

ЛІНБАГ — НАЙДОСТУПНІШИЙ ЕВРОПЕЙСЬКИЙ ПРЕГАБАЛІН¹

- препарат першого вибору для лікування генералізованого тривожного розладу²
- швидке регресування симптомів тривоги³

Територія спокою



Коротка інструкція до застосування препарату ЛІНБАГ

Склад: діюча речовина: прегабалін, 1 капсула містить прегабаліну 75 мг, або 150 мг, або 300 мг.

Лікарська форма. Капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Протиепілептичні засоби.

Код АТХ N03A X16. **Показання.** Епілепсія. Генералізований тривожний розлад.

Термін придатності. 3 роки.

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Лікарські засоби мають побічні реакції. Для більш докладної інформації дивись інструкцію для медичного застосування препарату. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, drugs_safety.ukraine@novartis.com.

1. <http://pharmxplorer.com.ua> — для порівняння використовуються ціни дистриб'ютерів в перерахуванні на 1 день лікування серпень, 2017 р. **2.** BORWIN BANDELOW. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive — compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2012. **3.** О.А. Левада. Прегабалін: новые возможности медикаментозной терапии генерализованного тревожного расстройства. НейроNEWS 1 (20) ' 2010.

Р. п. UA/15586/01/03, UA/15586/01/05, UA/15586/01/08

SANDOZ A Novartis
Division



3-02-ЛИН-РЕЦ-1017

Діагностика та лікування тривожних станів

У рамках IX Міжнародної конференції «Нейросимпозіум» (м. Одеса, 12-14 вересня) провідні вітчизняні спеціалісти та європейські експерти в галузі неврології представили чимало актуальних доповідей, лекцій, клінічних випадків. Окремі секції було присвячено психосоматичним розладам, полінейропатіям, епілепсії, больовому синдрому, судинним та руховим порушенням, патологічним станам хребта.



Виступ завідувача кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктора медичних наук Михайла Михайловича Ороса на секції психосоматики стосувався теми тривоги, а саме її діагностики та особливостей лікування.

— Тривога — суть життя чи відхилення від норми? Цим питанням переймаються лікарі всіх спеціальностей, у тому числі неврологи. Хоча життя за визначенням сповнене неспокою, віддавна люди намагаються змінити це. У медичному сенсі тривога є емоційним станом, що виникає в умовах невизначеної небезпеки. Еволюційно тривога була захисним і допоміжним механізмом, який тримав первісну людину в стані постійної внутрішньої напруженості, що дозволяло вижити у високонебезпечних умовах. Патологічним стан вважається, якщо тривога непропорційна ймовірності чи значущості загрози.

Різновиди тривожних станів

Розрізняють так звані корисні і некорисні переживання. Корисна тривога базується на реальній загрозі і супроводжується активними діями, спрямованими на її подолання. Корисні переживання мотивують людину, допомагають їй вирішити проблему. На відміну від цього некорисна тривога не спонукає до жодних дій асоціюється з надмірною емоційною напругою.

Перебіг тривожних розладів зазвичай є тривалим, хронічним. Спонтанна повна ремісія відбувається тільки в 30% випадків, тож більшість пацієнтів з тривогою потребують ретельної діагностики та своєчасного лікування. На жаль, діагноз генералізованого тривожного розладу (ГТР) зазвичай встановлюється лише через 5-10 років після того, як виникає відхилення від норми.

Різні види тривожних порушень мають типові вікові періоди розвитку: наприклад, для дитинства характерна арахнофобія, для підліткового віку — соціальні фобії, для осіб 20-30 років — панічні розлади. Що стосується ГТР, то це порушення виникає найпізніше. Згідно зі статистичними даними Британської асоціації психофармакології, середній вік появи цього порушення — 31 рік. Типові випадки ГТР зазвичай реєструються в жінок до 40 років, а в чоловіків — дещо пізніше, до 40-50 років.

Тривога не тільки створює певний дискомфорт для пацієнта та погіршує якість його життя, а й несприятливо впливає на соматичну патологію, як і інші психічні розлади. За результатами досліджень, виражена клінічна депресія супроводжується достовірно нижчими показниками виживаності, ніж її субклінічні форми. Загалом, пацієнти з ГТР надмірно уважно та прискіпливо ставляться до свого здоров'я. Доведено, що такі хворі у кілька разів частіше відвідують кардіолога та невропатолога.

Причини та механізм розвитку ГТР

Якою ж є етіологія ГТР? Насамперед на їх розвиток впливають генетичні чинники. Також відіграють роль психотравми в дитячому віці, часті стресові ситуації, відсутність умов для психологічної допомоги або цілеспрямоване її уникання.

Патофізіологічним механізмом тривожних станів є активація глутаматної системи та пригнічення γ-аміномасляної кислоти (ГАМК), тому базисне лікування ГТР передбачає вплив на ГАМК-ергічну систему.

Клінічна картина

Клініка ГТР включає безперервну тривогу з різних причин, вегетативну гіперактивність (пітливість, тахікардію, запаморочення тощо). Особи з ГТР, перебуваючи в стані постійної емоційної напруги, здатні «зриватися» через найдрібніші життєві моменти. Пацієнтам з ГТР властиві тремори, нав'язливі рухи, а також соматичні прояви, що можуть виникати з боку будь-якої системи організму. За таких обставин людина може тривалий час безрезультатно лікуватися у вузького спеціаліста

(наприклад, у невропатолога з приводу болю в нижній частині спини).

За влучним висловом Зигмунда Фрейда, психічні розлади неприпустимі і неприйнятні. Цей афоризм можна пояснити так: у разі соматичного захворювання суспільство ставить до хворого співчутливо та з розумінням, а у випадку психічно-нервових розладів — недбало та зневажливо, часто недооцінюючи серйозність патології. Подібну ситуацію ускладнює наявність у хворого алексимії — нездатності розпізнати та висловити свої почуття.

Тривожність зумовлює патологічне мислення (яке до певної міри властиве кожній людині), а саме поляризацію думок (занадто категоричний розподіл на «чорне» та «біле»), надмірне узагальнення, фільтрацію думок (акцент на негативі), обов'язковість (внутрішній примус до виконання певних дій).

Обстеження та диференційна діагностика

Зазвичай тривожні розлади виникають у комплексі з іншими подібними патологічними станами, в тому числі панічними та соматоформними розладами, неврозом нав'язливих станів, різноманітними фобіями. Одне з найтипівіших поєднань — сполучення тривоги з депресією. У зв'язку із цим гостро постає питання диференційної діагностики. Характерною ознакою тривоги є компульсивність, тобто постійна нав'язлива напруга, відчуття, що «щось має трапитися». На противагу цьому на тлі депресії подібного немає, провідним симптомом є ангедонія — відсутність задоволення від життя. Клінічна картина ГТР і панічних розладів характеризується певними відмінностями: пацієнт з тривожним розладом перебуває в постійній емоційній напрузі, натомість для панічних атак типові емоційні піки.

Протягом останніх років підходи до класифікації та діагностичні критерії тривожних розладів істотно змінилися. Наразі у світі загалом та в Україні зокрема використовують Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5). Відповідно до цих описаних у ньому критеріїв ознакою ГТР є наявність упродовж 6 міс з 3 із 6 критеріїв, як-от:

- збудженість/нервозність;
- дратівливість;
- м'язове напруження;
- розлади сну;
- порушення концентрації уваги;
- швидка втомлюваність.

Під час діагностичного пошуку важливо виключити інші причини подібних симптомів, наприклад вживання психоактивних речовин.

Для встановлення діагнозу тривожного розладу використовуються кілька оціночних шкал. При цьому оцінка кожного пацієнта за шкалою Гамільтона займає досить багато часу, тому в реальних клінічних умовах неможливо. Дещо простішою є шкала HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії), але на заповнення цього опитувальника потрібно не менше 5-7 хв. У зв'язку із цим для первинного виявлення тривожних розладів рекомендують ставити пацієнтам просте запитання: чи відчували ви впродовж останніх 4 тиж здебільшого занепокоєння, напругу чи тривогу?

Лікування

Оскільки тривожність можна назвати своєрідною «алергією на невизначеність», найважливішим моментом лікування є бесіда з хворим, роз'яснення того, що в реальному житті неможливо щось знати напевне, тож треба діяти за таких обставин і умов.

Що стосується медикаментозного лікування, то арсенал фармакологічних засобів для усунення тривоги та супутніх проявів досить великий. Основними препаратами для терапії ГТР є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, пароксетин, сертралін); інгібітори захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, дулоксетин) та антиконвульсанти (прегабалін). Хороші результати відзначено при застосуванні прегабаліну Лінбаг («Сандоз», Словенія). Прегабалін — аналог ГАМК, який зв'язується з допоміжною

ДОВІДКА ЗУ

Лінбаг, прегабалін виробництва компанії «Сандоз» (Словенія), представлений у вигляді широкого спектра доз (75, 150, 300 мг). Прегабалін швидко всмоктується при прийомі натще. Максимальна концентрація діючої речовини в плазмі крові досягається протягом 1 год. Розрахована біодоступність прегабаліну при пероральному застосуванні становить $\geq 90\%$. При цьому прийом прегабаліну одночасно з їжею не має клінічно значущого впливу на ступінь його абсорбції. Ефективність прегабаліну в лікуванні ГТР підтверджена результатами сліпих порівняльних досліджень з плацебо та іншими медикаментами. Суттєвий анкіолітичний ефект прегабаліну відзначається вже на 4-ту добу терапії, надалі спостерігається швидкий регрес як психічних, так і соматичних симптомів тривоги (Левада О.А., 2010). Лікування прегабаліном зазвичай добре переноситься. Рекомендований діапазон доз становить 300-600 мг/добу, поділених на 2 прийоми. Важливо зазначити, що прегабалін не зумовлює синдрому відміни та характеризується низьким ризиком формування звикання (Montgomery S.A., 2010).

Лінбаг («Сандоз», Словенія) — це анкіолітик нового покоління, механізм дії якого принципово відмінний від такого бензодіазепінів та антидепресантів. Цей засіб ефективний при лікуванні епілепсії, нейропатичного болю, фіброміалгії, ГТР. Перевагами прегабаліну є висока швидкість дії, висока результативність і сприятливий профіль безпеки. Згідно з даними клінічних досліджень дія прегабаліну при ГТР зіставна з ефектом селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і значно перевищує результати застосування бензодіазепінів (Montgomery S.A., 2010). Широкий спектр анкіолітичної активності та здатність чинити супутній вплив на соматичні симптоми ГТР дозволяють розглядати Лінбаг як оптимальний засіб для лікування тривожних розладів.

субодиницею потенціалзалежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі, зменшуючи надходження кальцію до нейрона у відповідь на потенціал дії. Лінбаг може застосовуватися як самостійно, так і в комбінації з іншими лікарськими засобами. Прегабалін властивий вплив на острівцеву частку головного мозку та мигдалеподібне тіло — ділянки, що здійснюють контроль рівнів тривоги. Таким чином, цей препарат має центральний механізм дії.

У хворих на ГТР часто виникає інсомнія та інші розлади сну. Для впливу на цей симптомокомплекс можна застосовувати антидепресант тразодон, який нормалізує показники полісомнографії, а також покращує співвідношення фаз сну. За відсутності ефекту антидепресантної терапії можна призначати атиповий антипсихотик кветіапін. Дієвими також є бензодіазепіни (діазепам, лоразепам, алпразолам), яким, однак, притаманний досить широкий спектр небажаних побічних явищ; деякі антигістамінні засоби (гідроксазин); анкіолітики (буспірон).

Тривалість лікування визначається індивідуально в кожному окремому випадку і зазвичай варіює в межах від 6 міс до 1,5 року. Слід відзначити, що з метою уникнення рецидиву припиняти застосування ліків потрібно поступово.

Крім фармакологічного лікування, може застосовуватися когнітивно-поведінкова психотерапія. На початковому етапі терапії ГТР необхідно визначитися з пріоритетами й зробити вибір між медикаментозним і психотерапевтичним лікуванням, оскільки їх поєднання не може вважатися раціональною стартовою стратегією.

Тактика ведення пацієнтів з ГТР передбачає консультацію кожні 12 тиж, що дозволяє оцінити ефективність лікування. За умови недосягнення бажаного результату треба збільшити дози прегабаліну або селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну чи змінити препарат. У разі неефективності призначеного лікування хворого доцільно направити на консультацію до регіонального чи національного профільного фахівця.

Таким чином, тривожні розлади — поширені патологічні стани, значення яких часто недооцінюють. Подеколи тривога супроводжується соматичними порушеннями, з приводу яких пацієнт безуспішно консультиється та лікується у вузькопрофільних спеціалістів. Специфічна діагностика ГТР за допомогою спеціальних опитувальників і шкал дозволяє встановити правильний діагноз та своєчасно розпочати лікування.

Підготувала Лариса Стрільчук

3-10-ФЛК-КРД-1117

