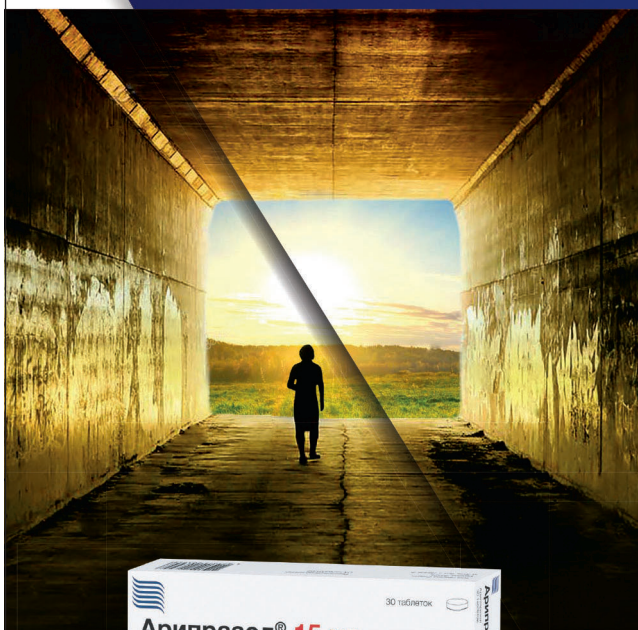


Перейди на
СВІТЛИЙ бік ЖИТТЯ



АРИПРАЗОЛ
АРИПІПРАЗОЛ

- Препарат вибору для пацієнтів із шизофренією при несприятливому метаболічному профілі¹
- Покращує соціальне функціонування¹⁻⁴
- Доведена біоеквівалентність оригінальному арипіпразолу⁵

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату АРИПРАЗОЛ
Діюча речовина: арипразол. 1 таблетка містить арипразолу 10 мг або 15 мг (у перерахунку на 100% суку речовину арипразолу). Лікарська форма. Таблетки. Фармакотерапевтична група. Психолептичні засоби. Антипсихотичні засоби. Інші нейролептики. Код АТХ N05A.X12. Фармакологічні властивості. Терапевтичне для арипразолу в лікуванні шизофренії та біполярного розладу: титу і обумовлена сполученням часткового агонізму відносно рецепторів дофаміну D2 і серотоніну 5-HT1а, а також антагонізму відносно рецепторів серотоніну 5-HT2а. Відомо, що арипразол виявляє антагоністичні властивості на тваринних моделях дофамінергічної гіперактивності і агоністичні властивості на тваринних моделях дофамінергічної гіперактивності. Арипразол має високу афінність до зв'язування в ітві відносно рецепторів дофаміну D2 і D3, рецепторів серотоніну 5-HT1а і 5-HT2а, а також помірну афінність відносно рецепторів дофаміну D1, серотоніну 5-HT2c і 5-HT7, адренергічних рецепторів альфа-1 і рецепторів гістаміну H1. Арипразол також має помірну афінність відносно серотонінових рецепторів і не має помітної афінності відносно мускаринових рецепторів. Взаємодія з іншими рецепторами, крім підтипу дофаміну і серотоніну, може пояснювати деякі інші клінічні ефекти арипразолу. Показання. Препарат Арипразол® показаний для лікування шизофренії у дорослих. Арипразол® показаний також для лікування початку і тихих маніакальних епізодів при біполярному розладі I типу, а також для запобігання новим маніакальним епізодам у дорослих, які раніше перенесли маніакальні епізоди, та які відвозили на лікування арипразолом. Протипоказання. Гіперчутливість до арипразолу або до будь-якого з його компонентів препарату. Побічні реакції. Збудження, безсоння, нудота, екстрапірамідні порушення, запор, запорошеність, сонливість, запоровий ефект, похолодіння, біль, розбитість, біль у горлі, дисфонія, біль у животі, нудота, запор, надмірне слиновиділення; втоми (розподіл оксочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: №UA/15765/01/01, №UA/15765/01/02. 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 медичників і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1. Hase A. et al. MFSBP Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. The World Journal of Biological Psychiatry. 2013; 14: 2-44. 2. Matsuda Y. et al. Effects of risperidone and aripiprazole on neurocognitive rehabilitation for schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2014; 68: 425-431. 3. Wang J. et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic drugs in first-episode drug-naïve schizophrenic patients. Neural Regen Res 2013;8:277-86. 4. Bervoets C. et al. Effect of aripiprazole on verbal memory and fluency in schizophrenic patients: results from the ESCAPE study. CNS Drugs. 2012 Nov;26(11):975-82. 5. Bioequivalence Study Number 464/14, Clin. Report, Jan. 2016.

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

acino
Швейцарські стандарти якості

Т.О. Скрипник, І.І. Марценковська, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ

На межі компетенції психіатрії та неврології: розлади у немовлят, підлітків та молоді

Наприкінці минулого року в Івано-Франківську проходила IV науково-практична конференція з міжнародною участю «На межі компетенції психіатрії та неврології», на якій були обговорені проблеми, специфічні для різних вікових періодів: у немовлят, підлітків та молоді. Організаторами заходу виступили Благодійний фонд розвитку інновацій медицини «РІМОН», секція дитячої психіатрії Асоціації психіатрів України, Асоціація дитячих неврологів України, Івано-Франківський національний медичний університет за підтримки ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків), «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» (м. Київ), «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (м. Київ) та Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України (м. Харків). Участь у конференції стала можливістю для фахівців обмінятися досвідом та поглибити розуміння принципів роботи в міждисциплінарних командах у сфері психічного та неврологічного здоров'я, налагодити взаємодію спеціалістів різних дисциплін, обговорити клінічну практику в зоні перетину компетенцій психіатрії та неврології, дитячої психіатрії та дитячої неврології, психіатрії та психології.

Цей визначний науковий захід відкрила **Наталія Олександрівна Марута**, д. мед. н., професор, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділу межової психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України (м. Харків). Свою доповідь спікер присвятила принципам ранньої діагностики та профілактики психічних розладів. Наявність у людини ментальних порушень значуще скорочує тривалість і якість життя, підвищує ризик суїцидів, інвалідизацію та смертність внаслідок соматичних і неврологічних захворювань. Вірогідність суїцидів серед осіб, що мають проблеми із психічним здоров'ям, суттєво вища, ніж у популяції. Основними факторами, які впливають на розвиток психічних хвороб, є урбанізація, міграція, соціальні та соціально-економічні фактори.

На моделі психозу пані Наталія проілюструвала можливість терапевтичного впливу на патологічний процес, що спираються на принципи наукової доказовості, аспекти первинної та цілеспрямованої профілактики у специфічних групах ризику, втручання, сфокусовані на запобіганні ускладненням і резистентності перебігу захворювання. До 50% усіх психічних розладів маніфестують у віці до 18 років, що зумовлює важливість організації профілактичних заходів насамперед у системі охорони психічного здоров'я дітей і підлітків.

Лідія Борисівна Мар'єнко, д. мед. н., професор кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, керівниця Львівського обласного протиепілептичного центру, присвятила свій виступ темі наступності протиепілептичної терапії при переході від дитячого до дорослого віку. Лекторка висвітлила досвід та ефективність моделей організації допомоги пацієнтам з епілепсією в таких країнах, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Канада.

Зокрема, пані Лідія критично проаналізувала систему надання допомоги підліткам та молодим дорослим в Україні, поділилася позитивним досвідом фахівців Львівщини в організації медичної допомоги особам з епілепсією при переході від дитячого до дорослого віку. Для імплементації в Україні було запропоновано модель, що спирається на дотримання принципу

наступної послідовності спостереження пацієнтів з епілепсією у різних вікових групах.

Ігор Анатолійович Марценковський, завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Науково-дослідного інституту психіатрії МОЗ України, прочитав лекцію на тему «Протиепілептичні лікарські засоби при епілепсіях із коморбідними розладами психіки (випадки клінічної ефективності та агравації симптомів)». Нейробиологічною основою аутизму, епілепсії, синдрому Туретта, гіперкінетичного, біполярного розладів є подібні патологічні процеси, пов'язані з порушеннями синаптичного скорочення при формуванні норадренергічних, дофамінергічних, глутаматергічних, серотонінергічних, ГАМКергічних нейротрансмітерних систем мозку. Функціональні порушення нейродинаміки за його розвитку опосередковуються процесами амігдаларного кіндлінгу та супроводжуються гіперсинхронізацією. Це проявляється виникненням специфічної епілептичної активності на ЕЕГ, високої коморбідності з епілепсіями.

Протиепілептичні препарати (ПЕП) можуть позитивно впливати як на судоми, так і на когнітивні, рухові та психічні (поведінкові, афективні) розлади при поліморбідних станах, посилювати гіперактивність та імпульсивність у дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) і гіперкінетичними розладами, викликати агравацію епілептичних припадків, порушень сну, гіперактивності й імпульсивності. Застосування ПЕП у дітей із поліморбідними розладами психіки, на думку доповідача, має супроводжуватися нейрокогнітивним моніторингом та психіатричним скринінгом. Наведені дані, зокрема, свідчать, що леветирацетам має переваги перед топіраматом при оцінюванні ризику впливу на когнітивне функціонування за тривалого застосування. Так, у пацієнтів, що отримували леветирацетам, не спостерігалось змін щодо пізнавальної діяльності після його титрування, а в тих, хто використовував топірамат, погіршувалися показники у сферах когнітивної, мовленнєвої швидкості та короткочасної пам'яті. Ці результати вказують на те, що топірамат, на відміну від леветирацетаму, може порушувати функції лобових ділянок мозку в осіб із затриманням їхнього дозрівання.



Початок на стор. 22



Головними критеріями хвороби Паркінсона (ХП) є тремор спокою, м'язова ригідність, бради-/гіпокінезія. «Червоними прапорцями» ХП вважаються:

- швидке прогресування порушень ходи;
- ранні виразні бульбарні порушення;
- дихальні порушення (денний/нічний інспіраторний стридор або часті зітхання на вдиху);
- тяжка вегетативна недостатність у перші п'ять років;
- періодичні падіння, пов'язані з порушенням рівноваги упродовж перших трьох років хвороби;
- дистонічний антеколіс у перші 10 років;
- відсутність будь-якого характерного немоторного прояву;
- наявність пірамідних знаків.

Також спостерігаються поведінкові й когнітивні розлади (психотичні порушення), як-то депресія, тривога, панічні атаки, деменція і помірні когнітивні розлади, апатія, obsесивні розлади (синдром дофамінової дисрегуляції, пандинг, патологічний гемблінг, компульсивний шопінг, булемія, гіперсексуальність), галюцинації. ХП супроводжується низкою психічних, зокрема, поведінкових розладів, які можуть викликати труднощі при діагностиці та лікуванні.

Володимир Ігоревич Харитонов, завідувач відділення дитячої психіатрії ТМО «Психіатрія» (м. Київ) виступив із доповіддю на тему «Лобні фокальні епілепсії з нападами у вигляді рухових стереотипій, рухові стереотипії при розладах аутистичного спектра, розладах із дефіцитом уваги та гіперактивністю». Спікер повідомив про основні рухові феномени при ментальних порушеннях – стереотипії, моторні тики, компульсії та моторні феномени за лобного варіанта епілептичного процесу. Також він продемонстрував алгоритм диференціальної діагностики та основні підходи до лікування.

Презентацію «Тикозні розлади у дітей: труднощі діагностики та особливості лікування» представив **Микола Іванович Пітик**, д. мед. н., професор кафедри неврології та нейрохірургії ІФНМУ МОЗ України. Численні дослідження доводять, що тики виникають при дисфункції структур головного мозку, як-от моторна кора лобної долі, базальні ганглії, таламус, нейрони яких об'єднані у провідні нейромедіаторні системи – дофамінергічну та серотонінергічну, що беруть участь у всіх інтегративних процесах мозку. Для лікування застосовують антипсихотичні препарати (амісульпірид, тіаприд, рисперидон), α-агоністи (клонідин, гуанфацин), наразі

проводять дослідження щодо ефективності нових фармакологічних молекул. До 90% відсотків пацієнтів з тиками мають інші коморбідні стани – РДУГ, obsесивно-компульсивний, тривожні та депресивні розлади, порушення сну, епілепсію. Синдром Турета є тяжким різновидом тикозного розладу з комбінованими моторними і вокальними тиками, копролаліями, копропраксіями, що призводить до суттєвої дезадаптації дитини та порушення її соціального функціонування.

Окремий симпозиум на конференції був присвячений РДУГ у дітей, підлітків та дорослих. **Олена Михайлівна Ліщишина**, к. мед. н., старший науковий співробітник, начальник відділу стандартизації медичної допомоги департаменту оцінки медичних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України», представила доповідь «РДУГ у дітей та підлітків: діагностика та менеджмент. Клінічна настанова, основана на доказах (українська адаптація)».



Професор **Габріель Вайнштейн** із Наукового інституту досліджень та інновацій Кан-Сагол-Маккабі (Тель-Авів, Ізраїль) прочитав лекцію на тему «РДУГ у дорослих пацієнтів. Коморбідність із неврологічними та психічними розладами. Особливості діагностики та терапії». За словами експерта, 4-5% дорослого населення в популяції мають прояви РДУГ. Це захворювання характеризується наявністю тріади симптомів: неувважності, імпульсивності та гіперактивності. У діагностованих дорослих перші прояви розладу видно з дитинства. У зрілому віці на перший план виступають ознаки неувважності та імпульсивності. У дорослих пацієнтів із РДУГ часто спостерігаються інші неврологічні (синдром неспокійних ніг, фіброталія, ХП), соматичні та психічні розлади. Часто це призводить до труднощів у діагностичному процесі, вибору належних терапевтичних інтервенцій.

Найпоширенішими коморбідними розладами у дорослих із РДУГ є дистимія, депресивний, біполярний афективний, генералізований тривожний, фобічний, посттравматичний стресовий, панічний розлади, залежність від вживання психоактивних речовин (ПАР). Представлені дані метааналітичного огляду свідчать, що ця когорта пацієнтів частіше має проблеми з надлишковою вагою та розладами харчової поведінки, порушеннями сну, проблемами травлення (як-то синдром подразненого кишечника, циліакія), вищу частоту поширеності мігрені, епілепсії, астми, atopічного дерматиту. Сучасні дослідження вказують на те, що причини

РДУГ мають полігенний спадковий характер, що пояснює наявність низки супутніх розладів у інших органах і системах (травній, імунній, ендокринній).

Близько 17% дорослих із РДУГ мають проблеми з надмірною вагою та ознаки ожиріння. Ці прояви корелюють з одночасною наявністю у таких пацієнтів виразної імпульсивності та неувважності, що зумовлюють компульсивне переїдання. Часто спостерігаються супутні тривожні та емоційні розлади, порушення сну. Ця коморбідність створює замкнене коло, підсилює прояви наявних порушень, що зрештою впливає на соматичне здоров'я і може бути причиною скорочення тривалості життя хворих. Виявлення на діагностичному етапі коморбідних розладів та інших проблем із соматичним здоров'ям, верифікація причинно-наслідкових зв'язків між існуючими порушеннями є важливими чинниками у побудові комплексної стратегії лікування РДУГ.

Борис Лорберг, магістр бізнес-адміністрування, професор кафедри психіатрії Масачусетського університету, завідувач спеціалізованого відділення для підлітків із тяжкими поведінковими проблемами (Вустер, США), прочитав лекцію на тему «РДУГ – обговорення клінічних перспектив дитячим психіатром із США». Як зауважив спікер, поширеність РДУГ серед населення у світі становить близько 5%. Наявність даного розладу формує певне підґрунтя та ризик інших психічних порушень, зокрема залежності від ПАР, опозиційно-протестної поведінки й антисоціального розладу особистості. Серед осіб із РДУГ виявлено високу частоту академічних проблем у навчанні: до 50% потребують супроводу тьютора, 30% – повторення пройденого навчального курсу на наступний рік, до 90% полишають навчання в коледжі (до 30% у старших класах). Окрім того, такі пацієнти мають значні соціальні проблеми: понад 50% – зі встановленням міжособистісних відносин та утворення дружніх взаємин,



до 40% беруть участь у протиправних діях та мають проблеми із законом, частіше травмуються, зокрема у ДТП, рано починають статеве життя, також для них характерний вищий відсоток небажаних вагітностей. До 70% випадків РДУГ супроводжуються принаймні ще одним коморбідним розладом: опозиційно-протестною та антисоціальною поведінкою, проблемами з формуванням шкільних навичок і навчанням, РАС, тикозними, тривожними, біполярним афективним, депресивним розладами, порушеннями, пов'язаними із вживанням ПАР.

Науково обґрунтованим підходом є фармакотерапія РДУГ із залученням різних груп лікарських засобів.





У разі призначення медикаментозного лікування слід враховувати клінічний варіант перебігу розладу та наявну коморбідну патологію. Найвищий рівень доказовості мають психостимулятори (метилфенідат, декстрамфетамін, лісдексамфетамін), атомoksetин, α -агоністи (клонідин, гуанфацин).

Серед нефармакологічних інтервенцій професор окремо зупинився на психоедукації дорослих, що оточують дитину (батьків/педагогів), поведінковій та когнітивно-поведінковій терапії, сімейних тренінгах, спрямованих на підвищення соціальних компетенцій, проблемно-вирішувальної поведінки та елімінацію протестних форм поведінки.

Шкільний менеджмент допомоги дітям із РДУГ має включати позитивне підкріплення:

- безпосередні нагороди за позитивну поведінку, відчутний знак або позначену похвалу;
- часткове нівелювання викличних патернів поведінки;
- ефективне використання тайм-аутів;
- менеджмент керування небажаною поведінкою у громадських місцях;
- використання щоденної шкільної карти звіту;
- передбачення і завчасне запобігання неприйнятним сценаріям поведінки.

Поеднання зусиль дорослих щодо створення адаптивного середовища для дитини із РДУГ як вдома, так і в початковій школі, за потреби медикаментозний супровід, — усе це разом підвищує можливість її адаптації в обмежених умовах, створює передумови для успішної інтеграції в соціальне середовище, реалізації повною мірою наявних можливостей.

Доповідь «Насильство у школі. Менеджмент булінгу в підлітків із розладами аутистичного та гіперкінетичного спектрів» презентувала Катерина Іванівна Бояршинова, керівник психологічної служби КНУ імені Тараса Шевченка. Вона представила особливості формування процесу булінгу в навчальному середовищі при різних нозологіях, сценарії ролей тих, хто залучений до цькування, запропонувала покроковий кейс-менеджмент для розв'язання конфліктних ситуацій та алгоритм надання комплексної допомоги всім учасникам булінгу.

Олена Миколаївна Пітик, к. мед. н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ІФНМУ МОЗ України, у промові про особливості перебігу РДУГ у дорослому віці та труднощі діагностики у психіатричній практиці окреслила основні проблеми та controверсії українських реалій стосовно даного психічного розладу.

Роберт Клейн, медичний директор відділення із проблем нейророзвитку Лікарні Св. Йосифа (Аризона, США), у низці доповідей висвітлив питання менеджменту осіб із вадами розвитку, що зловживають ПАР, шляхи превенції порушень, пов'язаних з адитивною поведінкою, особливості сексуальної поведінки та сексуальних девіацій. Також лектор зосередив увагу на аспектах статевого виховання за наявності первазивних розладів розвитку, торкнувся особливостей функціонування та проблем в осіб похилого віку із РАС.

Визначною подією даної конференції стала цікава презентація CASII (Child and Adolescent Service

Intensity Instrument) — зручного інструмента, який дозволяє визначити необхідний дитині/підлітку та його родині відповідний рівень допомоги. Цю методику представили Американська академія дитячої та підліткової психіатрії (AACAP) і міжвідомчий круглий стіл із питань імплементації інструментарію. Р. Клейн і Б. Лорберг презентували CASII та разом із К.І. Бояршиною були модераторами наступного обговорення. CASII є стандартизованим інструментом для оцінки обсягу допомоги, якої потребують діти й підлітки, що мають різноманітні проблеми, пов'язані з соціальним функціонуванням та ментальними порушеннями. Інструментарій дозволяє визначити пріоритетні напрями допомоги та спланувати послідовність надання, а також в майбутньому оцінити ефективність проведених інтервенцій.

Оцінка визначення необхідної допомоги за CASII здійснюється за такими показниками:

- рівень заподіяної шкоди;
- функціональний стан;
- умови виникнення проблем (вживання ПАР, психічні розлади, психологічні травми);
- фактори, що можуть впливати на зусилля особи до відновлення;

- реагування на стресові ситуації та стійкість до стресу;
- здатність послідовно дотримуватися запропонованих програм реабілітації.

CASII може бути корисним на первинній ланці охорони психічного здоров'я, застосовуватися поза медичними установами, тобто у секторі соціальних послуг, закладах освіти; у програмах, направлених на захист прав дітей; у системі для неповнолітніх, що конфліктують із законом; для удосконалення надання медичної допомоги на вторинній і третинній ланках. Складання плану дій відбувається за безпосередньої участі неповнолітнього та його родини, що сприяє набуттю навичок соціально прийнятної поведінки, поліпшенню соціального функціонування та інтеграції.

Конференція «На межі компетенції психіатрії та неврології» стала сучасним майданчиком для зустрічі неврологів, психіатрів, лікарів загальної практики як України, так і, зокрема, інших країн. Захід, який став щорічним, надає можливість обміну досвідом, проведення фахових дискусій, обговорення широкого кола нагальних питань. Особливістю останньої конференції стало те, що активну участь в її роботі взяли спеціалісти немедичної сфери — психологи, освітяни, зокрема фахівці інклюзивно-ресурсних та соціальних центрів.

Об'єднання зусиль та досвіду роботи в медичній, психологічній, соціальній, педагогічній сферах, необхідність комплексної взаємодії для розв'язання проблемних питань психічного здоров'я дітей і дорослих — це і виклик, і платформа для міждисциплінарної взаємодії на шляху вдосконалення якості роботи сервісів, що надають допомогу особам із психічними й неврологічними захворюваннями.

UA-CNSP-PUB-032020-044

