

ЭСЦИТАМ

э с ц и т а л о п р а м



- Доказанная эффективность при депрессиях и тревогах¹⁻⁴
- Биоэквивалентен оригинальному эсциталопраму⁵
- Один из самых доступных по цене эсциталопрамов в Украине⁶



Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата ЭСЦИТАМ. Действующее вещество: эсциталопрам. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 10 мг или 20 мг. **Фармакотерапевтическая группа:** Антидепрессанты. Код АТС N06A B10. **Фармакологические свойства.** Эсцитам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, что обуславливает клинические и фармакологические эффекты препарата, имеет высокое сродство с основным связующим элементом и связанным с ним аллостерическим элементом транспортера серотонина и не имеет совсем или имеет очень слабую способность связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT_{1A}-, 5-HT₂-рецепторы, дофаминовые D₁- и D₂-рецепторы, α₁-, α₂-, β-адренорецепторы, гистаминовые H₁, M-холинорецепторы, бензодиазепиновые и опиатные рецепторы. **Показания.** Лечение больших депрессивных эпизодов, панических расстройств с или без агорафобии, социальных тревожных расстройств (социальная фобия), генерализованных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к эсциталопраму или другим компонентам препарата, одновременное лечение ингибиторами МАО или тизидом. **Побочные реакции (действия).** Тошнота, снижение или усиление аппетита, диарея, запор, рвота, сухость во рту, тревога, беспокойство, аномальные сны, снижение либидо, анорексия у женщин, бессонница, сонливость, головокружение, парестезия, тремор, синуситы, зевота, усиленное потоотделение, артралгия, миалгия, нарушение эякуляции у мужчин, импотенция, усталость, пирексия, увеличение массы тела, симптом отмены, др. **Категория отпуска.** По рецепту. **Р. П. МЗ Украины:** №УА/13228/01/01, №УА/13228/01/02, Приказ МЗ Украины от 02.09.2013 №771. **Производитель:** ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульвар И. Лепсе, 8. «Фарма Старт» является частью швейцарской фармацевтической компании «Асано Фарма АГ». Полная информация находится в инструкции по медицинскому применению препаратов. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей, и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

Швейцарское качество, украинская цена

ООО Фарма Старт | бульвар Ивана Лепсе, 8 | Киев | 03124 | Украина
Компания Acino Group, Швейцария
Телефон: +38 044 281 2333 | www.acino-pharma.com



Новости 24-го Европейского конгресса по психиатрии

12-15 марта в г. Мадриде (Испания) состоялся один из самых масштабных и авторитетных форумов отрасли – 24-й Европейский конгресс по психиатрии. Традиционно на этом мероприятии были представлены результаты последних исследований, обсуждались актуальные проблемы и новейшие достижения в данной области медицины.

Программа конгресса была чрезвычайно насыщенной и включила практически все актуальные вопросы современной психиатрии. Наибольшее внимание было уделено диагностике и лечению шизофрении, биполярного аффективного расстройства, тревожных и депрессивных расстройств. В то же время не были обделены вниманием и такие важные медико-социальные проблемы, как когнитивные нарушения и деменция, зависимости, синдром дефицита внимания и гиперактивности. Поскольку вопрос эффективного лечения многих психических расстройств по-прежнему остается открытым, ученые продолжают активно изучать их этиологию, патогенез, фенотипы; в ряде докладов акцентировалось внимание на особенностях течения заболеваний и лечения у детей и в пожилом возрасте. Наконец, были затронуты и такие значимые компоненты комплексной программы помощи пациентам с психическими нарушениями, как психологическое обучение, психотерапия (в частности, когнитивно-бихевиоральная и семейная терапия), социальная адаптация, внедрение цифровых технологий в психиатрии и др.

Согласно научным данным доклинические психопатологические фенотипы у детей могут быть полезными не только для изучения этиологии психических расстройств, но также для разработки более эффективных профилактических программ. В докладе S. Frangou (США) был представлен анализ связи маниакальных симптомов в детском возрасте с дальнейшим развитием биполярного аффективного расстройства (БАР) или других психических нарушений в молодом взрослом возрасте. В ходе проспективного когортного исследования у 1907 детей в возрасте 11 лет были обнаружены субклинические маниакальные симптомы, а через 8 лет у 1584 из них удалось оценить динамику и клинические исходы. На этапе скрининга в зависимости от результатов обследования в 11 лет детей условно разделили на три группы: с отсутствием или несущественными маниакальными проявлениями (n=862), умеренными (n=846) или выраженными симптомами (n=199). По результатам анализа динамики симптомов было определено, что у детей второй (ОР 2,65, 95% ДИ 1,41-5,01) и третьей (ОР 7,08, 95% ДИ 3,32-15,11) групп риск развития БАР в молодом возрасте существенно выше. Кроме того, группа детей с выраженными маниакальными симптомами характеризовалась более низкими уровнем интеллектуального развития (IQ) и социально-экономическим статусом, более серьезными семейными дисфункциями и психическими расстройствами у родителей. В то же время существенных отличий между группами по частоте развития депрессивных, тревожных и аддитивных расстройств в возрасте 19 лет обнаружено не было. Данные исследования свидетельствуют, что наличие маниакальных симптомов в детском возрасте может быть предиктором повышенного риска БАР в молодом (так как речь идет о ранней взрослости – анализ проводился до 19 лет) возрасте, а их выявление может быть использовано для определения групп риска.

По сей день непростой задачей остается диагностика психических расстройств, особенно при их атипичном течении или наличии признаков нескольких нарушений. На конгрессе A. Ballesteros (Испания) представил диагностически сложный клинический случай, в котором необходимо было дифференцировать БАР и пограничное расстройство личности (ПРЛ). В ряде недавних публикаций указывалось, что ПРЛ можно рассматривать как аффективное расстройство в пределах спектра БАР в связи с клиническим/нейробиологическим перекрестом между ними. Однако авторы данной работы считают, что с учетом разных подходов к лечению их следует дифференцировать между собой, и для этого можно использовать модифицированный опросник темперамента и характера (TCI-R). У пациентов с ПРЛ его показатели являются стабильными в среднесрочной перспективе.

В описанном ими клиническом случае 52-летнего пациента с диагнозом БАР, признаками импульсивности/нестабильности поведения и патологических межличностных отношений подвергли тестированию с использованием TCI-R. Результаты составили: избегание опасности – 100%, поиск новизны – 53%, зависимость от поощрения – 20%,

упорство – 18%, самонаправленность – 1%, кооперативность – 2%, самосовершенствование – 48%. Была начата индивидуальная поведенческая терапия. Психотропное лечение (пароксетин 30 мг/сут, лития 1000 мг/сут, арипипразол 15 мг/сут) осталось без изменений. После 4 месяцев терапии улучшились переносимость дистресса, принятие, поведенческая активация и упорство.

Авторы сделали вывод, что личностные качества заметно различаются у пациентов с БАР и ПЛР, и считают опросник TCI-R полезным инструментом для дифференциальной диагностики данных расстройств и определения подхода к лечению.

Иногда БАР манифестирует очень поздно, к тому же имеет особенности течения в пожилом возрасте, что может сбивать с толку врача. A. Lopes и P. Sales (Португалия) представили клинический случай с развитием первого маниакального эпизода после 65 лет. Одиноким мужчиной 67 лет, без личного и семейного психиатрического анамнеза, был направлен к психиатру по поводу психомоторного возбуждения и эйфорического настроения. Два месяца назад он перенес маниакальный приступ с практически полной бессонницей, эйфорией, психомоторным возбуждением и бредовыми идеями величия. Результаты всех лабораторных анализов и КТ оказались в норме. Через три недели после начала лечения (кветиапин 200 мг/сут, оланзапин 10 мг/сут и вальпроат 1000 мг/сут) была отмечена положительная динамика.

Важно помнить, что БАР с поздним дебютом может характеризоваться менее интенсивной эйфорией, которая сменяется гневом и раздражительностью, более выраженной подозрительностью и частым бредом преследования, расторможенностью и импульсивностью. Этот случай скорее является исключением. Также важно помнить, что у пожилых пациентов значительно выше частота неврологических заболеваний, поэтому важно исключить органическую причину маниакальных эпизодов. Наконец, назначение психотропных препаратов пожилым людям должно быть под особым контролем.

Обзорный анализ, посвященный позднему дебюту психоза, был представлен группой психиатров из Испании (J.M. Hernandez Sanchez et al.). Они отмечают, что ряд факторов делает пожилых людей более склонными к развитию психоза, и, в то же время, имеются особенности фармакотерапии в этой возрастной группе. Подчеркивается тот факт, что до 60% случаев позднего дебюта психоза имеют вторичный характер, в том числе они могут быть вызваны метаболическими расстройствами (электролитные нарушения, гипогликемия), инфекциями (менингит, энцефалит), неврологической патологией (деменция, эпилепсия), интоксикациями. Поэтому очень важна тщательная дифференциальная диагностика. Рекомендации по лечению включают рисперидон, оланзапин, кветиапин, арипипразол, клозапин, донепезил и ривастигмин.

Не менее сложной задачей является подбор эффективной медикаментозной терапии с учетом профиля переносимости препаратов и межлекарственного взаимодействия, что заставляет врачей прибегать к нестандартным решениям и может приводить к назначению чрезмерного количества лекарственных средств. Так, например, недостаточный эффект монотерапии депрессии требует назначения комбинации различных антидепрессантов, что может привести к развитию медикаментозного паркинсонизма (тремор, ригидность, брадикинезия, нарушение постуральных рефлексов). P. Manzur Rojas представили клинический случай рекуррентного депрессивного расстройства, в котором несколько раз пришлось корректировать схему лечения из-за неудовлетворительного ответа.

Пациентка, 75 лет, была направлена семейным врачом к неврологу в связи с появлением тремора в конечностях, оролингвальной дискинезии, ригидности и брадикинезии. После исключения органического заболевания были рассмотрены потенциальные медикаментозные причины паркинсонизма. Последнее плановое лечение включало: миртазапин 15 мг/сут, кветиапин 25 мг/сут, клоназепам 2 мг/сут, пароксетин 40 мг/сут, сульпирид 50-150 мг в день.



Психиатром были постепенно отменены нейролептики, пароксетин заменен на венлафаксин, а также назначен другой антигипертензивный препарат. Через 2 мес. отмечено уменьшение выраженности признаков паркинсонизма при улучшении психического состояния, которые сохранились и через 4 мес. терапии венлафаксином 150 мг/сут + лоразепам 1 мг эпизодически.

Авторы подчеркивают, что распространенность лекарственно-индуцированного паркинсонизма может составлять от 15 до 32% среди всех случаев паркинсонизма. Факторами риска его развития являются: пожилой возраст, семейная предрасположенность, доза и активность препарата, женский пол, наличие атрофических изменений головного мозга. Важно внимательно следить за состоянием пациентов, которые подвержены более высокому риску развития этого патологического состояния.

К сожалению, только треть пациентов с большим депрессивным расстройством (БДР), получающих адекватное лечение, достигают ремиссии, в то время как большинство продолжают страдать от выраженных или остаточных симптомов. В качестве одного из вариантов решения проблемы было предложено добавлять к антидепрессантам антипсихотические препараты второго поколения. Целью работы **Е. Pereira и соавт.** была оценка эффективности и безопасности такого подхода. Они провели анализ научных публикаций за период 2010-2015 гг., посвященных терапии депрессии с применением нейролептиков.

Авторы отмечают, что общепризнанным является факт, что добавление антипсихотических препаратов к антидепрессантам при неэффективности монотерапии эффективнее, чем добавление плацебо в лечении пациентов с БДР. В большинстве исследований не было обнаружено достоверных различий между различными нейролептиками (арипипразол, кветиапин, оланзапин и рисперидон). Частота прекращения лечения из-за побочных эффектов была несколько выше при применении антипсихотических препаратов по сравнению с плацебо.

В целом авторы сделали вывод о существовании убедительных доказательств эффективности и безопасности антипсихотиков II поколения в лечении пациентов с депрессивным расстройством, которые плохо реагируют на антидепрессанты.

Значительная часть пациентов с БДР предъявляют жалобы на качество сна. Наиболее часто отмечается бессонница (проблемы с засыпанием, частые пробуждения в течение ночи, пробуждение ранним утром, невозможность заснуть), однако нередким явлением считается у таких пациентов и гиперсомния, которая сочетается с постоянной сонливостью в дневное время и повышенной утомляемостью. Результаты сравнения двух нейролептиков, одобренных для комбинированной терапии БДР по их влиянию на качество сна, представил **А. Miljaticovic (Сербия)**. В двойное слепое 8-недельное исследование были включены 35 пациентов с БДР, которых рандомизировали для получения лечения кветиапином (50-100 мг/сут) или зипрасидоном (60-100 мг/сут). Полисомнография проводилась на 1, 2 и 8-й неделях. Исследование показало, что кветиапин за счет способности сокращать время засыпания и увеличивать общую продолжительность имеет преимущества в лечении депрессии, ассоциированной с выраженной бессонницей.

Антипсихотические препараты играют важную роль в лечении шизофрении — имеется широкая доказательная база и опыт их клинического применения для лечения острых психотических симптомов и профилактики рецидивов. В то же время данные о длительном применении нейролептиков и их влиянии на прогноз в целом достаточно ограничены, а некоторые исследования показали высокую частоту рецидива в течение первых двух лет после первого эпизода острого психоза. Целью работы **Н. Коронен и соавт. (Финляндия)** было изучение особенностей клинического течения шизофрении у лиц, получающих и не получающих медикаментозное лечение. В исследование включили 70 пациентов, у которых собирали информацию о применении антипсихотических препаратов в предыдущие три месяца. Выборка была разделена

на группы немедикаментозной (n=24) и медикаментозной терапии (n=46). Рецидивы во время последующего наблюдения отмечались сопоставимо часто в обеих группах (47 и 53% соответственно). Отсутствие госпитализации в предыдущие пять лет (двух лет было недостаточно) было предиктором безопасной отмены антипсихотической терапии (отсутствие рецидивов). В состоянии ремиссии в течение всего периода наблюдения находились 15 участников группы немедикаментозного лечения (63%) и 9 в группе медикаментозного (20%). Представленные результаты позволяют предположить, что есть такие случаи шизофрении, особенности клинического течения которых не требуют постоянного применения антипсихотиков. Однако снижение дозы нейролептиков не следует проводить быстро, а пациент и родственники должны иметь возможность оперативно связаться с врачом при усилении психотических симптомов.

Назначая генерические препараты в связи с их более высокой доступностью, некоторые врачи сомневаются в том, что обеспечивают своим пациентам качественное лечение. Однако генерические препараты проверенных производителей часто не уступают оригиналу не только по биоэквивалентности, но и по терапевтическому эффекту и безопасности. **Д.Н. Jeong и соавт.** провели 6-недельное многоцентровое рандомизированное исследование типа non-inferiority (исследование, ставящее целью доказать, что эффективность/безопасность/переносимость препарата (или метода лечения) не ниже, чем активного контроля), в котором сравнили оригинальный и генерический препараты эсциталопрама у 158 пациентов с БДР. Эффективность лечения оценивали с помощью шкал Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS), рейтинговой шкалы депрессии Гамильтона (HDRS), общего клинического впечатления о тяжести заболевания (CGI-S) и об улучшении (CGI-I).

На 6-й неделе 28 пациентов (57,1%) в группе генерического эсциталопрама и 35 больных (67,3%) в группе оригинального препарата ответили на лечение, при этом различия между группами не была достоверной (p=0,126). Частота ремиссии (оценка MADRS ≤10 баллов) составила 42,9 и 53,8% соответственно, также без статистически значимых различий (p=0,135). Не отличалась и частота нежелательных явлений, в частности тошноты (17,9 и 20% соответственно).

Таким образом, в этом исследовании генерический эсциталопрам показал себя безопасной и эффективной альтернативой оригинальному препарату в лечении БДР.

Результаты своих исследований представляли и ученые из Украины. Так, **В. Коростий (Харьковский национальный медицинский университет)** посвятил свой доклад такой актуальной для нашей страны проблеме, как психическое здоровье внутренне перемещенных лиц (ВПЛ). Этим термином называют людей, вынужденных внезапно сменить место проживания в пределах страны в больших количествах в результате вооруженного конфликта, стихийных бедствий или других экстремальных ситуаций в месте проживания.

По данным Министерства социальной политики Украины, по состоянию на 21 мая 2015 г. в нашей стране насчитывалось 1 299 800 ВПЛ, однако реальное количество может быть еще выше. Результаты психодиагностического обследования 97 ВПЛ показали, что у 75,9% из них есть симптомы нарушения адаптации: пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21) или преобладание нарушений других эмоций (F 43.23). В клинической картине доминируют депрессия, тревога, внутреннее напряжение, неспособность расслабиться, астенические симптомы, различные страхи и пароксизмальная вегетативная нестабильность.

У мужчин реактивная тревожность (в среднем 37,7±3,0 балла) превышает личностную (32,6±2,9 балла). У женщин, напротив, выше личностная тревожность (38,6±2,9 балла), чем реактивная (34,7±3,0 балла). Тяжесть симптомов депрессии несколько выше у женщин. Так, средний балл по шкале Гамильтона составил 17,0±2,3 балла для мужчин и 18,0±2,3 балла для женщин.

Подготовила **Наталья Мищенко**

PSYC-PUB-042016-004



КВЕТИРОН XR

К В Е Т И А П И Н



- **Доказанная эффективность при шизофрении, биполярном расстройстве и депрессии^{1, 2, *}**
- **Удобство применения — 1 раз в сутки³**
- **Один из самых доступных по цене пролонгированных кветиапинов в Украине⁴**

Сокращенная инструкция для медицинского применения препарата КВЕТИРОН XR. Действующее вещество: кветиапин (в форме кветиапина фумарата). **Лекарственная форма.** Таблетки пролонгированного действия. **Фармакотерапевтическая группа.** Антипсихотические средства. Код АТХ N05A H04. **Фармакологические свойства.** Кветиапин является атипичным антипсихотическим агентом. Кветиапин и его активный плазменный метаболит норкветиапин взаимодействуют со многими нейротрансмиссивными рецепторами. Кветиапин и норкветиапин проявляют средство с серотониновыми (5HT₂) и допаминовыми D₁- и D₂-рецепторами мозга. **Показания.** Кветирон XR показан для лечения: шизофрении, включая предупреждение рецидива у пациентов со стабильным течением шизофрении, получающих поддерживающую терапию Кветироном XR; биполярного расстройства, в частности: для лечения умеренных и тяжелых маниакальных эпизодов при биполярном расстройстве; для лечения депрессивных эпизодов при биполярном расстройстве; для предупреждения следующего эпизода заболевания у пациентов с биполярным расстройством, у пациентов с маниакальными или депрессивными эпизодами, при которых лечение кветиапином является эффективным. Кветирон XR показан для сопутствующего лечения депрессивных эпизодов у пациентов с депрессивным расстройством, у которых зафиксирован субоптимальный ответ на монотерапию антидепрессантами. **Побочные реакции (действия).** При приеме кветиапина чаще всего сообщалось о таких нежелательных реакциях: сонливость, головокружение, сухость во рту, астения легкой степени, запор, тахикардия, ортостатическая гипотензия и диспепсия. **Категория отпуска.** По рецепту. **Р.Л. №** UA/14089/01/01, №UA/14089/01/02, №UA/14089/01/03, Приказ МЗ Украины от 01.12.14 №905. **Производитель:** ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульвар И. Лепсе, 8. «Фарма Старт» является частью швейцарской фармацевтической компании «Асино Фарма АГ». Полная информация находится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей, и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике. *** В комбинации с антидепрессантами.**

1. Адаптировано из: Yatham LN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders* 2013; 15: 1-44. 2. Адаптировано из: Kennedy SH, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *Journal of Affective Disorders*. 2009; 117 (Suppl1): S1-S64. 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства Кветирон XR. Приказ МЗ Украины от 01.12.2014 №905. 4. Ежедневники «Аптека», <http://www.apтека.ua>

Швейцарское качество, украинская цена

ООО Фарма Старт | бульвар Ивана Лепсе, 8 | Киев | 03124 | Украина
Компания Acino Group, Швейцария
Телефон: +38 044 281 2333 | www.acino-pharma.com

