

1. Добрый день! Вопрос Янкелевичу Ю.Д.

В чем разница Рексетина и Алвенты (венлафаксин)? Заранее спасибо за ответ) И ещё вопрос: если пациент долгое время принимает Алвенту, есть ли смысл переходить на Рексетин? Если да, то как правильно это сделать?

Говоря о силе тимоаналептического действия, я отмечал венлафаксин как наиболее сильный в группах СИОЗС и СИОЗСН.

Но в общесоматической практике со многих точек зрения препаратами первого выбора являются СИОЗС в силу следующих причин:

Эффективность при депрессиях непсихотического уровня

Отсутствие выраженных побочных эффектов

Низкий потенциал к меж лекарственным взаимодействиям

Простая схема лечения

Минимальная поведенческая токсичность

Безопасность при передозировке

"В соответствии с Рекомендациями по биологической терапии униполярной депрессии Всемирной Федерации Обществ Биологической Психиатрии индивидуальный выбор антидепрессанта для каждого конкретного пациента зависит от различных факторов, которые должны приниматься во внимание. К ним относятся: предшествующий опыт использования данного препарата (наличие или отсутствие эффекта); сопутствующие заболевания, течение которых может ухудшиться в связи с назначением антидепрессанта; сопутствующее назначение других, не психотропных препаратов, которые могут вступать во взаимодействие с антидепрессантом; побочные эффекты препарата, которые могут оказывать влияние на качество жизни пациента и комплаенс; атипичные черты депрессивного эпизода, тип депрессии; опыт врача по использованию данного препарата; история эффективности препарата у родственников первой линии; предпочтения пациента, стоимость и доступность антидепрессанта." (<https://psypharma.ru/ru/differencirovannyj-podhod-k-primenenyu-antidepressantov>).

Для себя я этот вопрос решил в соответствии с поговоркой: "самая короткая дорога к дому та, которую ты лучше знаешь". Я делился с вами собственным опытом, а он у меня наиболее обширный по рексетину.

Вопрос о технике перехода с одного антидепрессанта на другой в рамках групп СИОЗС и СИОЗСН решается просто: сегодня принял один, а завтра можно принять другой, лучше сразу в пробной дозе, а не в предполагаемой терапевтической. Причём, несмотря на очень небольшие отличия в механизме действия этих препаратов, этот переход бывает успешным при тех или иных неудовлетворённостях пациента предыдущим лекарством.

Переход с венлафаксина на пароксетин только из-за того, что пациент его принимает давно, но препарат эффективен и хорошо переносится, мне кажется нецелесообразным ("от добра добра не ищут").

2. Спасибо за доклад. Скажите, пожалуйста:

1. При применении антидепрессантов одним из побочных действий является сонливость и зевота... Скажите, пожалуйста, согласно озвученному патогенезу, как можно его избежать или какие препараты добавить для того, чтобы его избежать или уменьшить.

2. Какие Вы посоветуете препараты для улучшения когнитивных функций на фоне депрессии и приёма антидепрессантов.

По поводу сонливости и зевоты. Всегда целесообразно выяснить, насколько побочные эффекты

мешают достижению основной цели и руководствоваться принципом "на каждый чих не наздравствуешься" и не прибегать ко всяким медикаментозным коррекциям. При хорошем комплаенсе это бывает несложно.

Депрессия и когнитивные расстройства, депрессия и деменция - очень широко обсуждаемая тема. Если в нескольких словах, то снижение нейропластичности является общим звеном патогенеза этих состояний. А клинически депрессия может симулировать когнитивные расстройства и деменцию. И так как для лечения депрессии имеются высокоэффективные и быстродействующие препараты (антидепрессанты), то их применение часто даёт значительный эффект в плане улучшения когнитивных функций. А если этого через несколько месяцев не произошло, то можно пароксетин вполне патогенетически обоснованно комбинировать с блокаторами NMDA-рецепторов (мемантин) или с холинолитиками (донепезил). При этом мы будем воздействовать на общие для депрессии и деменции звенья патогенеза.

3. Есть ли в показаниях для сиозс хроническая боль?

Нет. Это показание есть для amitriptilina, duloksetina и venlafaxina. Однако, если хроническая боль является не единственным и не доминирующим симптомом у данного пациента, а сопровождается тревожно-депрессивное расстройство, то я неоднократно добивался её излечения применением рексетина и при мигрени, и при головной боли напряжения, и при различных миофасциальных и вертеброгенных болевых синдромах.

4. Вопрос к Юрию Дмитриевичу. Во время приёма рексетина наступила желанная беременность. Тактика невролога: отменяем, снижаем дозу, продолжаем приём. Спасибо за актуальную тему!

Внезапного прекращения лечения во время беременности следует избегать. При консультировании женщине следует сообщить информацию о риске лекарственного лечения и риске его отмены.

В инструкции к применению рексетина в разделе 4.6 Фертильность, беременность и лактация говорится: Некоторые эпидемиологические исследования указывают на возможное повышение риска врожденных аномалий развития, в частности сердечно-сосудистой системы (напр., дефекты межжелудочковой или межпредсердной перегородки), при применении пароксетина в первом триместре беременности. Механизм этого явления неизвестен. Данные показывают, что риск рождения ребенка с врожденным пороком развития сердечно-сосудистой системы после применения матерью пароксетина составляет менее 2/100 по сравнению с 1/100 в общей популяции. Пароксетин можно применять при беременности только при наличии строгих показаний.

При принятии решения о продолжении лечения следует учитывать такие факторы как уровень субъективного дискомфорта, тяжесть и длительность предыдущих эпизодов болезни, риск рецидива и его последствий, все риски применения лекарства. При принятии решения об отмене препарата, отменять лечение следует постепенно.

1. Вопрос Галине Михайловне: Благодарю за блестящие клинические примеры. Учитывая продолжительное течение сакроилеита, какой алгоритм выбора продолжительности приёма НПВС (Аэртала)? Возможно ли применение Аэртала более месяца при ночных болях (однократно на ночь)? Совместное применение Аэртала и ацетилсалициловой кислоты (Кардиомагнил, аспикард...), следует ли отменять АСК при добавлении Аэртала?

Обычно курс 7- 10 дней. При ночных болях возможен длительный прием более месяца, по требованию. Возможно сочетание с АСК (низкие дозы).

2. Если боль в области заднебоковой поверхности тазобедренного сустава усиливается в положении лежа на боку, на стороне поражения, периодически выраженная, без иррадиации..,

маркеры воспаления все в норме, движения практически не затруднены, что на Ваш взгляд может быть? Какая тактика ведения? Спасибо.

Для Авдей Г. М.

В таком случае возможно необходимо исключить трохантерит или синдром грушевидной мышцы

3. Здравствуйте. Благодарю за лекцию.

Подскажите, пожалуйста, кто лечит сакроилеит – невролог, или ревматолог, или терапевт? Амбулаторно или госпитализировать?

Это зависит от причины, вызвавшей заболевание. Если это асептическое воспаление, подтвержденное лабораторными данными (HLA-B27, СОЭ высокое), то это болезнь Бехтерева и лечение у ревматолога. Если это септическое воспаление, то могут лечить терапевты, если сакроилит связан с патологией позвоночника - неврологи, а если с травмой - травматологи. Лечение амбулаторно, а при тяжёлом состоянии, выраженном болевом синдроме - госпитализация.

Здравствуйте, вопрос к Усовой Н. Н. В докладе о назначении тиаколихкозида прозвучала фраза точно и по показаниям. Можно подробнее о показаниях и преимуществах назначения в сравнении с другими миорелаксантами? То есть в каких же случаях останавливаться на назначении именно этого препарата?

Тиаколихкозид используется в комплексном лечении боли в спине, обладает миорелаксирующим эффектом и не обладает седативным эффектом. Поэтому можно его прицельно использовать у пациентов, которые ведут активный образ жизни и которым не нужна седация. С осторожностью использовать у молодых женщин, предупреждать что при использовании этого препарата нельзя беременеть. Курс лечения не более 5-7 дней. Препарат не подходит пациентам со спастичностью при органических неврологических заболеваниях.