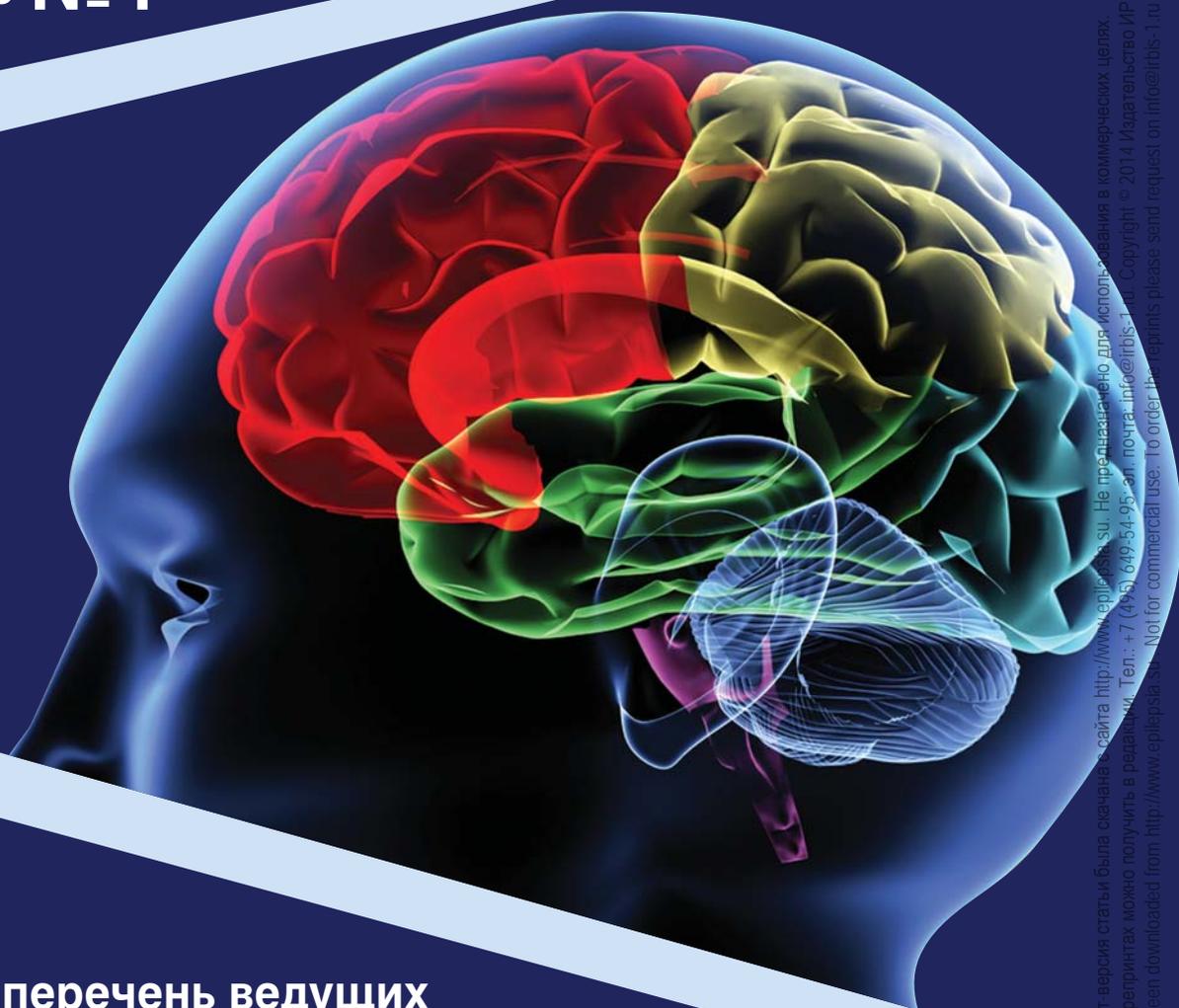


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАН
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2014 Том 6 №4



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

Импакт-фактор РИНЦ – 0,506

ЛЕВЕТИНОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ (Опыт эпилептологических кабинетов амбулаторной сети г. Москвы)

Авакян Г.Г.¹, Богомазова М.А.², Журавлева И.И.³, Исмаилов А.М.⁴, Комелькова Е.Г.⁵, Лесинкер Л.Н.⁶, Логвинов Ю.И.⁷, Отчешская О.В.⁸, Петров С.В., Рублева Ю.В.¹, Соломатин Ю.В.⁹, Теплышева А.М.⁶, Удовиченко Т.Н., Хромых Е.А.⁸, Шихкеримов Р.К.¹⁰, Шомахова М.М.

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 220 Департамента здравоохранения Москвы»

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 107 Департамента здравоохранения Москвы»

³ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 180 Департамента здравоохранения Москвы»

⁴ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 218 Департамента здравоохранения Москвы»

⁵ Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

⁶ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 62 Департамента здравоохранения Москвы»

⁷ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы

⁸ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 19 Департамента здравоохранения Москвы»

⁹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Диагностический клинический центр № 1 Департамента здравоохранения Москвы»

¹⁰ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 166 Департамента здравоохранения Москвы»

Резюме: назначение Леветинола в режиме комплексной дополнительной терапии у 30 пациентов с фокальными симптоматическими и криптогенными формами эпилепсии с плохо контролируемые приступами, получающих базисные ПЭП, сопровождалось достижением более высокого терапевтического эффекта. Ремиссия при средней эффективной дозе препарата в 1437,5 мг/сут. наблюдалась у шести, урежение приступов на 75% – у восьми пациентов. Леветинол достоверно влиял на показатели тревоги и депрессии в сторону снижения проявления аффективных расстройств.

Ключевые слова: фокальная симптоматическая форма эпилепсии, фокальная криптогенная форма эпилепсии, леветирацетам, Леветинол.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении эпилепсии в последние годы, не менее чем у 30% пациентов не удается добиться полного прекращения приступов на фоне противоэпилептической терапии [11]. Согласно решению Комиссии Международной лиги по борьбе с эпилепсией: «В качестве «фармакорезистентной» условно принимается форма эпилепсии, при которой неэффективны препараты первого ряда (карбамазепин, вальпроаты) в максимально переносимых дозах при монотерапии или дуотерапии либо комбинации одного из них с противосудорожным препаратом нового поколения» [8]. Возможными причинами фармакорезистентности эпилепсии являются: неправильно установленный диагноз эпилепсии [2,7,10] (у 20% пациентов, поступивших в центры по лечению эпилепсии с труднокурабельными эпилептическими приступами, в дальнейшем были диагностированы

«псевдозипилептические» приступы); неправильный выбор противозипилептических препаратов (ПЭП) в зависимости от зипилептического синдрома; неправильное выполнение назначений врача (пациент не принимает назначенный препарат); тяжелое прогрессирующее заболевание мозга в основе зипилепсии; сочетание зипилепсии с наркоманией или алкогольной зависимостью и др. [1].

В последние два десятилетия появилось новое поколение ПЭП. В результате врачам, лечащим зипилепсию, в настоящее время предоставлен выбор более чем из 20 ПЭП. Большой выбор противозипилептических препаратов обусловлен: инвестициями в поиске и синтезе новых молекул, обладающих противосудорожной активностью и новыми дополнительными возможностями воздействия на патогенетические звенья – «мишени» – для купирования фармакорезистентных форм зипилепсий; истечением срока действия патентов оригинальных препаратов, программой льготного лекарственного обеспечения и многим другим. Столь обширный фармакологический арсенал имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Значимым преимуществом является возможность выбора ПЭП исходя из индивидуальных потребностей пациента. Неудобством является значительный объем знаний, необходимый врачу для оптимального использования этих препаратов. Существует риск назначения ПЭП по несоответствующим показаниям или выбор неверного режима дозирования, что может привести к тяжким последствиям [4].

К сожалению, на сегодняшний день не приносит должного результата лечение зипилепсии, несмотря на имеющиеся возможности: при том что до 85% пациентов в России получают противозипилептическую терапию, по статистике, приступы отсутствуют только у 14,93% пациентов. Менее 5% пациентов получали новые ПЭП и во многих случаях препараты назначались в дозах, ниже терапевтических [3]. При этом частота

Показатель	Число пациентов
Общее число пациентов	30
Число мужчин	15
Число женщин	15
Число пациентов с СФЭ	20
Число пациентов с КФЭ	10
Число пациентов, принимающих ВПА	15
Число пациентов, принимающих ТПМ	5
Число пациентов, принимающих КБЗ	8
Число пациентов, принимающих КБЗ и ВПА	1
Число пациентов, принимающих КБЗ и ТПМ	1

Таблица 1. Основные показатели пациентов на момент включения в наблюдение.

Примечание. СФЭ – симптоматическая фокальная зипилепсия, КФЭ – криптогенная фокальная зипилепсия, ВПА – вальпроовая кислота, ТПМ – топирамат, КБЗ – карбамазетин.

ремиссии при правильно подобранной терапии должны составлять 60-90%. Важная роль в столь неутошительной статистике отводится социально-экономическим вопросам, что влияет на адекватный выбор противозипилептического препарата [5,6]. На сегодняшний день стоимость лечения больного с зипилепсией, в особенности стоимость противозипилептического препарата, является одной из важных составляющих при определении тактики лечения.

Одним из современных противозипилептических препаратов (ПЭП), назначаемых при лечении различных форм зипилепсии, является леветирацетам. Согласно рекомендациям Международной лиги по борьбе с зипилепсией (ILAE) от 2013 г. с позиций доказательной медицины при стартовой монотерапии фокальных (парциальных) приступов у взрослых пациентов, в частности, показан леветирацетам – уровень А доказательности (достоверно эффективен) [9]. В связи с истечением срока патентной защиты у оригинального препарата за последние несколько лет на российском рынке появилось несколько дженерических аналогов данного ПЭП, в т.ч. и Леветинол («Герофарм», Россия), однако сведения о его эффективности и безопасности были разрозненными и недостаточными для того, чтобы врач смог сделать осознанный выбор при назначении данного ПЭП в клинической практике.

Целью настоящей работы явилось клиническое изучение эффективности и переносимости Леветинола в режиме комплексной дополнительной терапии у пациентов с фокальной формой зипилепсии и плохо контролируемые приступами.

Материалы и методы

В зипилептологических кабинетах амбулаторной сети г. Москвы проводилось клиническое наблюдение 30 пациентов с фокальными формами зипилепсии: 15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 19 до 76 лет с наличием приступов, различающихся по типу и этиологии (20 пациентов с симптоматической фокальной зипилепсией, 10 – с криптогенной фокальной зипилепсией) (см. табл. 1). Диагноз зипилепсии установлен в соответствии с Международной классификацией зипилепсии (1989, Нью-Дели, США). Тип зипилептических приступов определялся согласно Международной классификации зипилептических приступов (ILAE, 1981).

Статистический анализ осуществляли с использованием программы Statistica 6 (StatSoft Inc, США). Для определения статистической значимости различий эффективности в группах больных (урегуливание приступов) применялся критерий χ^2 , или точный тест Фишера с $p < 0,05$.

Критерии включения пациентов:

- возраст 19-76 лет;
- верифицированный диагноз зипилепсии или зипилептического синдрома в соответствии с классификацией зипилепсий и зипилептических синдромов (ILAE, 1989);

Клиническое наблюдение

- терапия вальпроатами, топираматом, карбамазепином с сохранением числа приступов 4-8 в мес.;
- информированное согласие пациента за несколько дней до визита 1 или в день визита 1.

Критерии исключения пациентов:

- беременность;
- период лактации;
- женщины репродуктивного возраста, не применяющие оральные и барьерные контрацептивы;
- хронический алкоголизм или токсикомания в течение последних двух лет;
- АД диастолическое менее 60 мм рт. ст. или более 105 мм рт. ст.
- ЧСС менее 45 уд./мин. или более 110 уд./мин.;
- клинически и ЭКГ-подтвержденные нарушения сердечного ритма, включающие удлинение интервала QT, определяемые как 450 мс для мужчин и 470 мс – для женщин;

Параметр	Визит 1	Визит 2	Визит 3
Клиническая оценка эффективности предшествующей терапии	X		
Заполнение шкалы HADS	X		X
Оценка общего качества жизни по шкале QOLIE 10	X		X
Инициация терапии Леветинолом	X		
Коррекция дозы Леветинола		X	X
Оценка эффективности терапии Леветинолом		X	X
Оценка побочных реакций		X	X

Таблица 2. Дизайн наблюдения.

- анафилактические реакции в анамнезе;
- заболевания крови в анамнезе;
- неэпилептические или психогенные судороги;
- эпилептический статус за последние 12 мес.

№ пациента	Базовая терапия ПЭП (МНН)	Доза ПЭП (мг/сут.)	Число приступов в месяц	Доза ЛВ (мг/сут.) на 3-м визите	Контроль над приступами на 3-м визите (%)
1	Вальпроевая кислота	1750	8 СФП	1000	50
2		1500	3-4 СФП	1000	100
3		1000	3 СФП и 2 ВГФП	1500	50
4		1500	1 ВГФП	3000	100
5		2000	20 ПФП и 2 ВГФП	2000	100
6		2000	1 ПФП, 4 СФП и 1 ВГФП	2000	75
7		1500	4 СФП и 1 ВГФП	2000	100
8		1500	6 СФП	1500	75
9		1500	6-7 ПФП и 1-2 СФП	500	25
10		2000	8 ПФП и 0-1 ВГФП	1000	25
11		1500	2 СФП и 0-1 ВГФП	2000	100
12		1500	2 СФП и 3 ВГФП	1000	75
13		2000	4 СФП и 1 ПФП	1500	50
14		2500	6 ПФП и 2 ВГФП	1000	25
15		1500	3 ВГФП	1000	25
16	Вальпроевая кислота и карбамазепин	КБЗ 600 мг и ВПА 1500 мг	2 ПФП и 3 СФП	1000	75
17	Топирамат	200	7-8 СФП 1 ВГФП	1500	50
18		200	3 СФП и 1 ВГФП	2000	75
19		350	8 ВГФП	2500	100
20		400	4 СФП и 5 ВГФП	1500	25
21		200	4 СФП	1000	75
22	Топирамат и карбамазепин	ТПМ 100 мг и КБЗ 400 мг	4-8 СФП	1000	75
23	Карбамазепин	800	3 СФП и 1ВГФП	2000	50
24		800	4 ПФП и 3СФП	2000	75
25		400	1СФП и 2 ВГФП	1000	50
26		900	1-2-3 ВГФП	1000	50
27		600	4 ВГФП	1500	25
28		1000	4-5 СФП и 1-2 ВГФП	1000	50
29		2000	4-5 СФП	1000	50
30		1000	1-2 СФП	1000	50

Таблица 3. Показатели эффективности комплексной терапии на фоне назначения Леветинола.

Примечание. ПФП – простые фокальные приступы; СФП – сложные фокальные приступы; ВГФП – вторично-генерализованные фокальные приступы.

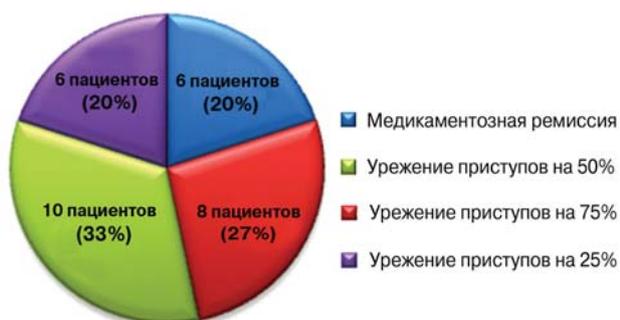


Рисунок 1. Эффективность применения Леветинола в комплексной терапии фокальной эпилепсии.

Дизайн наблюдения отражен в таблице 2.

Наблюдение состояло из трех визитов продолжительностью 1 мес.:

1-й визит – стартовый, включение в наблюдение;

2-й визит – промежуточный, через 2 нед. после назначения Леветинола – включал в себя оценку эффективности и безопасности Леветинола и при недостаточной эффективности проводилось повышение дозы;

3-й визит – окончание наблюдения, через 1 мес. после начала наблюдения. На каждом из визитов проводили клиническую оценку эффективности терапии и регистрировали возможные побочные реакции на основании опросника нежелательных явлений; на 1-м и 3-м визите заполняли шкалу HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии) и оценивали здоровье и общее качество жизни по шкале QOLIE 10 (см. табл. 2). Продолжительность периода наблюдения составила 1 мес.

На 3-м визите, к окончанию наблюдения, распределение эффективности при комплексной терапии Леветинолом было представлено следующими значениями (см. табл. 3). Клиническая оценка эффективности проводилась на основании изменения частоты приступов после добавления к базовой терапии Леветинола.

Полное отсутствие приступов было отмечено у шести пациентов, причем в пяти случаях на фоне базовой терапии вальпроатами и у одного пациента – при сочетании с топираматом. Следует отметить, что за исключением одного пациента, у которого ремиссия наступила уже на 2-м визите, у остальных больных наблюдалось снижение частоты приступов, что в большинстве случаев было связано с коррекцией дозы Леветинола (средняя эффективная доза Ле-

ветинола на момент завершения исследования у данной группы пациентов составила 2083 мг/сут.).

Число пациентов с урежением приступов на 75% составило восемь человек со средней эффективной дозой Леветинола 1437,5 мг/сут. У всех пациентов данной группы уже на 2-м визите было показано снижение дозы базовой терапии. Стоит учесть, что у двух пациентов из восьми Леветинол стал третьим препаратом в комбинированной терапии (сочетания ТПМ и КБЗ; КБЗ и ВПА) при ее недостаточной эффективности. Из оставшихся пациентов данной группы участники наблюдения распределились по базовой терапии следующим образом: два пациента принимали КБЗ, три – ВПА и один пациент – ТПМ.

К окончанию наблюдения среди пациентов с урежением приступов на 50% (10 чел.) преобладали пациенты с базовой терапией КБЗ (6 чел.). Средняя доза Леветинола по всей группе составила 1250 мг/сут. В подавляющем большинстве случаев (у восьми пациентов) снижение приступов на 50% регистрировалась уже на 2-м визите и даже при повышении дозы улучшения состояния не последовало.

У шести пациентов с контролем 25% над приступами на момент окончания исследования средняя доза составила 1083 мг/сут. (см. рис. 1).

Анализ эффективности включал оценку показателей тревоги и депрессии по госпитальной шкале (HADS), а также оценку качества жизни. Данные показатели оценивались дважды – на визите 1 и визите 3 и при получении результатов сопоставлялись с результатами клинической эффективности терапии и наличием/отсутствием нежелательных явлений.

На фоне комплексной терапии фокальной эпилепсии с применением Леветинола к моменту окончания наблюдения средний балл при оценке как тревоги, так и депрессии у пациентов с различным контролем приступов (до лечения 12 баллов и это сопоставимо со средним баллом по оценке депрессии – 11 баллов (клинически выраженная тревога и депрессия)) снизился и составил 7 баллов, что соответствовало варианту субклинического проявления тревоги и депрессии (см. рис. 2).

Средний балл на базовой терапии – до назначения Леветинола; средний балл на 3-м визите – комбинированная терапия базового препарата с Леветинолом.

На фоне снижения количества приступов отмечалось достоверное влияние на показатели тревоги и

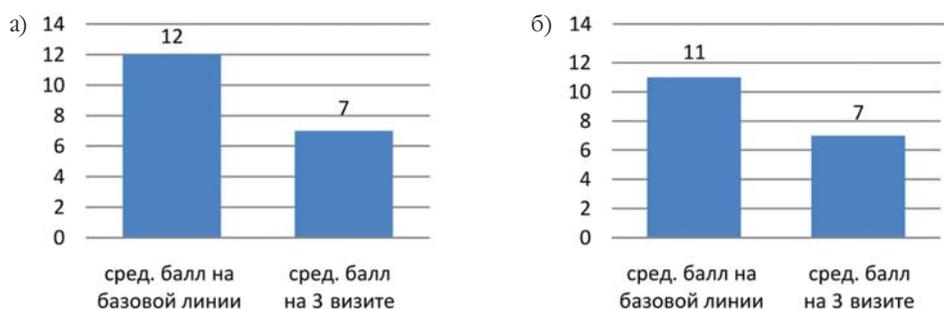


Рисунок 2. Динамика оценки тревоги (а) и депрессии (б) у пациентов по шкале HADS.

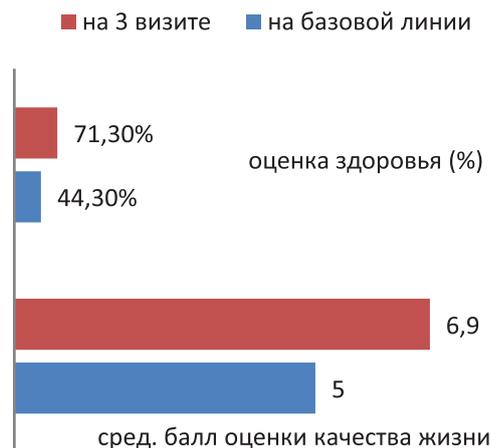


Рисунок 3. Динамика оценки здоровья и качества жизни пациентов.

депрессии в сторону снижения проявления аффективных расстройств.

Среднее значение оценки качества жизни до лечения составило 5 баллов (из 10 возможных), что коррелировало с субъективной оценкой здоровья самими пациентами (44,3 из 100%). При этом анализ изменений по шкале качества жизни пациентов до и после включения в терапию Леветинола проводился с учетом того, что на качество жизни влияет как частота приступов, так и психологический дискомфорт из-за включения нового препарата в политерапию. На момент окончания исследования среднее значение оценки качества жизни составило 6,9 баллов и оценка здоровья – 71,3% соответственно (см. рис. 3). Положительная динамика оценки здоровья коррелировала с урежением числа приступов.

Литература:

1. Авакян Г.Н. Эпидемиология эпилепсии и оптимизация медикаментозной терапии фокальных эпилепсий. Лечение пациентов с неконтролируемой эпилепсией. Мы можем сделать больше? Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2014; 3 (S): 1-3.
2. Бадалян О.Л. Причины неэффективности противозепилептической терапии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2011; 3: 53.
3. Гехт А.Б., Шпрах В.В., Кабаков Р.А., Голованова И.В. Эпилепсия в Восточной Сибири. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; 104 (6): 23-27.
4. Зенков Л.Р. Противосудорожная терапия может утяжелять течение эпилепсии. Неврологический журнал. 2007; 12 (3): 8-13.

References:

1. Avakyan G.N. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*. 2014; 3 (S): 1-3.
2. Badalyan O.L. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*. 2011; 3: 53.
3. Gekht A.B., Shprakh V.V., Kabakov R.A., Golovanova I.V. *Zhurnal nevrologii i psikihiat-*

5. Тельнова Е.А. Государственная система регулирования цен на лекарственные средства. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2010; 1: 12-18.
6. Тельнова Е.А., Румянцев А.С., Романов Ф.А. Актуальность совершенствования государственного регулирования цен в сфере обращения лекарственных средств. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2010; 1: 19-25.
7. Шнайдер Н.А., Пилюгина М.С., Дмитренко Д.В., Шматова Е.Н., Ерыкалова С.А. Частота встречаемости фармакорезистентной эпилепсии в Красноярском Крае (по данным неврологического центра университетской клиники). Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2010; 4: 32-36.

- rii im. S.S. Korsakova*. 2004; 104 (6): 23-27.
4. Zenkov L.R. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2007; 12 (3): 8-13.
5. Tel'nova E.A. *Farmakoeconomika. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya*. 2010; 1: 12-18.
6. Tel'nova E.A., Rumyantsev A.S., Romanov F.A. *Farmakoeconomika. Sovremennaya*

8. Cram L., Dulac O., Frey H. Commission on antiepileptic drugs of the International League Against Epilepsy Guidelines for antiepileptic drug trials in children. 1994.
9. Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B. et al. ILAE Subcommittee on AED Guidelines. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*. 2013 Mar; 54 (3): 551-63.
10. Johannessen S.I., Ben-Menachem E. Management of Focal-Onset Seizures. An Update on Drug Treatment. *Drugs*. 2006; 66 (13): 1701-1725.
11. Kwan P., Brodie M.J. Refractory epilepsy: mechanisms and solutions. *Expert Rev Neurother*. 2006; 6 (3): 397-406.

- farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya*. 2010; 1: 19-25.
7. Shnaider N.A., Pilyugina M.S., Dmitrenko D.V., Shmatova E.N., Erykalova S.A. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*. 2010; 4: 32-36.
8. Cram L., Dulac O., Frey H. Commission on antiepileptic drugs of the International

После включения в политерапию Леветинола отмечалась тенденция к улучшению показателей качества жизни и здоровья пациентов. Ограниченный размер выборки не позволил получить статистически значимые изменения показателя качества жизни после добавления Леветинола.

Оценка безопасности проводилась у всех пациентов, включенных в исследование и получивших хотя бы одну дозу исследуемого препарата. Все зарегистрированные в ходе наблюдения нежелательные явления являлись предвиденными, то есть соответствовали инструкции по применению препарата. Для получения статистически достоверных результатов по оценке безопасности исследуемого препарата необходимо провести более масштабные исследования.

Таким образом, на основании результатов проведенного клинического наблюдения у пациентов с фокальными формами эпилепсии с плохо контролируемыми приступами можно сделать следующие выводы:

1. Все пациенты ответили сокращением приступов на добавление к терапии Леветинола;
2. Полная ремиссия и очень хороший противосудорожный эффект отмечен у 47% пациентов;
3. Леветинол влияет на показатели тревоги и депрессии в сторону снижения проявления аффективных расстройств.

Данное исследование подтверждает целесообразность назначения Леветинола пациентам с фокальными формами эпилепсии с целью достижения качественной ремиссии и улучшения жизни больных эпилепсией.

- League Against Epilepsy Guidelines for antiepileptic drug trials in children. 1994.
9. Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B. et al. ILAE Subcommittee on AED Guidelines. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*. 2013 Mar; 54 (3): 551-63.
10. Johannessen S.I., Ben-Menachem E. Management of Focal-Onset Seizures. An Update on Drug Treatment. *Drugs*. 2006; 66 (13): 1701-1725.
11. Kwan P., Brodie M.J. Refractory epilepsy: mechanisms and solutions. *Expert Rev Neurother*. 2006; 6 (3): 397-406.

LEVETINOL IN COMPLEX TREATMENT OF FOCAL EPILEPSY (Experience of epileptologist in outpatient network, Moscow)

Avakyan G.G.¹, Bogomazova M.A.², Zhuravleva I.I.³, Ismailov A.M.⁴, Komelkova E.G.⁵, Lesinker L.N.⁶, Logvinov Yu.I.⁷, Otcheskaya O.V.⁸, Petrov S.V., Rubleva Yu.V.¹, Solomatina Yu.V.⁹, Teplysheva A.M.⁶, Udovychenko T.N., Chromich E.A.⁸, Shichkerimov R.K.¹⁰, Shomachova M.M.

¹ State Institution of Health "Polyclinic #220 Moscow Health Department"

² State Institution of Health "Polyclinic #107 Moscow Health Department"

³ State Institution of Health "Polyclinic #180 Moscow Health Department"

⁴ State Institution of Health "Polyclinic #218 Moscow Health Department"

⁵ Moscow State University of Medicine and Dentistry

⁶ State Institution of Health "Polyclinic #62 Moscow Health Department"

⁷ State Institution of Health "City Clinical Hospital named after S.P. Botkin" Moscow Health Department

⁸ State Institution of Health "Polyclinic #19 Moscow Health Department"

⁹ State Institution of Health "Polyclinic #1 Moscow Health Department"

¹⁰ State Institution of Health "Polyclinic #166 Moscow Health Department"

Abstract: prescription of Levetinol in regimen of integrated adjunctive therapy in 30 patients with symptomatic and cryptogenic focal forms of epilepsy with poorly controlled seizures, receiving the reference probe of antiepileptic drugs, was accompanied by the attainment of a higher therapeutic effect. Remission with an average effective dose of the drug 1437.5 mg/day was observed in 6, reduction of attacks by 75% – in 8 patients. Levetinol significantly affect the indicators of anxiety and depression in the reduction of symptoms of affective disorders.

Key words: focal symptomatic epilepsy, cryptogenic focal epilepsy, levetiracetam, Levetinol.

Леветинол®

Международное непатентованное название

Леветирацетам

Формы выпуска

Таблетки, покрытые плёночной оболочкой по 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг
по 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку (блистер) из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой по 3 или 6 блистеров вместе с инструкцией по применению в пачку картонную

Показания к применению

- В качестве монотерапии для лечения парциальных судорог с вторичной генерализацией или без нее у пациентов с 16 лет с впервые установленным диагнозом эпилепсия.
- В качестве вспомогательной терапии для лечения:
 - парциальных судорог с вторичной генерализацией или без нее у пациентов с эпилепсией с 6 лет;
 - миоклонических судорог у пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией с 12 лет;
 - первично генерализованных тонико-клонических судорог у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией с 12 лет.

Эффективен при различных формах эпилепсии
у впервые выявленных пациентов на стартовом этапе терапии
у пациентов, которым необходимо изменение терапии

ЭПИЛЕПСИЯ –
НЕ ПОВОД
ОТКЛЮЧАТЬСЯ

Леветинол® 500 мг
Леветирацетам
Противоэпилептическое средство
таблетки покрытые плёночной оболочкой
Для приема внутрь

30 таблеток