

## Рекомендації щодо лікування тривоги

Тривожні розлади — поширені психічні захворювання, які чинять негативний вплив на якість життя пацієнта. Сьогодні, як і раніше, актуальним залишається своєчасна діагностика та адекватна терапія розладів зазначеного спектра. До вашої уваги наведено настанови щодо етапів діагностики, невідкладного, довгострокового та комбінованого лікування тривожного розладу Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2017).

### Першочергові інтервенції

#### Рекомендації щодо призначення лікарських засобів:

- Призначення будь-яких медикаментозних препаратів слід починати з низьких доз, поступово їх підвищуючи, особливо при органічних ураженнях, особам літнього віку та тим, хто має труднощі в навчанні.
- Для досягнення анксиолітичного ефекту антидепресантів треба щонайменше 6–8 тижнів, а для отримання відповіді на лікування — до 12 тижнів. Заміну препарату рекомендовано проводити після зазначеного періоду.
- Інформація щодо дозозалежного ефекту при лікуванні генералізованого тривожного розладу (ГТР) антидепресантами досить суперечлива. Є доказові дані згаданого ефекту для прегабаліну.

#### Рекомендації щодо медикаментозного лікування:

- Врахуйте рекомендації NHS Trust щодо моніторингу фізичного здоров'я під час прийому відповідних психотропних препаратів.
- Одночасне приймання різних антидепресантів та/або трамадолу (при заміні одного препарату на інший) може зумовити серотоніновий синдром.
- Седативний ефект бензодіазепінів може бути небезпечним під час керування автотранспортом.
- У разі застосування антидепресантів (зокрема, СІЗЗС), особливо в жінок і осіб старше 80 років, є ризик гіпонатріємії; обов'язковим є моніторинг.
- При прийомі пароксетину і венлафаксину, а також бензодіазепінів пам'ятайте про синдром відміни психотропних засобів.
- Бензодіазепіни через ризик виникнення залежності слід призначати лише на короткий термін.
- Врахуйте рівень суїцидального ризику пацієнта при призначенні препаратів, особливо трициклічних антидепресантів (ТЦА).
- Візьміть до уваги попередження стосовно прийому вальпроату жінками дітородного віку.
- Інформацію щодо дозування лікарських засобів, побічних ефектів, протипоказань можна знайти в Британському національному формулярі (BNF).

#### Загальні рекомендації:

- Вибір пацієнта і тяжкість стану мають визначати вид терапії чи можливі її комбінації.
- Доглядальники і служби підтримки сім'ї мають бути обізнані щодо відповідних симптомів тривожних розладів.
- Фахівцям, опікунам і членам сім'ї слід пам'ятати про можливість зловживання пацієнтом медикаментозними засобами чи іншими речовинами, зокрема препаратами, призначеними для лікування тривоги (наприклад, прегабаліном).
- Інформацію щодо дозування лікарських засобів, побічних ефектів та протипоказань можна знайти в Британському національному формулярі (BNF).

**У пацієнта наявні виражені симптоми тривоги і діагноз встановлено**

**Якщо наявні:**

- когнітивні порушення — розгляньте варіант скринінгу деменції;
- депресивний розлад — врахуйте методичні рекомендації для лікування депресії;
- психотичні симптоми — зверніться за допомогою до методичних рекомендацій щодо лікування психозу;
- зловживання психоактивними речовинами — скористайтесь допомогою локальних наркологічних сервісів, які опікуються такими хворими;
- органічні ураження — дослідіть і призначте лікування насамперед основного стану;
- труднощі із соціальною комунікацією — розгляньте ймовірність розладів аутистичного спектра або інтелектуальної неповносправності

**Розгляньте варіант скерування пацієнта до установ вторинної допомоги чи отримання їхніх рекомендацій у разі:**

- наявності вагомого ризику вчинення самогубства, вираженої самошкодливої поведінки чи дій, що можуть зашкодити іншим особам;
- тяжкості та комплексності наявних симптомів;
- якщо попередні два втручання були невдалими;
- потреби в рекомендаціях щодо підтримувальної терапії;
- невпевненості у встановленому діагнозі.

**Зверніться до індивідуальних пунктів «Лікування тривоги» для отримання належних рекомендацій**

Адаптовано згідно з SH CP 91 Anxiety Treatment Guidelines: For people over the age of 18 years. Version: 4. March 2018.

**Алгоритм дій у разі наявності тривожного розладу**

**Рекомендації щодо психо- і фармакотерапії окремих груп пацієнтів**

Пацієнти літнього віку	Серцево-судинні захворювання	Неврологічні захворювання	Вагітність і грудне вигодовування
Кліренс багатьох препаратів у літньому віці повільніший, тому такі пацієнти можуть потребувати нижчих дозувань	Уникайте призначення ТЦА пацієнтам із кардіоваскулярними патологіями	Хвороба Паркінсона: завжди слід розглянути варіант КПП Розсіяний склероз: КПП може бути корисною	Розглянути варіант КПП, оскільки перевага надається немедикаментозним методам лікування
Нині проведено замало рандомізованих контрольованих досліджень потенційної користі та ризиків психо- і фармакотерапії тривожних розладів у літніх людей, а тому бракує достовірних даних ефективності та прийнятності різних методів лікування Флуоксетин не є кращим вибором СІЗЗС у літньому віці, оскільки він підвищує ризик активації симптомів, що викликають надмірну стимуляцію та ажитацію Прийом медикаментозних засобів асоційований із підвищеною чутливістю щодо побічних ефектів У разі прийому антидепресантів слід пам'ятати про ризик гіпонатріємії (зокрема, СІЗЗС і особливо у жінок та осіб старше 80 років); стану пацієнта потребує моніторингу Необхідно враховувати коморбідні розлади у пацієнтів літнього віку	СІЗЗС можуть сприяти захисту від інфаркту міокарда У період після інфаркту міокарда СІЗЗС мають нейтральний або позитивний вплив на рівень смертності Сертралін чинить найменший вплив на частоту серцебиття та кров'яний тиск і зовсім не діє на інтервал QT, а тому застосовується як препарат вибору після інфаркту міокарда і при серцевій недостатності. Водночас є зв'язок між підвищенням інтервалу QT і прийомом циталопраму та есциталопраму	Мігрень: СІЗЗС і СІЗЗСН використовувати з обережністю при лікуванні пацієнтів з мігренню, які профілактично приймають препарати триптанового ряду Епілепсія: систематичний огляд даних контрольованих плацебо досліджень психотропних речовин свідчить, що частота нападів нижча в разі прийому більшості антидепресантів порівняно з плацебо; слід установити потенціал взаємодії медикаментозних засобів при лікуванні пацієнтів з епілепсією та тривожними розладами ХП: 25% осіб із ХП страждають на тривожні розлади; СІЗЗС слід розглянути як засіб терапії першої лінії (комбінування з селегіліном підвищує ризик серотонінового синдрому). Венлафлаксин може помірно погіршувати моторну симптоматику. ТЦА пацієнти переносять погано через антихолінергічний та α-блокуючий ефекти. РС: можна використовувати СІЗЗС або венлафлаксин за відсутності реакції; загалом лікування таке саме, як і для тривожних розладів без РС	Прийом антидепресантів пов'язаний із підвищеним ризиком спонтанного абортів (випадно), мертвонародження, передчасних пологів, респіраторного дистресу, ендокринних і метаболічних розладів, крім того, є доказові дані щодо синдрому відміни і підвищення ризику серцевих вад Сертралін вважають препаратом, що чинить менший вплив на плаценту Флуоксетин підвищує ризик ранніх пологів і зниженої маси тіла при народженні немовляти Прийом пароксетину може бути пов'язаний із розвитком серцевих патологій Бензодіазепіни, ймовірно, не є тератогенними, але краще уникати їх прийому на пізніх термінах вагітності Поінформуйте жінок дітородного віку щодо особливостей прийому вальпроату Зверніться до фахівців, які надають перинатальну допомогу

## Лікування генералізованого тривожного розладу та посттравматичного стресового розладу

### Генералізований тривожний розлад

#### Психотерапія

Окремо психологічна та фармакотерапія мають збалансовану ефективність

Комбінування медикаментозних засобів із психологічними втручаннями не рекомендовано для початкового лікування

Серед методів психологічних інтервенцій рекомендовано КПТ і прогресивну релаксацію

#### Екстрена

Короткотерміновий прийом бензодіазепінів (2–4 тижні), після чого розпочати терапію засобами першої лінії

Потребує моніторингу щодо несприятливих ефектів та формування залежності

#### Початкова

СИЗС (флуоксетин або сертралін), далі СИЗСН (венлафаксин або дулоксетин)

#### Підтримуюча

За відсутності відповіді на СИЗС/СИЗСН додати прегабалін. Прегабалін може бути використаний як засіб терапії першої лінії для осіб з інтелектуальною неповною справністю на розсуд лікаря, який призначає терапію, згідно з рекомендаціями, що мають належну доказову базу

Есциталопрам

#### Комбінована

Агомелатин  
Іміпрамін  
Буспірон  
Гідроксизин

#### Фармакотерапія

Якщо лікування триває до 12 тижнів, необхідно оцінити його ефективність. За відсутності клінічно значущого ефекту після 4 тижнів незмінного лікування його дію недалі слід вважати обмеженою (з високою ймовірністю). Для пацієнтів, які відповдають на лікування, медикаментозну терапію слід продовжувати до 18 місяців

### Посттравматичний стресовий розлад

#### Психотерапія

Травмо-фокусована індивідуальна КПТ або десенсибілізація травми рухом очей (EMDR)

Комбінування з медикаментозною терапією не рекомендоване

Пароксетин може підсилювати ефект експозиційної терапії

#### Екстрена

ЗАСТЕРЕЖЕННЯ: У разі значної травми слід розглянути профілактичне лікування пропранололом чи сертраліном або травмо-фокусованою КПТ

Метод дебрифінгу не рекомендовано

#### Початкова

Для оцінки ефективності венлафаксину, сертраліну, пароксетину може знадобитися до 12 тижнів

#### Підтримуюча

Замінити антидепресант, застосований для початкового лікування, на інший із вищевказаного переліку

У разі толерантності слід підвищити дозування препарату

За наявності відповіді на лікування продовжувати прийом щонайменше 12 місяців

#### Комбінована

Додавання антидепресантів: пароксетин у разі нічних кошмарів; оланазолін при одночасних проявах симптомів депресії та порушеннях сну; суперечливі доказові дані щодо ризиків при коморбідних психотичних симптомах, дратівливості та агресії

#### Фармакотерапія

Треба врахувати високу частоту коморбідності ПТСР з іншими пошкодженими розладами, особливо з депресією. Суїцидальні думки досить поширені, хоча підвищений ризик вчинення завершеного самогубства, ймовірно, пов'язаний з наявністю коморбідної депресії

## Лікування панічного та obsесивно-компульсивного розладу

### Панічний розлад з/без агорафобії

#### Психотерапія

КПТ  
Розгляньте варіант комбінування з фармакотерапією (пароксетин)

#### Фармакотерапія

##### Екстрена

Гострий/невідкладний стан:  
Розгляньте СИЗС (ес) як засіб першої лінії  
Бензодіазепіни (клоназепам, діазепам, лоразепам) зазвичай мають нижчу ефективність  
Для оцінки ефективності лікування може бути потрібно до 12 тижнів

##### Підтримуюча

ТЦА (кломіпрамін та іміпрамін), венлафаксин, ребоксетин, габапентин і вальпроат натрію  
Для оцінки ефективності лікування може бути потрібно до 12 тижнів  
За наявності реакції недимаментоз не лікування слід продовжувати щонайменше 6 місяців  
Розгляньте варіант підвищення дозування або альтернативне лікування

Уникайте застосування пропранололу, бупропіону. Рекомендоване поступове зниження дози впродовж мінімум 3 місяців. При завершенні лікування слід знизувати дозування препарату протягом тривалого періоду, щоб уникнути синдрому відміни. Резистентних до лікування пацієнтів слід сировувати до регіональних і національних сервісів. Візьміть до уваги ризик виларкового чи навмисного самошкідження, зокрема передозування, особливо при прийомі ТЦА

### Obsесивно-компульсивний розлад

#### Психотерапія

Експозиційна терапія  
КПТ  
Когнітивна терапія  
Поведінкова терапія з попередженням реакції  
Комбінування

#### Фармакотерапія

##### Екстрена

СИЗС: циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралін  
ТЦА: кломіпрамін

##### Підтримуюча

Додаткова терапія ефективна, якщо немає відповідей на початкове лікування; розгляньте як варіант рисперидон (найбільш доведена ефективність), арипіразол, галоперидол, оланзапін чи кветіапін  
За наявності відповідей на лікування слід продовжувати його щонайменше 12 місяців  
Пацієнти, які не демонструють відповідей на лікування, можуть потребувати підвищення дозування за межами формально встановлених обмежень  
Комбінування циталопраму і кломіпраміну  
Комбінування мртазапіну і СИЗС  
Комбінування ламотриджину або топірамату і СИЗС

Оптимальна тривалість лікування не встановлена. Ефективність кломіпраміну неуттєво перевищує дію СИЗС. Тolerантність до СИЗС вища, ніж до кломіпраміну. Якщо початкове лікування триває понад 12 тижнів, слід оцінити його ефективність. Посадження психотерапії із фармакотерапевтичними втручаннями, імовірно, є ефективнішим методом

Адаптовано згідно з SH CP 91 Anxiety Treatment Guidelines: For people over the age of 18 years. Version: 4, March 2018.

Прімітки: КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; ППТР – посттравматичний стресовий розлад; ТЦА – трициклічні антидепресанти; СИЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СИЗСОН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну; ХПТ – хвороба Паркінсона; РС – розсіяний склероз; ІМАО – інгібітори моноаміноксидази.

## Розлад соціальної тривоги

### Психотерапія

КПТ (групова або індивідуальна)

### Екстрена

СІЗС: есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін  
 СІЗСН: венлафаксин  
 ІМАО: фенелзін, моклобемід  
 Інше:  
 • бензодіазепіни: клоназепам  
 • антиконвульсанти: габапентин, прегабалін  
 • антипсихотики: оланзапін

### Фармакотерапія

### Підтримуюча

Дозозалежного ефекту для СІЗС не виявлено  
 У разі часткової реакції на СІЗС слід розглянути можливість додаткового призначення бупропіону  
 Для пацієнтів, які не демонструють відповіді на інші втручання, слід розглянути як варіант бензодіазепіни  
 Підвищення дозування прегабаліну асоційоване з вищою ефективністю  
 Прегабалін може застосовуватися як засіб терапії першої лінії для осіб з інтелектуальною неповносправністю на розсуд фахівця, який призначає лікування, згідно з належною клінічною обґрунтованістю

Для оцінки ефективності лікування необхідно щонайменше 12 тижнів. Комбінуйте СІЗС із КПТ, якщо реакція на втручання є недостатньою, додайте антипсихотики або поєдняйте кломіпрамін із циталопрамом. Лікування СІЗС/СІЗСН тривалістю від 12 до 24 тижнів асоційоване зі збільшенням загального відсотка позитивної реакції на лікування. У разі відсутності клінічного ефекту при прийомі есциталопраму після 4 тижнів, імовірно, не вдасться досягнути належної реакції; у разі застосування пароксетину реакція може з'явитися аж після 8 тижнів. Наразати перевагу продовженого активного лікування до 6 місяців. Комбінована терапія знижує ризик рецидиву

## Специфічна фобія

### Психотерапія

Використовуйте психотерапевтичні інтервенції, які базуються на техніках експозиції як засобу терапії першої лінії

### Фармакотерапія

### Екстрена

СІЗС: есциталопрам, пароксетин

### Підтримуюча

СІЗС: есциталопрам, пароксетин

Щоб визначити ступінь тяжкості стану пацієнта, слід оцінити вираженість страхів, рівень тривоги, а також стан порушень звичайної життєвельності. Пацієнти, які потребують фармакотерапії, запитати про симптоми коморбідних порушень

## Виражена тривога за здоров'я

### Психотерапія

Поведінкове керування стресом  
 КПТ (як стаціонарно і в онлайн-форматі)  
 КПТ (майндфулнес)

### Фармакотерапія

### Екстрена

Флуоксетин демонструє вищу ефективність порівняно з плацебо, але така дія є недостатньо вираженою чи може наставати пізно (через 8–12 тижнів)

### Підтримуюча

Флуоксетин демонструє вищу ефективність порівняно з плацебо, але така дія є недостатньо вираженою чи може наставати пізно (через 8–12 тижнів)

Фармакотерапія здебільшого неприйнятна для пацієнтів із вираженою тривоگوю за здоров'я, оскільки вони зазвичай дуже чутливі до несприятливих ефектів медикаментозних засобів

Адаптовано згідно з SH CP 91 Anxiety Treatment Guidelines: For people over the age of 18 years. Version: 4. March 2018.

Оригінальний текст документа читайте на сайті  
[www.southernhealth.nhs.uk](http://www.southernhealth.nhs.uk)