

Леводопа

Леводопа/карбидопа



Поверни
ВІЛЬНИЙ рух
у життя

- Базова терапія хвороби Паркінсона¹
- Ефективно контролює моторні прояви та зберігає якість життя^{1,2}
- Один з найдоступніших за ціною препаратів, що містять леводопу, в Україні³



Препарат року 2016

Скорочені інструкції для медичного застосування препаратів
ЛЕВОДОПА, Діюча речовина. Леводопа, карбидопа. **Лікарська форма.** 1 таблетка містить леводопи 250 мг, карбидопи 25 мг. **Фармакотерапевтична група.** Протипаркінсонічні препарати. Дофамінергічні засоби. ДOPA і похідні. Леводопа є інгібітором декарбоксилази. **Фармакологічні властивості.** Леводопа є комбінацією леводопи, метаболічного попередника дофаміну, та карбидопи, інгібітора декарбоксилази ароматичних амінокислот. Леводопа проникає через гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ), внаслідок декарбоксилювання в тканинах мозку перетворюється на дофамін, посилюючи симтомти паркінсонізму. Карбидопа не проникає крізь ГЕБ, перешкоджає екстрацеребральному декарбоксилюванню леводопи, збільшуючи її кількість, що потрапляє в мозок. **Показання.** Хвороба Паркінсона, синдром Паркінсона. **Протипоказання.** Встановлена гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату. Закритоктова глаукома. Одночасне застосування з неселективними інгібіторами MAO (за винятком рекомендацій до окремих інгібіторів MAO типу Б, наприклад селегіліну/разоламіну). Не діагностовані шкідливі захворювання або меланома в анамнезі. Тяжкі психози. **Побічні реакції.** Дискінезії (включно з хорезодонією), дистонії та інші мимовільні рухи, нудота, блювотні рефлекс, запаморочення, сонливість, запаморочення, порушення сечового ритму, ортостатична гіпотензія, артеріальна гіпертензія, анорексія, кропив'янка, свербіж, діарея тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** NUA/7844/02/01. **ЛЕВОДОПА РЕТАРД АСІНО, Діюча речовина.** Леводопа, карбидопа. **Лікарська форма.** 1 таблетка пролонгованої дії містить: 100/25 — леводопа 100 мг, карбидопи монодрату, що відповідає карбидопі, 25 мг; 200/50 — леводопа 200 мг, карбидопи монодрату, що відповідає карбидопі, 50 мг. **Фармакотерапевтична група.** Протипаркінсонічні засоби. ДOPA та її похідні. **Фармакологічні властивості.** Леводопа ретард АСІНО містить карбидопу, інгібітор декарбоксилази периферичної дії, та леводопу, метаболічний попередник дофаміну. Леводопа зменшує симтомти хвороби Паркінсона після декарбоксилювання з утворенням дофаміну в головному мозку. Карбидопа не проникає крізь ГЕБ, а тіліні інгібує екстрацеребральне декарбоксилювання леводопи, у зв'язку з чим більша кількість леводопи транспортується в головний мозок з подальшим перетворенням в дофамін. **Показання.** Ідіопатична хвороба Паркінсона та синдром Паркінсона. Постенцефалічний паркінсонізм. Для зменшення «періоду виключення» у пацієнтів, які раніше отримували лікування комбінацією леводопи та карбидопи негнійного вивільнення та у яких спостерігаються моторні флуктуації внаслідок ефекту закінчення дози, пізньої дозової дискінезії, акінезії або побічних ознак транзитичних рухових розладів. **Протипоказання.** Паркінсона чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Тяжкі психози. Тяжка печінкова та ниркова недостатність. Тяжка серцева недостатність. Тяжка серцева аритмія. Гострий інсульт. Стани, при яких протипоказані адренергічні засоби (наприклад, феохромоцитома, гіпертиреоз, синдром Кушинга). Підозрілі недиагностовані утворення на шкірі (дерматити) або меланома в анамнезі. Закритоктова глаукома. Одночасне застосування селективних інгібіторів моноаміноксидази (MAO) типу А та неселективних інгібіторів MAO (за винятком низьких доз окремих інгібіторів MAO-Б) — застосування неселективних інгібіторів MAO та селективних інгібіторів MAO типу А слід припинити щонайменше за 2 тижні до призначення препарату. **Побічні реакції.** Найбільш часто спостерігаються дискінезії, а також часті хорезодоні, дистонії та інші мимовільні рухові розлади, а також нудота. М'язові судороги та блювотні рефлекс можуть бути ранніми ознаками відносноного передозування препаратом. **Р. П. МОЗ України:** NUA/16260/01/01, NUA/16261/01/01. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Acino (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних фахівців знаходиться в інструкції для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

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



Швейцарські стандарти якості

Фармакотерапія епілепсії, хвороби Паркінсона, рухових розладів — рутинна практика чи мистецтво?

За матеріалами II Міжнародної конференції «Досягнення неврології» (3-5 квітня, м. Київ)

Окремі секції на конференції були присвячені сучасним підходам до діагностики та лікування епілепсії, хвороби Паркінсона (ХП) та інших рухових розладів. Усі присутні мали можливість долучитися до обговорення складних клінічних випадків і визначення лікувальної тактики.



Про сучасні підходи до фармакотерапії епілепсії розповіла доктор медичних наук, професор кафедри неврології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, керівник Львівського обласного протиіспілічного центру Лідія Борисівна Мар'єнко.

Доповідач нагадала, що згідно з Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Епілепсії у дорослих» (2014) є ситуації, коли лікар має обов'язково призначити лікування протиіспілічними препаратами (ПЕП) після першого ж епіліпсичного нападу (ЕН): дебют з епіліпсичного статусу (епістатусу); одна з форм ідіопатичної генералізованої епілепсії; одна зі злоскісних форм епілепсії дитинства. Доцільно призначити лікування у випадку ризику не отримати своєчасну допомогу при наступному нападі; при травмонебезпечних нападах; якщо передбачаються напади в соціально активний час; за наявності значного індексу епіліпсиформної активності на інтеріктальній електроенцефалограмі. Не потребують обов'язкового призначення ПЕП після першого ЕН такі ситуації: ідіопатична фокальна епілепсія дитячого віку зі значними шансами на доброякісний перебіг; гострий симптоматичний ЕН.

Приблизно 70% хворих на епілепсію відповідають на лікування. У них можуть спостерігатися або легко контрольовані напади при застосуванні невисоких доз ПЕП, або важко контрольовані приступи, які потребують високих доз ліків та політерапії, що загрожує розвитком побічних ефектів. У решті 30% пацієнтів на тлі лікування напади тривають (рефрактерна епілепсія). Іноді резистентність до лікування буває обумовлена неправильним діагнозом або вибором ПЕП, невиконанням пацієнтом приписів лікаря тощо (умовна резистентність, яку можна подолати).

Професор Л.Б. Мар'єнко зазначила, що вибір ПЕП залежить від типу ЕН, форми епілепсії, характеристик пацієнта. Починають лікування епілепсії монотерапією ПЕП, політерапія на старті не повинна застосовуватися. Якщо монотерапія ПЕП першої лінії вибору неуспішна, подальша тактика залежить від причини невдачі. У разі відміни ПЕП через побічні дії при низькій дозі призначають монотерапію іншим ПЕП (це вважається також першою монотерапією). За відсутності ефекту на оптимальній дозі призначають монотерапію іншим (другим) ПЕП, при частковому ефекті — приєднують додатковий препарат (дуотерапія). Якщо при ідіопатичній формі епілепсії після першої невдачі з монотерапією рекомендована спроба монотерапії іншим ПЕП, то при симптоматичній епілепсії з фокальними нападами рекомендований перехід на дуотерапію (М. Brodie, P. Kwan, 2012). У разі політерапії перший препарат обирають із широким спектром дії (наприклад, вальпроєва кислота чи топірамат), а другий — з єдиним механізмом дії (наприклад, леветирacetам, який має унікальний механізм дії, не метаболізується в печінці, елімінується переважно нирками).

Лектор запропонувала слухачам розглянути кілька клінічних випадків епілепсії, провести диференційну діагностику та поміркувати, який ПЕП або комбінація оптимальні в кожному випадку. Серед препаратів вибору були представлені вальпроат (Вальпроєва кислота, «Асіно Фарма Старт»), топірамат (Топірамекс, «Асіно Фарма Старт»), леветирacetам (Левіцитам, «Асіно Фарма Старт»), ламотриджин (Ламотрин, «Асіно Фарма Старт»).



Завідувач кафедри неврології та нейрохірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, кандидат медичних наук Геннадій Сергійович Московко в рамках секції, присвяченій ХП та іншим руховим розладам, розповів про складний «маршрут», яким лікарю часто доводиться «вести» хворого в процесі лікування ХП.

Як зазначив доповідач, перший крок лікаря до створення дорожньої карти хворого — встановлення наявності синдрому паркінсонізму. Його діагностичні критерії: брадикінезія й наявність

тремтіння спокою та/або м'язової ригідності. Наступними кроками є вибір першого медикаменту, досягнення мети за допомогою комбінації лікарських засобів, боротьба з ускладненнями терапії.

При виборі лікування зважають на вік пацієнта. Якщо ХП почалася у віці до 60 років, є високий ризик швидкого розвитку моторних ускладнень; якщо після 60 років — психотичних, когнітивних порушень. Для «молодих» пацієнтів препаратами вибору можуть бути прямі агоністи дофамінових рецепторів або інгібітори моноаміноксидази типу Б (MAO-Б). У разі їх недостатньої ефективності переходять на леводопу чи додають леводопу до першого препарату (B.S. Connolly, A.E. Lang, 2014). Отже, молодшим пацієнтам призначають праміпексол 1,5-4,5 мг/добу; ропінірол 3-9 (максимум 24) мг/добу; прібебидил 150-250 мг/добу перорально чи ротиготин 4/6/8 мг/добу на шкірно. Агоністи дофамінових рецепторів можуть спричинити побічні явища: посилення симптомів ортостатичної гіпотензії; несподівану сонливість; галюциноз/психотичні розлади; імпульсивну/компульсивну поведінку (азартні ігри, витрачання грошей, гіперсексуальність). Інгібітори MAO-Б (селегілін, разагілін) стримують процес руйнування дофаміну, проте мають деякі недоліки: селегілін може метаболізуватися з утворенням метамфетаміноподібних речовин, що загрожує розвитком психозу; разагілін метаболізується цитохромом P450, тому для нього характерні лікарські взаємодії (O. Rascol, 2005; J.P. Finberg, 2010; J.L. Montastruc et al., 2000). Амантадин іноді застосовують на початку лікування ХП, особливо з нетремтливою формою.

Лектор зауважив, що пацієнтам старшого віку (після 60 років) призначають леводопу/карбидопу та намагаються досягти ефекту монотерапією. Леводопа залишається золотим стандартом терапії ХП, але її треба призначати разом із периферичним блокаторм декарбоксилази ароматичних амінокислот (карбидопою чи бенсергазидом). Останній перешкоджає утворенню дофаміну з леводопи на периферії, але не в мозку. Довова доза карбидопи — 75-200 мг. На початку терапії леводопою виникають побічні явища (нудота, запаморочення, посилення ортостатичної гіпотензії), що потребує повільного титрування дози з додаванням 1/4 таблетки леводопи/карбидопи 250/25 мг кожні 3-5 днів. Для зняття нудоти дозволений домперидон 1 таблетка 3 р/добу.

Г.С. Московко запропонував таку схему прийому леводопи: вранці та ввечері по 1/2 таблетки стандартного препарату леводопи/карбидопи 250/25 мг (Леводопа, «Асіно Фарма Старт»), а на ніч, тобто в найбільший проміжок між прийомом — 1 таблетку з уповільненим виділенням активних речовин 200/50 мг (в Україні єдина форма леводопи/карбидопи пролонгованої дії — Леводопа ретард Асіно («Асіно», Швейцарія).

Неефективність лікування ХП може бути пов'язана з: неправильним діагнозом, порушенням евакуації їжі зі шлунка, прийомом інших лікарських засобів, недостатньою дозою блокаторм декарбоксилази, недостатньою дозою леводопи. Для зменшення феномену «включення — виключення» після прийому леводопи можна спробувати збільшити частоту прийомів, зменшивши разову дозу. Можливе додавання до леводопи агоністів дофамінових рецепторів, інгібіторів MAO-Б, інгібіторів катехол-О-метилтрансферази (ентакапон, толкапон).



Неврологи-практики в рамках відеопрезентацій поділилися з колегами досвідом лікування складних випадків у клініці рухових розладів.

Лікар-невролог Львівської обласної клінічної лікарні Олена Олексіївна Кріпчак представила слухачам два клінічні випадки ХП тремор-домінантного субтипу.

Пацієнт М., 65 років, має анамнез ХП близько 7 років. На магнітно-резонансній томограмі (МРТ) відсутні органічні відхилення. На початку хвороби відзначався тремор спокою в лівих кінцівках. Із немоторних симптомів — гіпосмія, поведінкові порушення уві сні, закрепи. Стадія ХП за Хен і Яром — 2,5. Призначали: тригексифенідил до 8 мг/добу (відзначали тяжкі побічні ефекти — закрепи та нетримання сечі); пропранолол до 120 мг/добу (не мав ефекту); габапентин до 1800 мг/добу (мав короточасний ефект); клозапін до 100 мг/добу (спричинив виражену сонливість при незначному зниженні тремору). Пацієнтові проведена корекція терапії з призначенням

леводопи/карбідопи короткої дії 500 мг/добу в 4 прийоми (Левоком, «Асіно Фарма Старт»); леводопи/карбідопи з повільним вивільненням 300 мг/добу в 2 прийоми (Левоком ретард Асіно («Асіно», Швейцарія); праміпексолу 1,5 мг/добу в 4 прийоми (Праміпекс, «Асіно Фарма Старт»); клоназепаму 4 мг/добу в 3 прийоми. Наразі тремор постуральний, інтенційний, посилюється під час рухів. Пацієнт активний, не апатичний, не депресивний, не тривожний, когнітивна активність збережена. Лікування також включає фізіо- та реабілітаційну терапію. Розглядається можливість підвищення дози леводопи до >1000 мг/добу для кращого контролю тремору.

Пацієнт В., 68 років, хворіє на ХП понад 9 років. На МРТ відсутні органічні відхилення. У дебюті ХП мав тремор у лівих кінцівках. Із немоторних симптомів — закрепи, безсоння. Перші 4 роки вдавалося контролювати симптоми ХП за допомогою леводопи й агоністів дофамінових рецепторів. Потім з'явилися моторні флюктуації: феномен «включення — виключення», ефект «застигання», постуральна нестійкість. На 6-му році ХП з'явилися рухи головою, що посилюються під час виконання роботи, вночі відсутні, не реагують на леводопу. Лікування включає леводопу/карбідопу (Левоком, «Асіно Фарма Старт» і Левоком ретард Асіно («Асіно», Швейцарія) й анаприлін. Для усунення рухів головою, котрі спочатку розцінили як міоклонічні, використовували проти-судомні препарати (топірамат до 100 мг/добу; клоназепам до 6 мг/добу; вальпроєва кислота до 800 мг/добу) без ефекту. Далі лікували рухи головою як дистонічні — введенням ботулотоксину типу А (150 ОД) у м'язи ший, що зумовило зменшення тремору через 2 тиж, ефект тривав 1 міс. На сьогодні пацієнт В. приймає леводопу/карбідопу 625 мг/добу в 5 прийомів (Левоком, «Асіно Фарма Старт»); леводопу/карбідопу з повільним вивільненням 300 мг/добу в 2 прийоми (Левоком ретард Асіно («Асіно», Швейцарія), праміпексол пролонгованої дії 0,75 мг/добу. Розглядається корекція дози леводопи до ≥1200 мг/добу, а також додавання інгібітора МАО-В (G. Rogers et al., 2017).



Лікар-невролог Черкаського обласного центру екстрапірамідних захворювань і Черкаської обласної лікарні Галина Олександрівна Старовойтова на прикладі клінічного випадку звернула увагу слухачів на симптоми, які приховуються за руховими порушеннями. Пацієнтка З., 57 років, хворіє на ХП із 2002 року, акінетико-ригидно-тремтлива форма, ступінь тяжкості II Б, переважно лівобічний геміпід (стадія за Хен і Яром — 3). Через

9 років від початку захворювання почалися моторні флюктуації: синдром «включення — виключення» з періодами «включення» до 2 год на разовій дозі леводопи по 1/2 таблетки, дискінезії піку. Скаржиться на виражену скутість у тілі й кінцівках, більше в лівій руці та нозі; уповільнення рухів; коливання самопочуття протягом доби на тлі прийому препаратів; насильницькі рухи в м'язах верхнього плечового поясу та верхніх кінцівках після прийому дози леводопи; порушення мови й почерку. Також відзначає: складнощі при одяганні, особистій гігієні, поворотах у ліжку; порушення ходи та постави. У пацієнтки виникають виражений біль у м'язах рук та ніг, оніміння тулуба й кінцівок, нудота після їжі, закрепи, виражена загальна слабкість, зниження маси тіла на 10 кг протягом останнього року.

У неврологічному статусі відхилень не виявлено, крім позитивної проби на постуральну нестійкість і дискінезії в м'язах верхнього плечового поясу та верхніх кінцівок. Значні відхилення показників виявлено під час психологічного тестування: високий ступінь тривоги, значна депресія. Пацієнтка З. намагається досягти внутрішнього комфорту, незважаючи на моторні порушення, прийняти хворобу, адаптуватися до життя з нею. Цьому сприяють увага й допомога близьких.

Лікування: леводопа/карбідопа 250/25 мг по 1 таблетці 9 р/добу (Левоком, «Асіно Фарма Старт»), леводопа/карбідопа 200/50 мг 1 таблетка на ніч (Левоком ретард Асіно («Асіно», Швейцарія), праміпексол 1 мг по 1 таблетці 3 р/добу (Праміпекс, «Асіно Фарма Старт»), амантадину сульфат 100 мг по 1 таблетці 3 р/добу (Амантин, «Асіно Фарма Старт»).



Про діагностичні ознаки есенціаль-ного (ЕТ) і дистонічного тремору (ДТ) розповіла лікар-невролог Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології й Обласного кабінету хвороби Паркінсона, асистент кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету Катерина Олегівна Карпівська. Лектор зауважила, що виділяють власне ЕТ та ЕТ плюс. ЕТ — білатеральний акційний тремор у верхніх кінцівках, який триває не менш як 3 роки, може супроводжуватися тремором голови, голосу, нижніх кінцівок тощо, не супроводжується іншими неврологічними проявами (дистонією, атаксією, паркінсонізмом). ЕТ плюс окрім вказаних характеристик включає додаткові неврологічні прояви: порушення тандем-ходи, дистонічну ригідність,

порушення пам'яті тощо. До ЕТ плюс відносять тремор спокою (К.Р. Bhatia et al., 2018). Діагностичні ознаки ЕТ: позитивний сімейний анамнез щодо тремору (понад 2 родичі); позитивна відповідь на алкоголь у 50-80% випадків; інтенційний тремор більш ніж у половини пацієнтів; тремор спокою в 15-20%; однобічні випадки в <5%; асиметрія порушень незначна. У пацієнтів з ЕТ ризик розвитку ХП у 4-5 разів вищий (F. Coria et al., 2012), деменції — у 1,5-2 рази вищий (J. Benito-Leon et al., 2005), аніж у популяції.

К.О. Карпівська зупинилася також на ДТ: він менш регулярний, аніж ЕТ; асиметрія постурального й кінетичного тремору — 66%, тремор спокою — 93%. ДТ має міоклонічний компонент; наявні сенсорні трюки (коригувальні жести) при дистонічному тремтіні голови. Амплітуда ДТ залежить від положення та є максимальною в протилежному від дистонії напрямку. Дистонія викликається постуральним положенням. При ДТ спостерігається гіпертрофія м'язів та біль (R. Erro et al., 2014). Згідно з А.І. Espay і співавт. (2017), якщо в пацієнта спостерігається однобічний асиметричний тремор спокою з постуральним компонентом із нормальними показниками DaTscan за даними ОФЕКТ за наявності сімейного анамнезу тремору чи паркінсонізму, то маємо справу з ДТ.



Про тактику ведення пацієнта з психомоторним збудженням (ПЗ) у неврологічній клініці розповів завідувач відділення первинного психічного епізоду Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3, кандидат медичних наук Дмитро Олександрович Мангубі.

Доповідач зазначив, що ПЗ — складний патологічний стан, що складається з окремих компонентів: мовного, рухового, психічного. ПЗ може бути небезпечним для пацієнта й оточуючих, тому при гострому ПЗ необхідно викликати психіатра.

Розлади, які можуть протікати з ПЗ: отруєння важкими металами, отрутами, алкоголем, наркотичними речовинами, лікарськими засобами; нейроінфекційні захворювання головного мозку; інсульти; черепно-мозкові травми (ЧМТ); епілепсія; деменція; порушення свідомості; психічні хвороби (шизофренія, біполярний афективний розлад, конверсійні розлади, реактивні стани). При ПЗ у межах будь-якої нозологічної форми тактика лікаря практично ідентична.

Перший етап надання допомоги — іммобілізація та фізична фіксація. Другий — фармакотерапія. Д.О. Мангубі розглянув основні групи лікарських засобів, які застосовують при ПЗ.

Оптимальним рішенням для купірування ПЗ є бензодіазепіни короткої дії, але на сьогодні в Україні жоден такий препарат не зареєстровано. При ПЗ застосовують типові нейролептики (аміназин, галоперидол, клопиксол, тощо), але за наявності органічних порушень головного мозку вони чинять негативний вплив. Нормотиміки (вальпроати, карбамазепін, ламотриджин) можуть використовуватися у вигляді внутрішньовенних (в/в) ін'єкцій при ПЗ епілептичної природи. У разі застосування снодійних засобів (зопіклон, золпідем тощо) проблемою є необхідність перорального введення. Антидепресанти (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, трициклічні антидепресанти) не купірують ПЗ, і навіть амітриптилін спричинятиме тяжкі холінергічні ефекти, особливо в пацієнтів із ПЗ унаслідок ЧМТ, ішемії, геморагії.

Лектор навів «класичну» схему поетапної терапії ПЗ: зуклопентиксолу ацетат 50-150 мг 1-3 мл внутрішньом'язово (в/м); аміназин 2,5% 2-4 мл в/м; знову зуклопентиксолу ацетат; галоперидол 0,5% 1-3 мл в/м 2 р/добу; оксидибутират натрію 20% 20-30 мл в/в; левомепромазин 1 мл в/м.

Якщо психомоторне збудження супроводжується психотичними явищами (марення, галюцинації), рекомендовані антипсихотики:

— рисперидон (Ерідон, «Асіно Фарма Старт») із потужною антипсихотичною дією та седатцією (0,5-1 мг/добу), в дозах 1-2 мг/добу ефективний для лікування психозів, симптомів агресії та інших поведінкових порушень і безпечний у пацієнтів із ЧМТ, інсультом, деменцією;

— кветіапін (Кветирон і Кветирон ХР, «Асіно Фарма Старт») залежно від дози чинить: снодійну дію — 25-50 мг/добу, седативну й антидепресивну дію — 50-300 мг/добу, антипсихотичну дію — 300-800 мг/добу;

— оланзапін (5 мг/добу, максимально — 10 мг/добу) призначають пацієнтам з органічною патологією головного мозку, ЧМТ або інсультом.

Також можуть бути призначені тiorидазин (20-60 мг/добу) чи тиаприд (100-300 мг/добу).

Якщо ПЗ має депресивний компонент, доцільні ін'єкційні антидепресанти. В Україні в такій формі доступні лише трициклічні антидепресанти — амітриптилін та кломіпрамін. Серед можливих реакцій на них — інверсія ефекту та психофармакологічний делірій, антихолінергічні реакції. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, пароксетин, сертралін, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам тощо) переносяться значно краще, але при передозуванні можуть спричинити агітацію та ПЗ.

Підготувала Катерина Ткаченко

UA-NEUR-PUB-062018-003

Праміпекс

Праміпексол



Поверни
Вільний рух
у життя

- Доведена ефективність на ранніх і пізніх стадіях хвороби Паркінсона¹
- Достовірно зменшує моторні ускладнення²
- Один з найдоступніших за ціною праміпексолів в Україні³



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ПРАМІПЕКС
Діюча речовина. Праміпексол. Лікарська форма. Таблетки 0,25 мг і 1 мг. Фармакотерапевтична група. Допаминоергічні засоби. Агоністи допаміну. Фармакологічні властивості. Допаминовий агоніст з високою селективністю та специфічністю щодо допамінових рецепторів підтипу D2, має переважно спорідненість з D3-рецепторами, відзначається повною внутрішньою активністю. Полегшує паркінсонічні рухові порушення шляхом стимуляції допамінових рецепторів стріатуму (смукастого тіла). Праміпексол пригнічує синтез, вивільнення та обіг допаміну. **Показання.** Лікування симптомів ідіопатичної хвороби Паркінсона у дорослих як монотерапія (без леводопи) або у комбінації з леводопою під час захворювання до пізніх стадій, коли ефект леводопи зникається або стає нестійким і виникає коливання терапевтичного ефекту (феномен «включення-виключення»). Симптоматичне лікування ідіопатичного синдрому неспокійних ніг від помірного до тяжкого ступеня у дорослих у дозах не вище 0,75 мг. **Протипоказання.** Гіперчутливість до праміпексолу або до будь-якого іншого компонента препарату. **Побічні реакції.** Порушення сну, симптоми розладу контролю над спонуканням та компульсивна поведінка, сплутаність свідомості, галюцинації, безсоння, запаморочення, дискінезія, сонливість, головний біль, порушення зору, включаючи диплопію, нечіткість зору і погіршення гостроти зору, артеріальна гіпотензія, нудота, запор, блювання, втомлюваність, периферичні набряки, зменшення маси тіла, включаючи зниження апетиту тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** №UA/13248/01/01, №UA/13248/01/02; Наказ МОЗ України від 04.07.2016 №669. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар І. Лєнсе, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1. Stowe R.L. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2). 2. Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of PD // Eur J of Neurol. — 2013. — Vol. 20 (1): 5–15. 3. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>.

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

acino

Швейцарська якість, українська ціна