

Есцитам

Есциталограм



Підтримка
полегшує
ЖИТТЯ

- Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁴
- Біоеквівалентний оригінальному есциталограму⁵
- Один з найдоступніших за ціною есциталограмів в Україні⁶



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ
Діюча речовина. Есциталограм. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антидепресанти. **Фармакологічні властивості.** Есцитам є антидепресантом, селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зумовлює клінічні і фармакологічні ефекти препарату, має високу спорідненість до основного зв'язувального елемента і суміжного з ним алостеричного елемента транспортера серотоніну та не має зовсім або має дуже слабку здатність зв'язуватися з низкою рецепторів, включаючи серотонінові 5-HT_{1A}, 5-HT₂-рецептори, дофамінові D₁- та D₂-рецептори, α₁-, α₂-, β-адренергічні рецептори, гістамінові H₁, M-холінергічні рецептори, бензодіазепінові та опіатні рецептори. **Показання.** Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальна фобія), генералізованих тривожних розладів, обсесивно-компульсивних розладів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до есциталограму або до інших компонентів препарату, одночасне лікування інгібіторами MAO або лімоцидом. **Побічні реакції.** Нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривога, неспокій, аномальні сни, зниження лібідо, аноргазмія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусити, позікання, посилене потовиділення, артралгія, міалгія, розлади еякуляції у чоловіків, імпотенція, втома, пірексія, збільшення маси тіла, симптом відміни тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** №UA/13228/01/01, №UA/13228/01/02. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асінно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції 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. Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22:1331-4. 2. Khan et al. Clin Drug Invest 2007; 27 481-92. 3. Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21 297-309. 4. Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189 264-1. 5. Bioequivalence Study Number 2007-003996-38, Clin. Report. Dec. 2007, Summary, p. 8. 6. Тижневик «Аптека», <http://www.apтека.ua>.

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

acino
Швейцарські стандарти якості



Сучасні підходи до лікування пацієнтів з обсесивно-компульсивним розладом та мігренню

11-13 вересня в м. Одеса традиційно відбувся щорічний науковий захід – Нейросимпозиум, який був присвячений актуальним проблемам діагностики й лікування в неврології. Ця наукова зустріч зібрала під одним дахом провідних наукових діячів країни та практичних клініцистів: лікарів-неврологів, нейрохірургів, психіатрів, терапевтів, сімейних лікарів та колег із-за кордону – Бельгії, Франції та Литви. Платиновим спонсором Нейросимпозиуму виступила компанія «Асінно Фарма Старт».



Доктор медичних наук, професор Михайло Михайлович Орос (Ужгородський національний університет) у своїй неординарній доповіді під назвою «Я мушу це зробити?» яскраво продемонстрував особливості клініки, патогенезу та лікування обсесивно-компульсивних розладів (ОКР).

Передусім доповідач наголосив, що ця категорія пацієнтів потрапляє в поле зору не так психіатрів, як сімейних лікарів та неврологів.

ОКР – хронічний психіатричний розлад, який є одним із 10 найпоширеніших захворювань у всьому світі та четвертим найпоширенішим психіатричним розладом.

ОКР супроводжується обсесіями та компульсіями. Характерними діагностичними особливостями обсесій є суб'єктивний сенс боротьби, судження про те, що думати – це робити. Часто трапляється, що самим пацієнтом симптоми вважаються неправдивими та безглуздими. Загалом пацієнт постійно думає про проблеми, котрі турбують його. Досить часто ці стани супроводжуються компульсіями.

Компульсіями прийнято вважати патологічну потребу діяти у відповідь на імпульс, що при обмеженому вираженні викликає заспокоєння. Тобто це повторювальна поведінка у відповідь на обсесію, виконана відповідно до певних правил, яким немає кінця.

Існує певний психологічний цикл ОКР, який запускається інтрузивною думкою, котра викликає тривогу. У відповідь виникає компульсія чи уникання, що призводить до тимчасового та нетривалого зменшення тривоги. Якщо відбувається позитивне підкріплення цієї поведінки, симптоми лише наростають.

Патогенетично в основі лежить порушення серотонінової регуляції, що полягає у підвищеній чутливості пост-синаптичних 5HT_{1A}- та 5HT_{2A}-рецепторів, а також порушення регуляції пресинаптичного 5HT_{1A}. Морфологічно за симптоми ОКР відповідає префронтальна кора, обсесій – її дорсолатеральна ділянка, за компульсії – орбіто-фронтальна, за афективність – вентромедіальна зона.

Вчені підтримують гіпотезу про генетичну основу ОКР, проте тоді як, наприклад, при шизофренії знайдено певні гени, котрі пенетрують із захворюванням, то для тривожних розладів таких генів досі не встановлено. Все ж, за результатами досліджень, у осіб із генетичною схильністю частіше розвиваються тривожні розлади, ніж у загальній популяції.

Нейрокогнітивна модель пояснює, що обсесії – це не будь-які думки, котрі спричиняють тривогу, а лише ті, яким людина надає певне значення. Компульсії підтримуються цими думками та не лише є поведінкою у відповідь, а й сприяють зменшенню напруження (є нейтралізуювальною поведінкою). Крім того, виконання компульсій не дає можливості перевірити реальну загрозу цих думок. Також пацієнтам з ОКР властива негативна фільтрація.

Цей взаємозв'язок породжує класичний цикл підтримання ОКР. Нейтралізуювальна поведінка стає потужним тригерним стимулом, посилює переконання пацієнта в правильності його думок.

Основні наслідки нейтралізуювальної поведінки:

- сприяє зменшенню дискомфорту, що зумовлює розвиток примусової поведінки як інструменту боротьби зі стресом. Це посилення поведінки може призвести до загальної прийнятності цієї стратегії;
- нейтралізація слідуватиме за непокаранням і може призвести до ефекту сприйняття вірувань як дійсності;

– нейтралізуювальна поведінка стає потужним і неминучим тригерним стимулом, підсилює віру, що може статися щось погане.

Психоаналітичними факторами є амбівалентність, яка наявна в нормальних дітей під час анальної садистської фази розвитку. Діти відчувають любов і смертельну ненависть до одного й того самого об'єкта. Пацієнти з ОКР часто свідомо відчувають як любов, так і ненависть до об'єкта. Конфлікт протилежних емоцій проявляється під час виконання пацієнтом певної моделі поведінки та в суперечностях сумнівів перед вибором.

Лікування пацієнтів з ОКР має бути комплексним і включати як фармакотерапію, так і психофармакологічне лікування.

Когнітивно-поведінкова психотерапія й антидепресанти є першою лінією вибору. Препаратами другої лінії вибору є клоніпрамін, інгібітори моноаміноксидази тощо. Іншими немедикаментозними методами ОКР є повторювальна транскраніальна магнітна стимуляція.

У фармакотерапії застосовують різні групи препаратів, такі як трициклічні антидепресанти (клоніпрамін), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флувоксамін, флуоксетин, пароксетин, сертралін, циталограм, есциталограм), атипівні антипсихотики (здебільшого оланзапін, кветіапін, рисперидон, сульпірид, амисульпірид) і бензодіазепіни переважно короточасної дії. При цьому М.М. Орос зазначив, що у своїй практиці намагається уникати призначення бензодіазепінів пацієнтам з ОКР.

Антидепресанти поділяються за характером дії: від переважно стимулювальної (флуоксетин, флувоксамін) до більш вираженої анкісілітичної (пароксетин, сертралін). Есциталограм посідає проміжне місце між препаратами, котрі чинять переважно стимулювальний або переважно анкісілітичний вплив, маючи збалансований механізм дії.

Есциталограм має унікальний механізм дії алостеричного антидепресанту, що полягає у високій спорідненості до основного зв'язувального елемента й суміжного з ним алостеричного елемента транспортера серотоніну, та не має чи має дуже слабку здатність зв'язуватися з низкою рецепторів.

Зазначений препарат має такі фармакологічні властивості: – є селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну;

– висока спорідненість з основним зв'язувальним елементом і суміжним алостеричним елементом транспортера серотоніну;

– низька спорідненість з α_{1,2}- та β-адренорецепторами, дофаміновими D₂-, 5HT_{1A,2}-подібними, H₁-гістаміновими та M-холінергічними, бензодіазепіновими й опіатними рецепторами.

Абсорбція практично повна та не залежить від прийому їжі. Максимальна концентрація в плазмі крові досягається через 4 год після прийому. Біодоступність есциталограму становить близько 80%. Зв'язування есциталограму та його основних метаболітів із білками крові не нижче 80%.

Есциталограм і його основні метаболіти виділяються печінкою (метаболічний шлях) і нирками. Велика частина дози виводиться у вигляді метаболітів із сечею. Кінетика есциталограму лінійна. Рівномірна концентрація досягається приблизно через тиждень. У пацієнтів похилого віку (старше 65 років) есциталограм виводиться повільніше, ніж в осіб молодого віку.



Доповідач нагадав про необхідність дотримання пацієнтами збалансованого харчування, навівши приклад еквівалентності двох повних жмень кеш'ю з терапевтичною дозою антидепресанту.

Отже, серед тривожних розладів ОКР посідає значне місце. Симптоми захворювання є різноманітними та досить важко підлягають корекції. Патогенетичні й етіологічні механізми розвитку ОКР недостатньо вивчені. У зв'язку із сукупністю вказаних проблем лікування пацієнтів з ОКР має бути комплексним і потребує наявності цілої низки знань і навичок у лікаря. Першочерговим кроком є когнітивно-поведінкова психотерапія. Серед психофармакологічних методів лікування перевагу слід віддавати антидепресантам із групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Найбільш збалансовану дію серед вказаних препаратів має есциталопрам, який посідає проміжне місце між препаратами з переважно стимулювальною та переважно анкіолітичною дією. Крім того, есциталопрам характеризується високим профілем безпеки для застосування в пацієнтів з ОКР.



Серед великої кількості корисних і цікавих доповідей хотілося б виділити виступ **Тетяни Миколаївни Слободін, доктора медичних наук, професора кафедри неврології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), почесного члена Міжнародного товариства з вивчення розладів руху та Міжнародного товариства нейронаук**, в якому науковець привернула увагу слухачів до актуальної проблеми сьогодення — підбору оптимальної тактики терапії мігрені.

Відповідно до визначення Міжнародної спільноти з вивчення головного болю (International Headache Society, IHS), мігрень — це захворювання нервової системи, що має пароксизмальний тип перебігу, проявляється нападами сильного головного болю однобічного характеру (гемікранія), переважно в очноямково-лобово-скроневій ділянці, тривалістю 4-72 год, що супроводжується нудотою, блюванням, поганою переносимістю яскравого світла (фотофобія), гучних звуків (фонофобія), а після нападу — сонливістю та млявістю. Мігрень — найчастіша й тяжка форма первинного головного болю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2001), вона є однією з 20 причин, що призводять до соціальної дезадаптації, а в жінок віком 15-44 роки посідає друге місце серед причин втрати працездатності.

Варто зазначити, що мігрень — це первинний головний біль, але в більшості випадків мігрень коморбідна з іншими видами головного болю (головним болем напруження чи кластерним головним болем). Потрібно мати на увазі, що патогенетичні механізми цих розладів можуть перетинатися, але тригери в них різні.

Поширеність мігрені в популяції становить 11-25% серед жінок і 4-10% серед чоловіків. Слід зауважити, що в 60-70% пацієнтів мігрень має спадковий характер. Згідно з даними ВООЗ, мігрень посідає 19-те місце в переліку захворювань, які порушують соціальну адаптацію.

Успішне лікування нападів мігрені визначається на підставі таких критеріїв (P. Tfelt-Hansen et al., 2000):

- відсутність болю через 2 год;
- зменшення головного болю від помірного/тяжкого до легкого через 2 год;
- стійкий позитивний ефект при 2 із 3 нападів;
- відсутність рецидиву головного болю без застосування ліків протягом наступних 24 год після успішного лікування (так зване стійке зниження болю чи відсутність болю).

Для купірування мігренозного нападу використовують стандартний набір лікарських засобів:

- нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ);
- протиблювотні препарати за наявності нудоти та блювання;
- дофамінові антагоністи;
- триптани, дигідроерготамін.

Американська академія неврології та Європейська федерація неврологічних спільнот рекомендують використовувати специфічні для мігрені агенти (триптани, дигідроерготамін) у хворих із помірним і вираженим ступенем тяжкості мігрені чи у хворих зі слабким або помірним ступенем тяжкості мігрені

з поганою відповіддю на НПЗЗ або комбінації, такі як ацетилсаліцилова кислота + ацетаміфен + кофеїн (EFNS guideline on the drug treatment of migraine — revised report of an EFNS task force. European Journal of Neurology. 2009; 16: 968-981).

Будь-який триптан як препарат першого ряду є правильним вибором при мігренозному головному болю помірної або вираженої інтенсивності чи при мігрені будь-якого ступеня тяжкості, коли неспецифічне лікування було неефективним для забезпечення адекватного поліпшення в минулому.

Для оцінювання ефективності різних триптанів пацієнтам ставили декілька спеціальних запитань:

1. Чи вагомо зменшувався біль через 2 год після прийому препарату?
2. Чи добре ви переносите препарат?
3. Чи використовуєте ви один засіб або ж застосовуєте додаткове знеболення?
4. Чи дає вам прийом цього препарату змогу швидко повернутися до звичайної соціальної, професійної активності та виконання сімейних справ?

Під час своєї доповіді автор зазначила, що триптани II покоління мають кращу біодоступність, проникають крізь гематоенцефалічний бар'єр, що частково пояснюється їхньою кращою ліпофільністю. При пероральному застосуванні ризатриптану й елетриптану терапевтичний ефект настає через 30 хв; після прийому суматриптану, алотриптану та золмітриптану — через 45-60 хв (M.D. Ferreri et al., 2001), норатриптану та фроватриптану — до 4 год (P.J. Goadsby, 1997; D.A. Markus et al., 2007).

Професор наголосила, що ризатриптан у дозі 10 мг ефективніший, ніж суматриптан у дозі 100 мг.

Елетриптан у дозі 80 мг є найефективнішим із пероральних форм триптанів, але має вираженіші побічні ефекти (M.D. Ferreri et al., 2001). Висока частота рецидивів спостерігається після підшкірного введення суматриптану. Ризатриптан у поєднанні з дексаметазоном істотно ефективніший, ніж один ризатриптан, хоча ця комбінація асоціюється з вищою частотою розвитку несприятливих реакцій (M.E. Bigal et al., 2008).

Ризатриптан — триптан II покоління, що має поліпшену фармакокінетику. Терапевтичний ефект ризатриптану при лікуванні мігренозного головного болю може бути зумовлений його впливом на серотонінові рецептори, що розташовані на екстрацеребральних внутрішньочерепних судинах, які іннервує трійчастий нерв. Активація цих рецепторів може спричинити звуження внутрішньочерепних кровоносних судин і пригнічення вивільнення нейропептиду, в результаті чого зменшується запалення й послаблюється передача больового імпульсу трійчастого нерва. Крім того, препарат зменшує функціональну неспроможність, нудоту, світлобоязнь і фонофобію, котрі зумовлені мігренозними нападами. Препарат добре всмоктується в кишківнику. Абсорбція не залежить від прийому їжі. Біодоступність у середньому становить 45%. Період максимального накопичення в плазмі (t_{max}) коливається від 1,6 до 2,5 год.

В іншому порівняльному дослідженні (P. Tfelt-Hansen, 2000) було встановлено, що ризатриптан у дозі 10 мг ефективніше усуває напад мігрені, ніж наратриптан (2,5 мг), золмітриптан (2,5 мг), алотриптан (12,5 мг) і суматриптан (100 мг). У рандомізованому клінічному дослідженні P.R. Saxena (2000) доведено, що за показником «відсутність головного болю через 2 год після прийому» ризатриптан у дозі 10 мг був дієвішим, ніж суматриптан у дозі 50 мг: зменшення головного болю відзначали на 20% більше пацієнтів, які приймали ризатриптан, порівняно з хворими, що приймали препарат порівняння.

Важливо пам'ятати, що за критеріями IHS використання триптанів обмежено максимум 9 днями на місяць. Лікарям слід узяти до уваги, що після нападу пацієнта необхідно попередити про ризик зловживання лікарськими засобами.

На завершення своєї презентації доповідач приділила належну увагу питанню профілактики головного болю. Важливими є дотримання правил здорового харчування, помірні та регулярні фізичні вправи, прогулянки на свіжому повітрі, дихальна гімнастика, дотримання режиму сну та неспання. Крім того, вагомим профілактичним заходом є опанування навичок стрес-менеджменту: тренування емоційного реагування, встановлення відповідних копінг-стратегій, медитування, своєчасне лікування тривожних і депресивних станів, звернення по кваліфіковану допомогу до спеціаліста.

Підготувала **Галина Смолій**

UA-CNSP-PUB-102018-020



Різоптан®

Ризатриптан



Позбався мігрені, живи **яскраво**

- 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 бензоату 14,53 мг у перерахуванні на ризатриптан 10 мг. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються при мігрені. Селективні агоністи 5-HT₁-рецепторів серотоніну. Ризатриптан. Код АТХ N02С С04. **Фармакологічні властивості.** Ризатриптан селективно з високою афінітністю зв'язується з рецепторами людини 5-HT_{1B}/5-HT_{1D}. Терапевтична активність ризатриптану при лікуванні мігренозного головного болю може бути пояснена його агоністичним впливом на рецептори 5-HT_{1B} та 5-HT_{1D} екстрацеребральних інтракраніальних кровоносних судин, які вважаються розширюються під час нападу; і трійчастіх сенсорних нервів, які іннервують їх. Активація рецепторів 5-HT_{1B} та 5-HT_{1D} може призвести до звуження інтракраніальних кровоносних судин, які викликають біль, і інгібування вивільнення нейропептиду, що веде до зниження запалення чутливих тканин і зменшення передачі центрального тригемінального больового 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 (МАО) або застосування протягом двох тижнів з моменту припинення лікування інгібіторами МАО. Тяжка печінкова або тяжка ниркова недостатність. Порушення мозкового кровообігу або транзиторна ішемічна атака в анамнезі. Помірна або тяжка артеріальна гіпертензія, а також нелікована 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 Принцметала. Закорювання периферичних кровоносних судин. Одночасне застосування ризатриптану і ерготаміну, похідних алкалоїдів ріжків (включаючи метисергид) або інших агоністів рецептора 5-HT_{1B}/1D. **Побічні реакції.** Безсоння, запаморочення, сонливість, парестезія, головний біль, гіпестезія, зниження розумової активності, серцебиття, приливи, дискомфорт у площі, нудота, сухість у роті, блювання, діарея, диспепсія, почервоніння, відчуття тяжкості, астенія/втома, біль у животі або грудях (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** №UA/15160/01/01. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції 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, симпозіумах з медичної тематики. 1. Miguel J. Aláinez. Rizatriptan in the treatment of migraine. Neurology. 2006 Sep; 67(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-FS-2015-06. Clin. Report Jun. 2015, Summary 46 p. 5. Тижневик «Аптека», www.apteka.ua.

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



Швейцарські стандарти якості

