

крупным планом

Фибромиалгия и другие «загадочные» болезни



Каждый из нас хорошо понимает, что такое боль: зубная, головная, мышечная... Мы умеем её описывать: колющая, режущая, сверлящая, давящая... При этом сам механизм боли до сих пор остаётся недостаточно изученным. Так, чуть более двадцати лет назад учёные установили, что боль может иметь принципиально разный генезис, и выделили отдельный вид хронической боли, связанной с поражением нервной системы (она получила название нейропатической). Да и сам факт существования фибромиалгии до последнего времени подвергался сомнению... Завесу таинственности над «загадочными» болезнями открывает д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ФГПОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова **Андрей Данилов**.

6 **Андрей Борисович, начнём с нейропатической боли. В чём заключается её принципиальное отличие от других видов боли?**

В широком смысле боль является предупреждающим сигналом о нарушениях в организме и становится отправной точкой для диагностики и лечения многих заболеваний. Кроме того, острая (т.н.

Продолжение на стр. 2

О ВАЖНОМ

крупным планом

Окончание. Начало на стр. 1

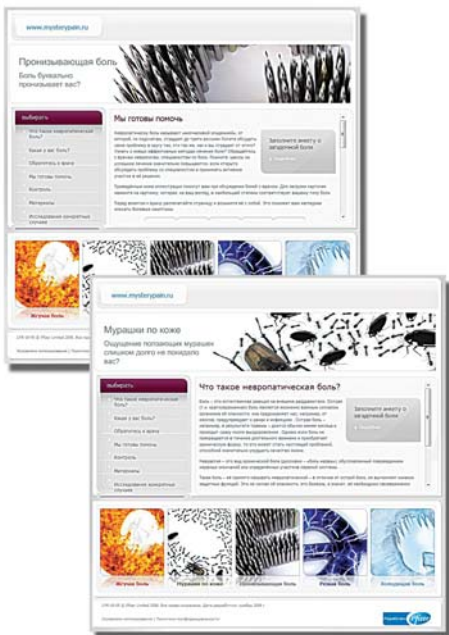
MYSTERYAIN.RU: «ЗАГАДОЧНАЯ» БОЛЬ – ЭТО НЕ ПРИГОВОР!

В русскоязычном сегменте интернета открылся медицинский сайт Mysteryrain.ru, посвященный невропатической боли. Новый веб-ресурс, безусловно, заинтересует всех, кто заботится о собственном здоровье. В первую очередь, он будет полезен пользователям, испытывающим хронические боли неустановленного происхождения.

Сайт Mysteryrain.ru («Загадочная боль») отличается стильным дизайном и интуитивно понятным интерфейсом.

На сайте можно пройти онлайн-тест, который позволит определить очаг боли и её характер. Его результаты можно распечатать и взять с собой при визите к неврологу. Это облегчит постановку точного диагноза и выбор правильной терапии.

Отдельный раздел сайта посвящён описанию конкретных случаев. Вот, например, история двадцатипятилетней Марии из Москвы, рассказанная её лечащим врачом.



«Мария – аспирант философского факультета. На каникулах в прошлом году Мария со своим парнем попала в автомобильную аварию. Молодой человек отделался лёгкими ссадинами и ушибами, а вот девушка пострадала сильнее. Врачи скорой помощи диагностировали перелом голени. В больнице Марии наложили гипс – и отпустили домой. На первый взгляд, последствия аварии казались незначительными, если не считать, конечно, сильно деформированный кузов иномарки. Можно сказать, молодым людям повезло!

Однако спустя несколько дней Мария почувствовала жжение под гипсом, а вокруг голени появилась колющая боль, которая усиливалась при ходьбе. Во время очередной перевязки гипс сняли, и на ноге обнаружили два шрама: один – результат травмы, второй – от операции. Голень покраснела и опухла. Мария рассказала врачу, что помимо жгучей и колющей боли у неё появилась повышенная чувствительность к лёгким прикосновениям к ступне и по всей длине ноги. Врач предположил, что во время операции могли быть повреждены нервы. Повреждённые нервы могут посылать в мозг хаотичные сигналы, вызывая т.н. невропатическую боль, источник которой определить обычно невозможно. Врач назначил схему лекарственной терапии. Через несколько дней интенсивность боли снизилась. Видя положительную динамику, врач дополнительно прописал Марии курс физиотерапии.

Через пятнадцать недель после аварии гипс сняли. Сломанная нога срослась правильно, а невропатическая боль значительно уменьшилась. Впрочем, иногда Мария всё же ощущает ползание мурашек по голени, но это случается так редко, что не доставляет девушке особых неудобств. В этом году Мария вместе со своим парнем планирует отправиться в десятидневный пеший поход по Южному Уралу...»

Главный посыл (он рефреном повторяется на страницах сайта): боль, которая перестала быть тайной, можно победить!

Фибромиалгия и другие «загадочные» болезни

кратковременная) боль предохраняет нас от неблагоприятных внешних воздействий (например, от ожогов и травм). Английский учёный, нобелевский лауреат Чарльз Шеррингтон называл боль «сторожевым псом здоровья». И в этом смысле боль – исключительно важное и полезное ощущение.

Природа невропатической боли совсем иная. Эта боль – болезнь, которая связана с поражением нервов. Именно она зачастую становится мучительной, нарушает жизнь человека на протяжении многих месяцев и даже лет. По данным последних исследований, от невропатических болей разных видов страдает до 8% населения, то есть практически каждый тринадцатый житель планеты.

6 Как возникает невропатическая боль?

Представьте себе множество электрических и телефонных проводов, соединяющих ваш мозг с различными частями тела. Например, когда вы идёте по горячему песку пляжа, нервы, расположенные на стопе, посылают в мозг сигнал, сообщающий о том, что вы наступаете на что-то горячее. В результате вы ощущаете жжение в стопе. Однако повреждённые нервы ведут себя иначе: они начинают посылать избыточные неверные сигналы в головной мозг. Например, они могут сообщать клеткам мозга, что вы только наступили на горячее или дотронулись до электропровода, хотя на самом деле вы ни на что не наступали и ничего не касались.

Спровоцировать невропатические боли могут некоторые заболевания: рассеянный склероз, травма, полученная в результате несчастного случая, или, например, ампутация конечности (в этом случае говорят о т.н. *фантомных болях*).

Нередко невропатическая боль развивается как осложнение на фоне болезней, связанных с поражением нервной системы. К этим заболеваниям можно отнести диа-

Наиболее эффективным лекарственным средством для лечения фибромиалгии является прегабалин (Лирика®)...

бет, опоясывающий герпес, поясничную боль и др. Многие пациенты с невропатической болью часто не описывают свои ощущения как боль. Напротив, они могут рассказывать о том, что ощущают «множество иголок, заноз», «ползание мурашек», покалывание, онемение, чувствуют «прохождение электрического тока».

Вот, например, как описывает боль посетитель одного из медицинских веб-форумов: «Я жалуюсь на боли в поясничной области по вечерам. Начинаются боли в 17-18 часов, максимальные – в 21 час, затем боли стихают. Боль представляет собой жжение в области ниже поясницы на 3 см слева и справа от оси крестца. Иногда вместо жжения возникает чувство пульсирования ткани. В этой области повышенная чувствительность кожи. В периоды вечерних болей даже одежда на этом месте причиняет боль. Кажется, даже лист бумаги на этом месте провоцирует жжение. Невролог утверждает, что это невропатическая боль...».

6 Предположим, диагноз у автора этого сообщения подтвердился. Чем лечить невропатическую боль?

Ключевой характеристикой невропатической боли является то, что она плохо отвечает на традиционные обезболивающие средства, такие как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и анальгетики. Несмотря на это, в России при невропатической боли в 40% случаев назначают именно НПВП, в 20% случаев – простые анальгетики. Ещё 10% пациентов получают транквилизаторы, поскольку на

фоне постоянной боли возникает психологическое расстройство. Таким образом, более 70% человек, испытывающих невропатические боли, получают неадекватную фармакотерапию!

Наиболее эффективными препаратами для лечения таких болей считаются антиконвульсанты и антидепрессанты. Например, инновационный противосудорожный препарат прегабалин (*Лирика®*), который успешно применяется в составе комплексной терапии при эпилепсии. На сегодня это единственное лекарственное средство, официально сертифицированное в России для лечения всех видов невропатической боли.

6 Каковы фармакологические свойства этого препарата?

Лирика® воздействует на избыточные электрические сигналы, которые поступают от сверхвозбуждённых повреждённых нервов в мозг и вызывают боль. При приёме *Лирики®* количество этих сигналов постепенно снижается, в результате уменьшается интенсивность болевых проявлений. Многократные клинические исследования, в которых суммарно участвовало более 10 тысяч пациентов, показали, что *Лирика®* существенно снижает болевые ощущения уже через три дня после начала приёма. Препарат обладает длительным терапевтическим эффектом: после полного курса приёма лекарства пациенты избавляются от боли на срок до 24 месяцев.

6 Есть ещё одна «загадочная» болезнь – фибромиалгия...

Действительно, даже врачи общей практики, не находя объективных причин возникновения боли, пытаются объяснить её психическим расстройством больного и, по возможности, стараются переадресовать его психиатру. Между тем, фибромиалгия – это не миф, а достаточно рас-

6 Как проявляется болезнь?

Характерной особенностью фибромиалгии является обилие и разнообразие жалоб и субъективных ощущений больного при весьма скудных объективных признаках заболевания. Наиболее важным симптомом, указывающим на фибромиалгию, является распространённая скелетно-мышечная боль, сопровождающаяся различными функциональными нарушениями. Боль отмечается во всех четырёх основных отделах тела, а также в пояснице. Кроме жалоб на хроническую боль у пациентов с фибромиалгией выявляются участки с повышенной болевой чувствительностью (зоны механической аллодинии или т.н. *тендерные точки*). Они локализованы в местах прикрепления сухожилий и могут выявляться путём лёгкого надавливания на них большим пальцем.

6 Насколько успешно лечится фибромиалгия?

До недавнего времени страдающий этим недугом человек был обречён оставаться один на один со своими болями и проблемами. Даже в США, где достигнуты наибольшие успехи в борьбе с фибромиалгией, у большинства пациентов правильный диагноз ставился в среднем лишь спустя шесть лет после появления симптомов заболевания.



профессор А.Б. Данилов

Наиболее эффективными лекарственными средствами для лечения фибромиалгии являются антидепрессанты и антиконвульсанты. В первую очередь, упомянутый уже прегабалин (*Лирика®*). В 2010 году препарат был официально зарегистрирован в России в качестве средства лекарственной терапии при фибромиалгии и генерализованных тревожных расстройствах (ГТР) у взрослых.

6 Насколько эффективна Лирика® при этих заболеваниях?

Эффективность препарата подтверждена многократными клиническими исследованиями. К настоящему времени в США (в 2007 году FDA одобрила *Лирику®* в качестве препарата выбора при фибромиалгии) было проведено пять исследований по эффективности использования *Лирики®* у пациентов с фибромиалгией. 2 757 пациентов получали препарат от 8 до 14 недель в дозах от 150 до 600 мг в сутки. У 566 пациентов с фибромиалгией лечение продолжалось на протяжении 6 месяцев. В результате были получены убедительные доказательства эффективности препарата по уменьшению болевого синдрома по сравнению с плацебо.

Что касается исследований по ГТР, то последнее из них было проведено в 2009 году немецкими учёными. В открытом наблюдательном исследовании приняли участие 578 пациентов с ГТР (из них 61 пациент сообщил также о сопутствующем болевом синдроме). По итогам четырёхнедельного приёма препарата общее улучшение состояния было отмечено у 85% больных. Таким образом, исследование подтвердило эффективность и безопасность препарата в лечении пациентов с ГТР и хроническим болевым синдромом. Эти результаты были представлены на международном конгрессе «Боль в Европе» в 2009 году в Лиссабоне (Португалия).

КСТАТИ

NICE УСТАНОВИЛ НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ЛЕКАРСТВ ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ

24 марта 2010 года британский Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства (*NICE*) утвердил список лекарств, которые должны назначаться взрослым с невропатической болью, от которой страдают тысячи людей в Великобритании.

Новая клиническая директива *NICE* определила, какие препараты и в каком порядке следует назначать. Согласно этим рекомендациям, в качестве терапии первой линии должен назначаться прегабалин.

Источник: Citoinform.Com



наши акценты

Диагностика

Мигрень – это хроническое заболевание нервной системы, наиболее характерным проявлением которого являются эпизодически возникающие сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко обеих) половине головы.

Диагноз мигрени ставится на основании рассказа (анамнеза) и осмотра пациента. Алгоритм

(«Идентифицируй мигрень»), который пациент с жалобами на головную боль может пройти ещё до встречи с врачом. Тест состоит из трёх вопросов. Если пациент отвечает «да» хотя бы на два из них, то вероятность наличия мигрени составляет 93%. Предварительное тестирование пациента с помощью теста «ID Migraine» существенно экономит время врача и позволяет прове-

Физикальное обследование проводится для исключения других заболеваний, сопровождающихся головной болью и представляющих опасность для жизни (опухоль, инфекция, сосудистое поражение и др.). Осмотр является обязательным, особенно в случаях, когда при сборе анамнеза выявляются «сигналы опасности» – т.н. *красные флаги*.

рат из группы триптанов. Среди них препарат первого выбора является элетриптан (*Релпакс®*), поскольку он даёт быстрый эффект, отличается продолжительным временем действия и хорошей переносимостью.

В 2006 году в России было проведено исследование READY – первое российское исследование эффективности *Релпакса®* при лечении приступов

Обучение пациента

Образование пациента является важным элементом терапевтического процесса. Сотрудниками кафедры нервных болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова подготовлены специальные брошюры, наглядные пособия для помощи врачу в работе с пациентами.

Кроме того, пациентам с головной болью можно рекомен-

В феврале 2011 года в Москве отдельным изданием вышло руководство для врачей общей практики «Диагностика и лечение головной боли». Его автор – **Ал. Б. Данилов**, д.м.н., доцент кафедры нервных болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В руководстве приведены простые и ясные рекомендации по диагностике и лечению острых приступов мигрени. Кроме того, брошюра содержит чёткий алгоритм опроса пациента, способствующий раннему распознаванию серьёзных заболеваний. Сегодня мы публикуем выдержки из этой монографии.

Мигрень

диагностика и лечение



диагностики заболевания включает ряд вопросов, касающихся длительности, интенсивности, локализации головной боли, а также сопровождающих её симптомов (тошнота, рвота) и провоцирующих факторов-триггеров (шум, яркий свет, запах, алкоголь, метеоусловия и др.).

Тест ID Migraine

Ведущие международные эксперты по головной боли разработали тест для скрининговой диагностики мигрени **ID Migraine**

сти целенаправленную диагностику при помощи дополнительных вопросов.

Осмотр

Диагноз мигрени ставится исключительно на основании анамнеза. Неврологические знаки могут быть обнаружены при осмотре пациента с мигренью с аурой только во время приступа. Вне приступа головной боли у пациентов с мигренью неврологических симптомов нет.

При их обнаружении необходимо направить пациента к неврологу или другому специалисту для дополнительного обследования.

Лечение

В выборе препарата для купирования приступа мигрени важно учитывать тяжесть и интенсивность головной боли. Если она умеренной или выраженной интенсивности, то лучшим средством в этой ситуации, скорее всего, будет препа-

мигрени. Оно проводилось на базе десяти ведущих российских медицинских учреждений с участием 100 пациентов, которым в совокупности купировали 300 приступов.

Результаты исследования подтвердили, что *Релпакс®* является очень эффективным препаратом, практически не имеющим побочных эффектов, с очень хорошей переносимостью. После его применения быстро восстанавливаются работоспособность и активность.

для самостоятельного ознакомления специализированные интернет-ресурсы. Это, в частности, медицинский портал *Paininfo.Ru* и сайт *ShkolaGB.Ru*. Представленные здесь материалы содержат основные сведения о причинах, механизмах и возможностях лечения мигрени и других видов головной боли. Информированность пациента повышает его приверженность выбранной терапии и позволяет заметно повысить эффективность лечения. ■

страницы истории

История обезболивания

Эд Побужанский

Часть шестая



Мы завершаем публикацию «медицинских хроник», посвящённых истории наркоза. За два года мы успели рассказать об основных методах и средствах обезболивания с древних времён и вплоть до начала прошлого века. Последняя историческая заметка целиком посвящена вкладу русских учёных в развитие мировой и отечественной анестезиологии. Помимо великого хирурга-новатора Николая Пирогова, 200-летие которого мы отметили в ноябре 2010 года, в историю обезболивания вписаны имена и других выдающихся русских учёных. В их числе: В.И. Инноземцев, А.М. Филомафитский, Василий Анреп, Сергей Фёдоров и Николай Кравков...

«Почему отменили операцию?»

В России первая операция под эфирным наркозом была произведена 7 февраля 1847 года профессором В.И. Инноземцевым, а спустя неделю – профессором Медико-хирургической академии Н.И. Пироговым. Совершенно безболезненно он удалил у женщины молочную железу. Очнувшись после наркоза, больная удивлённо поинтересовалась, почему отменили операцию.

Эфирный наркоз начали широко применять в хирургической практике. В России, по примеру многих европейских стран, была создана комиссия по изучению эфирного наркоза и техники его проведения. Её воз-

главил известный русский хирург А.М. Филомафитский. Совет рекомендовал медицинским факультетам всех университетов Российской империи проводить исследования в области наркоза. Наиболее плодотворную деятельность развернул профессор Н.И. Пирогов. Учёный исследовал различные способы введения лекарственного средства. Так, великий хирург предложил ректальный способ наркоза (введение эфира в прямую кишку), для чего создал специальный аппарат.

Летом 1847 года Н.И. Пирогов впервые в мире применил эфирный наркоз на театре военных действий в Дагестане (при осаде аула Салты). Результаты поразили хирурга: впервые операции проходили без стонов и криков раненых.

Н.И. Пирогову также принадлежит приоритет в использовании хлороформного наркоза, который постепенно вытеснил эфир из хирургической практики.

По месту

В 1859 году был открыт кокаин (алкалоид листьев кокаинового куста), который, как показали исследования, обладает обезболивающими свойствами. Впервые об этом написал русский химик, профессор Петербургского клинического института Василий Анреп. Будучи молодым врачом на стажировке в Вюрцбургском университете, он установил, что введённый под кожу слабый раствор кокаина вызывает сначала ощущение потепления, а затем потерю чувствительности в месте укола. В.К. Анреп высказал идею местной анестезии, предложив в ряде случаев обезболивать только зону операции, без выключения сознания. Основываясь на этих исследованиях, петербургский офтальмолог И.Н. Кацауров ещё до

австрийского хирурга Карла Коллера начал делать глазные операции, проводя кокаиновую анестезию по собственной оригинальной методике.

Важную роль сыграло местное обезболивание методом тугого инфильтрата, разработанным А.В. Вишневым. Относительная простота и безопасность метода, возможность проведения обезболивания самим хирургом, открытие новых, более эффективных и безопасных местных анестетиков, делают его весьма распространённым и в наше время.

«Русский метод»

Почти полвека для обезболивания хирургических операций использовались ингаляционные методы анестезии. В 1904 году выдающийся русский хирург С.П. Фёдоров впервые применил открытый фармакологом Н.П. Кравковым наркоз гедоналом, что дало мощный толчок развитию полостной хирургии. Кстати, этот вид неингаляционного наркоза в зарубежных руководствах известен как «русский метод».

Год спустя С.П. Фёдоров и Н.П. Кравков разработали комбинированный (смешанный) наркоз. Сначала сознание больного выключалось внутривенной инъекцией гедонала, обеспечивая быстрое и приятное засыпание, затем бессознательное состояние поддерживалось ингаляционным введением хлороформа. Таким образом, была устранена опасная для больного стадия возбуждения, возникающая при мононаркозе хлороформом.

В 1926 году на смену гедоналу пришёл авертин, а через год была предпринята попытка использовать перноктон – первый барбитурат. ■



Устрани боль,
не навредив желудку!

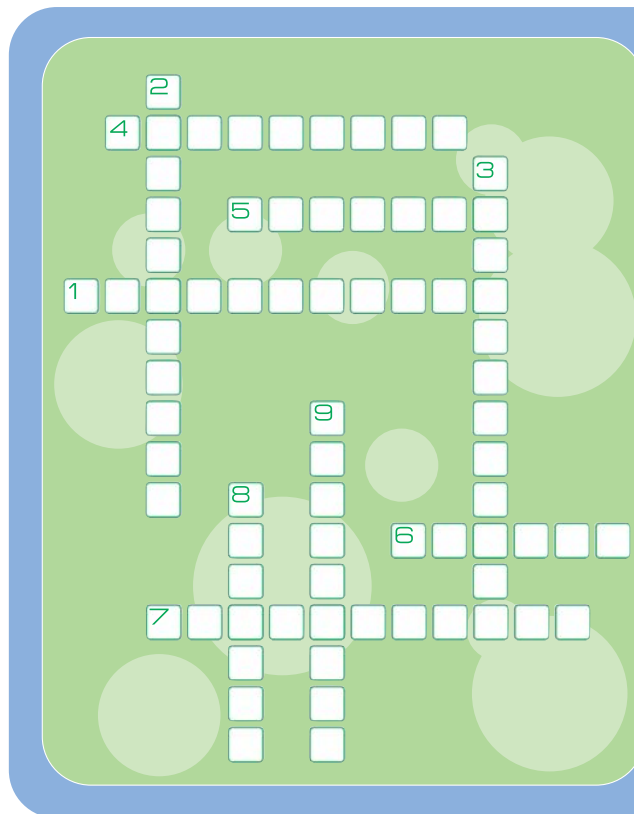
ЦЕЛЕБРЕКС®
(ЦЕЛЕКОКСИБ)

Стандарт безопасности терапии НПВП²

Показания к применению: болевой синдром (боль в спине, костно-мышечные, послеоперационные и другие виды боли), симптоматическое лечение ревматоидного артрита, остеоартроза, анкилозирующего спондилита, лечение первичной дисменореи¹.

1. Инструкция к медицинскому применению препарата Целебрекс П N015986/01-200209.2. Каратеев А.Е., Яно Н.Н., Лазебник Л.Б., Кукушкин М.Л., Дроздов В.Н., Исаков В.А., Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – С.114-121. Представительство Корпорации «Пфайзер Эч. Си. Пм. Корпорация». 109147, г. Москва, ул. Таганская, 17-23. Тел.: (495) 258 5535; факс: (495) 258 5538.

Проверьте себя, разгадав кроссворд*



1. Одно из показаний для применения препарата Целебрекс®.
2. Представителем какого класса НПВП является целекоксиб?
3. Что означает слово celebration, от которого произошло название Целебрекс®?
4. Единственный препарат в РФ, содержащий целекоксиб.
5. Компания-производитель препарата Целебрекс®.
6. Название нового Международного исследования по ЖКТ-безопасности НПВП.
7. Одно из показаний для применения препарата Целебрекс® у женщин.
8. В какой лекарственной форме выпускается Целебрекс®?
9. Сколько миллиграммов целекоксиба нужно принять при остром болевом синдроме любой локализации?

реста.
Коддор. 7. Дисменорея. 8. Капсула. 9. Четыр.
Празднования. 4. Целебрекс. 5. Пфайзер. 6.
Остеартроз. 2. Селективные 3.

*1. Инструкция к медицинскому применению препарата Целебрекс П N015986/01-200209. 2. Каратеев А.Е., Яно Н.Н., Лазебник Л.Б., Кукушкин М.Л., Дроздов В.Н., Исаков В.А., Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2009: 114-121. 3. Cheung R., Krishnaswami S., Kowalski K. Analgesic efficacy of Celecoxib in Postoperative Oral Surgery Pain: a single-dose, two-center, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled study. Clinical Therapeutics/Volume 29, Theme Issue, 2007. 4. Chan F et al. Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomized trial. Lancet 2010; 376: 173-179 5. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm103420.htm> 6. EMEA PRESS RELEASE: EMEA/247323/2005. <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/press/pr/24732305en.pdf> 7. Реестр зарегистрированных ЛС 23.08.2010 <http://www.regmed.ru/SearchResults.asp> 8. Итоги пресс-конференции «Восстановить доверие пациента. Альтернативы нет» 17 октября 2005 г. http://www.rol.ru/news/med/news/05/10/17_001.htm

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Целебрекс П N015986/01-200209

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Целекоксиб обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием, блокируя образование воспалительных простагландинов (P_g) в основном за счёт ингибирования циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). Индукция ЦОГ-2 происходит в ответ на воспаление и приводит к синтезу и накоплению простагландинов, в особенности простагландина E₂, при этом происходит усиление проявлений воспаления (отёк и боль). В терапевтических дозах у человека целекоксиб значимо не ингибирует циклооксигеназу-1 (ЦОГ-1) и не оказывает влияния на простагландины, синтезируемые в результате активации ЦОГ-1, а также не оказывает влияния на нормальные физиологические процессы, связанные с ЦОГ-1 и протекающие в тканях, и прежде всего в тканях желудка, кишечника и тромбоцитах. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическое лечение остеоартроза, ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилита. Болевой синдром (боли в спине, костно-мышечные, послеоперационные и другие сравнимые по интенсивности боли). Лечение первичной дисменореи. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к целекоксибу или любому другому компоненту препарата. Известная повышенная чувствительность к сульфонидам. Бронхиальная астма, крапивница или аллергические реакции после приёма ацетилсалициловой кислоты или других НПВП, включая другие ингибиторы ЦОГ-2. Операции аортокоронарного шунтирования. Пептическая язва в стадии обострения или желудочно-кишечное кровотечение. Воспалительные заболевания кишечника. Сердечная недостаточность (NYHA II – IV). Клинически подтвержденная ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и цереброваскулярные заболевания в выраженной стадии. Беременность и период лактации (см. «Применение при беременности и кормлении грудью»). Тяжелая печеночная и почечная недостаточность (нет опыта применения). Возраст до 18 лет (нет опыта применения). С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Целебрекс® следует принимать с осторожностью при следующих состояниях: забо-

левание желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, кровотечения в анамнезе), наличие инфекции *Helicobacter pylori*; совместное использование с антикоагулянтами (варфарин), антиагрегантами (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел), пероральными глюкокортикостероидами (преднизолон), селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (циталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралин); задержка жидкости и отеки; нарушения функции печени средней степени тяжести; заболевания сердечно-сосудистой системы; церебро-васкулярные заболевания; дислипидемия/гиперлипидемия; сахарный диабет; заболевания периферических артерий; одновременное применение с ингибиторами СYP2C9; длительное использование НПВП; тяжелые соматические заболевания. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, не разжевывая, запивая водой, независимо от приема пищи. Максимальная рекомендуемая суточная доза при длительном приеме – 400 мг. Лечение болевого синдрома и первичной дисменореи: Рекомендуемая начальная доза составляет 400 мг, с последующим, при необходимости, приемом дополнительной дозы в 200 мг, в первый день. В последующие дни рекомендуемая доза составляет 200 мг 2 раза в сутки, по необходимости. Симптоматическое лечение остеоартроза: Рекомендуемая доза составляет 200 мг в сутки за 1 или 2 приема. Отмечена безопасность приема доз до 400 мг 2 раза в сутки. Симптоматическое лечение ревматоидного артрита: Рекомендуемая доза составляет 100 или 200 мг 2 раза в сутки. Отмечена безопасность доз до 400 мг 2 раза в сутки. Симптоматическое лечение анкилозирующего спондилита: Рекомендуемая доза составляет 200 мг в сутки за 1 или 2 приема. По назначению врача доза может быть увеличена до 400 мг в сутки. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ (НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ): обострение аллергических заболеваний, гриппоподобный синдром, случайные травмы, периферические отеки, абдоминальная боль, диарея, диспепсия, метеоризм, заболевания зубов (постэкстракционный люночковый альвеолит), головокружение, повышение мышечного тонуса, бессонница, инфекция мочевых путей, бронхит, кашель, фарингит, ринит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей, кожный зуд, кожная сыпь. ФОРМА ВЫПУСКА: Капсулы по 100 мг и 200 мг.

без боли купон
www.bezboli.info бесплатной подписки на газету

Пожалуйста, заполните и отправьте по факсу (495) 258-55-35, по электронной почте (в свободной форме) на адрес podpiska@bezboli.info или обычной почтой: 109147, Москва, Таганская ул., д. 21.

Имя _____ Отчество _____

Фамилия _____

Профессия, сфера деятельности _____

Почтовый адрес (с индексом) _____

Контактный телефон (желательно) _____

Адрес электронной почты (желательно) _____

Какие публикации этого номера газеты Вам показались наиболее интересными?

О чём Вы бы хотели прочитать в следующих номерах газеты?

2011

наше творчество

Добавим в жизнь Лирику!

Фестиваль лирического стихотворения

Сегодня мы представляем творчество невролога **Евгении Мартыненко** из Иркутска. Евгения Александровна успешно руководит филиалом ведомственной поликлиники, а в свободное время сочиняет стихи. Два из них мы и публикуем в рамках поэтического фестиваля. А всем читателям хотим напомнить, что мы ждём ваши лирические подборки с краткой информацией о себе. Присылайте стихи на адрес konkurs@bezboli.info или по почте: 109147, Москва, Таганская ул., д. 21, «Пфайзер». Лучшие стихотворения будут опубликованы! *Добавим в жизнь Лирику!*



Евгения Мартыненко

Весна

Пою я гимн весне, любви и пробуждению!
Весна – природы необычное творенье,
С её приходом оживают души,
Покой нарушен – чувствами нарушен!
Дурман пьянящий я вдыхаю разом,
И неподвластен уж контролю разом!
Хочу лететь и петь, и верить в чудеса:
Мои желания исполнят небеса!



Подражание классике

Под крепким льдом текут негромко реки,
Такая тишина стоит кругом,
Что кажется, зима пришла навеки
И упокоила природу белым сном...

Вдруг зазвенели бубенцы далече:
Куда в ночи торопится гонец?
Забилось сердце в ожиданьи встречи...
Но тройка – мимо.
Стихнул бубенец...