

Лікування тривожних розладів у пацієнтів із коморбідним біполярним афективним розладом

Тривожні розлади (ТР) – найпоширеніший коморбідний діагноз у пацієнтів із біполярним афективним розладом (БАР). Супутній ТР може суттєво впливати на виразність біполярних симптомів, підвищити ризик суїцидальності, знизити психосоціальне функціонування та якість життя хворого. До вашої уваги представлено огляд статті С.А. Отт, опублікованої в журналі Mental Health Clinician (2018; 8 (6): 256-263), в якій на прикладі кількох клінічних випадків розглянуто проблеми, пов'язані з призначенням фармако- та психотерапії пацієнтам із БАР та коморбідними ТР.

Ризик розвитку ТР становить 45% за наявності БАР. Особи з БАР у 3-7 разів вірогідніше відповідають критеріям діагнозу ТР, ніж загальна популяція. Панічний, посттравматичний стресовий (ПТСР), генералізований тривожний (ГТР) й обсесивно-компульсивний розлади (ОКР) відносять до найчастіших супутніх станів (Lee, Dunner, 2008; Pavlova et al., 2015; Vazquez et al., 2014). ТР та ОКР автори розглядають як одну групу через схожість лікування поза контекстом БАР. Поняття тривоги, симптомів тривоги можуть бути розцінені як такі, що також включають обсесивні й компульсивні симптоми. Супутні прояви тривоги відіграють значну роль у терапії БАР, оскільки підвищують тяжкість симптомів, впливають на тривалість лікування та якість життя хворих (Sala et al., 2012; Schaffer et al., 2012; Reddy et al., 2017).

Фактори ризику й впливу коморбідних ТР і БАР

До факторів ризику коморбідних ТР і БАР відносять наступні (Sala et al., 2012; Schaffer et al., 2012):

- більш ранній вік дебюту БАР (ранні симптоми тривоги у віці високого ризику);
 - розлади настрою у сімейному анамнезі;
 - жіноча стать;
 - сексуальне насильство в дитинстві;
 - сексуальне посягання у дорослому віці;
 - коморбідний розлад особистості.
- Вплив коморбідних ТР і БАР (Sala et al., 2012; Schaffer et al., 2012):
- ↑ кількості епізодів зміни настрою;
 - ↑ частоти депресії як першого епізоду;
 - ↑ частоти змішаних епізодів;
 - ↑ частоти (циклічності) фаз;
 - ↑ частоти/тяжкості епізодів зміни настрою;
 - ↑ періодів нелікованого захворювання;
 - ↑ часу до ремісії;
 - ↑ суїцидальної активності;
 - ↑ ризику вживання психоактивних речовин;
 - ↑ тяжкості небажаних ефектів лікування;
 - ↑ використання послуг охорони здоров'я;
 - ↑ психологічного дистресу;
 - ↓ відповіді на лікування;
 - ↓ прихильності до терапії;
 - ↓ функціонування та якості життя.

Мета лікування осіб із коморбідними ТР і БАР полягає у впливі на симптоми й поверненні до вихідного рівня функціонування. Тривога виникає зазвичай під час депресивного епізоду (Sala et al., 2012). Прояви симптомів ТР можуть не зменшуватися після завершення епізоду, що призводить до зниження функціонування та якості життя хворих. Залишкові симптоми нерідко обмежують користь від терапії порушень настрою і є предикторами рецидиву.

Рекомендації цільової робочої групи CANMAT щодо ведення пацієнтів із розладами настрою та коморбідними ТР (Schaffer et al., 2012)

Рекомендації

- Перша лінія: габапентин, кветіапін
 - Друга лінія: вальпроат натрію / вальпроєва кислота, ламотриджин, серотонінергічні антидепресанти, оланзапін, комбінація оланзапіну/флуоксетину
 - Третя лінія: літій, рisperидон, арипіпразол, прегабалін, бензодіазепіни середньої або тривалої дії
 - Підлітки: когнітивно-поведінкова терапія
- є рекомендацією першого вибору за наявності тривоги

Узасильновальні коментарі

1. Є доказова база щодо застосування антипсихотичних засобів другого покоління та габапентину при первинних ТР
2. Використання прегабаліну при БАР не вивчалось і має базуватися на клінічній думці фахівця
3. Тягар побічних ефектів від цих препаратів не вивчали для пацієнтів із коморбідними ТР і БАР
4. Слід забезпечити адекватну стабілізацію настрою, перш ніж розглядати специфічні варіанти ТР
5. Варто бути обережними при прийнятті рішення щодо призначення антидепресантів; існує ризик дестабілізації симптомів зміни настрою при БАР
6. При використанні бензодіазепінів для невідкладного лікування симптомів тривоги слід враховувати ризик зловживання цими препаратами

Примітки: CANMAT – Канадська мережа із проблем лікування афективних і тривожних розладів
Адаптовано за С.А. Отт, 2018

У дослідженні ефективності венлафаксину порівняно з монотерапією літєм у разі гострої фази депресії при БАР II типу (n=129, тривалість – 12 тижнів) і підтримувальному лікуванні (n=55, тривалість – 6 місяців) оцінювали ефект коморбідних симптомів тривоги на рецидив депресії. Венлафаксин виявився дієвішим, ніж літій щодо депресивних симптомів (p<0,0001), але меншою мірою впливав на симптоми тривоги (p<0,027). Залишкові прояви тривоги були сильнішими предикторами рецидиву депресії, ніж депресивні. Дослідники дійшли висновку, що згасання тривожних симптомів при депресії, що супроводжує БАР, може знизити ризик рецидиву (Lorenzo-Luaces et al., 2017).

Автори зазначають, що розпізнавання та терапія коморбідних ТР і БАР залишаються недостатньо вивченими. Більшість публікацій мають описовий характер; декілька клінічних випробувань були пов'язані з медикаментозним і психотерапевтичним лікуванням (Provencher et al., 2012). Описані в даній статті випадки висвітлюють вибір варіантів фармако- та психотерапії, ризик переходу до фази манії при застосуванні антидепресантів, специфікатор «із тривожним дистресом» і потребу в призначенні стабілізаторів настрою до початку приймання антидепресантів для пацієнтів із БАР та коморбідними ТР.

Клінічний випадок 1: ОКР

В амбулаторній клініці розладів настрою оцінене медикаментозне лікування 28-річного пацієнта із 6-річним БАР в анамнезі (останній епізод депресивний) і ОКР. Поточне лікування включає літій у дозі 900 мг *per os* перед сном і сертралін по 150 мг/добу *per os*.

Останній рівень літію (два місяці тому) становив 0,8 мЕкв/л. Усі інші лабораторні параметри – в межах норми. Пацієнт заперечує суїцидальні ідеї чи будь-які симптоми гіпоманії або манії, однак продовжує відчувати сум/безнадійність і перебувати в ліжку близько 14 годин на день, часто без сну. Симптоми ОКР включають нав'язливості щодо безпеки сім'ї з пов'язаними із цим ритуалами кожні дві години. Від початку приймання сертраліну та після збільшення дози протягом останніх шести місяців симптоми не зменшилися. Ліки приймає за призначенням, зрідка із пропущенням; побічних ефектів немає.

Фактори, які необхідно враховувати при лікуванні коморбідних БАР та ОКР

Симптоми ОКР, що виявляються лише під час депресивних епізодів, можуть бути вторинними відносно зміни настрою. Результати аналізу клінічних випадків та їхніх серій свідчать про ефективність літію, протисудомних стабілізаторів настрою, оланзапіну, рisperидону, кветіапіну або арипіпразолу щодо цієї коморбідності (Schaffer et al., 2012; Amerio et al., 2015). Серотонінергічні антидепресанти слід застосовувати лише в поєднанні з відповідною дієвою терапією стабілізатором настрою, щоб уникнути декомпенсації БАР (Schaffer et al., 2012). У систематизованому огляді щодо лікування БАР та ОКР повідомлялося про частий брак відповіді на фармакологічне лікування, поліфармацію та ризик перемикання настрою (манія/гіпоманія) при використанні традиційної для ОКР терапії, наприклад СІЗЗС (Amerio et al., 2015). Монотерапія стабілізатором настрою навряд чи є ефективною при обох розладах; рекомендоване поєднання стабілізатора настрою та антипсихотика другого покоління (АДП) або застосування двох стабілізаторів настрою (Keck et al., 2006). У серії клінічних випадків повідомлялося про трьох пацієнтів із коморбідними БАР і ОКР, що приймали стабілізатор настрою та арипіпразол у дозуванні 15-25 мг щодня (Uguz, 2010). Спостерігалось зменшення показників за обсесивно-компульсивною шкалою Йєля – Брауна (YBOCS) у всіх випадках. Усі троє хворих добре переносили арипіпразол, повідомлення про побічні ефекти відсутні.

У плацебо-контрольованому дослідженні додаткова терапія кветіапіном у пацієнтів із терапевтично рефрактерним ОКР (n=40) сприяла зменшенню показника за YBOCS на ~25% (Carey et al., 2012). Порівняльне випробування ефективності арипіпразолу (n=6) та кветіапіну (n=12) при рефрактерному ОКР показало кращу відповідь на кветіапін (~55%), ніж арипіпразол (~28%) з аналогічним зниженням балів за YBOCS (p=0,01 для кветіапіну, статистично незначуще для арипіпразолу) (Shoja Shafti, Kaviani, 2015).

У випадку з 28-річним пацієнтом із тривалими симптомами біполярної депресії та ОКР зміна медикаментозної терапії є виправданою. Літій – препарат третьої лінії за рекомендаціями CANMAT (Schaffer et al., 2012). Не слід застосовувати медикаментозну терапію СІЗЗС без дієвої терапії стабілізатором настрою; сертралін не є ефективним ані при депресивних симптомах, ані при симптомах ОКР для цього пацієнта. Арипіпразол, рisperидон і кветіапін показали користь як потенціовальні засоби при терапії СІЗЗС проявів ОКР, зокрема у рандомізованих контрольованих дослідженнях за участю пацієнтів із ОКР без БАР (Carey et al., 2012; Shoja Shafti, Kaviani, 2015; Deckersbach et al., 2014). Для цього конкретного пацієнта варіантами є переведення на інший СІЗЗС або атипичний антипсихотик при продовженні

лікування літєм. Якщо хворий бажає приймати інший СІЗЗС, можна призначити пароксетин, ефективний при порушеннях сну. Це можна здійснити як прямим переведенням, так і шляхом крос-титрації. Коли ж пацієнт віддає перевагу атипичному антипсихотику, то слід зменшувати дозування сертраліну протягом 1-4 тижнів під час початку терапії кветіапіном (якщо потрібна седация) або арипіпразолом (якщо седация небажана). За даними систематизованих оглядів лікування БАР та ОКР, найчастіше використовували комбіноване лікування СІЗЗС зі стабілізатором настрою або АДП зі стабілізатором настрою (Schaffer et al., 2012).

Психотерапія при коморбідних БАР та ОКР також є ефективною. Міжособистісна та когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), основана на усвідомленості КПТ і релакс-терапія можуть бути застосовані у поєднанні з фармакологічним лікуванням (Deckersbach et al., 2014; Provencher, Hawke, 2011; Stratford et al., 2015). Навчання психологічній самодопомозі не є ефективним. Супутній ОКР може мати значний вплив на відновлення симптомів (Magalhaes et al., 2010; Kim et al., 2014; Abdel-Ahad et al., Kazour, 2015).

Клінічний випадок 2: ГТР

Пацієнт 34 років із БАР I, діагностованим близько 10 років тому після першого маніакального епізоду, обстежений в амбулаторній клініці розладів настрою. Повторних маніакальних епізодів не було, перший депресивний епізод із неповною ремісією відзначено близько шести років тому. Додатково діагностований ГТР п'ять років тому. У пацієнта були два депресивні епізоди за минулий рік та дві суїцидальні спроби шляхом передозування медикаментів у минулому. Вживає 3-4 порції алкоголю (пива) щовечора. На даний час приймає препарат вальпроату натрію / вальпроєвої кислоти пролонгованої дії в дозі 1500 мг *per os* перед сном та дулоксетин по 90 мг *per os* щодня (дозу збільшено приблизно чотири тижні тому, раніше – 60 мг щодня). Рівень вальпроєвої кислоти у крові становив 85 мкг/мл десять місяців тому. Всі інші лабораторні параметри в нормі. Симптоми гіпоманії включають порушення сну (4 години кожну ніч проти звичайних 6-8 годин), прискорену мову та «стрибання ідей».

Ризик переходу до маніакальної фази: використання антидепресантів при БАР

Антидепресанти класу СІЗЗС рекомендовані як медикаментозна терапія першої лінії при тривожних розладах. СІЗЗС і бупропіон асоційовані з низьким ризиком переходу до манії (Pacchiarotti et al., 2013; Fornaro et al., 2018). Ймовірність виникнення гіпоманії або манії, пов'язаної з антидепресивною терапією (МПІАТ), відома як причина стурбованості щодо використання цих препаратів у разі депресії при БАР.

У рекомендаціях CANMAT для лікування ТР при коморбідному БАР серотонінергічні антидепресанти запропоновані як друга лінія із застереженням, що базовою терапією має бути ефективний стабілізатор настрою (Schaffer et al., 2012). Предиктори маніакальної фази оцінювали за допомогою вибірки учасників (n=1720) у межах Систематизованої лікувальної програми для випробувань за участю пацієнтів із БАР (Niitsu et al., 2015).

Відповідно до цього дослідження, фактори ризику переходу до маніакальної фази включають молодший вік (17-22 роки) дебюту БАР, швидку зміну фаз в анамнезі, тяжкі маніакальні симптоми, суїцидальні спроби або вживання амфетаміну (Niitsu et al., 2015). Вища частота зміни фаз можлива, якщо в анамнезі є відомості про перехід до маніакальної фази при терапії СІЗЗС загалом і при використанні флуоксетину, сертраліну або пароксетину зокрема. Ризик є нижчим, якщо пацієнт бере участь у психотерапії (Niitsu et al., 2015). Кількість маніакальних епізодів загалом також може бути фактором ризику виникнення МПІАТ. У 4,8% (n=60) учасників дослідження тривалістю один місяць, що включало пацієнтів із біполярною депресією (n=1242), які приймали стабілізатор настрою і нещодавно розпочали використовувати антидепресант, спостерігали перехід до маніакальної фази. Хворі з ≥4 маніакальними епізодами протягом життя та МПІАТ в анамнезі мали у 2,84 раза вищий ризик маніакальної фази (Gorwood et al., 2016).

Два дослідження були зосереджені на оцінці кореляції та частоти зміни фаз із використанням чіткого визначення МПІАТ (Frye et al., 2009; Scott et al., 2017). Учасники, в яких була МПІАТ (n=44), демонстрували інші базові показники за шкалою маній Янга (YMRS) порівняно з тими, хто мав або не мав відповіді на лікування антидепресантами, але не страждав на МПІАТ (n=128). Базова оцінка за YMRS для учасників із МПІАТ становила 3,7 порівняно з такими без МПІАТ (1,8-2,5). Значення за YMRS щодо рухової активності та мови були підвищені. Автори рекомендують оцінювати пацієнтів на наявність мінімальних маніакальних симптомів (зокрема, надмірної рухової активності, прискореної мови та «стрибання ідей») для виявлення осіб, які мають ризик МПІАТ, до початку терапії антидепресантами (Frye et al., 2009). У дослідженні J. Scott et al. (2017) використовували чіткі критерії МПІАТ із коефіцієнтами відношення шансів (ВШ) щодо ризику виникнення, основаними на гендері (n=210). Для чоловіків (n=95) підвищений ризик був виявлений за наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю/наркотиків (ВШ 6,37), суїцидальної спроби в анамнезі (ВШ 4,19) та більшої кількості депресивних епізодів на рік (ВШ 1,71). Для жінок (n=125) значну ймовірність МПІАТ зумовлювали захворювання щитоподібної залози (ВШ 3,23) та БАР I типу в анамнезі (ВШ 2,68), а також депресія як перший епізод зміни настрою (ВШ 2,01).

Досвід лікування коморбідних БАР та ГТР

Поширеність ГТР із коморбідним БАР оцінюється у 12% при ризику захворіти протягом життя 15% (Preti et al., 2016). Ця коморбідність призводить до тяжчого перебігу хвороби та підвищеної суїцидальності. Якість життя евтимічних пацієнтів із БАР та коморбідними ТР загалом гірша при БАР I і II типу, але більш негативний ефект виявлений при БАР I (Albert et al., 2008). Оланзапін, ламотриджин, вальпроат натрію / вальпроєва кислота та комбінації оланзапіну/флуоксетину виявилися корисними при лікуванні супутніх неспецифічних симптомів тривоги (Vazquez et al., 2014; Maina et al., 2008). Монотерапія літєм не є дієвою, тому аугментація літію ламотриджином або оланзапіном може поліпшити ефективність. Застосування бензодіазепінів можливо розглянути за відсутності гострого депресивного епізоду (Vazquez et al., 2014; Rakofsky, Dunlop, 2011).

Ефективність кветіапіну пролонгованої дії в монотерапії, досліджуваного порівняно із плацебо та вальпроатом натрію / вальпроєвою кислотою пролонгованої дії, була суперечливою (Gao et al., 2014; Sheehan et al., 2013). У дослідженні K. Gao et al. (2014) за участю пацієнтів (n=100) із загостренням депресії у межах БАР I або II із супутнім ГТР кветіапін пролонгованої дії у середньому дозуванні 276 мг/добу не показав кращого за плацебо ефекту щодо лікування симптомів тривоги. У випробуванні K. Sheehan et al. (2013) оцінювали монотерапію кветіапіном пролонгованої дії (n=49), вальпроатом натрію / вальпроєвою кислотою пролонгованої дії (n=49) та плацебо (n = 51). Було виявлене швидке й тривале зниження симптомів тривоги за шкалою оцінки тривоги Гамільтона (HAM-A) при терапії кветіапіном пролонгованої дії у середньому дозуванні 186 мг/добу порівняно з вальпроатом натрію / вальпроєвою кислотою і плацебо (p<0,05).

КПТ була сприятливою для пацієнтів, які страждали на БАР із супутнім ГТР (Ellard et al., 2017). Уніфікований протокол лікування емоційних розладів використовували як основу для КПТ, розробленої для лікування основних симптомів емоційної лабільності й дезадаптації, спроб контролювати емоційні переживання чи уникати їх в осіб із БАР та коморбідними тривожними розладами (n=29). В учасників дослідження спостерігали краще зниження тривожних (HAM-A, p=0,03) та депресивних (шкала депресії Гамільтона [HAM-D], p=0,01) симптомів (Ellard et al., 2017).

На думку авторів, у випадку 34-річного пацієнта з коморбідними БАР та ГТР він, імовірно, переживає гіпоманіакальний епізод, зумовлений антидепресантами. Симптоми депресії та ГТР недостатньо контролюються комбінацією вальпроату натрію / вальпроєвої кислоти пролонгованої дії та дулоксетину. Останній слід відмінити та оцінювати згасання гіпоманії.

Для цього пацієнта скасування приймання дулоксетину може бути досягнуте шляхом зменшення дози протягом кількох тижнів із моменту початку гіпоманії. Якщо хворий страждав на манію і відповів критеріям госпіталізації, дулоксетин слід було скасувати без поступового зменшення дози з мониторингом синдрому відміни. Треба також оцінити ефективність вальпроату натрію / вальпроєвої кислоти в минулому. Це корисно для оцінки прихильності до лікування та можливих коригувань дози. Оскільки лікування симптомів ГТР та депресії у даного пацієнта виявилося неефективним, слід розглянути додаткову терапію АДП, наприклад кветіапіном або оланзапіном. CANMAT рекомендує кветіапін як препарат першої лінії, а седация для цього хворого може бути корисною. Рекомендацію щодо комбінації оланзапіну/флуоксетину (друга лінія терапії) можна розглянути з обережністю, якщо кветіапін не буде ефективним.

Клінічний випадок 3: ПТСР та специфікатор «із тривожним дистресом»

Пацієнт 38 років із БАР I типу, останній епізод — депресивний, за ПТСР «із тривожним дистресом» обстежений в амбулаторній клініці розладів настрою для оцінки лікування та спостереження. Анамнез захворювання включає дві попередні госпіталізації з приводу маніакальних епізодів (остання — вісім років тому). У соціальному анамнезі — домашнє насильство в дитинстві і сексуальне — у дорослому віці. Залишкові симптоми депресії не зменшилися після попереднього звернення три місяці тому. Сон «задовільний», близько шести годин на ніч при прийманні доксиламіну 25 мг щодночі. Пацієнт здатний ходити на роботу, але не бере участі у багатьох заходах із родиною чи друзями та висловлює неконтрольоване занепокоєння щодо життєвих подій і перебування поза комфортними умовами оселі протягом тривалого часу. Випиває півпляшки вина щовечора і курить (упаковка цигарок на день).

Попередні неефективні спроби лікування включають літій, сертралін, топірамат і алпрозолам. Наразі приймає кветіапін пролонгованої дії в дозі 400 мг *per os* перед сном та флуоксетин у дозі 40 мг *per os* щодня. Препарати поповнюються приблизно кожні 45 днів, що свідчить про погану прихильність до лікування.

Специфікатор «із тривожним дистресом»

Далі наведені діагностичні критерії для специфікатора «із тривожним дистресом» (APA, 2013). Цей специфікатор додано до 5-го видання Керівництва з діагностики й статистики психічних розладів (DSM-5), оскільки симптоми тривоги та тривожні розлади часто супроводжують розлади настрою. Симптоми тривоги призводять до більшого тягаря депресивних симптомів, збільшення загальної кількості депресивних епізодів та тривалішого часу до ремісії (Schaffer et al., 2012).

Застосування специфікатора «із тривожним дистресом» нагадує про потребу в оцінюванні симптомів тривоги, а також відповідному лікуванні на додаток до інших психіатричних діагнозів.

Досвід лікування коморбідних БАР та ПТСР

Пацієнти з коморбідними БАР та ПТСР мають вищий ризик психозу після госпіталізації (13%, p<0,001), виявлення розладу особистості (42%, p=0,002) та суїцидальних спроб (75%, p<0,001) (Goldstein et al., 2008). Погіршення якості життя, прогресування

DSM-5, критерії для специфікатора «із тривожним дистресом» (Passos et al., 2016)

Принаймні два з таких симптомів наявні протягом більшості днів поточного епізоду розладу настрою

- Відчуття перебування «на межі» або нервозність
- Почуття аномального неспокою
- Стурбованість, що призводить до утруднення концентрації уваги
- Побоювання, що може статися щось погане
- Відчуття, що індивід може втратити самоконтроль

Визначення поточної тяжкості

- Легка: 2 симптоми
- Помірна: 3 симптоми
- Помірно тяжка: від 4 до 5 симптомів
- Тяжка: від 4 до 5 симптомів з руховим збудженням

Примітка: Тривожний дистрес відзначався як важлива особливість БАР і великого депресивного розладу як у первинній, так і спеціалізованій медичній допомозі. Високий рівень тривожності був пов'язаний із вищим ризиком суїциду, більшою тривалістю хвороби та ймовірністю браку відповіді на лікування. Тому клінічно корисно точно вказувати наявність та ступінь тяжкості тривожного дистресу для планування та моніторингу реакції на лікування

Адаптовано за С.А. Он, 2018

хвороби та високі показники функціональних порушень також характеризують пацієнтів із цією коморбідністю (Reddy et al., 2017; Passos et al., 2016; Cerimele et al., 2017).

Відсутність прихильності до лікування при БАР збільшує ризик виникнення швидкої зміни фаз, суїцидальних спроб, тривоги за поточні події та зловживання алкоголем (Perlis et al., 2010). Пацієнти без прихильності до терапії коморбідних БАР та ПТСР можуть мати дитячу або іншу травму, що створює негативне чи несприятливе враження щодо медпрацівників та лікування. Травматичні наслідки через небезпечну поведінку під час маніакального епізоду нерідко провокують повторне виникнення ПТСР. Нічні кошмари при ПТСР можуть вплинути на цикл сну/неспання, що веде до зниження часу сну та підвищення ризику маніакального епізоду (Rakofsky et al., 2011).

У рекомендаціях CANMAT зазначено, що терапію при коморбідних БАР та ПТСР не досліджували. Стабілізатори настрою запропоновані як початкова медикаментозна терапія з наступним додаванням АДП та антидепресанту (Schaffer et al., 2012). Після початку лікування стабілізатором настрою може бути застосована антидепресивна терапія CІЗ3С або CІЗ3СН з огляду на залишкові симптоми ПТСР. Ймовірна наявність гіршої відповіді пацієнтів із ПТСР на лікування літєм, тому можна використовувати рисперидон, ламотриджин, габапентин та окскарбазепін (Keck et al., 2006; Rakofsky et al., 2011; Kauer-Sant'Anna et al., 2009).

Стабілізація настрою залишається пріоритетною; можуть бути розглянуті комбінації ліків, що включають протисудомні засоби, антипсихотики та антидепресанти (Schaffer et al., 2012). У рекомендаціях CANMAT бензодіазепіни є препаратами третьої лінії, але вони вважаються неефективними при ПТСР і спричиняють ризик появи подальших симптомів ПТСР після нещодавньої травми, погіршення результатів психотерапії та розвитку розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин при ПТСР (Guina et al., 2015). Препарат вальпроату натрію / вальпроєвої кислоти може бути розглянутий для лікування ПТСР із тривожним дистресом і симптомів загальної тривоги при БАР (Rakofsky et al., 2011).

Автори зазначають, що у 38-річного пацієнта з сумнівною прихильністю до лікування, якому призначили кветіапін з подовженням вивільненням та флуоксетин, слід було запитати про причини неправильного приймання ліків. Важливо встановити, чи демонструвала ця комбінація ефективність у минулому. Якщо так, то треба звернутися до факторів, пов'язаних із недотриманням терапії, що залежать від пацієнта, та заохочувати його до відновлення приймання ліків. Рисперидон має позитивну доказову базу і може бути розглянутий при скасуванні кветіапіну. Якщо застосування флуоксетину припинене, перехід на CІЗ3СН, зокрема венлафаксин, можна призначити після того, як терапія стабілізатором настрою здійснюватиметься з посиленням моніторингом ризику виникнення манії. Застосування бензодіазепінів слід у цьому разі уникати. Можна розглянути інші поширені методи лікування ПТСР, такі як терапія прازозином (при нічних кошмарах) та КПТ. Дослідження, в яких аналізували ефективність КПТ, зокрема навчання психологічній самопомозі, навичок коупінгу (механізми пристосування), когнітивне оцінювання та тренінги з релаксації, включали пацієнтів із коморбідними БАР та ПТСР (Magalhaes et al., 2010).

Висновки

БАР із коморбідними ТР дуже поширений. Тягар хвороби призводить до тривалих змін настрою, залишкової тривоги та депресивних симптомів, зниженої якості життя та негативних наслідків для пацієнта. Доказова база відповідного використання ліків обмежена, провідні клініцисти намагаються лікувати кожне захворювання окремо на основі рекомендацій щодо терапії. Наразі настанови робочої групи CANMAT — єдине керівництво, яке фокусується на лікуванні коморбідних БАР і ТР, що підкреслює необхідність наступних досліджень у цій галузі. Важливо визнати обмежену здатність фармакотерапії цих супутніх захворювань та використовувати психотерапію й КПТ як доповнення до лікування. Поліфармація показана при БАР із коморбідними ТР. Також важливий частий моніторинг прихильності до терапії, ефективності та побічних ефектів.

Підготував Роман Долинський

Еголанза
оланзапін



Склад та форма випуску:
табл. в/плів. оболонкою 5 мг білістер, № 28
табл. в/плів. оболонкою 10 мг білістер, № 28

Показання

- Лікування шизофренії
- Підтримка досягнутого клінічного ефекту при тривалій терапії у пацієнтів, у яких спостерігалася відповідь на початкову терапію
- Лікування маніакальних епізодів помірного та важкого ступеня
- Профілактика повторних нападів у пацієнтів з біполярними розладами, у яких було отримано позитивну відповідь при лікуванні оланзапіном манії

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або будь-якої з допоміжних речовин препарату; відомий ризик закритокутової глаукоми.

Побічні реакції. Сонливість, збільшення маси тіла, підвищення рівня пролактину, холестерину, глюкози і тригліцеридів в крові, підвищення апетиту, запаморочення, астения, стомлюваність та інші. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Р.Л. № 11344/01/01, №11344/01/03.

Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Кетилепт®
Ретард
кветіапін

Склад та форма випуску:

табл. пролонг. дії, в/плів.
50 мг білістер, № 60

табл. пролонг. дії, в/плів.
200 мг білістер, № 60



табл. пролонг. дії, в/плів.
300 мг білістер, № 60

табл. пролонг. дії, в/плів.
400 мг білістер, № 60

Показання

- Лікування шизофренії, включаючи профілактику рецидивів у пацієнтів із стабільним перебігом шизофренії, які отримували підтримуючу терапію кветіапіном
- Лікування біполярного розладу, зокрема:
 - для лікування помірних та тяжких маніакальних епізодів при біполярному розладі
 - для лікування тяжких депресивних епізодів при біполярному розладі
 - для профілактики рецидивів захворювання у пацієнтів із біполярним розладом, у пацієнтів із маніакальними чи депресивними епізодами при яких кветіапін є ефективним
- Додаткова терапія при тяжких депресивних епізодах у пацієнтів із тяжким депресивним розладом (ТДР), у яких зафіксовано субоптимальну відповідь на монотерапію антидепресантами

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини чи будь-якого компонента препарату. Протипоказане одночасне застосування інгібіторів цитохрому Р450 3А4. Побічні реакції. Сонливість, запаморочення, сухість у роті, запор, помірна астения, тахікардія, ортостатична гіпотензія та диспепсія. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Р.Л. №UA/8157/02/01-03-04-05. Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

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

