

Бафазол IC® у лікуванні тривожних розладів та інших наслідків психологічної травми

У надзвичайно складний час для України медична спільнота продовжує вирішувати питання надання медичної допомоги хворим із неврологічними, психічними та наркологічними розладами. Так, у жовтні минулого року відбувся VI національний конгрес неврологів, психіатрів і наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку», на якому обговорювалися проблеми медичної і психологічної допомоги й психосоціальної реабілітації пацієнтів із психологічними травмами, а також психічними, неврологічними, наркологічними розладами.



Як спікер у конгресі взяв участь завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Созонтович Чабан із доповіддю «Емоційні «гойдалки» війни та їх повоєнна перспектива».

Під час війни психічне здоров'я населення перебуває під постійною загрозою і доволі поширеним явищем є т. зв.

емоційні гойдалки (термін, популярний у мас-медіа), що полягає в емоційному розхитуванні сприйняття й реагування. Цикл зміни настрою являє собою перехід від стану оптимізму через натхнення і збудження до ейфорії, потім – через тривогу, заперечення, страх і паніку до відчаю та знову – через віру і надію до оптимізму.

Останніми роками можна було спостерігати інший суб'єктивний феномен. За перші 2 міс пандемії COVID-19 та ізоляційних дій у більшості людей відчуття плину часу значно сповільнилося: мозок не міг зацепитися за картинку плину часу (в дорозі, на роботі, з друзями тощо). Але з початком війни суб'єктивне сприйняття часу, навпаки, начебто розганяється: мозок у тривозі шукає нові події та факти очікуваних змін життя. Вимушена зміна стереотипу життя на обмеження в соціальності та контактах компенсується постійним перебуванням у потоці новин.

У вересні 2022 року Інститут соціальної та політичної психології НАПН України провів аналіз психологічного стану українців. Виявилось, що суб'єктивна оцінка психологічного добробуту була досить високою – 6,7 бала із 9 можливих. Водночас найвищою вона була в тих, хто залишився вдома або повернувся додому, а нижчою – в тих, хто вимушено виїхав.

40% опитаних зазнали загрози для власного життя, були безпосередніми свідками таких загроз через перебування в зоні бойових дій під обстрілами; >41% має родичів, які перебувають у зоні бойових дій, зокрема 16% втратили когось із близьких; в окупації перебували і зазнали безпосередньої загрози насильства 6%. Кожен 20-й опитуваний (5%) зазнав гіперкумулятивної травми, а >90% мали хоча б 1 із симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Протягом останнього місяця перед аналізом лише 3% респондентів отримали психологічну допомогу та ще 23% хотіли б звернутися до психолога.

За оцінками Міністерства охорони здоров'я України, в повоєнний час близько 15 млн українців потребуватимуть психологічної підтримки. З них близько 3-4 млн необхідно буде призначати медикаментозне лікування (прим. ред.).

Варто розуміти, що термін «психічна травма» є значно ширшим і варіабельнішим, ніж реакція на стрес чи ПТСР. ПТСР – яскравий наслідок травми, але насправді він є нечастим (до 20%), проте травма розчиняється в мікро- і макротравмах, адикціях, дисоціаціях, тривозі, депресії, паніці, розладах поведінки, колективній травмі тощо.

За даними низки аналізів, ПТСР буде більшим за 20-25%, при цьому в жінок спостерігатиметься вдвічі частіше (особливо в разі набуття досвіду в минулому міжособових травм та гострої відповіді на стрес). Кількість психічних порушень будь-якого рівня та глибини може сягнути 80% населення. Також на 10% від тенденції популяційного росту збільшаться депресивні розлади за рахунок емоційного дрейфу ПТСР. Домінувальними патологіями, найімовірніше, будуть афективні (депресія, тривога, фобії) та коморбідні з розладами поведінки. Крім того, зросте кількість усіх варіантів адикції, особливо нехімічної.

Психосоматичні розлади в Україні після війни, ймовірно, змістяться в домінувальну серцево-судинну патологію як невідрадагована злість та гнів, які в мирному житті будуть взяті в жорсткі рамки соціально прийнятної поведінки. Також зросте кількість випадків автоагресивної та суїцидальної поведінки за рахунок синергічного ефекту психолого-психічних проблем і затримки формування адекватної соціальної амортизації (Kakaje A. et al., 2021; Mahmood H.N. et al., 2019). Крім того, 25% людей наступного покоління, ймовірно, торкнуться трансгенераційна уразливості до стрес-асоційованих розладів, у т. ч. ПТСР (Hadar E. et al., 2020; Sveshnikov S. et al., 2022).

У всіх випадках порушення психологічного стану, пов'язаного з війною, потрібно якнайшвидше дізнатися про психосоціальні фактори, що викликали стрес, навчити пацієнтів методам управління стресом (дихальні вправи, послідовне розслаблення м'язів), надати психологічну, психотерапевтичну та іншу допомогу.

Для зняття емоційного напруження використовуються рослинні препарати та біологічні речовини, для купірування тривожно-панічних розладів – антидепресанти, антиконвульсанти і транквілізатори. В обох випадках слід призначати адаптогени та анкісолітики.

Ефективним селективним небензодіазепіновим анкісолітиком є Бафазол IC® (фабомотизолу дигідрохлорид). Цей препарат належить до нового класу протитривожних засобів – мембранних модуляторів ГАМК-бензодіазепінового рецепторного комплексу. Він має унікальну дію – активує власний «нейронний ремкомплект» – сигма-1 рецептори, внаслідок чого останні відновлюють структуру ГАМК-рецепторів та збільшують чутливість до власної ГАМК. Саме тому, на відміну від екзогенних замінників ГАМК, таких як фенібут, Бафазол IC® не знижує вироблення власної ГАМК, а отже, не викликає звикання та необхідності збільшення доз. Окрім того, Бафазол IC® гальмує вивільнення глутамату та зменшує активність його рецепторів, а також проявляє пряму нейропротекторну дію – стимулює синтез мозкового нейротрофічного фактора (BDNF) – ключового білка, що забезпечує виживання та функціональну активність нейронів.

Ефект Бафазолу розвивається вже на 5-7-й день лікування, а максимальний ефект досягається наприкінці 4-го тижня та зберігається після закінчення лікування в середньому 1-2 тижні.

Бафазол IC® має широкий спектр емоційних мішеней, як-от тривога, астенія, страх, емоційно-стресові розлади, депресія, агресія, погіршення пам'яті, надмірна втома.

Препарат не спричиняє м'язової слабкості, сонливості та не чинить негативного впливу на концентрацію уваги і пам'ять. При його застосуванні не розвиваються звикання, медикаментозна залежність та синдром відміни.

Бафазол IC® – це денний анкісолітик-стресопротектор із потужною протитривожною дією, отже, він не заважає людині бути повноцінною ефективною вдень, не впливає на гостроту зору та швидкість реакції, тому дозволений для використання в пацієнтів, праця яких потребує активної уваги. Водночас він добре поєднується з іншими препаратами для лікування соматичної патології.



Також у листопаді минулого року відбувся III конгрес із міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи», в рамках якого виступила професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Олена Олександрівна Хаусова з доповіддю «Коли тривога стає хворобою».

Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й у поєднанні з ситуацією постковіду, є ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади. Водночас особливе місце займають психогенні розлади при військових діях, оскільки можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (в конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

В умовах як і війни, так і попередньої пандемії COVID-19 «невизначеність та непередбачуваність створюють більш напружене середовище, що може збільшити кількість психологічно невпорядкованих пацієнтів» (Zandifar, Atefeh, 2020).

Модель непевності й очікування тривоги складається із завищеної оцінки наявності та величини загрози, підвищеної уваги до загрози, надмірної пильності, недостатнього навчання безпеці, поведінкового і когнітивного уникнення, підвищеної реактивності на невизначеність загрози й дезадаптивного контролю.

Тривога є універсальним психофізіологічним феноменом, який пов'язаний з реакцією на стрес. Під час війни, особливо в загрозливих ситуаціях, людина зі здоровою психікою може відчувати нормальну тривогу, обумовлену зовнішніми причинами, і не має клінічно значущих проявів.

Якщо реакція не цілком відповідає ситуації, є дещо посиленою або не безпосередньо пов'язана з реальною загрозою, а обумовлена внутрішніми причинами і має конкретні клінічні прояви, слід припустити наявність субсиндромальної тривоги. В найвираженіших випадках, коли реакція взагалі не пов'язана із загрозою і підсилюється неадекватною ситуацією, слід говорити про патологічну тривогу.

Фізіологічна тривога являє собою реакцію на рівні поперечно-смугастих м'язів. Пацієнти, які її відчують, можуть висловлювати свої почуття та глибоко їх переживати.

Субсиндромальна тривога – це реакція на рівні парасимпатичної гілки вегетативної нервової системи та гладких м'язів. Цей стан може супроводжуватися порушенням когнітивного сприйняття.

При патологічній тривозі відбувається спотворення перцептивних / когнітивних процесів. Супроводжується психологічним захистом без усвідомлення факту тривоги.

У надстресових умовах (стрілянина, вибухи тощо) люди можуть відчувати сильну тривогу. Якщо вона виникає лише за таких обставин, це не тривожний розлад. Навіть панічні атаки у відповідь на реальну загрозу фізичній або психологічній цілісності особи вважаються частиною нормативного континууму реакцій.

Згідно з оновленою версією МКХ-11, до розладів, пов'язаних із тривогою або страхом, належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, агорафобія, специфічна фобія, соціальний тривожний розлад, тривожний розлад розлуки, вибіркового аутизму та інші тривожні чи пов'язані зі страхом розлади.

За різними даними, тривогу відчують від 70 до 90% хворих, що звертаються до лікарів усіх спеціальностей. Найчастіші соматовегетативні прояви тривоги: з боку серцево-судинної системи – порушення серцевого ритму, кардіалгії, колювання артеріального тиску тощо; з боку нервової системи – запаморочення, головні болі, тремор, здригання, парестезії, напруга та біль у м'язах; з боку дихальної системи – відчуття нестачі повітря, задуха; з боку травної системи – нудота, сухість у роті, диспепсія, порушення апетиту; з боку сечостатевої системи – прискорене сечовипускання, зниження лібідо, імпотенція.

Соматизація, що спостерігається при тривозі, може бути як низькою (зазвичай це пов'язано зі стресом перебільшення загальних симптомів, як-от головний біль або запаморочення) і високою (стійкі, тривалі проблеми зі здоров'ям).

При тривозі відбуваються перезбудження і виснаження нейронів, що призводить до наростання таких симптомів, як напруження, дратівливість, занепокоєння тощо. ГАМК-рецептори перестають реагувати на гальмувальні імпульси, тобто розвивається ГАМК-резистентність. Ефективною протидією цьому патологічному процесу є використання анкісолітиків, а саме Бафазолу (фабомотизолу дигідрохлориду).

Багатоцентрове (11 центрів в 11 областях України) дослідження, в якому взяли участь 300 пацієнтів із тривожними розладами, розподілених на дві групи (основна група отримувала фабомотизол, контрольна – немедикаментозну терапію), показало, що фабомотизол покращив психосоматичний стан пацієнтів за шкалою Гамільтона на 65% порівняно з початковим значенням через 1 міс лікування. Також препарат на 37% перевершив за ефективністю лікування результати контрольної групи вже через 1 міс лікування (p<0,05), при цьому в половині групи порівняння ефективність лікування була незначною або зовсім відсутньою.

Також уже через 2 тижні фабомотизол зменшив серцеві симптоми (тахікардія, підвищення артеріального тиску, екстрасистолія) в 50% пацієнтів із НЦД, а через 5 тижнів ці скарги були відсутні у 90% хворих. У 62% пацієнтів через 2 тижні відбулося зменшення некардіальних скарг (нестача повітря, нудота, біль у животі тощо), а через 5 тижнів ці скарги були відсутні у всіх хворих.

Крім того, спікерка зауважила, що рутинне використання бензодіазепінових анкісолітиків не є гарним рішенням у лікуванні тривожних розладів. По-перше, бензодіазепіни меншим чином впливають на тривогу, тому після їх відміни тривога зазвичай повертається, чого не відбувається при застосуванні Бафазолу як мінімум 2 тижні. По-друге, за результатами дослідження, опублікованого в журналі The Lancet, бензодіазепіни посіли сьоме місце за ступенем залежності, фізичною та соціальною шкодою. Саме тому в британських настановах NICE бензодіазепіни не рекомендують використовувати рутинно для лікування тривожних та панічних розладів, окрім як короточасний захід під час кризи.

Лікування пацієнта з тривожністю є досить складним завданням, яке потребує відповідних знань і професійної підготовки в лікарів різного профілю. Обов'язковим є поєднання медикаментозної терапії з психотерапевтичною підтримкою. Пацієнти з тривожними розладами дуже часто потребують тривалої терапії, тому при виборі анкісолітика важливо звертати увагу не на його короточасні ефекти, а на його ефективність і безпечність при тривалому прийомі. Саме такі позитивні властивості має новий денний анкісолітик-стресопротектор Бафазол IC®. Він не викликає звикання, тому ефект не знижується із часом і зберігається навіть при завершенні прийому препарату на 1-2 тижні. Бафазол IC® гарно переноситься та не спричиняє сонливості і залежності навіть при тривалому прийомі (до 3 міс). Включення Бафазолу в схему терапії тривожних розладів дозволить ефективно та безпечно усунути їхні прояви на тривалий час.

Підготував Олександр Соловійов



ДОПОМОЖЕ ЗБЕРІГАТИ СПОКІЙ, НЕ ПІДДАВАТИСЯ ПАНІЦІ ТА СТРАХУ

БАФАЗОЛІС®



- Не викликає сонливості та м'язової слабкості
- Не чинить негативного впливу на концентрацію уваги і пам'ять
- Не розвивається звикання, медикаментозна залежність та синдром відміни



За даними інструкції для медичного застосування лікарського засобу БАФАЗОЛІС®. РП №UA/18761/01/01

Витяг з Інструкції для медичного застосування лікарського засобу БАФАЗОЛІС®. Склад: діюча речовина: фабомотизол, 1 таблетка містить фабомотизолу дигідрохлориду 10 мг. Лікарська форма. Таблетки. Фармакотерапевтична група. Засоби, що впливають на нервову систему. Психолептичні засоби. Анксиолітики. Інші анксиолітики. Фабомотизол. Код АТХ N05B X04. Показання. Лікарський засіб показаний до застосування дорослим для лікування тривожних станів: генералізованих тривожних розладів, неврастенії, розладів адаптації, пацієнтам із різними соматичними захворюваннями (бронхіальна астма, синдром подразненого кишечника, системний червоний вовчак, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, аритмії), дерматологічними, онкологічними та іншими захворюваннями. Лікарський засіб застосовують для лікування порушень сну, пов'язаних з тривогою; нейроциркуляторної дистонії, передменструального синдрому, алкогольного абстинентного синдрому, для полегшення синдрому відміни при відмові від куріння. Протипоказання. Індивідуальна непереносимість будь-яких компонентів лікарського засобу. Непереносимість галактози, дефіцит лактази або синдрому мальабсорбції глюкози-галактози. Період вагітності та годування груддю. Дітячий вік до 18 років. Застосування у період вагітності або годування груддю. Застосування у період вагітності протипоказане. На період застосування годування груддю слід припинити. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Не чинить негативного впливу на здатність керувати автотранспортом та на здатність виконувати потенційно небезпечні види діяльності, що вимагають підвищеної концентрації уваги та швидкості психомоторних реакцій. Спосіб застосування та дози. Застосовувати внутрішньо після їди. Оптимальна разова доза становить 10 мг, добова доза – 30 мг, яку слід розподілити на 3 прийоми протягом доби. Тривалість курсу лікування – 2-4 тижні. У разі необхідності, за рекомендацією лікаря, дозову дозу лікарського засобу можна збільшити до 60 мг, а тривалість лікування – до 3 місяців. Побічні реакції. Можливе виникнення алергічних реакцій. Рідко – головний біль, що зазвичай минає самостійно і не потребує відміни лікарського засобу. Категорія відпуску. Без рецепта. Виробник. Товариство з додатковою відповідальністю «ІНТЕРХІМ». Місце знаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. Україна, 65025, м. Одеса, 21-й км Старокиївської дороги, 40-А.

Даний матеріал призначений виключно для фахівців охорони здоров'я. Для розповсюдження/демонстрації під час спеціалізованих медичних заходів та для друку у спеціалізованих медичних журналах (виданнях). Даний матеріал створено за інформаційної/фінансової підтримки ТОВ «УА «Про-Фарма». ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА» не рекомендує застосування Бафазол ІС® інакше, ніж це затверджено в діючій Інструкції. Перед застосуванням Бафазол ІС®, згаданого в даному матеріалі, будь ласка, ознайомтеся з повним текстом діючої Інструкції. ©2022 ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА». Всі права захищені. Якщо у Вас виникли питання з медичної інформації про продукти компанії ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА», Ви можете звернутися до нас за адресою: 03170, м. Київ, вул. Перемоги, 9, оф. 20, тел. (044) 422 50 70. www.pro-pharma.com.ua. Для повідомлення про небажані явища при застосуванні продуктів компанії ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА» зателефонуйте нам +38 044 422 50 72, +38 067 233 90 54, або напишіть phv@pro-pharma.com.ua.

Матеріал затверджено: 09.2022. Матеріал придатний до: 31.08.2024