

# Сероквель XR — новый шаг к оптимизации терапии

**14 мая ведущие отечественные психиатры приняли участие в конференции «Современные подходы к назначению атипичных антипсихотиков», которая проходила в г. Ирпене Киевской области при поддержке компании «АстраЗенека». В рамках медицинского форума обсуждались оптимальные подходы к терапии ряда заболеваний, были озвучены интересные данные о патогенезе шизофрении и биполярного аффективного расстройства, а также представлена инновационная форма известного антипсихотического препарата. Участники конференции высоко оценили уровень организации мероприятия, поблагодарили коллег за активное участие в дискуссии.**

Работу конференции открыли представители компании «АстраЗенека».

**Маркетинг-менеджер компании AstraZeneca Ирина Панарина:**

— AstraZeneca является транснациональной инновационной биофармацевтической компанией. Мы разрабатываем, исследуем и производим рецептурные лекарственные средства, применяемые в таких важных областях здравоохранения, как онкология и неврология, кардиология и инфекционные заболевания, а также гастроэнтерология и пульмонология. Ежегодно компания инвестирует в исследования новых препаратов свыше 4 млрд долларов США. Мы активно работаем в более чем 100 странах с растущим присутствием на быстроразвивающихся рынках, включая Китай, Бразилию, Индию, Россию и Украину. Сотрудниками нашей компании во всем мире являются более 62 тыс. человек.

В мае 2010 года компания «АстраЗенека» выпустила на рынок Украины новую пролонгированную форму Сероквеля — Сероквель XR. В продуктовой портфеле «АстраЗенека» Сероквель является вторым препаратом по объему продаж в денежном выражении, составляющему почти 5 млрд долларов в год. С момента выхода препарата на рынок в 1997 г. он был назначен более 25 млн пациентов. Сероквель помогает контролировать широкий спектр симптомов шизофрении, таких как паранойя, галлюцинации, расстройства мышления, враждебность, депрессия и тревога.

**Продакт-менеджер Марина Гетьман:**

— Основой терапии шизофрении являются антипсихотики, которые широко представлены на фармацевтическом рынке Украины как оригинальными, так и генерическими препаратами. Сероквель XR — это единственный пролонгированный препарат кветиапина в Украине, который принимается 1 раз в сутки. Удобный режим дозирования, безусловно, способен повысить комплаенс пациента, который получает длительную терапию, так как недостаточная приверженность к назначенному лечению, как правило, является одной из основных причин низкой эффективности назначенной терапии и, как следствие, обострения болезни, увеличения затрат как пациента, так и государства. Кроме того, рекомендованная суточная доза 600 мг (для терапии шизофрении) достигается уже ко второму дню терапии, что позволяет взять под контроль состояние пациента в остром периоде. А доказанно лучшая переносимость препарата Сероквель XR позволяет назначать препарат длительно. Кроме того, компания «АстраЗенека», учитывая экономическую ситуацию в Украине, приняла решение сделать качественную терапию доступной, поэтому теперь гораздо большее количество пациентов с шизофренией и биполярным аффективным расстройством смогут получать препарат.

**Медицинский менеджер компании Анжела Леонидовна Романенко** рассказала о препарате Сероквель XR.

— На украинском рынке появился один из наиболее эффективных атипичных антипсихотиков (кветиапина фумарат) в новой форме с замедленным высвобождением — Сероквель XR. Целью создания новой формы является достижение большего удобства в применении препарата, что открывает новые возможности для врачей и пациентов. Благодаря инновационной форме препарат можно принимать 1 раз в сутки, при этом схема титрования упрощается. В таблетке Сероквеля XR действующее вещество защищено специальной гидрогелевой оболочкой, которая регулирует его высвобождение. Благодаря особым свойствам оболочки полное высвобождение кветиапина из таблетки занимает более 20 ч. Фармакокинетика хорошо

изучена для всех доз препарата, доказано линейное высвобождение для каждой из дозировок. При этом прием Сероквеля XR обеспечивает такую же эффективность, как и эквивалентная суточная доза обычного препарата кветиапина. При приеме обычной формы препарата пиковая концентрация действующего вещества в крови достигается быстрее (1,5 ч vs 6 ч для формы XR), но период полувыведения для всех форм одинаков. Новая форма позволяет назначить пациенту 300 мг кветиапина в первый день лечения с переходом на 600 мг уже на второй. В зависимости от ответа на лечение возможно дальнейшее повышение дозы до 800 мг/сут.

**Главный специалист МЗ Украины по специальности «Психиатрия», заместитель директора по научной работе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Наталья Александровна Марута** рассказала о биологических, социально-психологических, психопатологических закономерностях развития первого эпизода шизофрении, а также об основных принципах терапии.

— Оптимизация исходов шизофрении требует преодоления стигматизации больного; интегрированного подхода к проблеме с учетом биологических, психоаналитических и социальных теорий; углубленного анализа механизмов формирования шизофрении. Необходимы активное лечение первого эпизода шизофрении, использование атипичных антипсихотиков, а также ранняя реинтеграция пациента в общество.

особенностей, следует рекомендовать раннее начало терапии, предотвращающее неблагоприятные биологические эффекты на мозг. **Большое значение имеет создание у больного психологической установки на лечение и формирование терапевтического альянса, разработка индивидуальной медикаментозной и немедикаментозной терапевтической тактики, использование психообразовательных стратегий.** Особое внимание должно уделяться ранней реабилитации, направленной на реинтеграцию человека в общество. Однако на этом пути специалисты сталкиваются с рядом проблем, связанных с трудностями определения специфических признаков психоза, отсутствием стандартизированных инструментов для определения факторов риска, этическими проблемами, необходимостью создания центров и разработки программ ранней интервенции. Кроме того, до сих пор не сформировано единое мнение по поводу оптимальной длительности вмешательства.

Возраст начала первого эпизода шизофрении в среднем составляет 26,3±5,2 года. При этом наиболее распространенными симптомами являются: отсутствие осознания своего психического состояния (97% пациентов), слуховые галлюцинации (74%), бредовые идеи отношения (70%), подозрительность (66%), бредовое настроение (64%), бред преследования (64%), отчуждение мыслей (52%), звучание мыслей (50%). Депрессии при первом эпизоде шизофрении, по данным разных авторов, регистрируются в среднем в 25% случаев. Установлено, что наличие депрессии сочетается



**Н.А. Марута**



**С.А. Малайев**



**О.С. Чабан**



общаются с приятелями и друзьями менее одного раза в месяц. Успешная реализация реабилитационных программ у больных с первым эпизодом шизофрении возможна при условии стабилизации клинических проявлений, достижения оптимальной или удовлетворительной ремиссии позитивных и негативных симптомов, улучшения когнитивных функций. Важно своевременное выявление депрессии и суицидального поведения, достижения сотрудничества с пациентом и семьей. Кроме того, назначаемая терапия должна сопровождаться минимальными побочными эффектами.



Исследования, проводимые с помощью компьютерной томографии, позволяют выявить у многих пациентов с первым эпизодом заболевания морфологические изменения в головном мозге. Так, определяется увеличение латерального и третьего желудочков (у 10-50% пациентов), атрофия коры (10-30%) и червя мозжечка, снижение плотности радиоизотопов в мозговой паренхиме и инверсия нормальной асимметрии мозга (38-64% пациентов). При первом эпизоде психоза выявляются левосторонние височно-лобные асимметрии, предполагающие левостороннюю височно-лобную дисфункцию (у пациентов с первым эпизодом шизофрении обнаружено достоверное уменьшение объема серого вещества заднего отдела верхней височной извилины слева и достоверное уменьшение амигдаларно-гиппокампального комплекса слева).

Таким образом, височно-лобные неокортикальные дисплазии, описанные при хронической шизофрении, присутствуют уже в начале болезни и свидетельствуют о прогрессирующем нейродегенеративном ее характере. Кроме того, уже при первом эпизоде шизофрении выявляются психонейроэндокринные изменения: выявлено усиление ингибирования лактатдегидрогеназы в лейкоцитах при сохранении активности фермента в целом; отмечено снижение уровня пролактина, коррелирующее с позитивной симптоматикой. Исходя из этих

с плохим исходом, нарушенным социальным функционированием, частыми обострениями и повторными госпитализациями больного, что обуславливает необходимость повышенного внимания к симптомам депрессии при лечении и реабилитации больного.

Медикаментозные стратегии терапии первого эпизода шизофрении предполагают применение традиционных и атипичных нейролептиков. Следует отметить, что ограниченные возможности традиционных нейролептиков должны прогнозироваться и предусматриваться при создании лечебно-реабилитационных программ. Так, атипичные нейролептики имеют ряд преимуществ: влияют на позитивные, негативные и когнитивные симптомы, способствуют уменьшению экстрапирамидных явлений, что приводит к улучшению комплаенса. Кроме того, атипичные нейролептики не вызывают депрессивных расстройств, способствуют улучшению качества жизни. Аргументом при переводе с типичного на атипичный антипсихотик являются явные преимущества последнего. Алгоритм фармакологического лечения пациентов с первым эпизодом шизофрении представлен на рисунке.

Основная цель реабилитации — достижение ранней реинтеграции пациента в общество. В настоящее время установлено, что пациенты с первым эпизодом шизофрении часто теряют работу (от 41 до 83%), 33% больных контактируют с семьей реже одного раза в месяц, а 42%

Все эти требования говорят в пользу применения атипичных нейролептиков.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что атипичные нейролептики являются препаратами первого выбора в лечении пациентов с первым эпизодом психоза в целом, и шизофрении в частности.

**Заведующий консультативным отделением Киевской городской психоневрологической больницы № 2, кандидат медицинских наук Сергей Александрович Малайев** более подробно остановился на рассмотрении проблем терапии постпсихотической депрессии.

— У больных шизофренией частота развития депрессивных состояний в 3 раза выше, чем в общей популяции. Депрессивная симптоматика обнаруживается у 75% пациентов с первичным эпизодом шизофрении (A.R. Korten et al., 1993). При этом у 53% больных шизофренией, получающих лечение в стационаре, депрессивная симптоматика оценивается >16 баллов по шкале депрессии Монтгомери-Асберга (G.D. Tollefson et al., 1998). В целом больные шизофренией с сопутствующей депрессивной симптоматикой госпитализируются в 2,5 раза чаще, чем пациенты без депрессивных признаков в клинической картине.

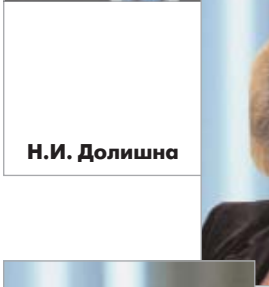
Выделяют целый ряд факторов, которые могут являться причиной появления депрессивной симптоматики при шизофрении.



# психических расстройств



**В.С. Подкорытов**



**Н.И. Долишна**



**А.В. Матюха**

на депрессивную симптоматику независимо от их собственно антипсихотического эффекта. Кветиапин в химическом отношении является производным дибензотиазепина и по строению подобен клозапину. В фармакологическом плане препарат отличается взаимодействием с целым рядом нейрорецепторов, что обуславливает разносторонние проявления его клинического эффекта. Кветиапин обладает более высоким сродством к рецепторам серотонина 5HT<sub>2</sub>, чем к рецепторам дофамина D<sub>1</sub> и D<sub>2</sub> в головном мозге, а также высокое сродство к гистаминовым и α<sub>1</sub>-адренорецепторам и более низкое — к α<sub>2</sub>-адренорецепторам. Не обладает сродством к М-холинорецепторам и бензодиазепиновым рецепторам. Интересно отметить, что, если применение ламотригина нередко приводит к выраженным аллергическим реакциям, одновременное назначение Сероквеля, проявляющего антигистаминный эффект, снижает риск развития побочных эффектов терапии. Отсутствие холинолитических свойств у кветиапина открывает возможность для его применения в терапии психозов у лиц пожилого и старческого возраста.

**Оценка клинических преимуществ при переводе больных с предыдущей антипсихотической терапии на прием Сероквеля проводилась в исследовании SPECTRUM.** В исследование включали пациентов с шизофренией в возрасте 18-65 лет с неудовлетворительным эффектом или плохой переносимостью предыдущей терапии антипсихотиками, которые были переведены на терапию кветиапином. Целью исследования была оценка эффективности,

эффектом или плохой переносимостью терапии другими антипсихотиками. При этом редуция исходно диагностированных моторных нарушений происходит независимо от причины перевода с предыдущего препарата.

**Интересны данные исследования QUEST, в котором сравнивалось влияние Сероквеля и рисперидона на депрессивную симптоматику у больных с психотическими симптомами различной этиологии.** В течение 4 мес в амбулаторных условиях Сероквель получали 553 человека, рисперидон — 175 больных в суточных дозах 254-346 и 4,4-5,4 мг соответственно (Muller et al., 2001). Результаты показали в целом равную эффективность препаратов при меньшей частоте возникновения экстрапирамидных побочных эффектов при применении кветиапина, что снижало потребность в приеме корректоров холинолитического ряда. Наряду с этим было установлено, что под влиянием кветиапина происходило достоверно более выраженное снижение депрессивной симптоматики у больных шизофренией по сравнению с рисперидоном. Это обуславливало отсутствие необходимости в дополнительном назначении антидепрессантов при лечении кветиапином. Иными словами, в очередной раз была продемонстрирована активность препарата в отношении симптомов депрессии.

Сероквель, как и классические нейролептики, может оказывать седативное воздействие на больных, что позволяет использовать его для лечения острых и подострых состояний с большим удельным весом аффективной симптоматики в виде тревоги, депрессии, растерянности и даже мании.

Значимым преимуществом данного препарата является возможность избежать полипрагмазии у больных с сочетанными психотическими и аффективными расстройствами.

возможности собрать анамнез пациента. Возникают тактические вопросы: где оказывать помощь, какие препараты применять, в какой дозировке, какова продолжительность лечения. Когда речь идет о психомоторном возбуждении в составе клинической картины шизофрении, понятно, что полностью излечить такого пациента немедленно невозможно. Однако благодаря успехам современной фармакотерапии в распоряжении специалистов находятся препараты, позволяющие реально помочь таким больным, значительно улучшить качество их жизни. Кроме того, появление новых лекарственных средств позволяет увеличить количество больных, которые могут проходить амбулаторное лечение.

Лечение пациента, переживающего приступ острого психоза, предполагает изоляцию больного, применение нейролептиков, проведение активной антипсихотической терапии до полной редукции симптоматики и далее — переход на базисную терапию психического расстройства. Кроме того, отдельную нишу занимает также психотерапия. При выборе конкретного препарата учитываются мишень его воздействия, побочные действия, индивидуальность эффекта, возможность получать эффективное средство до завершения курса лечения, ресоциализирующий эффект, комплаенс, стоимость терапии. Также при выборе препарата по возможности учитывается эффективность ранее применяемых средств. При этом одним из основных принципов оказания помощи такому пациенту является раннее начало терапии нейролептиком.

Кветиапин (Сероквель) имеет целый ряд преимуществ, хотя и не является единственным средством, которое можно применять в данном случае. Данный препарат эффективно купирует психотическую симптоматику, является одним из наиболее безопасных средств. Следует отметить «социализирующий» эффект терапии кветиапином. Клинически это проявляется в уменьшении враждебности и агрессивности больных, которые становятся более склонными к сотрудничеству; у них повышается стрессоустойчивость, улучшается комплаенс, что создает хорошую основу для проведения психосоциальных мероприятий. В целом достаточно быстро удается достичь редукции остроты симптоматики, что важно как при проведении терапии в условиях стационара, так и при амбулаторном лечении.



безопасности и переносимости кветиапина, а также влияния исходных демографических показателей на результаты терапии кветиапином после перевода с других антипсихотиков. В качестве параметров эффективности использовали шкалы PANSS, CGI, индекс клинического улучшения.

Результаты исследования подтверждают эффективность быстрой и простой методики перевода больных с предыдущего антипсихотика на кветиапин независимо от причины перевода. Также показано, что терапия кветиапином хорошо переносится и обеспечивает выраженную редукцию симптоматики шизофрении у больных с неудовлетворительным

**Заведующий отделом социальной психиатрии и психиатрии экстремальных состояний Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук, профессор Олег Созонтович Чабан** рассказал о месте кветиапина в лечении острого психоза. Рассматривая вопрос применения современных антипсихотиков, профессор О.С. Чабан подчеркнул значимость оказания неотложной помощи пациенту, переживающему приступ острого психоза.

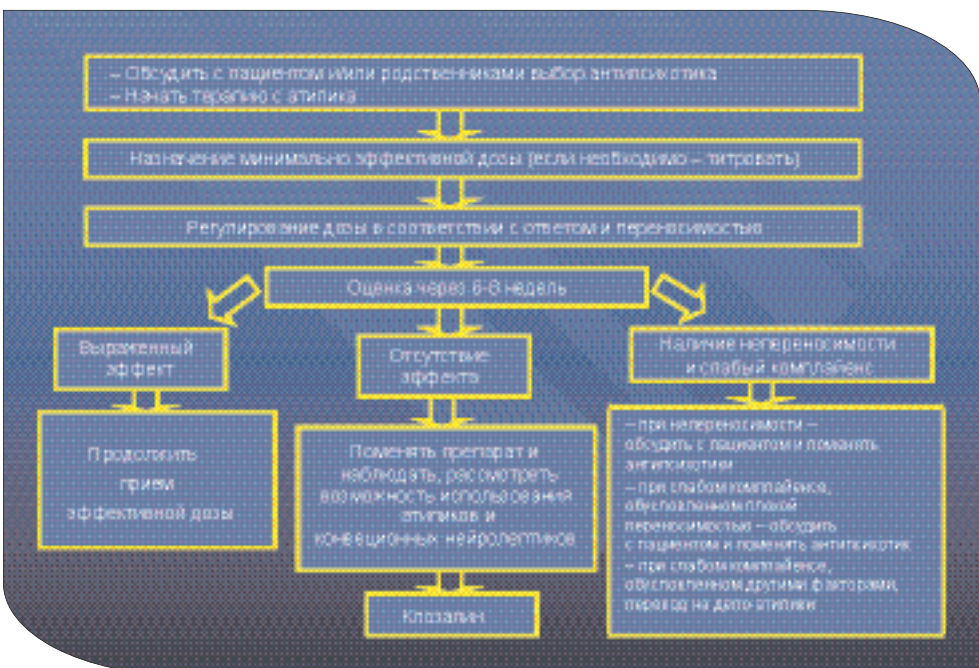
— Пациент, поступающий в приемное отделение в тяжелом состоянии, нуждается в немедленной помощи. В этом контексте крайне важно правильно принять решение — чем помочь больному с момента предварительного и синдромального диагноза до того момента, как будет установлен окончательный диагноз и назначена соответствующая длительная терапия психоза. Необходимо как можно быстрее вывести пациента из состояния, представляющего опасность как для самого себя, так и, возможно, для окружающих, в то время как процесс установления окончательного диагноза может занять длительное время — месяцы, а иногда и годы.

Как известно, характерное психомоторное возбуждение наблюдается при остром течении целого ряда заболеваний и характеризуется двигательным беспокойством разной степени выраженности, вплоть до выполнения разрушительных действий. Наряду с этим характерны ярко выраженные аффективные симптомы: тревога, растерянность, гнев, злобность, агрессивность, неадекватное веселье и т.д.

Вариантов психомоторного возбуждения достаточно много, и не так просто классифицировать конкретный случай непосредственно в условиях приемного отделения, не имея

**Заведующий отделом клинической, социальной и детской психиатрии Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков), глава Проблемной комиссии «Психиатрия» МЗ и НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Валерий Семенович Подкорытов** акцентировал внимание присутствующих на проблеме преодоления стигматизации больных с психическими расстройствами.

— В общественном сознании населения нашей страны функционирует система устоявшихся мировоззренческих позиций, которые касаются признания якобы необходимостью ограничения прав и свобод лиц, страдающих теми или иными психическими расстройствами, в первую очередь шизофренией. Социологические опросы, проведенные среди различных групп населения Украины, выявляют негативное отношение к лицам с психическими расстройствами. В обществе распространены страх перед психиатрической больницей, методами лечения, недоверие к специалистам и т.д. Невзирая на активную просветительскую работу, декларируемую в обществе терпимости к лицам с психическими расстройствами, за последние 10 лет отношение к ним фактически не изменилось. Актуальность социальной адаптации таких пациентов подчеркивает тот



**Рис. Алгоритм фармакологического лечения пациентов с первым эпизодом шизофрении**

**Продолжение на стр. 40.**



# Сероквель XR — новый шаг к оптимизации терапии психических расстройств

Продолжение. Начало на стр. 38.

факт, что в настоящее время в нашей стране на учет по поводу психических расстройств состоит более 552 тыс. человек.

Установлено, что доминирующим опасением у пациентов психиатрической клиники и их родственников является страх перед разглашением диагноза, в том числе необходимость постановки на учет. Согласно данным опросов, наиболее стигматизирующим является диагноз «шизофрения».

Стигматизация обусловлена целым рядом факторов и в первую очередь связана

с наличием нарушений, обусловленных психическим заболеванием, которые качественно отличаются от психически здоровых лиц, таких как галлюцинации, общая заторможенность, нарушенные формы поведения, настороженность и пониженная активность (в том числе вследствие приема традиционных нейролептиков). В числе других факторов — непонимание прогноза шизофрении, неверие в возможность выздоровления, культурные традиции общества. Терапия, направленная на устранение либо смягчение симптомов заболевания, выступает одним из основных подходов к дестигматизации

пациентов и открывает возможности для нормального функционирования в обществе. Запоздалое начало адекватной терапии ухудшает прогноз и представляет опасность как для самого больного, так и для окружающих. На сегодня современная фармакотерапия является основным методом лечения шизофрении, предпочтительными препаратами являются современные антипсихотики.

Львовский национальный медицинский университет им. Данилы Галицкого представила кандидат медицинских наук Надежда Иванова Долишна с докладом, посвященным

рассмотрению биполярного аффективного расстройства (БАР).

— Биполярное аффективное расстройство оценивается как одно из самых тяжелых нарушений психики, его распространенность среди населения планеты составляет от 3 до 5%. В Украине в структуре психиатрической заболеваемости частота БАР составляет около 22%. Особенностью БАР является развитие эпизодов мании или депрессии на фоне нормального состояния психики. Последовательность маниакальных и депрессивных фаз с периодами интермиссии может быть различна, однако она имеет прогностическое значение. Первоначальный депрессивный эпизод не обязательно означает наличие униполярной депрессии, особенно при наличии в семейном анамнезе БАР. В свою очередь, установление диагноза БАР в маниакальной фазе, особенно при наличии психотической симптоматики, требует проведения сложной дифференциальной диагностики с другими психическими заболеваниями, в частности шизофренией.

БАР, как правило, начинается в возрасте между 15 и 25 годами жизни и чаще всего с депрессии, которая может стать причиной суицида. К сожалению, около 80% случаев БАР выявляются в среднем через 10 лет после появления первых симптомов патологии.


Лечение больных с депрессией следует начинать при первых признаках развития депрессивной фазы даже средней тяжести. Основной задачей терапии острого маниакального состояния является скорейшая редукция психомоторного возбуждения, достижение стабилизации поведения и нормализации сна. Цель проводимого лечения — контроль и нормализация поведения, купирование маниакальной, психотической симптоматики, дисфорических и депрессивных проявлений при смешанных состояниях, а также предотвращение последующей (альтернирующей) депрессии.

В настоящее время для терапии острого маниакального состояния в рамках БАР применяются стабилизаторы настроения (литий, вальпроаты, карбамазепин), антипсихотические препараты, представленные типичными и атипичными антипсихотиками, и бензодиазепины. Сегодня оптимальной схемой для лечения психотической депрессии считается назначение наряду с нормотимиком не только антидепрессанта, но и нейролептика. Данные об эффективности Сероквеля в терапии депрессивной симптоматики указывают на то, что он может стать препаратом выбора в терапии биполярного расстройства как при остром маниакальном состоянии, так и в депрессивной фазе заболевания. Дополнительным преимуществом препарата является его хорошая переносимость.

Проблему смешанных аффективных эпизодов при БАР представил кандидат медицинских наук Александр Витальевич Матюха. В своем выступлении он коснулся применения Сероквеля (кветиапина) для лечения смешанных состояний. Так, смешанные состояния характеризуются следующими признаками: текущий аффективный эпизод длится по меньшей мере 2 недели и характеризуется сочетанием или быстрым чередованием (обычно в пределах нескольких часов) гипоманиакальной, маниакальной и депрессивной симптоматики. Кроме того, в анамнезе болезни присутствуют данные о ранее перенесенном как минимум одном аффективном эпизоде: гипоманиакальном, депрессивном или смешанном. Для смешанных состояний характерны большая продолжительность эпизода по сравнению с гипоманиакальными, маниакальными и депрессивными состояниями, частое присутствие психотических симптомов. В целом же смешанные состояния принято относить к маниакальному полюсу биполярного расстройства. Лечение таких состояний определяет необходимость применения антиманиакальных препаратов, прежде всего стабилизаторов настроения и/или атипичных антипсихотиков со свойствами стабилизаторов настроения (тем более при психотических включениях в клинической структуре смешанного эпизода). Доказаны необоснованность применения антидепрессантов (в особенности трициклических) и неэффективность применения солей лития. В таких ситуациях препаратом выбора может стать Сероквель (кветиапин), обладающий доказанными выраженными антиманиакальными и антипсихотическими свойствами.

Подготовила Катерина Котенко





Один раз в день

**Сероквель XR™**

кветиапин

таблетки пролонгированного действия  
50 мг, 200 мг, 300 мг, 400 мг

НОВАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

## УВЕРЕННЫЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ДОКАЗАНО ЛУЧШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ<sup>1-2</sup>



- Эффективно купирует продуктивную симптоматику<sup>1-2</sup>
- Уменьшает депрессивную симптоматику<sup>3</sup>
- Имеет доказано лучшую переносимость<sup>1-2</sup>
- Удобство применения 1 раз в день<sup>4</sup>

**Краткая информация о применении препарата Сероквель XR, 50 мг, 200 мг, 300 мг, 400 мг, таблетки пролонгированного действия**

Фармакологические свойства. Кветиапин — атипичный антипсихотический препарат. Показания. См. инструкцию по медицинскому применению. Лечение шизофрении. Предупреждение рецидива шизофрении у стабильных пациентов, которые принимали поддерживающее лечение Сероквелем XR. Лечение маниакальных эпизодов при биполярном расстройстве. Лечение депрессивных эпизодов при биполярном расстройстве. Противопоказания. Повышенная чувствительность к действующему веществу и любому компоненту препарата. Сопутствующее применение ингибиторов ВИЧ-протеазы, азольных противогрибковых средств, эритромицина, кларитромицина, нефазодона и др. ингибиторов цитохрома P450 3A4. Способ применения и дозы. См. инструкцию по медицинскому применению. Побочное действие. См. инструкцию по медицинскому применению. Наиболее распространенные побочные явления: сонливость, головокружение, сухость во рту, астения легкой степени, запор, тахикардия, ортостатическая гипотензия и диспепсия. Условия отпуска. По рецепту. Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. Регистрационные свидетельства UA/2535/02/01, UA/2535/02/02, UA/2535/02/03, UA/2535/02/04. Текст составлен согласно Инструкции по медицинскому применению, одобренной МЗ Украины 30.07.2010 г. За полной информацией обращаться в ООО «АстраЗенека Украина»: 04080 г. Киев, ул. В.Хвойки 15/15, тел. 391 52 82. Seroquel — торговая марка компании АстраЗенека © AstraZeneca 2010

1 Kahn R et al. J Clin Psychiatry. 2007; 68:832-842.

2 Meullen D et al. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2010; 25:103-115.

3 Kyoung-Uk Lee et al. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009; 24: 447-452.

4 Инструкция по медицинскому применению препарата Сероквель XR.

