

Неврологія

Психіатрія

Психотерапія



№ 4 (63)
2022 р.
12 750 примірників*
Передплатний індекс 37633



Професор

Allan H. Young

Лікування
депресивного
розладу

Читайте на сторінці 12



Доктор медичних наук,
професор

Єлизавета Студіна

Біль у спині –
погляд
ревматолога

Читайте на сторінці 18



Доктор медичних наук,
професор

Олена Хаустова

Тривожно-депресивні
розлади в умовах
дистресу війни
в Україні

Читайте на сторінці 22



Доктор медичних наук,
професор

Лариса Єна

Геріатричні
синдроми
в клінічній практиці

Читайте на сторінці 25

diclofenac sodium[®]
Диклоберл[®]

ДИКЛОФЕНАК
№ 1 В УКРАЇНІ¹



НАЙЧАСТІШЕ ПРИЗНАЧУВАНИЙ І
✓ ПЕРЕВІРЕНИЙ ЧАСОМ «ЗОЛОТИЙ
СТАНДАРТ» ЗНЕБОЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ²⁻⁴
В СЕРЕДНЬОМУ МАКСИМАЛЬНА
✓ КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ЧЕРЕЗ
20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ^{5*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05. **Склад:** Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг диклофенаку натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію); Капсули: 1 капсула тверда пролонгована дії містить диклофенаку натрію 100 мг.

Показання. Диклоберл[®] N75
Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спондиліт артриту, вертебрального болювого синдрому, несуглобового ревматизму; гострих нападів подагри, ниркової та біліарної колики; болю та набряку після травми і операції; тяжких нападів мігрені.

Диклоберл[®] Ретард
Поліпшення болю та зменшення запалення різного ступеня при різних станах, включаючи: патологію суглобів: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, гострі напади подагри, гострі м'язово-скелетні захворювання, такі як періартрит (наприклад, плечо-опіхотковий періартрит), тендіт, тендовагіт, бурсит; інші патологічні стани, спричинені травмами, у тому числі переломи, біль у попереку, розтягнення, вивихи, ортопедичні, стоматологічні та інші незначні оперативні втручання.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням нестероїдними протизапальними засобами (НІЗЗ). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивна виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізодів діяльностиваної виразки або кровотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч, незгортання крові, порушення гемостазу, гемопоетичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV). Шеміяна хвороба: серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл[®] N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів. **Дорослі.** Лікування Диклоберлом[®] N75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл[®] N75 у лікарській формі розчину для ін'єкцій протипоказаний для застосування дітям.

Диклоберл[®] Ретард. Дозу слід підбирати індивідуально, починаючи з мінімальної ефективної дози, та слід застосовувати впродовж найкоротшого терміну. Рекомендована початкова доза диклофенаку для дорослих становить 75-150 мг на добу (1 капсула Диклоберл[®] Ретард 100 мг) залежно від вираженості симптомів захворювання. При тривалій терапії, як правило, достатнім є застосування 1 капсули Диклоберл[®] Ретард 100 мг на добу, якщо симптоми захворювання найбільш виражені впродовж ночі або вранці, Диклоберл[®] Ретард необхідно застосовувати ввечері. Додаткова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг. Капсули слід ковтати цілими, не розжовуючи, запивати рідиною, бажано під час їжі. **Діти.** Диклоберл[®] Ретард 100 мг не рекомендований для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечнику з кровотечею або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, ексіма, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, м'які каловидні, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженою наказом МОЗ (Диклоберл[®] N75 №1562 від 08.07.2020, Диклоберл[®] Ретард 100 мг від 06.03.2020 №630). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте повну інструкцію для медичного застосування лікарського засобу, а саме повний перелік побічних ефектів, особливостей застосування, способу застосування та дози.

Застосування, спосіб застосування та дози.

Виробник. Диклоберл[®] Ретард 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінікер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина, № UA/9701/04/01. Диклоберл[®] N75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Біа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РП №UA/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами роздрібною продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за счень 2021 - серпень 2022 рр. за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmKontrol»/«Фармакстандарт» компанії «Pharma Research». 2. Altman R, et al. Drugs. 2015;75(8):859-77. 3. Shah K, et al. J Pain Res. 2017;10:1273-1278. 4. da Costa BR, et al. Lancet. 2017;390(10090):e21-e33. 5. Інструкції для медичного застосування препарату Диклоберл[®] N75 №1562 від 08.07.2020.

* Фармакологічні властивості. Після введення 75 мг диклофенаку шляхом внутрішньом'язової ін'єкції UA-01C-02-2022-V1-Prnt. Затверджено 18.10.2022.





Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення¹


Дименгідринат + цинаризин



ПЕРША ЛІНІЯ лікування запаморочення⁴

 Швидка дія^{4,5,*}

 №1 у Німеччині²

Ефективніший
 за бетагістин та
інші препарати⁴

 Добре
переноситься^{3,4}



По

1 таб.
3 рази на день¹



* Вже протягом першого тижня.

1. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® №1787 від 03.10.2022. Р.П. UA/14331/01/01.

2. Препарат №1 від запаморочення за рівнем продажу в Євро у Німеччині. IMS data MAT/06/2017

3. Shremmer D. Clin Drug Invest. 1999. Nov; 18 (5): 355-368.

4. Trinius K. F. Ukraine Health. Special Issue "Neurology, Psychiatry, Psychology". 2015. Dec; 4 (35): 3,6-8.

5. Scholtz et al., Clin Drug Investig. 2012; 32(6): 387-399

АРЛЕВЕРТ® . 1 таблетка містить цинаризину 20 мг та дименгідринату 40 мг;

Лікарська форма. Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Комбінований препарат цинаризину. Код АТС N07CA52. **Показання.** Симптоматичне лікування запаморочення різного генезу.

Протипоказання. Алергічні реакції або гіперчутливість на будь-який із компонентів препарату. Тяжкі порушення функції нирок та печінки. Закритокутова глаукома. Судоми. Підозри на підвищений внутрішньочерепний тиск. Алкоголізм. Затримка сечі. **Спосіб застосування та дози.** По 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість застосування препарату 4 тижні. Рішення про більш тривале лікування повинен приймати лікар. **Побічні реакції.** Можливі сонливість, головний біль, сухість у роті, біль в животі, парестезія, та інші.

Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник** .Хенніг Арцнайміттель ГмбХ & Ко КГ. Лібігштрассе 1-2, 65439 Фльорсхайм-на-Майні, Німеччина.

Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування препарату Арлеверт® №1787 від 03.10.2022. Р.П. UA/14331/01/01.

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ»

Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я.

UA_Arl-04-2022_V1_Press останнє оновлення 25.11.2022.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Збереження відчуття рівноваги як предиктор довголіття: прогнозування тривалості життя за допомогою 10-секундного тесту

Функція збереження рівноваги швидко погіршується приблизно з середини шостого десятиліття життя. При цьому збільшується ризик падіння та інших негативних наслідків для здоров'я. Пропонуємо до вашої уваги огляд статті C.G. Araujo et al. «Successful 10-second one-legged stance performance predicts survival in middle-aged and older individuals» видання Br J Sports Med (2022 Sep; 56 (17): 975-980), у якій викладено результати дослідження з використанням тесту на рівновагу та аналіз зв'язку його результатів зі смертністю від усіх причин (зокрема, антропометричних і клінічних характеристик).

Для процесу фізіологічного старіння характерне прогресуюче погіршення фізичного стану, погіршення аеробних та неаеробних здібностей (зокрема, м'язової сили/потужності, гнучкості та збереження рівноваги) (Bull et al., 2020; Peterman et al., 2020; Piercy et al., 2018; Myers et al., 2002; Laukkanen et al., 2001; Araujo, 2008; Araujo et al., 2020; Laukkanen et al., 2020; Brito et al., 2014). Особи похилого віку внаслідок поєднання саркопенічного ожиріння, втрати гнучкості та почуття рівноваги страждають від слабкості, більш схильні до падіння та інших серйозних несприятливих наслідків (Izquierdo et al., 2021). Падіння є другою провідною причиною ненавмисних травма-асоційованих смертельних випадків у всьому світі (WHO, 2021). На відміну від аеробної здатності, м'язової сили та гнучкості, почуття рівноваги, як правило, зберігається до шостого десятиліття життя, після чого ця функція значно погіршується (Peterman et al., 2020; Laukkanen et al., 2016; Vianna et al., 2007; Medeiros et al., 2013; Springer et al., 2007; Fregly et al., 1973).

Однак оцінка рівноваги не є стандартною частиною клінічного обстеження осіб середнього та старшого віку (Springer et al., 2007). Частково це можна пояснити недостатньою стандартизацією тестування рівноваги, а також відносною точністю даних (Fregly et al., 1973; Jonsson et al., 2004; Roeing et al., 2017). Доступність простих, недорогих, надійних і безпечних інструментів оцінювання рівноваги, що можуть допомогти прогнозуванню виживання, є корисною для медпрацівників, які обстежують та лікують осіб похилого віку (Bruto et al., 2014).

У контексті цієї проблеми C.G. Araujo et al. зазначають актуальність проведеного проспективного когортного дослідження з використанням даних відкритого когортного /

оцінювального протоколу CLINIMEX Exercise, розпочатого 1994 року. Метою його було вивчити взаємозв'язок різних показників фізичної підготовки та інших змінних, пов'язаних із фізичними вправами, а також серцево-судинних чинників ризику та смертністю, зумовленою всіма/конкретними причинами.

Матеріали і методи дослідження

Розмір вибірки становив 1593 учасники; поточний аналіз охоплював дані 1702 учасників віком 51-75 років, які добровільно звернулися до клініки для оцінювання аеробної та неаеробної фізичної підготовленості та/або отримання консультації щодо фізичних вправ. Оцінювання проводили від 10.02.2009 до 10.12.2020. Інформацію про життєвий статус та смертність було оновлено в середині грудня 2020 р. за даними обласного офіційного реєстру. Усі учасники прочитали та підписали інформовану згоду. Протокол дослідження увійшов до Національного реєстру досліджень, який офіційно розглянув та затвердив зовнішній комітет з етики досліджень. Демографічні змінні: стать; вік; дата оцінювання, смерті (якщо вона сталася), оновлення інформації; час спостереження. Антропометричні параметри містили дані про зріст, масу тіла, сумарний розмір шести шкірних складок (триципітальної, підлопаткової, клубової, надчеревної, стегнової та в медіальній частині гомілки), а також окружність талії, індекс маси тіла (ІМТ) і співвідношення показників окружності талії до зросту. Клінічні дані було отримано на підставі історії хвороби, з урахуванням наявності/браку відомостей про відповідні захворювання та/або регулярно застосовувані ліки. Ожиріння визначали як $IMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Оцінка рівноваги в положенні стоячи на одній нозі

Статичну рівновагу оцінювали за допомогою 10-секундного стояння на одній нозі (10-s one-legged stance – 10-s OLS): на рівній поверхні, по чергово на правій та лівій, під пильним особистим наглядом лікаря та/або помічника медсестри. Щоб мінімізувати вплив м'язової сили й гнучкості та поліпшити стандартизацію, учасники виконували завдання босоніж та були проінструктовані щодо розташування дорсальної частини неопорної стопи на тильному боці гомілки опорної ноги якомога природнішим способом (рис. 1). Учасників просили тримати лікті випрямленими, руки розташовувати щільно до тіла і фіксувати погляд в точці на відстані 2 м на рівні очей (Nofuji et al., 2016).

Коли учасник приймав правильне положення, розпочинали відлік 10 с; можна було робити шонайбільше три спроби. Зокрема, застосовували дуже простий критерій – здатність виконати 10-s OLS на будь-якій нозі, зберігаючи правильну початкову позицію та без будь-якої іншої підтримки. Відповідно учасників класифікували як здатні («Так») або нездатні («Ні») виконати 10-s OLS.

Результати дослідження

Демографічні та клінічні характеристики учасників дослідження наведено в таблиці. Із усіх учасників 348 (20,4%) не пройшли тест. Неможливість пройти тест 10-s OLS на правій/лівій нозі зростає з віком, подвоюючись практично щоп'ять років між віковими групами, починаючи з 51-55 років. Частка тих, хто не склав тест, становила 4,7% учасників віком 51-55 років; 8,1% – віком 56-60 років; 17,8% – віком 61-65 років і 36,8% – віком 66-70 років. У віковій групі 71-75 років більшість учасників (53,6%) не змогли успішно пройти 10-s OLS (рис. 2).

Медіана періоду подальшого спостереження становила 7 років (міжквартильний діапазон 4,16-9,41 року); 123 учасники (7,2%) померли без чітких часових тенденцій щодо летальних випадків ($p=0,77$), переважно через рак – 32%, серцево-судинні причини – 30%, захворювання дихальної системи – 9% та ускладнення COVID-19-7%. Для вибірки з 1702 осіб, зокрема 123 випадки смертності від усіх причин, потужність виявлення клінічно важливого відношення ризику (ВР), який дорівнював 1,84, становила 92%. Частка смертей у групі «Ні» була вищою, ніж у групі «Так» (17,5% проти 4,6%; $p<0,001$), що відображає абсолютну різницю 12,9%, але розподіл основних причин смерті суттєво не відрізнявся між групами «Так» і «Ні» ($p=0,45$).

Розподіл за статтю між групами «Так» і «Ні» не мав істотних розбіжностей ($p=0,76$), але за віком, ІМТ та співвідношенням окружності талії до зросту відмінності були значущими ($p<0,001$): учасники групи «Ні» мали гірший «профіль здоров'я» з вищим поширенням ожиріння, ішемічної хвороби серця, гіпертонії та дисліпідемії. Найразючішою була різниця щодо частоти цукрового діабету, який утримав поширеніший у групі «Ні» (37,9% проти 12,6% у групі «Так», $p<0,001$).

Неспроможність пройти 10-s OLS найбільше корелювала з віком (0,40) та співвідношенням окружності талії до зросту (0,26) ($p<0,001$). Криві виживання Каплана–Меєра суттєво різнилися у групах «Так» і «Ні» ($p<0,001$) (рис. 3).

За даними аналізу пропорційних ризиків Кокса, неспроможність завершити 10-s OLS була асоційована зі значно вищим ризиком смертності від усіх причин. Скориговані

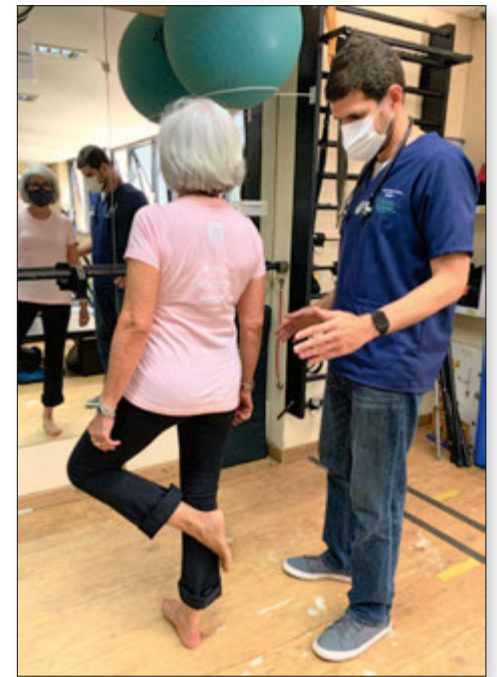


Рисунок 1. Позиція тіла для здійснення тесту 10-секундного стояння на одній нозі

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

за віком, а також за багатьма параметрами (вік, стать, ІМТ та клінічні супутні захворювання: ішемічна хвороба серця, гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння та дисліпідемія в анамнезі) значення ВР (95% довірчий інтервал) для цих учасників становили 2,18 (1,48-3,22; $p<0,001$) та 1,84 (1,23-2,78; $p=0,003$) відповідно.

При аналізі смертності від усіх причин (з урахуванням чинників ризику) додавання результатів тесту 10-s OLS допомогло збільшити C-індекс Харрелла на 0,0100 (від -0,0005 до 0,0205; $p=0,06$).

Обговорення

C.G. Araujo et al. наводять дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, за якими щороку в усьому світі від падіння помирає 684 тис. осіб, зокрема 80% – у країнах із низьким/середнім рівнем доходу (WHO, 2021). Хороший рівень рівноваги важливий для виконання багатьох повсякденних дій (Keating et al., 2021); є вагомі докази того, що втрата відчуття рівноваги шкодить здоров'ю, а деякі вправи можуть його поліпшити (Izquierdo et al., 2021; Keating et al., 2021; Gonzalez et al., 2014; Mortazavi, 2019). Проте невідомо, чи можна скорегувати результати повторних 10-s OLS завдяки фізичними вправам/тренуванням рівноваги, і чи зміни результату тесту з плином часу матимуть вплив на ризик смертності (Jaques-Gallardo et al., 2019).

Автори зазначають, що їхній 13-річний клінічний досвід регулярного використання тесту 10-s OLS у дорослих широкого вікового діапазону з різноманітними клінічними захворюваннями підтверджує, що цей тест був надзвичайно ефективним, безпечним, добре сприймався учасниками, і, що дуже важливо, легко додавати до практики, оскільки для його реалізації потрібно 1-2 хв (Araujo et al., 2020).

Прогностична цінність тесту

Щодо прогностичної цінності складання тесту 10-s OLS:

- Спроможність виконати 10-s OLS різко зменшується з віком, приблизно вдвічі з кожним наступним 5-річним інтервалом у відповідних групах. Показник неспроможності виконання тесту був у понад 11 разів більшим в учасників найстаршої вікової групи – 71-75 років, порівняно з молодшими на 20 років.

- За даними однофакторного аналізу, неспроможність виконання тесту значною мірою та прямо пов'язана з віком, високим показником співвідношення окружності талії до зросту

Таблиця. Демографічні та клінічні характеристики чоловіків і жінок віком 51-75 років та спроможність виконання тесту 10-секундного стояння на одній нозі

Змінна	Загалом n=1702	Тест на 10-секундне стояння на одній нозі		
		«Так» (n=1354)	«Ні» (n=348)	Значення p
Вік (роки)*	61,7±6,8	60,3±6,2	67,2±6,0	<0,001
Чоловіки (%)	67,9	68,1	67,2	0,761
Вага (кг)*	79,9±16,0	79,0±15,5	83,6±17,3	<0,001
Зріст (см)*	169,9±9,2	171,1±9,1	169,1±9,6	0,062
Індекс маси тіла (кг/м ²)*	27,6±4,5	27,2±4,2	29,2±5,2	<0,001
Співвідношення окружності талії до зросту*	0,57±0,07	0,56±0,07	0,61±0,08	<0,001
Сумарний розмір шкірних складок (мм)*	117,7±1,0	114,6±1,1	129,7±2,4	<0,001
Супутні захворювання				
Гіпертонія (%)	47,9	43,5	65,3	<0,001
Дисліпідемія (%)	54,8	52,7	63,0	0,001
Цукровий діабет (%)	17,7	12,6	37,9	<0,001
Ожиріння (%)	26,2	22,6	40,2	<0,001
Захворювання коронарних судин (%)	32,1	30,0	40,5	<0,001
Інфаркт міокарда (%)	16,1	15,4	18,8	0,124
Аортокоронарне шунтування (%)	8,7	7,5	13,3	0,001
Перкутанне коронарне втручання (%)	21,7	20,7	25,4	0,057
Смерть (%)	7,2	4,6	17,5	<0,001
Тривалість спостереження, дні (діапазон)	2538 (1518-3434)	2628 (1594-3491)	2123 (1146-3156)	<0,001

Примітка. * Середнє значення ± стандартне відхилення.

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

Закінчення на наст. стор.

Початок на попередній стор.

та поширеністю цукрового діабету. Ці результати узгоджуються з даними S.G.R. Neri et al. (2019), за якими показники ожиріння, зокрема окружність талії, пов'язані з постуральною нестійкістю та вищим ризиком падінь у літніх.

- Вищий відсоток учасників із цукровим діабетом у групі «Ні» свідчить про те, що деякі з них мають субклінічну дисфункцію центральної або вегетативної нервової системи (Yokoyama et al., 2020).

- Учасники середнього та старшого віку, які не змогли скласти тест 10-s OLS, мали на 84% вищий ризик смертності від усіх причин протягом медіани 7 років порівняно з тими, хто його пройшов, навіть якщо брали до уваги вік, стать, ІМТ та клінічні супутні захворювання або чинники ризику, зокрема наявність ішемічної хвороби серця, гіпертонії, ожиріння, дисліпідемії та цукрового діабету.

Порівняння отриманих результатів із даними літератури

Як зазначають дослідники, 2007 року було запропоновано нормативні значення для 10-s OLS на підставі результатів, отриманих у 549 осіб, розділених на шість вікових груп від 18 до 80+ років. Встановлено, що показники виконання 10-s OLS дуже залежали від віку, але не від статі (Springer et al., 2007).

У проведеному в Японії дослідженні за участю 1085 учасників похилого віку (65-89 років) виявлено, що час виконання тесту OLS тісно пов'язаний зі смертністю від усіх причин, зі скоригованим значенням ВР, подібним до поточного дослідження з використанням подібних коваріат (1,91; 95% довірчий інтервал 1,39-2,63) (Nofuji et al., 2016).

С. Сао et al. (2021) у когортному дослідженні вивчали показники статичної рівноваги у 5816 чоловіків і жінок віком від 40 років, за якими в середньому спостерігали протягом 12,5 року. Зокрема, особи з порушенням рівноваги мали на 44% вищий ризик смертності від усіх причин, ніж ті, хто отримав

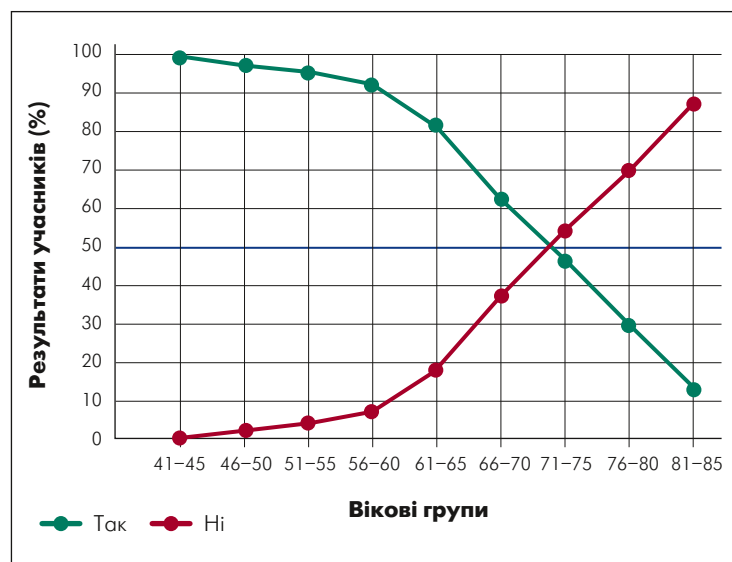


Рисунок 2. Спроможність («Так») або неспроможність («Ні») виконати тест 10-секундного стояння на одній нозі відповідно до вікової групи (n=2798)

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

результати у межах норми за чотири параметрами в модифікованому тесті Ромберга.

Як зазначають С.Г. Арауїо et al., тест OLS використовують для оцінювання відчуття рівноваги понад 50 років. Так, А.Р. Фреглі et al. (1973) першими повідомили про нормативні стандарти для OLS на підставі даних вибірки здорових осіб. Є різні варіації тесту OLS щодо позицій рук/кистей, дозволених рухів рукою для стабілізації та положенням протилежної ноги/стопи, причому в деяких дослідженнях можна махати ногою (Springe et al., 2007; Fregly et al., 1973; Hurvitz et al., 2000; Ikezoe et al., 2021; da Silva et al., 2013).

На думку авторів, поточні отримані дані не тільки підтверджують результати згаданих вище досліджень, але розширюють ці спостереження та роблять їх значущими для рутинного клінічного застосування. Вони також зазначають, що простіше, наприклад для відтворення результатів, мати чіткий час виконання тесту, як-от 10 с, порівняно із записом

загального часу, протягом якого суб'єкт може залишатися в положенні стоячи на одній нозі.

Обмеження дослідження

Досліджувана когорта загалом налічувала належала до білої раси, тобто до вищих соціально-економічних верств Бразилії. По-перше, будь-яку екстраполяцію цих результатів на популяції, відмінні щодо цієї характеристики, слід інтерпретувати з обережністю. По-друге, використання показника ВР може бути неінформативним, оскільки воно ускладнює інтерпретацію прямих порівнянь чинників ризику. По-третє, кілька потенційних змінних чинників були недоступними для учасників, зокрема недавня історія падінь, модель фізичної активності, дієта, статус курця та використання ліків, які можуть мати вплив на рівновагу. По-четверте, не реалізовано повторних вимірювань експозиції. У майбутніх дослідженнях, на думку авторів, слід також з'ясувати, чи позначаються компоненти

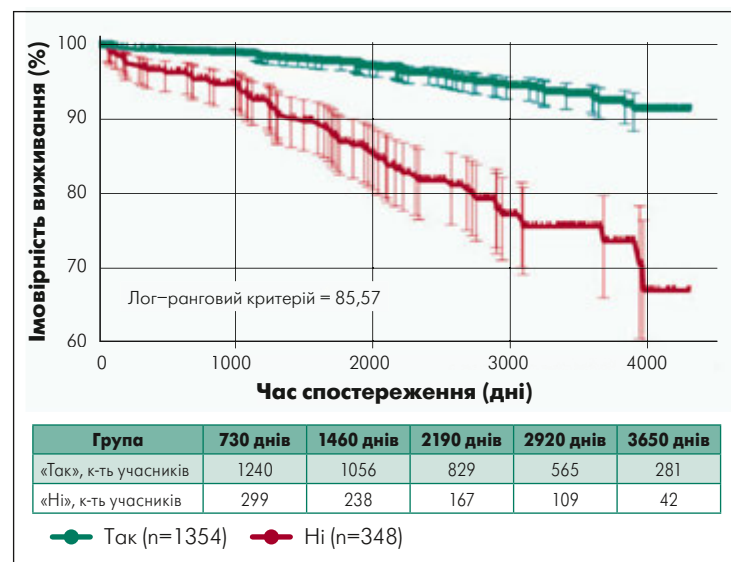


Рисунок 3. Криві виживання Каплана-Меєра для учасників віком 51-75 років, розділені на здатність («Так») і нездатність («Ні») пройти тест 10-секундного стояння на одній нозі

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

фізичної підготовки на результатах 10-s OLS. Потрібне дослідження біологічних механізмів, які можуть пояснити зв'язок між поганим відчуттям балансу під час OLS і смертністю від усіх причин. Також цікаво вивчити, чи можуть детальніші або складніші оцінювання статичного балансу, як-от вимірювання центру зміщення тиску, кількості необхідних проб, різних положень рук або ніг та/або заплучені очі під час OLS, сприяти ґрунтовнішому аналізу предикторів виживання.

Висновок

Результати дослідження вказують на те, що нездатність пройти тест 10-s OLS пов'язана з вищим ризиком смертності від усіх причин і, власне, із меншою очікуваною тривалістю життя учасників середнього та старшого вікової категорії.

Підготувала **Маргарита Марчук**

Інформація

Новини МОЗ

Реабілітація та інтеграція ветеранів у цивільне життя: виклики, можливості, рішення

Уже зараз гостро стоїть потреба у напрацюванні системи реабілітації для повернення наших захисників до цивільного життя, успішної інтеграції та реалізації в мирних умовах. Процес накопичення матеріальної бази, розбудови інфраструктури, підготовки кадрів потребує певного часу, інколи на навчання відповідних фахівців потрібні місяці і навіть роки. А тому держава запроваджує активну роботу в цьому напрямі вже зараз. 21 грудня 2022 року під час конференції «Сучасна ветеранська політика: вимір перемоги», ініційованої Міністерством у справах ветеранів України, говорили про різні аспекти життя і потреб ветеранів. Захід розпочався у форматі презентацій та діалогу учасників. У ньому взяли участь представники Уряду та місцевих ОВА, міжнародні партнери, представники громадських та волонтерських об'єднань, ветерани та рідні загиблих воїнів. Модерувала захід Міністр у справах ветеранів України Юлія Лапуніна.

«Нині активно співпрацюємо з партнерами для того, щоб наші захисники, герої, ветерани отримали необхідну допомогу як психологічну, так і фізичну реабілітацію. І мова навіть не про те, щоб створити в кожній області чи навіть громаді реабілітаційний центр. Нам необхідно побудувати систему, яку, до речі, МОЗ створює з 2014 року, із моменту початку війни. Уже тоді система охорони здоров'я почала реагувати на ці виклики. Звичайно, зараз маємо значно більші масштаби», – сказав у своєму виступі перший заступник Міністра охорони здоров'я Олександр Комаріда.

Він зазначив, що Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» був прийнятий ще 2020 року, постанова № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» – 2021-го, тобто ще до повномасштабного вторгнення.

Цією постановою затверджено: порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я; типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ; типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду.

Реалізація акта забезпечує впровадження ефективної системи реабілітації на підставі доказової медицини та єдиних стандартів і правил з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, яка надається з перших днів травми, захворювання й незалежно від наявності чи відсутності статусу особи з інвалідністю, та покращить доступність послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я для пацієнтів.

Також набув чинності наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою», покликаний удосконалити організацію та забезпечення потреб у послугах із надання психіатричної допомоги у громаді. Поліпшення доступності допомоги має відбуватися через децентралізацію та розвиток позастаціонарних форм надання спеціалізованої допомоги, реорганізацію процесу надання допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної медичної допомоги та впровадження чіткого механізму перенаправлення між наявними службами, розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці.

Під час конференції заступник Міністра нагадав, що за ініціативи МОЗ у жовтні 2022 року було розширено програму реімбурсації на лікарські засоби, які використовують для лікування розладів психіки та поведінки, а також епілепсії. Розширена програма реімбурсації дає змогу отримати необхідні ліки за електронним рецептом безоплатно або з незначною доплатою.

Це було зроблено у відповідь на виклики воєнного часу. Також розглядається можливість розширити програму реімбурсації на знеболювальні препарати, що також зумовлено війною.

За словами Олександра Комаріди, надання реабілітації та психосоціальної підтримки ветеранам приділятиметься особлива увага найближчими роками. Так, питання надання спеціалізованої медичної допомоги, послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я та психологічної підтримки ветеранам війни та членам їхніх сімей, членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членам сімей загиблих (померлих) захисників і захисниць України, внутрішньо переміщеним особам включено до пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки.

Для забезпечення населення необхідною реабілітаційною допомогою та скерування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, МОЗ розроблено проект наказу «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», який наразі погоджується із зацікавленими сторонами.

Медична евакуація

Відповідно до постанови КМУ від 05.04.2022 № 411 «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих через військову агресію російської федерації проти України, на лікування за кордон» направлено для лікування за кордон для отримання медичної та/або реабілітаційної допомоги підлягають особи зі складових сил оборони та сил безпеки, постраждали у зв'язку з військовою агресією РФ проти України, за умови наявності висновку про необхідність направлення на лікування за кордон та письмового підтвердження готовності закладу охорони здоров'я іноземної держави на безоплатній основі прийняти на лікування постраждалих військовослужбовців.

Станом на 30 листопада 2022 року евакуйовано 1118 військовослужбовців.

Потреба в лікуванні травм (переважно внаслідок мінно-вибухових уражень) – основна причина медичної евакуації як серед військовослужбовців, так і серед цивільних громадян.

Про медичне забезпечення

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» створено новий механізм фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, зокрема шляхом переходу на оплату з державного бюджету медичних послуг і лікарських засобів, що входять до програми медичних гарантій медичного обслуговування населення.

Забезпечення якісним медичним обслуговуванням ветеранів за програмою медичних гарантій здійснюється у тих закладах охорони здоров'я, які уклали договір про медичне обслуговування населення із Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ).

МОЗ, аналізуючи роботу закладів, які законтрактовані з НСЗУ та надають реабілітаційну допомогу, визначило перелік закладів охорони здоров'я, які на території області спроможні забезпечити надання якісних послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я, серед яких 23 госпіталі ветеранів війни.

Наразі госпіталі для ветеранів війни фінансуються за рахунок місцевих бюджетів та шляхом укладення договорів із НСЗУ. Ще три госпіталі фінансуються коштами МОЗ України.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>

Послуги з охорони психічного здоров'я для українських дітей в Ірландії

Війна в Україні призвела до масової міграції людей за межі країни. За два місяці війни понад 5 млн українців, переважно жінки та діти, знайшли тимчасовий притулок в інших країнах світу. Серед вимушено переміщених осіб значний відсоток дітей, молодих людей, які були травмовані під час військових дій, осіб із розладами психіки та поведінки. Доступність до психіатричної та психологічної допомоги, до лікарських засобів стала проблемою для багатьох із них. Відділ психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України» у співпраці з нашими колегами, дитячими психіатрами з країн, які активно приймають біженців, працюють над розв'язанням цієї проблеми. Одним із напрямів співпраці є підготовка для українських фахівців та родин, які отримали тимчасовий притулок за кордоном, інформації щодо того, як скористатися послугами системи охорони психічного здоров'я у країнах перебування. Коротко про послуги з охорони психічного здоров'я в Ірландії розповіла фахівчиня з дитячої психіатрії Університетського коледжу (Дублін), професорка Фіона Мак Ніколас.



Доступ до первинних та спеціалізованих служб психічного здоров'я в Ірландії

Ірландська служба охорони здоров'я (Irish Health Service Executive – HSE) надає первинну медичну допомогу та спеціалізовані послуги з охорони психічного здоров'я дітей та підлітків (Child and Adolescent Mental Health Services – CAMHS) для всіх дітей віком до 18 років, які проживають в Ірландії. Ці послуги є безкоштовними.

Послуги з охорони психічного здоров'я дітей, підлітків та молодих дорослих на первинній ланці

Як правило, спочатку дитину чи підлітка, які, ймовірно, потребують психіатричної допомоги, краще скерувати до сімейного лікаря (GP). Дитина або підліток із легкими або минулими проблемами психічного здоров'я може отримати підтримку сімейного лікаря, шкільного консультанта або консультаційної служби первинної ланки.

Jigsaw (Мозаїка) є прикладом служби первинної медичної допомоги, яка пропонує обмежену в часі короткотривалу індивідуальну підтримку батькам і вчителям у разі проблем із психічним здоров'ям у дітей та молодих дорослих віком 12-25 років після особистого або батьківського звернення.

Pieta house, Bodywhys, SpunOut є іншими варіантами підтримки на етапі первинної медичної допомоги. Посилання на інформаційні ресурси служб підтримки психічного здоров'я для молодих людей: Mental health support services for young people – HSE.ie.

(<https://www2.hse.ie/wellbeing/mental-health/supports-for-young-people.html>). Психологічний центр первинної медичної допомоги та центр підтримки сімейних ресурсів (Primary Care Psychology and Family Resource Centre), яким керує Агентство дитини та сім'ї Tusla (Child and Family Agency Tusla), також пропонують безкоштовні послуги сім'ям. Ці послуги можна отримати за скеруванням сімейного лікаря або в разі самозвернення.

Спеціалізована психіатрична допомога дітям, підліткам та молодим дорослим

Спеціалізовані служби психічного здоров'я дітей та підлітків (CAMHS) надають більш інтенсивні послуги, які охоплюють оцінювання та лікування дітей, підлітків, молодих людей та їхніх сімей у разі, якщо вони відчувають помірні чи серйозні емоційні, поведінкові, пов'язані з розвитком, психологічні труднощі чи проблеми у стосунках.

Існує окрема служба для пацієнтів із труднощами у навчанні – «Національна служба педагогічної психології» (National Educational Psychology Service – NEPS).

Також в Ірландії доступна служба для молоді з первазивними розладами розвитку, як-от аутизм – «Розвиткові сервіси для дітей та молоді з обмеженими можливостями (Progressing Disability Services for Children & Young People – PDS)». Ці сервіси мережі для дітей з особливими потребами (Children's Disability Network Teams – CDNTs)

надають послуги всім дітям із комплексними потребами у певному регіоні країни. Як правило, служба, до якої скеровується молода людина, залежить від адреси, за якою вона мешкає. Приватні послуги також існують, і вони не залежать від території проживання їх споживача, але кількість таких сервісів, на жаль, є меншою. До таких сервісів сім'я може звернутися самостійно, оплативши послуги. Зокрема, CAMHS очолюють старші медичні спеціалісти, які мають спеціальну підготовку з дитячої та підліткової психіатрії. Вони працюють у мультидисциплінарних командах зі співробітниками відділень із догляду хворих (психології, соціальної роботи, лікування розладів мовлення і трудової терапії).

Допомогу в CAMHS отримують діти з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ), депресивним, тривожним, obsесивно-компульсивним розладами, розладами харчової поведінки, психозами.

CAMHS пропонує цілу низку методів терапії, зокрема психологічне та фармакологічне лікування, індивідуальну та групову роботу, а також підтримку батьків. Інші види терапії також доступні у деяких CAMHS, наприклад арт- або драматургічна терапія. Дітям і підліткам можуть надавати допомогу як індивідуально, так і з батьками, або комбінуючи індивідуальні та групові форми роботи. Найпоширенішою причиною для звернення по допомогу до CAMHS є оцінювання та лікування РДУГ, депресії та тривожних розладів. Також допомогу отримують діти

та молоді дорослі з розладами харчової поведінки, емоційною дисрегуляцією, з думками або актами самоушкодження та пацієнти з психотичними розладами.

Клініцисти під час оцінювання збирають дані сімейної та особистої історії, інформацію про поведінку, адаптаційні проблеми від молодшої людини, батьків, а також із дозволу родини, школи та інших джерел інформації.

Зібрана інформація допомагає врахувати труднощі в усіх сферах, допомагає встановити точний діагноз і спланувати лікування.

Якщо після клінічного оцінювання мультидисциплінарна команда вважатиме, що молода людина не має середньо тяжкого або тяжкого психічного розладу і не потребує спеціалізованої психіатричної допомоги, їй рекомендуватимуть надання допомоги в іншому сервісі. Такий пацієнт може бути скерований до психологічних або консультаційних служб первинної ланки, до служби, яка займається оформленням інвалідності. Вони можуть давати рекомендації щодо підтримки навчання, проживання, інших соціальних послуг.

У певних випадках CAMHS вважає, що потрібне інтенсивніше лікування, і молода людина може бути госпіталізована до педіатричної лікарні, наприклад для стабілізації розладів харчової поведінки, або до спеціалізованого психіатричного стаціонару для молоді віком до 18 років.

Важливим аспектом також є залучення та інформування сім'ї щодо всіх послуг, які пропонуються молодій людині з проблемами психічного здоров'я.

Додаткову інформацію та матеріали також можна знайти за посиланням: Resources – Mental Health Ireland (www.mentalhealthireland.ie/resources).

Редакція висловлює вдячність професорці Фіоні Мак Ніколас, фахівчині з дитячої психіатрії Університетського коледжу Дубліна (Ірландія) та Ігорю Анатолійовичу Марценковському, завідувачеві відділу психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» (м. Київ) за наданий матеріал.

Інформація

Новини МОЗ

Рецепт на ліки проти розладів психіки і поведінки та епілепсії може виписати сімейний лікар

Як повідомляє Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України, до війни рецепти на ліки проти розладів психіки і поведінки та епілепсії могли виписувати тільки психіатр або невролог. Зокрема, йдеться про 27 препаратів проти епілепсії та 30 препаратів проти шизофренії, шизотипових станів та маячних розладів; розладів настрою (афективних розладів); невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, які увійшли до програми реімбурсації (відшкодування). Проте, щоб отримати повторний рецепт під час воєнного стану, можна звернутися до будь-якого

лікаря, який надає первинну медичну допомогу (терапевт, сімейний лікар), наявність декларації для цього не обов'язкова. Важливо, щоб пацієнт мав план лікування від психіатра або невролога, внесений до Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). На підставі цих даних лікар первинної ланки може виписати рецепт.

Якщо є зв'язок зі своїм сімейним лікарем, можна звернутися до нього. Лікар може виписати рецепт навіть дистанційно, якщо має доступ до ЕСОЗ.

Українці можуть отримати препарати проти цих розладів безоплатно або з незначною доплатою, адже програма «Доступні ліки» продовжує діяти і під час війни.

Нагадаємо, що на період воєнного стану лікарі можуть виписувати як електронні, так і паперові рецепти.

Якщо пацієнт звернувся до лікаря, а медичний заклад тимчасово має проблеми з електроенергією, інтернетом чи доступом до ЕСОЗ, лікар виписує паперовий рецепт, який приймуть в аптеці.

Щоб отримати ліки, необхідно звернутися до будь-якої аптеки, яка має договір із Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Адресу та контакти найближчої аптеки допоможуть знайти оператори контакт-центру НСЗУ за номером телефону: 16-77.

Радимо перед візитом до аптеки зателефонувати та уточнити наявність потрібних ліків безпосередньо в цьому закладі.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>

З М І С Т

НЕВРОЛОГІЯ

Збереження відчуття рівноваги як предиктор довголіття: прогнозування тривалості життя за допомогою 10-секундного тесту	3
Послуги з охорони психічного здоров'я для українських дітей в Ірландії.	5
Особливості ведення пацієнтів із міастенічним кризом	11
Стартова монотерапія епілепсії: обґрунтування на засадах доказової медицини.	16
Біль у спині – погляд ревматолога Є.Д. Єгудіна	18
Діагностування та лікування мігрені: десять послідовних кроків	20

ПСИХІАТРІЯ

Проблеми психічного здоров'я населення у воєнний час та шляхи їх розв'язання.	8
Лікування депресивного розладу Allan H. Young	12
У центрі особливої уваги: посттравматичний стресовий розлад	14
Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні О.О. Хаустова	22
Геріатричні синдроми в клінічній практиці Л.М. Єна, Г.М. Христофорова, О.Г. Гаркавенко	25

Здоров'я® України®
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

На нашому сайті
www.health-ua.com

повна версія всіх номерів
Медичної газети
«Здоров'я України»:
загальнонауковий та
тематичний номери



Шановні колеги!

Наближається Новий 2023 рік, який українці, на жаль, зустрічатимуть в умовах війни. Рік, що минає, для кожного з нас був особливо складним і непередбачуваним, але, попри всі труднощі, ми працюємо і віримо в найкраще. Допомогає нам у цьому злагоджена робота колективу, чітке бачення майбутнього навіть за таких тяжких умов, постійна комунікація з авторами та діалог із партнерами, що дає змогу оперативно реагувати на кризові ситуації.

Ми вдячні нашим колегам, партнерам і читачам, які надають свої матеріали для нашого видання та висловлюють слова підтримки в ці важкі часи. Праця кожного важлива і цінна в ці дні. Зараз ми, як ніколи, об'єднані однією мрією про мир, а наша віра в перемогу – незламна.

Хочеться всім побажати, щоб наступного року з нами сталося те саме диво, про яке ми всі так мріємо, щоб новий 2023-й приніс нам чимало приводів для свят, із яких найголовнішим буде омріяна Перемога. Щоб прийдешній рік став роком здійснення бажань і втілення в життя всіх планів, подарував кожному якомога більше щасливих днів і теплих зустрічей, позитивних емоцій, здоров'я, достатку та усмішок на обличчях рідних та близьких, щоб щастям і добротою наповнився кожен дім, а натхнення та любов зробили життя світлішим та яскравішим для досягнення нових вершин та відбудови України після війни.

З Новим роком та Різдвом Христовим!

З повагою колектив редакції медичної газети «Здоров'я України», тематичного номера «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія»



Медична газета «Здоров'я України» Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України
- О.Я. Бабак**, д.мед.н., проф., завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцківський**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д.мед.н., проф., заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.І. Горпинченко**, д.мед.н., проф., директор Українського інституту сексології та андрології
- Ю.І. Губський**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.І. Заболотний**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д.мед.н., проф., завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- В.В. Корпачев**, д.мед.н., проф., завідувач відділу клінічної фармакології та фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Б.М. Маньковський**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Ю.М. Мостовой**, д.мед.н., проф., завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д.мед.н., проф., завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- О.М. Пархоменко**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- Н.В. Пасєчнікова**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- В.В. Поворознюк**, д.мед.н., проф., керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- С.С. Страфун**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, завідувач відділу мікрохірургії та реконструктивної хірургії верхньої кінцівки ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Ю.І. Фещенко**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
- Н.В. Харченко**, д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д.мед.н., проф., академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., проф., член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович
Видавець: ТОВ «МЕДІАПРОСТІР «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Медична газета «Здоров'я України» Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Директор – Черкасова Тетяна Володимирівна
Шеф-редактор – Паламарчук Юлія Віталіївна

Адреса для листів:
вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:
Редакція +38 (067) 234-81-49
Відділ маркетингу +38 (063) 599-39-91
Відділ передплати та розповсюдження +38 (095) 476-72-79

Газету надруковано у типографії
ТОВ «ПРИНТ-ІНК»
03162 Київ, вул. Зодчих, 50-А, офіс 1

Підписано до друку: січень 2023 р.
Замовлення № 0050
Наклад 12 750 прим.

Код ЄДРПОУ 41393830
Передплатний індекс: 37633

Редакція має право публікувати матеріали,
не поділяючи точки зору авторів

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв
та інших відомостей відповідають автори.
Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу
редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються

Медична газета «Здоров'я України» Тематичний номер
«Неврологія, психіатрія, психотерапія»
є спеціалізованим виданням для медичних установ
та лікарів

Юридично підтверджений наклад

ПЕРЕДПЛАТА НА 2023 РІК!

Здоров'я України®
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Оформити передплату на видання
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія,
психіатрія, психотерапія» ви можете:

- через редакцію, написавши листа на адресу podpiska@health-ua.com або за телефоном +38 (095) 476-72-79;
- через онлайн-сервіс передплати на сайті Укрпошти <https://peredplata.ukrposhta.ua>
- у будь-якому поштовому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти» в розділі «Охорона здоров'я. Медицина».
- через регіональні передплатні агентства.

Передплатний індекс – 37633

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати:

- на півріччя – 320,58 грн
- на 1 рік – 635,16 грн



Для редакційної передплати на видання необхідно:

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку. При оплаті в призначенні платежу вказати вибране видання та термін передплати
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- надіслати адресу доставки у зручний для Вас спосіб:
 - тел./факс відділу передплати +38 (095) 476-72-79;
 - поштою «Видавничий дім «Здоров'я України» 04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35
 - електронною поштою: e-mail: podpiska@health-ua.com

ПОВІДОМЛЕННЯ	Отримувач платежу: ТОВ «МЕДІАПРОСТІР «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» Код ЄДРПОУ 41393830 Пр [UA 253510050000026007628853200] Банк отримувача: АТ «УкрСиббанк» МФО: 351005 Платник: П.Л.Б. Поштовий індекс та адреса платника	Вид платежу	Період	Сума	Підпис платника _____ Дата «___» ____ 20__ р.
	Передплата на «Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія» (передплатний індекс – 37633) місяців (2023 р.)			
КВИТАНЦІЯ	Отримувач платежу: ТОВ «МЕДІАПРОСТІР «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» Код ЄДРПОУ 41393830 Пр [UA 253510050000026007628853200] Банк отримувача: АТ «УкрСиббанк» МФО: 351005 Платник: П.Л.Б. Поштовий індекс та адреса платника	Вид платежу	Період	Сума	Підпис платника _____ Дата «___» ____ 20__ р.
	Передплата на «Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія» (передплатний індекс – 37633) місяців (2023 р.)			

Касир

Касир

Стимулотон®

Європейський сертралін



Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах: 50 мг і 100 мг

Зручний режим дозування — один раз на добу¹

Володар Премії за Інновацію 2004 року

Кращий вибір з СІЗЗС при кардіоваскулярній патології²

Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну³

Показання

- Великі депресивні епізоди
- Запобігання рецидиву великих депресивних епізодів
- Панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії
- Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років
- Соціальний тривожний розлад
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

1. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 2. Hillel W Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. The American Journal of Medicine, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2-8. 3. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000).

Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг білістер, № 30; табл. в/о 100 мг білістер, № 28. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами МАО. Побічні реакції. Фотосенсибілізація, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Р.Л. № UA/3195/01/01-02. Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Проблеми психічного здоров'я населення у воєнний час та шляхи їх розв'язання

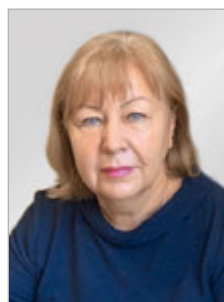
За матеріалами VI Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі:

глобальні виклики та шляхи розвитку»

(6-8 жовтня 2022 р.)

Цьогорічний форум неврологів психіатрів та наркологів України, який проходив в онлайн форматі, був присвячений таким актуальним темам, як: психічна травма під час війни та її вплив на здоров'я населення; особливості надання медичної допомоги пацієнтам із неврологічними, психічними та наркологічними розладами в період воєнного часу; психологічна допомога та психосоціальна реабілітація постраждалих та найуразливіших груп населення (вимушені переселенці, діти, особи похилого віку); неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога військовослужбовцям під час війни. Пропонуємо до вашої уваги огляди доповідей учасників цього заходу.

Тривога під час війни (реакція, синдром, розлад): коли і як лікувати



Провідна наукова співробітниця ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», к.мед.н., доцентка Тамара Василівна Панько на початку своєї доповіді представила дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), за якими у кожній п'ятій особі (22%), що за останні 10 років пережила війну або інші збройні конфлікти, розвивається депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий

розлад (ПТСР), біполярний афективний розлад або шизофренія, панічний або депресивний розлад, порушення циклу сну—неспанья, тривалий розлад горя, розлади адаптації, реактивний розлад прив'язаності, розлади харчової поведінки, тілесного дистресу або тілесних переживань і психози (WHO, 2022).

За оцінками Організації об'єднаних націй (ООН), понад 68,6 млн осіб у всьому світі були насильно переміщені внаслідок насильства та конфліктів, що є найбільшою кількістю постраждалих із часів Другої світової війни. Так, за прогнозами ВООЗ, у майбутньому близько 15 млн українців будуть потребувати психологічної підтримки, а близько 3-4 млн із них — медикаментозного лікування (МОЗ України, 2022; WHO 2022).

Тривога (англ. anxiety) — емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки, часто є безпідставним, пов'язаним з очікуванням чогось негативного, що має певну потенційну небезпеку, негативний прогноз і супроводжується на фізіологічному рівні прискоренням диханням, серцебиттям, підвищенням артеріального тиску, зниженням порогу чутливості. Патогенез тривоги зумовлений системним регуляторним дисбалансом різних нейромедіаторів на різних рівнях. Ключове місце у формуванні дисбалансу належить γ-аміномаслянокислотному (ГАМК)-ергічній системі. Саме порушення ГАМК-залежних процесів у центральній нервовій системі зумовлюють дисфункцію серотонін-, катехоламін-, і пептидергічних систем, що в подальшому розвитку та прогресуванні тривожних розладів набувають ролі самостійних патогенетичних механізмів (Калуев, 1998; Лапин, 1998; Nutt, 2004; Redoux, 2001).

Клінічної значущості тривожні симптоми набувають, коли:

- виразність симптомів досягає значного ступеня тяжкості;
- пролонгується тривалість симптомів;
- симптоми розвиваються без стресових чинників;
- симптоми порушують фізичне, соціальне або професійне функціонування індивідуума.

Для клінічної тривоги притаманні такі синдроми:

- психосоціальні (хвилювання, напруга, тривожна екзальтація, тривожні думки, почуття внутрішнього неспокою, вибірковість сприйняття);
- вегетативно-соматичні (постійні симпатико-тонічні стани, ознаки вегетативного дисбалансу, пароксизмальні вегетосудинні порушення, загальне тривожне збудження, неспокійні жести та міміка, неможливість розслаблення);
- когнітивні (порушення пам'яті та уваги, прискорення або нерівномірність темпу мислення, неформлені та непослідовні суїцидальні ідеї, ознаки дезорганізації, звуження кола інтересів).

Лікування пацієнтів із тривожними розладами

Як зазначила доповідачка, своєчасна персоналізована терапевтична стратегія, яка спрямована не лише на послаблення або (в ідеалі) усунення тривожної симптоматики, полягає в поліпшенні якості життя пацієнтів, зумовлюючи позитивні зміни в соціальній та особистісній адаптації. Трьма ключовими чинниками терапії є ефективний вплив на симптоми, дотримання тривалого курсу терапії та функціональне одужання. Зокрема, таке лікування мусить бути комплексним і поєднувати фармако- і психотерапію.

Фармакотерапія

Анксиолітичну активність мають лікарські препарати з різними механізмами дії, серед яких можна виокремити такі фармакологічні групи: бензодіазепіни; селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС); селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН);

трициклічні антидепресанти (ТЦА); інгібітори моноаміноксидази (ІМАО); антиконвульсанти; β-адреноблокатори; антигістамінні препарати; азапірони; гормональні препарати.

Лекторка докладно зупинилася на властивостях такого небензодіазепінового анксиолітика, як Спітомін® (виробник ЗАТ «Фармацевтичний завод ЕГІС», Угорщина), діючою речовиною якого є буспірон. Серед переваг цього препарату є те, що він не чинить вплив на психомоторні функції; не спричиняє толерантності, лікарської залежності та синдрому відміни; не потенціює дію алкоголю.

Показаннями до приймання буспірону є генералізований тривожний розлад, панічні розлади, синдром вегетативної дистонії, а також застосовують як засіб додаткової терапії за депресії та синдромів алкогольної абстиненції. Серед протипоказань: гіперчутливість, тяжкі порушення функції нирок і печінки, глаукома, міастенія gravis, вагітність, годування грудьми.

Пані Т.В. Панько зауважила, що побічні ефекти (запаморочення, головний біль, слабкість, порушення сну та концентрації уваги, зниження апетиту, нудота та диспепсія) можуть виникати на початку лікування і поступово зникати; іноді постає потреба у зменшенні дозування препарату.

Буспірон є високоафінним агоністом серотонінових 5-HT_{1A}-рецепторів. Певну роль Спітоміну в реалізації анксиолітичних, антидепресивних, просоціальних ефектів пов'язують зі стимуляцією 5-HT_{1A}-рецепторів гіпоталамусу й гіпофізу. Вказаний препарат виявляє високу спорідненість до пресинаптичних та є частковим агоністом постсинаптичних 5-HT_{1A}-рецепторів у центральній нервовій системі. Також він блокує претапостсинаптичні дофамінові рецептори.

Як відомо, буспірон не має спорідненості до бензодіазепінових рецепторів, не чинить вплив на зв'язування ГАМК. Спікерка надела порівняльну характеристику виразності анксиолітичної дії різних препаратів та зауважила, що, безумовно, найвиразнішу анксиолітичну дію мають препарати бензодіазепінового ряду (феназепам та гідзепам).

Ім притаманні протитривожний, снодійний, міорелаксувальний, вегетостабілізуювальний та протисудомний ефекти. У буспірона анксиолітична дія дещо слабша, проте порівняно з іншими транквілізаторами він не спричиняє побічних явищ, які характерні для феназепаму та гідзепаму, а саме: сонливість, порушення концентрації уваги та координації м'язового тону, посилення тривоги після відміни (Юр'єва, 2010).

Переваги Спітоміну

Препарат схвалений для тривалого застосування. Він ефективно зменшує ознаки тривоги, не зумовлює звикання, синдрому залежності та відміни, не чинить седативного та міорелаксувального ефектів. Має додаткові антидепресивні та вегетостабілізуювальні властивості.

Дозування Спітоміну

Початкова доза препарату становить 5 мг двічі-тричі на добу. Збільшувати її можна щодня на 5 мг. Середня добова доза — 20-30 мг, максимальна добова доза — 60 мг на добу. Максимальна одноразова доза не має перевищувати 30 мг.

Психотерапія тривожних розладів

Окрім медикаментозного лікування, зважаючи на особливості клінічної картини, доцільно використовувати когнітивно-поведінкову терапію (групову та індивідуальну), когнітивну реструктуризацію, десенсибілізацію та репроцесуалізацію (опрацювання травми) за допомогою руху очей (EMDR), психодинамічну терапію, а також інші техніки.

Наприкінці своєї доповіді пані Т.В. Панько наголосила на тому, що в разі виникнення психічних розладів тривожного та депресивного спектра терапія є необхідною і має починатися якомога раніше, а також мати як комплексний, так і індивідуально орієнтований характер.

Така комплексність охоплює:

- допомогу спеціалістів (психіатра, психотерапевта, психолога);
- нормалізацію режиму сон—неспанья;
- обмеження інформаційного навантаження;
- використання психотерапії;
- за потреби — діагностування та лікування супутньої патології.

Як медикаментозний супровід доцільно застосовувати препарати з анксиолітичною дією, зокрема Спітомін®, який має низку переваг перед бензодіазепіновими засобами, не призводить до розвитку залежності та має найменше побічних дій.

Мова депресії. Як кажуть пацієнти, про що вони говорять та чому важливо почути



Завідувачка відділення пограничних станів № 17 КНП «Одеський обласний центр психічного здоров'я», лікарка-психіатриня вищої категорії, д.мед.н. **Корнелія Артурівна Косенко** у своєму виступі зазначила, що легку форму депресії діагностують у 15% дорослого населення, але лише 23% із них отримують лікування (Shim et al. 2011; Wityayanukorn et al., 2014).

Легка форма депресії частіше має психогенний характер, виникає у відповідь на стресові події і погано піддається терапії антидепресантами (Кесслер, 1997; Кесслер та співавт., 1997; Fournier et al., 2010; Barbui et al., 2011). Зокрема, продемонстровано чіткий кореляційний взаємозв'язок хронічного перебігу депресивної симптоматики, стану дистимії та підвищеного ризику суїцидальної активності (Holmstrand et al., 2008). Стан фізіологічного смутку (без клінічної депресії) виникає у 29,8% популяції (Tebeka et al., 2017).

Як зауважила спікерка, важливо звертати увагу не лише на те, що говорить пацієнт, але і як він це робить. Мовленнєві порушення можуть виступати як окремих діагностичний маркер депресії (Andreassen and Pfohl, 1976). Хоча клінічна співбесіда залишається основним інструментом діагностування депресії, лінгвістичні дослідження засвідчили, що систематичний аналіз мовного змісту допомагає достовірно класифікувати пацієнтів на відповідні діагностичні групи (Lopez-Ibor, 1993; Oxman, 1988; Tausczik et al., 2010).

V. Nguyen et al. (2015) повідомляють, що комп'ютеризовані методи кількісного аналізу мовлення, основані на підрахунку слів / лексичних одиниць дають змогу надійно виокремити групи пацієнтів із депресією, а також виявити предиктори депресії та суїциду (Pennebaker et al., 2003; 2007; Ramierez-Esparza et al., 2008; Stimmman et al., 2001). Наявність відхилень / змін у письмовому та усному мовленні фіксували у пацієнтів із депресією в низці досліджень (Rude et al., 2004; Vucci et al., 1981; Breznitz, 1992; Bernard et al., 2016).

Пані К.А. Косенко зазначила, що на депресію страждають 340 млн осіб у світі, причому вона вдвічі частіше виникає у жінок. Хоча майже 80% пацієнтів із депресією лікуються з приводу інших захворювань. Від 45 до 60% випадків самогубств здійснюють саме у депресивному стані. Механізми розвитку депресії можна розділити на дві групи: молекулярні та анатомо-функціональні. До першої належать порушення в медіаторних та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковій системах, розлади в роботі імунної системи, порушення нейропластичності (зумовлені зміною вмісту мозкового нейротрофічного фактора [BDNF]), а до другої – дисфункція масштабних мозкових мереж і структурні зміни.

Лікування депресії має охоплювати:

- Оптимізацію фармакотерапії для профілактики рецидивів.
- Зменшення антихолінергічного навантаження та використання бензодіазепінів.
- Корекцію когнітивних порушень.
- Лікування залишкових депресивних симптомів.
- Купірування тривоги.
- Лікування супутнього зловживання психоактивними речовинами.
- Мінімізацію ірраціональної поліпрагмації.

Переваги препарату Велаксин®

Одним з ефективних препаратів для фармакотерапії депресії є Велаксин® (діюча речовина – венлафаксин; виробник ЗАТ «Фармацевтичний завод ЕГІС», Угорщина). Антидепресивний ефект венлафаксину пов'язаний із посиленням нейротрансмітерної активності центральної нервової системи. Венлафаксин та його основний метаболіт О-десметилвенлафаксин є аспаратними потужними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, вони також пригнічують зворотне захоплення дофаміну нейронами.

Пролонгований ефект препарату Велаксин® сприяє зниженню частоти дозозалежних побічних ефектів, пов'язаних із піковими проявами дії форми венлафаксину з негайним вивільненням (IR), а також запобігає зниженню плазмової концентрації протягом 24 годин. За співвідношенням користь / ризик Велаксин® перевершує прості форми венлафаксину (IR) щонайменше вдвічі.

Серед переваг препарату Велаксин® у лікуванні депресії та тривожних розладів: дозозалежний подвійний антидепресивний ефект; перевірне зниження рівня тривоги вже з першого тижня лікування; вища, ніж у СІЗС, ефективність застосування в разі депресії, що робить його препаратом першого вибору для лікування як депресії, так і тривоги; на 34% нижчий ризик припинення терапії через брак ефективності, ніж для СІЗС; вища, ніж у пароксетину, результативність за резистентної депресії та вищий рівень відповіді й ремісії у пацієнтів із депресивним розладом або дистимією; значно полегшує перебіг депресії, коморбідної із соматичним боєм, і потужно усуває больові відчуття.

Велаксин® випускають у формі унікальних капсул пролонгованої дії, що містять два типи мікрогранул (пелет) із різним періодом вивільнення діючої речовини, забезпечуючи в такий спосіб стабільну її концентрацію в крові протягом 24 годин.

Доповідачка наголосила, що в клініко-фармакологічному плані феноменів слід згадати здатність препарату Велаксин® виключно швидко (упродовж перших 7-10 днів застосування) зумовлювати виразну десенситизацію постсинаптичних β-адренорецепторів, пов'язаних з аденілатциклазою. Практично у всіх відомих антидепресантів така реакція розвивається лише за досить тривалого введення – зазвичай щонайменше протягом 14-21 днів. Такий унікальний ефект безпосередньо пов'язаний із однією з найголовніших клінічних переваг згаданого препарату – швидким початком тимоаналептичної дії. Маючи широкий терапевтичний діапазон доз, Велаксин® послідовно залучає до спектра своєї нейрохімічної активності серотонінергічні, норадренергічні та дофамінергічні ефекти. У дозуванні 75-150 мг Велаксин® чинить серотонінергічну дію, за підвищення до 225 мг долучається норадренергічна, а подальше збільшення до 375 мг сприяє дофамінергічному ефекту. Така дозозалежна дія принципово відрізняє Велаксин® від решти СІЗС, обмежений діапазон терапевтичних доз яких звужує можливість інших нейрохімічних властивостей, окрім серотонінергічних.

Велаксин у клінічній практиці

Завершуючи доповідь, К.А. Косенко наголосила на тому, що Велаксин® є ефективним за широкого терапевтичного спектра (різні типи депресії та тривожних розладів). Препарату також притаманний високий рівень безпеки (мінімальна кількість побічних явищ та протипоказань до застосування). Немає також потреби у корекції дозування в пацієнтів похилого та старечого віку, оскільки вік не чинить впливу на фармакокінетику препарату.

Терапевтичний алгоритм допомоги за постстресових розладів в осіб, які постраждали внаслідок бойових дій



На початку своєї доповіді професорка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету **Ганна Михайлівна Кожина** зазначила, що в умовах повномасштабного вторгнення всі компоненти психічного здоров'я опинилися під впливом тяжких психотравматичних чинників. За попередніми прогнозами МОЗ України, щодня зростає кількість осіб, які відчуватимуть нега-

тивні наслідки війни для свого психічного здоров'я. Навіть тих, хто зміг стійко пережити перші місяці повномасштабного вторгнення РФ, чекає ментальне виснаження, адже звикання до постійного перебування в умовах війни також може негативно позначитися на психічному здоров'ї.

Нині українці перебувають під впливом низки психотравматичних чинників, як-от втрата близьких, невизначеність майбутнього, страх за життя та здоров'я, вимушене переселення, розлучення з близькими, втрата або загроза позбутися житла.

Під час військових подій стрес-асоційовані розлади можуть проявлятися порушеннями таких сфер, як:

- Емоційна (депресія, туга та почуття безнадії, тривога, внутрішнє напруження, дратівливість, ангедонія).
- Когнітивна (труднощі концентрації уваги, порушення пам'яті, труднощі при плануванні та організації).
- Вегетативна (пароксизми, психогенні болі, астения, інсомнія, сексуальні дисфункції).
- Психосоціальна (почуття провини того, хто вижив; нікчемність чи безпорадність; брак зацікавленості до занять, які раніше приносили приємність; відчуття жаху, надзвичайного страху після травматичної події; стани соціально-психологічної дезадаптації).

Ці симптоми можуть бути ознаками таких психіатричних розладів, як тривожно-депресивний, ПТСР або розлад адаптації. Професорка наголосила на важливості саме комплексного підходу до лікування пацієнтів зі згаданими розладами, який має обов'язково охоплювати фармакотерапію, психоосвіту, психологічну підтримку, психотерапію та посилення психосоціального ресурсу.

Стимулотон® у комплексній терапії постстресових розладів

Г.М. Кожина поділилася результатами власного дослідження, яке було проведено у Клініці ментального здоров'я Dr. Isaenko. В експерименті взяли участь 156 хворих обох статей віком 20-45 років зі стрес-асоційованим розладом. Було застосовано комплексний підхід до лікування, зокрема фармакотерапію антидепресантом Стимулотон® (діюча речовина сертралін; виробник ЗАТ «Фармацевтичний завод ЕГІС», Угорщина), психотерапію та психоосвіту. Спікерка обгрунтувала вибір цього антидепресанту тим, що сертралін є засобом першої лінії лікування ПТСР (клас рекомендації ІА) згідно з настановами Всесвітньої федерації співтовариств біологічної психіатрії (WFSBP, 2022) та клінічними рекомендаціями з надання медичної допомоги пацієнтам із неврологічними, психічними та поведінковими розладами (Волошина та співавт., 2021). Стимулотон® належить до класу СІЗС, йому притаманні такі властивості, як швидка редукція депресивної симптоматики; зниження тривоги, внутрішньої напруги, почуття смутку та туги; зниження частоти вазомоторних пароксизмів, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності, збільшення впевненості у власних силах і можливостях.

1. PH. Roseboom, NH. Kalin: Neuropharmacology of Venlafaxine Depression and Anxiety, Vol12, Suppl 1:20-29 (2000). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Велаксин. 3. Bauer M, Tharmanathan P al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Apr 259(3):172-85.

Склад та форма випуску: капс. пролонг. дії 37,5 мг білестер №28; капс. пролонг. дії 75 мг білестер №28; капс. пролонг. дії 150 мг білестер №28. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату, супутнє застосування з інгібіторами моноаміноксидази (МАО), а також протягом 14 днів після відміни інгібіторів МАО. Тяжкий ступінь артеріальної гіпертензії (АТ 180/115 та вище до початку терапії). Закритокутова глаукома. Побічні реакції. Артеріальна гіпертензія, вазодилатція, зниження апетиту, запор, нудота, порушення сну, сухість у роті, слабкість, втома. Р.П. № UA/3580/02/01-03. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, сим-позіумах з медичної практики.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Закінчення на наст. стор.

Початок на стор. 8

Психотерапевтичні методи

Другим, не менш важливим, елементом комплексу лікування стрес-асоційованого розладу є психотерапія. Зокрема, підходом до вибору є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія. Вона має позитивний ефект при лікуванні тривожно-депресивного розладу, ПТСР та розладів адаптації – «трюх психіатричних вершників війни». Також можливо таргетно застосовувати біосугесивну терапію, раціональну емоційно-поведінкову терапію, десенсибілізацію і EMDR та арт-терапію.

Психоосвітній комплекс для обстеження хворих на стрес-асоційовані розлади охоплює такі тренінги, як: інформаційний; набуття навичок співволодіння, афіліації, усвідомлення власних почуттів, адаптивного копінг; стратегії управління поведінкою та конструктивного реагування на травматичні події. Зразком інформаційного блоку психоосвітніх програм для пацієнтів зі стрес-асоційованим розладом є книга Девіда Дж. Морріса «Злий час. Біографія посттравматичного синдрому».

Її автор – морський піхотинець у відставці, журналіст і письменник, який страждає на ПТСР та описав свої переживання у цій книзі. Головною тезою твору є те, що ключем до допомоги тим, хто страждає на це порушення, є емпатія і розуміння реальності пережитого. Це слід обов'язково пам'ятати під час надання допомоги пацієнтам зі стрес-асоційованим розладом.

Іншою важливою частиною роботи зі стрес-асоційованими розладами професорка назвала превенцію станів декомпенсації. За ситуації, коли в людини збільшується кількість

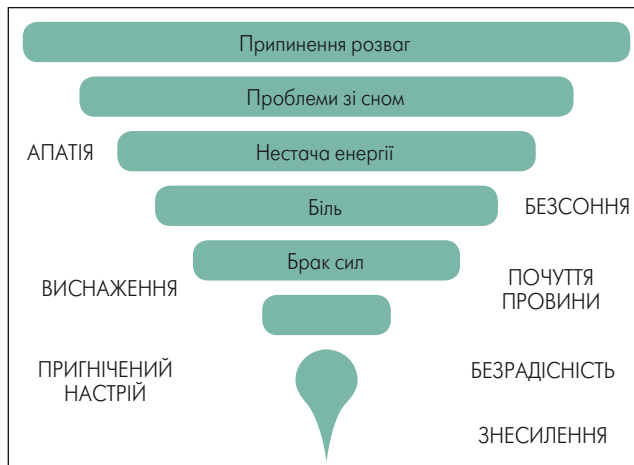


Рисунок. Графічне зображення «воронки виснаження» за М. Осберг

обов'язків, необхідних справ, першою з реакцій, яка формує нашу поведінку, є відмовитися саме від незначних справ, не настільки термінових і важливих, на користь найголовніших. Шведська клініцистка Марі Осберг назвала цей парадокс «воронкою виснаження» (рис.) і виявила, що «неважливими» справами виявляються саме ті, які дають нам сили, ресурс, енергію і натхнення. Надважливим є відчуття рутини: дотримання розпорядку дня, робота або навчання за планом, режим харчування та сну.

Наприкінці виступу спікерка навести результати власного дослідження, які підтверджують ефективність комплексу психоосвіти, психотерапії та застосування препарату Стимулотон® у лікуванні осіб зі стрес-асоційованим розладом на тлі воєнного стану в Україні. Така терапія допомагає значно знизити на третьому тижні рівні тривоги та депресії, визначені за шкалами: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкали Гамільтона для оцінювання тривожності та депресії (HAM-A і HAM-D) та Шкала Монтгомери-Асберг для оцінювання депресії (MADRS). Спостерігається також зниження визначених за шкалою оцінювання впливу травматичної події ознак ПТСР, як-от: вторгнення (IN), уникнення (AV), фізіологічна збудливість (AR), загальна виразність психічних розладів. Наявна позитивна динаміка психічного стану (за шкалою опитувальника для оцінювання симптомів SCL-90-R) та ситуативної й особистісної тривожності (за шкалою Спілберґера-Ханіна). Крім того, підвищується рівень соціально-психологічної адаптації та знижується рівень соціальної фрустрації.

Завершуючи доповідь, пані Кожина порекомендувала слухачам книгу відомого австрійського психолога, психіатра і філософа Віктора Франкла «Людина в пошуках справжнього сенсу». На її думку, саме цей твір може допомогти клініцистам і пацієнтам знайти потрібні відповіді у ці скрутні часи. Автор книги все своє життя присвятив проблемі пошуку сенсу існування після того, як пройшов через п'ять концтаборів, зокрема Дахау та Освенцим, і ніде не припиняв лікарську практику.

Підготував **Денис Соколовський**

Інформація**Новини МОЗ****Психологічна підтримка ушпиталених: 60 фахівців розпочали роботу у лікарнях Київської області, Вінниці та Дніпра**

У перші дні нового року в 14 лікарнях Київської області, Вінниці та Дніпра почали працювати 60 фахівців, які взяли участь у проєкті «Психосоціальна підтримка під час війни».

Проєкт організовано у межах ініціативи першої леді Олени Зеленської зі створення Національної програми ментального здоров'я та у розвиток домовленостей дружини Президента України та першої леді Ізраїлю Міхаль Герцог.

Фахівці із базовою медичною або психологічною освітою пройшли 94 години тренінгових занять онлайн та офлайн, під час яких опанували методики кризової, військової, екстремальної психології, першої психологічної допомоги. Отримані знання вони застосовуватимуть у роботі з тими, хто зазнав важких травм чи втрат внаслідок бойових дій та тривалий час ушпиталені, а також із членами їхніх родин.

Ще одним важливим завданням фахівців буде психологічна підтримка лікарів та усього медичного персоналу лікарень, які працюють із такими пацієнтами. Адже медики, пропускаючи через себе людські історії, потребують не меншої підтримки.

Для самих фахівців, які пройшли навчання і вже працюють у медичних закладах, також передбачено супервізію.



«Ініційована першою леді Оленою Зеленською Національна програма ментального здоров'я підняла питання психічного здоров'я та розвитку служби психічного здоров'я в Україні на якісно інший рівень. Завдяки тісній співпраці органів державної влади, представників неурядових організацій, міжнародних партнерів і експертних організацій, лідером яких є Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ми вже сьогодні здійснюємо дієві кроки для збереження психічного здоров'я українців, які постраждали від війни. А завдяки цьому проєкту психологічну підтримку отримують і медики, які зможуть відновлюватись та продовжувати ефективно працювати. Важливим компонентом цієї роботи також є освіта фахівців на додипломному та післядипломному етапах, тобто їх безперервний професійний розвиток. І наша головна мета – створити нашу власну українську модель психологічної допомоги і підтримки в умовах нової воєнної та післявоєнної реальності», – зазначила заступниці міністра охорони здоров'я Ірина Микичак.

Проєкт реалізується ГО «Безбар'єрність» у співпраці з Ізраїльським форумом міжнародної гуманітарної допомоги IsraAID, Міністерством охорони здоров'я України, департаментами охорони здоров'я м. Дніпро, м. Вінниця, Київської області.

Передбачається, що досвід, який набувають українські фахівці у цьому проєкті, буде масштабовано на всю Україну, а також буде розроблено методологію та гайд із рекомендаціями щодо роботи фахівців в умовах воєнного часу.

IsraAID – це провідна міжнародна неурядова гуманітарна організація зі штаб-квартирою в Ізраїлі, яка понад 20 років по всьому світу допомагає спільнотам, що опинилися в кризовій ситуації, долати її та розбудувати стабільне майбутнє. Її команди медиків, експертів із посттравматичних станів, фахівців у громадах та інших професіоналів очолювали міжнародну відповідь на катастрофи та конфлікти по всьому світу. Станом на вересень 2022 року IsraAID відреагувала на кризи у понад 60 країнах.

Ініціатива першої леді Олени Зеленської зі створення Національної програми ментального здоров'я має на меті створити власну, українську модель системи охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка вбере найкращі світові й вітчизняні практики. А також сформувати в українців звичку піклуватися про своє ментальне здоров'я, щоб знайти в собі приховане джерело сили у складні часи.

Розроблення та впровадження програми координує Міністерство охорони здоров'я України у тісній взаємодії з українськими та іноземними фахівцями. Ця ініціатива реалізується за підтримки ВООЗ.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>

Понад 6000 сімейних лікарів зареєструвалися на онлайн-курс із ведення поширених психічних розладів із використанням керівництва mhGAP

Старт онлайн-курсу «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги з використанням керівництва mhGAP» був анонсований під час форуму, що пройшов наприкінці минулого року для працівників медичної сфери.

Онлайн-курс призначений для працівників первинної ланки медичної допомоги (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, медичних сестер/братів) з метою отримання ними знань про ведення поширених психічних розладів восьми, які мають відповідні стани.

В умовах війни запит на психологічну допомогу значно зріс. І серед загальної кількості звернень до сімейних лікарів частка питань щодо психічного здоров'я останніми місяцями відчутно збільшилася. А тому дуже важливою є відповідна підготовка фахівців первинної ланки медичної допомоги.

Одним з елементів такої підготовки є згаданий онлайн-курс, створення якого ініціювали МОЗ разом із ВООЗ у межах ініціативи першої леді Олени Зеленської зі створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Той факт, що курс є надто актуальним, підтверджує велика кількість охочих його пройти. Лише протягом першого тижня з моменту його старту 29 грудня 2022 р. на навчання зареєструвалося понад 6 тис. учасників.

Нагадаємо, що реєстрація на онлайн-курс для працівників первинної ланки медичної допомоги доступна за посиланням <https://academy.nszu.gov.ua/enrol/index.php?id=183> на платформі Академії НСЗУ.

Цей курс базується на навчальних матеріалах mhGAP, а його проходження дасть змогу медикам «первинки» надавати медичні послуги в межах нового пакета програми медичних гарантій «Супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»*.

Першочергово до навчання запрошуються саме сімейні лікарі, щоб якомога швидше вони могли опанувати знання та допомагати нашим громадянам, які мають проблеми з психічним здоров'ям.

Курс розроблений групою фахівців із психічного здоров'я та загальної практики – сімейної медицини з досвідом роботи з програмою mhGAP, за загальної координації Академії НСЗУ, експертної підтримки ВООЗ та керівництва МОЗ України. У розробленні курсу взяли участь фахівці Академії Сімейної Медицини України, українсько-швейцарського проєкту «Психічне здоров'я для України», ГО «Проліска» та Проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я».

Медичні працівники ПМГ, які бажають отримати поглиблені знання за програмою mhGAP та відпрацювати навички ведення осіб із психічними розладами, можуть пройти очний тренінг від ВООЗ та партнерів. Для цього їм потрібно заповнити онлайн-форму за посиланням: <https://forms.gle/kPsQ41rxjwY1jXuJ8>

Довідка: mhGAP (Mental Health Gap Action Programme) – це глобальна флагманська програма ВООЗ, спрямована на підвищення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я шляхом залучення неспеціалізованих із психічного здоров'я кадрів (наприклад, сімейних лікарів) до надання допомоги особам із психічними розладами. Керівництво mhGAP та його версія для надзвичайних гуманітарних станів пропонує медичним працівникам загальної практики протоколи діагностики та ведення пацієнтів із поширеними психічними розладами, як-от депресія, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальна поведінка, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та інших розладів.

Примітка. * Усвідомлюючи наслідки війни для психічного здоров'я населення та необхідність негайної відповіді на зростаючі потреби у послугах із психічного здоров'я, МОЗ та НСЗУ у листопаді 2022 р. запровадили новий пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» в рамках Програми медичних гарантій. Заклади ПМД, у яких щонайменше 20% медичного персоналу мають відповідний рівень підготовки, можуть укласти контракт із НСЗУ за новим пакетом.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>

Особливості ведення пацієнтів із міастенічним кризом

У жовтні минулого року відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні аспекти клінічної неврології». У програмі значилися проведення майстер-класів, обговорення клінічних випадків і надання практичних рекомендацій. Зокрема, завідувач кафедри неврології Дніпровського державного медичного університету, доктор медичних наук Олександр Іванович Кальбус виступив із доповіддю «Міастенічний криз: що робити?».

Проблема міастенічного кризу залишається актуальною через ризики для здоров'я пацієнта та дефіцит інформації, що мають лікарі, які стикаються із пацієнтами з цим станом. Сьогодні міастенія є найчастішим первинним захворюванням нервово-м'язової передачі, в її основі лежить ураження постсинаптичної мембрани.

Захворюваність на міастенію широко варіює у світі й у середньому становить 6,3-26,9 випадку на 1 млн населення на рік. Проте кількість епідеміологічних досліджень цієї патології незначна. Поширеність міастенії становить близько 20 випадків на 100 тис. населення на рік. Втім, поступово захворюваність і поширеність міастенії зростають. Це пов'язано з удосконаленням діагностичних процедур і покращенням медичної допомоги хворим.

Рівень загальної захворюваності населення України на міастенію дещо відрізняється від такого в найближчих західних країнах через особливості обліку зазначеної категорії хворих і становить 5,16 випадку (95% довірчий інтервал 4,79-5,53) на 100 тис. населення. Показник інвалідності сягає 64,5%, що значно вище, ніж у сусідніх західних країнах і країнах Північної Америки. Це пов'язано як з особливостями надання медичної допомоги, так і з надто пізнім зверненням хворих до медичного закладу.

Типовими є бімодальний характер розподілу хворих на міастенію за віком і статтю й наявність двох піків захворюваності: 20-30 років у жінок (28,2%) та 50-60 років у чоловіків (21,5%).

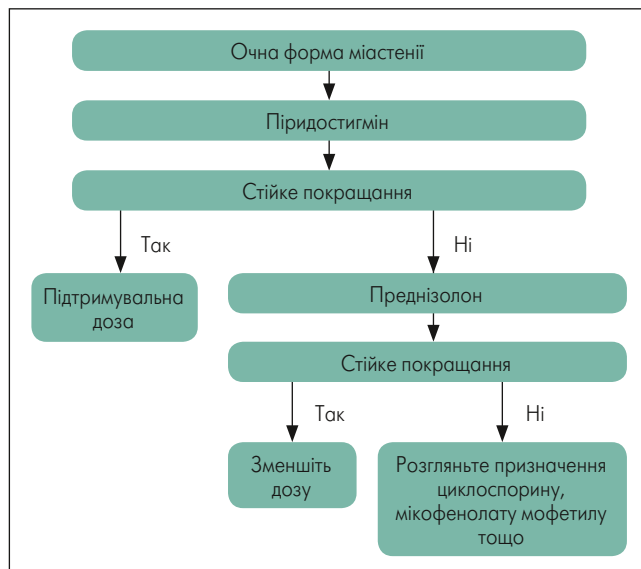


Рис. 1. Алгоритм лікування очної форми міастенії

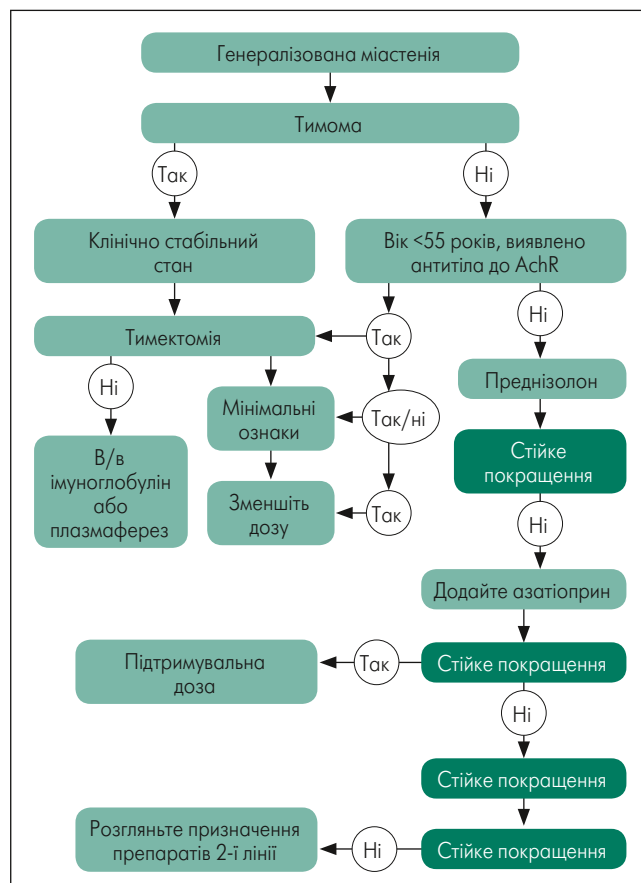


Рис. 2. Алгоритм лікування генералізованої форми міастенії

Для визначення міастенічного кризу та характеру перебігу міастенії використовують класифікацію MGFA, яка уміщує п'ять основних класів: I – очна форма (рис. 1), II-V (залежно від виразності м'язової слабкості) – генералізована форма (рис. 2).

Додатковою класифікацією, якою рідше користуються, є оцінювання стану, що виникає в пацієнта з міастенією після чи внаслідок медикаментозного або хірургічного лікування (стан мінімальних ознак, ремісія).

Зокрема, загальні принципи лікування міастенії охоплюють чотири напрями: симптоматичне, патогенетичне, хірургічне та короткострокове лікування. При цьому в будь-якому разі терапія має бути персоналізованою.

Симптоматичне лікування передбачає використання антихолінестеразних засобів (піридостигмін). Основою патогенетичної терапії є імуносупресанти: глюкокортикоїди (преднізолон, метилпреднізолон), азатиоприн, за потреби – препарати 2 та 3-ї лінії. Хірургічне лікування полягає у виконанні тимектомії. За короткострокової терапії застосовують внутрішньовенне введення імуноглобуліну або плазмаферез.

Основними ускладненнями міастенії є міастенічний, холінергічний і змішаний кризи. Ці стани є невідкладними, тому потребують максимальної уваги з боку лікаря та вживання негайних заходів.

Загалом міастенічний криз – це відносно нечасте явище, за адекватної терапії здебільшого розвивається рідко. Він може спостерігатися в дебюті захворювання до інших симптомів. Основною його клінічною ознакою є бульбарна та/або респіраторна недостатність.

У 15-20% пацієнтів міастенічний криз розвивається впродовж першого року початку хвороби. При цьому в близько 20% пацієнтів він узагалі є першою ознакою міастенії. Власне, у третини пацієнтів, які вижили після міастенічного кризу, рецидиви повторюються й надалі.

На сьогодні, за епідеміологічними даними, середній вік пацієнта з міастенічним кризом становить 59 років. Щодо гендерного співвідношення, то воно відрізняється залежно від віку пацієнтів: чоловіки / жінки до 40 років – 1/2, від 40 до 49 років – 1/1, понад 50 років – 3/2. Таке співвідношення пов'язано з бімодальним розподілом захворюваності та поширеності міастенії. Смертність від міастенічного кризу становить близько 5% із тенденцією до зниження (переважно в розвинених країнах).

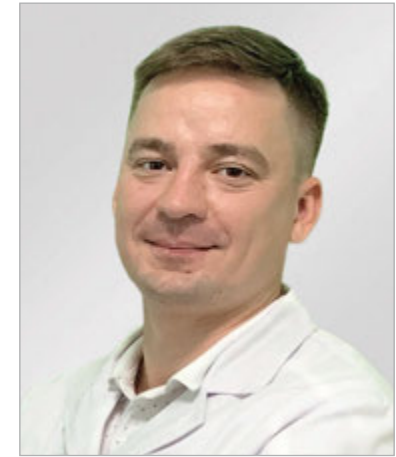
У клінічній практиці важливим є правильне визначення діагнозу. Концепція явного (маніфестного) міастенічного кризу ґрунтується на клінічних наслідках: це серйозний, небезпечний для життя стан через швидке погіршення перебігу міастенії та потенційне порушення дихання внаслідок вентиляційної або бульбарної дисфункції. Також у практиці існує діагноз «загроза міастенічного кризу» – це швидке клінічне погіршення міастенії, що, на думку лікаря, може в короткій термін (дні або тижні) призвести до кризу.

Основними провокувальними чинниками розвитку міастенічного кризу є респіраторні інфекції (40%), емоційні стреси та мікроаспірації (10%), зміна режиму приймання лікарських засобів (8%), хірургічне втручання, травми. Приблизно в 30-40% випадків міастенічний криз виникає без встановлених причин.

У пацієнтів із тимомаю міастенічний криз розвивається вдвічі частіше, ніж у осіб без неї. Що стосується впливу вагітності, то вона погіршує перебіг міастенії в 33% випадків, а міастенічний криз під час вагітності призводить до високої перинатальної смертності.

Під час ведення пацієнтів із міастенією та міастенічним кризом треба пам'ятати про лікарські засоби, що можуть погіршувати перебіг захворювання. До таких засобів

Показник	Норма	Критерії інтубації	Критерії екстубації
Життєва ємність легень (мл/кг)	>60	<20	>25
Негативний тиск на вдиху (мл вод. ст.)	>70	<-30	>40
Позитивний тиск видиху (мл вод. ст.)	>100	<40	>50



О. І. Кальбус

належать аміноглікозидні антибіотики (наприклад, гентаміцин, неоміцин і тобраміцин), β-блокатори, ботулотоксин, хлорохін і гідроксихлорохін, глюкокортикоїди, десферіоксамін, D-пеніциламін, водовмісні радіологічні контрастні речовини, макролідні антибіотики, магній, статини, живі ослаблені вакцини, телітроміцин, антибіотики групи фторхінолонів, хінін.

Якщо функціональна життєва ємність легень, що визначається методом спірометрії, зменшується <80% за норму, це є ознакою погіршення міастенії із загрозою розвитку міастенічного кризу. У такому разі ставиться питання про проведення інтубації (табл.). Абсолютними показаннями до цієї процедури є зупинка дихання або серця, порушення свідомості, шок, аритмії, що загрожують життю, значні порушення складу крові, бульбарна дисфункція з підтвердженою аспірацією. При проведенні інтубації пацієнтам із міастенічним кризом, що потрапили до відділення інтенсивної терапії, важливим є дотримання «правила 20/30/40», яке використовують анестезіологи-реаніматологи.

Підтримка дихання та неспецифічне лікування міастенічного кризу передбачають введення бронходилататорів (краще інгаляційних), агресивну фізичну терапію органів грудної клітки (перкусія, вібрація, поступальний дренаж), санацію дихальних шляхів (за потреби виконується бронхоскопія), адекватне харчування (перевага віддається ентеральному – обмеження вуглеводів, калію, магнію, фосфору), неспецифічну терапію (контроль гемодинаміки, глікемії, коагулопатії, профілактика тромбозів глибоких вен).

Золотим стандартом лікування міастенічного кризу залишається імунотерапія. На сьогодні використовується плазмаферез (20-25 мл/кг № 5 через день, поліпшення відбувається через 2 дні, ефект зберігається протягом 3-4 тижнів) або імуноглобулін внутрішньовенно (0,4 г/кг на добу 4-6 днів, поліпшення в середньому відбувається на 5-й день, ефект зберігається протягом 4-5 тижнів).

Важливі моменти, які треба мати на увазі під час ведення пацієнтів із міастенічним кризом:

- ознакою зростання сили бульбарних і дихальних м'язів є зростання сили згиначів шиї;
- зазвичай трахеотомія за міастенічного кризу не виконується (це пов'язано з тим, що в більшості випадків міастенічний криз за адекватного лікування минає менш ніж за 2 тижні);
- якщо пацієнт скаржиться на слабе або поверхневе дихання, екстубацію не виконують навіть у разі досягнення критеріїв;
- антихолінестеразні препарати тимчасово скасовують у разі штучної вентиляції легень до клінічного поліпшення, рестарт починають до екстубації;
- кортикостероїди в разі приймання до розвитку міастенічного кризу не скасовують, а після виходу з нього – збільшують;
- якщо до міастенічного кризу кортикостероїди не застосовуються, після екстубації їх призначають.

Хоча міастенічний криз залишається нечастою проблемою, цей стан потребує значної уваги, а нерідко й мультидисциплінарного підходу з боку невролога й анестезіолога-реаніматолога. Вчасні заходи дають змогу зберегти життя пацієнту, і надалі якість його життя не буде знижена. Також велике значення мають терапевтичне навчання пацієнта, формування відповідальності за стан свого здоров'я й усвідомлення необхідності своєчасного звернення по медичну допомогу.

Підготував Олександр Соловйов

Лікування депресивного розладу

У сучасному світі депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів. Прояви захворювання зумовлюють негативні наслідки як на психологічному, так і на соматичному рівні, а тяжка депресія може стати причиною суїциду. Вагоме зниження якості життя хворих та сильне навантаження на економічну і медичну системи країни зумовлюють актуальність цього захворювання. Про сучасні стандарти діагностики та методи лікування депресивного розладу у своїй доповіді на Міжнародній неврологічній конференції «XIV Нейросимпозіум» розповів професор Allan H. Young.

За підрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2019), глобальна поширеність депресії становить 279,6 млн, що вже на той момент робило її одним із найчастіших психічних розладів, які можна зустріти в практиці психіатра.

Наприклад, 1990 року поширеність депресії сягала лише 170,8 млн осіб. Пацієнти з депресивним розладом в анамнезі мають значно меншу частоту працевлаштування, ніж у загальній популяції.

Так, серед осіб віком 25-64 роки з наявною тривалою депресією лише половина була працевлаштована порівняно із 77% працевлаштованих осіб без наявного депресивного розладу, що, безперечно, є сильним ударом по економіці. Власне, через високий рівень безробіття серед хворих на депресію в Європейському Союзі економічні втрати становлять >176 млрд євро за рік, що однозначно відображається на загальній якості життя населення.

В Україні депресія є найактуальнішою проблемою серед усіх психічних розладів. Наприклад, доведено, що українці страждають на це захворювання значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу, при цьому велика кількість хворих залишається «за лаштунками» через нерозпізнаний легкий або межовий депресивний розлад лікарями загальної практики.

Зрозуміло, що пандемія COVID-19, воєнні дії мають негативний вплив на психіку людини, вагомо підвищуючи схильність до розвитку депресивного розладу. Так, за даними 2021 року, наслідком коронавірусної пандемії стало збільшення поширеності депресії на 53,2 млн випадків. Установлено, що деякі пацієнти після перенесеного інфекційного захворювання мали вищу схильність до розвитку тривожного розладу та тяжкої депресії, зокрема жінки, пацієнти молодого віку й люди зі слабшою імунною системою. Саме тому невідними є передбачення вчених, які вважають, що великий депресивний розлад стане лідируючою патологією до 2030 року (щонайменше з боку психологічних захворювань).

Цікаво, що, попри статистичне зростання хворих на депресію, пандемія спричиняла зменшення мотивації пошуку лікаря в пацієнтів із наявним або межовим депресивним розладом. Це свідчить про те, що істинна поширеність розладу значно перевищує надані ВООЗ показники. Крім того, через

неможливість планового лікування з причини перепрофілювання психіатричних відділень в інфекційні сумарно збільшилася кількість пацієнтів із гострими станами (у контексті депресії – спробами самогубства).

- Основними клінічними симптомами депресії є:
- знижений настрій, який не залежить від зовнішніх обставин;
 - ангедонія – нездатність людини отримувати задоволення від діяльності, яка зазвичай є для неї приємною;
 - швидка втомлюваність;
 - почуття провини та власної непотрібності;
 - порушення сну (безсоння або гіперсомнія – патологічна сонливість);
 - зміна апетиту та невмотивована зміна маси тіла;
 - негативні переконання щодо себе чи відносин з оточенням;
 - втрата уваги та здатності до концентрації;
 - суїцидальні думки.

Усі вищезазначені симптоми містяться в сучасних рекомендованих діагностичних критеріях – DSM-5 та МКХ-10.

Для встановлення діагнозу депресивного розладу в пацієнта мають бути наявні хоча б один (DSM-5) або два (МКХ-10) ключові симптоми за їхньої тривалості у хворого впродовж щонайменше 2 тижнів. Власне, після встановлення діагнозу вирішується питання про оптимальну терапевтичну стратегію для хворого.

Основними лікарськими засобами для лікування депресії на фармацевтичному ринку є антидепресанти. Широкий спектр цих препаратів дає змогу в індивідуальному порядку обрати кращий препарат для пацієнта, досягнувши клінічної ефективності від лікування. Однак не завжди відповідь на лікарські засоби може бути адекватною. Неадекватну відповідь на лікування визначають за наявності:

- залишкових симптомів (вдома, безсоння, збільшення маси тіла, ангедонія, психосоматичні симптоми тощо);
- функціональних порушень із боку шлунково-кишкового тракту й інших систем органів.

Насправді неадекватна відповідь на лікування депресії не є рідкістю в практиці психіатра. Проте резидуальні симптоми вагомо знижують якість життя пацієнта та його комплаєнс щодо призначеної



Allan H. Young

терапії, через що вони мають вищий ризик рецидиву захворювання і менший час до його настання порівняно з іншими хворими. Залишкові явища та функціональні порушення внаслідок неадекватної терапії корегуються фармакологічно, але навіть при їхньому зникненні пацієнт може не відчувати себе вилікованим (попри клінічні критерії ремісії). Саме тому обов'язково необхідно поцікавитися в хворого про його психологічний стан і відчуття ефекту внаслідок проведеного лікування.

Одним із видів неадекватного ефекту лікування є розвиток резистентності – відсутності відповіді на ≥2 антидепресанти, які призначають протягом рекомендованого періоду часу та в достатніх терапевтичних дозах.

Дослідження STAR*D виявили, що загалом 67% пацієнтів досягають ремісії при використанні антидепресантів. Однак із кожним кроком терапії частота хворих із ремісією знижувалася, а ризик рецидиву та резистентність до терапії збільшувалися. Так, лише 15% пацієнтів після застосування двох антидепресантів досягали ремісії у разі подальших кроків консервативної терапії, але в майже 70% із них вона була нестабільною і спричиняла рецидив захворювання.

Залежно від перебігу розрізняють п'ять стадій резистентної депресії:

- **Стадія I:** відсутність відповіді хоча б на один антидепресант, який застосовується для лікування депресивного розладу.
- **Стадія II:** стадія 1 + відсутність відповіді на два антидепресанти.
- **Стадія III:** стадія 2 + відсутність відповіді на три циклічні антидепресанти;
- **стадія IV:** стадія 3 + відсутність відповіді на інгібітори MAO.
- **Стадія V:** стадія 4 + відсутність відповіді на курс білатеральної електрошокової терапії.

Діагноз резистентної депресії встановлюють на основі анамнезу пацієнта щодо неефективності попереднього лікування та його клінічної симптоматики. Також деякі лікарі використовують модель Maudsley; вона оцінює основні симптоми, тривалість та тяжкість епізодів депресії пацієнта, а також кількість неуспішних курсів терапії.

Ця модель є достатньо легкою для клінічного оцінювання стану хворого, однак не враховує психосоціальних стресорів, функціональних порушень, коморбідних патологій тощо, через що не надає змоги отримати повну картину захворювання та застосувати оптимальний підхід до лікування.

З огляду на те, що резистентність до певного препарату зазвичай характерна для тривалого перебігу захворювання, а не для гострого процесу, останнім часом, окрім резистентної депресії, використовують термін тяжкої для лікування депресії – DTD (difficult to treat depression); він є переосмисленням резистентного депресивного розладу.

Концепт DTD ураховує загальний стан пацієнта, середовище життя та перебіг його депресивних епізодів упродовж тривалого часу, надаючи в такий спосіб

Що таке великий депресивний розлад?

Рекомендації МКХ-10

Чи має пацієнт щонайменше два з таких симптомів:

1. Знижений настрій
2. Втрата інтересу та задоволення
3. Зниження енергії, що призводить до швидкої втомлюваності та меншої щоденної активності

Іншими поширеними симптомами є:

- Зниження концентрації та уваги
- Знижена самооцінка
- Думки про самоушкодження та суїцид
- Почуття провини та нікчемності
- Песимістичні погляди щодо майбутнього
- Порушення сну
- Знижений апетит
- Помітна втрата після незначних зусиль

Наявність симптомів щонайменше протягом останніх двох тижнів

Критерії DSM-5

Чи має пацієнт хоча б один із таких симптомів:

1. Відчуття пригніченості, зниженого настрою та безнадії
2. Зниження інтересу чи задоволення від діяльності, яка зазвичай була приємною

Якщо пацієнт має хоча б один ключовий симптом, перевірте наявність додаткових ознак:

- Порушення сну
- Знижений або підвищений апетит
- Втрата / втрата енергії
- Збудження або загальмованість
- Низька концентрація
- Відчуття нікчемності
- Суїцидальні наміри або дії

Рисунок. Діагностика депресивного розладу згідно з критеріями DSM-5 та МКХ-10

зможу лікарю розпізнати як гостре афективне порушення, так і рецидив хронічного розладу.

Зокрема, підхід до лікування хворого за моделлю DTD є ціліснішим і спрямований не лише на досягнення ремісії, а й на усунування стресових чинників та коморбідних патологій, які чинять вплив на перебіг депресивного розладу. Саме тому наразі підходи до лікування DTD застосовують і для резистентної депресії.

Отже, алгоритм діагностики резистентної до лікування депресії має такі етапи:

- 1) оцінити загальний стан пацієнта;
- 2) підтвердити первинний психіатричний діагноз;
- 3) оцінити адекватність попереднього лікування;
- 4) підтвердити прихильність до попереднього лікування;
- 5) розглянути варіант фармакогенетичного тестування чи моніторингу аналізу крові;
- 6) оцінити коморбідні психіатричні розлади, які погіршують або імітують депресивний епізод і потребують лікування;
- 7) оцінити недіагностовані загальномедичні захворювання, що можуть зумовити депресію;
- 8) оцінити поточні стресові чинники, які потребують корекції.

Основні цілі лікування резистентної депресії – підтримання асимптоматичного стану пацієнта, повернення його до преморбідного функціонального стану та мінімізація побічних ефектів курсу терапії.

Під час обрання оптимальної терапії необхідно звертати увагу на досягнення високого комплаєнсу завдяки довірливим взаємовідносинам із пацієнтом, а також його індивідуальним вподобанням.

Так, перевага хворого певному виду лікування (фармако-/психотерапії чи їхній комбінації) має достовірний прямий вплив на сумарну ефективність проведеної терапії, тому під час розроблення терапевтичної стратегії варто заздалегідь обговорити можливі варіанти лікування з пацієнтом, адже часом вони можуть не відповідати навіть на доказові методи терапії через їхнє нерозуміння або неприйняття їх як дієвих засобів.

Підвищення чутливості пацієнтів до терапії при резистентній депресії досягають такими методами:

- збільшення дози призначених ліків;
- оптимізація поточної терапії для виключення псевдорезистентності;
- аугментація та/або ескалація лікування іншим препаратом;
- комбінація терапії з іншим препаратом (наприклад, комбінація міртазапіну з інгібіторами зворотного захоплення серотоніну);
- заміна поточного лікування на іншу монотерапію.

Однак, хоча вищезазначені методики часто застосовуються в практиці психіатра, їхня доказовість залишається обмеженою, а результат не завжди дає змогу досягти потрібного клінічного ефекту. В такому разі

можливим є застосування нефармакологічних методів, основними з яких є:

- *когнітивно-поведінкова терапія*, що достовірно покращує ефективність лікування депресивного розладу, особливо в сукупності з фармакотерапією;
- *білатеральна електрошокова терапія*, яка є ефективним методом лікування резистентної депресії та вважається золотим стандартом її нефармакологічного лікування у Великій Британії;
- *стимуляція блукального нерва*, яку широко застосовують у Німеччині, проте її ефективність та доцільність призначення потребують ще подальших досліджень;
- *транскраніальна магнітна стимуляція та магнітно-судомна терапія*, які є перспективними методами, але наразі застосовуються рідко через недостатню кількість доказових даних щодо їхнього застосування.

Широкий спектр можливостей фармакологічного та нефармакологічного лікування резистентної депресії дає змогу комбінувати різноманітні методики, досягаючи бажаної клінічної відповіді на терапію і ремісії захворювання.

Упровадження та використання наявних на сьогодні можливостей лікування дозволить значно ефективніше надавати допомогу хворим із депресивним розладом, що покращуватиме як їхній індивідуальний стан, так і загальну якість життя населення загалом.

Підготував **Євгеній Ботаневич**



Інформація

Новини МОЗ

В Україні презентували «Check point» – унікальну модель відновлення психічного здоров'я для тих, хто зазнав впливу війни

Фахівці Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України презентували унікальну модель відновлення психічного здоров'я «Check point» для тих, хто пережив психотравматичні події. Захід відбувся в межах ініціативи першої леді Олени Зеленської зі створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Участь у презентації взяли представники офісу першої леді, Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко та директор Місії USAID в Україні Джеймс Хоуп, захисники України, представники міжнародних організацій, громадянського суспільства, соціально відповідального бізнесу.

«Повномасштабне воєнне вторгнення росії до нашої держави поставило перед сферою охорони здоров'я України нові складні виклики. Проте майже через 11 місяців впевнено стверджуємо, що ми тримаємося і ми непохитні. Але ніхто точно не знає, коли завершиться війна та скільки триматися ще. Ми ж точно знаємо, що у наших силах побудувати таку систему підтримки психічного здоров'я, яка уже зараз дасть змогу отримати комплексну допомогу кожному і кожній, хто відстоював Україну на полі бою, хто перебував під окупацією або зазнав руйнівного впливу війни. Саме такою є мета ініціативи першої леді зі створення Національної програми психічного здоров'я», – сказав Віктор Ляшко.

USAID залишається відданим стратегії підтримки українців в отриманні необхідних послуг із психічного здоров'я. Під час заходу Джеймс Хоуп засвідчив важливу роль Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» і оголосив про підтримку з боку USAID у створенні на базі закладу нового ресурсного центру з питань психічного здоров'я. Створення ресурсного центру – це частина допомоги, яку у розмірі майже 36 мільйонів доларів США USAID виділило від початку війни на розширення доступу до послуг психічного здоров'я та на підтримку ініціативи першої леді України зі створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Після повномасштабного вторгнення з боку Росії потреба у фаховій допомозі у сфері психічного здоров'я в Україні зростає в рази. Створення ресурсного центру за підтримки проєкту USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я» допоможе масштабувати досвід «Лісової Поляни» та проводити навчання фахівців, які працюватимуть як у медичних закладах, так і в громадах, надаючи послуги з відновлення психічного здоров'я для постраждалих від психотравматичних подій. Модель послуг, запроваджена «Лісовою Полянню», уже довела свою ефективність. Тож відтепер навчені за програмою фахівці зможуть застосовувати цю модель для роботи у громадах всієї України, працюючи з ветеранами, їхніми сім'ями та тими, хто зазнав впливу війни.

Презентована модель є мультимодальною. Вона передбачає застосування великої кількості різних підходів, методів, принципів лікування й реабілітації для досягнення найкращого ефекту відновлення психічного здоров'я. Її основа – підхід до здоров'я людини як до системи, на яку мають вплив біологічні, психологічні та соціальні чинники. Отже, і допомога має враховувати кожен із цих чинників.

Директорка Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Ксенія Возніцина розповіла: «Модель заснована на багаторічному успішному досвіді

роботи нашої команди з травмами війни у ветеранів. Вона акумулює не тільки наші, а й найкращі світові практики. Модель має робочу назву «Check Point», або «Контрольна точка». Так нас назвав один із пацієнтів після лікування. Він сказав, що тут буквально «перезавантажився». І це, дійсно, – контрольна точка піклування про стан свого психічного здоров'я: відновлення втрачених сенсів, отримання нових навичок та знань, трансформація травматичного досвіду в посттравматичне зростання».

За словами Ксенії Возніциної, з огляду на масштаби війни наша країна має потребу у створенні цілої низки реабілітаційних центрів, і презентована модель дасть змогу зробити роботу таких центрів максимально ефективною.

Підтримку Центру «Лісова поляна» здійснює проєкт USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я в Україні», що реалізує організація Пакт.

Довідка: Центр «Лісова поляна» – це державний заклад управління МОЗ, який є першим в Україні медичним центром зі спеціалізацією на лікуванні психотравми і наслідків черепно-мозкових травм, а також на допомозі особам, які пережили полон та тортури. Команда працює з 2014 року з травмами війни та має великий практичний досвід у наданні послуг, навчанні фахівців, розбудові мережі допомоги для згаданих категорій осіб. Центр акумулює український та міжнародний досвід, забезпечує навчання, підвищення кваліфікації фахівців, що реалізується через роботу Тренінгової платформи.

Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» та БФ «СУПЕРЛЮДИ» підписали меморандум про співпрацю

Представники Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України та БФ «СУПЕРЛЮДИ» (Superhumans) підписали меморандум про співпрацю. Зокрема, сторони домовилися про впровадження передових, заснованих на принципах доказовості, медичних і реабілітаційних технологій в Україні для потреб пацієнтів, які постраждали внаслідок збройної агресії російської федерації.

Власне, підписання меморандуму стане відправною точкою розвитку, вдосконалення та поглиблення співпраці у сфері, яка через повномасштабну війну є вкрай затребуваною і потрібною.

«Після повномасштабного вторгнення потреба у фаховій допомозі у сфері психічного здоров'я в Україні зростає в рази. Водночас наш центр має понад 9 років успішного досвіду роботи з травмами війни у ветеранів. Нам є чим поділитися з колегами, і ми готові до спільної роботи для розбудови в Україні цілої мережі реабілітаційних закладів, де кожен, хто зазнав впливу війни, зможе отримати психологічну допомогу і психосоціальну підтримку та після нашої перемоги повернутися до мирного життя», – зазначила Ксенія Возніцина, директорка Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна».

Меморандум підписаний під час презентації унікальної моделі відновлення психічного здоров'я для осіб, які зазнали впливу війни. Захід відбувся в межах ініціативи першої леді України Олени Зеленської зі створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.



ПІДТРИМКА
полегшує
ЖИТТЯ



ЕСЦИТАМ®
АСІНО
есциталопрам

- ◆ Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁵
- ◆ Біоеквівалентний оригінальному есциталопраму⁶
- ◆ Один із найдоступніших за ціною есциталопрамів в Україні⁷

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ АСІНО
Діюча речовина. Есциталопрам. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. Фармакотерапевтична група. Антидепресанти. Фармакологічні властивості. Есциталопрам є антидепресантом, селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зумовлює клінічні і фармакологічні ефекти препарату, має високу спорідненість до основного зв'язувального елемента і суміжного з ним алостеричного елемента транспортера серотоніну та не має зовсім або має дуже слабку здатність зв'язуватися з низкою рецепторів, включаючи серотонінові 5-HT_{1A}-, 5-HT₂-рецептори, дофамінові D₁- та D₂-рецептори, α₁-, α₂-, β-адренергічні рецептори, гістамінові H₁, M-холінергічні рецептори, бензодіазепінові та опіатні рецептори. Показання. Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальна фобія), генералізованих тривожних розладів, обсесивно-компульсивних розладів. Протипоказання. Підвищена чутливість до есциталопраму або до інших компонентів препарату, однечасне лікування інгібіторами МАО або лінезидом. Побічні реакції. Нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривож, неспокій, аномальні сни, зниження лібідо, аноргазмія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусит, позичання, посилене потовиділення, артралгія, міалгія, розлади евакуації у чоловіків, імпотенція, втома, прискорення, збільшення маси тіла, симптом відміни тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: № UA/15764/01/01, UA/15764/01/02, Наказ МОЗ України №2405 від 03.11.2021. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компанії Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. 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.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Есцитам. Р. П. МОЗ України: № UA/15764/01/01, UA/15764/01/02, Наказ МОЗ України №2405 від 03.11.2021. 2. Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22:1331-4. 3. Khan et al. Clin Drug Invest 2007; 27 481-92. 4. Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21 297-309. 5. Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189 264-1. 6. Bioequivalence Study Number 2007-003996-38, Clin. Report. Dec. 2007, Summary, p. 8. 7. Тижневик «Аптека», <http://www.apтека.ua>

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

У центрі особливої уваги: посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найпоширеніших психічних розладів у регіонах, що постраждали від війни. Питання раннього втручання, ефективної терапії та реабілітації, які є необхідними для мінімізації віддалених наслідків ПТСР, стали темою обговорення під час проведення фахових конгресів та науково-практичних конференцій восени 2022 року.

Ми зазнали травми. Тепер в усіх нас буде ПТСР?



Завідувач психіатричного відділення
первинного психотичного епізоду КНП
ХОР «Обласна клінічна психіатрична
лікарня № 3, к.мед.н.
Вадим Олександрович Мангубій

За даними дослідження психологічного стану населення, яке опублікувало Міністерство охорони здоров'я України, понад 90% опитаних українців мали ознаки хоча б одного зі симптомів ПТСР, а 57% громадян перебувають у «зоні ризику» розвитку ПТСР. Натомість суб'єктивна оцінка психологічного благополуччя українців (яка залежить передусім від ставлення респондентів до самих себе) є доволі високою та становить 6-7 балів із 9 можливих. Зараз ми перебуваємо під впливом нетипових чинників розвитку ПТСР, який уперше діагностували в американських ветеранів у 80-ті роки минулого століття. До нетипових та типових стресорів тяжкості ПТСР в Україні 2022 р. можуть належати такі: бойові дії в реальному часі; неочікувана війна; велика кількість цивільних жертв (зокрема, дітей); війна на значній території (не локальна, яка відбувалася з 2014 р.); активний ментальний вплив через використання інформаційно-психологічних спецоперацій ворога; значні руйнування цивільної інфраструктури; війна без «кінцевої дати»; евакуація; внутрішнє переміщення населення. ПТСР – це нормальна реакція психіки на аномальні події. У 30% осіб, що пережили психотравматичну подію, розвивається ПТСР. Водночас особа, яка потребує спеціалізованої допомоги, бо має скарги на симптоми ПТСР, не прийде одразу до психіатра – вона звернеться до сімейного лікаря та невролога. Ключовими моментами терапії є протидія міфам, які існують навколо ПТСР. Міф перший – психотравма неминує призведе до ПТСР. Міф другий – ПТСР неминує веде до хронічного перебігу, інвалідизації та трансформації в тяжкий психотичний розлад. Міф третій – усі ПТСР лікують медикаментозно в стаціонарі. Хоча відповідно до сучасних рекомендацій перше місце належить психотерапії, що, втім, не виключає медикаментозної підтримки, але амбулаторно, оскільки тільки деякі форми ПТСР потребують стаціонарного лікування. Міф четвертий – ПТСР лікують будь-якою «розмовною» психотерапією, яка допомагає особі «виговоритися» та «бути почутим» (травмоорієнтована психотерапія, а також когнітивно-поведінкова терапія та метод EMDR [десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей]). Міф п'ятий – треба створити центри реабілітації ПТСР, прорекламувати їх, і незабаром до них будуть великі черги осіб із цим розладом. Насправді ті, хто страждають на ПТСР, не є психотичними хворими, але вони не в змозі оцінити критично власний стан. Медикаментозні засоби можуть бути дієвими у лікуванні ПТСР, але ці ефекти скромні, а докази ефективності обмежені. Проте ліки не слід використовувати під час надання психотерапії. Власне, існують лікарські засоби, які є певною базою, фундаментом для проведення психотерапії, але рішення щодо доцільності їх призначення має прийняти лікар-куратор. За рекомендаціями щодо лікування ПТСР Американської психологічної асоціації (American Psychological Association), Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association), Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE), лікування тривожних розладів передбачає застосування таких груп препаратів:

- бензодіазепінів (діазепам, лоразепам, алпрозолам, гідазепам та ін.), які посилюють інгібіторну активність γ-аміномасляної кислоти (ГАМК);
- селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗС) (есциталопрам [есцитам], сертралін, пароксетин [пароксин] та ін.);
- селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗСН) (венфлаксин, дулоксетин);
- трициклічних антидепресантів (іміпрамін, кломіпрамін);
- прегабаліну ([S]-3-[амінометил]-5-метилгексанова кислота, є аналогом ГАМК);
- антигістамінних препаратів (гідроксазин);
- атипичних антипсихотиків (кветіапін).

Тривожні розлади та ПТСР є різними діагнозами. За рекомендаціями МОЗ України, фармакотерапію застосовують для запобігання розвитку хроніфікації реакції на травму та ПТСР. СІЗС і СІЗСН застосовують для подолання гострої реакції на травму, профілактики ПТСР та корекції його ранніх ознак. Перевагою такого підходу є можливість безпосереднього ефективного впливу не тільки на емоційні, а й на больові симптоми. Натомість західна наукова спільнота наголошує, що СІЗС сприяють редукції симптомів ПТСР; вони є засобами першої лінії для фармакотерапії ПТСР, що базується на доказах із помірною достовірністю. Міртазапін та амітриптилін також

можуть зменшувати ознаки ПТСР, але це базується на доказах із низьким рівнем достовірності (Williams et al., 2022). За рекомендаціями NICE, у рутинній практиці доцільно застосовувати СІЗС (пароксин [пароксетин], сертралін), СІЗСН (лафаксин XR [венфлаксин], дулоксетин [дулоксетин]), атипичні антипсихотики (ерідон [рисперидон], оласін [оланзапін], кветіапін [кветіапін]). Важливе значення також має резильєнтність, тобто здатність зберігати у несприятливих ситуаціях стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, а також виходити зі складних ситуацій без стійких порушень та успішно адаптуватися до несприятливих змін. Основними елементами резильєнтності під час кризи та війни є оптимістична налаштованість, намагання реально оцінювати ситуацію та вчасно й адекватно реагувати на зміни, вірити у себе та власні сили, знання та професійність, проактивність залучення до ситуації. Подолати травматичну подію допомагає почуття гумору, яке може максимально усунути емоційну та м'язову напругу, а також побачити у новому світлі події, що відбуваються, поглянути на ситуацію з боку, що також має психотерапевтичне значення.

Гаряча пора психіатрії:
нові виклики та нові можливості



Професорка кафедри медичної
психології, психосоматичної медицини
та психотерапії НМУ
ім. О. О. Богомольця, д.мед.н.
Олена Олександрівна Хаустова

Війна і пандемія раптово з'явилися у нашому світі. Під час війн, конфліктів та стихійних лих зростає поширення хвороб. Українська громада постраждала від знищення служб первинної медичної допомоги та через брак належного доступу до базової профілактичної медицини протягом усього вторгнення. Медичними наслідками російської агресії проти України є: недостатня реакція на такі хвороби, як COVID-19 та ВІЛ; збільшення навантаження на системи охорони здоров'я в країнах, що приймають біженців, для забезпечення безперервності надання медичних послуг; перерви у лікуванні українських хворих на мультирезистентний туберкульоз можуть бути катастрофічними; перерваний доступ до надійного енергопостачання в закладах охорони здоров'я; зниження рівня діагностування COVID-19; перевантаження відділень невідкладної допомоги та інтенсивної терапії пацієнтами з травмами залишає мало можливостей для лікування інших захворювань; висока частота інфекцій може потребувати госпіталізації та штучної вентиляції для багатьох українців (Choudhary et al., 2022). До соціальних наслідків війни належать втрати роботи та доходів для великої кількості осіб, втрата пріоритету запобіжних заходів проти COVID-19, а також імовірність ненадійного доступу до основних послуг через брак постійного доходу. Щодо економічних наслідків, то передусім ідеться про економічну кризу, спричинену пандемією та війною. Відповідно до дослідження Центру системних наук та інженерії університету Джонса Хопкінса (Балтимор, США) – «Інформаційної панелі поведінки щодо COVID-19», у січні 2022 року менше половини українців повідомили про почуття нервозності та депресії. До березня ця кількість зросла до двох третин, передусім через жінок і мешканців міст. Також суттєво зросла кількість осіб із депресією у Молдові, Польщі, Словаччині та Румунії, де тимчасово розмістили чимало біженців з України. Щодо поширеності депресивних і тривожних розладів під час пандемії COVID-19, то спостерігалось збільшення частоти випадків депресії з 2470,5 до 3152,9, на 100 тис., тобто на третину. Особи з жіночим гендером виявилися найуразливішими як соціально, так і фінансово. Водночас тягар пандемії є більшим саме для молодших вікових груп через гострішу реакцію на соціальні обмеження та, відповідно, нижчу здатність до навчання, більшу ймовірність стати безробітними тощо. Усе це також притаманне дистресу, зумовленому війною.

Отже, можемо констатувати, що хаос війни та супутні психологічні чинники витіснили проблему COVID-19 зі свідомості людей в Україні (Chumachenko, 2022). Але це захворювання не зникло та продовжує чинити тривалий вплив на метаболічне здоров'я: пошкодження, спричинені COVID-19 та супутнім лікуванням, можуть мати тривалі психічні, емоційні та фізіологічні наслідки. Ці ефекти можуть спричинити порушення метаболізму, які заважають відновленню. Ідеться про порушення відчуття голоду та ситості, напади переїдання, гіподинамію через брак мотивації, збільшення маси тіла внаслідок когнітивних порушень, депресії, тривоги або ПТСР (Ayres, 2020). Настанова NICE (NG163) щодо лікування COVID-19 від 3 квітня 2020 р. наголошує на потребі у спілкуванні з пацієнтами та підтримці їхнього психічного здоров'я задля полегшення будь-якої тривоги та страху, спричинених цим захворюванням. Британське

товариство реабілітаційної медицини (BSRM) зазначає, що реабілітація передбачає широкий спектр втручань: від невідкладної допомоги до реінтеграції у суспільство. Легкий та періодичний дистрес внаслідок COVID-19 потребує заспокоєння, зміцнення соціальної підтримки, релаксації та модифікації способу життя. Натомість помірний, тяжкий та стійкий дистрес потребує консультації психіатра / медичного психолога з можливістю застосування психокорекції / психотерапії (наприклад, вправи для релаксації, підтримувальне консультування, стратегії розв'язання проблем), психофармакотерапії (діагноз-специфічна терапія за стандартами), а також поєднання обох методів (Kag et al., 2020). За рекомендаціями щодо психологічної реабілітації пацієнтів із COVID-19 на основі консенсусу, оснований на фактичних даних, слід проводити активний моніторинг (постійний огляд) пацієнтів із підпорговими психологічними симптомами (*рівень доказовості ІА*). Звернення до психологічних служб і застосування травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, терапії когнітивного оброблення або EMDR є доцільними для пацієнтів із ПТСР помірного ступеня тяжкості / тяжкого (*рівень доказовості ІА*) (Barker-Davies et al., 2020). Завдяки хорошій переносимості та мінімальній взаємодії із цитохромом Р-450, антидепресанти (есциталопрам), антипсихотичні засоби (оланзапін) та вальпроати можна вважати безпечними у поєднанні з противірусними препаратами (Zhang et al., 2020). Слід зважати на протизапальну дію антипсихотиків та антидепресантів, що є необхідним для ефективного лікування пацієнта, який має і ПТСР, і COVID-19. Використання антидепресантів пов'язане із суттєво меншим ризиком смерті або потреби в інтубації у пацієнтів, госпіталізованих через COVID-19. Асоціація була значущою для флуоксетину, пароксетину, есциталопраму, венлафаксину, міртазапіну (Hoertel et al., 2021). Попередні доклінічні дані підтверджують, що коронавірус SARS-CoV-2 активує кислотно-церамідну систему кислоти сфінгомелінази (ASM), що призводить до утворення мембранних доменів, збагачених церамідами. Останні забезпечують проникнення вірусу та інфікування через кластеризацію ангіотензинперетворювального ферменту 2 (ACE2), що є клітинним рецептором SARS-CoV-2. Кілька антидепресантів можуть інгібувати активність кислоти сфінгомелінази, що запобігатиме зараженню епітеліальних клітин вірусом SARS-CoV-2 (Hoertel et al., 2021). Дослідження системи ASM / цераміду може стати корисною основою для кращого розуміння інфекції SARS-CoV-2 і перепрофілювання психотропних препаратів, які функціонально інгібують цю систему (так звані психотропні препарати FIASMA – Functional inhibitors of acid sphingomyelinase [функціональні інгібітори активності кислоти сфінгомелінази]), для лікування COVID-19 (Hoertel et al., 2021). За даними дослідження *in vitro*, що кілька препаратів FIASMA, зокрема антидепресанти, а саме амітриптілін, іміпрамін, дезипрамін, флуоксетин, сертралін, есциталопрам (не циталопрам) та мапротилін, пригнічували утворення збагачених церамідами мембранних доменів та запобігали зараженню клітин лінії Vero E6 вірусом SARS-CoV-2. Психотропні препарати FIASMA є першим вибором у разі COVID-19, зокрема такі антидепресанти, як дулоксетин, есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін. Перша лінія терапії ПТСР та COVID-19 передбачає застосування препаратів:

- флуоксетин: старт із 20 мг/добу, дозу можна збільшувати на 20 мг/добу щомісяця до максимальної 60 мг/добу, залежно від клінічної відповіді та переносимості;
- пароксетин (пароксин): старт із 20 мг/добу, дозу можна збільшувати на 20 мг/добу щомісяця до максимальної 60 мг/добу, залежно від клінічної відповіді та переносимості);
- сертралін: старт із 50 мг/добу, дозу можна збільшувати на 50 мг/добу щомісяця до максимальної 200-250 мг/добу залежно від клінічної відповіді та переносимості.

Якщо СИЗС не переноситься або наявні клінічно значущі симптоми, у пацієнтів із ПТСР та COVID-19 дієвим препаратом є представник групи FIASMA – есциталопрам (Есцитам® Асіно). Есцитам сприяє редукції симптомів уникнення, набінгу (психічного заціпеніння), підвищеної збудливості та частково повторного переживання. Такі ефекти має і пароксетин. Протокол ведення пацієнтів із ПТСР та COVID-19 для лікарів-психіатрів на вторинній ланці у випадках, коли вони не реагують адекватно на фармакотерапію, передбачає: збільшення дозування препаратів FIASMA в межах дозволеної норми; перехід на альтернативні антидепресанти FIASMA; призначення атипичних антипсихотиків FIASMA (арипіпразол), або як додаткове лікування застосувати препарати з протизапальною дією (рисперидон, оланзапін, кветіпін), що не належать до групи FIASMA; тільки в комбінованій терапії – відповідно до цільових симптомів додавання препаратів із протизапальною дією (вальпроєва кислота, ламотриджин), але не бензодіазепінів; оцінити потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

Наслідки війни: психічні порушення у жінок-мігрантів



Професорка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, д.мед.наук
Олена Петрівна Венгер

Понад 6,5 млн українців тимчасово емігрували до сусідніх країн, а понад 8 млн наших співвітчизників стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО). За даними Міжнародної організації з міграції, частка переселенців у загальній кількості населення України зросла до 17,5% (кожен шостий). Дані одного з останніх досліджень свідчать, що 60% ВПО становлять жінки. Понад половина з них повідомили про нестачу їжі (Звіт про внутрішнє переміщення в Україні, 2022). Найбільше постраждали жінки та діти, особи

похилого віку та люди з обмеженими можливостями, оскільки всі вони є найвразливішою групою.

Міграція асоціюється з розладами психічного здоров'я, причому психопатологічні її наслідки та внутрішнього переселення спостерігаються у 50% осіб. Вимушене переселення є чинником порушення психічного здоров'я і разом із міграцією має вплив як на біологічні, так і на психосоціальні механізми розвитку і формування психопатологічних і психологічних порушень. Традиційні психіатричні критерії не завжди можливо застосувати для мігрантів та ВПО, спектр психологічних ознак та проблем яких не вичерпуються лише критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). За даними поширеності непсихотичних психічних розладів, у внутрішніх мігрантів (ВМ) клінічні особливості є неоднозначними. Можуть виникати будь-які із захворювань невротичного регістру, зокрема ПТСР, тривожні розлади, депресії, психосоматичні розлади. Імовірність розвитку ПТСР серед переміщених осіб у 5,1 рази вища, ніж у загальній популяції, та становить 73,8 випадку на 100 тис. осіб. Найпоширенішими у ВМ є ПТСР (42-54%) та депресії (31-67%).

Фахівці центру психологічного консультування, який діє на базі Тернопільського національного медичного університету, провели дослідження структури та особливостей психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів, які виїхали за межі України через повномасштабну збройну агресію РФ проти України. Клінічно було обстежено 265 жінок, які виїхали на територію Польщі після 24 лютого 2022 року. Середній вік мігрантів становив $31,8 \pm 9,4$ року. Обстеження відбувалося за методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю, яке проводило дистанційно в режимі онлайн. Під час нього здійснювали з'ясування та деталізацію скарг з боку психоемоційної сфери, виявляли та верифікували наявні психопатологічні ознаки, особливості їх виникнення та патодинаміки. Щодо нозологічної структури розладів психіки у вимушених мігрантів, то у 58,9% виявлено ознаки нозологічно оформлених розладів психіки, у структурі яких провідне місце належало афективним (депресивним) розладам та ПТСР, а менш поширеними були розлади тривожно-фобічного та неврастенічного спектрів. Мігранти мали широкий спектр скарг із боку психоемоційної сфери. Найпоширенішими були скарги на зниженні настроїв (67,2%), нав'язливі думки (58,9%) та відчуття тривоги й страху (57,2%). Вагоме місце посіла емоційна лабільність та чутливість, менш частими були скарги на суїцидальні думки, порушення апетиту, апатія, зниження пам'яті та порушення концентрації уваги. Найпоширенішими симптомами ПТСР були відчуття психологічного дистресу, неприємні спогади про пережитий стрес, що мали нав'язливий характер, песимістична оцінка перспективи, зниження цікавості до повсякденного життя, а також відчуття повторного переживання травмувальної події (флешбеки), тоді як менш поширеними – амнезування окремих елементів пережитої події та кошмарні сновидіння зі змістом психотравми. Вимушена міграція та внутрішнє переміщення асоційовані з підвищеним ризиком адиктивної поведінки (вживання тютюну та алкоголю). Грунтуючись на результатах дослідження, запропоновано схему комплексного лікування та реабілітації мігрантів із психічними розладами, що реалізується у чотири етапи, пов'язані спадкоємністю та безперервністю лікувально-діагностичних заходів.

Перший етап – діагностичний, залучає клініко-психопатологічну оцінку наявних у хворого розладів психоемоційної сфери. Другий – комплексне лікування, охоплює комплекс заходів біологічної терапії та психотерапії, спрямованих на купірування психічного розладу, нормалізацію психоемоційного стану, соціальну адаптацію та реадaptaцію. Медикаментозне лікування базувалося на чинних протоколах, а також на доказовій базі. Найкраще себе зарекомендували пароксин (за тривожно-фобічних порушень, особливо з панічними атаками, а також за наявності страху перед певними соціальними ситуаціями), венлафаксин та дулоксин (за наявності соматичних скарг із больовими порушеннями). Третій – реабілітаційний, спрямований на формування стійкого адекватного емоційно-поведінкового патерну, максимальну адаптацію та реадaptaцію хворого, а також недопущення рецидивування. Четвертий – профілактичний, спрямований на підтримання нормального психоемоційного статусу, ефективний спротив стресам, запобігання рецидивуванню розладу. Загалом організацію психологічної допомоги можна уявити у вигляді піраміди, в основі якої є база психологічна підтримка, на яку нашаровуються фокусована психологічна, спеціалізована психологічна та спеціалізована психіатрична допомога. Ключем до організації психологічної допомоги є розроблення багатосарової системи додаткової підтримки, яка відповідає потребам різних груп. Цей багаторівневий підхід не означає, що всі учасники процесу мають надавати послуги на всіх рівнях. Такі втручання мають брати до уваги зв'язки з аспектами всіх шарів піраміди, навіть якщо обрана діяльність активно стосується лише одного або двох із них.

Власне, ВМ притаманна висока ураженість психопатологічною симптоматикою, провідне місце у структурі якої посідають депресивні ознаки, посттравматична симптоматика та прояви тривоги, а також різні форми диссомнії. Значну поширеність психопатологічної симптоматики серед ВМ можна пояснити труднощами соціально-психологічної адаптації та акультурації у чужому мовному, культурному, соціальному та релігійному середовищі. До того ж внутрішня міграція є чинником, що сприяє активізації адиктивної поведінки. Тож ці закономірності слід враховувати під час розроблення лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів для ВМ та ВПО.

Підготувала **Олександра Демецька**

UA-CNSP-PUB-122022-080

acino

ВІДЧУЙ СВОБОДУ
ВИБОРУ ДІЙ І
ДУМОК



ПАРОКСИН
пароксетин

- ◆ Доведена ефективність при депресіях і тривожних розладах¹⁻⁴
- ◆ Зручність прийому – 1 раз на добу⁵
- ◆ Один з найдоступніших за ціною пароксетинів в Україні⁶

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ПАРОКСИН Діюча речовина. Пароксетин гідрохлориду напівгідрат. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг. Фармакотерапевтична група. Антидепресанти. **Фармакологічні властивості.** Пароксетин є сильнішим селективним інгібітором поглинання неринергічного головного мозку 5-гідрокситриптофану (5-HT, серотоніну), що зумовлює його антидепресивну дію та ефективність. **Показання.** Депресія. Лікування депресії будь-якого типу, виключаючи реактивну та тяжку депресію, в т. ч. депресію, що супроводжується тривогою. У разі задовільної відповіді на лікування продовження терапії є ефективним для профілактики рецидивів депресії. Обсесивно-компульсивний розлад. Лікування та профілактика рецидивів обсесивно-компульсивного розладу. Панічний розлад. Лікування та профілактика рецидивів панічного розладу з супутньою агарофобією або без неї. Соціальні фобії/соціально-тривожні розлади. Лікування соціальних фобій/соціально-тривожних станів. Генералізований тривожний розлад. Лікування та профілактика рецидивів генералізованого тривожного розладу. Посттравматичний стресовий розлад. Лікування посттравматичного стресового розладу. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до пароксетину або до інших компонентів препарату. Пароксин не слід застосовувати одночасно з інгібіторами моноаміноксидази (МАО), включаючи лінезолід – антибіотик, що є зворотним нерелевантним інгібітором МАО, та з метилдопінною лікарською (метилдопінним сімпом), та раніше ніж через 2 тижні після припинення лікування інгібіторами МАО. Аналогічно не слід застосовувати інгібітори МАО раніше ніж через 2 тижні після припинення лікування Пароксином. Пароксин не можна застосовувати одночасно з тюрридазином та пінзидолом. **Побічні реакції.** Збільшення рівня холестерину, зниження апетиту, нудота, блювання, запор, діарея, сухість у роті, запаморочення, тремор, головний біль, зниження гостроти зору, позивання, посилення потовиділення, сексуальна дисфункція, астения, збільшення маси тіла, симптоми відміни препарату тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: № UA/3184/01/01. Назва: МОЗ України № 707 від 25.03.2020. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. 1. Stocchi F, Nordera G, Jokinen R.N. et al. J Clin Psychiatry. 2003; Mar; 64 (3): 250-258. 2. Katzman M.A., Tricco A.C., McIntosh D. et al. J Clin Psychiatry. 2007 Dec; 68 (12): 1845-59. 3. Liebowitz M.R., Stein M.B., Tancer M. et al. J Clin Psychiatry. 2002 Jan; 63 (1): 66-74. 4. Rickets K., Zappalà R., McCafferty J. et al. Ann J Psychiatry. 1994; 2003. 5. Інструкція для медичного застосування препарату Пароксин. Р. П. МОЗ України: NoUA/3184/01/01, Назва: МОЗ України № 707 від 25.03.2020. 6. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>.

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

acino

Стартова монотерапія епілепсії: обґрунтування на засадах доказової медицини

Монотерапія – золотий стандарт стартового лікування фокальних і генералізованих нападів. У квітні 2022 року Кокранівське товариство опублікувало новий систематичний огляд, у якому порівнювали ефективність і безпечність застосування 12 протиепілептичних препаратів (ПЕП) як засобів монотерапії дорослих і дітей із фокальними та генералізованими нападами. До вашої уваги представлено огляд публікації «Antiepileptic drug monotherapy for epilepsy: a network meta-analysis of individual participant data» авторів S.J. Nevitt et al. у Cochrane Database Syst Rev (2022 Apr 1; 4 (4): CD011412).

Епілепсія – одне із найпоширеніших неврологічних захворювань, на яке страждають понад 50 млн осіб у світі та яке зумовлює приблизно 1% глобального тягаря хвороб (WHO, 1994; 2021). Вважається, що за умови ефективного медикаментозного лікування до 70% осіб з активною епілепсією досягають тривалої ремісії невдовзі після початку приймання ПЕП, із них близько 70% осіб можуть контролювати напади, використовуючи один ПЕП як засіб монотерапії. У решті 30% осіб спостерігаються рефрактерні або резистентні до фармакотерапії напади, які потребують лікування комбінаціями ПЕП або альтернативних методів терапії, зокрема хірургічного втручання.

Як відомо, епілепсія не є окремим захворюванням, а являє собою гетерогенну групу станів – від зумовлених генетичними причинами до тих, що є ознаками травми головного мозку, інсульту або, наприклад, пухлини.

Міжнародна ліга боротьби з епілепсією (ILAE) створила класифікацію типів епілептичних нападів та синдромів, яку регулярно переглядають із поглибленням розуміння генетичної та біологічної природи епілепсії. Два основні типи нападів, що виділяють, – фокальні (локальні, парціальні) та генералізовані. Фокальні напади виникають в одній ділянці мозку і охоплюють прості фокальні, складні фокальні та фокальні з вторинною генералізацією напади. Генералізовані напади виникають в обох півкулях головного мозку одночасно і охоплюють генералізовані тоніко-клонічні напади, абсанси та міоклонічні напади.

У представленому огляді автори орієнтувалися на ці основні типи нападів, а не на конкретні синдроми епілепсії. Для порівняння ПЕП як засоби стартової монотерапії пацієнтів із фокальними і генералізованими нападами розглянули 12 препаратів, схвалених до застосування у країнах Європи та США: карбамазепін, фенітоїн, вальпроат натрію, фенобарбітал, окскарбазепін, ламотриджин, габапентин, топірамат, леветирацетам, зонісамід, ескарибазепіну ацетат і лакосамід.

Карбамазепін, вальпроат натрію, фенітоїн і фенобарбітал – одні з перших препаратів, схвалених для лікування епілептичних нападів. Монотерапію карбамазепіном та вальпроатом натрію широко використовують у пацієнтів із фокальними та генералізованими нападами вже понад 30 років, а монотерапію фенітоїном та фенобарбіталом – понад 50 років. Ці ПЕП рекомендовано як засоби першої лінії завдяки впливу на різні типи нападів, однак їх дія також пов'язана з низкою побічних ефектів. Фенітоїн і фенобарбітал вже не розглядають як засоби першої лінії в США, адже вони виявилися тератогенними та асоційовані з низьким рівнем фолієвої кислоти і мегалобластною анемією. Також фенітоїн асоційований із фетальним гідантоїновим синдромом, а фенобарбітал – із поведінковими порушеннями, особливо у дітей. Однак ці препарати все ще застосовують як засоби першої лінії в деяких країнах із низьким та середнім рівнями доходу.

Також карбамазепін і вальпроат натрію асоційовані з уродженими аномаліями. Так, за даним систематичних оглядів, застосування вальпроату натрію пов'язане з найвищою частотою вроджених вад розвитку серед традиційних ПЕП першої лінії. Це, зокрема, розщеплення хребта (*spina bifida*), а також серцевих, черепно-лицевих, скелетних дефектів і дефектів кінцівок, відомих як «вальпроатний синдром». Підвищення ризику порушень нейророзвитку внаслідок пренатального впливу вальпроату натрію підтверджено в одному з нещодавніх досліджень.

Опублікований Кокранівський огляд засвідчив, що застосування леветирацетаму та ламотриджину пов'язане із найнижчим ризиком загальних вроджених вад розвитку (Weston et al., 2016).

Так, за останні 20 років для застосування як засоби монотерапії були дозволені ПЕП другого покоління, зокрема окскарбазепін, ламотриджин, габапентин, топірамат і нещодавно ПЕП третього покоління – леветирацетам, зонісамід, ескарибазепіну ацетат і лакосамід. Порівняльні дослідження продемонстрували, що новіші ПЕП загалом добре переносяться як засоби монотерапії дорослими та дітьми й пов'язані з меншою кількістю побічних ефектів (серйозних і тератогенних) та можливих взаємодій з іншими лікарськими препаратами (з іншими ПЕП), ніж традиційні ПЕП першої лінії. Правильний вибір стартового ПЕП для осіб з нещодавно

діагностованими нападами є вкрай важливим. Через наявність цілої низки ПЕП на ринку наднеобхідними є докази високої якості щодо ефективності та переносимості кожного з препаратів порівняно з іншими.

Як зазначають автори, мета цього огляду – порівняти час до констатації неефективності лікування, досягнення ремісії та першого нападу в разі застосування в монотерапії таких ПЕП, як карбамазепін, фенітоїн, вальпроат натрію, фенобарбітал, окскарбазепін, ламотриджин, габапентин, топірамат, леветирацетам, зонісамід і лакосамід у дорослих і дітей із фокальними нападами (простими і складними фокальними, із/без вторинною генералізацією) або генералізованими нападами.

Методи пошуку та аналізу даних

Пошук РКД проводили за період з 1946 року по 12 квітня 2021 року в базах даних: Кокранівський реєстр досліджень (CRS Web), що охоплює PubMed, Embase, ClinicalTrials.gov, International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) Все-світньої організації охорони здоров'я, Кокранівський центральний реєстр контрольованих випробувань (CENTRAL), спеціалізований реєстр Кокранівської групи епілепсії, MEDLINE. Було переглянуто відповідні видання, залучено фармацевтичні компанії, авторів оригінальних досліджень та експертів.

Критерії відбору: для метааналізу було відібрано РКД, у яких вивчали монотерапію ПЕП у дорослих і дітей із фокальними нападами або генералізованими нападами.

В огляді представлено результати мережевого метааналізу індивідуальних даних 14 тис. 789 учасників із 39 випробувань. Із 12 зазначених вище ПЕП не вдалося залучити дані щодо застосування ескарибазепіну ацетату. Для порівняння ПЕП проаналізовано первинні та вторинні клінічні результати їх застосування у пацієнтів.

Первинні результати

«Час до констатації неефективності лікування» – це комбінований результат, що відображає як ефективність, так і переносимість препарату, і розглядається відповідно до таких трьох визначень:

- 1) час до припинення лікування з будь-якої причини, пов'язаної з лікуванням (продовження нападів, побічні ефекти ПЕП, недотримання режиму або початок додаткової терапії);
- 2) час до припинення лікування через побічні ефекти ПЕП;
- 3) час до припинення лікування через недостатню ефективність (продовження нападів).

Цей показник є основним результатом лікування, рекомендованим Комісією з протиепілептичних препаратів ILAE.

Вторинні результати

Вторинними результатами вважали такі показники:

- 1) час до досягнення 12-місячного періоду без нападів (ремісії) після рандомізації;
- 2) час досягнення 6-місячного періоду без нападів (ремісії) після рандомізації;
- 3) час до першого нападу після рандомізації;
- 4) виникнення небажаних явищ.

Було виконано частотний мережевий метааналіз, що поєднував прямі та непрямі докази, тобто результати порівняння препаратів безпосередньо у клінічних випробуваннях та результати, отримані завдяки поєднанню в «мережу» всієї наявної інформації щодо 12 препаратів. Така мережа уможливила порівняння застосування препаратів, які ніколи безпосередньо не порівнювалися в клінічних випробуваннях.

Отримані результати представлено як відношення ризиків (ВР) із 95% довірчим інтервалом (ДІ), а достовірність доказів оцінено за допомогою підходу CiNeMA, основанийого на системі GRADE (Система градації якості аналізу, розробки та оцінки рекомендацій).

Основні результати

За результатами аналізу щодо первинного результату – «часу до констатації неефективності лікування», в осіб із фокальними нападами ефективнішим за більшість інших ПЕП, зокрема з карбамазепіном, є ламотриджин (*докази*

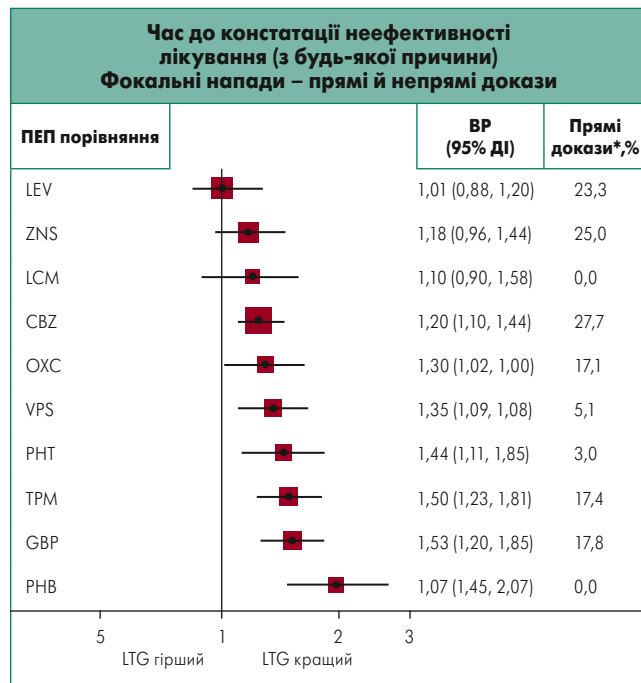


Нова форма випуску

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 з 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 генералізованих нападів, 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 генералізованих нападів, включаючи тоніко-клонічні напади, а також напади, пов'язані із синдромом Леннокса – Гасто. Після досягнення контролю нападів прийом допоміжних препаратів можна припинити і продовжити монотерапію ламотриджинем. Монотерапія типових малих епілептичних нападів. Біполарні розлади у дорослих (віком від 18 років). Для запобігання випадкам емоційних порушень, переважно для запобігання депресивним епізодам, у хворих на біполарні розлади. Протиіказання. Ламотриджин протиіказаний 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, ністаги, диплопія, завіса перед очима, нудота, блювання та діарея, стомлюваність, артралгія, 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. Назва МОЗ України № 105 від 03.03.2015. Виробник: Тактавіс екс/Actavis ehf. Спеціаліст C.A./Specifar S.A. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. 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



Примітки: CBZ – карбамазепін, GBP – габапентин, LCM – лакосамід, LEV – леветирацетам, LTG – ламотриджин, OXC – окскарбазепін, PHB – фенобарбітал, PHT – фенітоїн, TRM – топірамат, VPS – вальпроат натрію, ZNS – зонісамід.

*Прямі докази (%) – це частка оцінки, що ґрунтується на прямих доказах, а розмір квадрата пропорційний кількості учасників, які надали прямі докази.

Рисунок 1. Результати мережевого метааналізу (комбінація прямих і непрямих доказів) щодо часу до констатації неефективності лікування з будь-яких причин у пацієнтів із фокальними нападами; порівняння всіх ПЕП із ламотриджином (LTG)

Адаптовано за S. J. Nevitt et al., 2022.

високої достовірності). Так, за результатом «час до констатації неефективності лікування з будь-якої причини» ламотриджин був достовірно кращим за всі препарати, крім леветирацетаму (рис. 1).

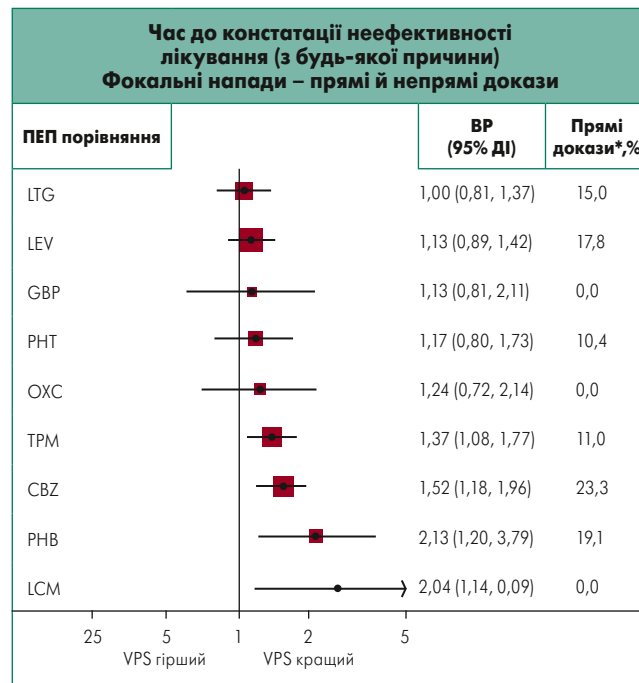
Така картина спостерігається і для результатів «неефективності лікування через побічні ефекти»: ламотриджин значно кращий за вальпроат натрію, топірамат, карбамазепін, фенітоїн, лакосамід і фенобарбітал. Щодо відмови від лікування через недостатню ефективність, то ламотриджин значно кращий за габапентин і фенобарбітал.

Значення ВР (95% ДІ) для часу до констатації неефективності лікування через будь-яку причину були такими для ламотриджину порівняно з: леветирацетамом – 1,01 (0,88-1,20), зонісамідом – 1,18 (0,96-1,44), лакосамідом – 1,19 (0,90-1,58), карбамазепіном – 1,26 (1,10-1,44), окскарбазепіном – 1,30 (1,02-1,66), вальпроатом натрію – 1,35 (1,09-1,69), фенітоїном – 1,44 (1,11-1,85), топіраматом – 1,50 (1,23-1,81), габапентином – 1,53 (1,26-1,85), фенобарбіталом – 1,97 (1,45-2,67).

Не виявлено суттєвої різниці між ламотриджином і леветирацетамом щодо жодного результату, пов'язаного з неефективністю лікування, обидва препарати за цим показником були дієвими за інші ПЕП.

Для осіб із генералізованими нападами отримано менше доказів та їхня достовірність помірна. Не виявлено ПЕП, що краще контролював би напади, ніж засіб першої лінії – вальпроат натрію, проте щодо часу до невдачі лікування різниці між вальпроатом, ламотриджином і леветирацетамом не спостерігалось (рис. 2). Зокрема, ВР (95% ДІ) для часу до констатації неефективності лікування через будь-яку причину були такими для вальпроату натрію порівняно з: ламотриджином – 1,06 (0,81-1,37), леветирацетамом – 1,13 (0,89-1,42), габапентином – 1,13 (0,61-2,11), фенітоїном – 1,17 (0,80-1,73), окскарбазепіном – 1,24 (0,72-2,14), топіраматом – 1,37 (1,06-1,77), карбамазепіном – 1,52 (1,18-1,96), фенобарбіталом – 2,13 (1,20-3,79), лакосамідом – 2,64 (1,14-6,09).

Мережевий метааналіз також продемонстрував докази (із достовірністю від помірної до високої), що за результатом «час до першого нападу» загалом у пацієнтів із фокальними нападами ефективними є ПЕП, які першими схвалено для використання – фенітоїн і фенобарбітал; при цьому фенобарбітал дієвіший за обидва ПЕП першої лінії (NICE, 2012) – карбамазепін і ламотриджин. Не знайдено суттєвої різниці щодо «часу до першого нападу» між новішими ПЕП (окскарбазепін, топірамат, габапентин, леветирацетам, зонісамід і лакосамід) для всіх типівпадів. Проте, як зазначають



Примітки: CBZ – карбамазепін, GBP – габапентин, LCM – лакосамід, LEV – леветирацетам, LTG – ламотриджин, OXC – окскарбазепін, PHB – фенобарбітал, PHT – фенітоїн, TRM – топірамат, VPS – вальпроат натрію, ZNS – зонісамід.

*Прямі докази (%) – це частка оцінки, що ґрунтується на прямих доказах, а розмір квадрата пропорційний кількості учасників, які надали прямі докази.

Рисунок 2. Результати мережевого метааналізу (комбінація прямих і непрямих доказів) щодо часу до констатації неефективності лікування з будь-яких причин у пацієнтів із генералізованими нападами; порівняння всіх ПЕП із вальпроатом натрію (VPS)

Адаптовано за S. J. Nevitt et al., 2022.

автори, важливо, що, забезпечуючи кращий контрольпадів, фенітоїн і фенобарбітал програють ламотриджину і леветирацетаму за показниками безпечності та переносимості, а також «часу до констатації неефективності лікування». Загалом дані, отримані завдяки прямому порівнянню дії ПЕП (за наявності) та мережевого метааналізу, були подібними в числовому вираженні та узгоджувалися з довірчими інтервалами розмірів ефектів, що перекривалися. Найпоширенішими побічними ефектами для всіх ПЕП були сонливість / втома, головний біль або мігрень, шлунково-кишкові розлади, запаморочення / непритомність, висипання та інші шкірні прояви з деякими специфічними для кожного препарату варіаціями. Зокрема, парестезія (поколювання або відчуття «мурашок») була найчастішою небажаною реакцією за приймання топірамату, а когнітивні розлади (труднощі із запам'ятовуванням або концентрацією уваги, сплутаність свідомості тощо) та зміни настрою або поведінки (наприклад, агресія) були найчастішими побічними явищами за лікування фенобарбіталом. Оптимальний баланс ефективності (контрольпадів) і переносимості (тривалість дотримання пацієнтом призначення) у пацієнтів із фокальними нападами спостерігається за приймання карбамазепіну, ламотриджину й леветирацетаму, тоді як в осіб із генералізованими тоніко-клонічними нападами (із або без інших типівпадів) – у разі терапії вальпроатом натрію, ламотриджином і леветирацетамом. ПЕП, що нещодавно схвалені як засоби монотерапії – зонісамід і лакосамід, можуть бути дієвим варіантом лікування осіб із фокальними нападами, однак потрібні додаткові докази, отримані в РКД. Лише невелика кількість пацієнтів із генералізованими нападами у випробуваннях отримували лакосамід. Що стосується зонісаміду, то натепер бракує опублікованих даних досліджень ефектів зонісаміду в осіб із генералізованими нападами.

Висновки

Докази високої достовірності, представлені в цьому огляді, відповідають викладеному в рекомендаціях NICE (2012) щодо того, що карбамазепін і ламотриджин є препаратами першої лінії для лікування осіб із фокальними епілептичними нападами. Зокрема, вони демонструють, що леветирацетам може бути прийнятною альтернативою цим препаратам.

Також докази з високим ступенем достовірності підтверджують доцільність застосування вальпроату натрію як препарату першої лінії для лікування осіб із генералізованими тоніко-клонічними нападами (із/безпадів інших типів), а також, що ламотриджин і леветирацетам можуть бути альтернативними препаратами першої лінії, особливо для вагітних або жінок дітородного віку, для яких вальпроат натрію може бути неприйнятним засобом лікування. Натомість доказові дані відносної ефективності інших ПЕП для осіб із генералізованими нападами обмежені та мають помірний ступінь достовірності. Отже, необхідні додаткові доказові дані, отримані в РКД за участю осіб із генералізованими тоніко-клонічними нападами (із/безпадів інших типів).

Підготувала **Тетяна Ткаченко**

UA-LEVI-PUB-122022-083

Приборкай енергію ХВИЛІ



ЛЕВІЦИТАМ
ЛЕВЕТИРАЦЕТАМ

■ Доведена ефективність при фокальних і генералізованих (у тому числі міоклонічних) типах епілептичнихпадів^{1,2}

■ Достовірно зменшує частотупадів у дорослих та дітей у комплексній терапії рефрактерної епілепсії³⁻⁵

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЛЕВІЦИТАМ
Діюча речовина: Леветирацетам. Лікарська форма: Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг. Фармакотерапевтична група: Протиепілептичні засоби. Леветирацетам. Фармакологічні властивості. Леветирацетам впливає на внутрішньоклітинний рівень Са²⁺ шляхом часткового пригнічення току через Са²⁺-каналі N-типу і зменшення звільнення Са²⁺ з інтравікуллярних дилат, частково наслідком пригнічення [Ca²⁺]_i і гліцин-регульованого току, зумовлене дією цинку і β-карболінами, а також зв'язується зі специфічними ділянками в тинах мозку, місцем зв'язування з білок синаптичних везикул 2A, який бере участь у злитті везикул і звільненні нейротрансмітерів. Показання. Монотерапія (препарат першого вибору) при лікуванні: парціальнихпадів із/без вторинної генералізації у дорослих і дітей віком від 16 років, у яких вперше діагностовано епілепсію. Як додаткова терапія при лікуванні: парціальнихпадів із/без 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 ідіопатичну генералізовану епілепсію. Протипоказання. Підвищена чутливість до леветирацетаму або інших похідних піралідоно, а також до будь-яких компонентів препарату. Побічні реакції. Сонливість, головний біль, запаморочення, летаргія, судороги, тремор, порушення рівноваги, депресія, ворожість, агресивність, тривожність, безсоння, змороженість, дратівливість, абнормальний біль, діарея, диспепсія, нудота, блювання, анорексія (різкий підвищується при одночасному застосуванні з топіраматом), вертго, назофарингіт, кашель, шкірні висипання, остейт/стоматологія тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України. Таблетки: NUA/11396/01/01, NUA/11396/01/02, Навоз МОЗ України від 01.02.2016 № 53. Розчин орального: NUA/11396/02/01, Навоз МОЗ України від 16.03.2016 №197. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, Бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). 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.

1. Lyseng-Williamson K.A. Drugs. 2011 Mar 5; 71(4):489-514. 2. Kojovic M. et al. Ther Adv Neurol Disord. 2011 Jul;4(4):47-62. 3. French J., Arrigo C. Epilepsia. 2005 Feb;46(2):324-6. 4. Tomikobori 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.

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



Довідка «ЗУ»

За останніми рекомендаціями NICE (2022) щодо діагностування та лікування епілепсії у дітей, осіб молодого віку і дорослих у закладах первинної та вторинної медичної допомоги, як засоби монотерапії першої лінії для осіб із фокальними нападами зазначено леветирацетам та ламотриджин. Якщо монотерапія є недієюю для осіб із фокальними нападами, слід розглянути препарати додаткового лікування першої лінії (зокрема, карбамазепін).

Біль у спині — погляд ревматолога

За даними епідеміологічних робіт, у розвинених країнах упродовж року у 50% дорослих мають епізод болю в спині, а протягом життя 60-80% осіб відчувають його (Подчуфарова і співавт., 2010). Систематичний аналіз даних оцінювання глобального економічного тягаря хвороб 2016 р. засвідчив, що біль у спині стабільно посідала перше місце серед причин працездатності 1990, 2006, 2016 рр. (Порфенов та співавт., 2016).

Пацієнти зі скаргою на біль у спині звертаються не тільки до ревматологів, а й до фахівців інших спеціальностей — гінекологів, урологів, травматологів, неврологів, терапевтів і сімейних лікарів. У цій статті наведено декілька клінічних випадків пацієнтів, що звернулися до авторки зі скаргами на біль у спині, як до лікарки-ревматологині.

Левову частку (80-85%) всіх випадків болю в нижній частині спини (БНС) становить неспецифічний біль. На радикулопатії страждають 10-15% пацієнтів, а на специфічний біль у спині, зумовлений серйозною патологією, — від 1 до 5% осіб. Зокрема, наведені випадки належать саме до останньої категорії.

Про біль у спині, зумовлений серйозною патологією, свідчать певні ознаки — так звані «червоні прапорці»:

- 1) дебют болю у пацієнтів віком <20 або >50 років;
- 2) серйозна травма хребта в анамнезі;
- 3) онкологічний анамнез;
- 4) зниження маси тіла без видимих причин;
- 5) температура тіла >37,8 °C;
- 6) біль, який постійно посилюється, проте не пов'язаний із рухами;
- 7) незвичайна локалізація болю — промежина, пряма кишка, живіт, півва;
- 8) посилення болю в горизонтальному положенні та ослаблення — у вертикальному;
- 9) зв'язок болю з прийманням їжі, дефекацією, сечовипусканням, статевим актом;
- 10) неспецифічний лабораторний показник крові — швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) >25 мм/год;
- 11) поширений неврологічний дефіцит;
- 12) підозра на анкілозуючий спондиліт;
- 13) зловживання медикаментами або алкоголем;
- 14) лікування глюкокортикоїдами або цитостатиками;
- 15) зниження висоти тіла хребця або кісткова деструкція за даними рентгенографії;
- 16) брак поліпшення >1 міс.

Обстеження пацієнтів із БНС має проводитися із застосуванням таких методів, як:

- Клінічний аналіз крові — для виявлення підвищення ШОЕ, анемії (як наслідка запального процесу в хребті), онкопатології та/або інфекції.
- Біохімічний аналіз крові — визначення вмісту кальцію, фосфору, С-реактивного білка (СРБ), фібриногену, білкових фракцій, активності лужної фосфатази.
- Дослідження на ієрсиніоз, сальмонельоз, псевдотуберкульоз; застосування методу полімеразної ланцюгової реакції — для виявлення хламідій; аналіз на антиген HLA-B27, простата-специфічний антиген; туберкулінові проби.
- Рентгенографія попереково-крижового відділу хребта в прямій і бічній проекціях, функціональні проби у стані максимального згинання та розгинання.
- Комп'ютерна томографія — для виявлення грижі диска, стенозу хребтового каналу, патології кісткової тканини.
- Магнітно-резонансна томографія (МРТ) — для отримання зображення в будь-якій проекції, чутливість і специфічність методу становлять 93%.
- Денситометрія — усім пацієнтам віком >50 років із хронічним БНС, жінкам у менопаузі, жінкам із видаленими яєчниками; хворим, які приймають

глюкокортикостероїди, тиреоїдні препарати, антациди, протисудомні препарати; пацієнтам із переломами в анамнезі, при рентгеновському діагностуванні остеопорозу.

Клінічний випадок № 1

Пацієнт, 43 роки, звернувся зі скаргами на біль у попереку, який посилюється за зміни положення тіла, кашлю, фізичного навантаження; зменшується в спокої, за приймання препарату диклофенаку натрію (100 мг на добу). Індекс маси тіла 28 кг/м², не курить, не зловживає алкоголем.

Анамнез. Пацієнт мав перелом шийки правої стегнової кістки (2021 р.), протезування, тривалий період реабілітації. У віці 12 років був перелом правої плечової кістки, у 14 років — малоберцової кістки при падінні. Множинні переломи ребер. Результати клінічного та біохімічного аналізів крові без патології, рівень вітаміну D (25(OH)D) 29 нг/мл, вміст іонізованого кальцію 2,1 ммоль/л; рівні паратгормону, тиреотропного гормону, вільного тироксину в межах фізіологічної норми.

За даними МРТ виявлено компресійний перелом у поперековому відділі хребта. Денситометричне рентген-дослідження продемонструвало, що Z-критерій (відношення щільності кістки до вікової норми) становив -4,5 у хребті та -2 в шийці стегнової кістки, а рівень маркера кісткової резорбції (β -cross Laps) був підвищений.

Двохенергетична рентгеновська абсорбціометрія

Найчастіше за постменопаузального остеопорозу спостерігаються переломи хребців і променевої кістки, за гіперпаратиреозу — кісток кінцівок, за сенильного остеопорозу — шийки стегна.

Власне, найбільшу діагностичну значущість мають дослідження:

- поперекового відділу хребта в сагітальній проекції;
 - проксимального відділу стегнової кістки;
 - дистального відділу кісток передпліччя.
- Показаннями до тестування мінеральної щільності кісткової тканини методом двоенергетичної рентгеновської абсорбціометрії (DEXA) є:
- Вік ≥ 65 років для жінок і ≥ 70 років для чоловіків.
 - Період постменопаузи в жінок.
 - Анамнез перелому без серйозної травми.
 - Остеопенія, виявлена рентгенологічно.
 - Початок приймання або довгострокова системна терапія глюкокортикоїдами (≥ 3 міс.).
 - Пери- або постменопауза в жінок із чинниками ризику остеопорозу за бажання розглянути фармакологічні втручання.

До чинників ризику остеопорозу належать сімейний анамнез переломів, куріння, низька маса тіла, приймання глюкокортикоїдів ≥ 3 місяці, серйозні хронічні захворювання, що збільшують ризик переломів.

Весвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує використовувати для діагностики остеопорозу T-критерій — кількість стандартних відхилень (SD) від середнього значення щільності стегнової кістки (мг/см²) у жінок європейської раси молодого віку. Нормою можна вважати T-критерій >-1; якщо цей показник від -1 до -2,5 — доречно говорити про остеопенію, а результат $\leq -2,5$ свідчить про остеопороз (Ensrud et al., 2019).

Z-критерій використовують у таких категоріях пацієнтів:

- у жінок до настання менопаузи;
- у чоловіків віком до 50 років;
- у дітей і підлітків для оцінювання мінеральної щільності кісткової тканини необхідно послуговуватися Z-, а не T-критерієм (значення Z-критерію менше -2,0 SD оцінюється як «нижче очікуваних



Є.Д. Єгудіна

показників для віку», а більше -2,0 SD — як «у межах очікуваних показників для вікової групи»).

Причини вторинного остеопорозу в дорослих можна розділити на п'ять великих груп: 1) ендокринні або метаболічні причини; 2) дієтичні або пов'язані зі шлунково-кишковим трактом (ШКТ); 3) зумовлені лікарськими препаратами; 4) спричинені порушеннями метаболізму колагену; 5) викликані іншими причинами.

До ендокринних або метаболічних причин належать: акромегалія; цукровий діабет 1-го або 2-го типу; дефіцит гормону росту; гіперкортицизм; гіперпаратиреоз; гіпертиреоз; гіпогонадізм; гіпофосфатазія; порфірія; вагітність.

До дієтичних або пов'язаних із ШКТ належать: алкоголізм; нервова анорексія; дефіцит кальцію; хронічна хвороба печінки; мальабсорбція / недоїдання (зокрема, целиакія, муковісцидоз, хвороба Крона, резекція шлунка); парентеральне харчування; дефіцит вітаміну D.

Власне, деякі лікарські препарати теж можуть виступити як тригер вторинного остеопорозу:

- протиепілептичні препарати;
- інгібітори ароматази;
- хіміотерапія / імунодепресанти;
- глюкокортикоїди;
- гонадотропін-релізинг-гормональні агенти;
- гепарин;
- літій;
- інгібітори протонної помпи;
- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну;
- тіазолідиніони;
- інгібітори натрій-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2-інгібітори);
- гормони щитоподібної залози (у супрафізіологічних дозах).

Як відомо, до порушень метаболізму колагену належать: синдром Елерса-Данлоса; гомоцистинурія; синдром Марфана; недосконалий остеогенез.

До інших порушень, що можуть спровокувати остеопороз належать: СНІД / ВІЛ; анкілозивний спондиліт; хронічне обструктивне захворювання легень; хвороба Гоше; гемофілія; гіперкальціурія; іммобілізація; велика депресія; міелома та деякі злоякісні пухлини; трансплантація органів; ниркова недостатність; нирковий каналцевий ацидоз; ревматоїдний артрит; таласемія.

Початкове лікування остеопоротичних переломів

Терапія остеопоротичних переломів передбачає контроль болю та модифікацію активності. Перерольні анальгетики є засобами першої лінії для полегшення гострого болю. Варіанти включають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), анальгетики центральної дії, ІЗССР. Зокрема, вибір початкового засобу залежить від тяжкості болю.

Пацієнтам, які втратили працездатність через біль внаслідок компресійних переломів хребців або

перелому шийки стегна, може знадобитися госпіталізація та парентеральне знеболювання.

Переваги препарату Німесил®

Німесулід, що випускається у формі гранул для оральної суспензії (препарат Німесил® виробництва «Laboratorios Menarini S.A.» для «Laboratori Guidotti S.p.A.» (MENARINI GROUP), Іспанія/Італія), має на 75% більшу швидкість всмоктування в першу годину, ніж препарат у формі таблеток, і на 50% швидше знижує біль після артроскопії та менісектомії, ніж напроксен і мелоксикам. Він швидко всмоктується в плазмі та розподіляється в синовіальній рідині, чинить протизапальну дію.

Як відомо, німесулід має лужні властивості, що ускладнює його проникнення до слизової верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і зменшує ризик прямого впливу на неї (Матчанов, 2016).

Німесил® дуже швидко всмоктується в ШКТ. Фармакологічний профіль препарату не залежить від віку пацієнта – він добре переноситься літніми пацієнтами. Має короткий період напіввиведення ($T_{1/2} = 1,8-4,73$ год), практично не блокує фермент циклооксигеназу (ЦОГ-1). Метаболізується з утворенням сполук, що виводяться через нирки і кишківник. Наявність їжі в шлунку не зменшує абсорбцію (Kress et al., 2016).

Європейське епідеміологічне дослідження за участю 400 тис. осіб, які приймали НПЗП, не описано істотних відмінностей в гепатотоксичності німесуліду й низки інших препаратів цієї групи, як-от диклофенак та ібупрофен (Traversa et al., 2003; Donati et al., 2016).

Препаратам класу НПЗП притаманний ефект ризику печінкової недостатності, проте цей ризик за приймання парацетамолу в чотири рази вищий, ніж за вживання німесуліду (Gulmez et al., 2013).

Медикаментозна терапія необхідна пацієнтам з анамнезом остеопоротичного перелому, пацієнтам із Т-критерієм $-2,5$ або нижчим для хребта, шийки стегнової кістки, усього стегна або $1/3$ променевої кістки; пацієнтам із Т-критерієм від $1,0$ до $-2,5$, якщо показник за шкалою оцінювання ймовірності виникнення переломів (FRAX) вищий за порогове значення для країни.

Клінічний випадок № 2

Чоловік, 25 років, зі скаргами на біль у сідницях, частіше зранку, який зменшується після фізичних навантажень. Показник інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) 7-9 балів. Хворіє 6 міс., лікувався у реабілітолога з позитивним ефектом. Упродовж 3 міс. застосовував щодня препарат Диклоберл® 100 мг (диклофенак натрію, виробник БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина), після якого відзначав значне полегшення. Результат аналізу

на HLA-B27 негативний. ШОЕ – 35 мм/год, вміст СРБ 50 мг/л. МРТ крижово-клубового сполучення (ККС) підтвердила набряк кісткового мозку в субхондральних зонах правого ККС, що свідчить про сакроілеїт.

Запальний біль у спині

Чутливість до діагнозу «аксіальний спондилоартрит» (аксСпА) становить 70-80% (Sieper et al., 2009). Критерієм цієї патології є запальний біль, якому притаманні такі характеристики:

- вік пацієнтів 45 років;
- повільний початок, що триває ≥ 3 міс.;
- ранкова скутість протягом 30 хв;
- поліпшення стану після фізичних навантажень, проте відсутність позитивної динаміки після відпочинку;
- інтенсивний біль у другій половині ночі, із поліпшенням після фізичного навантаження;
- біль у сідницях із позитивною відповіддю на терапію НПЗП.

Для осіб віком >45 років також характерні такі критерії: візуалізаційно – сакроілеїт (рентгенографія, МРТ) + ≥ 1 ознака спондилоартриту (СпА); клінічна група HLA-B27 + ≥ 2 ознаки СпА.

До характерних ознак СпА належать: сімейний анамнез, підвищений вміст СРБ, наявність увеїту, позитивна відповідь на терапію НПЗП, псоріаз, позитивний результат на HLA-B27, запальний біль у спині, запальні захворювання кишківника, артрит, ентезит, дактиліт.

За рекомендаціями Американського товариства анестезіологів / Міжнародної мережі з оцінювання результатів лікування ревматоїдного артритру в клінічних дослідженнях (ASAS/OMERACT, 2009), клінічним підтвердженням сакроілеїту є наявність запальних змін ККС на МРТ у типових анатомічних ділянках (субхондрально або періартикулярно). Слід пам'ятати, що сакроілеїт може бути діагностований під час надмірного фізичного навантаження або у жінок після пологів і проявлятися у вигляді невеликого набряку навколосуглобової ділянки або вогнища кісткового набряку, проте це не свідчить про наявність аксСпА (Front Med, 2021). До структурних змін, які відображають попереднє запалення належать: склероз, ерозії, жирова інфільтрація та кісткові перетинки / анкілози. Відповідно до рекомендацій Американської колегії ревматології (ACR, 2019), лікування пацієнтів з аксСпА має залучати фармакологічні (тривале використання НПЗП) та нефармакологічні компоненти (лікувальну фізкультуру, масаж, застосування ультразвуку). Препаратами другої лінії терапії є інгібітори фактора некрозу пухлин (іФНП). У разі негативної динаміки слід перейти до засобів третьої лінії, до яких належать інгібітори інтерлейкіну 17 та інгібітори янускінази (JAK).

Застосування НПЗП у ревматології

Призначення НПЗП хворим ревматологічного профілю є доцільним:

- за діагностичного пошуку, остеоартриту, подагри та ревматоїдного артритру в анамнезі (симптом-модифікувальна функція);
- у разі СпА в анамнезі (структурно-модифікувальна функція);
- для профілактики нападів подагричного артритру під час початку ультразвукової терапії (3-6 місяців).

Переваги препарату Диклоберл®

У своїй практиці ревматологи часто застосовують диклофенак (Диклоберл®), який має низку переваг порівняно з іншими НПЗП:

- є збалансованим інгібітором ЦОГ-2;
- має достовірно вищу ефективність, ніж селективні інгібітори ЦОГ-2;
- не поступається щодо переносимості сучасним селективним інгібіторам ЦОГ-2;
- не чинить вплив на метаболізм хрящової тканини;
- наявні різні лікарські форми;
- є єдиним НПЗП, для якого доведено високу гастроінтестинальну безпеку в комбінації з аспірином.

2015 року здійснено метааналіз із застосуванням баєсівської моделі, який налічував дані 146 524 пацієнтів у 176 дослідженнях. Учені порівнювали користь і ризики застосування диклофенаку та інших традиційних НПЗП й інгібіторів ЦОГ-2, як-от целекоксиб, ібупрофен, напроксен та еторікоксиб, для пацієнтів з остеоартритом або ревматоїдним артритом (РА). Оцінювання за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) підтвердило, що диклофенак краще зменшував біль завдяки максимально ефективному пригніченню синтезу простагландину 2, який має прозапальну дію, та зниження його рівня на 93%, що значно ефективніше, ніж аналогічні показники як для ЦОГ-2-селективних рефєкоксибу, мелоксикаму, так і для неселективних ібупрофену й напроксену (Van Walsen et al., 2015).

Крім того, диклофенак ефективніший за мелоксикам за клінічними показниками, про що свідчать результати дослідження MELISSA. В експерименті брали участь понад 9 тис. осіб з остеоартритом. Пацієнти, які застосовували мелоксикам, на 38% частіше відмовлялися від лікування через його неефективність (80 із 4635 осіб; $p < 0,01$) порівняно з когортою, яка приймала диклофенак (48 із 4688 пацієнтів) (Van Hecken et al., 2000).

Одна капсула препарату Диклоберл® 100 мг діє протягом 24 год, що зумовлює значну прихильність до терапії у пацієнтів ревматологічного профілю. Протизапальна та анальгетична дія цього засобу призводить до значного зменшення виразності болю (як у спокої, так і під час руху), вранішньої скутості, припухлості суглобів і тим самим – до поліпшення функціонального стану пацієнта.

Інформація

Новини МОЗ

Спільний проєкт МОЗ та Світового банку у сфері відновлення охорони здоров'я

Під час робочої зустрічі Міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка та головного державного санітарного лікаря України Ігоря Кузіна з представниками Світового банку було озвучено, що проєкт «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (Heal Ukraine), анонсований у жовтні, очікує на схвалення Радою директорів Світового банку вже у грудні 2022 року.

Напередодні Україна та Світовий банк підписали протокол переговорів щодо залучення позики на суму 100 млн євро та грант Глобального фонду фінансування на суму 10 млн доларів (GFF Grant) для реалізації цього проєкту.

«Кошти будуть спрямовані на реалізацію комплексу невідкладних заходів для повернення до стабільної роботи системи охорони здоров'я, відновлення зруйнованих чи пошкоджених війною медичних закладів, їх модернізацію та підвищення ефективності», – зазначив Міністр.



Європи, Європейського банку реконструкції та розвитку та інших.

- Також кошти планують скерувати на такі напрями:
- задоволення нових потреб в охороні психічного здоров'я та реабілітації;
 - подальше вдосконалення та посилення первинної медико-санітарної допомоги;
 - модернізація та підвищення ефективності стаціонарної допомоги;
 - розбудова потенціалу, підтримка інновацій, розвиток електронної системи охорони здоров'я.

Загальна потреба у фінансуванні цього проєкту оцінюється в розмірі близько 500 млн доларів. МОЗ й надалі працюватиме для підтримки і розвитку системи охорони здоров'я України в умовах повномасштабного вторгнення росії. Підтримка цього та інших проєктів, що спрямовані на розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я, відбуватиметься з різних джерел, враховуючи позику та гранти Світового банку, Банку розвитку Ради

Діагностування та лікування мігрені: десять послідовних кроків

Мігрень — первинний головний біль, що призводить до інвалідизації та уражає понад мільярд осіб у світі. Нині діагностування та лікування цього неврологічного захворювання лишаються недостатньо ефективними. До вашої уваги представлено огляд статті A.K. Eigenbrodt et al. «Diagnosis and management of migraine in ten steps» видання Nat Rev Neurol (2021 Aug; 17 (8): 501–514), де відображено 10-етапний підхід до діагностування та лікування мігрені на основі рекомендацій, схвалених Європейською федерацією фахівців із головного болю та Європейською академією неврології (EHF/EAN, 2021).

Мігрень є первинним головним болем, серед неврологічних розладів вона посідає друге місце у світі за поширеністю (~ 15 % у загальній популяції) та спричиняє інвалідизацію частіше, ніж усі решта неврологічних розладів разом узяті (Ashina, 2020; GBD, 2006). Клінічно мігрень проявляється у вигляді рецидивних нападів головного болю з низкою супутніх симптомів (IHS, 2018).

Приблизно в третини осіб із мігренню головному болю іноді / завжди передують транзиторні

неврологічні порушення — мігренозна аура (Rasmussen and Olesen, 1992). У деяких розвивається хронічна мігрень, за якої напади трапляються дуже часто (Natoli et al., 2010).

До патогенезу мігрені залучена периферична та центральна активація тригеміноваскулярної судинної системи, а кіркова депресія, що поширюється, є основним нейрофізіологічним субстратом аури при мігрені (Ashina et al., 2019, 2021). Багато в чому патогенні процеси лишаються нез'ясованими, і наразі

є лише декілька підходів до лікування, основаних на відомих механізмах розвитку мігрені (Ashina et al., 2021). Лікування мігрені включає невідкладну й профілактичну фармакотерапію та низку немедикаментозних методів (Ashina et al., 2021). Попри наявність цих варіантів терапії та комплексних діагностичних критеріїв, клінічна допомога лишається неоптимальною — помилкова діагностика та недостатнє лікування мігрені є серйозною проблемою для охорони здоров'я (Katsarava et al., 2018; Ashina et al., 2021).

Профілактичне лікування мігрені використовують лише 2–14 % осіб, які його потребують — це тривожний висновок (Ashina et al., 2021). Для полегшення діагностування та лікування на підставі доказових даних треба комплексний підхід. Датьське товариство фахівців із головного болю розробило 10-етапний підхід до діагностики та лікування мігрені, який схвалений Європейською федерацією спеціалістів із головного болю та Європейською академією неврології (EHF/EAN, 2021).

Мета підходу — підтримка у прийнятті клінічних рішень лікарями первинної ланки медичної допомоги, неврологами та спеціалістами з головного болю. На рисунку 1 наведено етапи діагностування мігрені та ведення пацієнтів.

Коли слід запідозрити мігрень

У третьому виданні Міжнародної класифікації розладів головного болю (ICHD-3) зазначено три основні типи мігрені: мігрень без аури, мігрень з аурую та хронічна мігрень. Для встановлення точного діагнозу необхідно враховувати клінічні характеристики пацієнтів.

Мігрень без аури

Мігрень без аури притаманні періодичні напади головного болю, які тривають 4–72 год. Типовими ознаками нападу є одностороння локалізація, пульсація, помірна або сильна інтенсивність болю та її посилення в разі рутинної фізичної активності (IHS, 2018).

Двобічний біль не є рідкістю, ~ 40 % осіб із мігренню повідомляють про нього під час нападів (Rasmussen and Olesen, 1992).

Найпоширеніші супутні симптоми — світлобоязнь, фонофобія, нудота та блювання.

Мігрень з аурую

Аура — це тимчасові вогнищеві неврологічні симптоми, які зазвичай передують фазі головного болю, а іноді супроводжують її приблизно у третини осіб із мігренню.

У >90% пацієнтів аура проявляється візуально, зазвичай у вигляді миготливих скотом (наявність одиничних плям в очах), у ~ 31% зазвичай відчувається як переважно одностороння парестезія (поколювання та/або оніміння), яка поступово поширюється на обличчя або руку (Russell and Olesen, 1996; IHS, 2018).

Менш поширені симптоми аури — афазія, дизартрія та запаморочення, моторна слабкість (при геміплегічній мігрені) та ретинальні симптоми.

Хронічна мігрень

Хронічна мігрень визначається в разі наявності ≥15 днів із головним болем на місяць протягом >3 місяців і відповідності критеріям ICHD-3 для мігрені ≥ 8 днів на місяць. Епізодична та статична мігрень можуть ретрансформуватися одна в одну (Serrano et al., 2017).

Сімейний анамнез мігрені

Мігрень притаманний сильний генетичний компонент, а її поширеність вища серед осіб, які мають родичів першого ступеня, що страждають на цю недугу (Ulrich et al., 1999).

Сімейний анамнез — важлива складова історії хвороби, хоча пацієнти можуть не повідомляти про це (Russell et al., 1996).

Діагностика

1 Коли слід запідозрити мігрень

- Рецидивний головний біль від середньої до сильної інтенсивності
- Візуальна аура
- Сімейний анамнез мігрені
- Поява симптомів у період статевого дозрівання або наближеного до нього

2 Діагностування мігрені

- Складіть анамнез захворювання
- Застосуйте діагностичні критерії
- Розгляньте варіанти диференціальної діагностики
- Обстежте пацієнта, щоб виключити інші причини
- Використовуйте нейровізуалізацію лише за підозри на вторинний головний біль

3 Зосередженість на пацієнті та освіта

- Заспокойте та підбадьорте пацієнта
- Узгодьте реалістичні цілі
- Визначте чинники схильності та/або тригерні фактори
- Дотримуйтесь стратегії індивідуалізації терапії відповідно до симптомів і потреб пацієнта

Невідкладне та профілактичне лікування

4 Невідкладне лікування

Засоби першої лінії

- НПЗП (ацетилсаліцилова кислота, ібупрофен або диклофенак калію)

Засоби другої лінії

- Триптани
- Якщо триптани не забезпечують достатнього полегшення болю, поєднайте їх із НПЗП швидкої дії

Засоби третьої лінії

- Дітани
- Гепанти

Додаткові ліки від нудоти та/або блювання

- Прокінетичні протиблювотні засоби (домперидон або метоклопрамід)

5 Профілактичне лікування

- Рекомендоване пацієнтам, у яких наявні симптоми мігрені ≥2 дні на місяць, попри оптимізовану невідкладну терапію

Засоби першої лінії

- β-адреноблокатори (пропранолол, метопролол, атенолол, бисопролол)
- Топірамат
- Кандесартан

Засоби другої лінії

- Флунаризин
- Амітриптилін
- Вальпроат натрію*

Засоби третьої лінії

- Моноклональні антитіла до CGRP

6 Лікування мігрені у представників певних популяцій

Пацієнти старшого віку

- Більш імовірно вторинний головний біль, супутні захворювання та побічні явища
- Слабка доказова база для всіх препаратів щодо цієї вікової групи

Діти та підлітки

- Пам'ятайте, що ознаки мігрені можуть відрізнятися від таких у дорослих
- Батьки та школа відіграють важливу роль у лікуванні дітей молодшого віку
- Іноді достатньо постільного режиму
- Використовуйте ібупрофен для невідкладного лікування та пропранолол, амітриптилін або топірамат для профілактики

Вагітні та жінки, які годують грудьми

- Використовуйте парацетамол для невідкладної терапії
- За можливості слід уникати профілактичного лікування

Жінки з менструальною мігренню

- Передменструальна профілактична терапія НПЗП тривалої дії або триптаном

Клінічне ведення пацієнтів та подальше спостереження

7 Оцінка відповіді на лікування та корекція терапії в разі неефективності

- Використовуйте календарі головного болю
- Оцінюйте ефективність і побічні явища
- Якщо результати неоптимальні, перегляньте діагноз, стратегію лікування, дозування та оцініть комплаєнс
- Якщо лікування не дає результатів, повторно оцініть його перед зміною
- Скерування до спеціалізованої допомоги має бути зарезервоване для пацієнтів, стан яких є складним для діагностування, важко піддається лікуванню або ускладнений супутніми захворюваннями

8 Заходи в разі ускладнень

- Не захоочуйте до зловживання ліками, розпізнавайте та припиняйте його, щоб запобігти головному болю, спричиненому надмірним застосуванням препаратів
- За головного болю, спричиненого зловживанням ліків, припиніть надмірне застосування препаратів, бажано швидко
- Пацієнтів із хронічною мігренню рекомендовано скерувати до спеціаліста
- Застосовуйте профілактичне лікування хронічної мігрені: топірамат, онаботулотоксин А або моноклональні антитіла до CGRP

9 Розпізнавання та лікування супутніх захворювань

- Визначте супутні захворювання
- Підберіть препарати та коригуйте їх застосування відповідно до наявних супутніх захворювань
- За можливості зменшіть супутні ознаки захворювання для поліпшення результатів

10 Планування довгострокового спостереження

- Призначайте тривале лікування мігрені в закладах первинної ланки медичної допомоги
- Своєчасно виписуйте пацієнтів із закладів спеціалізованої допомоги та складайте комплексний план лікування
- Підтримуйте стабільність ефективного лікування в закладах первинної медичної допомоги та вчасно реагуйте на зміни

Рисунок 1. Десятикроковий підхід до діагностування мігрені та ведення пацієнтів

Примітки: НПЗП — нестероїдні протизапальні препарати; CGRP — ген-кальцитоніновий пептид; * вальпроат натрію категорично протипоказаний жінкам дітородного віку. Адаптовано за A.K. Eigenbrodt et al. *Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021 Aug. Vol. 17, № 8. P. 501–514.*

Рекомендації:

• Слід запідозрити мігрень без аури в особи з рецидивним помірним або сильним головним болем, особливо якщо він однобічний і/або пульсуючий і є супутні симптоми (світлобоязнь, фонофобія, нудота чи блювання).

• Варто запідозрити мігрень з аурую в особи з вищезгаданими симптомами та рецидивними короткочасними порушеннями зору та/або гемісенсорними порушеннями.

• Наявність головного болю впродовж ≥ 15 днів на місяць свідчить про хронічну мігрень.

• Підозру на мігрень підтверджує сімейний анамнез цього захворювання та дебют симптомів у період статевого дозрівання або наближеного до нього.

Рекомендації щодо діагностування мігрені:

• Складіть історію хвороби за критеріями ICHD-3.
• Використовуйте перевірені діагностичні засоби та інструменти скринінгу (щоденники головного болю, 3-пунктний опитувальник ID-Migraine і 5-пунктний опитувальник Migraine Screen Questionnaire).

• Розгляньте диференціальну діагностику, зокрема інші первинні та вторинні розлади головного болю.

• Застосовуйте нейровізуалізацію лише в разі підозри на вторинний головний біль.

Рекомендації щодо зосередженості на пацієнті та освіті:

• Надайте кожному пацієнтові повне пояснення щодо мігрені та принципів її лікування.

• Беріть до уваги чинники схильності та тригерні фактори, оскільки справжні тригерні чинники часто є самоочевидними.

• Дотримуйтеся принципів поетапного лікування для досягнення оптимальної індивідуальної терапії.

Невідкладне лікування

Невідкладну терапію класифікують як лікування першої, другої, третьої лінії та додаткове (табл.). Слід застосовувати поетапне призначення препаратів

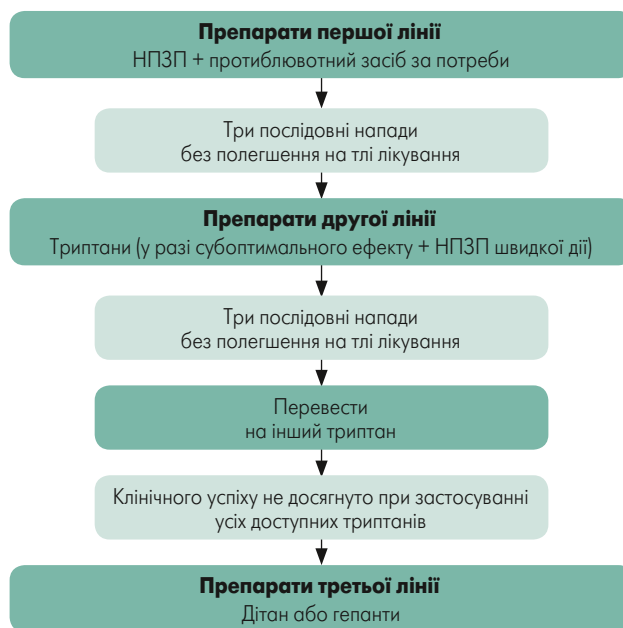


Рисунок 2. Послідовність фармакотерапії при нападах мігрені

Адаптовано за A.K. Eigenbrodt et al. *Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021 Aug. Vol. 17, № 8. P. 501–514.*

за їх ефективністю, переносимістю, безпекою, вартістю і доступністю.

До препаратів із доведеною ефективністю належать НПЗП, які є засобами першої лінії терапії. Профілактичне лікування може бути рекомендоване на будь-якій стадії. Власне, початок профілактичної терапії показаний пацієнтам, які страждають від мігрені ≥ 2 днів на місяць, попри невідкладну терапію, оптимізовану відповідно до поетапного підходу. За потреби додатково призначають протиблювотний засіб. Якщо ефекту не досягнуто, необхідно призначити препарати другої лінії — триптани, які є найдієвішими, якщо їх приймати на початку нападу, коли головний біль ще слабо виражений (Goadsby, 2008; Lantéri-Minet et al., 2012).

Таблиця. **Невідкладне лікування мігрені**

Клас	Діюча речовина	Дозування та форма	Протипоказання
Препарати першої лінії			
НПЗП	Ацетилсаліцилова кислота	900–1000 мг перорально	Шлунково-кишкова кровотеча, серцева недостатність
	Ібупрофен	400–600 мг перорально	
	Диклофенак калію	50 мг перорально (розчинний)	
Інші прості анальгетики (якщо НПЗП протипоказано)	Парацетамол	1000 мг перорально	Захворювання печінки, ниркова недостатність
Протиблювотні засоби (за потреби)	Домперидон	10 мг перорально або в формі супозиторіїв	Шлунково-кишкова кровотеча, епілепсія, ниркова недостатність, серцева аритмія
	Метоклопрамід	10 мг перорально	Хвороба Паркінсона, епілепсія, кишкова непрохідність
Препарати другої лінії			
Триптани	Суматриптан	50 або 100 мг перорально або 6 мг підшкірно, або 10/20 мг інтраназально	Серцево-судинні або цереброваскулярні захворювання, неконтрольована гіпертензія, геміплегічна мігрень, мігрень зі стовбуровою аурую
	Золмітриптан	2,5–5 мг перорально або 5 мг інтраназально	
	Альмотриптан	12,5 мг перорально	
	Елетриптан	20/40/80 мг перорально	
	Фроватриптан	2,5 мг перорально	
	Наратриптан	2,5 мг перорально	
	Ризатриптан	10 мг перорально (5 мг при лікуванні пропранололом) або 10 мг у ородиспергованій формі	
Препарати третьої лінії			
Гепанти	Уброгепант	50/100 мг перорально	Одночасне застосування із сильними інгібіторами CYP3A4
	Римегепант	75 мг перорально	Гіперчутливість, порушення функції печінки
Дітани	Ласмідітан	50/100/200 мг перорально	Вагітність, одночасне застосування з препаратами, які є субстратами P-глікопротеїну

Адаптовано за A.K. Eigenbrodt et al. *Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021 Aug. Vol. 17, № 8. P. 501–514.*

Нині бракує доказових даних щодо підтвердження використання триптанів під час фази аури. За неефективності одного триптану інший може забезпечити полегшення (Färkkilä et al., 2003; Dahlöf, 2006).

У разі субоптимального ефекту до триптану додати НПЗП швидкої дії. За неефективності слід перевести пацієнта на терапію іншим триптаном. Якщо клінічного успіху немає при застосуванні всіх доступних триптанів, призначають засіб третьої лінії — дітан або гепант (рис. 2).

Рекомендації:

• Призначте невідкладну фармакотерапію пацієнтам із нападами мігрені.

• Порадьте препарати на ранніх стадіях нападу, оскільки їх ефективність залежить від своєчасного застосування та правильного дозування.

• Повідомте, що часте повторне застосування препаратів невідкладної дії може спричинити ризик розвитку головного болю, спричиненого зловживанням ліками.

• Використовуйте НПЗП (ацетилсаліцилову кислоту, ібупрофен або диклофенак калію) як препарати першої лінії.

• Використовуйте триптани як засоби другої лінії.

• Розгляньте можливість поєднання триптанів зі швидкодіючими НПЗП, щоб запобігти рецидивам.

• Розгляньте призначення дітану і гепанту як препаратів третьої лінії.

• Використовуйте прокінетичні протиблювотні засоби (домперидон або метоклопрамід) як додаткові пероральні засоби для запобігання нудоті та/або блюванню.

• Уникайте перорального приймання алкалоїдів ріжків, опіоїдів і барбітуратів.

Рекомендації щодо профілактичного лікування:

• Розгляньте профілактичне лікування пацієнтам, які страждають від мігрені протягом ≥ 2 днів на місяць, попри оптимізоване лікування за невідкладних станів.

• Використовуйте β -адреноблокатори (атенолол, бісопролол, метопролол або пропранолол), топірамаат або кандесартан як препарати першої лінії.

• Рекомендуйте флунаризин, амітриптилін або вальпроат натрію (за винятком жінок дітородного віку) як препарати другої лінії.

• Розгляньте моноклональні антитіла до CGRP як препарати третьої лінії.

• Використовуйте нейромодулювальні пристрої, біоповедінкову терапію та акупунктуру як доповнення до невідкладного та профілактичного лікування, якщо фармакотерапія протипоказана.

Рекомендації щодо лікування мігрені у представників окремих популяцій:

• У пацієнтів із явним пізнім початком мігрені слід виявляти її причину.

• В осіб похилого віку необхідно зважати на вищий ризик вторинного головного болю, супутніх захворювань і несприятливих ефектів.

• Дітям і підліткам із мігренню може бути достатньо лише постільного режиму; якщо ні, призначте ібупрофен для невідкладного лікування та пропранолол, амітриптилін або топірамаат для профілактики.

• Вагітним або жінкам, які годують грудьми, призначте парацетамол для невідкладного лікування та за можливості уникайте профілактичної терапії.

• Для жінок із менструальною мігренню розгляньте можливість передменструальної профілактичної терапії НПЗП тривалої дії або триптаном.

Висновки

Мігрень як поширений хронічний неврологічний розлад спричинює суттєвий тягар для пацієнтів і системи охорони здоров'я. Наведені рекомендації, що базуються на опублікованих доказових клінічних даних і експертних думках, розроблені спеціалістами з Європи для оптимізації діагностування мігрені та популяризації найкращих клінічних практик.

Підготувала **Наталія Купко**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.ean.org

Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні

Систематичний аналіз глобального тягаря 12 психічних хвороб у 204 країнах і територіях, опублікований у журналі *The Lancet* (2022), засвідчив його найбільшу питому вагу (DALYs = роки життя з похибкою на працездатність) щодо депресивних і тривожних розладів [1]. Причому ці тенденції були наявними ще в період 1990-2019 років, коли людство не стикалось із проблемою COVID-19, а в Європі не вирувала найбільша з 1945 року війна. Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й у поєднанні із ситуацією постковіду, є ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади [2].

Дійсно, пандемія й тим більше війна є **екстремальними ситуаціями**, що виходять за межі звичайного, «нормального людського досвіду». Такі потужні складні поєднані чинники негативно позначаються на психічному здоров'ї, одночасно розтягуючи психіатричні послуги до межі та знижуючи нашу здатність реагувати через руйнування інфраструктури та економічний спад. «Війна, масові травми, страждання – усе це чинить вплив на психічне здоров'я кожного українця. Перебуваючи в осередку подій, люди зазнають безпосередніх психічних травм, стаючи свідками насильства. Ті, хто покинули країну чи переїхали до безпечніших регіонів, не здатні повністю дистанціюватися від подій, що стосуються їхніх близьких чи звичних місць проживання. Із кожним днем кількість осіб, які відчуватимуть наслідки цих подій на власному психічному здоров'ї, зростатиме», – зазначив Міністр охорони здоров'я В. Ляшко під час зустрічі з першою леді України О. Зеленською та представниками неурядового сектору – громадських організацій, академічної спільноти та донорами у сфері надання психологічної допомоги у червні 2022 року.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), кожна п'ята людина, яка зазнала впливу війни, перебуває під ризиком розвитку психічних захворювань, для України це майже 8,5 млн осіб [3]. Так, за прогнозами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), психологічної допомоги через наслідки війни потребуватимуть понад 15 млн українців, із них близько 3-4 млн – призначення медикаментозного лікування.

Вплив війни на психічне здоров'я: світовий досвід

Травматичні ситуації, що є загрозливими для людини, активують автоматичний багатофазний каскад відповідей центральної та вегетативної нервової системи, тривалість та інтенсивність якого залежить від багатьох біопсихосоціальних чинників. Гостра, відтермінована та хронічна фази реакції на травматичний стрес характеризуються відповідними кожній фазі емоційними реакціями, а також можливим розвитком нозологічно окреслених розладів (табл. 1) [4].

Багато досліджень присвячено вивченню впливу дистресу війни на психічне здоров'я як військовослужбовців та ветеранів, так і цивільного населення [2, 3, 5-7]. У довгостроковому дослідженні (1993-2004) оцінювали психосоматичні скарги та симптоми депресії серед цивільних, біженців і солдатів під час

війни та у післявоєнний період у Хорватії [5]. Тривала стресова ситуація мала довгострокові наслідки для здоров'я біженців і солдатів у вигляді насамперед психосоматичних ознак. Під час оцінювання їхнього стану домінуючими були саме психосоматичні скарги (коефіцієнт F при дисперсійному аналізі [ANOVA] становив 210,30; $p < 0,001$).

Біженці загалом продемонстрували найвищий рівень депресивної симптоматики ($F=4,17$; $p=0,016$), проте рівень психосоматичних і депресивних симптомів із часом змінювався – серед солдатів було виявлено збільшення психосоматичних скарг, тоді як цей показник значуще зменшився у біженців. Висновки цього дослідження засвідчили довготривалі наслідки соматизації психічних порушень в осіб, що пережили війну [5].

Вивчення проблем із психічним здоров'ям у новоприбулих сирійських біженців у США підтвердило, що поширеність можливих діагностично була високою для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (32,2%), тривоги (40,3%) та депресії (47,7%) [6]. Причому можлива поширеність депресивних та тривожних розладів була вищою серед жінок, але не було гендерної різниці для можливого ПТСР.

Нещодавно опублікований метааналіз досліджень щодо психічних розладів, асоційованих із війнами та збройними конфліктами, продемонстрував, що сукупна поширеність депресії становила 28,9%, тривоги – 30,7% та ПТСР – 23,5% [7]. Аналіз окремих підгруп засвідчив суттєву різницю щодо поширеності депресії та тривоги, але не ПТСР, між цивільними та військовослужбовцями ($p < 0,001$), а саме: депресія – 34,7% проти 21,1%; тривога – 38,6% проти 16,2%; ПТСР – 25,7% проти 21,3% відповідно. Сукупна поширеність депресії під час війни сягала 38,7%, після війни – 29,1%. Загальна поширеність тривоги під час війни була 43,4%, після війни – 30,3%. Так, за даними цього метааналізу, підвищена вразливість до дистресу війни була більш імовірно пов'язана з підвищенням рівня тривоги. Своєю чергою, соціально-економічні чинники відігравали більшу роль як провідник депресії.

Автори дійшли висновку, що психічне здоров'я під час війни є проблемою громадського здоров'я, яку не можна ігнорувати; належна допомога, яка надається групам ризику, може зменшити поширеність психічних розладів. Окремо зауважено, що відсутність суттєвих відмінностей між групами військових і цивільних осіб щодо тяжкості ПТСР свідчить, що ми маємо уважно придивитися до лікування, яке надається під час та після військових конфліктів саме для цивільних осіб з погляду на протидію негативним наслідкам ПТСР та пом'якшення тих, що виникли [7].

Водночас впливом війни на психічне здоров'я мають вважатися не тільки травматичні події (безпосередня експозиція до травми), але й щоденні стресові чинники (низької інтенсивності та потенційно травматичні) для подолання розриву між зосередженням на травмі та порушенням психосоціальних рамок [8]. Автори зауважили, що щоденні стресори є проксимальними чи безпосередніми, тоді як вплив війни часто

є більш віддаленим досвідом, особливо в постконфліктних умовах або ситуаціях війни низької інтенсивності, де насильство є епізодичним, а не постійним. З іншого боку, кількість стресових подій, що стають травматичними, залежить від сприйнятої соціальної підтримки [9].

Втім, в Україні ми стикаємось із майже щоденним поєднанням обох видів стресорів, що потребує посиленої уваги до питань профілактики, терапії та реабілітації у сфері психічного здоров'я, а також соціальної підтримки населення. Тому корисний інтегрований підхід до втручання, який послідовно враховує як щоденні стресори, так і безпосередній вплив війни з адекватною соціальною підтримкою населення України.

Українське дослідження впливу війни на психічне здоров'я

Дослідження на тему «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни» було проведено у межах ініціативи першої леді України О. Зеленської щодо створення національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [10]. Методом збору інформації було заповнення анкет у мобільному додатку від Gradus Research у період опитування 22-26.09.2022. Цільовою групою першої частини дослідження були чоловіки та жінки віком 18-60 років ($n=2100$), які проживали у містах із населенням > 50 тис. на території України до початку повномасштабного вторгнення.

Було виявлено, що понад третина опитаних респондентів відчували напруженість (42%), надію (41%), втому (41%), а до третини – страх (26%) та гнів (24%). Причому 71% опитаних осіб відчували останнім часом стрес або сильну знервованість. Серед причин стресу найчастіше називали війну (72%), на другому місці були фінансові труднощі (44%). Так, серед аспектів війни, що зумовлюють стрес, на першому місці була небезпека для близьких людей (63%), на другому – втрата джерела доходу та роботи (42%), на третьому – ризик втратити майно або загинути під час бойових подій (37%). Серед негативних станів, які відчувала найбільша частка опитаних останнім часом, були тривожність та напруга (50%), погані настрої (45%), погіршення сну (41%), а також роздратування і злість (38%). Порівняно з чоловіками серед жінок було зафіксовано ознаки більшої кількості негативних станів. Наприклад, серед осіб віком 24-34 років було значуще більше тих, хто нещодавно мав погані настрої (53%), відчував злість і роздратування (44%), виснаженість (37%), зниження продуктивності (31%) та мав розлади харчування (18%). Серед опитаних віком 55-60 років було значуще більше тих, хто мав погіршення сну, порівняно з групою молодших респондентів (47% проти 41%). Було визначено дві групи осіб, які наразі найбільше потребували психологічної допомоги, а саме: військові, що брали участь у бойових діях (51%), а також ті, хто втратили близьких через війну (48%).

Другою частиною дослідження Gradus Research було оцінення особливості надання психологічної допомоги під час війни через опитування психологів та психотерапевтів



О.О. Хаустова

($n=73$), які працюють на території України. Так, особи, що зверталися по психологічну допомогу, найчастіше відчували зміни у фізичній та емоційній сферах. Власне, почасти це було відчуття внутрішньої тривоги та напруги (зокрема, панічні атаки відчували 90%, неможливість контролювати власні емоції – 80%, погіршення сну – 73%, фізичну та емоційну виснаженість [зниження продуктивності, брак мотивації, відчуття виснаженості] – 70%). На думку фахівців, найбільше психологічної допомоги потребували особи, які пережили травматичні події – безпосередньо стикнулися з наслідками війни (втрата близької людини, участь у бойових діях, перебування в окупації або поруч із місцем активних бойових дій).

Загалом, як зазначають експерти, українцям бракує розвиненої культури піклування про власне психологічне здоров'я. Як було визначено, основною проблемою сьогодення можна вважати недостатню обізнаність пересічних громадян щодо психоосвіти та основ психологічної гігієни; більшість українців не розрізняють психіатричну та психологічну допомогу.

Водночас більшість пацієнтів потребують комплексного персоналізованого підходу, який має охоплювати психоосвіту, психотерапію, психологічну підтримку та посилення психосоціального ресурсу, а також фармакотерапію. Такий цілісний комплекс спрямований на досягнення максимально ефекту за найкоротший проміжок часу і зведення до якнайменшої небажаної хронізації хвороби.

Тривожно-депресивні розлади

За емоційних порушень у пацієнтів часто спостерігається об'єднання психопатологічних феноменів тривоги та депресії. Можна сказати, що депресія і тривога являють собою континуум, детермінований «чинником загального дистресу». До виникнення депресивних та тривожних розладів призводять схожі дисфункції нейрофізіологічних систем, саме через це існує високий рівень коморбідності цих захворювань [11].

Як правило, коморбідні депресивні та тривожні розлади виникають у чотирьох клінічних комбінаціях. Пацієнти можуть мати тривожний і субсиндромальний депресивний розлади (тривожний розлад із депресивними симптомами), відповідно, можливий варіант монополярної депресії із субсиндромальним рівнем тривожного розладу, варіант повної клінічної картини або субсиндромального рівня обох захворювань. В останньому випадку МКХ-10 та МКХ-11 пропонують ставити діагноз «змішаний тривожний та депресивний розлад», а за наявності стресових життєвих подій – «розлад адаптації». Будь-яка із цих клінічних репрезентацій характеризується тяжчим перебігом хвороби, вищим рівнем суїцидальності, смертності та резистентності до лікування, більшим впливом на якість життя, чим за окремого депресивного або тривожного розладу.

Зважаючи на великий відсоток коморбідності цих груп захворювань у разі появи у пацієнта спільних для депресивних і тривожних розладів симптомів має сенс проводити не диференціальний діагноз виключення,

Таблиця 1. Багатофазна реакція на травматичний стрес

Фаза	Емоційні реакції	Діагнози
Гостра (під час або зразу після травматичної події)	Сильні емоції, страх, тривога, сплутаність, зневіра, заціпеніння, вегетативне збудження	Гостра стрес-реакція, гостра реакція на стрес, розлади адаптації (початок), тривога, розлади мислення, короткочасний психотичний розлад, марення через токсичні речовини, загострення зловживання ПАР / преморбідних афективних та особистісних розладів
Відтермінована (у межах тижня після травматичної події або після бою)	Нав'язливі думки, вегетативне збудження (безсоння, нічні жахи, здригання, роздратованість), соматичні симптоми, втрата та горе, апатія, соціальна відстороненість	ПТСР (початок), зловживання ПАР, важка втрата, соматоформні розлади, депресія (початок), інші афективні розлади
Хронічна (від місяців до років після травматичної події)	Розчарування або образа, смуток, постійні нав'язливі симптоми, переорієнтація на перебудову життя	ПТСР, зловживання ПАР, дистимія, інші афективні розлади, хронічні ефекти токсичного впливу

Примітка. ПАР – психоактивні речовини, ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

Адаптовано за R.R. Reeves et al., 2005.

а визначати ступінь тяжкості кожного з них. У будь-якому разі, за однакової тяжкості пильну увагу слід приділяти депресивному розладу через його більшу загрозу для життя пацієнта.

Існують певні бар'єри для диференційної діагностики тривоги і депресії. До них належать: брак часу; відсутність зворотного зв'язку; дискомфорт із невизначеністю симптомів; фокус на необхідності «одинарного» діагнозу; потреба у виключенні всіх соматичних діагнозів і причин патологічного стану для визначення психіатричного діагнозу; недопущення в свідомості лікаря співіснування психічного та соматичного захворювання; занепокоєність через можливе заподіяння психологічної травми визначенням психіатричного діагнозу.

Окремі блоки клінічних симптомів при тривожі й депресії мають деякі спільні риси та певні розбіжності. До спільних особливостей соматичних скарг за цих станів належать їх мінливість та невизначеність, а також наявність порушень сну і апетиту, втомленості та головного болю. Причому пацієнти з депресією на тлі хронічного добового алгічного синдрому зі зниженням апетиту, лібідо і ранніми пробудженнями демонструють добову циклічність скарг. У разі тривоги такої циклічності немає, переважають скарги із залученням вегетативного компонента (зокрема, припливи, пітливість, тремор і серцебиття, нудота, гіпервентиляція, задуха) та тлі м'язової напруги і труднощів засинання. Емоційні порушення також мають спільні риси: дратівливість, занепокоєння, залежність, фатальність і втрата відчуття задоволення. Але за депресії переважають печаль, туга і відчай із відсутністю мотивації та енергійності, а за тривоги безпорадність із поганими передчуттями та явищами деперсоналізації та дереалізації. У когнітивній сфері пацієнти демонструють труднощі в концентрації уваги і нерішучість, яка в разі тривоги сягає ступеня очікування катастрофи.

При депресії йдеться про загальмованість мислення, можливі суїцидальні думки і загальну спрямованість депресії на майбутнє. Хвороблива поведінка пацієнтів стає обмежувальною, вона полягає у зменшенні загального обсягу функціонування з незадоволенням якістю життя. Депресивна поведінка насамперед представлена маловиразністю і загальмованістю рухів, небажанням спілкування. Тривожну поведінку характеризує наявність лякливості, уникнення та інших ритуалів, спрямованих на зменшення тривоги. Втім, особливу складність являє собою саме змішаний тривожно-депресивний розлад, окремі симптоми якого можуть виступати предикторами прогнозу (табл. 2) [11].

За міжнародними стандартами curaції пацієнтів із депресивними і тривожними розладами, оптимальною тактикою лікування є поєднання фармако- та психотерапії. Так, за стандартом NICE, психотерапія вважається першою лінією терапії тривожних розладів; вона є також невід'ємною складовою терапії депресії. Правила для терапії депресивного розладу, що також доречні в терапії тривожно-депресивного розладу (ТДР), передбачають: встановлення діагнозу за відповідними критеріями з використанням тестів у поєднанні з клінічним підходом; оцінювання тяжкості депресії, чинників стресу, коморбідності, суїцидального ризику; встановлення терапевтичного альянсу з пацієнтом, проведення психоосвіти пацієнта і членів його родини з проблеми депресії / тривоги / ТДР; вибір типу терапії (амбулаторно / стаціонарно) залежно від тяжкості розладу і проведення індивідуалізованої терапії в адекватній дозі і тривалості лікування для досягнення ремісії.

Більшість міжнародних настанов рекомендують використання препаратів-джереників СІЗЗС / ІЗЗСН як засобів терапії першої лінії на підставі оптимального поєднання ефективності, переносимості, співвідношення ризик / користь і ціни препарату. До того ж за наявності у пацієнта одночасно депресії і тривоги першою необхідно лікувати депресію [12].

Фармакотерапія тривожно-депресивних розладів

2022 року відбулось певне оновлення клінічних настанов щодо curaції депресивних та тривожних розладів [13–15]. Так, відповідно

Таблиця 2. Прогноз терапії змішаного тривожно-депресивного розладу

Предиктори	Сприятливий прогноз		Несприятливий прогноз	
	Типові		Атипові (змішані, мінливі)	
Симптоми				
Особистісні особливості	Добродушність, стабільні взаємовідносини з оточенням		Залежність, імпульсивність, нав'язливість	
Соціальні умови	Соціальна стабільність, адекватна сімейна / виробнича соціальна підтримка		Соціальна ізоляція, несприятливі соціальні умови	
Негативні події життя	Наявні, недавні		Численні, неаявні, постійні	
Вживання алкоголю / наркотиків	Мінімальне, соціально прийнятне та контрольоване		Зловживання	
Відповідь на лікування	Рання, мінімальні побічні ефекти		Відтермінована / часткова, багаточисельні побічні ефекти	
Тривалість епізоду	Тижні (до трьох місяців)		Місяці / роки	

Таблиця 3. Терапія тривожних розладів

Лікування	Рекомендація	Рівень доказовості	Рекомендаційна оцінка
Психотерапія та психотропні засоби	Пацієнтам із ПР, ГТР або СТР слід запропонувати: • психотерапію; • медикаментозне лікування. Слід поважати переваги добре поінформованого пацієнта. Пацієнта необхідно поінформувати, зокрема, про початок і тривалість дії, побічні ефекти та наявність різних підходів до лікування	1a	A +
	Якщо психотерапія або психотропні препарати не виявилися ефективними, слід запропонувати інший підхід або їх комбінацію	Експертний консенсус	KE +

Примітки: ПА – панічний розлад; ГТР – генералізований тривожний розлад; СТР – соціальний тривожний розлад.

Адаптовано за B. Bandelow et al., 2022.

Таблиця 4. Доказова фармакотерапія провідних тривожних розладів.

Клас ліків	Препарат	Тривожний розлад			Добова доза (мг)	Рівень доказовості	Рівень рекомендацій
		ПР/агорафобія	ГТР	СТР			
СІЗЗС / ІЗЗСН	Циталопрам	x			20-40	1a	A +
	Есциталопрам	x	x	x	10-20	1a	A +
	Пароксетин	x	x	x	20-50	1a	A +
	Сертралін	x		x	50-150	1a	A +
	Дулоксетин		x		60-120	1a	A +
	Венлафаксин	x	x	x	75-225	1a	A +
ТЦА	Кломіпрамін (якщо препарати з рекомендацією класу А неефективні або погано переносяться)	x			75-250	1a	B +
Модулятор кальцієвих каналів	Прегабалін		x		150-600	1a	B +

Адаптовано за B. Bandelow et al., 2022.

до Клінічних практичних рекомендацій VA/DoD щодо лікування великого депресивного розладу, четверта версія яких була оприлюднена в лютому 2022 р., рекомендовано лікування великого депресивного епізоду за допомогою психо- або фармакотерапії як монотерапії залежно від переваг для пацієнта [13].

Низка чинників, а саме відповідь на лікування, тяжкість і хронізація депресії може призвести до інших стратегій лікування, наприклад перемикання препаратів, аугментації, комбінованого лікування, або використання засобів терапії не першої лінії [14].

Серед психотерапевтичних методів пропонується такий вибір втручання (не за рангом):

- Терапія прийняття та прихильності.
- Поведінкова терапія / поведінкова активність.
- Когнітивно-поведінкова терапія.
- Міжособистісна терапія.
- Когнітивна терапія на основі уважності.
- Терапія розв'язання проблем.
- Короткочасна психодинамічна психотерапія [13].

У разі вибору початкової фармакотерапії (перша лінія терапії) пропонується одне з наступного (не впорядковане за рангом):

- Селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну.

- Інгібітор зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну.

- Бупропіон.
- Міртазапін.
- Тразодон, вілазодон або вортиоксетин [13].

Удосконалення терапії тривожних розладів знайшло своє відображення в Німецьких рекомендаціях із лікування тривожних розладів (перший перегляд 2022 року) [15]. Лікування передбачає поєднання застосування психотерапії та психотропних засобів (табл. 3). На відміну від попередніх рекомендацій щодо фармакотерапії провідних тривожних розладів, рівень рекомендацій А + мають лише шість препаратів із класів СІЗЗС / ІЗЗСН (табл. 4)

Дулоксетин у терапії тривожно-депресивних розладів

Дулоксетин може бути препаратом першої лінії для лікування депресивних (ВДР) і тривожних розладів (генералізованих тривожних розладів) зі сприятливим профілем безпеки. Перевагу при застосуванні в реальній клінічній практиці мають генеричні препарати дулоксетину з доведеною біоеквівалентністю. Результати кількох клінічних досліджень підтвердили, що застосування дулоксетину поліпшувало показники тривожності, визначені за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A)

або Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), у пацієнтів із генералізованим тривожним розладом (ГТР). Короткострокові (9–15 тижнів) дослідження з гнучким дозуванням та фіксованою дозою засвідчили, що дулоксетин значуще ($p \leq 0,05$) покращував загальний бал за шкалою HAM-A, бал за субшкалою психічного чинника тривоги HAM-A та окремими пунктами HAM-A щодо тривожного настрою або напруження, а також загальний бал за шкалою HADS порівняно з групами, які отримували плацебо. Відомо, що дулоксетин добре переносився і сприяв достовірному ($p \leq 0,05$) позитивному впливу на показники ремісії та стійкого поліпшення порівняно з плацебо [16–18].

До того ж продемонстровано, що тривале (26 тижнів) лікування дулоксетином ефективно щодо запобігання або затримки рецидиву ГТР у пацієнтів, які мали початкову терапевтичну відповідь. Зокрема, у пацієнтів, які отримували терапію дулоксетином, достовірно ($p \leq 0,001$) знижувалися показники за загальною шкалою HAM-A, субшкалами психічної та соматичної тривоги HAM-A та субшкалою тривоги HADS порівняно з групою, яка отримувала плацебо. Пацієнти, які отримували дулоксетин, продемонстрували достовірно більшу частоту ремісії (68% проти 39%; $p \leq 0,001$), ніж ті, хто отримував плацебо [19].

У двох 10-тижневих клінічних дослідженнях порівнювався вплив дулоксетину (60–120 мг/добу), плацебо та активного препарату порівняння венлафаксину (75–225 мг/добу) на пацієнтів із ГТР. Лікування дулоксетином або венлафаксином сприяло редукції основних психічних та соматичних симптомів тривоги у дорослих із ГТР. В обох дослідженнях терапія дулоксетином або венлафаксином значно поліпшувала загальний бал за шкалою HAM-A, бал за субшкалою психічного чинника тривоги HAM-A та бал за субшкалою соматичного чинника HAM-A порівняно з плацебо ($p < 0,01$) [20, 21]. Також в одному дослідженні і дулоксетин, і венлафаксин сприяли значущому покращенню загального бала за шкалою HADS порівняно з плацебо ($p \leq 0,01$). Показники стійкого поліпшення були значно ($p < 0,01$) вищими в обох групах активного лікування (55% – для дулоксетину та 54% – для венлафаксину) порівняно з групою плацебо (39% [20]). У цих дослідженнях аналіз стандартних клінічних показників тривожності у пацієнтів із ГТР підтвердив, що дулоксетин є ефективним антитривожним засобом [22]. Дулоксетин (60 мг/добу) застосовувався як порівняльний препарат у двох дослідженнях ефективності вортиоксетину в пацієнтів із ВДР і ГТР. У дослідженні за участю пацієнтів із ГТР дулоксетин, на відміну від вортиоксетину, значно перевершував плацебо за первинною кінцевою точкою ефективності, яка полягала у зниженні балів за шкалою HAM-A, а також за вторинною кінцевою точкою зниження балів за шкалою HADS [23, 24].

Досить демонстративним щодо ефективності лікування дулоксетином тривожних та депресивних розладів є нещодавно опубліковане 8-тижневе проспективне багатоцентрове обсервційне дослідження з гнучким підбором дози з використанням даних реальної практики (real-world data, 58 амбулаторних центрів, 578 учасників із ВДР або ГТР) [25].

Актуальність аналізу даних саме цього дослідження обумовлена тим, що його метою було з'ясувати вплив переходу на дулоксетин (після неадекватної відповіді на попередні АД) на загальну тяжкість захворювання, біль і якість життя, що є важливим для популяції українських пацієнтів із тривожно-депресивними розладами в умовах дистресу війни. Виразність симптомів визначали за шкалами клінічного глобального враження – тяжкість (CGI-S) та клінічного глобального враження – поліпшення (CGI-I), виразність болю – за візуальною аналоговою шкалою, задоволеність поточним лікуванням та якість життя, пов'язану зі здоров'ям – за тривірневою версією п'ятивимірної опитувальника EuroQoL (EQ-5D-3L).

Результати засвідчили, що тяжкість депресивних і тривожних розладів достовірно зменшилася протягом 8 тижнів дослідження і вже на 4-му тижні – відповідно в обох групах

Закінчення на наст. стор.

Початок на стор. 22

пацієнтів. Загальна якість життя та всі її субіндикатори також достовірно поліпшилися в обох групах пацієнтів, як і суб'єктивне переживання болю. Також значно зросла задоволеність поточним лікуванням протягом періоду дослідження. Частота побічних ефектів була низькою. В обох групах (як ГТР, так і ВДР) по два пацієнти вибули з дослідження через побічні ефекти, що призвело до припинення лікування у чотирьох випадках (0,7%).

Клінічний випадок

Тривожно-депресивні розлади наразі є найчастішими причинами звернення з приводу порушень психічного здоров'я в умовах дистресового впливу війни в Україні. Ось так виглядає типовий клінічний випадок із практики лікаря-психіатра.

Пацієнтка А., 36 років, звернулася зі скаргами на апатію, плаксивість, відчуття пригніченості, почуття провини перед родиною, зокрема перед дітьми, постійний страх та тривожні очікування чогось неприємного в майбутньому, періодичне хвилювання. Вона також зазначала, що їй важко вранці вставати з ліжка та починати щось робити, відчувала брак енергії та втому і як наслідок постійну сонливість і загальмованість.

Основними причинами звернення стали низька працездатність, а також нездатність справлятися з необхідним обсягом завдань, разом із наростаючим непорозумінням у родині загалом. Під час активного опитування пацієнтка відзначала відчуття емоційного спустошення; вона говорила, що не бачить «просвіту в житті», тому почала «заїдати» свій емоційний стан. Через порушення харчової поведінки її вага за останні 3 місяці зросла на 7 кг.

Анамнез захворювання. Погіршення стану у вигляді перезбудження та утруднення засинання А. почала помічати через 3 тижні після початку війни, коли була змушена разом із дітьми з метою безпеки покинути постійне місце проживання. Для заспокоєння та засинання вона

приймала заспокійливі засоби на рослинній основі, що покращило стан пацієнтки. Але повторне погіршення стану відбулось після повернення додому, коли пацієнтці стало відомо про втрату роботи, а з новим працевлаштуванням виникли проблеми, тому з'явилося відчуття безпорадності, власної нерезалізованості та часті сльози наодинці. Поступово зникла цікавість пацієнтки до власної зовнішності, вона перестала піклуватися про себе та вже примушувала себе виконувати повсякденні справи. Коли пацієнтка нарешті влаштувалася на роботу, вона була не в змозі виконувати обсяг поставлених завдань. Також не знаходила підтримки з боку близьких, тому жінка почала занурюватися в стан «тихого відчаю».

В анамнезі у пацієнтки – панічні атаки під час навчання у вищому навчальному закладі, що були пов'язані зі страхом неуспішності та неотримання стипендії. Найсильніші загострення відбувалися під час сесій і складання іспитів. Пригадує, що виходила зі знервованого стану допомагали фізичні навантаження (займалася художньою гімнастикою) та вживання заспокійливих засобів за порадою матері.

Анамнез життя. Росла та розвивалася без особливостей, але відзначила, що завжди була «вразливою особистістю» і важко переживала зміни в житті або негаразди в родині. Має вищу освіту, останнім часом працює графічним дизайнером. Заміжня, має двох дітей віком 10 і 12 років.

Соматоневрологічний статус. Об'єктивних ознак соматичної патології не виявлено. Помірний гіпергідроз долонь. Сухожильні рефлекси нижніх кінцівок помірно похвалені з обох боків. У позі Ромберга під час проведення пальцеосової проби виявлено дрібноамплітудний інтенційний тремор пальців обох кистей, який посилювався поза контролем зору.

Психічний статус. Контактна, орієнтована всебічно правильно. Під час клінічної бесіди спостерігалось часте зітхання через пригніченість настрою, розповідь супроводжувалась сльозами. Пацієнтка емоційно лабільна,

намагалася поводитися спокійно, але певною мірою була помітна метушливість у поведінці та занепокоєння, брак контрольованої концентрації, яка простежувалася в перебиранні пальцями складок сукні. Мисленнєва та когнітивна сфери без значущих порушень. Фон настрою знижений, без суїцидальних тенденцій. Критика збережена.

Оцінювання стану, зокрема тяжкості симптомів депресії та тривоги, проводили за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Сума балів за субшкалою депресії – 15, що свідчило про клінічно виразну депресію. Сума балів за субшкалою тривоги – 12, що свідчило про клінічно виразну тривогу.

На підставі отриманих даних пацієнтці встановлено діагноз тривожно-депресивного розладу (F 41.2 за МКХ-10) та призначено курс лікування:

- Психотерапія (сеанси когнітивно-поведінкової терапії [КПТ]) – 10 сесій щотижнево.

- Дулоксетин (Симбія®) – 30 мг/добу протягом 1-го тижня зі збільшенням дози до 60 мг/добу на 2-му тижні та можливою подальшою титрацією вгору залежно від терапевтичної відповіді (90/120 мг/добу).

- Прегабалін 75 мг двічі на добу протягом тижня з подальшою корекцією дози залежно від терапевтичної відповіді (можливе підвищення дозування до 300 мг/добу, розподіленої на два прийоми протягом другого та наступних тижнів).

Через два тижні після застосування призначеної терапії спостерігалось покращення стану пацієнтки – вона відзначала зменшення втомлюваності та сонливості, зниження відчуття напруги, почала з'являтися цікавість до повсякденних справ. Сума балів за шкалою HADS: депресія – 13 балів, тривога – 10 балів, що засвідчило рівень клінічно значущої депресії та рівень групи ризику щодо тривоги. Прийнято рішення продовжувати лікування з наступним контролем через два тижні та один місяць.

У наведеному клінічному випадку терапії тривожно-депресивного розладу було застосовано

комбіновану фармакотерапію (дулоксетин+прегабалін) для швидкої корекції тривожних ознак, тоді як значуща редукція депресії відбувається зазвичай пізніше, на 3-му тижні терапії. Подальша тактика терапії цієї пацієнтки полягатиме в переведенні її на монотерапію дулоксетином через 1,5-2 місяці терапії із загальною подальшою тривалістю лікування 6-12 місяців.

Висновки

Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й у поєднанні із ситуацією постковід, є ідеальним інкубатором зростання навантаження на громадське здоров'я через психічні розлади, що підтверджують дані багатьох досліджень, зокрема і українських.

Найбільшу питому вагу глобального тягара 12 психічних хвороб у більшості країн світу мають саме депресивні та тривожні розлади. Тривожно-депресивні розлади, а також ПСТР виявились провідними для постраждалих від дистресу війни популяцій. Хоча найбільше психологічної допомоги потребували особи, які пережили травматичні події – безпосередньо стикнулися з наслідками війни (втрата близької людини, участь у бойових діях, перебування в окупації або поруч із місцем активних бойових дій). За міжнародними стандартами терапії пацієнтів із депресивними і тривожними розладами, оптимальною тактикою лікування є поєднання фармакотерапії та психотерапії. 2022 р. відбулось певне оновлення клінічних настанов щодо терапії депресивних і тривожних розладів із розширенням спектра психотерапевтичних методів і переглядом рівня доказовості терапії окремими препаратами.

Дулоксетин може бути препаратом першої лінії для лікування депресивних (ВДР) і тривожних розладів (ГТР) зі сприятливим профілем безпеки. Перевагу під час застосування в реальній клінічній практиці мають генеричні препарати дулоксетину з доведеною біоеквівалентністю.

Список літератури знаходиться в редакції



СИМБІЯ®

ДІЮЧА РЕЧОВИНА - ДУЛОКСЕТИН

ДАРНИЦЯ
це наше

Вмикай яскраве життя!



Допомога при депресії та нейропатичному болю

Склад: діюча речовина: duloxetine; **Лікарська форма:** Капсули кишковорозчинні тверді. **Фармакотерапевтична група:** Антидепресанти, Код АТХ N06A X21. **Фармакологічні властивості:** Дулоксетин – це комбінований інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норепінефіну. Він незначною мірою інгібує захоплення допаміну, не має значної спорідненості з гістаміновими і допаміновими, холінергічними та адренергічними рецепторами. **Показання:** Лікування великого депресивного розладу. Лікування діабетичного периферичного нейропатичного болю. Лікування генералізованого тривожного розладу. **Протипоказання:** Протипоказаннями для застосування лікарського засобу є підвищена чутливість до дулоксетину або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу. Дулоксетин не можна призначати разом із селективними незворотними інгібіторами моноаміноксидаз (МАО) або причайні протягом 14 днів після припинення лікування інгібіторами МАО. З огляду на період напіврозпаду дулоксетину інгібітори МАО не можна призначати причайні протягом 5 днів після припинення лікування дулоксетином. Симбія® не можна призначати хворим із нестабільною гіпертензією, оскільки це може спровокувати гіпертонічний криз. Лікарський засіб не можна призначати хворим із термінальною стадією ниркової недостатності (кількість креатиніну – до 30 мг/л). Симбія® не слід призначати пацієнтам із захворюваннями печінки, оскільки це може спричинити печінкову недостатність. Дулоксетин не рекомендується призначати дітям у зв'язку з недостатністю даних щодо його безпеки та ефективності застосування цієї вікової категорії пацієнтів. Симбія® не слід призначати у комбінації з флуоксаміном, штирофлоксацином або еноксацином (сильні інгібітори СYP1A2) через підвищення концентрації дулоксетину у плазмі крові. **ПОПЕРЕДЖЕННЯ!** Пацієнтам із високим ризиком суїциду під час лікування необхідно перебувати під суворим наглядом, оскільки до настання значної ремісії не виключена можливість спроби суїциду. Можливість застосування дулоксетину гідрохлориду не вивчалася у пацієнтів віком до 18 років, тому він не призначений для застосування цієї вікової групи. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** **Фертильність.** У дослідженнях на тваринах дулоксетин не впливав на чоловічу фертильність, а ефекти у жінок проявлялись лише у дозах, що спричинили материнську токсичність. **Вагітність.** Адекватні і контрольовані дослідження дії лікарського засобу на вагітних жінках не проводилися, тому застосування його у період вагітності не рекомендується. **Період годування груддю.** Безпека застосування дулоксетину дітям невідома, тому годування груддю під час прийому дулоксетину не рекомендується. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.** Дослідження впливу дулоксетину на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами не проводили. Лікарський засіб може виявляти седативний ефект та запаморочення. Під час лікування пацієнтам слід утримуватися від потенційно небезпечних видів діяльності, що вимагають підвищеної уваги та швидкості психомоторних реакцій. **Спосіб застосування та дози.** **Великий депресивний розлад.** Початкова та рекомендована підтримуюча доза становить 60 мг 1 раз на добу, застосовують незалежно від вживання їжі. Дозування понад 60 мг 1 раз на добу до максимальної дози 120 мг на добу були оцінені з точки зору безпеки. Терапевтична реакція зазвичай спостерігається через 2-4 тижні лікування. **Діабетичний периферичний нейропатичний біль.** Рекомендована початкова доза становить 60 мг 1 раз на добу, незалежно від вживання їжі. Десятих пацієнтам можна призначати добу дозу вище 60 мг до максимальної дози 120 мг на добу, розподіленої на 2 прийоми. Терапевтичний ефект лікування виявляється протягом 2-4 тижнів. **Генералізований тривожний розлад.** Рекомендована початкова доза становить 30 мг 1 раз на добу. У разі недостатнього ефекту лікування дозу потрібно збільшити до 60 мг на добу. За умов недостатнього ефекту лікування в дозі 60 мг можна розглядати підвищення дози до 90 або 120 мг на добу. Терапевтичний ефект лікування виявляється протягом 2-4 тижнів. Після закріплення відповіді рекомендується продовжувати лікування протягом декількох місяців, щоб уникнути рецидиву. **Діти.** Клінічні дослідження щодо застосування дулоксетину дітям (віком до 18 років) не проводилися, тому його не застосовують у педіатричній практиці. **Побічні реакції.** Повідомлялося про запаморочення, нудоту і головний біль (>5%) як про несприятливі симптоми при припиненні прийому дулоксетину. При припиненні прийому лікарського засобу також спостерігались порушення чутливості, порушення сну, збудження або тривожність, тремор, дратівливість, діарея та гіпергідроз. Припинення терапії (особливо раптове перевернення) часто супроводжується синдромом відміни. **Термін придатності:** 2 роки. **Категорія відпуску:** За рецептом. **Заявник:** ПрАТ «Фармацевтична фірма "Дарниця"». **Місцезнаходження заявника та адреса місця провадження його діяльності:** Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13. **Виробник:** Балканфарма-Дуниця АД. **Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності:** Бул. Самковорова Шосе 3, Дуниця 2600, Болгарія.

ІНФОРМАЦІЯ НАВЕДЕНА В СКОРОЧЕНОМУ ВИГЛЯДІ. БІЛЬШ ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ВИКЛАДЕНА В ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

ІНФОРМАЦІЯ ПРИЗНАЧЕНА ВИКЛЮЧНО ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАВАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ ВИКЛЮЧНО ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗИУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ



darnitsa.ua

Л.М. Єна, д.м.н. проф.; Г.М. Христофорова, к.м.н.; О.Г. Гаркавенко, ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

Геріатричні синдроми в клінічній практиці

Специфікою нинішнього етапу глобального постаріння, поряд зі збільшенням кількості літніх людей, є драматичне збільшення в популяції частки осіб віком від 80 років [38].

З огляду на це закономірним вбачається не тільки зростання вік-асоційованих хронічних захворювань і мультиморбідності, а й так званих геріатричних синдромів (ГС) (рис.).

Що таке геріатричний синдром?

Вікові зміни – морфологічні, функціональні, метаболічні – призводять до численних дефіцитів в органах і системах організму й одночасно є підґрунтям розвитку вік-асоційованих захворювань. У сукупності це порушує функціональний резерв організму такою мірою, що навіть незначні, безпечні для молодших осіб, стресові впливи можуть призвести до декомпенсації і несприятливих наслідків [41]. Діагностика симптомів, які віддзеркалюють порушення, тривожні щодо наслідків, і подальший цілеспрямований менеджмент є невід'ємним складником всебічного геріатричного оцінювання (ВГО).

Геріатричний синдром – термін для дефініції хронічних порушень здоров'я у літніх осіб, не ідентичний поняттям «хвороба» і «синдром». 1995 року запроваджено визначення ГС як «мультифакторіальний стан здоров'я, що розвивається внаслідок акумуляції порушень у множинних органах і системах і визначає вразливість (літніх осіб) до ситуаційних впливів» [26].

Характеристиками ГС є: 1) багатфакторність; 2) асоціація з віком; 3) несприятливий прогноз щодо функціонального стану, якості життя, смерті, залежності від сторонньої допомоги, потреби в довготривалому нагляді, 4) оборотність.

Слід зауважити, що під функціональним станом розуміють ступінь автономії людини, її здатність до самообслуговування. Функціональне зниження може охоплювати щоденну базисну активність (зокрема, харчування, одягання, купання, переміщення по квартирі, контроль фізіологічних відправлень, що визначається за індексом активностей повсякденного життя Катц) або, в легших випадках, інструментальну (прибирання домівки, приготування їжі, приймання медикаментів, управління фінансами, користування телефоном тощо, яка визначається за шкалою оцінювання інструментальної активності Лоутона).

Зазвичай ГС маніфестують як єдиний прояв. Їхній розвиток і прогресування зумовлені не лише віковими і патологічними змінами, а й середовищними впливами, зокрема соціальними. ГС мають загальні чинники ризику, як-от оксидативний стрес, хронічне запалення, гормональний дисбаланс, порушена толерантність до глюкози, дефіцит мікронутриєнтів тощо. Часто чинником ГС є медикаменти. Так, седативні та снодійні препарати можуть спричинити делірій,

порушення ходьби, падіння, когнітивні розлади [56].

Співіснування декількох ГС зумовлене не тільки спільними чинниками ризику, а й взаємним впливом: наприклад, погіршення зору поєднується з порушеннями ходьби, диссомнія – із депресією і деменцією, стареча немічність – із погіршенням балансування і моторики, із депресією. Кожен ГС несе загрозу каскаду несприятливих подій: нетримання сечі на тлі порушення рівноваги може призвести до падіння; своєю чергою, падіння асоційовані з подальшим погіршенням мобільності, іммобілізацією, пролежнями, високим ризиком травматичної смерті [31, 37].

Якими є відомі геріатричні синдроми?

Нині нараховується близько 60 ГС: немічність, падіння, нетримання сечі й калу, порушення сну, делірій, деменція, депресія, запаморочення, саркопенія, остеопороз; порушення зору та слуху, ходьби й рівноваги, харчування (мальнутриція) тощо [18].

Сформувався певна ієрархія з виокремленням «великих» ГС, зважаючи на частоту й наслідки. Особливе місце в цьому переліку посідає синдром немічності, або старечої астенії (*англ. frailty*) [10].

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) «старечої астенії», яку ототожнюють із *frailty*, відповідає код R54. Водночас цей синдром притаманний і хворим молодого й середнього віку з тяжкою патологією, як-от злоякісні пухлини, хронічна серцева недостатність. Кількість осіб із синдромом немічності та загалом із ГС збільшується в популяції не лише через старіння населення, а й через безпосередній вплив тяжких захворювань. Так, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у яких завдяки антиретровірусній терапії тривалість життя суттєво подовжена, первинна патологія трансформується у хронічні захворювання, які, своєю чергою, призводять до розвитку ГС [17].

Як часто виникають геріатричні синдроми?

Загалом ГС поширені в популяції літніх осіб, але здебільшого вони залишаються недиагностованими. Опубліковані дані щодо частоти ГС кардинально різняться, що пояснюється гетерогенністю обстежених контингентів, рівнем і методами діагностування.

Як приклад, поширеність синдрому немічності серед літніх осіб, що не перебувають у спеціалізованих закладах, становить близько 11%,

водночас розбіжності в частоті широко варіюють залежно від методу оцінювання – від 4 до 59%; в осіб віком від 85 років – 26-44% [32].

Найвищі значення частоти ГС надають спеціалізовані заклади: у дослідженні за участю пацієнтів геріатричної амбулаторії в Туреччині поліфармацію (приймання чотирьох і більше препаратів) встановлено у 54,5%, нетримання сечі – у 47,6%, мальнутрицію – у 9,6%, депресію – у 35,1%, деменцію – у 21,6%, падіння – у 33,6%, саркопенію – у 31,7%, немічність – у 28,3%. Стратифікація за віком продемонструвала виразне зростання ГС саме з віком: у 20% 60-69-річних пацієнтів не спостерігалося ГС, водночас майже у 48% віком >80 років фіксували понад чотири ГС одночасно [5].

Однією з найуразливіших груп є госпіталізовані пацієнти, а також особи в постгоспітальному періоді: з погляду на це було введено термін «постгоспітальний синдром» для виокремлення небезпечного періоду після госпіталізації за гострими показаннями і ризиком неповернення до вихідного рівня функціонування [58].

Що означають геріатричні синдроми для клінічної практики?

ГС мають несприятливий прогноз щодо тривалості життя, функціонального стану, якості життя [49, 63]. Так, когнітивні порушення в дослідженні DECOFIRN Study виступали предиктором погіршення функціонального стану після госпіталізації, саркопенія – підвищеної смертності за ургентних операцій [16, 57].

У дворічному спостереженні за 16640 пацієнтами віком >50 років зниження функціональних можливостей і наявність ГС виявилися чутливішими предикторами погіршення здоров'я і смерті, ніж захворювання [49].

У проспективному дослідженні постгоспітальних синдромів наявність апатії, болю, мальнутриції, порушення рухливості та страху падіння у 4,35; 3,26; 3,4; 6,65 і 3,17 рази відповідно підвищували ризик функціонального зниження; водночас апатія, недоїдання, втома та ризик падіння асоціювалися з підвищеною смертністю [58].

Виявлення ГС означає суттєві, а іноді кардинальні зміни в тактиці та стратегії лікування / обслуговування осіб похилого і старечого віку [28, 29].

Діагностування ГС за різних нозологій у різних клінічних ситуаціях (оперативні втручання, госпіталізація тощо), реалізація сукупності геріатричних підходів,



Л.М. Єна



Г.М. Христофорова

адекватний менеджмент, як-от передбачається ВГО, асоційоване з поліпшенням прогнозу [51, 63].

Як діагностують геріатричні синдроми?

Слід констатувати, що натепер, на жаль, не існує єдиних стандартів діагностування ГС, натомість для кожного з них запропоновано досить широкий спектр спеціальних досліджень.

Падіння і порушення ходьби

Падіння є головною причиною травматичної смертності осіб старечого віку, асоційованою з тяжкими пошкодженнями. Чинниками ризику падіння є м'язова слабкість, падіння в анамнезі, порушення балансу і ходьби, використання під час ходьби допоміжних девайсів, дефіцит зору, остеоартрит, когнітивні порушення, депресія, застосування деяких медикаментів, вік понад 80 років [22].

У Європі щорічні фінансові витрати через падіння перевищують 30 млрд євро [53].

Найпростішим методом виявлення ГС є спостереження за рухами пацієнта. Як спеціальний інструментарій для оцінювання ризику падіння використовують відповідний опитувальник Десмонда. Розроблено прості тести для визначення мобільності та балансування: швидкість звичайної ходьби, тест «підйом-ходьба», стояння за різних положень ніг, стабільність під час поворотів, стійкість за підштовхування тощо [21, 22].

На особливу увагу заслуговують пацієнти з повторними падіннями, для яких необхідний детальний аналіз вживаних медикаментів, ортостатичної гіпотензії, аритмій, епізодів гіпоглікемії, нейром'язових симптомів, порушень балансу, зниження мінеральної щільності кісток [44].

Саркопенія

Саркопенія – це атрофічні та дегенеративні зміни скелетної мускулатури і погіршення її функцій. Втрата м'язової маси становить у середньому 0,5-1% щорічно у віці після 25-30 років [62].

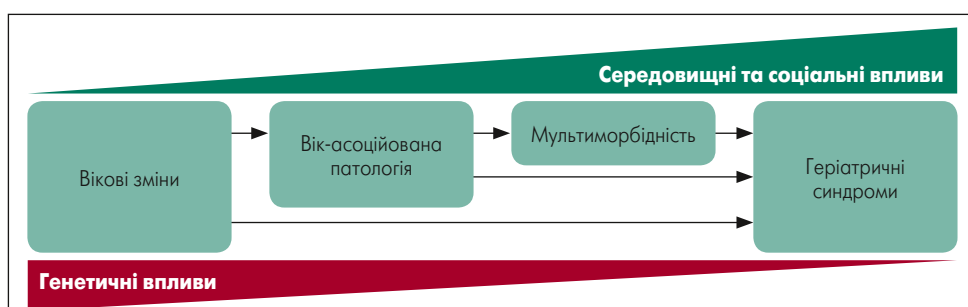


Рисунок. Формування геріатричних синдромів

Продовження на наст. стор.

Початок на попередній стор.

Зниження м'язової маси спостерігається у 4% чоловіків і 3% жінок віком 70–75 років і зростає відповідно до 16 і 13% в осіб старше 85 років.

Дані щодо поширеності саркопенії різняться залежно від методів діагностування: за результатами дослідження T. Yazar et al. (2018), у літніх осіб без значущої патології вона коливалася від 9,8 до 31,5% [62].

Саркопенія є чинником фізичної немічності літніх людей. Погіршення функціонування «швидких» м'язових волокон, відповідальних за збереження рівноваги, веде до підвищення ризику мимовільних падінь. Наприклад, за даними американського центру контролю захворюваності, саркопенія є одним із п'яти основних чинників захворюваності та смертності в осіб віком від 65 років [9].

Для скринінгу саркопенії запропоновано простий опитувальник для швидкої діагностики саркопенії (SARC-F).

Європейська (EWGSOP, 2010), а потім Азійська (AWGS, 2014) робочі групи із саркопенії у літніх осіб розробили алгоритм діагностування, оснований на вимірюванні швидкості ходьби, сили кистей рук, м'язової маси [12, 15].

Мальнутриція

У широкому розумінні мальнутриція поєднує як дефіцит (протеїнів, вітамінів), так і надлишок (метаболічний синдром, ожиріння) харчування.

Як ГС цей стан зазвичай означає зниження маси тіла. Порушення харчування – поширений розлад у геронтологічній популяції, який пов'язаний із розвитком численних захворювань, із погіршенням функціонального статусу і підвищеною смертністю.

Хоча втрата ваги може мати добровільний характер, будь-яке значуще зниження маси тіла потребує настороженості, оскільки сигналізує про соматичну / психічну патологію, або про соціальні / фінансові / функціональні обмеження. Визначають динаміку зміни ваги, окружність талії, індекс маси тіла, а для оцінювання якості харчування використовують такі інструменти, як Міні-опитувальник нутриційного статусу (Mini-Nutritional Assessment), Спрощений опитувальник для оцінювання харчування (Simplified Nutrition Assessment Questionnaire) [25, 61].

Порушення слуху

У старості у понад третини осіб (віком 65–74 років – у 24%, >75 років – у 40%) знижується слух. Слуховий дефіцит поєднується з погіршенням когнітивних функцій, функціонального стану, зменшенням адаптації у соціумі. Хоча найпростіший підхід для розпізнання – запитати пацієнта, чи є у нього порушення слуху, часто хворі недооцінюють свій стан.

Рекомендовано спектр скринінгових методів: тест із шепотом, тест зі слуховим апаратом; відповідну анкету, створену в межах Національної програми перевірки здоров'я та харчування в США (NHANES) [6, 48].

Одним із найточніших методів діагностування цієї патології є аудіометрія, яка натеper доступна для самооцінки (є відповідний застосунок для смартфона).

Таблиця. Клінічна шкала старечої немічності

Категорія	Опис
1 Чудова фізична форма	Здорові, активні, енергійні та вмотивовані пацієнти. Звикли регулярно займатися спортом. У них найкраща фізична форма серед ровесників
2 Хороша фізична форма	Пацієнти, які не мають яскраво виражених симптомів захворювань, але менш треновані, ніж категорія 1. Часто вони займаються спортом або дуже активні, але їхня активність має періодичний, зокрема сезонний характер
3 Непогана фізична форма	Пацієнти, які не скаржаться на серйозні порушення, але не займаються спортом регулярно. Максимум підтримують форму завдяки ходьбі
4 Вразлива фізична форма	Пацієнти не потребують щоденної допомоги, але наявна симптоматика обмежує їхню активність. Часто скаржаться на свою «повільність» і/або втому протягом дня
5 Незначна кваліть	Пацієнти повільно рухаються, потребують щоденної побутової допомоги (оплата комунальних рахунків, транспортування, обтяжлива робота по дому, придбання й доставка ліків). Як правило, цей різновид кваліть особливо позначається на здатності здійснювати покупки, самостійно виходити на вулицю, готувати їжу й займатися господарством
6 Помірна кваліть	Пацієнти потребують допомоги як на вулиці, так і вдома. Останнє стосується спусків і підйомів сходами, купання й, можливо, іноді одягання
7 Виразна кваліть	Пацієнти потребують постійної сторонньої допомоги для дотримання особистої гігієни через власну фізичну слабкість або зниження когнітивної функції. Попри це, стан їхнього здоров'я стабільний, ризик смерті є невисоким (принаймні, у найближчі пів року)
8 Яскраво виразна кваліть	Пацієнти повністю залежать від сторонньої допомоги, їхнє життя добігає кінця. Як правило, вони не можуть відновитися навіть після легких захворювань
9 Невиліковно хворі	Помираючі – категорія охоплює осіб із очікуваною тривалістю життя менш ніж пів року. В іншому ці пацієнти не є немічними

Порушення зору

Порушення зору є одним із найчастіших сенсорних дефіцитів. Значущість порушення зору часто лишається в тіні інших ГС і недооцінюється щодо прогностичної точки зору.

Так, за даними національного репрезентативного когортного дослідження здоров'я пенсіонерів Health and Retirement Study у США, порушення зору було пов'язане з поганим станом здоров'я у 50% літніх осіб, із його погіршенням у наступні 2 роки – у 31%, а також асоціювалося з підвищеною смертністю [30].

З погляду на поширеність і несприятливі наслідки порушень зору (падіння, депресія, функціональне зниження) рекомендовано проходити огляд в офтальмолога раз на 1-2 роки.

Нетримання сечі

Через сором'язливість або ж через сприйняття нетримання сечі як нормальної ознаки старіння геріатричні пацієнти можуть не виявляти скарг. Водночас це поширений феномен, особливо у жінок, часто асоційований з інфекціями сечовивідного тракту, порушеннями сну, падіннями, змінами психіки, пролежнями, підвищеною смертністю [27].

Поряд із віковими і патологічними змінами органів малого тазу в розвитку нетримання сечі суттєву роль відіграють певні лікарські препарати, супутні захворювання, хірургічні втручання, променева терапія,

порушення когнітивного та/або фізичного функціонування, психологічні чинники.

Для скринінгу на нетримання сечі запропоновано ставити два запитання:

1. Чи були протягом останнього року випадки ненавмисного сечовипускання або «промокання»?

2. Чи було у вас нетримання сечі протягом шести окремих днів?

За ствердної відповіді варто поставити додаткове запитання «Чи турбує вас нетримання сечі такою мірою, що ви хотіли б дізнатися, чи можна його лікувати?», яке важливе щодо готовності пацієнта обстежитися і лікуватися.

Когнітивне зниження / деменція

Раннє виявлення когнітивних порушень важливе для ідентифікації курббельних причин, контролю чинників ризику, уповільнення прогресування. На деменції Альцгеймера і судинного / змішаного типу припадає понад 80% її випадків.

Когнітивні порушення асоційовані з ризиком функціональної неспроможності, делірію, падінь. Відображенням важливості когнітивного здоров'я є формування уявлень про «когнітивну немічність» за аналогією з фізичною.

Для скринінгу використовують короткі когнітивні тести Mini-cog, Монреальський (MoCA) і Гонконгський (HKBC), добре відому коротку шкалу для оцінювання психічного статусу (MMSE), тест для лікарів загальної

практики GP-Cog, кроскультуральний тест RUDAS тощо [13, 52].

Кожен із них має свої переваги та недоліки. Для первинної ланки системи охорони здоров'я обґрунтованими перевагами є короткий когнітивний тест Mini-cog, який потребує всього 2 хв; він може бути застосований для багатонаціонального населення та осіб із низьким рівнем освіти; його можуть виконувати й оцінювати непрофесіонали без втрати інформативності [1, 11].

Негативні прогнози щодо катастрофічного зростання частоти деменції / когнітивних порушень спонукають до розроблення нових методів скринінгу і раннього діагностування. Так, було продемонстровано більшу чутливість нещодавно розробленого Гонконгського короткого когнітивного тесту порівняно з тестом MoCA [13].

Результати жодного скринінгового тесту не є підставою для встановлення / виключення діагнозу деменції. Високоосвічені особи можуть демонструвати досить високі оцінки, але мати дефіцит розуміння й судження, і навпаки, в осіб із низьким рівнем освіти можуть бути занижені оцінки.

Депресія

Афективні порушення, насамперед депресія, часто виникають в осіб літнього та старечого віку. У 5-10% загальної популяції віком > 65 років виявляються депресивні синдроми, у 1% – велика депресія; за наявності соматичної / неврологічної патології частота реєстрації депресії перевищує 30%. Є чітка залежність між виразністю депресії та погіршенням фізичного здоров'я, смертністю [23]. Депресія має спільні симптоми, чинники ризику та наслідки з немічністю. Тісне поєднання фізичних і психоемоційних порушень свідчить, що низька фізична активність, втому, втрата ваги є критеріями як ГС немічності, так і депресії [32].

Літні особи зазвичай не характеризують свій стан як депресію; їхні скарги є нетиповими, зокрема, домінують такі як втомлюваність, втрата апетиту, зниження ваги, порушення сну. Для скринінгу застосовують опитувальник з депресії PHQ-2, за позитивної відповіді пропонується опитувальник PHQ-9.

Оскільки часто пацієнт літнього віку не в змозі самостійно заповнити анкету, широко використовують Геріатричну шкалу депресії (GDS; версії з 30, 15 і 5 запитаннями), анкетування виконує лікар. Згадана шкала уміщує п'ять запитань і потребує часу в 3-6 разів менше (до хвилини), вона порівнянна з довшими версіями за чутливістю і специфічністю [40, 44].

Синдром немічності (frailty)

Синдром немічності характеризує асоційоване з віком зниження функціонального резерву, що призводить до вразливості під впливом зовнішніх і внутрішніх стресових чинників і несприятливих медико-соціальних наслідків [39].

Хоча цей синдром і є самостійним, його формування і прогресування тісно пов'язане з розвитком інших ГС, вік-асоційованих захворювань і станів. Закономірно, що частота його виявлення зростає з віком. У США за критеріями дослідження Cardiovascular Health Study (CHS) у популяції осіб

віком ≥ 65 років його діагностують у 7–12% (частота збільшується з віком: із 3,9% у 65–74-річних до 25% у тих, кому 85 років і більше; частіше розвивається в жінок порівняно з чоловіками: 8 проти 5%) [20].

Як зазначалося, дані щодо поширеності суттєво різняться залежно від методів діагностування – від 4 до 59% [14].

До сьогодні не існує загальноприйнятого стандарту діагностування синдрому немічності. В огляді 2018 р. наведено 89 методів його ідентифікації [55].

Підходи до визначення синдрому немічності різняться не лише методично, але й концептуально. Одні дослідники розглядають його як оцінку фізичного стану людини.

Найвідоміший і широко вживаний фенотип *frailty* містить п'ять критеріїв:

- 1) втрата маси тіла;
- 2) зниження сили м'язів кистей (за даними динамометрії);
- 3) виразна втомлюваність (за самооцінюванням);
- 4) уповільнення швидкості ходьби (за реєстрацією);
- 5) значне зниження фізичної активності (розрахунок згідно з анкетуванням за Міннесотським опитувальником активності у вільний час [MLTAQ]).

У разі наявності 1–2 балів особу вважали пренемічною (*prefrail*), 3 і більше балів – немічною (*frail*) [20].

Спрощений підхід передбачає оцінювання фізичної неспроможності за анкетуванням.

Шкала FRAIL оцінює п'ять параметрів: Fatigue – втома «Чи почувате себе стомленим»; Resistance – витривалість «Чи можете піднятися на другий поверх сходами»; Ambulation – аеробна активність «Чи проходите ви пішки один квартал»; Illness – множинна патологія «Чи є у вас п'ять і більше хвороб»; Lost of weight – втрата ваги. Оцінювання результатів аналогічне до такого за фенотипом *frailty* [36].

Візуальне оцінювання фізичного стану – найпростіший інструмент, і саме тому воно активно розробляється. Найвідомішою візуальною шкалою Clinical Frailty Scale, розроблена 2007–2009 рр. в Університеті Далхаузі, Канада.

Шкала старечої немічності відображає стадії розвитку синдрому немічності: від відмінного стану фізичного здоров'я до пренемічності й різного ступеня немічності (табл.) [42].

Інший методологічний підхід для визначення немічності представлено моделлю накопичення дефіцитів, відомою як індекс Frailty.

Він охоплює сукупність різнопланових дефіцитів:

- 1) тривожні симптоми, зокрема порушення сну, порушення пам'яті, погані настрої;
- 2) фізичні ознаки, як-от тремор і ослаблений пульс;
- 3) результати лабораторних досліджень, як-от аномальні рівні креатиніну і кальцію в крові;
- 4) супутні захворювання, наприклад діабет або хвороба Паркінсона;
- 5) компоненти інвалідності, зокрема обмеження в повсякденному житті, як-от умивання, одягання, використання туалету і приймання їжі.

Залежно від результатів кожен пацієнт оцінюється як: «дуже здоровий; здоровий; добре контрольований;

уразливий; із початковим, помірним або виразним постарінням» [34, 42].

У первинній моделі передбачалося визначення 70 клінічних дефіцитів; надалі модель спростили, і найкоротший варіант містить 30 параметрів [46].

Погляд на немічність як на інтегральну характеристику літньої людини віддзеркалюють й інші моделі, які, окрім фізичного здоров'я, оцінюють когнітивні, психоемоційні, соціальні складники. Edmonton Frail Scale (EFS) охоплює 10 доменів: когніція, баланс, мобільність, настрої, щоденне функціонування, приймання ліків, харчування, ставлення до здоров'я, соціальна підтримка і якість життя [43].

Анкета Tilburg Frailty Indicator (TFI) уміщує соціально-демографічні параметри, спосіб життя, множинні захворювання, життєві події та середовище проживання, фізичні, психологічні й соціальні показники [24].

Анкета Groningen Frailty Indicator (GFI) налічує 15 запитань щодо симптомів постаріння і обмежень щоденного функціонування в чотирьох сферах: фізичній, психологічній, когнітивній і соціальній [54].

Анкета Calgary Cardiac and Cognition Scale охоплює п'ять показників: когнітивні порушення, розлади настрою, порушення балансу, індекс маси тіла < 21 або > 30 кг/м², самотнє проживання [19].

Різні методологічні й методичні підходи до виявлення синдрому немічності відображають відсутність єдиного погляду на нього. Частина дослідників розглядають його як вимір фізичного здоров'я і відокремлюють його від «психіко-емоційного» і «соціального» *frailty*, інші – як спільність порушень фізичного, психоемоційного і соціального здоров'я.

В Україні невизначеність щодо синдрому *frailty* поширюється і на термінологію: його визначають як старечу астеноїю; синдром немічності, крихкості, дряхлості, квалості; фрейлті.

Якою є ситуація з діагностуванням геріатричних синдромів за кордоном?

Навіть натеper у низці країн Європи геріатрична служба лишається недостатньо розвинутою. Ба більше, очевидним є прогалина між постійно зростаючою кількістю геріатричних пацієнтів і замалою кількістю геріатрів.

Аналіз, проведений Європейським геріатричним медичним товариством, засвідчив гетерогенність щодо різних аспектів геріатрії у країнах-членах: визнання як окремої спеціальності / субспеціальності, навчання, освітніх та професійних стандартів, академічного представництва, робочого контексту [50]. Системний аналіз баз даних MEDLINE, EMBASE і CINAHL (2010) продемонстрував, що навіть в економічно розвинених країнах лікарі загальної практики виконують когнітивні тести лише для половини геріатричних пацієнтів, а тести для оцінювання ризику падіння – для чверті [4].

Утім, за умов теперішнього глобального постаріння лікарі загальної практики не ознайомлені / недостатньо ознайомлені з ГС і їх наслідками. Попри реальні можливості поліпшити якість життя, знизити ризик захворюваності, госпіталізацій, смертності, питання ранньої діагностики лишаються поза увагою через поширену

помилку, що ГС неможливо лікувати (і навіть стабілізувати процес) [47].

Водночас ГС як орієнтири для модифікації лікування пацієнтів із різними видами патології поступово входять до рутинної клінічної практики.

Як приклад можна навести американські (2017) і європейські (2018) рекомендації щодо артеріальної гіпертензії, де під час розгляду питань щодо цільових рівнів артеріального тиску, монотерапії на противагу комбінованій терапії критерієм виступає «*frailty*» [59, 60].

Діагностування ГС як складова ВГО набуло неабиякого розвитку в онкології, де розроблено скринінговий інструмент G-8, орієнтований на онкохворих старшого віку [8].

Втім, імплементацію геріатричної діагностики суттєво гальмує її обтяжливість за часом. Саме тому нагальним завданням є розроблення простих методів, які не потребують участі лікаря, багато часу й додаткового обладнання.

Як приклад, коротке геріатричне оцінювання (Rapid Geriatric Assessment) уміщує анкету FRAIL для оцінювання немічності, SARC-F – саркопенії, SNAQ – мальнутриції, Rapid Cognitive Screen – когнітивної дисфункції, яка потребує близько 5 хв і виконується за участю навченої медсестри.

Крім того, для більшого спрощення процедури розроблено мобільний застосунок [33].

У РФ анкету із семи запитань регламентовано щорічно заповнювати особам віком від 60 років для виявлення тих, хто потребує спостереження сімейного лікаря або скерування до лікаря-геріатра для поглибленого дослідження [2].

У чому користь виявлення геріатричних синдромів?

Уже перше рандомізоване дослідження із ВГО L.Z. Rubenstein et al. (1984), складовою якої є діагностування ГС, продемонструвало позитивні результати. Так, очікуваним було поліпшення діагностування й функціонального статусу пацієнтів, зниження інституціоналізації до будинків для престарілих; неочікуваним – зменшення смертності, частоти повторних госпіталізацій, вартості лікування, а також поліпшення високої функціональної виживаності. Згодом це було підтверджено серією контрольованих досліджень в умовах лікарень, амбулаторій, відвідування вдома [45].

Спільність механізмів розвитку ГС свідчить про можливість одночасного позитивного впливу на них.

Це було підтверджено в проспективному дослідженні з лікування пацієнтів із м'якою-помірною деменцією: реалізація мультимодального впливу із залученням команди фахівців не лише сприяла гальмуванню очікуваного погіршення функціонального стану й когнітивних функцій, але і виявилася дієвою щодо профілактики таких ГС, як падіння, нетримання сечі, порушення харчування [31].

Якою є ситуація з геріатричними синдромами в Україні?

Попри безліч геріатричних діагностичних інструментів та їхню спрямованість на різні ланки медичної практики, у реальних умовах бракує системного скринінгу й поглибленого діагностування ГС в Україні.

Це прямо корелює з відсутністю в країні геріатричної служби і ставить питання про необхідність переосмислення й створення нової концептуальної моделі медичного обслуговування геріатричного контингенту, де одне із центральних місць має посісти ранне виявлення ГС.

Світова практика передбачає створення рекомендацій національними асоціаціями геріатрів щодо ВГО, у якому визначено конкретні валідизовані методи діагностування ГС. При цьому методи геріатричного діагностування мають бути стратифіковані залежно від глибини обстеження та рівня лікувального закладу [3, 7].

Висновки

ГС як хронічне порушення здоров'я має змістовне навантаження, що відрізняє його від таких звичних понять, як «хвороба» і «синдром». На відміну від більшості традиційних синдромів, де сукупність симптомів зазвичай виникає через єдиний етіологічний чинник, ГС мають поліетіологічну природу, але маніфестують у вигляді єдиної ознаки. Маючи загальні чинники ризику, вони співіснують і чинять взаємний вплив.

Кількість осіб із ГС збільшується не тільки через старіння населення, а й через підвищення виживаності пацієнтів із тяжкими захворюваннями. ГС мають прогностичну значущість щодо тривалості життя, функціонального стану та якості життя. Розвиток ГС можна не лише загальмувати, але й сприяти частковій / повній регресії. Спільність патогенетичних механізмів визначає можливість одночасного позитивного впливу на низку ГС.

Зокрема, ГС лежать в основі стратифікації геріатричних пацієнтів, що є невід'ємною складовою ВГО; слугують концептуальним і методичним підґрунтям організації медико-соціального забезпечення осіб літнього віку.

Насамкінець слід зазначити, що настав час для переосмислення наявної та створення нової моделі медичного обслуговування геріатричного контингенту, де центральне місце має посісти ранне виявлення ГС як невід'ємного компонента ВГО. За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, не кожен літній пацієнт підлягає спостереженню лікаря-геріатра і потребує спеціалізованої геріатричної допомоги. Основою відокремлення уразливого геріатричного контингенту є скринінг на ГС, які найбільше обмежують життєдіяльність індивідуума.

Нині в Україні ГС лишаються *terra incognita* для широкого медичного загалу, практично немає геріатричної складової в підготовці лікарів і в післядипломній освіті, як і геріатрів загалом. Водночас ВГО з діагностуванням ГС є реальним інструментом для поліпшення якості життя, зниження частоти госпіталізації, інвалідизації та смертності.




Власне, брак «золотих» стандартів виявлення ГС порушує питання щодо розроблення саме національних стандартів геріатричного діагностування.

Список літератури знаходиться в редакції.

СПІТОМІН®

життя без тривоги

буспірон

-  Зменшення симптомів тривоги
-  Додаткова антидепресивна дія
-  Відсутність залежності¹



¹Інструкція з медичного застосування.

Показання. Симптоматичне лікування тривожних станів з домінуючими симптомами: тривожність, внутрішній неспокій, стан напруження. **Фармакотерапевтична група.** Анксиолітики. **Фармакологічні властивості.** Механізм анксиолітичного ефекту буспірону відрізняється від механізму дії бензодіазепінів. Встановлено наявність у буспірону властивостей типових для анксиолітиків та антидепресантів. На відміну від бензодіазепінів, буспірон не викликає толерантності або залежності, а після завершення курсу лікування не розвиваються симптоми відміни. **Спосіб застосування та дози.** Дози ви-

значає лікар індивідуально для кожного пацієнта залежно від стану захворювання. На початку терапії призначати по 5 мг буспірону гідрохлориду 2–3 рази на добу. Для досягнення максимального терапевтичного ефекту добову дозу слід поступово підвищувати до 20–30 мг буспірону, розподілених на кілька окремих доз. Максимальна одноразова доза не повинна перевищувати 30 мг. Максимальна добова доза не повинна перевищувати 60 мг. Транквілізатори не можна застосовувати без контролю протягом тривалого часу. Якщо необхідне тривале застосування препарату (до 6 місяців), слід проводити ретельний медичний моніторинг. **Противопоказання.** Тяжкі захворювання печінки, тяжка

ниркова недостатність, епілепсія, підвищена чутливість до буспірону або до інших компонентів препарату. **Побічні реакції.** Запаморочення, безсоння, головний біль, підвищена втомлюваність. Відпускається за рецептом лікаря. **Р.П.** № UA/5603/01/01, № UA/5603/01/02.

Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Для отримання більш детальної інформації, будь ласка, ознайомтесь з інструкцією з медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної практики.

Контакти представника виробника в Україні:

04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

