

КВЕТІРОН 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 КВЕТІРОН XR 200, 400. Діюча речовина. Кветіапін (у формі кветіапіну фумарату). Лікарська форма. Таблетки пролонгованої дії по 200 мг або по 400 мг. Фармакотерапевтична група. Антипсихотичні засоби. Код АТХ N05A N04. 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 стримує клінічний антипсихотичний ефект та низький ступінь до екстрапірамідних побічних симптомів препарату. Препарат не стримує надчутливості дофамінових D₂-рецепторів після тривалого застосування. Кветіапін призводить лише до слабкої каталесі при застосуванні доз, що ефективно блокують дофамінові D₂-рецептори, демонструє селективність щодо лінійної системи, стримує при тривалому застосуванні депонізацію блоку мезолімбік, але не гіршає дофамінових нейронів. Показання. Кветіапін XR показаний для лікування: шизофренії, включаючи попередження рецидиву у пацієнтів зі стабільним перебігом шизофренії, які отримували підтримуючу терапію Кветіроном XR; біполярного розладу, зокрема для лікування поглиблених і тяжких 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 Кветіроном XR. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якого компонента препарату. Протипоказання окремо: застосування інгібіторів цитохрому P450 3A4, таких як інгібітори ВІІ-протеази, азольні протигрибкові препарати, еритромицин, кларитромицин і нефедозол. Побічні реакції. Зниження рівня гемоглобіну, лейкопенія, нейтропенія, еозинофілія, гіперпролактинемія, зниження загального Т4, зниження вільного Т4, зниження загального Т3, підвищення ТТТ, 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, незвичайні сни та нічні кошмари, суїцидальні думки та суїцидальна поведінка, запам'ятовування, сонливість, головний біль, екстрапірамідні симптоми, дисартрія, тахікардія, відчуття серцебиття, нечіткість зору, ортостатична гіпотензія, дістномія, сухість у роті, запор, диспепсія, блювання, підвищення рівня аланінамінотрансферази (АЛТ) у сироватці крові, підвищення рівня гамма-ГТ, синдром відміни (припинення застосування), легка астения, периферичний набряк, дратівливість, переїзв тощо. Р.П. МОЗ України № UA/14089/01/01, NUA/14089/01/02, NUA/14089/01/03, Наказ МОЗ України від 01.12.14 №905. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар І.Лепсе, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних 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. Adaptation to 'Yohann L.H. 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. Adaptation to: Kennedy S.H. 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.1): S1–S64. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Кветіроном XR, Наказ МОЗ України від 01.12.2014 №905. 4. Тимончик «Аптека», <http://www.apteka.ua>

Швейцарська якість, українська ціна

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



Раннее вмешательство в течение психоза: роль современных антипсихотиков

По материалам V Национального конгресса неврологов, психиатров и наркологов Украины (16-17 марта, г. Харьков)

Проблема оказания помощи больным с психозами остается одной из самых актуальных в современной психиатрии. Хорошо известны тяжелые социальные последствия прогрессивных психотических расстройств – безработица, изоляция, личностная дезадаптация и стигматизация. Несмотря на прогресс психофармакотерапии и курс на деинституализацию психиатрических сервисов, эти проблемы характерны даже для развитых стран с высоким доходом на душу населения, таких как США и Швеция (P. Harvey et al., 2009).



Заместитель директора по научной работе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», руководитель отдела неврозов и пограничных состояний, доктор медицинских наук, профессор Наталия Александровна Марута охарактеризовала современное состояние проблемы с точки зрения оптимального момента для терапевтического вмешательства.

С 1990-х годов получила развитие концепция раннего вмешательства в психоз для улучшения медико-социальных исходов, которая подразумевает выделение допсихотической стадии расстройства, или так называемой стадии сверхвысокого риска психоза – ultra-high-risk state (P. McGorry et al., 1991, 2007, 2010). К базовым диагностическим критериям сверхвысокого риска психоза относят сложности распределения внимания, интерференцию мыслей, экспрессивность речи, расстройства абстрактного мышления, нестабильные идеи отношения, фиксированность на внешних деталях (J. Klosterkotter et al., 2011). При этом перечисленные «продромальные» проявления остаются неспецифическими и не достигают степени выраженности по критериям диагностики психотических расстройств. Данная диагностическая категория под названием «синдром ослабленного психоза» (attenuated psychosis syndrome) включена в руководство по диагностике и статистическому учету психических заболеваний DSM-V и запланирована в 11-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ).

Начало лечения на стадии сверхвысокого риска психоза теоретически как нельзя лучше соответствует концепции раннего вмешательства, хотя мнения экспертных групп о целесообразности такого подхода различаются, особенно в вопросах начала психофармакотерапии. Тем не менее эксперты Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА, 2015) считают, что психологическая, в частности когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), так же, как и фармакотерапия, способна предотвратить или по крайней мере отсрочить первый психотический эпизод у взрослых пациентов, имеющих статус «высокий риск развития психоза». У таких пациентов рекомендуется применять пошаговую модель вмешательства с постепенным усилением. КПТ рекомендуется как метод первой линии. При недостаточной эффективности психотерапии должна дополняться назначением антипсихотика второго поколения в низкой дозе, если присутствуют «ослабленные» психотические симптомы с минимальным или отчетливо сниженным инсайтом или прерывистые психотические симптомы с нарастающей частотой. Из наиболее привлекательных препаратов по профилям метаболических и неврологических побочных эффектов рассматриваются кветиапин и арипипразол (R.S. Rahn, W.W. Fleischhacher, H. Boter, 2008).

Вместе с тем в рекомендациях ЕРА показано, что имеющихся данных о ценности критерия «клинически высокий риск психоза» для прогнозирования и оценки эффективности психологических и фармакологических вмешательств у детей и подростков недостаточно, чтобы оправдать эти профилактические меры.

На практике сохраняет актуальность консервативный подход, в рамках которого антипсихотические препараты не назначают до тех пор, пока состояние пациента не соответствует критериям психотических расстройств. Первый психотический эпизод – это та стадия, на которой большинство пациентов попадают в поле зрения психиатров, и благоприятный момент для начала психофармакотерапии. Выраженный терапевтический эффект в этой ситуации достигается на низких дозах антипсихотиков. Это доказано в многочисленных работах, стоит упомянуть лишь классическое исследование EUFEST. Также известно, что антипсихотики обеспечивают высокую эффективность купирования продуктивной симптоматики в острой фазе психоза, но различаются по спектру побочных эффектов, а также влиянию на негативные и когнитивные симптомы психоза. Именно переносимость во многих случаях определяет психосоциальные исходы заболевания после купирования острого психотического эпизода. Многие пациенты не соглашаются с необходимостью продолжать прием антипсихотика после достижения ремиссии. Нарушение режима лечения повышает риск обострения в 4 раза. А приверженность к лечению в большинстве случаев определяется переносимостью препарата.

Согласно современным представлениям типичные и атипичные антипсихотики имеют схожий механизм купирования продуктивной симптоматики – антагонизм к дофаминовым рецепторам подтипа D₂. Атипичность определяется дополнительными рецепторными взаимодействиями, в первую очередь сродством к серотониновым рецепторам подтипа 5-HT_{2A}. Рецепторный профиль определяет и спектр побочных эффектов, индивидуальный для каждого препарата.

Современным представителем атипичных антипсихотиков со сложным рецепторным профилем является кветиапин. Сродство к рецепторам 5-HT_{2A} у него выражено в большей степени, чем к D₂-рецепторам. При этом кветиапин не связывается с бензодиазепиновыми и M-холинорецепторами, что определяет отсутствие антихолинергических побочных эффектов (как у типичных антипсихотиков) и отрицательных эффектов, характерных для бензодиазепинов. Кроме того, благодаря быстрой диссоциации с D₂-рецепторами кветиапин редко вызывает экстрапирамидные симптомы.

В 16-недельном многоцентровом рандомизированном исследовании сравнивались эффекты терапии шизофрении кветиапином в дозе 600 мг/сут (n=22), оланзапином в дозе 15 мг/сут (n=16) и рисперидоном в дозе 5 мг/сут (n=12). По итогам 8 недель терапии в группе кветиапина общая оценка по шкале позитивных и негативных симптомов шизофрении PANSS улучшилась на 31%, в группах оланзапина и рисперидона – на 25 и 21% соответственно. Эти данные подтверждают сопоставимую эффективность трех атипичных антипсихотиков в короткие сроки. Однако при этом наблюдались существенные различия переносимости. Экстрапирамидные побочные эффекты (включая акатизию) возникали чаще в группе рисперидона по сравнению с остальными группами. У пациентов, которые принимали оланзапин, чаще наблюдали прибавку массы тела. Авторы заключили, что кветиапин так же эффективен при шизофрении, как рисперидон и оланзапин, но отличается более благоприятным профилем переносимости (E. Sacchetti et al., 2004).

Особенностью кветиапина является выраженное прямое влияние на негативные симптомы шизофрении. Согласно данным метаанализа четырех рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) терапия кветиапином в дозах 150-750 мг/сут (n=953) по сравнению с плацебо (n=153) достоверно улучшала оценки по шкале негативных симптомов SANS. Размер эффекта кветиапина по сравнению с плацебо составил 1,96. Улучшение негативной симптоматики на 44,2% было обусловлено прямым действием кветиапина и на 47,5% объяснялось его влиянием на позитивную симптоматику, а также хорошей переносимостью (R. Tandon, 2004).

Антидепрессивный эффект кветиапина, опосредованный антагонизмом к серотониновым рецепторам, успешно применяется в терапии биполярного расстройства, которое наряду с шизофренией является официальным показанием этого антипсихотика. По данным метаанализа четырех РКИ (A.H. Young et al., 2013), 8-недельная терапия кветиапином в дозах 300 и 600 мг приводила к ремиссии биполярной депрессии 2 типа у 62-65% пациентов при низкой частоте инверсии фаз (1,3-3,3%).

Преимущества терапевтического эффекта кветиапина особенно ярко проявляются при переводе с других антипсихотиков. Так, при переключении с галоперидола или рисперидона на кветиапин значительно уменьшаются акатизия и экстрапирамидные побочные эффекты, а также гиперпролактинемия. При переключении с оланзапина терапия кветиапином компенсирует прибавку массы тела и дислипидемию (P.F. Buckley, C.U. Corell, 2008).

Выводы

Вмешательства на стадии высокого риска психоза могут снизить вероятность его развития. Однако пока это остается темой для научных исследований. В рутинной практике самый благоприятный момент для начала психофармакотерапии – это первый эпизод психоза. Современные атипичные антипсихотики с благоприятным профилем безопасности, такие как кветиапин, являясь основой ведения пациентов с острым психозом и создают предпосылки для улучшения долгосрочных социальных исходов.

Подготовил Дмитрий Молчанов

PSYC-PUB-052017-021