

Арипразол®

Арипіпразол



Перейди
на **СВІТЛИЙ**
бік життя

- Препарат вибору для пацієнтів із шизофренією при несприятливому метаболічному профілі¹
- Покращує соціальне функціонування²⁻⁴
- Доведена біоеквівалентність оригінальному арипразолу⁵



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату АРИПІПРАЗОЛ®
Діюча речовина: арипипразол; 1 таблетка містить арипипразолу 10 мг або 15 мг (у перерахунку на 100% суху речовину арипипразолу). **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Психолептики засоби. Антипсихотичні засоби. Інші нейролептики. Код АТХ N05A X12. **Фармакологічні властивості.** Термаплетична дія арипипразолу в лікуванні шизофренії та біполярного розладу типу I обумовлена сполученими частковим агонізмом відносно рецепторів дофаміну D2 і серотоніну 5-HT_{2A}, а також антагонізмом відносно рецепторів серотоніну 5-HT_{2A}. Відомо, що арипипразол виявляє антагоністичні властивості на тваринних моделях дофамінергічної гіперактивності і агоністичні властивості на тваринних моделях дофамінергічної гіперактивності. Арипипразол має високу афіність зв'язування in vitro відносно рецепторів дофаміну D2 і D3, рецепторів серотоніну 5-HT_{1A} і 5-HT_{2A}, а також помірну афіність відносно рецепторів дофаміну D4, серотоніну 5-HT_{2C} і 5-HT₇, адренергічних рецепторів альфа-1 і рецепторів гістаміну H1. Арипипразол також має помірну афіність відносно серотонінових рецепторів і не має помітної афіності відносно мускаринових рецепторів. Взаємодія з іншими рецепторами, крім підтипу дофаміну і серотоніну, може пояснювати деякі інші клінічні ефекти арипипразолу. **Показання.** Препарат Арипипразол® показаний для лікування шизофренії у дорослих. Арипипразол® показаний також для лікування поліморфних і тривалих маніакальних епізодів при біполярному розладі I типу, а також для запобігання новим маніакальним епізодам у дорослих, які раніше перенесли маніакальні епізоди, та які відповідали на лікування арипипразолом. **Протипоказання.** Гіперчутливість до арипипразолу або до будь-якого іншого компонента препарату. **Побічні реакції.** Збуршення, басисно, неспокій, екстрапірамідні порушення, акатизія, тремор, загаморочення, сонливість, седативний ефект, головний біль, розмитість поля зору, диспепсія, блювання, нудота, запор, надмірне слиновиділення; втом (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р.П. МОЗ України:** НЧ/А/15765/01/02. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124 м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкціях 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.

1. Hasan A. et al. (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. The World Journal of Biological Psychiatry, 2013; 4(2):4-4. 2. Matsuda Y. et al. Effects of risperidone and aripiprazole on neurocognitive rehabilitation for schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neuroscience 2014; 68: 425-431. 3. Wang J. et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic drugs in first-episode drug-naïve schizophrenic patients. Neural Regen Res 2013; 8: 277-86. 4. Bervoets C. et al. Effect of aripiprazole on verbal memory and fluency in schizophrenic patients: results from the ESCAPE study. CNS Drugs, 2012 Nov; 26(11):975-82. 5. Bioequivalence Study Number 46474. Cln. Report. Jan. 2016.

ТОВ Фарма Старт | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua



Швейцарські стандарти якості

В.А. Мангуби, к. мед. н., заведуючий відділенням первинного психотического епізоду, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3

Новості с Європейського конгресу психіатрів

3-6 марта в г. Ницца (Франция) проходил 26-й Европейский конгресс по психиатрии. Слоганом конгресса в этом году Европейская ассоциация психиатров выбрала слова «Интеграция. Инновация. Индивидуализация», отражающие последние тенденции в развитии европейских служб психиатрической помощи. Темы лекций и докладов дают понять, что эволюция психиатрии как науки и практического направления медицины продолжается и спектр рассматриваемых вопросов уже выходит за рамки привычных классификаций и диагностических категорий.



В.А. Мангуби

Шизофрения — «миф» с сильной генетической составляющей

R. Murray, Институт психиатрии Королевского колледжа г. Лондона, Великобритания

В традиционных учебниках по психиатрии шизофрения описывается как заболевание с неизвестной этиологией. Однако на сегодняшний день это не так по двум причинам. Во-первых, шизофрения уже не рассматривается как отдельное заболевание, а скорее как клинический синдром с очень размытыми границами. Это просто название, которое мы даем тяжелой манифестации психоза, но теперь мы знаем, что существует целый континуум, который простирается к другим, так называемым психотическим расстройствам и уходит корнями в общую популяцию. Для наглядности психоз представлен в общей популяции как гипертония, а шизофрению можно сравнить с тяжелой гипертонией.

Недавнее исследование с участием 16 центров в 5 европейских странах показало, что заболеваемость сильно варьирует: к примеру, в Лондоне и Амстердаме она более чем в 5 раз выше, чем в некоторых южных регионах Европы. Примечательно, что психоз чаще развивается у жителей крупных городов, чем у жителей сельской местности, в Северной, но не в Южной Европе. Эти различия, по-видимому, отражают разную подверженность факторам риска.

Во-вторых, на сегодняшний день мы много знаем о факторах риска и предрасполагающих условиях развития психоза и шизофрении. Их можно разделить на две основные группы: приводящие к отклонениям в нейроразвитии и/или к дофаминовой дисрегуляции. Генетические факторы являются первоочередными для изучения. В 2014 г. знаковое исследование GWAS с участием 27 тыс. человек с шизофренией и 113 тыс. здоровых добровольцев помогло идентифицировать 108 локусов, достоверно ассоциированных с шизофренией. Каждый из этих полигенов оказывает очень малый эффект, но вместе они ответственны примерно за 30% вариативности, приводящей к развитию шизофрении. Некоторые из них, как нейрелизин или TCF4, приводят к тонким нарушениям нейроразвития, в то время как другие, такие как DRD2 или AKT3, влияют на дофаминовые сигнальные пути. Небольшое число случаев шизофрении (вероятно, 3%) объясняется влиянием вариантов копий генов (copy number variants, CNV) нейроразвития; эти CNV могут иметь и намного больший размер эффекта, повышая риск в 3-20 раз.

Различные средовые факторы стабильно ассоциируются с шизофренией. Одни, такие как пренатальная инфекция и гипоксия, нарушают развитие мозга. Другие (употребление амфетаминов, кокаина и каннабиса) повышают риск, увеличивая уровень дофамина в стриатуме. В последние годы было установлено, что злоупотребление высокоактивным каннабисом ответственно за значительное число случаев психоза (>20% в южных районах Лондона). Синтетические каннабиноиды также становятся частой причиной психоза, который даже получил свое название в англоязычных странах — spicephrenia. И наконец, целый ряд социальных факторов, таких как насилие в детском возрасте, негативные события жизни, миграция, этническое меньшинство, могут иметь своим последствием дисрегуляцию дофаминовой системы и развитие психоза.

Лечение негативных симптомов, относящихся к разным диагностическим категориям: достижения и трудности

S. Kaiser, Женевский университетский госпиталь, взрослое психиатрическое отделение, Швейцария

Негативные симптомы можно наблюдать при широком спектре нейропсихиатрических расстройств, они не специфичны для какой-либо диагностической категории.

Дименсиональный подход ставит целью разработку специфической терапии негативных симптомов независимо от категории диагноза. Хотя на сегодняшний день нет убедительных доказательств для трансдиагностического лечения, это направление стимулировало дискуссию о потенциальных мишенях и механизмах. Автор представил выборочный обзор фармакологических и психосоциальных подходов к терапии негативных симптомов у пациентов, относящихся как минимум к двум диагностическим группам (аффективные расстройства и шизофрения). Антидепрессанты применяются при многих расстройствах, но оказывают ограниченные эффекты при негативных симптомах без коморбидной депрессии. Психостимуляторы подтвердили эффективность в отношении негативной симптоматики при неврологических заболеваниях, но не хватает доказательств эффективности при шизофрении и аффективных расстройствах. Новым направлением является применение мемантина и противовоспалительных препаратов. В исследованиях психосоциальных вмешательств негативные симптомы редко оцениваются как первичный исход. Несмотря на это, когнитивная поведенческая терапия представляется эффективной опцией для редукции негативной симптоматики. Показана связь когнитивных нарушений с негативными симптомами, и результаты недавних исследований указывают на положительный эффект когнитивной реабилитации, который не ограничивается только пациентами с шизофренией. Растет количество сообщений о положительном эффекте физических упражнений, хотя негативная симптоматика редко оценивается в исследованиях как первичный исход. Будущее трансдиагностического направления автор видит в интеграции фармакологических и психосоциальных подходов, а также в проведении исследований лечения негативной симптоматики, в которых один и тот же протокол терапии будет применяться к пациентам с разными психиатрическими диагнозами.

Влияние циркадных фенотипов и генов на клинические проявления биполярных расстройств

B. Etain, Университет Париж VII им. Дени Дидро, Франция

Известно, что биполярные аффективные расстройства (БАР) сопровождаются дисрегуляцией циркадного ритма и нарушениями сна, что характерно как для острых эпизодов, так и для эутичных периодов. Гипотетически существует путь от вариативности циркадных генов, через формирование хронотипов и расстройств сна к различным клиническим проявлениям и исходам БАР, таким как рецидивы нарушений поведения, метаболические расстройства или терапевтический ответ на стабилизаторы настроения. В докладе были представлены результаты некоторых исследований в поддержку этой гипотезы. Они проводились у пациентов в стадии ремиссии БАР для оценки характеристик фаз сна, циркадных ритмов и их связи с симптомами. Показаны ассоциации между несколькими циркадными генами (TIMELESS, RORA, ASMT) и подверженностью БАР. Актиграфия (метод объективной оценки ритма сна и бодрствования путем регистрации двигательной активности пациента. — Прим. ред.) показала, что пациенты с БАР спят дольше, но у них также отмечена большая вариативность индекса фрагментации сна. Эти результаты подтвердил метаанализ 9 опубликованных исследований с применением актиграфии у пациентов в фазе ремиссии. С применением специальных опросников также было показано, что пациенты с БАР чаще относят себя к «вечернему» типу, отмечают вялость и меньшую гибкость своих ритмов. Интересно, что ассоциированные гены определяли циркадные ритмы и характеристика сна в исследованной выборке. Показаны ассоциации ASMT с прерывистым сном, других

циркадных генов с хронотипами. Также прослеживаются связи характеристик сна с эмоциональной реактивностью, метаболическим синдромом и риском рецидивов БАР. Эти новые данные помогут составить более полную картину сложных путей от циркадной генетической восприимчивости к клиническим исходам.

Кибербуллинг: новый вызов перед службами психического здоровья

A. Fiorillo, Университет «Луиджи Ванвители», г. Неаполь, Италия

Интернет и сопутствующие технологии сами по себе не «плохие» и не «хорошие», но могут быть использованы в различных целях, что приводит к разным последствиям.

В последние годы они поставили новые задачи перед профессионалами в области психического здоровья. Наиболее актуальными проблемами, связанными с Интернетом, являются кибербуллинг и киберсуициды. Кибербуллинг – повторяемые враждебные или агрессивные действия против других людей, осуществляемые индивидуально или коллективно с применением цифровых средств обмена информацией и ее распространения (электронной почты, блогов, чатов и т.п.). Кибербуллинг отличается от «традиционного» буллинга (травли) тем, что не применяет прямого физического насилия, а агрессор при желании остается анонимным. При этом жертва может подвергнуться травле в любое время и в любом месте. Хотя распространенность этого явления в разных странах колеблется в широких пределах от 1 до 60%, наблюдаются достоверные ассоциации между кибервиктимизацией, депрессивными расстройствами и суицидальностью. В исследовании на выборке итальянских студентов 30% участников сообщили о том, что стали жертвами травли, из них 6% страдали от кибервиктимизации. Долгосрочные последствия кибербуллинга еще не изучались, но не исключено, что этот травматический опыт может становиться субстратом для формирования различных психических расстройств во взрослом возрасте. Очевидно, назрела необходимость более детальной идентификации новых форм интернетозависимых расстройств психики среди молодых людей, их клинического описания и поиска подходов к терапии.

Гиперпролактинемия вследствие приема антипсихотиков и результаты переключения на арипипразол

W. Bouali, I. Marrag, R. Bensoussia, L. Zarrouk, психиатрический госпиталь г. Махдия, Тунис

Гиперпролактинемия в результате приема антипсихотиков – частое, но недооцениваемое побочное явление терапии психических расстройств. Целью исследования было изучить распространенность гиперпролактинемии среди пациентов, которые находятся на монотерапии антипсихотиками, а также проследить последствия их перевода на прием арипипразола.

Методы. В проспективном описательном и интервенционном исследовании приняли участие 202 пациента психиатрической клиники г. Махдия, которые получали терапию одним антипсихотиком. Лабораторные тесты, включая пролактин плазмы и гормоны щитовидной железы, выполнялись у всех пациентов и повторялись после приема следующей дозы препарата, если первый результат показывал отклонение. Переключение на арипипразол (антипсихотик с наименьшим потенциалом повышения пролактина) предлагалось пациентам, у которых уровень пролактина превышал 50 нг/мл.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 39,9 года, соотношение мужчины/женщины – 1,43. Гиперпролактинемия была выявлена у 47% пациентов. После переключения на арипипразол исчезли клинические проявления, а средняя концентрация пролактина в плазме составила 2,14 нг/мл. Тест Стьюдента для парной выборки показал статистически достоверные различия. Авторы заключили, что гиперпролактинемия на фоне антипсихотической терапии встречается часто, хотя и не всегда распознается из-за отсутствия клинических проявлений. Переключение на арипипразол может быть оптимальной терапевтической опцией в случае повышения уровня пролактина.

Возрождение интереса к серотонинергическим галлюциногенам в психиатрии

V. Quednow, Университетская психиатрическая клиника г. Цюриха, отделение экспериментальной и клинической фармакопсихологии, Швейцария

После открытия психоделических эффектов LSD (диэтиламид d-лизергиновой кислоты) в 1943 г. Альбертом Хоффманом началось интенсивное исследование терапевтического потенциала этой молекулы, которое продолжалось в 1950-х гг. В следующее десятилетие получила

развитие психоделическая психотерапия – психотерапевтические практики с использованием психоделиков. Ее адепты надеялись инициировать целительный психоаналитический процесс у своих пациентов через переживание психоделического опыта. В рамках контркультуры 1960-х серотонинергические галлюциногены, такие как LSD, мескалин, псилоцибин, приобретали все большую популярность, что в итоге привело к их криминализации в начале 1970-х. Впоследствии рекреационное употребление серотонинергических галлюциногенов уменьшилось, а параллельно сошли на нет исследования этих препаратов с участием людей, в том числе в рамках концепции психоделической терапии. С конца 1990-х гг. интерес к серотонинергическим галлюциногенам возрождается как в научной среде, так и в молодежных культурах. С ростом популярности различных стилей электронной музыки снова увеличилось потребление серотонинергических галлюциногенов, а кроме классических молекул на рынок вышли новые психоактивные субстанции, такие как 2C, производные NBOMe, бензодифураны, новые триптамины и эрголины. В клинической психиатрии серотонинергические психоделики, такие как псилоцибин и LSD, снова оказались в фокусе внимания, и недавно было предложено использовать их для терапии аффективных расстройств и аддикций. На этом фоне снова начались дискуссии о психоделической терапии. Удивительно, что даже после десятилетий исследований потенциальные долгосрочные нейропсихиатрические последствия повторного приема серотонинергических галлюциногенов все еще не известны.

Аномалии объемов мозговых структур у родственников пациентов с шизофренией и БАР: исследование ENIGMA

N. Van Haren, S. de Zwart, C. Ching, O. Andreassen, Калифорнийский университет, Отдел психиатрии и поведения человека, г. Ирвин, США; Государственный университет Джорджии, Отдел психологии и Институт нейронаук, г. Атланта, США

В рамках исследовательского консорциума ENIGMA сравнивали родственников пациентов с шизофренией или БАР первой степени родства (близнецы, сиблинги, потомство, родители) со здоровыми добровольцами на предмет отклонений глобальных размеров и размеров субкортикальных структур головного мозга. На данный момент магнитно-резонансная томография выполнена у 6235 лиц (из которых 1177 – родственники пациентов с шизофренией и 868 – родственники пациентов с БАР), участвовавших в 27 независимых исследованиях.

Родственники первой степени пациентов с БАР имели достоверно больший внутречерепной объем (ВЧО), чем в контрольной группе, чего не отмечалось у родственников пациентов с шизофренией. Кроме того, у родственников пациентов с БАР были достоверно увеличены объемы серого вещества коры головного мозга и мозжечка, общая площадь поверхности мозга и объемы латеральных желудочков мозга по сравнению с контрольной группой, хотя различия утратили достоверность после поправки на ВЧО. После введения поправки на ВЧО родственники пациентов с БАР отличались от здоровых лиц только меньшим объемом таламуса.

У родственников пациентов с шизофренией по сравнению с контрольной группой продемонстрированы достоверно меньшие объемы всего мозга, церебрального белого вещества, серого и белого вещества мозжечка, прилегающего ядра, покрышки и таламуса, а также увеличенный объем третьего желудочка мозга. После поправки на ВЧО отклонения, обнаруженные у родственников пациентов с шизофренией, в основном сохранились, и к ним добавился уменьшенный объем кортикального серого вещества.

Авторы считают основной находкой этого исследования то, что родственники пациентов с БАР имеют увеличенный ВЧО по сравнению со здоровыми лицами, чего не наблюдалось у родственников пациентов с шизофренией. В то же время родственники пациентов с шизофренией отличаются уменьшенными объемами практически всех оцененных структур мозга. Это может означать, что наследственный риск для шизофрении и БАР ассоциируется с разными структурными аномалиями головного мозга и что, возможно, эти различия отражают разные пути нарушения нейроразвития. В настоящее время авторы проводят анализ для изучения вопроса, может ли наличие другого диагноза (кроме шизофрении и БАР) согласно критериям Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM) объяснить различия в интракраниальном и других объемах мозга у родственников и есть ли различия между родственниками разных типов.

Есцитам

Есциталограм



Підтримка
полегшує
ЖИТТЯ

- Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁴
- Біоеквівалентний оригінальному есциталограму⁵
- Один з найдоступніших за ціною есциталограмів в Україні⁶



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ
Діюча речовина. Есциталограм. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. Фармакотерапевтична група. Антидепресанти. Фармакологічні властивості. Есцитам є антидепресантом, селективним інгібітором 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 рецептори, бензодіазепінові та опіатні рецептори. **Показання.** Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальна фобія), генералізованих тривожних розладів, обсессивно-компульсивних розладів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до есциталограму 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, аномальні сни, зниження лібідю, аноргазмія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусити, позичання, посилене потовиділення, артралгія, міалгія, розлади еякуляції у чоловіків, імпотенція, втома, пірексія, збільшення маси тіла, симптом відниги тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** №UA/13228/01/01, №UA/13228/01/02. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 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 розширення 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; 21:297-309. 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.

UA-ESCHMM-032018-001

ТОВ Фарма Старт | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

acino

Швейцарські стандарти якості