

Приборкай енергію
ХВИЛІ



ЛЕВІЦИТАМ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМ

- Доведена ефективність при парціальних і генералізованих (у тому числі міоклонічних) типах епілептичних нападів ^{1,2}
- Достовірно зменшує частоту нападів у дорослих та дітей у комплексній терапії рефрактерної епілепсії ³⁻⁵
- Один з найдоступніших за ціною леветирацетамів в Україні ⁶

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЛЕВІЦИТАМ. Діюча речовина: леветирацетам. Лікарська форма: таблетки, округлі білого кольору, по 250 мг або 500 мг. Фармакотерапевтична група: Протиепілептичні засоби. Леветирацетам. Фармакологічні властивості: Леветирацетам входить до внутрішньочерепної ретикуло-спинного мозку через С_{SD2} + каналі Натрію і зв'язується з інтрацеребральними діями, частково наповнює пригнічення ГАМК-1 гліцеринрегульованого току, зумовлене дією каналу GABA_A рецепторів, а також зв'язується зі специфічними діями в певних областях мозку, місцях зв'язування з блок сигнальних каналів 2A, який бере участь у знятті везикул і вивільненні нейротрансмітерів. Показання: Моксикарвон препарат першого вибору при лікуванні парціальних нападів або вторинної генералізації у дорослих і дітей віком від 16 років, у яких вперше діагностовано епілепсію. Як додаткова терапія при лікуванні парціальних нападів або вторинної генералізації у дорослих і дітей віком від 6 років, хворих на епілепсію, міоклонічних судорог у дорослих і дітей віком від 12 років, хворих на диспільну генералізовану епілепсію. Протипоказання: Підвищена чутливість до леветирацету або інших складових препаратів, а також до будь-яких компонентів препарату. Побічні реакції: Сонливість, головний біль, запороженість, нудота, тремор, порушення рівноваги, дисорієнтація, зоровість, агресивність, тривожність, безсоння, анорексія, абсорбційний біль, диарея, диспепсія, нудота, блювотка, анорексія, анорексія (ризик підвищується при одночасному застосуванні з топіраматом), вертиго, нудорагія, кашль, шкіряне висипання, астенія/стоматит тощо. Категорія відпуску: За рецептом. Р, П, МОЗ України. Таблиці: №1/А/11396/01/01, №1/А/11396/01/02, №1/А/11396/01/03, №1/А/11396/01/04, №1/А/11396/01/05, №1/А/11396/01/06, №1/А/11396/01/07, №1/А/11396/01/08, №1/А/11396/01/09, №1/А/11396/01/10, №1/А/11396/01/11, №1/А/11396/01/12, №1/А/11396/01/13, №1/А/11396/01/14, №1/А/11396/01/15, №1/А/11396/01/16, №1/А/11396/01/17, №1/А/11396/01/18, №1/А/11396/01/19, №1/А/11396/01/20, №1/А/11396/01/21, №1/А/11396/01/22, №1/А/11396/01/23, №1/А/11396/01/24, №1/А/11396/01/25, №1/А/11396/01/26, №1/А/11396/01/27, №1/А/11396/01/28, №1/А/11396/01/29, №1/А/11396/01/30, №1/А/11396/01/31, №1/А/11396/01/32, №1/А/11396/01/33, №1/А/11396/01/34, №1/А/11396/01/35, №1/А/11396/01/36, №1/А/11396/01/37, №1/А/11396/01/38, №1/А/11396/01/39, №1/А/11396/01/40, №1/А/11396/01/41, №1/А/11396/01/42, №1/А/11396/01/43, №1/А/11396/01/44, №1/А/11396/01/45, №1/А/11396/01/46, №1/А/11396/01/47, №1/А/11396/01/48, №1/А/11396/01/49, №1/А/11396/01/50, №1/А/11396/01/51, №1/А/11396/01/52, №1/А/11396/01/53, №1/А/11396/01/54, №1/А/11396/01/55, №1/А/11396/01/56, №1/А/11396/01/57, №1/А/11396/01/58, №1/А/11396/01/59, №1/А/11396/01/60, №1/А/11396/01/61, №1/А/11396/01/62, №1/А/11396/01/63, №1/А/11396/01/64, №1/А/11396/01/65, №1/А/11396/01/66, №1/А/11396/01/67, №1/А/11396/01/68, №1/А/11396/01/69, №1/А/11396/01/70, №1/А/11396/01/71, №1/А/11396/01/72, №1/А/11396/01/73, №1/А/11396/01/74, №1/А/11396/01/75, №1/А/11396/01/76, №1/А/11396/01/77, №1/А/11396/01/78, №1/А/11396/01/79, №1/А/11396/01/80, №1/А/11396/01/81, №1/А/11396/01/82, №1/А/11396/01/83, №1/А/11396/01/84, №1/А/11396/01/85, №1/А/11396/01/86, №1/А/11396/01/87, №1/А/11396/01/88, №1/А/11396/01/89, №1/А/11396/01/90, №1/А/11396/01/91, №1/А/11396/01/92, №1/А/11396/01/93, №1/А/11396/01/94, №1/А/11396/01/95, №1/А/11396/01/96, №1/А/11396/01/97, №1/А/11396/01/98, №1/А/11396/01/99, №1/А/11396/01/100. Україна, 03124, м. Київ, Бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Асіно Свїт» - єдиний дистрибутор компанії Асіно Швейцарія. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розповсюдження в спеціалізованих видавництвах для медичних установ та лікарів. Для розповсюдження на сайтах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1. Lyseng-Wilson K.A., Drugs, 2011 Mar 5; 71(4):489-514. 2. Kojovic M. et al. Ther Adv Neurol Disord. 2011 Jan;4(1):47-62. 3. French J., Arigo C. Epilepsia, 2005 Feb;46(2):324-6. 4. Tonekaboni S.H. et al. 2010 Aug; 90(3):273-7. 5. Chen J. et al. The clinical efficacy and safety of levetiracetam add-on therapy for child refractory epilepsy. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016 Jun;20(12):2689-94. 6. Токмак - «Атіна», http://www.atina.ua.



Епілепсія в осіб похилого віку та лікування епілепсії після хірургічних втручань

У квітні 2020 р. ГО «Українська протиепілептична ліга», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» та Благодійний фонд розвитку інновацій медицини «РІМОН» провели вебінари на теми «Лікування епілепсії після хірургічних втручань» та «Епілепсія у людей похилого віку». Представляємо до вашої уваги огляд доповідей, що лунали у межах цих заходів.

Загальні особливості епілепсії у пацієнтів похилого віку



Президент Української протиепілептичної ліги (УПЕЛ), д. мед. н., професор Андрій Євгенійович Дубенко акцентував увагу на передумовах формування епілепсії у літніх пацієнтів. Основну роль відіграє електрогенез головного мозку: ослаблення гальмівного і посилення збуджувального процесів, порушення їхньої рівноваженості, ослаблення коркового тону. Обстеження хворих із першою в житті пароксизмальною подією є стандартним: ЕЕГ, за потреби з відеомониторингом, домашня відеореєстрація, ЕКГ, МРТ мозку.

У клінічній картині літніх пацієнтів переважають фокальні напади з/без порушення свідомості, які часто переходять у білатеральні тоніко-клонічні. Характерні автоматизми та унілатеральні напади з розвитком паралічу Тодда в постіктальному періоді. Напади без втрати свідомості та її порушення <1 хв є специфічною клінічною особливістю. Постіктальний період більш тривалий і виразний, характерними є: фокальний моторний дефіцит у вигляді паралічу Тодда, сплутаність свідомості, стан психомоторного збудження, транзитний амнестичний синдром у вигляді дезорієнтації з ретро- і антероградною амнезією.

Показання до призначення протиепілептичних препаратів (ПЕП) при епілепсії в осіб похилого віку за підтвердженого епілептичного характеру нападів та протипоказання представлені в таблиці 1.

Терапія епілепсії у пацієнтів похилого віку передбачає врахування таких особливостей, як: усунення провокувальних чинників (депривація сну, приймання алкоголю, виключення специфічного стимулу при рефлексній епілепсії); можливість призначення ≤2 разів на добу, щоб уникнути нерегулярності застосування; рекомендоване приймання ретардних форм препаратів 1-2 рази на добу.

А.Є. Дубенко представив «ліній» препаратів вибору залежно від типів епілептичних випадків:

1. Білатеральні, генералізовані тоніко-клонічні (тонічні, клонічні):
 - вальпроат, ламотриджин, леветирацетам;
 - карбамазепін, окскарбазепін, фенобарбітал, топірамат;
 - прегабалін, клоназепам, фенітоїн.
2. Фокальні з/без порушення свідомості, парціальні прості та складні, а також фокальні з переходом у білатеральні тоніко-клонічні та вторинно генералізовані:
 - вальпроат, ламотриджин, карбамазепін, топірамат, окскарбазепін, леветирацетам;
 - фенітоїн, прегабалін, габапентин;
 - фенобарбітал, клоназепам.
3. Недиференційовані:
 - вальпроат, топірамат, леветирацетам;
 - ламотриджин;
 - клоназепам, фенобарбітал.

Важливо відзначити, що застосування у даній категорії пацієнтів карбамазепіну як препарату першої лінії терапії вкрай небажане. За словами доповідача, з урахуванням ефективності та переносимості оптимальними лікарськими засобами у хворих похилого віку з епілепсією можна вважати ламотриджин та леветирацетам.

У зв'язку з тим, що в осіб похилого віку метаболізм низки ПЕП може відрізнятися від такого в молодих пацієнтів, за аналогічних доз ПЕП спостерігається інша концентрація у крові. Це зумовлює необхідність ретельнішого титрування та контролю плазмоконтрації навіть на початкових стадіях лікування літніх пацієнтів. Насамкінець А.Є. Дубенко наголосив,

що терапевтичний діапазон слід розглядати як орієнтир, а концентрацію препарату в плазмі оцінювати в контексті клінічних симптомів і перебігу захворювання.

Симптоматична епілепсія при судинних та нейродегенеративних захворюваннях



Тетяна Анатоліївна Літовченко, д. мед. н., професорка (Харківська медична академія післядипломної освіти), розглянула проблему взаємозв'язку виникнення епілепсії та інших патологій в осіб похилого віку. Епілепсія може розвинути в момент після інсульту, а також буває раннім клінічним проявом хронічних цереброваскулярних захворювань: за клінічним перебігом більшість є вогнищевими (36%) або вогнищевими з подальшою генералізацією (28%); половина з них – моторні.

Патофізіологія постінсультної епілепсії, ймовірно, полягає у структурних та функціональних змінах у нейронних мережах зі стійкою схильністю до синхронізованої гіпербудливості й судом. До факторів високого ризику відносять: субарахноїдальний кроволив, великий за обсягом кроволив у півкулі, кардіомболічний інфаркт, порушення свідомості в гострій стадії, повторний інсульт, лівобічний кортикальний інфаркт, вік >84 роки, ураження середньої/передньої мозкової артерії із залученням кори, застосування тромболітиків. Додатковими чинниками розвитку постінсультної епілепсії є ураження «малих» судин та мікроеваскулярні захворювання, тромбоз церебральних вен і синусів чи мальформації судин, куріння, вживання алкоголю, гіперглікемія, ниркова недостатність, інфекції, супутня фармакотерапія тощо.

Т.А. Літовченко акцентувала увагу на специфічних нюансах терапії «судинної» епілепсії:

1. ПЕП однозначно призначають при розвитку одного пізнього нападу після інсульту. Поодинокий вогнищевий «ранній» епілептичний напад не є обов'язковим для лікування.
2. ПЕП, що індукують цитохром Р450, підвищують рівень ліpidів у сироватці, впливають на інші атерогенні маркери, тому можуть збільшувати ризик розвитку судинних явищ.
3. Слід враховувати, що деякі ПЕП спричиняють низку негативних ефектів:
 - підсилюють прояви деменції, ризик остеопорозу, дефіцит фолієвої кислоти;
 - барбітурати потенціюють апное, збільшують ризик падіння;
 - карбамазепін, окскарбазепін підсилюють кардіальну дисфункцію;
 - дифенін і барбітурати підвищують ризик гіпотензії.

За словами доповідачки, пацієнти з деменцією (за хвороби Альцгеймера та інших нейродегенеративних патологій) характеризуються у 5-10 разів вищим ризиком появи епілепсії порівняно з аналогічною віковою популяцією без деменції. Є кілька причин, які можуть бути пов'язані з розвитком епілепсії при деменції: накопичення β-амілоїду, втрата гальмівних нейронів і гліоз, біохімічні зміни, застосування препаратів проти деменції. Що стосується терапії, на основі аналізу низки досліджень оптимальними ліками для терапії епілепсії у пацієнтів похилого віку можуть бути ламотриджин і леветирацетам. Фармакокінетику основних ПЕП у літніх хворих представлено в таблиці 2.

Підсумовуючи доповідь, Т.А. Літовченко виділила основні принципи лікування епілепсії в осіб похилого віку:

1. При першому вогнищевому «ранньому» епілептичному нападі лікування не є обов'язковим (за виключенням геморагічних інсультів з ураженням кори, при яких можливе короточасне лікування тривалістю не менш ніж шість місяців). Деякі ПЕП знижують ризик ранніх нападів, але не впливають на ймовірність розвитку епілепсії надалі.
2. «Пізні» судоми після цереброваскулярної події, особливо повторні, є показанням до лікування ПЕП: ризик повторення – 71,5%.
3. Перший епілептичний напад на тлі хвороби Альцгеймера та інших первинних нейродегенеративних є показанням до початку лікування, що не тільки значно поліпшує прогноз епілепсії але й уповільнює прогресування когнітивної дисфункції.
4. Слід враховувати підвищену чутливість пацієнтів віком від 65 років до побічних ефектів ПЕП та вплив супутніх захворювань. Необхідно також брати до уваги взаємодію з іншими препаратами.
5. Можливе лікування ПЕП у «низьких» дозах (1/2, 1/3 від стандартних) із повільним збільшенням дозування та ретельним титруванням. Потрібне визначення концентрації ПЕП у плазмі крові.
6. Рекомендоване застосування ПЕП, які не пригнічують когнітивні функції, не впливають на метаболізм ліpidів, масу тіла, не викликають аритмій, мінімально взаємодіють з іншими ліками.

Табл. 1. Показання та протипоказання до призначення ПЕП

Показання	Протипоказання
<ul style="list-style-type: none"> • Повторювані (≥2) напади без попередньої провокації • Дебют з епілептичного статусу • Чіткі повторювані епілептиформні зміни на ЕЕГ • Симптоматична епілепсія з парціальними нападами на тлі структурних змін ЦНС (артеріовенозна мальформація, інфаркт мозку, тяжка ЧМТ в анамнезі, пухлина головного мозку) • Епілепсія в сімейному анамнезі 	<ul style="list-style-type: none"> • Рефлексні напади в ситуації, коли такого стимулу можна уникнути • Напади, причиною яких є вживання алкоголю чи психоактивних речовин (або скасування) • Лікарсько-індуковані напади • Гострі симптоматичні напади (посттравматичні, постінсультні або пов'язані з іншим гострим станом) • Поодинокий напад або серія протягом доби, які прирівнюються до поодинокого • Украй рідкісні повторювані напади (олігоепілепсія) без тяжкого постіктального періоду

Табл. 2. Фармакокінетика основних ПЕП у пацієнтів літнього віку

ПЕП	Зв'язування з білками	Елімінація	Взаємодії
Ламотриджин	55%	Печінкова – кон'югація з глюкуроною кислотою	Під впливом таких індукторів ферментів, як карбамазепін і фенітоїн у 2-3 рази знижується рівень ламотриджину, деяких гормональних препаратів тощо. Рівень ламотриджину підвищується при прийманні вальпроатів
Леветирacetам	<10%	Ниркова	Хороша водорозчинність, є форма для внутрішньовенного введення. Немає лікарських взаємодій
Карбамазепін	75-85%	Печінкова: CYP 3A4/5	Ступінь зв'язування із протеїном знижується з віком. Рівень у плазмі зростає при прийманні еритроміцину і грейпфрутового соку. Знижує рівень блокувальних кальцієвих каналів (дилтіазем, верапаміл), ТЦА, ефекти варфарину
Оскарбазепін	40%	Печінкова	Можлива гіпонатріємія
Фенобарбітал	50%	Печінкова, ниркова	Індукує метаболізм багатьох препаратів
Фенітоїн	80-93%	Печінкова: CYP 2C9, CYP 2C19	Зв'язування з білками зменшується при зниженні рівня сироваткового альбуміну і ниркової недостатності. Зменшує рівень блокувальних кальцієвих каналів (дилтіазем, верапаміл), ТЦА. Складна взаємодія з варфарином. Взаємодія з препаратами для лікування цукрового діабету та артриту. Знижує ефективність хіміотерапії за онкопатології
Вальпроєва кислота	87-95%	Печінкова – множинний механізм	Зв'язування з білком знижується. Пригнічує глюкуронацію і може підвищувати рівень ламотриджину та інших ПЕП. Знижує функцію тромбоцитів
Топірамат	9-17%	Печінкова та ниркова	Інгібує CYP 2C19 і підвищує сироваткові рівні фенітоїну та інших препаратів. Індукує CYP-3A4 ізоензими
Зонізамід	40%	Печінкова: CYP 3A4	Можлива втрата маси тіла та нефролітиаз

7. Препаратами вибору для літніх пацієнтів, особливо з когнітивними порушеннями, мають бути леветирacetам (Левітам, «Асіно») і ламотриджин (Ламотрин, «Асіно»), за можливості у монотерапії.

Симптоматична епілепсія, спричинена черепно-мозковими травмами, оперативними втручаннями, пухлинами

Секція вебінару щодо лікування епілепсії після хірургічних втручань була представлена доповідями Т.А. Літовченко, А.Є. Дубенка та К.Р. Костюка. Актуальність розвитку симптоматичної епілепсії після черепно-мозкової травми (ЧМТ), за словами Т.А. Літовченко, зумовлена тим, що її ризик коливається від 2 до 57%. Вона залежить від: тяжкості ураження, тривалості втрати свідомості, пошкодження мозкових оболонок, крововиливу, контузії / забиття мозку, наявності металевих та кісткових уламків у рані, пошкодження передньої центральної звивини, інфікування рани / формування абсцесу, відкладення гемосидерину навколо осередків гліозу, генетичних факторів.

Лікування та запобігання епілептичним нападам при ЧМТ, на думку доповідачки, передбачає наступні кроки.

1. Хірургічні втручання, спрямовані на мінімізацію вторинного ушкодження мозкової тканини, запобігання інфікуванню, набряку мозку, геморагіям та реактивному гліозу.
2. Призначення ПЕП усім хворим, як із ранніми, так і з пізніми нападами (навіть поодинокими) із превентивною метою для поліпшення прогнозу в плані розвитку ранніх епілептичнихпадів (протягом семи днів).
3. Усім особам із тяжкою відкритою ЧМТ рекомендовано лоразепам, діазепам, фенітоїн для профілактики ранніхпадів.
4. При генералізованих нападах препарати першої лінії – вальпроєва кислота, ламотриджин, при комплексних парціальних – вальпроати, карбамазепін, фенітоїн.
5. Превентивне лікування для пізніхпадів не визначене.
6. Профілактичне приймання ПЕП у хворих із ЧМТ, в яких не булопадів у гострому періоді, неефективне, та його доцільність не підтверджено з позицій доказової медицини.
7. Скасування ПЕП слід проводити індивідуально; якщо нападів немає, воно можливе вже через 3-6 місяців.

Ризик епілептичнихпадів після оперативного втручання асоційований із видаленням абсцесу, інтракраніальної гематоми, аневризми, супратенторіальним втручанням, стереотаксичними операціями, вентрикуліям дренуванням. Керуючись світовим підходом та власним досвідом, спікерка зазначила, що гострі післяопераційні напади внаслідок перенесеного втручання фактично є провокованими та не мають значного впливу на розвитокпадів у майбутньому. Також відсутня єдина думка щодо призначення ПЕП після резекції пухлин, незалежно від наявностіпадів: на думку експертів Американської академії неврології (AAN), ефективність ПЕП дорівнює такій плацебо. Інші автори вважають за необхідне призначати ПЕП протягом 2-3 місяців після супратенторіальних втручань. Профілактичне застосування ПЕП може бути ефективним при ранніх нападах та неефективним щодо пізніх.

Останнім варіантом симптоматичної епілепсії, яку розглянула доповідачка, була епілепсія, пов'язана з новоутвореннями головного мозку. Патогенез розвиткупадів зумовлений безліччю факторів, серед яких гістологічний варіант пухлини, цілісність гематоенцефалічного бар'єру, зміна концентрації іонів, гіпоксія, надлишок глутамату, зменшення концентрації γ -аміномасляної кислоти.

На додаток, Т.А. Літовченко перелічила доступні можливості зменшення ризику та/або позбавленняпадів. Так, коротша тривалість епілепсії (<1 року) та максимально успішне оперативне лікування пухлини є запорукою досягнення свободи відпадів та необхідності приймати ПЕП. Профілактичне застосування ПЕП за відсутності судом не рекомендоване. ПЕП призначають після першого нападу, пов'язаного з пухлиною (але не карбамазепін та фенітоїн через ризик взаємодії з хіміопрепаратами). Вальпроєва кислота забезпечує ефективний контрольпадів та навіть поліпшує виживаність пацієнтів із гліобластою,

однак необхідний контроль кількості тромбоцитів. Леветирacetам – сучасний антиконвульсант, який пригнічує спалахи епілептиформної активності, не впливаючи на нормальну нейрональну збудливість та має сприятливий фармакокінетичний профіль (відсутність печінкового метаболізму та міжлікарської взаємодії).

Симптоматична епілепсія після оперативного втручання через фармакорезистентність

Фармакорезистентна епілепсія, за визначенням Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE), має місце у разі неефективності терапії двома зважено обраними і використовуваними в адекватній комбінації та дозуванні лікарськими засобами. Натомість, успішним лікуванням вважається за умов припиненняпадів упродовж одного року.

Консультація нейрохірурга обов'язкова за наявності фармакорезистентної епілепсії і таких умов: постійне вогнище епілептиформної активності за даними ЕЕГ-досліджень (навіть рутинної ЕЕГ) у хворих із парціальними (фокальними) нападами; склероз гіпокампа; збіг локалізації стабільного морфологічного осередкового ураження мозку і вогнищевої епілептиформної активності за даними ЕЕГ-досліджень; мономорфність рефрактерних комплексних парціальнихпадів; прогресивне погіршення перебігу фокальної епілепсії.

Логічним є питання щодо зміни тактики призначення ПЕП за умов проведення операції. За словами спікера, на сьогоднішній день база для обґрунтування раціональних рекомендацій щодо тактики постхірургічного медикаментозного лікування є недостатньою. Тому він поділився власним поглядом на оптимальну стратегію:

1. Оцінювати ремісію внаслідок оперативного втручання можна тільки через рік, успішність хірургічного лікування – раніше.
2. Хірургічне втручання у таких хворих має на меті подолання фармакорезистентності, що складає передумову для подальшого призначення антиконвульсанту.
3. Протягом першого року змінювати схему терапії ПЕП недоцільно при контроліпадів (за винятком приймання ≥ 3 ПЕП та наявності побічних дій ПЕП, які погіршують якість життя хворого).
4. При появі епілептичнихпадів одразу після оперативного втручання не слід змінювати схему лікування.
5. Якщо у пацієнта трапляються напади (навіть у разі значущого порідшення) чи аури, доцільно переглянути схему лікування для досягнення повного контролюпадів.
6. Через рік повного контролюпадів тактика має бути такою ж, як у пацієнтів зі стійкою ремісією, але у разі політерапії можна переглянути зниження дозування одного з ПЕП та його вірогідне скасування раніше, ніж у хворого без операції в анамнезі.
7. Тактику зниження дозування ПЕП викладено відповідно до світових рекомендацій (МОЗ, 2014; NICE, 2020):
 - перед прийняттям рішення про можливе скасування ПЕП слід обстежити хворого з обов'язковим проведенням довготривалого ЕЕГ-дослідження та повторенням МРТ;
 - збіг морфологічного та епілептогенного вогнища ставить під сумнів можливість та доцільність скасування ПЕП у пацієнта;
 - тривалість ремісії повинна становити ≥ 2 роки, але приймати рішення щодо зниження дозування ПЕП для подальшого скасування доцільно через 3-5 років контролюпадів і лише за відсутності інших симптомів епілепсії;
 - зменшення дози та скасування ПЕП слід проводити під контролем ЕЕГ-дослідження; у разі погіршення показників необхідно призупинити скасування;
 - при відновленніпадів після скасування ПЕП варто поновити лікування – призначити препарат у тих самих дозах, які пацієнт приймав до відміни; але слід бути готовими до того, що може знадобитися корекція схеми терапії ПЕП.

Підготували А.Є. Дубенко, Т.А. Літовченко, М. Марчук

UA-LEVI-PUB-062020-042



Швейцарські стандарти якості



Нова форма випуску

ЛАМОТРИН[®] 25, 50, 100 мг

Таблетки дисперговані

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЛАМОТРИН 25, 50, 100 мг. Діюча речовина: Ламотриджин. 1 таблетка диспергована містить 25 мг, 50 мг або 100 мг ламотриджину. Лікарська форма: Таблетки дисперговані. Фармакотерапевтична група: Протиепілептичні засоби, Код АТХ N03A X09. Фармакологічні властивості: Ламотриджин – це протисудомний препарат, механізм дії якого пов'язаний із блокуванням потенціалозалежних натрієвих каналів пресинаптичних мембран нейронів у фазі повільної активації та з пригніченням надлишкового вивільнення глутамату (амінокислота, яка відіграє значну роль у розвитку епілептичного нападу). Показання: Епілепсія. Дорослі та діти віком від 12 років: монотерапія та додаткова терапія епілепсії, зокрема парціальних і генералізованихпадів, включаючи тоніко-клонічні напади, а також напади, пов'язані із синдромом Леннокса – Гасто. Діти віком від 2 до 12 років: додаткова терапія епілепсії, зокрема парціальних і генералізованихпадів, включаючи тоніко-клонічні напади, а також напади, пов'язані із синдромом Леннокса – Гасто. Після досягнення контролюпадів прийом допоміжних препаратів можна припинити і продовжити монотерапію ламотриджиним. Монотерапія типових малих епілептичнихпадів. Біполарні розлади у дорослих (віком від 18 років). Для запобігання випадкам емоційних порушень, переважно для запобігання депресивним епізодам, у хворих на біполарні розлади. Протипоказання: Ламотриджин протипоказаний пацієнтам з відомою гіперчутливістю до ламотриджину або будь-якого іншого компонента препарату. Побічні реакції: Шкірні висипання, агресивність, дратівливість, головний біль, сонливість, безсоння, запаморочення, тремор, сонливість, атаксія, головний біль, нистатим, диплопія, завіса перед очима, нудота, блювання та діарея, стомленість, артралгія, біль, біль у спині (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). Категорія відпуску: За рецептом. Р. П. МОЗ України: №UA/14222/01/01, № UA/14222/01/02, № UA/14222/01/03. Наказ МОЗ України № 105 від 03.03.2015. Виробник: Таквіс екс/Actavis ehf, Снейсфар С.А./Specifar S.A. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

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