

ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ тривожний розлад

М.М. Орос, Р.Ю. Яцинин,
Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Тривожні розлади (ТР) — це найпоширеніша група психічних захворювань, що чинять значний негативний вплив на якість життя пацієнта та створюють певні труднощі для лікарів. Імовірність розвитку одного з них протягом життя становить до 31 %, попри це вони часто залишаються не діагностованими, проходячи повз увагу лікарів [1]. Пацієнти зазвичай не звертають належної уваги на ознаки тривоги або зосереджуються саме на соматичних скаргах, оскільки не вважають тривогу їхньою першоосновою. Лікар, своєю чергою, також концентрується на фізичних скаргах і симптомах такого пацієнта. У результаті менш ніж третина цих пацієнтів отримує необхідну терапію основного захворювання [2].

За статистикою, ТР пов'язані з істотною втратою працездатності, подібно до інших хронічних станів, як-от захворювання сполучної тканини чи цукровий діабет. Вагому частку економічних витрат при цьому захворюванні становлять видатки на немедикаментозне лікування. Особи з ТР частіше відвідують не тільки лікарів первинної ланки, але й вузькопрофільних фахівців.

Епідеміологія тривожних розладів

ТР пов'язані зі значним погіршенням якості життя хворого [3–5]. Здебільшого виникають окремі (ізолювані) фобії (10,3 %), хоча особи, які страждають на них, вкрай рідко звертаються за належною допомогою. Панічний розлад із/без агорафобії за рівнем поширеності посідає наступне місце (6,0 %). Частота розвитку соціальної фобії становить 2,7 %, а генералізованого тривожного розладу (ГТР) — 2,2 % [6].

Різним є і вік дебюту окремих типів ТР:

- ізолювані фобії починаються в дитинстві, у віці близько 7 років;
- соціальна фобія — у 13 років;
- агорафобія без панічних нападів — у 20 років;
- генералізований тривожний розлад — у 24 роки, хоча може розвинути й значно пізніше [10].

Після 50-річного віку, згідно з даними епідеміологічних досліджень, спостерігається помітне зниження поширеності тривожних розладів, проте частота ГТР залишається незмінною [10].

Відомо, що жінки хворіють у 1,5–2 рази частіше, ніж чоловіки [7]. Хоча нині незрозуміло, чи зросла частота ТР за останнє десятиліття [8, 9]. Крім того, спостерігається високий рівень кореляції між ТР і великим депресивним розладом, ознаками соматичних симптомів, розладами особистості та живанням наркотичних речовин [11].

Наприклад, за результатами масштабного європейського опитування, прослідковувався чіткий зв'язок між

великим депресивним розладом та всіма ТР, а також висока коморбідність між окремими ТР [11, 12].

Класифікація тривожних розладів

Як Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), так і п'яте видання Керівництва з діагностики та статистики психічних розладів (DSM-5) виділяють окремі види ТР, кодування та коротку характеристику яких представлено в таблиці 1.

Слід зазначити, що в попередніх виданнях DSM пост-травматичний стресовий розлад і обсесивно-компульсивний розлад були включені до розділу тривожних розладів. Проте згодом DSM рекласифікували їх до окремих рубрик. Зокрема, ГТР — це психічне захворювання, що характеризується стійким і надмірним почуттям тривоги, а також занепокоєнням через безліч подій і дій. Часто ГТР поєднується з іншими тривожними і депресивними розладами, а також багатьма соматичними захворюваннями.

Тривожність і занепокоєння є нормальними та необхідними складовими життя і виконують захисну функцію. Що саме відрізняє патологічну тривожність від звичайного занепокоєння, так це надмірна вираженість тривоги, труднощі з її контролем, а також значні соціальні та функціональні порушення, до яких вона призводить. При ГТР тривога і занепокоєння можуть зосереджуватися на потенційних майбутніх подіях, але вони не є пропорційними до того, що може відбутися. Надмірне занепокоєння є центральною особливістю ГТР і, ймовірно, психологічним механізмом захисту, що дасть змогу відчувати контроль над потенційними небезпечними подіями [13].

Соматичні прояви ГТР є звичними, і саме вони зазвичай змушують хворого звернутися за допомогою до лікаря. Такі скарги, як м'язове напруження та біль, головний біль і біль у спині, проблеми з вагою, сном, стійке відчуття втоми є звичайними явищами. Натомість ТР пов'язані з низкою медичних патологій, таких як захворювання щитоподібної залози і респіраторні захворювання. Ця асоціація призводить до зниження працездатності та якості життя.

Варто наголосити, що при ГТР наявна тривога:

- яка триває щонайменше шість місяців;
- охоплює різні аспекти життя пацієнта, обставини і види діяльності;
- спрямована переважно на майбутні події;
- не піддається контролю, її неможливо приборкати зусиллям волі або раціональними переконаннями;
- що не відповідає актуальній життєвій ситуації пацієнта;
- нерідко супроводжується безпідставним відчуттям провини.

Таблиця 1. Класифікація тривожних розладів згідно з МКХ-10 і DSM-5

Класифікація МКХ-10	Класифікація DSM-5	Опис розладу
Панічний розлад (F41.0)	Панічний розлад (300.01)	Напади тривоги з раптовим початком, із фізичними проявами тривоги (наприклад, серцебиття, пітливість, тремор, сухість у роті, задишка, відчуття задухи, біль у грудях, дискомфорт у животі) Крім того, напади паніки можуть виникати на тлі повного спокою, проте багато пацієнтів починають уникати ситуацій, які, на їхню думку, можуть провокувати такі напади
Агорафобія (F40.0); • без панічного розладу (F40.00); • із панічним розладом (F40.01)	Агорафобія (300.22)	Страх відвідувати місця, які може бути важко або незручно покинути, у разі, якщо раптово виникне панічний напад (натовп, громадський транспорт, ліфт) Типовий страх залишитись на самоті
Генералізований тривожний розлад (F41.1)	Генералізований тривожний розлад (300.02)	Пацієнти страждають від соматичних симптомів тривожності (тремтіння, серцебиття, запаморочення, нудота, напруження м'язів тощо) та психічних симптомів, що включають порушення концентрації уваги, нервозність, безсоння і постійне занепокоєння (наприклад, що з ними або їхніми родичами може статись лихо)
Соціальна фобія (F40.1)	Соціальний тривожний розлад (соціальна фобія) (300.23)	Пацієнти бояться ситуацій, у яких вони перебувають у центрі уваги та можуть піддаватися критиці (наприклад, під час публічних виступів, візитів до громадських установ, розмов із керівництвом на роботі або з особами протилежної статі) Вони бояться зарекомендувати себе незграбними або в негативному світлі
Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2)	Специфічні (ізолювані) фобії (300.29)	Фобії, які виникають в окремих обмежених ситуаціях, часто пов'язані з тваринами (наприклад, кішками, павуками або комахами) або природними умовами (наприклад, висота, глибока вода)
Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2)		Одночасна наявність симптомів тривоги і депресії, без домінування окремого домену Проте вираженість жодної групи симптомів не є досить наявною, щоб чітко схилити діагноз у свій бік
Тривожний розлад, зумовлений розлукою у дитячому віці (F93.0)	Тривожний розлад, зумовлений розлукою у дитячому віці (309.21)	Невідповідний і надмірний страх або занепокоєння щодо розлуки з тими, до кого особа прив'язана, згідно з МКХ-10 розлад може бути діагностований тільки у дітей
Селективний мутизм (F94.0)	Селективний мутизм (312.23)	Епізоди порушення здатності розмовляти у ситуаціях, де є значна потреба в цьому (наприклад, школа), навіть якщо людина може нормально спілкуватись в інших умовах

Серед соматичних скарг хворого слід виділити такі: сухість у роті, утруднення під час ковтання, дискомфорт в епігастрії, надмірне газоутворення, бурчання в животі, нудота; відчуття стиснення, біль і дискомфорт у грудях, утруднений вдих (на противагу ускладненому видиху при астмі), відчуття задухи і наслідки гіпервентиляції; відчуття дискомфорту в ділянці серця, серцебиття, відчуття відсутності биття серця, пульсація шийних судин; прискорене сечовипускання, зникнення ерекції, зниження

лібідо, порушення менструального циклу, аменорея; похитання, нечіткість зору, запаморочення і парестезія, пітливість, тремор або тремтіння, припливи жару та озноб.

Симптоми порушення сну включають: труднощі під час засинання через занепокоєння; відчуття неспокою при пробудженні; переривчастий або поверхневий сон; сон із неприємними сновидіннями; сон із жахливими сновидіннями, нерідко пробудження; відсутність відчуття відпочинку вранці. Встановлено кілька чинників, які значно підвищують ризик розвитку ГТР, а саме: особливість темпераменту, підпадання під негативний вплив, порушення процесів гальмування; жіноча стать, низький соціально-економічний статус, нетерпимість до невизначеності та молодий вік. Результати досліджень родин зі схильністю до розвитку ГТР підтверджують наявність генетичного чинника, але його роль до кінця поки не з'ясована [14, 22].

У таблиці 2 наведено деякі причини, що можуть слугувати тригерами розвитку ГТР, та ситуації, які призводять до розвитку схожої симптоматики, імітуючи згадану патологію. Якщо це можливо, їхній вплив слід якомога швидше зменшити. Аналогічно режим лікування пацієнта має оцінюватися з погляду на його стан, який може викликати симптоми тривоги. Оскільки лікуванню ГТР притаманні певні особливості, слід проводити ретельну диференціальну діагностику з такими станами, як:

- соціальна та специфічна фобії;
- обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, панічний розлад, афективні розлади настрою (ендогенна депресія, рекурентний

Критерії генералізованого тривожного розладу відповідно до DSM-5:

- Надмірне занепокоєння і тривожність наявні протягом щонайменше шести місяців
- Занепокоєння важко контролювати
- Тривожність і занепокоєння пов'язані принаймні з трьома основними симптомами:
 - відчуття неспокою, зосередженість на скаргах
 - швидка втомлюваність
 - труднощі при зосередженні уваги
 - дратівливість
 - надмірна напруженість м'язів
 - порушення процесу засинання, сонливість або неспокій
- Симптоми зумовлюють значне страждання
- Проблеми, які не пов'язані з фізичним захворюванням
- Проблеми не пояснюються іншими психічними розладами

Таблиця 2. Причини, що можуть провокувати генералізований тривожний розлад, або імітувати його симптоми

Патологічні стани	Препарати
<ul style="list-style-type: none"> • Біль (гострий і хронічний) • Захворювання щитоподібної залози • Патологія органів дихання (гіпоксія, гіпокапнія, астма або хронічне обструктивне захворювання легень) • Діабет і гіпоглікемія • Епілепсія • Порушення електролітного обміну • Неоплазма • Анемія • Інтоксикації • Феохромоцитома • Серцево-судинні захворювання • Інсомнія • Інші психічні захворювання 	<ul style="list-style-type: none"> • Антikonвульсанти (карбамазепін, етосуксимід) • Інгаліційні β-агоністи • Естрогени • Антибіотики (хінолони, ізоніазид) • Кортикостероїди • Симпатоміметики (наприклад, псевдофедрин, фенілефрин) • Кофеїн • Нікотин • Психостимулятори • Гормони щитоподібної залози • Наркотики (стимулятори, марихуана) • Препарати альтернативної медицини (женьшень) • Антигістамінні препарати • Антихолінергічні засоби

Адаптовано згідно з House A., Stark D. Anxiety in medical patients. *BMJ*. 2002. Vol. 325. P. 207–9; Melton S.T. Chronic Benzodiazepine Pharmacotherapy: How Difficult to Discontinue? *Medscape*. 2016. June 03.

депресивний розлад, біполярний афективний розлад, дистимія), соматоформні розлади;

- шизофренія, шизотиповий розлад;
- розлади особистості (истеричний, ананкастний, тривожний, емоційно-лабільний);
- резидуально-органічні захворювання головного мозку, органічні захворювання головного мозку, гіпоталамічний розлад;
- патологія щитоподібної залози, феохромоцитома;
- вживання психоактивних речовин (наприклад, амфетамінів, кокаїну та ін.), припинення приймання бензодіазепінів.

Лікування генералізованого тривожного розладу

На початку терапії клініцист має ставити за мету:

- 1) зменшити тяжкість симптомів;
- 2) досягти ремісії;
- 3) поліпшити функціональний стан пацієнта;
- 4) зменшити негативні реакції на застосовані медикаментозні засоби.

Крім того, слід ретельно вивчити анамнез хворого (а саме тривалість, перебіг і тяжкість попередніх епізодів; потенційні чинники, що можуть зумовити посилення симптомів).

До того ж треба з'ясувати:

1. Чи є медичні або інші стани, які можуть позначитись на виборі стратегії лікування?
2. Яким втручанням пацієнт віддає перевагу (психологічному чи фармакотерапії)?
3. Наскільки важкими є наявні симптоми?
4. Як оцінюється функціональний стан пацієнта?
5. Чи важливі такі чинники, як вартість або доступність терапії?

Продовження лікування має бути спрямоване на досягнення таких цілей, як:

- 1) запобігання рецидивам,
- 2) підвищення якості життя пацієнта,
- 3) зменшення негативних реакцій на препарати.

Рекомендації щодо медикаментозного лікування генералізованого тривожного розладу

- Призначення будь-яких препаратів слід починати з низьких дозувань застосовуваного препарату, поступово їх підвищуючи, особливо в разі органічних уражень, для осіб літнього віку та тих, хто має труднощі в навчанні
- Щоб досягти анксиолітичного ефекту антидепресантів, лікування має тривати щонайменше 6–8 тижнів, а для отримання відповіді на терапевтичні втручання — до 12 тижнів. Заміну препарату рекомендовано проводити лише після зазначеного періоду
- Одночасне приймання різних антидепресантів та/або трамадолу (при заміні одного препарату на інший) може зумовити серотоніновий синдром
- Седативний ефект бензодіазепінів може бути небезпечним у разі керування автотранспортом
- При застосуванні антидепресантів (зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну), особливо в жінок та осіб віком від 80 років, є ризик гіпонатріємії, тому слід обов'язково проводити моніторинг
- При прийманні пароксетину, венлафлаксину, а також бензодіазепінів необхідно пам'ятати про синдром відміни психотропних засобів
- Бензодіазепіни через ризик виникнення залежності слід призначати лише на короткий термін
- Враховуйте рівень суїцидального ризику пацієнта в разі призначення препаратів, особливо трициклічних антидепресантів
- Зверніть увагу на попередження щодо застосування вальпроату жінками дітородного віку

Також необхідно враховувати:

1. Чи наявні супутні умови, які можуть чинити вплив на перебіг ГТР (депресія або інші психіатричні діагнози)?
2. Чи потребуватиме пацієнт комбінованої терапії для тривалого поліпшення?

3. Наскільки ретельно пацієнт дотримується рекомендацій стосовно лікування?

На рисунку 1 представлено алгоритм лікування тривоги, а в таблиці 3 наведено загальні принципи терапії пацієнтів із ГТР [20]. Алгоритм ведення осіб із ГТР за відсутності реакції або недостатнього ефекту лікування зображено на рисунку 2 [17].

Через занепокоєння, побічні ефекти, залежність, толерантність і потенціал зловживання бензодіазепіни не вважають агентами першої лінії терапії ГТР. Обов'язково слід інформувати пацієнтів про можливі реакції, пов'язані з тривалим лікуванням. Бензодіазепіни застосовують у початковій терапії, якщо симптоми тяжкі або стан пацієнта значно погіршується, за умови, що він не зловживає наркотичними речовинами. Найнижче ефективне дозування слід призначати впродовж 2–4 тижнів, доки не спостерігатиметься дівесті антидепресанту; тоді приймання бензодіазепіну варто припинити.

При застосуванні прегабаліну зменшення симптомів ГТР спостерігали на першому тижні лікування. А після

Таблиця 3. Принципи терапії генералізованого тривожного розладу

Психотерапія	Фармакотерапія				Коментарі
	Гостра фаза	Початкове лікування	Підтримувальне лікування	Додаткова терапія	
Психологічні та фармакологічні методи лікування мають зіставну ефективність. Комбінування медикаментозних засобів із психологічними інтервенціями не рекомендовано для початкового лікування. Рекомендуйте КПТ або прогресивну релаксацію перш ніж інші форми психологічного лікування.	Застосовуйте бензодіазепін протягом короткого часу (2–4 тижні), після чого розпочніть лікування засобами першої лінії. Спостерігайте за побічними ефектами та формуванням залежності.	Призначте СІЗЗС (флуоксетин або сертралін), потім СІЗЗСН (венлафаксин або дулоксетин). Прегабалін можливо застосовувати як альтернативний препарат у разі непереносимості СІЗЗС і СІЗЗСН, а також якщо немає відповіді на ці препарати.	Додайте прегабалін за відсутності відповіді на початкову терапію СІЗЗС/СІЗЗСН. Прегабалін також використовують для посилення анксиолітичного ефекту в перші чотири тижні застосування антидепресантів Есциталопрам.	Агомелатин, Іміпрамін, Буспірон, Гідроксизин.	Для адекватного оцінювання ефективності необхідний термін лікування до 12 тижнів. Відсутність клінічної користі після чотирьох тижнів незмінного лікування свідчить про обмежену реакцію в майбутньому. Продовжуйте лікування препаратом протягом ще 18 місяців за наявності позитивної відповіді на лікування.

Примітки: КПТ — когнітивно-поведінкова терапія; СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СІЗЗСН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

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

восьми тижнів у 52 % пацієнтів, які отримували прегабалін, фіксували зменшення проявів симптомів ГТР на 50 % за НАМ-А [22].

В інструкціях із застосування антидепресантів є попередження про підвищений ризик суїцидальних думок і поведінки, особливо на ранніх стадіях терапії або після зміни дози у дітей, підлітків і молодих осіб до 24 років.

Антидепресанти приймають у середньому протягом чотирьох тижнів до появи ефекту. Дозування можна титрувати щодня до досягнення терапевтичної або найвищої дози. Приймання препарату в такій дозі слід продовжувати ще 4–6 тижнів для оцінювання відповідного ефекту. Підтримувальні дози, які використовують для терапії ГТР, є такими самими, як при лікуванні депресії. Суттєвим чинником під час застосування цих препаратів є те, що у пацієнтів часто розвиваються активуючі побічні ефекти, як-от неспокій, безсоння. Їх вираженість знижується із часом. Крім того, пацієнтів слід інформувати про можливість посилення їхньої тривожності під час початкової антидепресивної терапії. Зокрема, короткочасне приймання бензодіазепіну в невеликій дозі (якщо не має історії зловживання психоактивними речовинами) або гідроксизину може допомогти пацієнтам протягом цього періоду [18].

Буспірон застосовують у разі, коли є історія зловживання психоактивними речовинами. Препарат можна також використовувати як допоміжний засіб, коли пацієнт частково відповідає на антидепресант.

Деякі ліки, такі як трициклічні антидепресанти (ТЦА), були схвалені Управлінням із контролю за якістю харчових продуктів і лікарських препаратів США (FDA) для лікування тривоги до того, як діагноз ГТР було включено до DSM. Тому термін «генералізований тривожний розлад» може не бути в показаннях до застосування. Є дані про те, що часткова відповідь через два тижні приймання препарату прогнозує його майбутню ефективність [19]. На вибір медикаментів має вплив не стільки відмінність щодо їх дієвості, скільки попередній досвід пацієнта, потенційні побічні реакції, супутні захворювання, взаємодія з іншими лікарськими засобами, а також їх вартість.

Наймасштабнішим є метааналіз A. Slee et al. (2019), опублікований у журналі *Lancet*, який охоплює дані досліджень у цій сфері із 1 січня 1994 року до 1 серпня 2017 року. Аналіз базується на даних 89 досліджень, що включали 25 тис. 441 пацієнта, рандомізованих на 22 групи приймання активних препаратів або плацебо. Отримані результати засвідчили, що дулоксетин — різниця середніх значень показників (MD) за шкалою

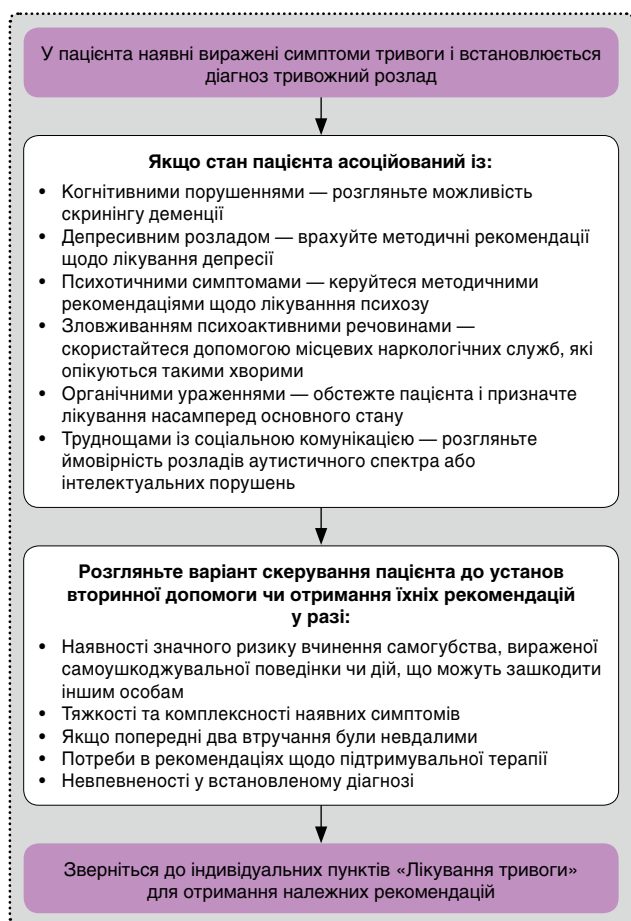


Рисунок 1. Алгоритм дій у разі наявності тривожного розладу

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



Рисунок 2. Алгоритм ведення пацієнта з генералізованим тривожним розладом за відсутності реакції або недостатнього ефекту на терапію

Таблиця 4. Ведення пацієнтів окремих груп

Групи пацієнтів	Рекомендації щодо психо- та фармакотерапії	
Пацієнти літнього віку	Кліренс багатьох препаратів у літніх людей відбувається повільніше, тому слід використовувати нижчі дозування медикаментозних засобів	Наразі проведено невелику кількість рандомізованих контрольованих досліджень щодо потенційних переваг і ризиків психо- або фармакотерапії тривожних розладів у літніх осіб, мало відомо про відносну ефективність і прийнятність різних методів лікування Флуоксетин не є кращим препаратом вибору групи СІЗЗС в осіб похилого віку через підвищений ризик розвитку надмірної стимуляції та збудження Літні пацієнти схильні до розвитку побічних ефектів під час приймання ліків Слід пам'ятати про ризик розвитку гіпонатріємії під час застосування антидепресантів (особливо СІЗЗС у жінок та у пацієнтів > 80 років); рекомендований моніторинг рівня електролітів Необхідно пам'ятати про коморбідну патологію у літніх пацієнтів
Пацієнти із серцево-судинною патологією	Уникайте призначення ТЦА особам із серцево-судинними захворюваннями	СІЗЗС чинять кардіопротекторну дію та можуть захищати від ІМ У період після ІМ СІЗЗС або нейтрально впливають на смертність, або зменшують її Сертралін має найменший вплив на частоту серцевих скорочень та артеріальний тиск і не позначається на інтервалі QT, його вважають препаратом вибору після ІМ та при серцевій недостатності Приймання Циталопраму чи Есциталопраму асоційоване з подовженням інтервалу QT
Пацієнти з неврологічними розладами	Хвороба Паркінсона: КПТ завжди розглядайте як варіант терапії Розсіяний склероз: КПТ може бути корисною	Мігрень: антидепресанти груп СІЗЗС і СІЗЗСН слід застосовувати з обережністю у пацієнтів із мігренню, які використовують триптани Епілепсія: систематичний огляд даних контрольованих плацебо досліджень ефективності психотропних препаратів свідчить, що частота судомних нападів була суттєво нижчою у пацієнтів, які приймали антидепресанти, порівняно з плацебо Хвороба Паркінсона: 25 % осіб із хворобою Паркінсона мають коморбідний тривожний розлад; СІЗЗС слід розглянути як засіб терапії першої лінії (комбінування із Селегіліном підвищує ризик серотонінового синдрому); Венлафаксин може несуттєво погіршити моторні симптоми; ТЦА пацієнти переносять погано через їхні антихолінергічні та α-блокувальні ефекти Розсіяний склероз: можна використовувати СІЗЗС або Венлафаксин за відсутності ефекту; зазвичай лікування таке саме, як і при тривожних розладах без розсіяного склерозу
Вагітні та породіллі	КПТ розглядайте як терапію вибору	Приймання антидепресантів асоціюються з підвищеним ризиком спонтанних абортів, мертвонародження, передчасних пологів, респіраторного дистрес-синдрому, ендокринних і метаболічних порушень Сертралін вважають препаратом із найменш вираженим впливом на плаценту Флуоксетин підвищує ризик передчасних пологів і низької маси тіла дитини при народженні Застосування Пароксетину асоціюється з ризиком розвитку вад серця Бензодіазепіни, ймовірно, не тератогенні, але краще уникати їх прийому на пізніх строках вагітності Поінформуйте жінок дітородного віку щодо особливостей застосування Вальпрокamu

Примітки: СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СІЗЗСН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну; ТЦА — трициклічні антидепресанти; ІМ — інфаркт міокарда; КПТ — когнітивно-поведінкова терапія.

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

тривоги Гамільтона (HAM-A) -3,13; 95 % довірчий інтервал (ДІ) від -4,13 до -2,13; прегабалін (MD -2,79; 95 % ДІ від -3,69 до -1,91); венлафаксин (MD -2,69; 95 % ДІ від -3,50 до -1,89) та есциталопрам (MD -2,45; 95 % ДІ від -3,27 до -1,63) були ефективнішими, ніж плацебо, із відносно хорошими показниками переносимості.

Сьогодні в Україні активно застосовують один із препаратів прегабаліну, зареєстрований під торговельною назвою Лінбаг (ТОВ «Сандоз Україна»). Лінбаг повністю відповідає за біоеквівалентністю брендовому препарату і зарекомендував себе як високоефективний засіб для лікування ГТР.

Міртазапін, сертралін, флуоксетин, буспірон й агомелатин також виявилися ефективними і добре переносилися, але ці дані були обмежені невеликими розмірами вибірки. Приймання кветіаліну було асоційоване (MD -3,60; 95 % ДІ від -4,83 до -2,39) із вираженими позитивними змінами за HAM-A, але погано переносився (відношення шансів 1,44; 95 % ДІ 1,16–1,80) проти плацебо. Так, схожу ефективність продемонстрували пароксетин і бензодіазепіни, проте пацієнти погано переносили їх, порівняно з плацебо. Згодом отримані дані можуть слугувати підґрунтям для формування нових рекомендацій щодо лікування ГТР.

Як свідчить практика, наразі є кілька ефективних варіантів лікування ГТР із застосуванням препаратів різних класів. Відсутність на початку лікування очікуваного

ефекту не має призводити до відмови від фармакологічних втручань [21].

Варто пам'ятати, що тривожні розлади, зокрема і ГТР, потребують тривалого постійного лікування, а медикаментозні засоби, які при цьому використовують, можуть стати причиною виражених небажаних побічних реакцій. У таблиці 4 наведено особливості ведення пацієнтів певних категорій щодо психо- і фармакотерапії.

Висновок

Генералізований тривожний розлад є поширеним явищем, що ускладнює лікування інших медичних і психіатричних станів. Він може викликати як особисті, так і соціальні та функціональні порушення, що знижують якість життя.

Пацієнти й лікарі мають разом працювати над подоланням цієї проблеми. Адже чимало пацієнтів змушені випробовувати декілька тактик лікування, щоб отримати оптимальний варіант. До того ж невдача первинної терапії не може стати підставою для відмови від стратегії фармакологічного лікування. Лікарі, психотерапевти та фармацевти нині мають унікальні можливості для подолання цієї хвороби.

Список літератури знаходиться в редакції.
Інформація для фахівців сфери охорони здоров'я.

ЛІНБАГ — НАЙДОСТУПНІШИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ПРЕГАБАЛІН¹

- перша лінія терапії нейропатичного болю²
- препарат першого вибору для лікування генералізованого тривожного розладу³
- швидке регресування симптомів тривоги⁴

Територія спокою



Показання. Епілепсія. Препарат Лінбаг призначають як додаткову терапію парціальних судомних нападів із вторинною генералізацією або без такої у дорослих. **Генералізований тривожний розлад.** Препарат Лінбаг призначають для лікування генералізованого тривожного розладу у дорослих. **Нейропатичний біль.** Препарат Лінбаг призначають для лікування нейропатичного болю у дорослих при ушкодженні периферичної та центральної нервової системи.

Генералізований тривожний розлад. Доза, яку розділяють на 2 або 3 прийоми, може змінюватися в межах 150–600 мг на добу. Періодично слід переоцінювати необхідність продовження лікування. Лікування прегабаліном можна розпочати з дози 150 мг на добу. Залежно від ефективності та переносимості препарату окремим пацієнтам дозу можна збільшити до 300 мг на добу після першого тижня прийому. Після ще одного тижня прийому дозу можна збільшити до 450 мг на добу. ЩОє через один тиждень дозу можна збільшити до максимальної — 600 мг на добу.

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛІНБАГ (Pregabalin). **Склад:** діюча речовина: прегабалін, 1 капсула містить прегабаліну 75 мг, або 150 мг, або 300 мг. **Лікарська форма.** Капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Протиепілептичні засоби. Код АТХ N03A X16. **Показання.** Нейропатичний біль. Генералізований тривожний розлад. Епілепсія. **Термін придатності.** 3 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Діти.** Безпека та ефективність застосування препарату Лінбаг дітям (віком до 18 років) не були встановлені. Даних немає. РП № UA/15586/01/03, UA/15586/01/05, UA/15586/01/08, заявник ТОВ "Сандоз Україна".

1. <http://pharmxplorer.com.ua> — для порівняння використовуються ціни дистриб'юторів в перерахуванні на 1 день лікування, липень 2018 р.
2. Attal. N. et al., EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol. 2010 Sep; 17(9):1113-1123.
3. BORWIN BANDELOW. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive — compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2012. 4. О. А. Левада. Прегабалін: новые возможности медикаментозной терапии генерализованного тревожного расстройства. НейроNEWS 1 (20) 2010.

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитись з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, drugs_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ «Сандоз Україна» м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (літ. Г).