



СПІТОМІН®

життя без тривоги

буспірон

 Зменшення
симптомів тривоги

 Додаткова
антидепресивна дія

 Відсутність
залежності¹



¹ Інструкція з медичного застосування.

Показання. Симптоматичне лікування тривожних станів з домінуючими симптомами: тривожність, внутрішній неспокій, стан напруження. **Фармакотерапевтична група.** Ансіолітики. **Фармакологічні властивості.** Механізм ансіолітичного ефекту буспірону відрізняється від механізму дії бензодіазепінів. Встановлено наявність у буспірону властивостей типових для ансіолітиків та антидепресантів. На відміну від бензодіазепінів, буспірон не викликає толерантності або залежності, а після завершення курсу лікування не розвиваються симптоми відміни. **Спосіб застосування та дози.** Дози ви-

значає лікар індивідуально для кожного пацієнта залежно від стану захворювання. На початку терапії призначати по 5 мг буспірону гідрохлориду 2–3 рази на добу. Для досягнення максимального терапевтичного ефекту добову дозу слід поступово підвищувати до 20–30 мг буспірону, розподілених на кілька окремих доз. Максимальна одноразова доза не повинна перевищувати 30 мг. Максимальна добова доза не повинна перевищувати 60 мг. Транквілізатори не можна застосовувати без контролю протягом тривалого часу. Якщо необхідне тривале застосування препарату (до 6 місяців), слід проводити ретельний медичний моніторинг. **Протипоказання.** Тяжкі захворювання печінки, тяжка

ниркова недостатність, епілепсія, підвищена чутливість до буспірону або до інших компонентів препарату. **Побічні реакції.** Запаморочення, безсоння, головний біль, підвищена втомлюваність. Відпускається за рецептом лікаря. **Р.П.** № UA/5603/01/01, № UA/5603/01/02.

Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Для отримання більш детальної інформації, будь ласка, ознайомтеся з інструкцією з медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної практики.

Контакти представника виробника в Україні:

04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Тривожність під час війни: шляхи терапії

За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування й реабілітація» (24-25 травня 2023 р.)

Психологічний стан та психічне здоров'я є вкрай важливими для підтримки життєдіяльності кожної людини. На жаль, внаслідок повномасштабного вторгнення в Україні дедалі більша кількість осіб переживають виснаження, спустошення, втому, відчувають тривогу і паніку. Проблеми зростання частоти психічних розладів внаслідок війни була присвячена Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування й реабілітація», яка відбулася 24-25 травня 2023 р. в онлайн-режимі. У заході взяли участь провідні українські науковці у сфері психічного здоров'я. Зокрема, із доповіддю про терапію тривожних розладів в умовах повномасштабного вторгнення виступила завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професорка Ганна Михайлівна Кожина. Пропонуємо до вашої уваги огляд цієї доповіді.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), що п'ята особа, яка зазнала впливу війни або інших збройних конфліктів, упродовж наступних 10 років перебуває під ризиком розвитку тривожного, посттравматичного стресового, біполярного афективного, панічного або депресивного розладів; депресії, шизофренії, порушення циклу сну-неспання, тривалого розладу горя, розладів адаптації, реактивного розладу прив'язаності, розладів харчової поведінки, тілесного дистресу або тілесних переживань і психозу (WHO, 2022). В Україні такий ризик наразі загрожує майже 8,5 млн осіб.

Так, за словами доповідачки, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України прогнозує, що надалі через наслідки війни психіатричної та медико-психологічної допомоги потребуватимуть понад 15 млн українців, і близько 3-4 млн із них буде необхідне медикаментозне лікування.

Для розладів, пов'язаних із тривогою і страхом, характерні надмірні переживання страху та тривоги й відповідні порушення поведінки. При цьому симптоми є настільки виразними, що призводять до значного дистресу або порушень в особистій, соціальній, сімейній, навчальній / професійній та інших сферах функціонування.

В умовах воєнного часу тривога може бути зумовлена:

- Імовірністю потрапляння під обстріл чи бомбардування
- Прямою загрозою життю
- Ризиком дістати поранення
- Повітряними тривогами
- Необхідністю перебування у бомбо-сховищі / укритті
- Загрозою втрати близької людини
- Зуттєвою зміною життєвого стереотипу
- Руйнуванням життєвих планів
- Фінансовими труднощами
- Інформаційним стресом
- Відчуттям небезпеки навіть у відносно спокійних місцях

Тривожні розлади, що виникають внаслідок війни, мають свою специфіку клінічних ознак. Почуття тривоги може супроводжуватись думками про брак майбутнього, невиправдану лякливою та відчуттям напруженості; надмірною турботою про безпеку в ситуаціях, які цього не потребують; почуття провини, нікчемності або безнадійності; кошмарними сновидіннями та повторюваними думками про війну та травматичні події; нездатністю отримувати задоволення від видів діяльності, які були джерелом радості до війни. Крім того, тривога супроводжується соціально-психологічною дезадаптацією, високим рівнем нервово-психічної напруги та соціальної фрустрації, наявністю високих показників за клінічними шкалами та соматизацією.

За останньою редакцією Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), до розділу розладів, пов'язаних із тривогою та страхом, належать: генералізований тривожний розлад; панічний розлад; агорафобія; специфічна фобія; соціальний тривожний розлад; сепаративний тривожний розлад; селективний аутизм; інші уточнені розлади, пов'язані з тривогою та страхом; розлади, пов'язані з тривогою та страхом, неуточнені. Вони кодуються в інших розділах, згідно

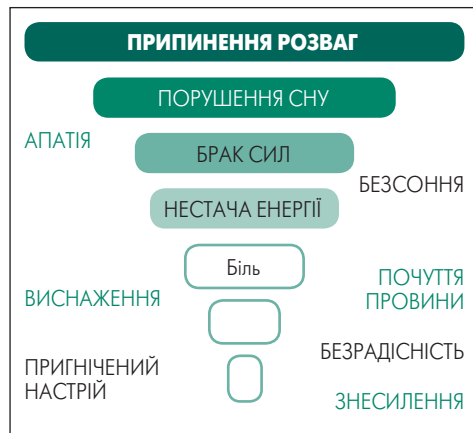


Рис. 1. «Воронка виснаження» за професоркою Marie Åsberg

Адаптовано за M. Åsberg et al., 2019.

з новим переглядом, як тривожні розлади, спричинені впливом психоактивних речовин; іпохондрія та вторинний тривожний синдром.

На думку пані Ганни, в умовах повномасштабного вторгнення в Україні актуальності набуває сепаративний тривожний розлад. Для цього стану характерні виразні й надмірні переживання страху та тривоги з приводу розлучення з тими, до кого людина особливо прив'язана. Так, для дітей і підлітків у фокусі сепаративної тривоги, як правило, є батьки, інші члени сім'ї або вихователі. При цьому ознаки тривоги і страху виявляються за межами нормативного рівня, допустимого для цього віку. Зокрема, для дорослих осіб такими фігурами є подружжя або діти.

Комплексний підхід до лікування тривожних розладів охоплює фармакотерапію, психотерапію та психоосвіту, посилення психосоціального ресурсу. За тривожних розладів на перший план виходить травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка дає змогу:

- працювати з травматичними спогадами;
- працювати над емоціями, пов'язаними з травмою;
- реструктуризувати поняття, пов'язані з травмою;
- допомагати в подоланні поведінки уникнення;
- забезпечувати підтримку у відновленні адаптації.

Також комплексна психотерапія може залучати терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), міжособистісну терапію, когнітивну терапію на основі уважності, дихальні вправи, м'язову релаксацію за джексоном.

На думку доповідачки, особливу увагу в роботі з пацієнтами з тривожними розладами слід приділяти проблемі вигорання та слідкувати, щоб людина не впала у так звану «воронку виснаження». Цей термін належить Marie Åsberg, професорці Каролінського університету (Швеція), яка порівняла напруження і постійний стрес через надмірну кількість обов'язків із воронкою (рис. 1).

Marie Åsberg зазначає, що у ситуації, коли у людини збільшується кількість обов'язків і необхідних справ, першою з реакцій, яка формує поведінку особистості, є відмова від незначних та неважливих справ. Але парадокс полягає в тому, що «неважливими справами» виявляються саме ті, які дають нам ресурс, енергію і натхнення. Тому дуже важливим у лікуванні тривожних розладів є відчуття

рутини: розпорядок дня, робота або навчання за планом, режим харчування та сну.

За висновками науковців, ефективність КПТ та психофармакологічної корекції є зрізаною. У дослідженні B. Bandelow et al. (2018) порівнювали довготривалі ефекти психотерапії та медикаментозної терапії. Через 24 місяці лікування у пацієнтів, які отримували КПТ, фіксували стабільне збільшення ефективності та поліпшення психічного стану. Водночас пацієнти, що отримували лікарські засоби, також мали суттєве поліпшення психічної сфери, що статистично дорівнювало такому в групі КПТ. Стан учасників групи плацебо не погіршувався протягом періоду спостереження, проте показники щодо ефективності були суттєво гіршими, ніж в осіб груп лікування.

Г.М. Кожина зауважила, що традиційно для лікування гострого та хронічного тривожного розладу як засоби монотерапії першої лінії застосовують препарати бензодіазепінового ряду. Оскільки вони можуть зумовити фізичну залежність, спричинити психомоторні та когнітивні порушення, провокувати депресію та абстинентний синдром, необхідна зважені і обережно підходити до призначення цих засобів. Ідеальний анкіолітик має сприяти усуненню тривожного розладу будь-якої етіології у будь-якій ситуації, підтримувати довготривале зниження тривоги та мати мінімальну поведінкову токсичність. Такий препарат не зумовлює синдром відміни, має обмежену кількість побічних ефектів із мінімальним несприятливим впливом на когнітивні та соматичні функції та пов'язаний із мінімальним ризиком розвитку фізичної чи психологічної залежності.

Як альтернативу бензодіазепіновим похідним для лікування тривожних розладів нині застосовують буспірон. Цей препарат є серотонінергічним анкіолітиком, який поєднує у собі протитривожну й антидепресивну дію. На фармацевтичному ринку України буспірон представлений препаратом Спітомін® виробництва компанії Egis.

Буспірон є високоафінним агоністом 5-HT_{1A}-рецепторів, похідним азапірону, а також може діяти як центральний антагоніст дофаміну на D2-рецептори (Hjorth et al., 1982). Вважається, що роль буспірону в реалізації антидепресивних та анкіолітичних ефектів пов'язана зі стимуляцією 5-HT_{1A}-рецепторів гіпоталамуса й гіпофіза, що спричиняє підвищення секреції окситоцину.

За іншими даними, антидепресивний, анкіолітичний й аналгетичний ефекти буспірону можуть бути опосередковані стимуляцією 5-HT_{1A}-рецепторів гіпоталамуса і гіпофіза та посиленням секреції β-ендорфіну.

Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів та лікарських засобів США (FDA) буспірон був схвалений для застосування за генералізованого тривожного розладу ще 1986 року. Хоча спочатку засіб застосовували переважно для досягнення анкіолітичного ефекту, останнім часом спектр показань для призначення буспірону розширився, зокрема завдяки його хорошему профілю безпеки та переносимості. Середній період напіввиведення буспірону після одноразового введення коливається від 2 до 3 годин (за багаторазового повторного застосування подовжується і, за даними різних дослідників, коливається від 2 до 11 годин). Це зумовлює необхідність приймання засобу



Г.М. Кожина

двічі-тричі на добу. Медикаментозні ефекти буспірону розвиваються поступово. Анкіолітичного ефекту препарату досягають через 7-14 днів застосування, а повний терапевтичний ефект розвивається через 4 тижні лікування.

Буспірон має унікальні властивості серед доступних сьогодні психотропних фармакологічних препаратів, забезпечуючи швидку редукцію тривоги, внутрішньої напруги, почуття смутку, туги. Щоб уникнути розвитку побічних ефектів, рекомендовано розпочинати приймання буспірону з малих доз: по 5 мг 2-3 р/добу (10-15 мг/добу). Надалі дозу буспірону поступово збільшувати до терапевтичної, що зазвичай становить 20-30 мг/добу (по 10 мг 2-3 р/добу). За недостатньої ефективності (чи за браком ефекту за такого дозування через 4-6-8 тижнів, необхідних для його оцінювання) дозу буспірону можна поступово збільшити до максимальної добової – 60 мг/добу. Високу ефективність буспірону в лікуванні тривожних розладів було продемонстровано за використанням доз 30 і 45 мг/добу. Навіть за дозування 15 мг/добу його ефект значно перевищує дію плацебо та препарату порівняння.

За висновками авторів, буспірон є ефективним у терапії генералізованого тривожного розладу та має виразну анкіолітичну дію, що характеризується редукцією як психічного, так і соматичного (зокрема, вегетативного) компонента тривоги без розвитку толерантності (Rickels et al., 2003; Strand et al., 1990).

Визначено, що застосування препарату Спітомін® не спричиняє звикання, однак його призначення пацієнтам із відомою або підозрюваною схильністю до медикаментозної залежності потребує уважного медичного нагляду.

На завершення доповіді Ганна Михайлівна навела основні правила контролю тривожності під час війни, сформулювавши їх у вигляді пам'ятки (рис. 2).

Як контролювати тривожність під час війни:

- Дистанціюватися від інформації, що може стати тригером тривоги чи нападу паніки
- Обмежити час, який витрачає на перегляд новин про війну
- Бути обережним із використанням соціальних мереж
- Вибирати максимально надійні джерела інформації
- Сприймати невизначеність як даність, щоб впертись із занепокоєнням або стресом, який може викликати війна; зосередитися на тому, що можна контролювати
- Дотримуватися здорового способу життя

Рис. 2. Пам'ятка щодо контролю тривожності під час війни

Підготувала Ольга Загора