

Фармакотерапія біполярного афективного розладу

Біполярний афективний розлад (БАР) – тяжке хронічне психічне захворювання, що характеризується чергуванням епізодів депресії, манії та призводить до інвалідизації. Нині розроблено ефективні препарати для лікування гострих проявів БАР та профілактики рецидивів. Важливим елементом терапії є також психосоціальна підтримка. Через збільшення дефіциту фахівців охорони психічного здоров'я та зростання попиту на їхні послуги брак доступу до психіатричної допомоги є серйозною проблемою. Для подолання цієї прогалини слід залучати клініцистів первинної ланки, які першими контактують із пацієнтами. Але надання якісної допомоги неможливе за відсутності чітких, лаконічних рекомендацій щодо лікування. Саме розробку таких коротких наочних алгоритмів не лише для психіатрів, а й для лікарів первинної ланки поставили собі за мету фахівці Університету Південної Флориди (США). До вашої уваги представлено короткий огляд оновлених рекомендацій 2017-2018 рр. щодо фармакотерапії БАР.

Пацієнти, що страждають на БАР, часто не досягають відновлення психічного функціонування; для захворювання характерні порушення функцій у періоди між епізодами манії та депресії, хронізація перебігу. Дослідження показують, що передчасна смертність серед осіб із БАР значно вища, ніж у загальній популяції. Сукупні та повторювані дані свідчать про те, що обов'язковим компонентом поліпшення результатів лікування при БАР є використання моделі хронічного захворювання, яка дає позитивний ефект як щодо захворюваності, так і смертності. Окрім того, завдяки підвищенню точності, послідовності та доцільності підбору терапії за принципами доказовості було продемонстроване зменшення як індивідуальних, так і соціальних витрат, пов'язаних із БАР.

Принципи лікування

У керівництві зроблено акцент на декількох основних принципах лікування. Особливу увагу приділено важливості своєчасного і точного встановлення діагнозу. Діагностування БАР залишається проблемою, що потребує розв'язання, позаяк більшості тих, хто страждає на цей розлад, встановлюють помилковий діагноз, та/або на з'ясування правильного діагнозу йде багато часу від появи у пацієнтів характерних для БАР симптомів. Оцінка безпеки призначеної терапії продовжує залишатися пріоритетним і керівним принципом при БАР. При цьому акцент робиться не тільки

на необхідності запобігати самогубствам та зменшувати ризик суїцидів, але й на невідкладній потребі модифікувати фактори ризику розвитку поширених та хронічних неінфекційних коморбідних розладів, як-от серцево-судинний захворювання (ССЗ), метаболічний синдром. Третім керівним принципом є важливість ретельної оцінки очікуваної від лікування користі та можливих побічних ефектів.

Автори рекомендацій вважають, що мультидисциплінарний підхід при виборі терапії гострого стану (наприклад, гостра манія, гостра біполярна депресія) потребує передбачення як коротко-, так і довготривалих побічних ефектів і проблем безпеки (приміром, підвищення ваги). Пріоритет завжди надається варіантам лікування, що є безпечними та добре переносяться, а їхню ефективність підтверджено результатами рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень.

Керівний принцип інтеграції мультимодальних методів при лікуванні БАР набуває ще більшої актуальності при застосуванні методів психотерапії, для яких розроблені покрокові протоколи, а ефективність обґрунтовано й підтверджено доказами (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, міжособистісна і соціальна ритм-терапія). Настанова 2017-2018 рр. додатково закріплює принцип важливості надання такого пріоритету проблемам соматичного здоров'я (наприклад, ССЗ), а також традиційним цілям при лікуванні БАР (як-то манія, порушення сну, когнітивні розлади тощо).

Структура рекомендацій

Рекомендації організовані за рівнями, від 1-го до 4-го, та класифікуються на основі доказів ефективності та безпеки терапії. Тобто рекомендації з лікування рівня 1 ґрунтуються на сильніших емпіричних доказах ефективності та/або безпеки, ніж 2-го та решти рівнів і т.д.

Рівень 1 – початкове лікування, ефективність та відносну безпеку якого доведено на основі результатів повторних масштабних рандомізованих контрольованих досліджень.

Рівень 2 – застосування розглядається, якщо препарати терапії 1-го рівня є неефективними та/або недостатньо добре переносяться. Порівняно з рівнем 1 дані про ефективність та/або безпеку лікування рівня 2 є менш надійними; вони базуються на результатах менш масштабних рандомізованих контрольованих досліджень, нижчих ефектах тощо.

Рівень 3 – використання розглядається, якщо лікування рівнів 1 і 2 виявилось неефективним та/або не переносилося добре. Терапія цього рівня базується на більш обмежених даних щодо ефективності та/або переносимості, ніж для рівнів 1 і 2.

Рівень 4 – застосування розглядається, якщо лікування рівнів 1-3 виявилось неефективним та/або не переносилося добре; проте терапія цього рівня на момент використання не підтримується емпіричними доказами і базується на даних експертних висновків та/або клінічної практики.

Слід зазначити, що рівні лікування не є алгоритмами, в межах яких специфічні рішення щодо підходів до лікування є обов'язковими. Навпаки, використовуючи дані рекомендації, варто враховувати індивідуальні особливості пацієнта та прояви симптомів. Хоча вибір лікування, що починається з 1-го рівня і послідовно переміщується, заохочується, воно може починатися з будь-якого рівня і має ґрунтуватися на клінічній оцінці, а також індивідуальних симптомах, потребах і уподобаннях хворого.

Таблиця 1. Препарати, рекомендовані для лікування БАР – стабілізатори настрою

Препарат і дозування	Коментарі
Літій При гострій манії: 1200-2400 мг/добу (концентрація в сироватці крові 0,8-1,2 мекв/л)	Початкове титрування для переносимості – початок із 600-900 мг/добу, збільшення на 300 мг/добу кожні 5 днів. Перевірка рівня концентрації в сироватці крові через 5 днів після початку/зміни дози, можна частіше при клінічній токсичності. Моніторинг функцій нирок і щитоподібної залози. Пацієнти поза фазою манії можуть потребувати нижчих доз, ніж такі з манією. Для підтримувальної терапії деякі хворі потребують сироваткових рівнів 0,8-1,2 мекв/л, для інших достатньо нижчих, але не $\geq 0,6$ мекв/л. В осіб старшого віку слід починати з менших доз літію, застосовувати повільнішу титрацію і досягати нижчих рівнів сироваткової концентрації
Вальпроат При гострій манії: 5-60 мг/кг/добу; 1000-2500 мг/добу (рівень сироваткової концентрації 85-125 мкг/мл)	Стартова доза може переноситися, але деякі пацієнти потребують поступового титрування. Слід перевірити сироваткову концентрацію через 48 год після початку лікування для корекції дози. Побічні ефекти (особливо з боку ШКТ) частіше трапляються при концентрації >100 мкг/мл. Більш тератогенний, ніж інші стабілізатори настрою. Пацієнти поза фазою манії можуть потребувати нижчих доз, ніж такі з манією
Карбамазепін При гострій манії: 200-1600 мг/добу (сироваткова концентрація 6-12 мкг/мл)	Вихідне титрування для переносимості внаслідок аутоіндукції печінки: початкова доза 200-400 мг/добу і збільшення на 200 мг/добу кожні 3 дні. Пацієнти поза фазою манії можуть потребувати нижчих доз, ніж такі з манією. Потрібно слідкувати за дискразією крові та серозним висипом. Важливий скринінг осіб азіатського походження на альель HLA-B*1502 (показник ризику серозного висипу) через високу ймовірність розвитку синдрому Стівенса – Джонсона і токсичного епідермального некролізу. Пацієнтам із позитивним результатом тесту не варто призначати карбамазепін, якщо користь не перевищує ризиків. Він знижує рівень сироваткової концентрації ряду інших препаратів, що метаболізуються CYP450, внаслідок індукції ферментів CYP450 3A4, 1A2, 2C19 і 2C19
Ламотриджин При БАР: підтримувальна доза – 100-400 мг/добу	Початкове титрування для зниження ризику синдрому Стівенса – Джонсона (серозний висип): початкова доза – 25 мг/добу (12,5 мг/добу, якщо приймати з вальпроатом). Збільшення на 25 мг/добу (12,5 мг/добу, якщо приймати з вальпроатом) через 2, 4 тижні і надалі щотижня. Початкова терапевтична доза – 200 мг/добу, але можливі кінцеві – 100-400 мг/добу. Можна використовувати у деяких пацієнтів із гострою біполярною депресією (незважаючи на обмежену ефективність при гострих станах) завдяки добрій переносимості та ефективності щодо профілактики депресії

Таблиця 2. Антипсихотики другого покоління та антидепресанти для лікування БАР

Препарати та дозування	Коментарі
Антипсихотики 2-го покоління При гострій манії: • арипіпразол: 15-30 мг/добу • азенапін: 10-20 мг/добу • оланзапін: 6-20 мг/добу • паліперидон 3-12 мг/добу • кветіапін: 400-800 мг/добу • рисперидон: 2-6 мг/добу • зипразидон: 80-160 мг/добу При гострій біполярній депресії: • кветіапін: 200-600 мг/добу • оланзапін/флуоксетин 3 мг/12,5 мг – 12 мг/50 мг/добу • луразидон: 40-120 мг/добу • клозапін: 50-400 мг/добу (при резистентній формі)	Для переносимості може бути необхідним початкове титрування. При депресивній фазі, ймовірно, знадобляться нижчі дози (наприклад, для кветіапіну – 300 мг/добу) Зипразидон слід приймати з їжею Азенапін використовують сублінгвально Необхідний моніторинг побічних ефектів, зокрема седації (при застосуванні кветіапіну і клозапіну), підвищення ваги (оланзапіну і клозапіну), акаціїї (арипіпразолу і зипразидону); екстрапірамідних симптомів (рисперидону) Потрібен моніторинг ваги та індексу маси тіла при кожному візиті та лабораторних метаболічних показників на момент призначення терапії, через 3 місяці і щорічно після цього
Антидепресанти При гострій біполярній депресії: дозування аналогічне до такого при великому депресивному розладі (специфічних рекомендацій щодо дозування при біполярній депресії немає)	У більшості клінічних досліджень не доведено користі від додавання АД до терапії стабілізаторами настрою/антипсихотиками при біполярній депресії (крім комбінації оланзапіну/флуоксетину); можна використовувати у комбінації з антипсихотиком при гострій біполярній депресії, проте не слід призначати як монотерапію у пацієнтів із БАР I через ризик переходу в фазу манії Застосування C133СН і ТЦА може бути пов'язане з вищим ризиком переходу в фазу манії FDA попереджає щодо підвищеного ризику суїцидальної поведінки у дітей та молоді (до 25 років) при терапії АД Лікування може бути продовжене у пацієнтів, у яких при прийомі цих препаратів зберігається стабільний настрій

Таблиця 3. Покроковий алгоритм лікування гострого БАР – депресивної фази

Рівень 1 Доведена ефективність	<ul style="list-style-type: none"> Досягнення оптимального терапевтичного рівня стабілізатора настрою, якщо він був раніше призначений. За необхідності слід перевірити рівень концентрації у плазмі крові Монотерапія кветіапіном чи луразидоном* Монотерапія ламотриджином Луразидон або ламотриджин** у комбінації з літієм або вальпроатом при досягненні оптимальної концентрації стабілізатора настрою Не слід використовувати традиційні антидепресанти (наприклад, C133С, C133СН, ТЦА, ІМАО) як терапію першої лінії <p>Примітки: * Тільки кветіапін має доведену ефективність при БАР II; луразидон має кращий метаболічний профіль, ніж кветіапін; ** застереження: ламотриджин і вальпроат при одночасному застосуванні взаємодіють між собою, що потребує зменшення дози ламотриджину на 50% від звичайної дози. Рекомендації щодо дозування наведені у таблиці 1</p>
Рівень 2А Доведена ефективність, але із застереженням щодо безпеки*	<ul style="list-style-type: none"> Оланзапін + флуоксетин (БАР I) <p>Примітка: * Обмеження переносимості включають підвищення ваги та появу метаболічних проблем</p>
Рівень 2Б Краща переносимість, але обмежена ефективність*	<ul style="list-style-type: none"> Літій (БАР I) Політерапія (комбінація із 2 зазначених вище препаратів). Може включати антипсихотичні препарати як 1-го, так і 2-го покоління, але НЕ два антипсихотики <p>Примітка: * Доказова ефективність обмежена декількома успішними клінічними дослідженнями</p>
Рівень 3 Якщо лікування рівнів 1 і 2 є неефективним та/або недобре переноситься*	<ul style="list-style-type: none"> ЕСТ <p>Примітка: * Доцільність визначається клінічною потребою, незважаючи на ще більшу обмеженість доказів ефективності/переносимості, ніж для лікування рівнів 1 і 2</p>
Рівень 4 Якщо лікування рівнів 1-3 неефективне та/або не переноситься	<ul style="list-style-type: none"> Каріпразин Затверджений FDA засіб для БАР + традиційний АД (наприклад, C133С)* Праміпексол Додаткова терапія: модафініл, тиреоїдний гормон або стимулятори Комбінація із трьох препаратів Транскраніальна магнітна стимуляція <p>Примітки: C133С – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; C133СН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну; ТЦА – трициклічні антидепресанти; ІМАО – інгібітори моноамінооксидази. 1. Недостатньо інформації (зокрема негативних результатів вивчення), щоб рекомендувати додаткові АД, арипіпразол, зипразидон, леветиретацетам, армодафініл або жирні кислоти ω-3 для лікування біполярної депресії. 2. Наявні попередні докази щодо застосування каріпразину при лікуванні біполярної депресії. 3. Монотерапія АД не рекомендується для терапії депресії при БАР; рекомендовано застосовувати поєднання стабілізатора настрою з АД. 4. Перевагу (ефективність та безпеку) монотерапії АД порівняно із застосуванням АД зі стабілізатором настрою для лікування біполярної депресії II типу не визначено</p>

Таблиця 4. Покроковий алгоритм лікування гострого БАР – фази манії

<p>Рівень 1А Доведена ефективність</p> <p>Тяжкість легка до середньої та/або не потребує госпіталізації</p> <ul style="list-style-type: none"> Досягти оптимального терапевтичного рівня стабілізатору настрою (літій*, вальпроат* або карбамазепін*), якщо він вже призначений. Перевірити концентрацію препарату в плазмі крові, якщо необхідно Монотерапія літієм* Монотерапія арипіпразолом, азенаніном, вальпроатом*, кветіапін, рисперидоном, зипразидоном або каріпразином Тяжка та/або потребує госпіталізації Літій* або вальпроат* арипіпразол, азенаніп, кветіапін або рисперидон ЕСТ доцільна, якщо фармакотерапії недостатньо для досягнення благополуччя пацієнтів
<p>Рівень 1В Доведена ефективність, але застереження щодо безпеки**</p> <p>Тяжкість легка до середньої та/або не потребує госпіталізації</p> <ul style="list-style-type: none"> Монотерапія галоперидолом або оланзапіном <p>Тяжка та/або необхідна госпіталізація</p> <ul style="list-style-type: none"> Літій* або вальпроат* + галоперидол або оланзапін
<p>Рівень 2 Якщо лікування рівнів 1А і 1В неефективне та/або не переноситься</p> <ul style="list-style-type: none"> Комбіноване лікування: літій* + вальпроат* Комбінація: літій* та/або вальпроат* + антипсихотик 2-го покоління, відмінний від клозапіну* Монотерапія карбамазепіном*
<p>Рівень 3 Якщо лікування рівнів 1 і 2 неефективне та/або недобре переноситься</p> <ul style="list-style-type: none"> ЕСТ Клозапін + літій* або вальпроат* Літій* + карбамазепін Вальпроат* + карбамазепін*
<p>Рівень 4 Якщо лікування рівнів 1-3 неефективне та/або недобре переноситься</p> <ul style="list-style-type: none"> Комбінація із трьох препаратів рівнів 1, 2 і 3. Можуть включати антипсихотичні препарати 1-го або 2-го покоління, але НЕ два антипсихотики. Приклад: літій* + (вальпроат* або карбамазепін*) + антипсихотик
<p><small>Примітки: * Слід з обережністю призначати літій, ламотриджин, вальпроат, карбамазепін жінкам репродуктивного віку внаслідок підвищеного ризику виникнення аномалій розвитку нервової трубки та інших значних вроджених вад у плода під час вагітності; ** Побічні ефекти цих препаратів включають збільшення маси тіла, метаболічний синдром і екстрапірамідні симптоми; велика ймовірність їхньої появи потребує пильності й уважного моніторингу з боку лікарів. Дані для використання паліпрідону при манії суперечливі; є певні докази ефективності щодо його застосування в дозі понад 6 мг. Бензодіазепіни можна застосовувати як допоміжне лікування при гострій манії</small></p>

Таблиця 5. Покроковий алгоритм продовження/підтримувальної терапії при БАР I типу

<p>Рівень 1 Доведена ефективність</p> <ul style="list-style-type: none"> Періодична оцінка: частота за клінічними потребами Подальше продовження ефективного лікування, що добре переноситься Монотерапія літієм* Монотерапія кветіапін Ламотриджин* (найбільша доказова база щодо профілактики депресії) Якщо стабільність стану досягнуто на терапії вальпроатом*, слід продовжувати лікування Монотерапія арипіпразолом або ін'єкційним арипіпразолом пролонгованої дії чи монотерапія рисперидоном пролонгованої дії Кветіапін (профілактика рецидивів) чи зипразидон (зміна підтримувальної терапії) в поєднанні з літієм* чи вальпроатом* Монотерапія азенаніном <p><small>Примітка: Дані щодо довготривалої ефективності вальпроату обмежені</small></p>
<p>Рівень 2А Встановлена ефективність, застереження щодо безпеки**</p> <ul style="list-style-type: none"> Монотерапія оланзапіном Оланзапін у поєднанні з літієм* або вальпроатом*
<p>Рівень 2В Якщо терапія рівня 1 неефективна та/або не переноситься</p> <ul style="list-style-type: none"> Продовжувати ефективне лікування, якщо воно не вказане для рівня 1 Комбінація з літієм* та вальпроатом* Дотримуватися рекомендацій щодо лікування гострої манії / біполярної депресії для досягнення повної або часткової ремісії
<p>Рівень 3 Якщо лікування рівнів 1 і 2 неефективне та/або не переноситься</p> <ul style="list-style-type: none"> Додаткова терапія клозапіном (слід уникати поєднання з іншим антипсихотиком) ЕСТ*** <p><small>Примітки: * Слід з обережністю призначати літій, ламотриджин, вальпроат, карбамазепін жінкам репродуктивного віку внаслідок підвищеного ризику виникнення аномалій розвитку нервової трубки та інших значних вроджених вад у плода під час вагітності; ** Побічні ефекти цих препаратів включають збільшення маси тіла, метаболічний синдром та екстрапірамідні симптоми; велика ймовірність їхньої появи потребує пильності та уважного моніторингу з боку лікарів; *** дані про довготривалу ефективність монотерапії вальпроатом, карбамазепіном (ризик взаємодії з іншими лікарськими засобами), АД та ЕСТ (незручності/витрати) обмежені</small></p>

Рекомендації щодо лікування представлені у вигляді покрокових алгоритмів. Препарати, які застосовуються в лікуванні БАР, представлені у таблицях 1, 2.

Фармакотерапія при гострій біполярній депресії

Біполярна депресія є основною терапевтичною мішенню при БАР як на ранніх, так і на пізніх фазах хвороби. Депресивні симптоми як частина БАР часто є хронічними і тісно пов'язані з ризиком розвитку коморбідної патології (наприклад, ССЗ), функціональними порушеннями і ризиком суїцидів. Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) схвалило застосування трьох засобів при біполярній депресії: луразидону, кветіапін, комбінації флуоксетину й оланзапіну. Експертна група з розробки рекомендацій узгодила внесення ламотриджину як можливого препарату 1-ї лінії вибору для лікування біполярної депресії. Фахівці визнають, що для ламотриджину не отримано дозволу регуляторного органу на застосування при біполярній депресії. Незважаючи на це, результати досліджень у великих академічних центрах, а також дані метааналізів показують, що ламотриджин є ефективним засобом як для лікування в гострій фазі, так і для профілактики рецидивів біполярної депресії. Каріпразин, частковий агоніст дофамінових рецепторів D₂/D₃ із підвищеною вибірковістю до D₂, нині схвалений для застосування при манії та змішаних станах при БАР, але не біполярній депресії. На момент завершення укладання рекомендацій результати двох опорних ресстраційних досліджень підтвердили, що каріпразин ефективний при наданні невідкладної допомоги пацієнтам із біполярною депресією I типу. У настанові 2017-2018 рр. повторно наголошується на небезпечності цієї проблеми. Дотепер не розроблено однозначно безпечної, надійної та ефективного лікування при змішаній біполярній депресії (McIntyre, 2017). Однак певні атипівні антипсихотичні препарати, ймовірно, є первинним вибором для багатьох осіб із біполярною депресією і змішаними станами. Деякі антипсихотики другого покоління також рекомендовані як препарати першої лінії при манії та змішаних станах.

Застосування антидепресантів (АД) при БАР — усе ще недостатньо вивчене і суперечливе питання. Жоден АД або їхній клас не схвалений для лікування БАР. Експертна група визнала, що ці препарати часто продовжують застосовувати у дорослих із БАР. Керівним принципом використання АД при БАР є те, що їм не слід віддавати перевагу перед загальноновизнаними і схваленими FDA підходами, а застосовувати як допоміжні стратегії лікування. Монотерапію АД не рекомендовано при БАР I типу, тоді як безпечно та ефективно застосування препаратів залишається можливим при БАР II типу, але потребує додаткових емпіричних даних. Визнано, що застосування психосоціальних підходів, як і фармакотерапії при БАР, ефективніше на ранніх стадіях хвороби. Для резистентної біполярної депресії рекомендовано варіантом залишається електросудомна терапія (ЕСТ).

Покроковий алгоритм лікування гострого БАР — депресивної фази, представлений у таблиці 3.

Фармакотерапія при гострій манії

Експертна група визнає, що манія є не лише визначальною ознакою БАР I типу, але й небезпечним для життя станом, для якого необхідна невідкладна медична допомога, що потребує термінового виявлення, забезпечення, призначення відповідного лікування для досягнення ремісії. Акцент було зроблено на застосуванні схвалених FDA антипсихотиків другого покоління, літію та вальпроату, найчастіше рекомендованих як терапія першої лінії.

Покроковий алгоритм лікування гострого БАР — фази манії, представлений у таблиці 4.

Тривале лікування та підтримувальна фармакотерапія при БАР

БАР є станом із високопрогредієнтним перебігом, про що свідчить зростання частоти епізодів, їхня тривалість і складність, а також зменшення терапевтичної відповіді на лікування упродовж хвороби. Визнано, що найкращі стратегії лікування БАР передбачають інтегровану терапію, зменшують і запобігають ризику виникнення рецидиву й розвитку коморбідних соматичних розладів. Із моменту опублікування настанови 2015 р. FDA затвердило арипіпразол у формі ін'єкцій тривалої дії як препарат для профілактики рецидивів при БАР. FDA також схвалило застосування арипіпразолу протеус, який можна призначати і для популяції пацієнтів із БАР. Арипіпразол протеус — це комбінований засіб, який складається з перорального арипіпразолу та цифрового сенсору для заковтування, який застосовується для збору та передачі інформації щодо прийому препарату. Проте наразі невідомо, чи сприяє цифровий сенсор поліпшенню комплаєнсу та стану здоров'я осіб із БАР.

Відповідно до попередніх рекомендацій, ключовими терапевтичними мішенями при тривалому лікуванні БАР є субсиндромальна депресія, афективна нестабільність, когнітивні порушення, розлади сну, коморбідні стани (наприклад, розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин, тривожні розлади, ССЗ, ожиріння), а також порушення міжособистісних, соціальних та професійних взаємодій (Miskowiak et al., 2017). Мультиmodalні втручання, що включають фармакотерапію, психосоціальну підтримку, відновлення когнітивних функцій, модифікацію способу життя (наприклад, фізичні вправи), є найважливішими компонентами тривалого лікування.

Покроковий алгоритм продовження лікування / підтримувальної терапії при БАР I типу представлений у таблиці 5.

Підготувала **Мирослава Матусова**

Із повним текстом рекомендацій можна ознайомитися на сайті www.medicaidmentalhealth.org



Склад та форма випуску:
табл. в/о, оболонкою 5 мг блістер, № 28
табл. в/о, оболонкою 10 мг блістер, № 28

Показання

- Лікування шизофренії
- Підтримка досягнутого клінічного ефекту при тривалій терапії у пацієнтів, у яких спостерігалася відповідь на початкову терапію
- Лікування маніакальних епізодів помірного та тяжкого ступеня
- Профілактика повторних нападів у пацієнтів з біполярними розладами, у яких було отримано позитивну відповідь при лікуванні оланзапіном манії

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або будь-якої з допоміжних речовин препарату; відомий ризик закритокуючої глаукоми.
Побічні реакції. Сонливість, збільшення маси тіла, підвищення рівня пролактину, холестерину, глюкози і тригліцеридів в крові, підвищення апетиту, запаморочення, астенія, стомлюваність та інші.
Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря.
РЛ № UA/11344/01/01, № UA/11344/01/03.



Склад та форма випуску:
табл. в/плів, оболонкою 25 мг блістер, № 30
табл. в/плів, оболонкою 100 мг блістер, № 30
табл. в/плів, оболонкою 200 мг блістер, № 30

Показання

- Лікування шизофренії
- Лікування біполярних розладів, включаючи: маніакальні епізоди від помірного до тяжкого ступеня, пов'язані з біполярними розладами; великі депресивні епізоди, пов'язані з біполярними розладами
- Профілактика рецидивів у пацієнтів із біполярними розладами, у яких маніакальні напади піддавалися лікуванню кветіапін

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату; одночасний прийом інгібіторів цитохрому Р450 3А4.
Побічні реакції. Сонливість, запаморочення, сухість у роті, запор, помірна астенія, тахикардія, ортостатична гіпотензія та диспепсія.
Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря.
РЛ № UA/8157/01/01-03.



Склад та форма випуску:
табл. в/о 2 мг блістер, № 20

Показання

- Лікування шизофренії та інших психічних розладів (у тому числі підтримуюча терапія)
- Лікування маніакальних епізодів при біполярних розладах
- Короткочасне лікування вираженої агресії або тяжких психічних симптомів у пацієнтів з деменцією при існуванні загрози заподіяння шкоди собі чи іншим
- Симптоматичне лікування зухвалих опозиційних розладів або інших розладів соціальної поведінки у дітей, підлітків та дорослих з розумовим розвитком нижче середнього або з розумовою відсталістю, які мають прояви деструктивної поведінки
- Симптоматичне лікування аутичних розладів у дітей віком від 5 років, у яких симптоми варіюють від гіперактивності до роздратованості

Протипоказання. Гіперчутливість до активного компонента або до будь-якої допоміжної речовини у складі препарату.
Побічні реакції. Найчастішими побічними реакціями, про які повідомляється, є паркінсонізм, головний біль та безсоння.
Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. **РЛ № UA/4044/01/02**

Інформація для професійної діяльності фахівців в області охорони здоров'я. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Представництво «ЕГІС ФАРМАСЮТКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



