

Тривожний розлад: сучасний погляд на медикаментозне лікування та психотерапевтичну корекцію крізь призму доказової медицини

У березні 2021 р. в онлайн-форматі відбулася X науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні аспекти клінічної неврології», де провідні вітчизняні та іноземні фахівці озвучили сучасні погляди щодо менеджменту пацієнтів із нейропсихічними захворюваннями. Розлади тривожного спектра, що вражають осіб працездатного віку та суттєво знижують якість життя, є однією з найактуальніших проблем сьогодення. Нині ефективні та доказові методи лікування тривожних розладів (ТР) включають застосування медикаментів та психотерапевтичної корекції. Сучасним принципом ведення таких пацієнтів на засадах доказової медицини присвятив доповідь д. мед. н., професор, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету Михайло Михайлович Орос.

Поширеність та особливості ТР

ТР супроводжуються почуттям надмірного страху, тривоги та пов'язаними з ними поведінковими порушеннями. На ТР хворіють 3-5% загальної популяції, причому жінки — у 2-5 разів частіше, ніж чоловіки. Серед них одне з чільних місць посідає панічний розлад (ПР), що характеризується періодичними епізодами панічних атак.

ПР може виникати у будь-якому віці, але найчастіше має місце у 18-45 років (Memon et al., 2018). При цьому 68% ПР розвиваються в активному працездатному віці, що зумовлює значні моральні та матеріальні втрати.

ПР часто поєднується з іншими психічними патологіями, зокрема депресією, соціальними фобіями, генералізованим тривожним (ГТР), біполярним афективним розладами (Imai et al., 2014). Майже у 25% пацієнтів із ПР має місце агорафобія. Наявність останньої збільшує тяжкість та погіршує наслідки захворювання (Kessler et al., 2006).

Терапія

Сучасне ведення хворих на ТР полягає у застосуванні медикаментозних та немедикаментозних методів лікування. Серед останніх важливу роль відіграє когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Нині найбільша доказова база та позитивне співвідношення користі й ризику щодо лікування ТР притаманні селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та інгібіторам зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (ІЗЗСН), а також КПТ.

Дюксет (діюча речовина — дулоксетин, виробник «Нобель Ілч») як представник ІЗЗСН широко використовується в межах терапії першої лінії як ГТР, так і великого депресивного розладу (ВДР). На українському фармринку Дюксет доступний у дозуваннях 30 та 60 мг.

Професор представив результати двох досліджень, присвячених порівнянню впливу дулоксетину, флуоксетину та плацебо, а також дулоксетину, пароксетину та плацебо у лікуванні ВДР. Було продемонстровано найвищу ефективність дулоксетину порівняно із флуоксетином, пароксетином та плацебо (рис. 1). Згідно з даними випробування, в якому порівнювали ефективність застосування дулоксетину, мілнаципрану та венлафаксину щодо впливу на рівень норадреналіну, останній на тлі приймання

дулоксетину підвищувався швидше, що й лежить в основі його виразнішого антидепресивного ефекту (рис. 2).

Дюксет — це антидепресант, що чинить як виразну протитривожну, так і знеболювальну дію завдяки здатності дулоксетину сповільнювати передачу больових імпульсів у ЦНС. Дулоксетин сприяє підвищенню рівня серотоніну та норадреналіну у низхідних антиноцицептивних шляхах спинного мозку, підвищуючи тим самим поріг чутливості до болю. Саме тому Дюксет можна застосовувати як препарат вибору при ТР та психогенному больовому синдромі.

Доповідач також навів дані B. Bandelow et al. (2015), згідно з якими у лікуванні ТР одним із найефективніших препаратів є есциталопрам (натепер — антидепресант № 1 для лікування тривожних компонентів). На сьогодні одним із широко застосовуваних у практиці лікарів психіатра СІЗЗС є Ессобел (діюча речовина — есциталопрам; виробник «Нобель Ілч»).

Порівняно з іншими представниками СІЗЗС Ессобел характеризується такими перевагами:

- не спричиняє блокаду адренергічних та холінергічних рецепторів;
- не чинить кардіотоксичного, холінолітичного та седативного ефектів;
- не викликає фізичної та психічної залежності;
- не викликає синдрому відміни.

R. Greenblatt et al. (1998) виконали порівняння взаємодії СІЗЗС та ізоферментів групи цитохрому Р450, яку слід враховувати при комбінуванні антидепресанту з іншими ліками (наприклад, антигіпертензивними засобами, статинами тощо). Було виявлено, що чим меншою є взаємодія препарату з цитохромом Р450, тим безпечніше поєднувати медикаменти різних фармакологічних груп, що важливо для пацієнтів із коморбідностями.

Таким чином, Ессобел є оптимальним засобом для лікування осіб із супутніми розладами. Крім високої ефективності, препарат характеризується мінімальною кількістю побічних ефектів порівняно з іншими антидепресантами, що робить його варіантом вибору при ТР.

Згідно з останнім клінічним протоколом щодо менеджменту хворих на ТР, як препарати вибору рекомендовано застосовувати п'ять лікарських засобів: есциталопрам,

пароксетин, дулоксетин, венлафаксин та прегабалін (Bandelow et al., 2015). Нещодавно був проведений метааналіз досліджень ефективності цих препаратів порівняно із плацебо та між собою (Slee et al., 2019). Автори дійшли висновків, що найбільші переваги порівняно із плацебо в лікуванні ГТР мали есциталопрам, дулоксетин та прегабалін. Пароксетин та флуоксетин також характеризувалися високою ефективністю, проте гірше переносилися, ніж плацебо.

Численні дослідження продемонстрували високу ефективність КПТ у лікуванні ГТР. B. Bandelow et al. (2018) унаслідок порівняння довготривалих ефектів психотерапії та медикаментозної корекції виявили, що через два роки ефективність КПТ та психофармакологічної корекції були практично однаково високими та статистично зіставними. Отже, через 24 місяці лікування у пацієнтів, які отримували КПТ, спостерігалися стабільне збільшення ефективності та поліпшення психічного стану. Водночас хворі на медикаментозній корекції також відзначали суттєве покращання психічної сфери. Стан учасників групи плацебо не погіршувався протягом періоду спостереження, проте показники щодо ефективності були суттєво гіршими, ніж у пацієнтів груп КПТ та фармакотерапії.



М.М. Орос

Наприкінці доповіді М.М. Орос зазначив, що оптимальним підходом до лікування ТР є поєднання психотерапевтичної корекції та медикаментів. На сьогодні одними з найефективніших препаратів, які характеризуються високим рівнем доказовості та сприятливим профілем безпеки, є Дюксет та Ессобел, а методом психотерапії, що підкріплений найширшою доказовою базою, — КПТ. Доповідач порівняв процес лікування ТР із рятіванням потопельника, де «рятувальним кругом» є терапія високоефективним та безпечним антидепресантом (Дюксет або Ессобел), а «вирятуванням із води» — адекватна та кваліфікована КПТ.

Підготувала Анастасія Козловська

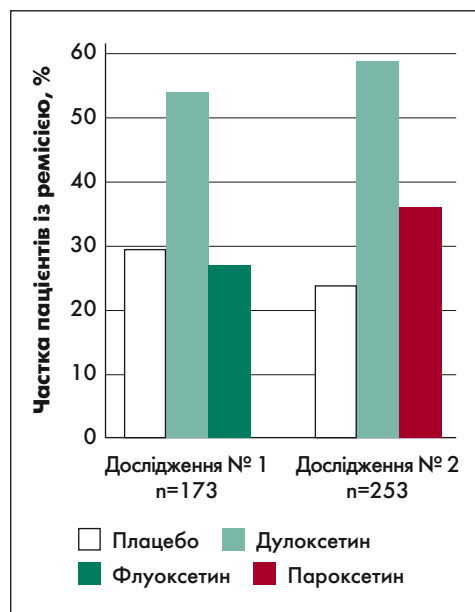


Рис. 1. Краща ефективність дулоксетину в терапії ВДР порівняно з флуоксетином, пароксетином та плацебо

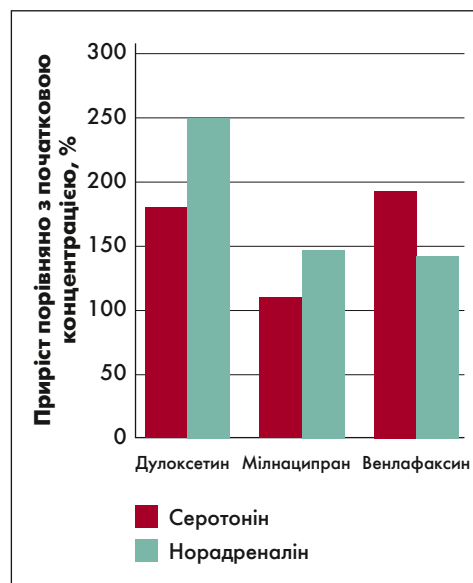


Рис. 2. Вплив дулоксетину, мілнаципрану та венлафаксину на рівень серотоніну й норадреналіну в головному мозку через 4 год після застосування

Есциталопрам

NOBEL

Антидепресант зі сприятливим профілем безпеки

Дюксет 30-60 мг 1 раз на добу⁴

Дулоксетин

Ефективне лікування депресії та болю!

* Матеріал на увазі витягу з інформації для пацієнта в частині "Показання для застосування": лікування великого депресивного розладу та в частині "Фармакокінетика": дулоксетин також чинить безпосередню дію. Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Ессобел: Таблетки. Есциталопрам по 10 мг № 28, по 20 мг № 28. Показання: великий депресивний розлад, генералізований тривожний розлад, призначать по 10-20 мг 1 раз на добу. Ессобел є антидепресантом, СІЗЗС. Побічні ефекти: можливі посилення тривоти та н. РП, н.ІДП/СІЗЗС/П/О/І. ІДП/СІЗЗС/П/О/І. Наказ МОЗ України № 293 від 16.07.2020. Повна інформація, в тому числі і можливі побічні реакції, містяться в інструкції для медичного застосування препарату. Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Дюксет: 1 капсула містить дулоксетину гідрохлориду еквівалентного дулоксетину 30 мг або 60 мг. Антидепресант, інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, чинить безпосередню дію. При нерациональному прийомі дулоксетину добре всмоктується. Показання: Лікування великого депресивного розладу. Лікування діабетичного периферичного нейропатичного болю. Лікування генералізованого тривожного розладу. Рекомендована початкова доза - 30 мг 1 раз на добу. Пацієнтам із недостатнім ефектом лікування дозу потрібно збільшити до 60 мг на добу. Побічні реакції: запаморочення, нудота і с.п., РП, №156710101. Наказ МОЗ України № 2854 від 10.12.2020. Література: 1. Место эсциталопрама в лечении депрессивных и тревожных расстройств / В.В. Заварова, Р.В. Алалиев // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 26. — С. 1556. 2. Эсциталопрам в общей медицине (обзор литературы) / Н.А. Белова, Т.Ю. Касаровская в общей медицине № 2/2010. 3. Скороченный витяг з рекомендацій щодо ведення хворих із депресією, адаптований робочою групою Університету Вікторією (2017). «Настанови щодо менеджменту пацієнтів із депресією в амбулаторній клінічній практиці». Збірник клінічних рекомендацій НЕІРОНЕВС. 9 (92) 2017. 4. Інструкція для медичного застосування препарату Дюксет. Інформація для фахівців медицини та фармації, а також для поширення на семінарах і конференціях з медичної тематики. За додатковою інформацією звертайтеся в представництво компанії Нобель в Україні: 04213, Київ, вул. Оболонська набережна, 20, www.nobel.com.ua