

COVID-19 та психічне здоров'я: можливості допомоги

Сприймай реальність без ВИКРИВЛЕНЬ



ЕРІДОН®
РИСПЕРИДОН

- Доведена ефективність при позитивній та негативній симптоматиці шизофренії ^{1,2}
- Симптоматичне лікування аутичних розладів у дітей віком від 5 років ³
- Доведена біоеквівалентність оригінальному рisperидону ⁴

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕРІДОН®
Діюча речовина: Рisperидон. Лікарська форма: 1 таблетка містить рisperидону 2 мг або 4 мг, 1 мг розчину містить 1 мг рisperидону. Фармакоперативна група: Антипсихотичні засоби. Фармакологічні властивості: Рisperидон — селективний агоніст 5-HT_{2A}-серотонінергічних та D₂-дофамінергічних рецепторів; він блокує також α1-адренергічні та меншою мірою — істотні H1-адренергічні рецептори, не виявляючи впливу на колінергічні рецептори; не спричиняє значного притуплення моторної активності та порівняно з класичними нейролептиками меншою мірою індукує каталепсію. Збалансований центральний антагоніст до опіоїдних і дофамінових рецепторів, що забезпечує виражені ефекти та розширює терапевтичний вплив препарату з охопленням негативних та афективних симптомів шизофренії. Показання: Лікування шизофренії та інших позитивних розладів, у тому числі підтримочна терапія, у пацієнтів, у яких спостерігалася відповідь на терапію, з метою запобігання рецидиву хвороби; лікування маніакальних епізодів при біполярних розладах (допоміжна терапія у комбінації з нормотиміками на початковому лікуванні або як монотерапія на період тривалості до 12 тижнів); корисотворче лікування вираженої агресії або тихих позитивних симптомів у пацієнтів з деякою ризиком кривавої загрози заподіяння шкоди собі чи іншим; симптоматичне лікування зумовленого опіоїдними розладами або інших розладами складової психіки у дітей, підлітків та дорослих з розумовим розвитком нижче середнього або розумовою відсталістю, які мають прояви деструктивної поведінки (агресивність, аутоагресія); симптоматичне лікування аутичних розладів у дітей віком від 5 років, у яких симптоми виражені від глибокості до роздратованості (високочастотна агресія, завдання собі шкоди, ушкодження, тривожність та патологічні сніжки днів). Протипоказання: Гіперчутливість до активного компонента або до будь-якої допомірної речовини у складі препарату; Деменція та симптоми хвороби Паркінсона (тремор, брадикардія та пароксизми порушення постової); Деменція та глибока на деменцію з тількими Леви (органічні симптоми деменції швидко змінюються двома з таких симптомів: паркінсонізм, втрата галактики, ритмічність ходи); Публічні реакції; Паркінсонізм, головний біль, запор, нудота, блювота, диспепсія, сухість у роті, абдомінальний дискомфорт; зупинка білих, підвищення активності; зниження апетиту; енергія, виснаження, еритематоз, запор, біль у спині, біль у кінцівках, п'явки, втоми, гідродермічний набряк, астения, гіперпролактинемія, збільшення маси тіла тощо. Категорія відпуску: За рецептом. Р. П. МОЗ України: № UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. Наказ МОЗ України від 30.08.2019 № 1/925 № UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. Виробник: ТОВ «Фарма Світ», Україна, 03124, м. Київ, бульвар Л. Лєвко, В. ТОВ «Фарма Світ» належить до групи компаній Асінно (Швейцарія). План інформації знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1. Ikebuchi M., Hui M., Remington G.J. The Canadian experience with risperidone for the treatment of schizophrenia: an overview. Journal of Psychiatry and Neuroscience 1998;23:229-39. 2. Song F. Risperidone in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychopharmacol 1997;11(1): 65-71. 3. Інструкція для медичного застосування препарату ЕРІДОН®. Р. П. МОЗ України № UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. Наказ МОЗ України від 30.08.2019 № 1/925 № UA/17620/01/01, UA/17620/01/02. 4. Bioequivalence Study Number - P10U04001. CIB report May, 2005.

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

acino
Швейцарські стандарти якості

Психологія та психіатрія: актуальні проблеми сьогодення

Одну з найяскравіших доповідей «Що визначає порядок денний в дослідженнях шизофренії: концептуальні зрушення, технологічні досягнення або соціальні зміни» представив **Майкл Девідсон** (Тель-Авів, Ізраїль). Спікер розглянув такі питання, як біологічне (генетичне, спадковане) підґрунтя шизофренії, порушення дофамінергічного функціонування, формування анатомічних особливостей у структурах, як-то сіра речовина, гіпокамп, мигдалина та фронтальна кора. Також він зробив акцент на утрудненні проведення чіткого розмежування норми й патології при даній нозології та найголовніше — на підборі оптимальної терапії, адже й досі ставлення до доцільності та ролі антипсихотиків є суперечливим.

Заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділу межевої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України (м. Харків), професорка, д. мед. н. **Наталія Олександрівна Марута** навила відмінності Міжнародної класифікації хвороб 11-го видання, привернула увагу до нових навичок, що зможуть бути реалізованими при застосуванні оновленої класифікації, та розкрила потенціал доступних можливостей у роботі лікаря.

Професор кафедри психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д. мед. н., психіатр, психотерапевт і клінічний психолог **Олег Созонтович Чабан** приділив увагу проблемі самоізоляції в ракурсі істотного психотравматичного фактора та тактиці її розв'язання. Не менш актуальних питань сьогодення стосувався виступ професорки кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця, д. мед. н. **Олени Олександрівни Хаустової**. Ґрунтуючись на результатах власного спостереження, вона розкрила питання психічного здоров'я медичних працівників у період пандемії COVID-19.

Організація допомоги пацієнтам із психічними та поведінковими розладами під час пандемії COVID-19

Н.О. Марута зазначила, що доказової бази щодо використання психофармакологічних засобів у поєднанні з антибіотиками, антивірусною та протималарійною терапією поки що не існує. Разом з тим, з огляду на інтеракційну взаємодію, метаболізм у системі цитохромів та можливий вплив на респіраторну функцію, препаратами вибору є (ISP, 2020):

1. Тіаприд (атиповий антипсихотик із групи заміщених бензамідів) — при гіперкінетичному делірії.
2. Арипіпразол — атиповий антипсихотик, що може бути охарактеризований таким чином:
 - частковий агоніст дофамінових D₂- і серотонінових 5-HT_{1A}-рецепторів, антагоніст 5-HT_{2A}-рецепторів;
 - проявляє високу афінність до D₂-, D₃-, 5-HT_{1A}-/5-HT_{2A}-рецепторів, помірну афінність — до D₄-, 5-HT_{2C}- і 5-HT_{1A}-рецепторів, не має помітної афінності до мускаринових рецепторів;
 - зменшує інтенсивність передачі імпульсу в дофамінергічних шляхах (переважно мезолімбічних і мезокортикальних);
 - не блокує передачу імпульсу, як це роблять антагоністи D₂-рецепторів (більшість антипсихотиків нового покоління);

Табл. 1. Варіанти оптимального вибору препарату з урахуванням супутньої патології пацієнта	
Індивідуальні особливості	Можливий препарат
Надлишкова маса тіла, дисліпідемія	Арипіпразол, амисульприд
Кардіоваскулярні захворювання	Арипіпразол
Високий ризик екстрапірамідних симптомів і підвищення рівня пролактину	Арипіпразол, кветіапін
Супутні порушення сну	Рisperидон, кветіапін
Порушення толерантності до глюкози, високий ризик розвитку цукрового діабету	Амисульприд, арипіпразол
Істотний нейрокогнітивний дефіцит	Кветіапін, рisperидон, арипіпразол
Виразні симптоми депресії	Арипіпразол, кветіапін
Високий ризик ортостатичної гіпотензії	Арипіпразол
Лікування шизофренії у підлітків (схвалені FDA)	Рisperидон, кветіапін, арипіпразол
Примітка: FDA — Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США.	

- зменшує продуктивну симптоматику шизофренії, має антиманіакальний ефект;
- терапія пов'язана з нижчим ризиком розвитку гіперпролактинемії;
- асоційований з мінімальним набором ваги;
- використовується при збудженні, позитивних та негативних симптомах.

3. Галоперидол (типовий антипсихотик, похідне бутирофенону) — рекомендований за відсутності ризику подовження інтервалу QT, не рекомендований при поєднанні з хлорохіном/гідроксихлорохіном.

4. Бензодіазепіни не слід призначати пацієнтам із високим ризиком порушення дихання.

Приклади здійснення оптимального вибору препарату з урахуванням супутньої патології пацієнта представлені в таблиці 1.

Таким чином, виникнення нових проблем, пов'язаних із коронавірусною інфекцією, потребує оновлення стратегій лікування. Однак стали постулати терапії є беззаперечними, а дані доказової медицини підтверджують ефективність та безпеку препаратів, які зарекомендували свою ефективність протягом декількох десятиріч років.

Первинний психотичний епізод: арсенал медикаментозної терапії



Лікар-психіатр, завідувач відділенням первинного психотичного епізоду Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3, к. мед. н., **Дмитро Олександрович Мангубій** привернув увагу до проблеми поліпрагмазії, впливу на цитохром печінки та ігнорування ризику несумісності при терапії первинного психотичного епізоду.

Лікар рекомендував призначати такі схеми терапії залежно від клінічних ознак:

1. Перший епізод шизофренії (гостре психомоторне збудження): галоперидол + NaCl 0,9% 200 мл внутрішньовенно крапельно або галоперидол + діазепам внутрішньом'язово (в/м); можливо: аміназин в/м + кветіапін/рisperидон/оланзапін у таблетованій формі.
2. Перший епізод шизофренії (маніфестний напад): амисульприд/рisperидон/арипіпразол/кветіапін/оланзапін/тригексифенідил; можливо: галоперидол + клозапін до 100 мг; рisperидон + клозапін до 50 мг; оланзапін + клозапін до 50 мг; кветіапін + клозапін; клопиксол + кветіапін/рisperидон/амисульприд/арипіпразол.
3. Шизофренія з повторними епізодами (рецидив): рisperидон пролонгованої дії + рisperидон; можливо: флуфеназину деканоат / зуклопентиксола деканоат / галоперидолу деканоат + арипіпразол/кветіапін/оланзапін.
4. Шизофренія, резистентна до терапії: клозапін до 100 мг + арипіпразол. За словами спікера, встановлено значне зниження частоти негативних симптомів, а також нижчі рівні пролактину і тригліцеридів у пацієнтів, яким було призначено цю комбінацію.

Д.О. Мангубій зазначив, що рisperидон зустрічається майже в кожній схемі, що зумовлено високою ефективністю та безпекою застосування даного антипсихотичного засобу. Для спрощення процедури приймання рекомендовано використовувати питний розчин рisperидону — препарат ЕРІДОН® («Асінно»), який характеризується беззаперечними перевагами при порівнянні з таблетованими формами (Curtier et al., 2001):

- пропорційніший вплив атипового антипсихотика на всі кластери симптоматики шизофренії;
- більш раннє настання ефекту;
- зниження ризику розвитку екстрапірамідної симптоматики (тремор, дистонія).

Соціальна ізоляція та депресія: навчання подоланню кризи при пандемії COVID-19



О.О. Хаустова присвятила доповідь одній з основних проблем коронавірусної інфекції — невизначеності та непередбачуваності, що створюють більш напружене середовище. Це може призвести до збільшення кількості психологічно дезадаптованих пацієнтів (Zandifar, Atefeh, 2020). Лікарі різних спеціальностей зіткнулися з фактом індукції та/або модуляції соматичних проявів на тлі тривоги та депресії. Так, в австралійському популяційному дослідженні підтверджено, що клінічно значуща задишка (≥2 балів за шкалою виразності задишки, mMRC) була пов'язана з депресією, тривожністю та співіснуючою тривожністю/депресією (Curtow et al., 2020).

На думку доповідачки, пандемія COVID-19 сформулювала підґрунтя для реалізації таких актуальних завдань:

Табл. 2. Лікування тривоги, делірії та збудження у пацієнтів віком від 18 років

Патологічний стан	Менеджмент
Тривога або збудження	
Збережена функція ковтання	Лоразепам у дозі 0,5-1 мг 4 рази на добу (максимум 4 мг за 24 год). Зменшити дозу до 0,25-0,5 мг у літніх/виснажених пацієнтів (максимум 2 мг/добу). Пероральні таблетки можна застосовувати сублінгвально (off label). Слід обережно застосовувати при порушенні функції нирок (off label)
Порушена функція ковтання	Мідазолам у дозі 2,5-5 мг підшкірно кожні 2-4 год за потреби. За необхідності підшкірна інфузія, починаючи з 10 мг/добу. Зменшити до 5 мг/добу, якщо ШКФ <30 мл/хв
Делірій	
Збережена функція ковтання	Галоперидол у дозі 0,5-1 мг вночі та кожні 2 год за потреби. Збільшення на 0,5-1 мг (максимум 10 або 5 мг/добу для літніх пацієнтів, але оптимальний більш консервативний підхід – максимум 2 мг за перші 24 год). За виразного збудження або гострої небезпеки для оточення початковою дозою є 1,5-3 мг. При збереженні збудження можливе додавання бензодіазепіну (лоразепам або мідазолам) Протипоказання до застосування галоперидолу: тривалий інтервал QTc на ЕКГ, ознаки паркінсонізму або деменції з тильцями Леві, одночасне застосування з будь-якими препаратами, що подовжують інтервал QT Альтернативним варіантом може бути рисперидон по 0,25 мг перорально (початкова доза) з максимальною дозою 1 мг/добу, однак слід застосовувати з обережністю при ознаках паркінсонізму та деменції з тильцями Леві (off label)
Порушена функція ковтання	Левомепромазин по 12,5-25 мг підшкірно (початкова доза), надалі вводити щогодини за необхідності (6,25-12,5 мг літнім пацієнтам). За потреби – підшкірна інфузія 50-200 мг/добу (дози, що перевищують 100 мг/добу, слід вводити під наглядом фахівця). Можливе застосування мідазоламу в монотерапії або при поєднанні з левомепромазином, якщо у пацієнта наявна тривожність

Примітки: Off label – застосування поза зареєстрованими показаннями; ЕКГ – електрокардіограма.
Адаптовано за NICE, 2020.

1. Оцінка факторів ризику (збентжені самотні люди віком ≥50 років, які шойно втратили роботу та «переповнені» наслідками економічних і соціальних проблем).

2. Відмежування психопатології від непатологічного дистресу. Насправді, під час кризи брак тривоги є аберацією – на відміну від паніки, вона допомагає зберігати пильність та є корисною у даному контексті. Психіатри відокремлюють тривожні стани, які є нормальними (тобто мотивувальними), від патологічних (тих, що паралізують і є непродуктивними). Скарги на «депресію» після великих життєвих негараздів можуть стати патологічними, якщо вони тягнуть за собою апатію, відчай чи ангедонію, а не тільки розчарування.

3. Визначення доцільності короткочасної психофармакотерапії за технічно «непатологічних» симптомів, як-то безсоння або страх;

4. Консультування щодо вірогідних побічних явищ, пов'язаних із застосуванням психотропних препаратів, які можуть підвищити ризик ускладнень COVID-19 (Goldberg, 2020). Це, зокрема, ймовірні рідкісні мієлосупресивні ефекти карбамазепіну, вальпроатів та антипсихотиків, а бензодіазепіни можуть нести загрозу диханню за виразної тривоги у пацієнтів із COVID-19 з фюльмінантними легеневиими симптомами.

5. Урахування переваг психотропних препаратів, що можуть мати важливі противірусні та імунomodulatory ефекти. Так, галоперидол у низькому наномольному діапазоні зв'язується з рецепторами Sigma-1/-2, з якими взаємодіє білок SARS-CoV-2 Nsp6, а вальпроєва кислота інгібує моноклональні антитіла HDAC2 з афінністю 62 мкМ (Nicol et al, 2020; Gordon et al, 2020).

6. Використання технік розслаблення та контрольованого дихання у межах підтримувальної допомоги при задиханні соматичної та психогенної етіології, призначення бензодіазепінів за потреби (заспокійливі засоби та опіоїди можуть спричинити пригнічення дихання, але застосування не слід припиняти) (NICE, 2020).

7. Застосування тесту на когнітивні порушення і делірії (4-A тест, 4AT).

8. Визначення оборотних причин тривоги, делірії та збудження (гіпоксія, затримка сечі, закреп тощо), а також доцільності призначення бензодіазепінів. Терапевтичну тактику представлено в таблиці 2 (NICE, 2020).

9. Врахування переносимості та мінімальної взаємодії з P450 протівірусних препаратів, а також їхню комбінацію з антидепресантами (циталопрам, есциталопрам тощо), антипсихотичними засобами (оланзапін) та вальпроатами (Zhang et al., 2020). Додаткові дані щодо одночасного застосування протівірусних та психотропних ліків наведені в таблиці 3.

Результати прищільного порівняння 21 антидепресанту при терапії дорослих з великим депресивним розладом свідчать, що агомелатин, амтриптилін, есциталопрам, міртазапін, пароксетин, венлафаксин та вортіоксетин є ефективнішими за інші препарати даної групи. Водночас агомелатин, циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, сертралін та вортіоксетин переносяться краще за інші антидепресанти (Cipriani et al., 2018). Таким чином, беззаперечними лідерами є есциталопрам і пароксетин – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), що є зіставними за профільними якістьми.

Втім, за словами О.О. Хаустової, есциталопраму (Есцитам®, «Асіно») притаманна важлива відмінність – препарат є алостеричним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зв'язується як з первинним ортостеричним, так і з алостеричним сайтом рецептора (для пароксетину це також характерно, але меншою мірою; інші СІЗЗС майже не здатні до зв'язування з алостеричним сайтом). Це зумовлює швидший початок клінічного ефекту есциталопраму (Wade, Andersen, 2006; Sanchez et al., 2014).

Тривога та депресія у структурі психосоматичних захворювань



Завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професорка **Ганна Михайлівна Кожина** акцентувала увагу на взаємозв'язку тривоги, депресії та дисрегуляції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Це може бути зафіксовано за допомогою підвищення рівня адрено-кортикотропного гормону й кортизолу та проявляється у вигляді симпатико-парасимпатичної дисрегуляції, збільшення ризику шлуночкових аритмій, зменшення варіабельності серцевого ритму. Додатково спостерігається зростання агрегаційної активності тромбоцитів, внаслідок чого має місце порушення регуляції тону судин, підвищення ризику мікротромбозів і емболій, атеросклерозу тощо.

Таким чином, наявність тривоги, депресії, ангедонії та астєнії є вагомим підґрунтям для розгляду можливості призначення СІЗЗС. Особливу увагу було приділено есциталопраму (препарату Есцитам®, «Асіно»), якому притаманні:

1. Широкий спектр ефективності щодо всіх видів депресивних розладів.
2. Швидка редукція тривожно-депресивної симптоматики. Доведено, що есциталопрам зменшує прояви симптомів тривоги за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) з першого тижня та депресії за шкалою Монтгомері – Асберг для оцінки депресії (MADRS) із другого тижня.
3. Низький рівень лікарської взаємодії.
4. Здатність поліпшувати когнітивні показники хворих.
5. Можливість стабілізації циклу сон – неспання (Tom et al., 2010).
6. Унікальна дія на показник глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}): на тлі приймання есциталопраму відзначено статистично та клінічно значиме зниження рівня HbA_{1c} у хворих на цукровий діабет за сприятливої переносимості препарату, при цьому підвищення ваги не було (Старостіна та співавт., 2017).
7. Властивість знижувати частоту вазомоторних пароксизмів.
8. Ефективність при лікуванні гострої фази депресивного розладу, тривалій підтримувальної терапії та запобіганні рецидивам.

Підготувала **Маргарита Марчук**

UA-ERID-PUB-062020-008

Есцитам

Есциталопрам



Підтримка
полегшує
ЖИТТЯ

- Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁴
- Біоеквівалентний оригінальному есциталопраму⁵
- Один з найдоступніших за ціною есциталопрамів в Україні⁶



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ
Діюча речовина. Есциталопрам. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антидепресанти. **Фармакологічні властивості.** Есцитам є антидепресантом, селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зумовлює клінічні і фармакологічні ефекти препарату, має високу спорідненість до основного зв'язувального елемента і сміжного з ним алостеричного елемента транспортера серотоніну та не має зовсім або має дуже слабку здатність зв'язуватися з низькою рецепторів, включаючи серотонінові 5-HT_{1A}, 5-HT₂ рецептори, дофамінові D₁- та D₂-рецептори, α₁-α₂-β-адренергічні рецептори, гістамінові H₁, M-холінергічні, бензодіазепінові та опіатні рецептори. **Показання.** Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальна фобія), генералізованих тривожних розладів, обсессивно-компульсивних розладів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до есциталопраму або до інших компонентів препарату, одночасне лікування інгібіторами MAO або пімізидом. **Побічні реакції.** Нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривога, неспокій, аномальні сні, зниження лібідю, анорексія, запор, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусити, позіхання, посилене потовиділення, артралгія, міалгія, розлади еякуляції у чоловіків, імпотенція, втрата пірексії, збільшення маси тіла, симптом відміни тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р.П. МОЗ України:** №UA/13228/01/01, №UA/13228/01/02. **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 препаратів. **Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.**
1. Boulenger 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. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>.

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

acino

Швейцарські стандарти якості