

# Лікування панічного розладу: окремий погляд на загальну проблему

Вважається, що більшість людей бодай один раз у житті у відповідь на значний емоційний стрес переживали панічну атаку – ПА (О. Воробйова, 2000). Коли ж раптові та короточасні епізоди страху або тривоги трапляються частіше одного разу на місяць і змушують людину постійно хвилюватися про майбутні напади та їхні можливі наслідки, тоді говорять про панічний розлад (ПР). У загальній популяції ПР зустрічається у 1-4% осіб (Bijl, 1998). При цьому пацієнти, котрі страждають на цю патологію, мають гіршу якість життя, ніж хворі на рак, діабет, артрит, гіпертензію тощо (Comer, 2011). Загалом існування таких хворих стає схожим на буття Марка Твена, котрий говорив: «Я прожив життя у бідах та катастрофах, більшість з яких так і не відбулися».

Про стратегічні підходи в лікуванні ПР розповів під час NeuroSummit-2016 завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук Михайло Михайлович Орос.

Він нагадав, що перший опис вегетативного пароксизму зробив у XVI столітті монах-езуїт Жозе Д'Аоста. У вигляді окремої нозологічної одиниці ПР уперше відобразили в американській класифікації DSM-III в 1980 році. Також у якості самостійного захворювання «панічні розлади» з'явилися – у 1992 році – й у Міжнародній класифікації психічних захворювань 10-го перегляду (МКХ-10), причому в різних варіантах: F41.0 – панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога); F40.00 – агорафобія без панічного розладу та F40.01 – агорафобія з панічним розладом.

Професор М.М. Орос наголосив: лише у половини пацієнтів з очевидними симптомами діагностується ПА. Менше 50% хворих з ПА отримують хоча б якесь лікування, а адекватну терапію близько 30%. Описуючи саму ПА, потрібно говорити про раптовий пароксизмальний напад, під час якого з'являвся соматичні, вегетативні та скарги психічного характеру. В цілому, переживаючи ПА, пацієнти згадують про посилене або прискорене серцебиття; пітливість, тремтіння або тремор; затруднене дихання, відчуття задухи; біль або дискомфорт у грудях; абдомінальний дистрес (печію, нудоту); відчуття запаморочення; дереалізацію або деперсоналізацію; страхи втрати контролю, божевілля або смерті; відчуття проколювання по тілу хвилі жару чи холоду, а також оніміння чи поколювання в кінцівках. Якщо ж у пацієнта є чотири з 13 перелічених вище симптомів, у такому випадку мова йде про ПА. Особливої уваги заслуговують атипіві ПА, під час яких можуть з'являтися скарги на відчуття «клубка в горлі», відчуття слабкості в руці (нозі), порушення зору, ходи, мови, «втрату» свідомості, судоми в руках і ногах, нудоту, блювання.

Аби встановити діагноз «панічний розлад», в анамнезі має бути щонайменше два неочікуваних напади ПА, котрі впродовж місяця після їхнього виникнення змушували людину хвилюватися про повторення атаки та турбуватися про її наслідки, а також викликали у неї зміну поведінки, пов'язану з пережитим досвідом атаки. Найбільш частими ускладненнями ПА вважаються тривога, інсомнія, депресія, яка небезпечна не тільки створенням передумов для вчинення хворим самогубства. В останні роки вчені активно говорять про те, що в умовах депресії серйозно порушується функціонування імунної системи, наслідком чого стають вельми неочікувані хвороби.

З огляду на можливий факт довготривалої відсутності адекватної терапії ПР, саме депресія стає своєрідним фіналом ПР. А перша його стадія характеризується симптоматично бідною клінічною картиною, коли є менше чотирьох згаданих вище проявів ПА. На другій стадії з'являються симптоми агорафобії. Наступний етап хвороби проявляється явищами іпохондрії та супроводжується постійними візитами пацієнта до лікарів різного профілю з метою відшукати точну причину ПА. Під час умовно четвертої фази ПР доводиться говорити про обмежені фобічні уникнення, котрі пов'язані з тим, що людина достатньо чітко асоціює виникнення ПА з конкретними ситуаціями (перебуванням в натовпі, магазині, метро) й намагається їх уникати. Як результат, стадія – п'ята – великих фобічних уникнень, яка багато в чому схожа на добровільний домашній арешт, коли через постійний страх щодо виникнення ПА хворий узагалі втрачає будь-яку соціальну активність, потребує постійного супроводу членів родини. У підсумку, без психотерапевтичного лікування, все може завершитися вторинною депресією.

Намагаючись допомогти хворому в боротьбі з ПР, лікар має прагнути знизити інтенсивність, тривалість, частоту, ймовірність рецидиву нападів та підвищити якість життя хворого. Принципово, аби в терапевтичному процесі поєднувалися психологічний, соціальний та фармакологічний підходи.

Для фармакотерапії ПР британська асоціація психофармакологів рекомендує застосовувати три лінії медикаментів.

До першої більшою мірою належать антидепресанти з ряду селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (циталопрам, есциталопрам, пароксетин, сертралін). У другій лінії одне з ключових місць разом з трициклічними антидепресантами посідають високопотенційні бензодіазепіни (клоназепам, алпразолам). Третя група включає в себе

препарати різних категорій, покликаних надати допомогу у складних для курації випадках.

Слід пам'ятати, що в терапії ПР бензодіазепіни використовують на початку лікування, як допоміжний засіб, коли в перші кілька тижнів прийому антидепресантів може виникати загострення панічної симптоматики. Так, бензодіазепіни швидкої дії добре застосовувати з метою купірування ПА, що виникла. Разом з тим для тривалого контролю за нападами їх використання неможливе через їхню здатність викликати звикання та залежність. До того ж нерегулярний прийом бензодіазепінів може викликати феномен віддачі та спровокувати збільшення частоти ПА.

Хай там як, а саме селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну нині називають золотим стандартом у лікуванні ПР. Згідно з рекомендаціями Британської асоціації психофармакологів (БАП, The British Association for Psychopharmacology) лікування антидепресантами має тривати від 12 до 52 тижнів. При цьому оцінку ефективності обраного препарату слід проводити не раніше, ніж через місяць від початку прийому, коли, власне, починає проявлятися антипанічний ефект антидепресантів. За твердженням БАП, у певних випадках ефективність антидепресантів, які використовуються для лікування ПР, мало чим поступається когнітивно-біхевіоральній терапії. У разі ж відсутності ефекту британські вчені рекомендують комбінувати фармакологічний та психотерапевтичний методи (когнітивно-біхевіоральна та психодинамічна терапія, біофідбек, психотренінг).

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну вважаються одними з найбільш безпечних антидепресантів. Утім говорити, що вони взагалі позбавлені недоліків, теж не можна. Із побічних ефектів, що найчастіше виникають під час прийому антидепресантів, варто виділити седатію, апатію, інсомнію, когнітивні порушення, збільшення ваги, сексуальну дисфункцію, синдром відміни (зокрема, пароксетин). Окрім того, існує небезпека розвитку серотонінового синдрому, коли виникають дезорієнтація, гіпоманія, ажитація, збудливість, різка зміна температури тіла, діарея, гіпертензія, тахікардія, атаксія, гіперрефлексія, профузний піт.

Під час вибору антидепресанту важливо враховувати не тільки вектор дії (стимулюючий чи седативний), який має препарат, але й оцінювати у конкретного пацієнта коморбідний стан. Проведений у 2009 році порівняльний аналіз ефективності та переносимості антидепресантів показав, що перше місце за переносимістю посідає есциталопрам. Порівняльне дослідження ефективності циталопрама та есциталопрама продемонструвало, що обидва препарати зменшують частоту ПР, але тільки есциталопрам значно знижує частоту самих нападів.

Щодо застосування в схемі лікування ПР бензодіазепінів, то їхнє використання є прийнятним на початку лікування в поєднанні з антидепресантами, а також можливе на нерегулярній основі для купірування гострих нападів. Загалом призначенням бензодіазепінів у хворих з ПР досягаються конкретні цілі: зменшується частота та тяжкість нападів паніки, знижується попереджуюча тривога та випадки ухилення, вторинна функціональна інвалідність. Під час призначення бензодіазепіну важливо використовувати його найменшу можливу дозу в обмежено короткий період часу, аби максимально зменшити потенціал для зловживання, виникнення толерантності та фармакозалежності.

Як альтернативу бензодіазепінам препаратом другої лінії в лікуванні тривожних розладів британська асоціація психофармакологів називає прегабалін. Згідно з опублікованими дослідженнями цей аналог гамма-аміномасляної кислоти демонстрував свою ефективність в короткій та довгостроковій перспективі. Включений у комбінацію з антидепресантом на початку лікування ПР, прегабалін достовірно знижував тривогу й може прийматися впродовж першого місяця. Важливим моментом залишається індивідуальний підбір дози цього препарату шляхом поступового її титрування.

Підготував **Віталій Мохнач**

ESCI-PUB-122016-010

## ЭСЦИТАМ

э с ц и т а л о п р а м



- **Доказанная эффективность при депрессиях и тревогах<sup>1-4</sup>**
- **Биоэквивалентен оригинальному эсциталопраму<sup>5</sup>**
- **Один из самых доступных по цене эсциталопрамов в Украине<sup>6</sup>**

**Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата ЭСЦИТАМ. Действующее вещество:** эсциталопрам. **Лекарственная форма.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 10 мг или 20 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Антидепрессанты. Код АТС N06A B10. **Фармакологические свойства.** Эсцитам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, что обуславливает клинические и фармакологические эффекты препарата, имеет высокое сродство с основным связывающим элементом и смежным с ним аллостерическим элементом транспортера серотонина и не имеет совсем или имеет очень слабую способность связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT<sub>1A</sub>, 5-HT<sub>2</sub>-рецепторы, дофаминовые D<sub>1</sub>- и D<sub>2</sub>-рецепторы, α<sub>1</sub>-, α<sub>2</sub>-, β-адренорецепторы, гистаминовые H<sub>1</sub>, M-холинорецепторы, бензодиазепиновые и опиатные рецепторы. **Показания.** Лечение больших депрессивных эпизодов, панических расстройств с или без агорафобии, социальных тревожных расстройств (социальная фобия), генерализованных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к эсциталопраму или другим компонентам препарата, одновременное лечение ингибиторами МАО или пимозидом. **Побочные реакции (действия).** Тошнота, снижение или усиление аппетита, диарея, запор, рвота, сухость во рту, тревога, беспокойство, аномальные сны, снижение либидо, аноргазмия у женщин, бессонница, сонливость, головокружение, парестезии, тремор, синуситы, зевота, усиленное потоотделение, артралгия, миалгия, нарушение эякуляции у мужчин, импотенция, усталость, пирексия, увеличение массы тела, симптом отмены, др. **Категория отпуска.** По рецепту. **Р. П.** МЗ Украины: №UA/13228/01/01, №UA/13228/01/02, Приказ МЗ Украины от 02.09.2013 №771. **Производитель:** ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульвар И. Лепсе, 8. «Фарма Старт» является частью швейцарской фармацевтической компании «Асано Фарма АГ». Полная информация находится в инструкциях по медицинскому применению препаратов. Информация для медицинских учреждений и врачей, для размещения в специализированных изданиях, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

1. Boullenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22:1331-4. 2. Khan et al. Clin Drug Invest 2007; 27:481-92. 3. Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21:297-309. 4. Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189:264-1. 5. Bioequivalence Study Number 2007-003996-38, Clin. Report. Dec. 2007, Summary, p. 8. 6. Еженедельник «Аптека», <http://www.apтека.ua>

**Швейцарское качество, украинская цена**

ООО Фарма Старт | бульвар Ивана Лепсе, 8 | Киев | 03124 | Украина  
Компания Acino Group, Швейцария  
Телефон: +38 044 281 2333 | [www.acino-pharma.com](http://www.acino-pharma.com)

 **acino**

 **ФАРМАСТАРТ**