



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія

ОТКРОЙТЕ НОВУ СТРАНИЦУ ЖИЗНІ



## КВЕТИРОН

КВЕТИАПІН



- Доказанна **ефективність** при шизофренії<sup>1</sup> і біполярних розладах<sup>2</sup>
- Лучша **переносимість** по сравнению с другими антипсихотиками<sup>3</sup>
- Самый **доступный** по цене<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Small JG, Hirsch SR, Arvanitis LA, et al. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(8): 549-57.  
<sup>2</sup> Ghamsi M et al. Quaternary treatment of rapid-cycling BD. Abst CNP 2002, Montreal.  
<sup>3</sup> Naranjo JK, Sakuma-Saito L. CNS Drugs 2006; 20, 4: 203-204.  
<sup>4</sup> Ежедневник «Аптека», №8 (729), март 2010 г.

## СОЛЕРОН

(амисульприд)



- Доказанна **ефективність** при позитивних, негативних і афективних симптомах шизофренії<sup>1,2</sup>
- Доказанна **біоеквівалентність** оригінальному амисульприду<sup>3</sup>
- Самый **доступный** по цене амисульприд в Україні<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Colonna L et al. Int Clin Psychopharmacol. 2000; 15(1):13-22  
<sup>2</sup> Huttunen M et al. Acta Psych. Scan. – 2001. – Vol. 94. – P. 271-277  
<sup>3</sup> Клин. исслед. по оценке биоэквивалентности пр-тов Солерон 200 и Солерон у здоровых добровольцев, заключительный отчет, 2009, стр.49  
<sup>4</sup> Ежедневник «Аптека», №8 (729), март 2010

Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО "Фарма Старт", Украина, 03124, г. Киев, Бульв. И. Лепсе, 8  
 Тел.: (+38-044) 404-85-05 • www.phs.com.ua



### Дайджест • Психоневрология

#### Метаанализ прямых сравнительных исследований антипсихотиков второго поколения в лечении пациентов с шизофренией

В настоящее время не прекращаются споры относительно того, являются ли атипичные антипсихотики второго поколения более эффективными средствами по сравнению с антипсихотиками первого поколения в лечении пациентов с шизофренией. В данном метаанализе изучались результаты двойных слепых исследований, в которых сравнивались атипичные антипсихотики.

##### Методология

Проведен анализ публикаций в поисковой системе MEDLINE (сентябрь 2007), а также данных Кокрановского регистра исследований по шизофрении (май 2007). Для анализа были отобраны только данные рандомизированных двойных слепых исследований, в которых сравнивали два и более препарата из 9 известных в настоящее время атипичных антипсихотиков второго поколения, которые применяются для лечения пациентов с шизофренией. Оценку эффективности терапии проводили на основании изменений общего показателя Шкалы оценки позитивной и негативной симптоматики шизофрении. Вторичной точкой оценки терапии была частота прекращения приема препарата вследствие его неэффективности, а также его влияние на позитивные и негативные симптомы отдельно.

##### Результаты

В анализ включили 78 исследований, в которых принимали участие 13 558 пациентов. Результаты исследований показали, что оланзапин оказался более эффективным, чем арипипразол, кветиапин, рисперидон и zipразидон; рисперидон – чем кветиапин и zipразидон. Клозапин был более эффективным, чем зотепин, а в дозах, превышающих 400 мг/сут, – чем рисперидон. Эти различия в эффективности были связаны в большей степени с уменьшением позитивной симптоматики, чем негативной.

##### Выводы

Результаты анализа показали, что некоторые представители класса атипичных антипсихотиков второго поколения могут быть более эффективными, чем другие. Однако здесь следует учитывать ограничения методологии метаанализа. При выборе атипичного антипсихотика для лечения конкретного пациента с шизофренией нужно взвесить, с одной стороны, небольшие преимущества одного над другим, а с другой – существенные различия в частоте побочных эффектов и стоимости.

Leucht S., Komossa K., Rummel-Kluge K. et al. Am J Psychiatry 2009; 166: 152-163

#### Амисульприд – селективный антагонист дофаминовых рецепторов: результаты метаанализа рандомизированных клинических исследований

Известно, что атипичные антипсихотики, такие как клозапин, оланзапин, кветиапин и рисперидон, являются антагонистами серотониновых (5-HT<sub>2</sub>) и дофаминовых (D<sub>2</sub>) рецепторов. Амисульприд также относится к классу атипичных антипсихотиков, он проявляет высокую селективность только к дофаминовым рецепторам подтипа 2 и 3 (D<sub>2</sub>/D<sub>3</sub>) и связывается с ними преимущественно в мезолимбической системе головного мозга.

С целью оценки эффективности и безопасности амисульприда по сравнению с другими антипсихотиками был проведен метаанализ 18 рандомизированных клинических исследований. Улучшение психического состояния пациентов на фоне приема препарата оценивали по двум известным шкалам – краткой психиатрической рейтинговой шкале (BPRS) и шкале оценки негативной симптоматики (SANS). Результаты анализа показали, что применение амисульприда при острых состояниях (10 исследований) приводило к улучшению общей симптоматики шизофрении, при этом эффективность амисульприда была достоверно выше, чем обычных нейролептиков. На сегодняшний день амисульприд является единственным средством, доказавшим в нескольких исследованиях эффективность у пациентов с преобладанием негативной симптоматики. В четырех таких исследованиях амисульприд оказался достоверно более эффективным, чем плацебо. В трех сравнительных исследованиях с другими антипсихотиками была выявлена тенденция в пользу амисульприда. Применение амисульприда приводило к меньшей частоте развития побочных эффектов со стороны экстрапирамидной системы. Пациентов, прекративших прием препарата вследствие развития побочных эффектов, было достоверно меньше в группах, принимавших амисульприд, чем в группах обычных антипсихотиков.

Leucht S. Int J Neuropsychopharmacol, 2004 Mar; 7 Suppl 1: S15-20

#### Двойное слепое рандомизированное сравнительное исследование амисульприда и оланзапина в лечении шизофрении

Атипичные антипсихотики обладают бесспорным преимуществом перед препаратами предыдущих поколений, однако до сих пор мало известно о том, чем атипичные антипсихотики различаются между собой. В многоцентровом двойном слепом рандомизированном исследовании амисульприд и оланзапин сравнивались в лечении острого эпизода шизофрении. Взрослые пациенты с преимущественно позитивной симптоматикой шизофрении получали амисульприд в дозе 200-800 мг/сут или оланзапин по 5-20 мг/сут в течение 6 мес. Первичной конечной точкой эффективности служило изменение оценки по краткой психиатрической шкале (BPRS). Исходы анализировались для подтверждения того, что амисульприд не уступает по эффективности оланзапину (анализ non-inferiority). В течение периода терапии оценивались динамика позитивных и негативных симптомов, выраженность депрессии, социальное функционирование и качество жизни больных. С целью оценки безопасности лечения регистрировались побочные эффекты, проводился скрининг неврологического статуса и массы тела больных.

Улучшение по шкале BPRS достигало 32,7% в группе амисульприда и 33,0% в группе оланзапина. Таким образом, гипотеза исследования подтвердилась: амисульприд не уступает оланзапину в эффективности. Все вторичные показатели эффективности лечения были схожими в двух группах. Частота побочных эффектов также была сравнимой, однако их структура имела отличия. Аменорея наблюдалась только у женщин группы амисульприда (6,2% пациентов), а повышение уровня печеночных трансаминаз чаще отмечалось в группе оланзапина (17% против 3,7% в группе амисульприда). Частота и средний показатель увеличения массы тела были выше в группе оланзапина (35,1%, 3,9 кг), чем на фоне терапии амисульпридом (20,6%, 1,6 кг).

Таким образом, амисульприд не уступает оланзапину в эффективности лечения острого эпизода шизофрении, но профиль побочных эффектов этих препаратов различается.

Mortimer A., Martin S., Loo H., et al. Int Clin Psychopharmacol. 2004 Mar; 19(2): 63-9

#### Двойное слепое рандомизированное сравнительное исследование амисульприда и оланзапина у пациентов с шизофренией и коморбидной депрессией

85 взрослых пациентов, которые соответствовали критериям диагноза «шизофрения» по DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) и испытывали эпизод депрессии, были рандомизированы к приему амисульприда (200-600 мг/сут) или оланзапина (5-15 мг/сут) в течение 8 недель. Первичным критерием эффективности служила динамика оценок по шкале депрессии Калгари (CDS) и шкале общего клинического впечатления (CGI). Безопасность лечения оценивалась по частоте побочных эффектов, в том числе экстрапирамидных нарушений и метаболических сдвигов.

В результате проведенного лечения среднее снижение тяжести депрессии по шкале CDS от исходного составило 6,84 балла в группе амисульприда и 7,36 балла в группе оланзапина. У 65,9% и 61,5% больных соответственно положительная динамика была расценена врачами как «значительная» или «очень значительная». Между группами не выявлены статистически достоверные различия в эффективности терапии. Частота побочных эффектов была сравнимой, случаи появления экстрапирамидных симптомов не отмечены. У 4 пациентов из группы оланзапина повысился уровень триглицеридов. Увеличение массы тела составило 1,45 кг в группе оланзапина и 0,5 кг на фоне приема амисульприда.

Авторы заключили, что амисульприд и оланзапин в равной степени эффективны у пациентов с шизофренией и коморбидной депрессией. Переносимость обоих антипсихотиков была хорошей, хотя на фоне приема оланзапина наблюдалась тенденция к большей выраженности метаболических побочных эффектов.

Vanelle J.M., Douki S. Eur Psychiatry. 2006 Dec; 21(8): 523-30. Epub 2006 Nov 20

#### Топирамат в лечении парциальной и генерализованной эпилепсии

##### Эффективность топирамата при генерализованных припадках

Топирамат является эффективным средством при генерализованных тонико-клонических припадках, так называемых припадках grand mal. Эффективность топирамата при первично-генерализованных припадках была оценена в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании у 80 пациентов в возрасте от 3 до 59 лет (Biton et al., 1999). Средняя частота припадков до начала терапии была 4,5 в месяц в группе плацебо и 5,0 в месяц в группе топирамата. Средняя доза топирамата в период поддерживающей терапии была небольшой и составила 5 мг/кг/сут. Добавление топирамата к проводимой терапии привело к снижению частоты припадков на 57%, при этом в группе плацебо – на 9% (достоверные различия в пользу топирамата, p=0,019). Уменьшение частоты припадков на 50% и более по сравнению с исходным уровнем отмечено у 56% пациентов, получавших топирамат, и у 20% получавших плацебо (статистически достоверные различия в пользу топирамата, p=0,001).

##### Эффективность топирамата при синдроме Леннокса-Гасто

При данном синдроме вальпроаты являются препаратами первой линии, однако их назначение не всегда приводит к полному контролю над припадками. 98 пациентов в возрасте 2-42 лет (средний возраст – 11 лет) рандомизировали на две группы. Первая в качестве дополнительной терапии получала топирамат, вторая – плацебо. Средняя доза топирамата составила 5,8 мг/кг/сут. Пациенты находились на базовой терапии вальпроатами. Добавление к вальпроатам топирамата привело к снижению частоты припадков на 15%, в то время как добавление плацебо – к повышению на 5% (достоверная разница в пользу топирамата, p=0,041). Ответили на терапию топираматом 52% пациентов.

##### Эффективность топирамата при парциальных рефрактерных припадках при комбинированной терапии

Как и большинство новых лекарственных средств, появившихся в последние годы, топирамат интенсивно изучался у больных с парциальной эпилепсией, резистентной к имеющейся терапии. Первое исследование было проведено в США у взрослых пациентов, принимавших один или два противоэпилептических препарата для контроля над припадками. Результаты исследования показали, что добавление топирамата к имеющейся базовой терапии в дозе 200 мг/сут и более приводило к контролю над припадками. Применение более высоких доз топирамата (600-1000 мг/сут) не приводило к дополнительному уменьшению количества припадков, при этом отмечено увеличение частоты побочных эффектов. Оптимальной дозой считается 400 мг/сут, так как при этом у 41% пациентов отмечено уменьшение частоты припадков на 50% по сравнению с исходным уровнем.

Дополнительные исследования при парциальной эпилепсии, рефрактерной к базовой терапии, были проведены в Европе, Корею и Канаде. В этих исследованиях были подтверждены данные, полученные в США, при этом было установлено, что топирамат приводил к аналогичным результатам и в более низких дозах (200-400 мг/сут). Исследование у детей в возрасте 1-16 лет показало сходные данные, частота припадков уменьшилась на 33% при добавлении к базовой терапии топирамата и на 11% – при добавлении плацебо (Elterman et al. 1999).

##### Эффективность монотерапии топираматом при парциальных припадках, рефрактерных к медикаментозной терапии

Взрослые пациенты с четырьмя и более припадками в месяц, несмотря на прием одного или двух препаратов, постепенно переводились на монотерапию топираматом. Начальная доза топирамата составила 100 мг/сут, максимальная – 1000 мг/сут. Целью исследования было доказательство эффективности топирамата в монотерапии, а не установление его эффективной дозы. При этом перевод на монотерапию топираматом не должен был сопровождаться учащением припадков или появлением новых типов припадков. Результаты исследования показали, что перевод с базовой терапии на монотерапию топираматом оказался эффективным у пациентов, которые получали его в более высоких дозах.

### Влияние топирамата на метаболизм других препаратов

Топирамат оказывает незначительный эффект на фармакокинетику других лекарственных средств, так как он не является ни выраженным индуктором, ни ингибитором печеночных ферментов. Тем не менее в литературе описаны случаи влияния топирамата на метаболизм фенитоина. У троих пациентов, принимавших фенитоин, прием топирамата в высоких дозах (400-800 мг/сут) приводил к повышению уровня фенитоина в плазме крови на 30-50%. Этот эффект, который может быть связан с влиянием топирамата на цитохром P450 2C19, может приводить к развитию синдрома интоксикации фенитоином. Теоретически этот эффект может наблюдаться при сочетании топирамата с диазепамом, однако до сих пор таких сообщений не опубликовано. Взаимодействие с белками плазмы крови, которое сильно выражено у вальпроатов и фенитоина, не является проблемой для топирамата, так как он слабо связывается с белками крови. В редких случаях при сочетании топирамата с вальпроатами сообщалось о развитии гипераммониемии с последующей энцефалопатией. Этот феномен, очевидно, не связан с фармакокинетическими взаимодействиями топирамата и вальпроатов, так как топирамат практически не влияет на уровень вальпроовой кислоты в плазме крови. Скорее всего, это связано с влиянием топирамата на метаболиты вальпроовой кислоты.

Топирамат может вступать в лекарственные взаимодействия с гормональными контрацептивами. Он усиливает метаболизм эстрогенов. В одном из исследований было показано, что прием топирамата в дозе 200 мг/сут приводит к снижению уровня этинилэстрадиола плазмы крови на 30% (этинилэстрадиол накапливается в плазме крови при приеме контрацептивов). Вместе с тем топирамат не влияет на уровень прогестерона, и, следовательно, риск нежелательной беременности при приеме топирамата намного ниже, чем фенитоина и карбамазепина, которые влияют на метаболизм как эстрогенов, так и прогестерона. Необходимо информировать женщин о возможном снижении эффективности гормональных контрацептивов при одновременном их приеме с топираматом. При этом рекомендовать им альтернативные методы контрацепции или прием более высоких доз эстрогенов. Топирамат приводит к незначительному уменьшению концентрации амитриптилина, лития и рisperидона в плазме крови. Его влияние на другие психотропные препараты неизвестно. Топирамат часто используется для профилактики приступов мигрени. Следует отметить, что топирамат не влияет на фармакокинетику антимигренозных средств – дигидроэрготамина, пропранолола и суматриптана.

### Влияние других препаратов на метаболизм топирамата

В отличие от минимального влияния топирамата на метаболизм других препаратов в литературе описаны случаи влияния на метаболизм топирамата других лекарственных средств, особенно индукторов печеночных ферментов. В отдельности фенитоин и карбамазепин усиливают клиренс топирамата и, следовательно, уменьшают концентрацию топирамата в плазме крови на 50%. Барбитураты, вероятно, обладают сходным эффектом, однако этот феномен пока не изучен. При комбинации этих препаратов с топираматом было отмечено, что прекращение приема одного из них приводит к повышению уровня топирамата в плазме крови с развитием дозозависимых побочных эффектов. Однако при этом переносимость комбинированной терапии все же улучшается вследствие прекращения приема одного из препаратов.

Edward Fought *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2007; 3(6), 811-821

### Топирамат в профилактике мигрени: обзор исследований по его эффективности и переносимости

Мигрень представляет собой хроническое неврологическое заболевание, которое характеризуется повторяющимися приступами головной боли и другими симптомами длительностью до трех дней. Боль обычно носит умеренный характер, однако иногда бывает очень интенсивной и нередко сопровождается другими симптомами, такими как фонофобия, фотофобия, тошнота и рвота. У некоторых пациентов приступу головной боли предшествует аура в виде комплекса фокальных неврологических симптомов, таких как онемение конечностей, парестезия, нарушение зрения и затруднение речи.

В США количество пациентов с мигренью составило 12,6% в общей популяции (1999), при этом частота выявления мигрени у женщин составляет 18,2%, в то время как у мужчин – 6,5%. По данным эпидемиологических исследований, количество пациентов с мигренью в других странах находится на таком же уровне, как и в США. Частота развития мигрени увеличивается с возрастом, при этом пик заболевания приходится на 30-40 лет. По данным больших эпидемиологических исследований, проведенных в США и Канаде, показано, что мигренозные приступы существенно влияют на ежедневную активность и качество жизни у половины пациентов. Во время приступов многие пациенты не могут встать с постели и выполнять обычную домашнюю работу, при этом нарушается их коммуникация в семье, с друзьями, коллегами по работе, они часто вызывают врача и находятся на листе нетрудоспособности. Качество жизни больных, страдающих мигренью, изучалось во многих клинических исследованиях. Показано, что у пациентов с мигренью качество жизни намного хуже, чем у перенесших инфаркт миокарда, у страдающих сахарным диабетом или бронхиальной астмой.

При развитии приступа мигрени необходимо применять медикаментозную терапию. У пациентов с частыми приступами мигрени или с недостаточным ответом на болеутоляющие средства необходимо рассмотреть вопрос о профилактическом назначении лекарственных средств. Целью профилактического лечения является уменьшение частоты приступов, их длительности и интенсивности. Кроме того, профилактическая терапия должна улучшить качество жизни и нормализовать ежедневную активность пациентов, страдающих мигренью. В настоящее время для профилактики приступов мигрени используют различные лекарственные средства, такие как бета-блокаторы, антидепрессанты, антагонисты кальция, антагонисты серотониновых рецепторов и противоэпилептические препараты. Среди последних особое место принадлежит топирамату, он одобрен во многих странах мира, включая США, для лечения эпилепсии и профилактики мигрени.

### Эффективность топирамата

С целью определения эффективности топирамата у пациентов с мигренью в 49 центрах США (2004) и 52 центрах США и Канады (2004) проведено два независимых рандомизированных плацебо-контролируемых исследования MIGR-001 и MIGR-002. Длительность исследований составила 26 нед, 8 из которых – фаза титрования дозы,

18 – фаза поддерживающей терапии. Тестированы три суточные дозы топирамата: 50 мг, 100 мг и 200 мг. Во всех случаях топирамат назначали в дозе 25 мг/сут, далее увеличивали на 25 мг в неделю до целевой дозы (100 мг или 200 мг/сут). Первичным критерием эффективности терапии было уменьшение количества дней с мигренью в месяц по сравнению с исходным уровнем, вторичным – количество пациентов, ответивших на терапию, и время наступления эффекта. В окончательный анализ включили 469 пациентов в исследовании MIGR-001 и 468 – в MIGR-002.

Результаты исследований показали, что топирамат в дозах 100 и 200 мг/сут ( $p < 0,001$  по сравнению с плацебо) приводил к достоверному уменьшению количества дней с приступами мигрени в обоих исследованиях. Пациентов, ответивших на терапию, было достоверно больше в группе, принимавшей топирамат, чем в группе плацебо ( $p < 0,001$  для обеих доз как в исследовании MIGR-001, так и MIGR-002). Сравнение доз топирамата (100 и 200 мг/сут) показало, что доза 200 мг/сут не является более эффективной по сравнению с 100 мг/сут. Так, в исследовании MIGR-001 прием топирамата в дозе 100 мг/сут приводил к уменьшению количества дней с мигренью с  $5,4 \pm 2,2$  в месяц (до начала лечения) до  $3,3 \pm 2,9$  (конец исследования). При приеме топирамата в дозе 200 мг/сут количество дней с мигренью уменьшилось с  $5,6 \pm 2,6$  в месяц до  $3,3 \pm 2,9$ . Количество пациентов, ответивших на терапию, было одинаковым в группе топирамата в дозе 100 и 200 мг/сут, без статистически достоверных различий. У пациентов, принимавших топирамат в дозе 50 мг/сут, также отмечено уменьшение количества дней с приступами мигрени, однако пациентов, ответивших на терапию, было достоверно меньше, чем в группах более высоких доз.

В 2004 г. закончилось рандомизированное двойное слепое исследование по оценке эффективности топирамата, бета-блокатора пропранолола и плацебо в профилактике мигрени (MIGR-003). Исследование проходило в 61 центре 13 стран мира с включением 575 пациентов (Diener et al., 2004). Пациентов разделили на три группы. Первая получала топирамат (100 или 200 мг/сут), вторая – пропранолол (160 мг/сут), третья – плацебо. Результаты исследования показали, что топирамат достоверно уменьшал количество дней с мигренозной болью по сравнению с плацебо. Пациентов, ответивших на терапию, было достоверно больше в группе топирамата, чем в группе плацебо. При сравнении топирамата с пропранололом различий в эффективности терапии не обнаружили. Результаты исследований показали, что для профилактики приступов мигрени более эффективным является топирамат в дозе 100 мг/сут, чем 50 мг/сут. Доза 200 мг/сут не имела дополнительных преимуществ перед дозой 100 мг/сут. Основываясь на результатах исследования, можно сделать вывод, что для профилактики приступов мигрени целевой дозой топирамата является 100 мг/сут.

В 2005 г. был проведен метаанализ трех плацебо-контролируемых исследований с похожим дизайном (MIGR-001, MIGR-002 и MIGR-003). Результаты анализа показали, что к окончанию исследований у 46,3% пациентов, принимавших топирамат, количество приступов мигрени в месяц уменьшилось на 50%. Следует отметить, что у одного пациента из четырех, принимавших топирамат, эффективность терапии была еще выше – количество приступов в месяц уменьшилось на 75%. У 6% пациентов приступы мигрени полностью прекратились. Наблюдение за пациентами с мигренью в отдаленном периоде (через 6 мес от начала терапии) показало, что с течением времени эффективность топирамата прогрессивно возрастает как у мужчин, так и у женщин.

### Переносимость топирамата

Метаанализ трех рандомизированных плацебо-контролируемых исследований показал хорошую переносимость топирамата. Наиболее частыми побочными эффектами были парестезия и усталость. Частота побочных эффектов со стороны центральной нервной системы была незначительной и проявлялась в виде сонливости, бессонницы, нарушения концентрации внимания.

### Влияние топирамата на массу тела

Увеличение массы тела при приеме других препаратов, используемых для профилактики мигрени (вальпроаты, флунаризин и пропранолол), является серьезной проблемой. При приеме топирамата, напротив, у 60-70% пациентов наблюдалось снижение веса. У 20% пациентов изменений веса не отмечено. Среднее уменьшение массы тела по сравнению с исходным уровнем составило 3,8%, 3,3% и 2,7% в упомянутых исследованиях (MIGR-001, MIGR-002 и MIGR-003). Пациенты, принимавшие топирамат, за период исследования потеряли в среднем 2,5 кг веса. У 378 пациентов, у которых были доступны данные по индексу массы тела, было показано, что при нормальных его показателях потеря веса составила 1,9 кг, при повышенном индексе – 3,1 кг и у пациентов с ожирением – 3,0 кг.

### Влияние топирамата на качество жизни

По данным метаанализа, было показано, что прием топирамата в дозе 100 мг/сут приводил к улучшению качества жизни пациентов с мигренью. Эти различия были статистически достоверны по сравнению с группой, принимавшей плацебо.

### Противопоказания

Одобрены в настоящее время препараты для профилактики мигрени имеют разный профиль побочных эффектов и противопоказаний. Топирамат с успехом может применяться у пациентов с сопутствующей патологией, при которой другие препараты противопоказаны. Например, топирамат можно назначать пациентам с избыточным весом, когда противопоказан амитриптилин, флунаризин, пизотифен, вальпроаты. При сопутствующей бронхиальной астме противопоказаны бета-блокаторы, при депрессии – флунаризин и бета-блокаторы, так как они могут усилить симптомы депрессии, при блокадах сердца, эпилепсии, задержке мочи – амитриптилин, при сопутствующей патологии печени и нарушениях свертывающей системы – вальпроаты.

### Закключение

Мигрень является частой патологией, которая нарушает нормальную жизнедеятельность пациента и ухудшает качество его жизни. Топирамат в дозе 100 мг/сут доказал свою эффективность в профилактике мигрени как минимум в трех больших рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях длительностью 26 нед. Отмечено быстрое наступление эффекта, его усиление с течением времени и независимость от пола пациента. Начальная доза 25 мг/сут и постепенное ее титрование до 100 мг/сут улучшают переносимость топирамата. С учетом этих данных топирамат может быть препаратом первого выбора в профилактике мигрени для большинства пациентов.

D'Amico D., Grazi L., Bussone G. *Neuropsych. Disease and Treatment*, 2006; 2(3), 261-67



Перша Національна Соціальна Програма  
"3 турботою про співвітчизника"

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

### ЛАМОТРИН

ЛАМОТРИДИН



### ВАЛЬПРОКОМ 300/500 хроно

ВАЛЬПРООВА КИСЛОТА + ВАЛЬПРОАТ НАТРИУ



# ТОПИРОМАКС

(топирамат)



- Доказанная эффективность при всех типах припадков<sup>1,2</sup>
- Препарат первой линии для профилактики мигрени<sup>3</sup>
- Самый доступный по цене топирамат в Украине<sup>4</sup>



ФАРМАСТАРТ  
неврологія • психіатрія



Мі зробили якісне лікування доступним!

ООО "Фарма Старт", Україна, 02124, с. Іванів, вул. І. Липса, 3  
Тел.: (+38-044) 404-95-05 • www.pha.com.ua