

КВЕТИРОН XR
к в е т і а п і н

- Доведена ефективність при шизофренії, біполярному розладі та депресії^{1, 2, *}
- Зручність застосування — 1 раз на добу³
- Один з найдоступніших за ціною пролонгованих кветіапінів в Україні⁴

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату КВЕТИРОН XR 200, 400. Діюча речовина. Кветіапін (у формі кветіапіну фумарату). Лікарська форма. Таблетки пролонгованої дії по 200 мг або по 400 мг. Фармакологічна група. Антипсихотичні засоби. Код АТХ N05A H04. Фармакологічні властивості. Кветіапін та його активний метаболіт норкветіапін взаємодіють з нейротрансмітерними рецепторами, виявляють спорідненість із серотоніновими (5HT₂) та дофаміновими (D₁- та D₂-рецепторами мозку, і саме ця комбінація рецепторного антагонізму з більшою селективністю до 5HT₂ - відносно рецепторів D₂ вважається такою, що сприяє клінічним антипсихотичним ефектам та низькій схильності до екстрапірамідних побічних симптомів препарату. Препарат не спричиняє надчутливості дофамінових D₂-рецепторів після тривалого застосування. Кветіапін призводить лише до слабкої каталепсії при застосуванні доз, що ефективно блокують дофамінові D₂-рецептори, демонструє селективність щодо лімбічної системи, сприяючи при хронічному застосуванні депривації блоку мезолімбіки, але не гіростриальних дофамінових нейронів. Показання. Кветіапін XR показаний для лікування: шизофренії, включаючи попередження рецидиву у пацієнтів зі стабільним перебігом шизофренії, які отримували підтримку терапію Кветіапіном XR; біполярного розладу, зокрема для лікування позитивних і тихих маніакальних епізодів при біполярному розладі; для лікування депресивних епізодів при біполярному розладі; для попередження наступного епізоду захворювання у пацієнтів з біполярним розладом, у пацієнтів з маніакальними або депресивними епізодами, при яких лікування кветіапіном є ефективним. Кветіапін XR показаний для супутнього лікування депресивних епізодів у пацієнтів з депресивним розладом, у яких зафіксовано субоптимальну відповідь на монотерапію антидепресантами. До початку лікування лікарю необхідно ретельно вивчити профіль безпеки Кветіапіну XR. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якого компонента препарату. Протипоказане одночасне застосування інгібіторів цитохрому P450 3A4, таких як інгібітори ВІЛ-протеази, азольні протигрибкові препарати, еритроміцин, кларитроміцин і ітраконазол. Побічні реакції. Зниження рівня гемоглобіну, лейкопенія, нейтропенія, еозинофілія, гіперпроліктинемія, зниження загального T₄, зниження загального T₃, підвищення ТТГ, підвищення рівня тригліцеридів у сироватці крові, підвищення загального холестерину (особливо холестерину ЛПНЩ), зниження холестерину ЛПВЩ, збільшення маси тіла, посилення апетиту, підвищення рівня глюкози у крові до рівня гіперглікемії, незвичайний сніг та нічні кошмари, суїцидальні думки та суїцидальна поведінка, запаморочення, сонливість, головний біль, екстрапірамідні симптоми, дисартрія, тахікардія, відчуття серцебиття, нечіткість зору, ортостатична гіпотензія, диспнея, сухість у роті, запор, диспепсія, блювання, підвищення рівня аланінамінотрансферази (АЛТ) у сироватці крові, підвищення рівня креатиніну, синдром відміни (припинення застосування), легка астения, периферичний набряк, дратівливість, прискіпливість тощо. Р. П. МОЗ України № УА/14089/01/01, № УА/14089/01/02, № УА/14089/01/03. Наказ МОЗ України від 01.12.2014 №905. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар І. Лєссе, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медиків і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

* У комбінації з антидепресантами.
1. Адаптовано з Yatham LH, 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. Адаптовано з: 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 (Suppl.): S1-S64. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Кветіапін XR, Наказ МОЗ України від 01.12.2014 №905. 4. Тижневик «Аптека», <http://www.apтека.ua>

Швейцарська якість, українська ціна

ТОВ Фарма Старт | бульвар Івана Лєссе, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія
Телефон: +38 044 281 2333 | www.acino-pharma.com



І.А. Марценковський, д. мед. н., відділ психічних розладів дітей та підлітків, Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Соціальна психіатрія у світі,
що швидко змінюється

За підсумками 22-го Всесвітнього конгресу із соціальної психіатрії

(30 грудня 2016 р. – 4 січня 2017 р., м. Нью-Делі, Індія)

22-й Всесвітній конгрес із соціальної психіатрії відбувся у м. Нью-Делі (Індія) 30 грудня 2016 р. – 4 січня 2017 р. Конгрес був організований Всесвітньою асоціацією соціальної психіатрії й відбувався під гаслом «Соціальна психіатрія у світі, що швидко змінюється».

У роботі конгресу взяли участь 957 делегатів із 48 країн світу: з Європи – 149 (з Великої Британії – 31, Нідерландів – 10, Франції – 8, Фінляндії – 8, Німеччини – 8, Швейцарії – 6, України – 4, Вірменії – 3, Білорусі – 1, Литви – 1), із Південної Америки – 4, з Північної Америки – 30 (із США – 20, Канади – 10), з Африки – 18, Японії – 25, Азії – 701 (з Індії – 637, Шрі-Ланки – 13).

У рамках конгресу відбулося 76 наукових симпозиумів, 14 майстер-класів, 17 сесій рефератів, 15 постерних сесій.

Пленарну сесію було присвячено концептуальним питанням соціальної психіатрії.

Професор Норман Сарторіус (Асоціація поліпшення програм психічного здоров'я, м. Женева, Швейцарія) виступив із доповіддю на тему «Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків: проблеми і перспективи на майбутнє». Доповідач акцентував увагу на значущості питань охорони психічного здоров'я дітей для соціальної політики країн усіх континентів, країн із різними рівнями економічного розвитку, різними культурами. Він визначив соціально-економічні та інші чинники середовища, у якому формується психічне здоров'я дитини, окреслив форми догляду за дітьми та підлітками як можливі засоби зміцнення психічного здоров'я та сприяння розвитку. Основний акцент у доповіді було зроблено на «позитивному контексті психічного здоров'я» для дітей і підлітків: боротьбі зі стигмою та сприяння розвитку, організації догляду, заходам, що мають забезпечити стійкість до стресу, сформувати прихильність до здорового способу життя. Перспективні механізми профілактики психічних та емоційних розладів, на думку професора Н. Сарторіуса, можна реалізувати у сучасних клінічних практиках з урахуванням культурального контексту.

Варма К. Віджой (лікар-консультант із медичного центру м. Форт-Уейн, штат Індіана, США) у доповіді «Соціальна справедливості і примус в індійській психіатрії – оксюморон?» висвітлив особливості примусу та обмежень у сучасній системі психіатричної допомоги в Індії. Оксюморони, як відомо, – це мовні звороти, які об'єднують і зіставляють елементи, що здаються суперечливими, проте містять приховану точку, в якій об'єднуються. Оксюморони проявляються в різних контекстах: ненавмисних помилках, виразах, які використовують навмисно, аби підкреслити парадокс. У психіатрії для позначення парадоксального співіснування на перший погляд несумісних почуттів і переживань використовують дефініцію амбівалентності (наприклад, «мені сумно і легко, журба моя світла»).

Практика примусу й застосування обмежень існує в кожній країні світу, в певних межах її використання легалізовано й санкціоновано в психіатричній практиці. Жодна країна наразі не запровадила повну заборону на застосування примусових (недобровільних) заходів медичного та виховного характеру.

В усіх країнах світу законодавці намагаються врегулювати застосування примусу, зокрема обмежити випадки, у яких до нього вдаються, окремим обґрунтуванням – крайніми випадками. Закон «Про психічне здоров'я», ухвалений у Індії в 1987 р., встановлює, що «жодна психічно хвора людина не може бути під час лікування піддана будь-яким фізичним чи психічним приниженням, жорсткому ставленню». Більш про психіатричну допомогу (Mental Health Care Bill, 2016) не підтримує використання утримуючих пристроїв і життя заходів безпеки, пов'язаних із практикою примусу. Індія є учасником Конвенції про права інвалідів (Convention on Rights of Persons with Disabilities, 2006) та окремого протоколу до неї (Optional Protocol, UNCRPD, 2007), тож зобов'язалася захищати права людей серед пацієнтів із психічними розладами. Отже, акцент на соціальній справедливості для осіб, які страждають психічними розладами, є беззаперечним і зрозумілим. Проте в Індії до примусу та обмежень щодо пацієнтів із психічними захворюваннями, як і раніше, вдаються вихователі й учителі під час надання освітніх послуг, члени родин споживачів психіатричних послуг, фахівці в галузі психічного здоров'я. Доповідач озвучив дані з різних джерел, які продемонстрували невідповідність між гуманістичними нормами міжнародного права і національного законодавства та насильством і соціальною дискримінацією, що поширені в реальній клінічній практиці в Індії.

Професор Мурті Р. Срініваса (Шрі-Шанкара – онкологічна лікарня та науково-дослідний центр, Шанкар-Мутт, м. Бангалор, Індія) презентував доповідь на тему «Тяжкі психічні розлади: від лікарні до громади. Індійський досвід».

Досвід Індії з реформування організації психіатричної допомоги особам із тяжкими розладами психіки вражає масштабністю та послідовністю. Протягом останніх трьох століть догляд за тяжко

хворими пацієнтами перемістився з місць позбавлення волі в при-тулки, а згодом – у психіатричні лікарні та громади з підтримкою проживання в суспільстві. Існували три рушійні сили для цих змін. По-перше, досвід економічно розвинених країн зі значною кількістю великих психіатричних лікарень, який свідчив про шкідливі наслідки інституалізації психіатричної допомоги та десоціалізацію хворих. По-друге, це прагнення зробити психіатричні послуги доступними для всіх груп населення. По-третє, це визнання та безумовне дотримання прав людини під час соціальної підтримки та лікування осіб із розладами психіки.

Психіатричну допомогу в Індії ніколи не надавали організовано і лише у великих психіатричних лікарнях; особи з тяжкими психічними захворюваннями переважно жили з родинами, залишалися в громадах. Країна не мала проблем із необхідністю децентралізації психіатричної допомоги, закриттям психіатричних лікарень, деінституалізацією психіатричних послуг.

Індійські фахівці вдосконалили надання психіатричних послуг громадянам, спираючись на традицію догляду та підтримки в суспільстві, послідовно проводили курс на надання послуг безпосередньо в громаді. Під час надання психіатричної допомоги сервіси були зосереджені не так на усуненні тих чи інших проявів психічних розладів, як на відновленні соціального функціонування. Потенціал родини, залучення членів сім'ї в процес допомоги використовували у разі тяжких психічних розладів починаючи з 50-х рр. XIX століття.

Інноваційними стали: інтеграція охорони психічного здоров'я із загальною лікарняною допомогою; інтеграція охорони психічного здоров'я з первинною медико-санітарною допомогою; розвиток сучасних технологій у сфері комунікації, таких як телепсихіатрія, і найголовніше – створення широкого спектра послуг безпосередньо на рівні громад.

Усі ці зусилля були обґрунтовані науковими дослідженнями та супроводжувалися переглядом законодавства в сфері психічного здоров'я. Завданнями на майбутнє є подальше розширення прав і можливостей споживачів психічних послуг та їхніх родин, мінімізація стигматизації та дискримінації, збільшення доступу до закладів освіти, підтримка зайнятості.

Для вирішення поставлених завдань, на думку професора, важливо переглянути суспільні пріоритети, визнати охорону психічного здоров'я одним із них, забезпечити більш справедливе фінансування цього напрямку медицини та соціальної політики.

Професор Джос Мігель Кальдас де Алмейда (Медична школа Нового університету Лісабона, Португалія) виступив із доповіддю «Швидкий перехід до соціальної інклюзії та соціальної допомоги на рівні громад: від досліджень до дій».

Доповідач акцентував увагу на тому, що на сьогодні у світі існує консенсус щодо необхідності переходу від моделі медичної допомоги, побудованої на основі медичних закладів, до системи, яка спирається на організацію догляду на рівні громад і психіатричних відділень у лікарнях загального профілю.

Громадські служби психічного здоров'я сприяють більшій доступності, безперервності послуг, кращому задоволенню особливих потреб більшості користувачів, забезпечують більшу ефективність захисту прав людини і запобігання стигматизації під час надання психіатричних послуг. Суттю нової моделі є створення структурованої співпраці зі службами первинної медико-санітарної допомоги, а також ефективна координація послуг систем охорони здоров'я та соціального обслуговування.

Професор наголосив, що, незважаючи на міжнародне поширення цієї ідеї, перехід до організації сервісів на рівні громад виявився надзвичайно складним для більшості країн світу. У багатьох країнах людей із психічними розладами все ще місяцями і навіть роками утримують у великих психіатричних лікарнях тривалого перебування, вони проживають у поганих умовах, із недостатнім рівнем медичних послуг, часто стають жертвами порушень прав людини. І навіть у тих країнах, де було досягнуто прогресу в процесі переходу до позалікарняної допомоги, неабияк часто ресурси, які спрямовують на нові послуги, занадто обмежені, унаслідок чого психосоціальні потреби людей із психічними розладами залишаються переважно незадоволеними.

Узагальнюючи свій виступ, доповідач наголосив, що ситуація, яка склалася в багатьох країнах світу, є результатом низького політичного пріоритету, недостатнього фінансування національних систем охорони психічного здоров'я, відсутності міжсекторальної взаємодії медичних сервісів та соціальних служб, труднощів з інтеграцією психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги. Основне



завдання полягає в тому, аби привести в дію, як на національному, так і на міжнародному рівнях, політику і стратегії, необхідні для ефективного подолання цих бар'єрів.

Українські спеціалісти, які брали участь у конгресі, представили шість доповідей.

Більшість доповідей співробітників Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології були присвячені соціальним аспектам психічних розладів унаслідок психічної травматизації.

Доповідачі з Японії презентували дослідження про психіатричні наслідки аварії на АЕС у префектурі Фукусіма (модератором симпозиуму була професор О.О. Хаустова). Результати досліджень, які озвучили японські вчені, не підтвердили отримані після аварії на Чорнобильській АЕС дані українських науковців щодо наслідків хронічного впливу на психіку людини невисоких доз радіації з формуванням пострадіаційних енцефалопатій.

Доповідь **О.О. Хаустової** у співавторстві з Н.В. Коваленко «Психічні та поведінкові розлади у внутрішньо переміщених осіб: психопатологічні особливості» було присвячено проблемам психічного здоров'я у вимушених переселенців. Зазначалося, що відсутність позитивної мотивації для переміщення і фізична неможливість подальшого перебування у власному домі, психічна травматизація, зумовлена гібридною війною, труднощі з адаптацією до нового становища незмінно супроводжуються формуванням специфічного травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб. За результатами проведеного дослідження встановлено, що найбільш поширеними у таких осіб були психогенні депресії, тривожні та соматоформні розлади. Було обстежено 3 групи хворих: особи пенсійного віку з тяжкою хронічною соматичною хворобою і/чи інвалідністю внаслідок цієї хвороби; інваліди внаслідок психічного захворювання та особи, які не мали хронічних захворювань та інвалідності. Особи з тяжкими захворюваннями виявилися найбільш уразливими до специфічної психотравматичної ситуації, пов'язаної з вимушеним переселенням.

І.І. Марценковська у співавторстві з Т.В. Ільницькою виступила з доповіддю «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у пацієнтів з історією розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ): клінічний поліморфізм і особливості терапії». Автори дослідження рандомізували 76 пацієнтів (ветеранів воєнних дій на Сході України), психічні розлади у яких відповідали критеріям DSM-5 для ПТСР і РДУГ.

Пацієнтів випадковим чином поділили на дві групи: перша група отримала 3 сеанси коротких психосоціальних втручань і 5 сеансів когнітивно-поведінкової травма-фокусованої терапії; друга група отримала 3 сеанси коротких психосоціальних втручань і атомосетин у дозі 40-60 мг. Тривалість контрольованої терапії становила 16 тиж.

Відтак було виділено два варіанти клінічного фенотипу ПТСР: 1) із поведінковими розладами, імпульсивністю та РДУГ у преморбіді; 2) із розладами сну і повторюваними спогадами та рекурентною депресією і/чи тривожними розладами в преморбіді. Результати дослідження вказують на більш швидке зниження симптомів ПТСР і поліпшення психосоціального функціонування після когнітивно-поведінкової терапії у пацієнтів другої, після терапії атомосетином — першої групи.

Зроблено висновок, що РДУГ в особистій та сімейній історії ветеранів війни є передвісником тяжких порушень соціальної адаптації в майбутньому. У таких випадках слід рекомендувати призначення атомосетину одночасно з травма-фокусованою терапією.

На конгресі також обговорювали тему участі волонтерів у наданні послуг у сфері охорони психічного здоров'я і наскільки корисною та ефективною може бути така допомога.

Окреме питання — участь батьків, груп первинної підтримки дітей у системі охорони психічного здоров'я.

На симпозиумі «Психічне здоров'я дітей та підлітків» **І.А. Марценковський** виступив із доповіддю «Порівняння ефективності поведінкової терапії, яку проводять неспеціалісти (батьки) й атестовані фахівці у дітей у віці до трьох років із первазивними порушеннями розвитку». Стратегія лікування дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) включає ранні інтенсивні поведінкові втручання та методику Ловааса (або АВА-терапію — Applied Behavioral Analysis) для дітей старшого віку, які спираються на позитивну підтримку бажаних форм поведінки і мають на меті модифікацію поведінки на основі методології навчання.

Більшість дітей із РАС, особливо в країнах із низьким рівнем доходу, мають обмежений доступ до сертифікованих АВА-терапевтів. Якби навчені фахівцями батьки були у змозі забезпечити такі терапевтичні втручання або їх окремі фрагменти, то набагато більше дітей із РАС змогли б дістати доступ до лікування.

Співробітники відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології обстежили 240 дітей ясельного віку з РАС у віці від 18 до 36 місяців. Для діагностики використовували діагностичне інтерв'ю аутизму з переглядом (ADI-R), шкалу ADOS, оцінку розвитку опитувальником ASQ:SE, а також тестом PEP-R та шкалою Вайнленда. Діти були рандомізовані у дві групи, які отримували 20 год терапії на тиждень упродовж 40 тиж: із першою групою



працювали сертифіковані терапевти, з другою — батьки, які пройшли спеціальний тренінг із супервізії фахівців. Було встановлено, що терапія, яку здійснювали сертифіковані терапевти, виявилася ефективнішою, ніж поведінкові втручання неспеціалістів. Проте втручання, які проводили батьки, було достатньо ефективними для того, щоб рекомендувати їх у умовах обмежених ресурсів.

На симпозиумі також була представлена доповідь О.О. Хаустової у співавторстві з О.С. Чабаном та Л.М. Трачук «Посттравматичні психопатологічні феномени у дітей та підлітків, які проживають у зоні воєнних конфліктів і прилеглих районах на Сході України». За результатами дослідження дітей, що мешкають на територіях Харківської, Дніпропетровської, Запорізької областей, а також окупованих районів Луганської та Донецької областей, автори виявили високу (83%) поширеність розладів психіки та поведінки у дітей, які безпосередньо мешкають у зоні конфлікту. Діти старшого віку демонстрували більше психологічних проблем, аніж діти молодшого віку. Батьки дітей рідко зверталися по професійну допомогу, щоб допомогти дітям подолати стрес. Незважаючи на достатню кількість пропозицій від волонтерських організацій, у цих регіонах спостерігався низький рівень звернення по психологічну допомогу. Це пояснюється тим, що зазвичай родини шукали підтримки з боку своєї сім'ї та друзів, демонструючи певну недовіру до психологічних послуг добровольців.

Питання зв'язку безпритульності та психічного здоров'я обговорювали на окремому симпозиумі.

J. Moore звернув увагу учасників конгресу на те, що дефініцію «безпритульний», або «безхатько», використовують для позначення різних популяцій у континуумі незадовільних умов проживання — від картонних коробок до гуртожитків. Тому не дивно, що оцінки числа безхатьків у країні різняться від дослідження до дослідження залежно від застосовуваної дефініції та від впливів політичного характеру. Наприклад, оцінки кількості безпритульних в Англії та Уельсі коливаються від 2 тисяч, якщо під безхатьками розуміти людей, які ночують просто неба, до 75 тисяч, якщо сюди зарахувати мешканців спеціальних гуртожитків, нічліжок, а також самоселів. Так само коливаються оцінки кількості психіатричної госпіталізації осіб без певного місця проживання. Частково ці коливання також пояснюються відмінностями у використанні цього терміна різними психіатрами, які працюють навіть у рамках однієї медичної структури.

На думку **T.K.J. Craig**, безпритульні молоді люди порівняно з їхніми однолітками, які забезпечені житлом, мають менше шансів не тільки отримати власне житло, а й здобути початкову освіту. Крім того, більш імовірно, що в дитинстві вони були занедбані, зазнавали жорстокого поводження і відторгнення з боку батьків; 40% із них виховувалися в дитячих будинках та інших закладах. Професор навів дані, які свідчать про те, що у Великій Британії спостерігається не лише зростання кількості безпритульних, а й поширеність з-поміж них психічно хворих: наркозалежних, осіб з афективними й особистісними розладами. Поєднання психічного захворювання і розладів, спричинених уживанням психоактивних речовин, на сьогодні є правилом, а не винятком, і найбільше стає на заваді ефективному лікуванню та реабілітації.

Професор піддав критиці припущення, що збільшення кількості психічно хворих безпритульних зумовлено закриттям психіатричних лікарень і недосконалістю альтернативних служб позалікарняної допомоги, покликаними посісти їхнє місце. Існують переконливі докази того, що це не дуже значущий фактор. Встановлено, що менше 5% пацієнтів, які тривалий час перебували в психіатричних лікарнях і були залучені в дослідження, після їх закриття стали безпритульними.

Отже, якщо закриття психіатричних лікарень не мало прямого впливу на обговорювану проблему, майже не виникає сумнівів щодо важливості продовження процесів деінституалізації в психіатрії.

ЕСЦИТАМ

есциталопрам



- Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁴
- Біоеквівалентний оригінальному есциталопраму⁵
- Один з найдоступніших за ціною есциталопрамів в Україні⁶



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ. Діюча речовина, Есциталопрам. **Лікарська форма.** Таблетки, покриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антидепресанти. **Фармакологічні властивості.** Есцитам є антидепресантом, селективним інгібитором 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, бензодіазепінові та опіатні рецептори. **Показання.** Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальної фобії), генералізованих тривожних розладів, обсесивно-компульсивних розладів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до есциталопраму або до інших компонентів препарату, одночасне лікування інгібіторами MAO або пімозидом. **Побічні реакції.** Нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривога, неспокій, анормальні сні, зниження лібід, аноргізмія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусити, позіжання, 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, Наказ МОЗ України від 02.09.2013 №771. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар І. Лєпсе, 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, 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; 21:287-309. 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.apteka.ua>

Швейцарська якість, українська ціна

ТОВ Фарма Старт | бульвар Івана Лєпсе, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія
Телефон: +38 044 281 2333 | www.acino-pharma.com

