

ФАРМАСТАРТ
неврологія • психіатрія

ЛЕВИЦИТАМ

(леветирацетам)



- Доказанная эффективность при парциальных и генерализованных (в том числе миоклонических) типах припадков^{1,2}
- Достоверно уменьшает частоту припадков у взрослых и детей с рефрактерной эпилепсией^{3,4}
- Высокий профиль безопасности⁵
- Самый доступный по цене леветирацетам в Украине⁶

¹ Lyseng-Williamson KA. Drugs. 2011 Mar 5; 71(4):489-514
² Kojovic M, Cordvari C, Bhatia K. Ther Adv Neurol Disord. 2011 Jan;4(1):47-62.
³ French J, Arigo C. Epilepsia. 2005 Feb;46(2):324-6.
⁴ Tonekaboni SH, Ghazavi M, Karimzadeh P, et al. 2010 Aug; 90(3):273-7.
⁵ French J, Arigo C. Epilepsia. 2005 Feb; 46(2):324-6.
⁶ Ежедневник: «Аптека», №20 (791), май 2011

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЛЕВИЦИТАМ 250, 500 (LEVICITAM 250, 500)

Состав. Действующее вещество: леветирацетам, 1 таблетка содержит леветирацетам 250 мг или 500 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Противосудорожные средства. Леветирацетам. **Код АТС** N03A X. **Показания.** Эпилепсия: монотерапия (препарат первого выбора) у взрослых и детей старше 16 лет; в составе комплексной терапии у взрослых и детей старше 4 лет. **Побочные реакции.** К самым частым побочным реакциям относятся: нарушение общего характера: астения, утомляемость; со стороны центральной нервной системы: сонливость, головная боль, амнезия, атаксия, судороги, гиперкинезия, тремор, нарушение равновесия, спутанность сознания, ухудшение памяти, парестезия; со стороны психики: возбуждение, депрессия, эмоциональная нестабильность, изменения настроения, враждебность, агрессивность, бессонница, нервозность, раздражительность, галлюцинации, психотические расстройства, самоубийство, попытки самоубийства и мысли о суициде. **Фармакодинамика.** Леветирацетам – производный пирролидона (S-энантиомер альфа-этил-2-оксо-1-пирролидин-ацетамид), по химической структуре отличается от известных противосудорожных лекарственных средств. Механизм действия леветирацетама недостаточно изучен, но установлено, что он отличается от механизма действия от известных противосудорожных препаратов. **Категория отпуска.** По рецепту.

Информация для медицинских и фармацевтических специалистов. Перед использованием необходимо ознакомиться с полной инструкцией для медицинского применения. О нежелательном проявлении или жалобе на качество препарата вы можете обратиться в ООО «Фармастарт» по телефону (044) 281-23-33

Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8
Тел.: (+38-044) 404-85-05 • www.phs.com.ua



По материалам X Европейского конгресса эпилептологов

(30 сентября – 4 октября 2012 г., Лондон, Великобритания)

Преимущество леветирацетама над карбамазепином замедленного высвобождения в лечении впервые выявленной фокальной эпилепсии у пожилых людей: результаты первого этапа исследований

Немецкие исследователи провели многоцентровое прямое двойное слепое сравнительное исследование леветирацетама (LEV), карбамазепина замедленного высвобождения (CBZ-SR) и ламотриджина (LTG) у пожилых пациентов с впервые выявленной фокальной эпилепсией (Study on the Treatment of Elderly Patients with Older and Newer antiepileptic drugs; NCT00438451; EudraCT Number: 2005-003324-19).

Методы. В исследование были включены пациенты 60 лет и старше с впервые выявленной фокальной эпилепсией (как минимум 1 эпилептический припадок и спайковые разряды на электроэнцефалограмме или соответствующие патологические изменения на КТ/МРТ, или в общей сложности 2 спонтанных эпилептических припадков). Пациенты же с симптоматической эпилепсией вследствие недавнего (менее двух недель) повреждения головного мозга были исключены из исследования. Пациенты получали LEV, CBZ-SR или LTG. Начальные запланированные для исследования дозировки составляли 1000 мг LEV, 400 мг CBZ-SR или 100 мг LTG в параллельных группах на протяжении 58 нед (6 нед подбора дозы и 52 нед поддерживающей терапии). После подбора дозы пациенты получали индивидуальную терапию (исследование двойным слепым методом) в зависимости от эффективности и переносимости доз лекарственных препаратов в диапазоне 500-3000 мг для LEV, 200-1200 мг для CBZ-SR или 50-300 мг для LTG.

Результаты. Рандомизацию прошел 361 пациент, из них 359 были включены в окончательный анализ. Средний возраст пациентов, получавших LEV, составил 71,8±7,5 года (n=122, из них женщин 34%), получавших CBZ-SR 71,7±6,7 года (n=120, 46%), и LTG 70,7±7,4 года (n=117, 41%). Среднее количество эпилептических припадков до рандомизации составляло 3,8±9,9; 4,8±10,8 и 2,7±3,1 в группах LEV, CBZ-SR и LTG соответственно (p<0,05 для CBZ-SR по сравнению с LTG, t-test). Среди включенных в исследование пациентов уровень удержания на препарате на 58-й неделе (первичный контроль) составил 61% (95% ДИ 53-70) для LEV, 46% (95% ДИ 37-55) для CBZ-SR и 56% для LTG (95% ДИ 47-65) (p-значения: абсолютное 0,048; LEV по сравнению с CBZ-SR 0,02, LEV по сравнению с LTG 0,36, LTG по сравнению с CBZ-SR 0,15, критерий Фишера). Логистическая регрессия показала отношение шансов для удержания на препарате на протяжении 58 нед 1,838 (95% ДИ 1,092-3,093) для LEV по сравнению с CBZ-SR, 1,169 (95% ДИ 0,689-1,984) для LEV по сравнению с LTG и 0,636 (95% ДИ 0,377-1,073) для CBZ-SR по сравнению с LTG. Количество сопутствующих заболеваний существенно повлияло на удержание на терапии в течение 58 нед (ОШ 0,921; 95% ДИ 0,859-0,987), т.е. шансы остаться на терапии уменьшались на 7,9% с каждым дополнительным сопутствующим заболеванием. В ходе исследования не было выявлено существенных различий в количестве пациентов, свободных от припадков, на 30-й неделе (LEV 48%, CBZ-SR 39%, LTG 49%) и 58-й неделе (LEV 43%, CBZ-SR 33%, LTG 38%). Также достоверно не различались промежутки времени до возникновения первого припадков после рандомизации или после подбора дозы препарата (после 6 нед).

Результаты исследования демонстрируют очевидные преимущества LEV над CBZ-SR в монотерапии впервые выявленной фокальной эпилепсии у пожилых пациентов. Поскольку исследование не было нацелено на сравнение LEV и LTG, существенной разницы между этими группами выявлено не было. Результаты позволяют рекомендовать LEV в качестве препарата первой линии выбора терапии впервые развившейся эпилепсии для лиц старших возрастов. Последующие прямые сравнительные исследования принципиально новых или других противосудорожных средств для лиц пожилого возраста должны учитывать LEV как препарат сравнения.

K.J. Werhahn, E. Trinka, J. Dobesberger et al.
University Medical Center of the Johannes Gutenberg University, Germany; Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria; University Medical Center Mainz, Mainz, Germany

Качество жизни пациентов с лекарственно рефрактерной эпилепсией, находящихся на монотерапии леветирацетамом

Целью македонских исследователей была оценка эффективности и переносимости LEV в качестве монотерапии пациентов с (лекарственно) рефрактерной эпилепсией.

Метод. В 12-месячное рандомизированное проспективное исследование вошли 16 пациентов с впервые выявленной эпилепсией. Оценивалась эффективность терапии, во-первых, по редукции частоты припадков; во-вторых, по улучшению качества жизни, оцениваемому с помощью опросника QOLIE 89. Также регистрировалось возникновение побочных эффектов.

Результаты. Возраст пациентов составлял 14-65 лет. Самыми распространенными выявились вторично генерализованные припадки – у 46,5% пациентов. Среди этиологических факторов эпилепсии (по результатам КТ/МРТ) у большинства пациентов были выявлены склероз гиппокампа, опухоли и травмы. Анализ редукции частоты припадков показал значительное их уменьшение: >50% у 56,25% больных, < 50% – у 18,75%, отсутствие эффекта – у 18,75%, независимо от типа припадков (p < 0,05). Улучшение показателей по шкале QOLIE-89 у пациентов, принимавших леветирацетам, достигло 72,5%, вне зависимости от типа припадков (p < 0,05).

Побочные эффекты, такие как слабость, сонливость, цефалгия и раздражительность, расцененные как связанные с употреблением препарата, были выявлены у 6% пациентов.

Исследователи пришли к заключению, что LEV является высокоэффективным препаратом в лечении пациентов с рефрактерной эпилепсией, о чем свидетельствует уменьшение частоты припадков на фоне терапии, а также улучшение социального функционирования, настроения и когнитивных функций.

D.P. Cvetkovska and E. Cvetkovska, University Clinic for Neurology, Skopje, Macedonia

Эффективность и переносимость монотерапии ламотриджином впервые выявленной эпилепсией

Целью словенских исследователей было оценить результаты монотерапии LTG и спектр ее побочных эффектов у амбулаторных пациентов с впервые выявленной эпилепсией.

Методы. С января 2010 г. по январь 2012 г. проводилось 2-летнее открытое нерандомизированное расширенное исследование. Авторы оценивали эффективность и переносимость монотерапии LTG у 147 ранее нелеченных пациентов (84 мужчины и 63 женщины) с недавно диагностированной эпилепсией (41 случай – идиопатическая генерализованная эпилепсия, 96 – фокальная эпилепсия, 10 – неклассифицированная эпилепсия). Период наблюдения составлял минимум 6 мес. Эффективность классифицировали следующим образом:

1. Ремиссия без побочных эффектов.
2. Ремиссия с побочными эффектами.
3. Уменьшение частоты припадков более чем на 50%.
4. Уменьшение частоты припадков менее чем на 50%.
5. Учащение припадков.

Авторы проанализировали возраст начала заболевания, манифестации и частоту припадков до и после лечения, переносимость и побочные эффекты терапии.

Результаты. В общей сложности были обследованы 147 пациентов от 18 до 84 лет (средний возраст 48,15 лет). Средняя доза LTG составляла 250 мг/сут. Ремиссии без побочных эффектов были выявлены у 62 пациентов (42,17%); ремиссии с побочными эффектами – у 29 пациентов (19,72%); уменьшение частоты припадков более чем на 50% – у 39 пациентов (26,53%); уменьшение частоты припадков менее чем на 50% – у 14 пациентов (9,52%) и ухудшение состояния – у 3 пациентов (2,04%). У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость LTG. Наиболее частыми побочными эффектами были: неустойчивость/головокружение (10,88%), головные боли (6,80%), дрожание (5,44%), дискомфорт в эпигастральной области (4,76%), высыпания (2,72%). 2 пациента (1,36%) не завершили терапию.

Данное исследование демонстрирует высокую эффективность и хорошую переносимость LTG у пациентов с впервые выявленной эпилепсией.

I. Marinkovic, S.T. Ristic, H. Kocic et al.
Medical Faculty of Nis, Nis, Serbia; Clinical Centre of Nis, Nis, Serbia; Medical faculty University of Maribor, Maribor, Slovenia

Долгосрочный опыт монотерапии окскарбазепином и леветирацетамом в специализированном эпилептологическом центре

Целью исследователей из Сеула (Южная Корея) была оценка долгосрочной эффективности и безопасности лечения окскарбазепином (ОСВ) и LEV в качестве монотерапии в специализированном эпилептологическом центре.

Методы. Все пациенты, участвующие в исследовании, проходили курс лечения LEV или ОСВ в виде монотерапии в госпитале Сеульского государственного университета с 2007 г. по март 2009 г. Пациенты, перенесшие оперативное вмешательство на головном мозге для контроля над приступами, и пациенты с функциональными заболеваниями были исключены из выборки. Электронные медицинские карты были изучены ретроспективно. Эффективность терапии измерялась по пятибалльной шкале. Также фиксировались побочные эффекты. Уровень удержания на препарате подсчитывался методом таблиц продолжительности жизни.



Результаты. В группу ОСВ было включено 184 пациента, из них 137 (89,1%) с фокальной эпилепсией. В группу LEV включено 188 пациентов, из них с фокальной эпилепсией 127 человек (62,8%). Средняя продолжительность наблюдения в группе пациентов, получавших терапию ОСВ (67,4 мес), была больше, чем в группе, получавших терапию LEV (22,3 мес). Частота исчезновения приступов в группах, принимавших монотерапию ОСВ и LEV, составляла 53,3% и 61,7% соответственно. Переносимость препарата в группе пациентов, принимавших ОСВ, была лучше, чем у принимавших LEV (21,7% в сравнении с 8,5%, $p<0,001$). Выявлена обратная пропорциональная корреляция между дозой LEV и результатами исчезновения приступов и переносимостью. Уровни удержания на препарате на третьем году составляли 78% в группе пациентов, получавших ОСВ, и 75% – в группе больных, получавших LEV. Частота возникновения побочных эффектов в группе получавших ОСВ была значительно выше, чем в группе получавших LEV (41,3% в сравнении с 24,5%, $p<0,001$). С другой стороны частота возникновения раздражительности была выше у пациентов, получавших LEV (13,8%) по сравнению с пациентами, получавшими ОСВ (3,8%).

Выводы. ОСВ и LEV являются эффективными и безопасными при монотерапии, уровень удержания на обоих препаратах составлял до 3 лет.

J. Lim, B.S. Kang, J. Byun et al.
Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

Ретроспективное обзорное исследование применения, эффективности, переносимости и приверженности к терапии карбамазепином и вальпроатом у детей и молодых людей

В 2006 г. Международная противоэпилептическая лига (ILAE) выступила с критикой недостатков непосредственных доказательств применения карбамазепина (CBZ) и вальпроата натрия (VPA) для лечения эпилепсии у детей и молодых людей. Это единственный центральный, ретроспективный, зарегистрированный клинический аудит процесса и результата для оценки применения, эффективности, переносимости и приверженности терапии CBZ и VPA.

Метод. Для участия в исследовании с помощью базы данных больницы были отобраны дети в возрасте до 18 лет, принимавшие VPA или CBZ в период с 01.11.07 по 31.10.10. Изучались бумажные и электронные истории болезни, а также отобраны данные согласно стандартной форме. Были использованы следующие статистические методы из пакета SPSS (версия 19): простая описательная статистика, критерий хи-квадрат, логистическая регрессия и кривая выживаемости Каплана-Майера.

Результаты. Для исследования было отобрано 84 ребенка (из них 45 мужского пола) в возрасте до 18 лет (медиана 8,0), из которых 44 человека получали CBZ, 40 – VPA и 13 детей – оба препарата. У 61 (73%) ребенка это был первый антиэпилептический препарат (AED). У 30 из 44 детей, принимавших CBZ (68%), была фокальная эпилепсия, у 28 из 40 детей, принимавших VPA (70%), были генерализованные эпилептические припадки. У 37 из 44 (84%) пациентов, получавших CBZ, выявилась редукция частоты приступов более чем на 50%, включая 13 (30%) пациентов, у которых приступы исчезли. У 36 из 40 (90%) пациентов, принимавших VPA, отмечалась редукция частоты приступов более чем на 50%, включая 12 (30%) человек с исчезновением приступов. 48 из 84 (57%) пациентов испытывали нетяжелые побочные эффекты. У 7 из 44 (16%) лиц, получавших CBZ, выявлено учащение приступов, у 3 из 44 (7%) – выпяпания. У 6 из 40 (15%) пациентов, принимавших VPA, отмечалось увеличение массы тела.

Аудит результатов продемонстрировал, что CBZ и VPA являются эффективными антиэпилептическими препаратами первой линии, однако авторы предупреждают о возможном риске учащения приступов при применении CBZ в качестве антиэпилептического средства первой линии.

N.P. Docheva and W.P. Whitehouse
University of Nottingham, Nottingham, UK

Увеличенный клиренс леветирацетамом при беременности: зависит ли от этого частота приступов?

Результатом появления данных о тератогенном влиянии VPA и топирамата стало более частое назначение LTG и LEV женщинам детородного возраста, страдающим эпилепсией. Однако использование этих антиэпилептических препаратов во время беременности связано с новыми трудностями. Подтверждено, что клиренс LTG увеличивается до 330% во время беременности, и это может приводить к увеличению частоты приступов у 39-45% женщин. Предыдущие исследования показали, что уровень LEV в сыворотке во время беременности падает на 40-62%, очень мало известно об этом клиническом эффекте в отношении LTG.

Метод. Ретроспективный анализ амбулаторных карт женщин, получавших монотерапию LEV во время беременности, был проведен в Северной Ирландии за период с 2003 по 2011 год.

Результаты. Были выявлены 44 женщины, принимавшие LEV во время беременности. Клиническое ухудшение или возобновление приступов были отмечены у 30,8% женщин, улучшение в контроле над приступами – у 17,9% и отсутствие изменений – у 51,3%.

В исследовании более чем у 30% женщин выявлено ухудшение показателя контроля над приступами, который

приближался к верхнему краю ожидаемого диапазона 14-32%. Предварительные результаты, учитывая малочисленность группы обслеживания, указывают на необходимость дальнейших исследований для оценки клиницистами потенциального клинического влияния этого феномена.

E. Mawhinney, A.I. Hoeritzauer, B. Irwin, S. Hunt, J. Morrow, and J. Craig
Royal Victoria Hospital, Belfast, UK; and NHS, UK

Эффективность различных схем приема ламотриджина пациентами с эпилепсией

Клинический опыт
LTG – эффективный и довольно нетоксичный препарат, используемый при большом спектре эпилептических расстройств в качестве монотерапии. Тем не менее оптимальная доза LTG при назначении в качестве монотерапии не определена. В базовых исследованиях рекомендованная суточная доза составляет 200 мг. Клинический опыт, накопленный за два последних десятилетия, показывает, что эта суточная доза во многих случаях недостаточна для исчезновения приступов. Кроме того, увеличение дозы вдвое существенно не увеличивает токсичность лекарства.

Цель данного исследования – оценить клинические результаты терапии в группе больных эпилепсией, получавших начальную среднюю суточную дозу LTG 200 мг, которая в дальнейшем была изменена до необходимой для исчезновения приступов. Необходимо также проанализировать, назначались ли пациентам другие препараты, если у них еще сохранились приступы, и каков был результат их применения.

Метод. Это ретроспективное исследование включало мониторинг медицинских карт всех взрослых пациентов двух эпилептологических клиник, которые принимали LTG в качестве монотерапии эпилептических приступов. Все пациенты, получавшие дозу 200 мг LTG как минимум на протяжении 3 мес, были включены в исследование. Данные включали тип припадков, длительность заболевания, длительность терапии и частоту приступов (кроме пациентов без припадков). Пациенты, которые страдали от эпилептических припадков на фоне применения противосудорожных средств или вынуждены были сменить антиэпилептическое средство, были распределены по категориям и статистически оценивались отдельно.

По результатам анализа 100 карт взрослых пациентов почти у половины пациентов припадки не исчезли на фоне монотерапии LTG в дозировке 200 мг/сут. Около 50% этих пациентов нуждались в более высокой дозе LTG для прекращения приступов, и около 30% нуждались в коррекции лечения.

Авторы заключают, что необходимо рассмотреть возможность изначального применения более высокой, чем 200 мг, стартовой суточной дозы LTG, вместо того, чтобы экстренно повышать ее после повторения эпилептического припадков на фоне применения противосудорожных средств.

R. Gilad, E. Wolfson, Med Center, Holon, Israel

Сравнительная эффективность комбинированной лекарственной терапии при рефрактерной эпилепсии

Целью американских авторов было выявление превосходнейшей эффективности какого-либо антиэпилептического препарата в монотерапии или в комбинации при лечении рефрактерной эпилепсии путем ретроспективного анализа обширной базы данных по терапии антиэпилептическими средствами взрослых больных эпилепсией с выраженными когнитивными нарушениями.

Методы. Были изучены амбулаторные карты 168 пациентов с данными о частоте приступов по месяцам и лечении антиэпилептическими препаратами, которые были проанализированы за $140 \pm 5,8$ (средняя величина \pm стандартная погрешность средней величины) месяцев по каждому пациенту. Подсчитана средняя частота приступов для каждой отдельной схемы приема антиэпилептического средства, состоящей из 1, 2 или 3 лекарств в комбинации 8 препаратов из предлагаемого списка: LTG, VPA, CBZ, PHT, TRM, LEV, GBP и ZNS. Затем по каждому пациенту было проведено сравнение соотношения частоты приступов при разных схемах приема лекарств.

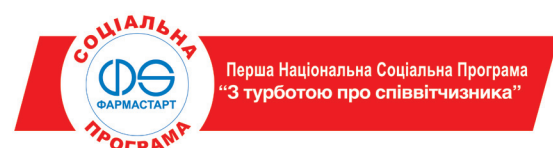
Результаты. Для пациентов, находившихся на терапии двумя препаратами, средняя частота приступов составляла 0,81 от частоты таковых при монотерапии, т.е. на 19% меньше. Однако частота приступов при приеме 3 препаратов была 1,07 от значения при терапии двумя средствами и не демонстрировала дополнительных преимуществ.

При сравнении схем приема одного антиэпилептического средства и сложной средней величины всех остальных схем приема только комбинация LTG/VPA показала превосходящую эффективность (частота приступов 0,52 от среднего значения) из 32 схем. При прямом сравнительном исследовании комбинация LTG/VPA оказалась лучше 6 других схем приема, составляя большинство из 10 статистически значимых сравнений.

Эти результаты показывают, что комбинация LTG/VPA однозначно демонстрирует превосходящую эффективность при лечении рефрактерной эпилепсии. Эти результаты побуждают к дальнейшим исследованиям с целью подтверждения преимуществ использования LTG/VPA для лучшего понимания механизмов их действия.

N.P. Poolos, L.N. Warner, S.Z. Humphreys and S. Williams
University of Washington, Seattle, WA, USA; Fircrest RHC, Shoreline, WA, USA; and Rainier RHC, Buckley, WA, USA

Подготовил **Илья Сыропятов**



КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ



P.n. №UA/2112/01/02, UA/2112/01/01, UA/2112/01/03

● Препарат вибору для лікування всіх форм епілепсії (за виключенням міоклонічних нападів), особливо у жінок та дівчат віком понад 12 років^{1,2}

¹ NICE Guidelines, 2006.
² Morrell M.J., Montouris G.D. Cleveland clinic journal of medicine 2004; 71(Suppl. 2):19-24

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЛАМОТРИН 25, 50, 100 (LAMOTRINE 25, 50, 100)

Состав. Действующее вещество: ламотридин; 1 таблетка содержит ламотридина 25 мг, 50 мг или 100 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Противосудорожные средства. **Код АТС N03A X09.** **Показания:** эпилепсия; биполярные нарушения у взрослых старше 18 лет. **Побочные реакции.** Со стороны кожи и подкожных тканей: кожная сыпь. **Психические нарушения:** часто – раздражительность. Со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, нистаж, тремор, сонливость, бессонница. **Фармакодинамика.** Ламотридин – производное фенитридина – противосудорожное средство, механизм действия которого связан с блокадой потенциалзависимых натриевых каналов пресинаптических мембран нейронов и уменьшением окружающего высвобождения возбуждающих нейротрансмиттеров, прежде всего глутамата. **Категория отпуска.** По рецепту.

ВАЛЬПРОКОМ 300/500 хроно



P.n. №UA/2169/01/02, UA/2169/01/01

● Доведена ефективність при всіх типах нападів¹
● Єдиний вітчизняний вальпроат
● Найдоступніший по ціні вальпроат в Україні²

¹ Керівництво ILAE, 2007
² «Шоттижневик АПТЕКА», № 47 (818), 05 грудня 2011 р.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ВАЛЬПРОКОМ 300, 500 ХРОНО (VALPROCOM 300, 500 CHRONO)

Состав. Действующее вещество: вальпроат натрия/вальпроовая кислота; 1 таблетка Вальпрокома 300 хроно содержит вальпроат натрия 200 мг и вальпроовую кислоту 87 мг (что соответствует 300 мг вальпроата натрия на 1 таблетку), 1 таблетка Вальпрокома 500 хроно содержит вальпроат натрия 333 мг и вальпроовую кислоту 145 мг (что соответствует 500 мг вальпроата натрия на 1 таблетку). **Фармакотерапевтическая группа.** Противосудорожные средства. Производные жирных кислот. **Код АТС N03A G01.** **Показания.** Для лечения эпилепсии у взрослых и детей: как монотерапия или в комбинации с другими противосудорожными препаратами. Лечение маниакального синдрома при биполярных нарушениях. **Побочные реакции.** Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, боль в эпигастрии, диарея и другие диспепсические нарушения. Со стороны ЦНС: затуманенность сознания; летаргия, изолированные спутанные состояния; обратимая деменция, изолированный обратимый паркинсонизм, тремор, сонливость, головная боль, головная боль, потеря слуха как обратимая, так и необратимая. **Фармакодинамика.** Противосудорожный препарат пролонгированного действия. Ингибирует ГАМК-трансферазу, тормозит биотрансформацию ГАМК (ингибирование), стабилизирует и повышает ее содержание в ЦНС. Стимулирует центральные ГАМК-ергические процессы (в т.ч. тормозные стресс-лимитирующие), уменьшает возбудимость и судорожную готовность моторных зон головного мозга. **Категория отпуска.** По рецепту.

Информация для медицинских и фармацевтических специалистов. Перед использованием необходимо ознакомиться с полной инструкцией для медицинского применения. О нежелательном проявлении или жалобе на качество препарата вы можете обратиться в ООО «ФармаСтарт» по телефону (044) 281-23-33



ФАРМАСТАРТ
неврологія • психіатрія



Ми робимо якісне лікування доступним!

ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бул. Лесі, 8
Тел.: (+38-044) 404-85-05 • www.phs.com.ua