

Зипрекса®

МНН: оланзапин

Фармакологическая группа: Нейролептики

Оланзапин - антипсихотический препарат (атипичный антипсихотик), структурно и по действию схожий с клозапином. Применяется для лечения шизофрении и биполярного расстройства. Также производится в комбинации с флуоксетином под названием Симбиакс для лечения биполярных депрессивных эпизодов и резистентной депрессии.

Фармакология

Устраняет продуктивную симптоматику психозов (бред, галлюцинации, расстройства мышления, враждебность, подозрительность), сглаживает негативные симптомы (эмоциональный и социальный аутизм, интравертность, бедность речи). Притупляет остроту эмоциональных переживаний, ослабляет агрессивность и импульсивность поведенческих реакций, формирует толерантность к окружающей действительности и снижает инициативу. Купирует возбуждение и корригирует поведенческие и мыслительные нарушения у больных с расстройствами психики. Понижает условный защитный рефлекс (тест, характеризующий антипсихотическую активность) в дозах более низких, чем дозы, вызывающие катаlepsию. Эффективен, особенно в дозах 20–60 мг/сут, в рефрактерных к терапии типичными нейролептиками случаях шизофрении: эффект постепенно развивается к концу 2 мес лечения и далее быстро нарастает, достигая максимума к концу 4 мес терапии. Имеются данные об эффективности при депрессивно-бредовом синдроме. Вызывает гиперпролактинемия (при длительном приеме), экстрапирамидные нарушения (редко, в основном при использовании высоких доз), увеличение массы тела (450 г/нед и более), которое может сохраняться после прекращения лечения.

Применение

Шизофрения и другие психотические расстройства с выраженной продуктивной и негативной симптоматикой, аффективными расстройствами (лечение обострений, поддерживающая и длительная противорецидивная терапия), острые маниакальные или смешанные приступы при биполярном аффективном расстройстве с/без психотических проявлений, с/без быстрой смены фаз.

Особые указания

В начале лечения, особенно при подборе дозировки, необходимо наблюдение: возможны экстрапирамидные побочные эффекты, ортостатическая гипотония и рефлекторная тахикардия, сонливость, увеличение веса, гипергликемия и гиперлиппротеинемия. Риск ортостатической гипотонии повышается при сочетанном приеме оланзапина с бензодиазепинами. Сонливость в начале лечения развивается часто, поэтому препарат лучше принимать на ночь.

По причине возможности развития агранулоцитоза желателно проводить еженедельный контроль крови в течение первых 18 недель терапии у пациентов, принимающих оланзапин, а в дальнейшем - ежемесячный.

С осторожностью следует назначать препарат пациентам с пониженным количеством лейкоцитов и/или нейтрофилов, обусловленным различными причинами; с признаками угнетения/токсического нарушения функции костного мозга под воздействием лекарственных средств в анамнезе; с угнетением функции костного мозга, обусловленным сопутствующим заболеванием, радиотерапией или химиотерапией в анамнезе; с гиперэозинофилией или миелопролиферативным заболеванием. В клинических исследованиях применение оланзапина у больных с клозапинзависимой нейтропенией или агранулоцитозом в анамнезе не сопровождалось рецидивами указанных расстройств.

При первичном назначении оланзапина необходимо оценивать вероятность набора веса пациентом, учитывая его индекс массы тела, анамнез, общее клиническое ощущение склонности к полноте — пастозность, рыхлость. Наблюдая пациента, принимающего оланзапин, важно учитывать основной принцип контроля набора веса: семипроцентное от исходного увеличение массы тела является абсолютным противопоказанием к дальнейшему применению препарата.

Для профилактики ожирения и его осложнений (в частности, сахарного диабета) необходимо:

- Контролировать перед началом приёма нейролептиков и в процессе их приёма веса тела и индекса массы тела, уровня глюкозы натощак (или гемоглобина A1c) и уровней липидов в плазме крови. Уровень глюкозы натощак не должен превышать 126 mg/dl, гемоглобина A1c - не превышать 6,1 %. Для выявления гипергликемии желателно также измерять не только уровень глюкозы натощак, но и уровень через 2 часа после приёма глюкозы. У пациентов с факторами риска (семейный анамнез, избыточный вес) мониторинг уровня глюкозы следует проводить каждые 2—4 месяца. У всех пациентов рекомендуется также измерять артериальное давление перед началом терапии и в процессе терапии.
- Дозу антипсихотика наращивать медленно, что позволяет частично предотвратить увеличение массы тела. Особенно важны при этом первые недели нейролептической терапии, так как предупредить рост массы тела значительно легче, чем снижать её в дальнейшем.
- Относиться внимательно к образу жизни и режиму питания пациента. Необходимо, чтобы питание было по возможности менее калорийным, а образ жизни посылно более активным. При этом диета и физические нагрузки требуют тщательного дозирования. Рекомендуется уменьшение потребления насыщенных жиров и холестерина, увеличенное потребление волокнистой пищи. Также рекомендуется отказ от курения.
- Если замечена существенная прибавка веса — направлять пациента к диетологу и специалисту по лечебной физкультуре.
- При приёме высоких доз нейролептика — осторожный подход к его сочетанию с другими диабетогенными препаратами (бета-адреноблокаторы, глюкокортикоиды, ингибиторы протеаз, тиазидные диуретики).

Для предупреждения развития опасных для жизни состояний, связанных с диабетом (ацидоз и кома), необходимо заблаговременно распознавать и начинать лечение развивающегося диабета. Психиатры при терапии оланзапином должны проявлять настороженность в отношении таких симптомов диабета, как потеря массы тела, сонливость, жажда, полиурия, при необходимости обеспечивать своему пациенту консультацию эндокринолога.

При применении оланзапина возможно развитие злокачественного нейролептического синдрома — потенциально смертельного симптомокомплекса, клинические проявления которого включают значительное повышение температуры тела, ригидность мускулатуры, изменение психического статуса и вегетативные нарушения (нестабильный пульс или артериальное давление, тахикардия, сердечная аритмия, повышенное потоотделение).

В сравнительных исследованиях продолжительностью свыше 6 недель лечение оланзапином достоверно реже сопровождалось развитием поздней дискинезии (необратимого неврологического побочного эффекта), чем применение галоперидола. Однако следует всё же учитывать риск этого побочного действия при длительной терапии нейролептиками.

С особой осторожностью следует применять препарат при увеличении активности АСТ и АЛТ у больных с недостаточностью функции печени, ограниченным функциональным резервом печени или у пациентов, получающих лечение потенциально гепатотоксическими препаратами. В случае увеличения активности АСТ и/или АЛТ во время лечения оланзапином требуется тщательное наблюдение за пациентом и, при необходимости, снижение дозы.

Оланзапин следует применять с осторожностью у больных с эпилептическими припадками в анамнезе или подверженных воздействию факторов, снижающих порог судорожной готовности. У таких пациентов при лечении оланзапином судорожные припадки наблюдались редко.

В условиях *in vitro* оланзапин проявляет антагонизм в отношении дофамина и, как и другие нейролептики, подавляет действие леводопы и агонистов дофамина. Учитывая характер действия оланзапина на ЦНС, следует с осторожностью применять его в комбинации с другими лекарственными препаратами центрального действия и этанолом.

Внимание!

Описание препарата является упрощённой и дополненной версией официальной инструкции по применению. Перед приобретением или использованием препарата вы должны проконсультироваться с врачом и ознакомиться с утверждённой производителем аннотацией. Информация о препарате предоставлена исключительно с ознакомительной целью и не должна быть использована как руководство к самолечению. Только врач может принять решение о назначении препарата, а также определить дозы и способы его применения.