

# Синдром відтермінованого життя: сучасні можливості терапії

Незважаючи на ведення активних бойових дій на території нашої країни, наукове життя медичної спільноти бурхливо триває. Нещодавно з ініціативи Асоціації превентивної та антиейджинг медицини проведено онлайн-конференцію, в рамках якої практикуючі лікарі дізнавалися про особливості психологічних реакцій людини на війну й опанували можливості терапевтичної корекції різноманітних неврологічних, психіатричних розладів, спровокованих російською військовою агресією. З деякими психологічними станами, як-от синдром відтермінованого життя (СВЖ), значна більшість українських медиків має справу вперше.



Г.С. Бондаренко

Саме цьому питанню присвятила свою доповідь «Синдром відтермінованого життя. Як допомогти пацієнту в тяжкому психоемоційному стані» **невропатолог, кандидат медичних наук Ганна Сергіївна Бондаренко**. Доповідачка підкреслила актуальність зазначеної проблеми та надала результати соціологічного дослідження, проведеного неметичною компанією «Рейтинг» майже одразу після початку війни. В опитуванні взяли участь 1000 громадян України віком >18 років з усіх областей нашої країни. Респондентів запросили оцінити рівень своєї агресивності, песимізму, розпачу та апатії за 5-бальною шкалою, де 1 бал – зовсім не відчуваю цього почуття, 2 бали – скоріше не відчуваю, 3 бали – і відчуваю, і не відчуваю, 4 бали – скоріше відчуваю, 5 балів – значно

відчуваю. Крім того, всім опитаним пропонували надати відповідь на таке запитання: «Як би ви зараз визначили свою життєву позицію?». Незважаючи на ведення бойових дій, 47% респондентів вважають, що мають активну життєву позицію, 32% опитаних впевнені, що наразі у своєму житті вони майже нічого не вирішують, 18% мирних жителів охарактеризували власну життєву позицію ані активною, ані пасивною, 3% респондентів не змогли надати будь-якої відповіді на це запитання. Встановлено, що активну життєву позицію мають особи, котрі перебувають у західному (53%), центральному (48%) та південному (47%) регіонах України. Зазвичай, це працездатні особи віком 18-35 (53%) або 36-50 (50%) років, чоловічої статі (51%), які працюють офлайн

(60%) чи мають віддалену роботу (66%). Переважна більшість респондентів, впевнених, що вони не здатні зараз що-небудь вирішувати у своєму житті, знаходяться у східному регіоні (48%) та є особами похилого віку (41%), жіночої статі (39%), пенсіонерами (48%).

На підставі отриманих даних були зроблені такі висновки: найскладніше до життя в умовах війни адаптуються пенсіонери, безробітні та ті, хто змінив своє місце проживання. Частіше впливу стресових факторів піддаються жінки (39%), ніж чоловіки (25%), при цьому найбільший рівень агресивності спостерігається в осіб похилого віку (>51 рік), найменший – у молоді. Українці, які тимчасово переїхали до іншого міста, мають нижчий рівень апатії, ніж ті, хто залишився в рідних домівках. Цей факт пояснюють необхідністю шукати прихисток і влаштувати своє життя в іншому місці. В кращому емоційному стані знаходяться особи, житло яких пошкоджено, порівняно з тими, в кого воно уціліло; в найгіршому емоційному стані перебувають люди, котрі не знають, що сталося з їхніми домівками. Результати цього дослідження демонструють, що більшість мирного населення має ознаки СВЖ, тобто намагається відтермінувати звичайне мирне життя на деякий час і відновити його після закінчення війни.

СВЖ являє собою психологічний феномен, за яким людина постійно переживає за минуле чи майбутнє; вона не здатна жити у проміжку тут і зараз та чекає на закінчення війни, що не має конкретного терміну настання. Незважаючи на відсутність чітких критеріїв СВЖ, доведено, що цей феномен є різновидом стресу та предиктором розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), віддалених депресивних і тривожних розладів. Особи, які страждають на СВЖ, відчувають провинув перед тими, хто більше постраждав, формулюють свої думки так: «Я не можу жити, як раніше, бо інші теж не можуть; багатьом гірше, ніж мені. Моя родина теж не має права на звичайне мирне життя. Потрібно терпіти, чекати, економити». Деякі хворі на СВЖ описують свій стан як життя «за склом», відзначаючи наявність байдужої відстороненості під час спостереження за життям інших. Пацієнти із СВЖ зосереджені на постійному очікуванні будь-якого фактора, здатного повернути попереднє життя: протягом усієї доби вони шукають новини, занурюються в соціальні мережі, месенджери в очікуванні пускового фальстарту. Особи

із СВЖ забороняють собі будь-які задоволення, байдужі до власної зовнішності, дратівливі до тих, хто їх оточує.

Виокремлюють декілька періодів у перебігу СВЖ: період очікування являє собою підготовувальний етап, на котрому всі спогади спрямовані в минуле життя, а навколишнє сприймається як сіре, нудне, нікчемне, незначиме та позбавлене сенсу. Період досягнення має т. зв. точку відліку, певний поворотний момент, після якого все в житті має кардинально змінитися на краще, але ніхто не знає, коли саме настане цей жаданий момент. Період винагороди приносить жадане життя «після» і є ідеальним майбутнім, наповненим щастям, визнанням та успіхом.

Тривале перебування у СВЖ погано впливає на стан пацієнта, значно обмежуючи існування людини: зазвичай акцент робиться на одній сфері життя (кар'єра, сім'я, гроші, повернення додому), але інші аспекти опиняються поза увагою. Таке ставлення провокує появу низки сплеть невирішених проблем; постійне очікування тримає у напрузі, втрачені можливості, а також помилкові пріоритети роблять людину неготовою до змін і сприяють виникненню невротичних розладів.

На думку доповідачки, чинники, які сприяють розвитку стресу в біженців і переселенців, схожі на фактори, що зумовлюють стрес у військовослужбовців під час бойових дій. Вплив цих стресогенних чинників спричиняє розвиток психічної або психологічної травми, котра зумовлює суттєві зміни в душевному стані людини, порушуючи її настрій, самопочуття, сприйняття миру та відносини з тими, хто їх оточує, а також провокує появу сильної емоційної напруги. Затяжна хронічна психологічна криза асоціюється з небезпечною соціальною дезадаптацією, високим ризиком суїциду, розвитком психічного чи психосоматичного захворювання. Встановлено, що у 50-80% осіб, які перенесли тяжкий стрес, з'являються різноманітні порушення адаптації, серед яких перше місце займає ПТСР. У мирний час група пацієнтів із такою патологією нечисленна: протягом життя на ПТСР страждає 3,9% населення. ПТСР виникає як відтермінована та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, здатна зумовлювати дистрес у будь-якої людини (катастрофи, війни, тортури, тероризм).

Ганна Сергіївна навела результати систематичного огляду та метааналізу, в якому оцінювалася поширеність ментальних розладів у переселенців, біженців

zdravey

## КРОКСЕН

Крок до життя!

Сприяє покращенню настрою,  
надає життєвих сил,  
сприяє адаптації  
до складних умов  
та заспокоєнню

Виготовлено в ЄС

БДД Не є лікарським засобом. Без ГМО.  
Регістраційне посвідчення № 3/В-А-4704-68322Е від 30/01/2020



й осіб, що шукають політичний прихисток. Метааналіз заснований на даних 26 досліджень (1 рандомізоване контрольоване дослідження (РКД), 25 обсерваційних випробувань) із загальною кількістю дорослих біженців 5143 особи. У цьому систематичному огляді взяли участь 15 країн: Австралія (n=652), Австрія (n=150), Китай (n=65), Німеччина (n=1104), Італія (n=297), Ліван (n=646), Непал (n=574), Норвегія (n=64), Південна Корея (n=200), Швеція (n=86), Швейцарія (n=164), Туреччина (n=238), Уганда (n=77), Великобританія (n=420), США (n=406). Поширеність ПТСР склала 31,46%, депресії – 31,5%, тривожних розладів – 11%, психозів – 1,51%. Автори систематичного огляду наголошують на необхідності постійної, довгострокової психіатричної допомоги особам, які змінили своє місце проживання, особливо після завершення початкового періоду переселення.

Доповідка нагадала класифікацію тривожних та депресивних розладів за МКХ-XI, відповідно до якої виокремлюють розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом, порушення, пов'язані з тривогою чи страхом, а також депресивні розлади. Змішаний тривожно-депресивний розлад (ТДР) є предиктором тяжких афективних розладів; згодом він формує великий депресивний розлад. Чинна дефініція змішаного ТДР визначає його як персистуючий або періодичний розлад настрою з рисами дисфорії тривалістю не менше 1 міс. ТДР має декілька складових – тривожну, депресивну та соматичну. Тривожна складова характеризується занепокоєнням, дратівливістю, руховим збудженням, зниженням концентрації уваги, підвищеною втомлюваністю, агорафобією, порушенням сну, а також почуттям загрози, що насувається, і невпевненості. Складовими депресії є знижений, гнітючий настрій, нав'язливі думки, втрата інтересів, відчуття безнадійності, плаксивість і легкодухність, знижена самооцінка. Соматичними складовими визнані тремор, пришвиджене серцебиття, запаморочення, сухість у роті, фізична слабкість, зміни апетиту. Діагностика депресії згідно із версією DSM-V здійснюється на підставі визначення двох основних та трьох додаткових ознак. До основних ознак належать пригнічений настрій, що з'являється незалежно від обставин та триває не менше 2 тиж, ангедонія (втрата інтересу чи задоволення від раніше приємних справ), стабільна втомлюваність (занепад сил протягом щонайменше 1 міс). Додаткові ознаки – песимізм, відчуття провини, тривоги, страху, марності, знижена самооцінка, нездатність концентруватися і приймати рішення, думки про самогубство чи смерть, зниження маси тіла / надмірна маса тіла, порушення сну, соматичні розлади. Водночас виокремлюють діагностичні критерії генералізованого тривожного розладу (ГТР), основними ознаками якого є надмірна тривога та занепокоєння протягом 3 міс, пов'язані з різноманітними подіями, видами чи сферами діяльності. Додатковими ознаками ГТР вважають непосидючість, збудженість, відчуття «на межі зриву», м'язову напругу.

При ГТР тривога та занепокоєння можуть поєднуватися з такими поведінковими симптомами, як намагання уникати ситуацій, у яких може посилитися тривога, збільшення часу підготовки до події, що спричиняє тривогу, а також зволікання, відтермінування прийняття рішень через тривогу. Переважна більшість пацієнтів

(90%), які мали діагноз ГТР, протягом життя переносять будь-який інший психічний розлад: депресію (62,4%) або дистимію (39,5%).

Лікування ТДР, ГТР передбачає призначення т. зв. «синтетичних» антидепресантів, але останнім часом значна кількість хворих відмовляється їх приймати через наявність різноманітних побічних дій, як-от збільшення маси тіла, виникнення звикання, нудоти, головного болю, безсоння, діареї, зниження лібідо, несумісність з вживанням алкоголю. Пацієнти побоюються приймати антидепресанти через думку, що ці препарати змінюють особистість, а також можуть знижувати розумові здібності. В суспільстві склалася думка, що прийом антидепресантів є крайнім заходом і без них можна обійтися: 35-75% усіх пацієнтів, яким були призначені антидепресанти, відмовляються їх приймати (серед них 45% хворих припиняють лікування антидепресантами через розвиток побічних реакцій).

На думку доповідки, виявлення ознак СВЖ і ранніх симптомів ТДР, ГТР є приводом для призначення препаратів на основі лікарських трав, які мають антидепресивні властивості. Серед багатьох засобів рослинного походження виокремлюють ліки, що містять шафран, або *Crocus sativus*. Згідно з даними систематичного огляду РКД, у яких взяли участь пацієнти із хворобою Альцгеймера та когнітивними порушеннями (n=325), ефективність *Crocus sativus* у лікуванні когнітивних порушень перевищує результативність звичайних симптоматичних препаратів і не асоціюється зі зростанням частоти побічних ефектів порівняно із плацебо, мемантином.

Г.С. Бондаренко навела результати подвійного сліпого РКД, у якому ефективність *Crocus sativus* у лікуванні депресивних розладів в амбулаторних пацієнтів порівнювалася з такою флуоксетину. Дорослих пацієнтів (n=40), які відповідали критеріям DSM-IV щодо великої депресії та отримали за шкалою Гамільтона 18 балів, рандомізували для прийому *Crocus sativus* (15 мг 2 р/добу) чи флуоксетину (10 мг 2 р/добу). Автори РКД констатували однакову ефективність *Crocus sativus* і флуоксетину (p=0,84) в лікуванні депресії легкого та помірного ступенів, схожий рівень ремісії в обох групах (25%), відсутність істотних міжгрупових відмінностей у виникненні побічних ефектів.

В іншому подвійному сліпому РКД визначали результативність *Crocus sativus* і сертраліну в лікуванні депресії. Згідно з дизайном РКД літніх амбулаторних пацієнтів із великою депресією (середній вік складав 65 років, 70% – чоловіки) рандомно розподілили для прийому *Crocus sativus* (60 мг/добу) чи сертраліну (100 мг/добу) протягом 6 тиж. Ефективність терапії оцінювали на 2-й, 4-й та 6-й тижні лікування. Призначені препарати сприяли зменшенню симптомів депресії; учені не виявили будь-яких переваг або недоліків за призначення шафрану, сертраліну. Отримані результати підтверджують зіставну ефективність шафрану, сертраліну в лікуванні депресії у літніх осіб.

Спікерка навела результати метааналізу 11 РКД, у яких порівнювалася антидепресивна ефективність *Crocus sativus* і плацебо. За результатами цієї роботи переконливо доведено, що шафран (на відміну від плацебо) достовірно знижує тяжкість депресії від помірної до легкої. У декількох РКД, які увійшли до метааналізу, порівнювали

результативність *Crocus sativus* із флуоксетином (4 РКД), циталопрамом (1 РКД). Після аналізу даних учені дійшли цікавого висновку: «Зазвичай антидепресанти є ефективнішими за *Crocus sativus*, але отримані нами результати не можуть підтвердити переваги селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) над *Crocus sativus*. Отже, *Crocus sativus* достовірно перевершує плацебо в лікуванні депресії легкого, а також середнього ступенів і не поступається в результативності СИЗС (флуоксетин, циталопрам)».

Згідно з даними іншого сліпого паралельного РКД, у якому взяли участь пацієнти віком 18-70 років, котрі >4 тиж страждали на порушення сну, прийом екстракту *Crocus sativus* (14 мг 2 р/добу) протягом 28 днів достовірно полегшує безсоння та відновлює нічний сон порівняно із плацебо.

Механізм дії *Crocus sativus* схожий на такий синтетичних антидепресантів: з одного боку, блокує зворотне захоплення серотоніну/норадреналіну, з другого боку, він підвищує синтез дофаміну, що сприяє нівелюванню тривоги та депресії. На відміну від синтетичних антидепресантів в екстракті шафрану міститься значна кількість біологічно активних речовин, серед яких за лікувальними властивостями виокремлюють кроцин, кроцетин і сафранал. Кроцину властиві клінічно доведені антиоксидантні, антидепресантні, нейропротекторні властивості; кроцетин знижує наслідки фізичної втоми, сприяє поліпшенню якості сну, чинить захисну дію проти ушкодження сітківки ока. Сафранал виявляє протисудомну, антиоксидантну, а також антидепресантну дію. Кроцин

і сафранал перешкоджають зворотному захопленню норадреналіну та серотоніну, підвищують уміст дофаміну в мозку, що сприяє зниженню проявів тривоги та депресії.

Спікерка звернула увагу слухачів на препарат Кроксен (виробництва Zdravo), в якому основною діючою речовиною є екстракт шафрану (*Crocus sativus*). Окрім того, Кроксен містить ще декілька додаткових компонентів – фолієву кислоту (500 мкг), вітаміни В6 (1,7 мг), В1 (1,23 мг), В12 (2,5 мкг), а також оксид магнію (320 мг). Завдяки такому комбінованому складу Кроксен поєднує антидепресивні й анксиолітичні властивості, які з'являються в разі інгібування зворотного захоплення серотоніну, норадреналіну, дофаміну. Кроксен є агоністом ГАМК-рецепторів, тому на тлі його прийому відбувається нормалізація глибини та якості сну. В рамках клінічних досліджень зафіксовано здатність шафрану знижувати апетит, позитивно впливати на лібідо й еректильну функцію. Кроксен (*Crocus sativus*) призначають дітям віком >12 років і дорослим по 1 капсулі 1 р/добу перед сном протягом 1 міс або курсом, необхідним для отримання клінічної ремісії. Доповідка підкреслила: згідно з даними клінічних досліджень Кроксен має високий профіль безпеки. Тривалий прийом препарату Кроксен характеризується відсутністю побічних реакцій; саме ця властивість дозволяє його застосовувати в лікуванні ТДР протягом декількох місяців. Кроксен можна безпечно комбінувати з іншими препаратами за наявності супутньої патології.

Підготувала Тетяна Мажина

3

**був  
КОЛМЕ,  
став МІДЗО®!**

**Невидима підтримка  
у боротьбі з хронічним  
алкоголізмом!**



**МІДЗО®**  
Лікарський засіб  
для лікування  
хронічного  
алкоголізму.

- **Безпечність – не викликає загрозливих життю ускладнень при вживанні алкоголю**
- **Більш «м'яка» дія**
- **Не має смаку, запаху та кольору**
- **Контрольований засіб**

Інформація для спеціалістів галузі охорони здоров'я.  
Повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування.

Склад: Діюча речовина: 1 крапля містить 3 мг активної речовини ціанамід; 1 мл крапель містить активної речовини ціанамід 60 мг; допоміжні речовини: кислота сорбінова, кислота оцтова, натрію ацетат тригідрат, вода для ін'єкцій. Лікарська форма. Краплі для перорального застосування. Особливі фізико-хімічні властивості: безбарвна, прозора рідина зі слабким запахом оцтової кислоти. Показання. Лікування хронічного алкоголізму та профілактика рецидивів. Протиалкогольні, такі як серцеві захворювання, захворювання дихальних шляхів із зниженням функції, диспепсія, серцева, печінкова, ниркова недостатність, підвищена індивідуальна чутливість до препарату, печінкова енцефалопатія. **Важливо!** З іншими лікарськими засобами та їжею взаємодіяє. Слід уникати призначення препарату МІДЗО разом з метронедазолом, ібупрофеном, фенітоїном та іншими інгібіторами альдегідної дегідрогенази, які можуть посилити реакцію взаємодії з алкоголем. Після прийому дисульфіраму до застосування препарату МІДЗО перерва має становити не менше 10 днів. МІДЗО не сумісний із препаратами альдегідної групи (з паралельним та послідовним вживанням). **Особливості застосування.** МІДЗО можна розчиняти тільки під наглядом лікаря та з відомою кількістю. Можливе виникнення реакції на алкоголь, який міститься в деяких лікарських засобах і харчових продуктах. Лікування препаратом МІДЗО можна розпочинати лише після того, як пацієнт пройде курс лікування. При одночасному прийомі з алкоголем виникають такі симптоми: гіперемія шкіри, відчуття «пульсації» в голові та шиї, нудота, тахікардія, утруднене дихання, слабкість, нечіткість зору, різке потовиділення, біль у грудях. У більш тяжких випадках – блювання, зниження артеріального тиску, пригнічення дихання, колапсостановний стан. Характер і ступінь тяжкості симптомів залежать від кількості вжитого алкоголю та прийнятого препарату. У тяжких випадках необхідно провести симптоматичну терапію, спрямовану на підтримку функцій дихальної та серцево-судинної системи, внутрішньовенне введення антигістамінів, препаратів. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Протипоказано застосування препарату у період вагітності або годування груддю. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.** Слід бути обережним при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами, оскільки препарат може спричинити сонливість, втому. **Побічні реакції.** Препарат зазвичай добре переноситься, якщо хворий не вживає алкоголь. Побічні реакції зазвичай м'які і зникають без зупинки лікування. Характер та частота побічних реакцій з боку ендокринної системи. Рідко: гіпотиреоз. З боку нервової системи. Дуже рідко: депресія, сонливість. З боку статевих органів та молочних залоз. Рідко: імпотенція. З боку очей: «пупілозний» зір, збільшення у вухах. З боку травного тракту. Часто: нудота, дискомфорт у ділянці шлунка. З боку м'язів та скелетно-м'язової системи. Часто: підвищена втомлюваність, запаморочення, зниження апетиту. **Вплив на результативність лабораторних досліджень.** Дуже рідко: тимчасовий лейкоцитоз, гранулоцитарний лейкоцитоз. **Алергічні реакції.** Часто: підвищена втомлюваність, запаморочення, були описані випадки виникнення у геніталіях вкочення, алергічних ітих, які спостерігають при вживанні препарату. **Важливо!** При порушенні звичайної пов'язки з прийомом великих доз ціанаміду протягом тривалого періоду (більше 3 місяців) і зниканні після припинення лікування. **Категорія відпуску:** За рецептом. **Заявник:** ТОВ «ЗДРАВ»/Виробник: СПЕЦІАЛ ПРІОДІКТС ЛІАН С.П.А., ІТАЛІЯ. РП № UA/18507/01/01 **zdravo**