ОСОБЛИВОСТІ ведення дорослих і літніх пацієнтів із генералізованим тривожним розладом

Генералізований тривожний розлад характеризується надмірною і невмотивованою тривогою, наявністю відчуття небезпеки, а також хвилюванням, зумовленим не лише конкретними обставинами або певними видами діяльності. Як правило, такий стан триває більш ніж кілька місяців, причому часто людина не здатна контролювати власне занепокоєння, що призводить до погіршення як професійного, так і соціального її статусу. До вашої уваги представлено стислий огляд рекомендацій щодо ведення пацієнтів із генералізованим тривожним розладом, які розроблені Національною службою охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2017).

За останні роки істотно змінились діагностичні критерії та підходи до класифікації генералізованого тривожного розладу (ГТР). Сьогодні Національний інститут здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE) рекомендує комплексний підхід при лікуванні згаданого захворювання, оскільки воно часто поєднується з іншими психічними розладами.

Полегшити симптоми хвороби, запобігти її рецидиву та по можливості відновити звичайне функціонування пацієнта — невід'ємна мета терапевтичних інтервенцій. Відповідно до рекомендацій щодо ведення пацієнтів із ГТР із вираженими функціональними порушеннями або, які не поліпшилися після психологічної допомоги (мали низьку ефективність), необхідно перейти до 3-го кроку надання допомоги — індивідуальної високоінтенсивної психологічної підтримки або до медикаментозного лікування. На рисунку представлено алгоритм ведення пацієнтів із ГТР.

Фармакологічні та психологічні підходи загалом можуть мати схожу ефективність при терапії гострої фази, проте в пацієнтів із тяжкокурабельною тривожністю можливе лікування шляхом психологічних інтервенцій.

Наведені далі настанови стосуються саме медикаментозного методу лікування ГТР. Автори рекомендують як засіб першої лінії терапії застосовувати селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) — препарат вибору сертралін. Згідно з рекомендаціями NICE сертралін є одним із найрентабельніших препаратів, хоча наразі наявні відомості щодо користі й інших СІЗЗС: есциталопраму, циталопраму та пароксетину.

Щоб зменшити ризик загострення симптомів тривоги, доцільно використовувати половину початкової дози протягом перших 1–2 тижнів і титрувати її поступово. Варто додати, що відповідь на терапію розвивається поступово і може продовжуватися протягом певного часу.

Для отримання повної оцінки ефективності лікування може знадобитися період до 12 тижнів. Проте відсутність будь-якого клінічного результату протягом чотирьох тижнів свідчить про низьку ефективність терапії. У разі отримання гарної відповіді на застосовувані інтервенції їх слід продовжувати щонайменше 18 місяців після ремісії, оскільки ризик рецидиву залишається ще вкрай високим.

А за поганої переносимості препаратів групи СІЗЗС варто розглянути можливість призначення іншого засобу вказаної групи або препарату з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН). При вираженій непереносимості вищезазначених засобів рекомендовано перейти до 3-ї лінії — прийом прегабаліну. Якщо СІЗЗС протипоказано, то можна застосовувати альтернативні лінії терапії, а саме розглянути перспективу призначення дулоксетину або венлафаксину пролонгованої дії. Коли СІЗЗСН протипоказано, то необхідно застосовувати прегабалін.

Отже, у разі відсутності клінічної відповіді на лікування препаратами 1-ї лінії слід перейти до 2-ї лінії терапії — інший СІЗЗС або СІЗЗСН (дулоксетин або венлафаксин).

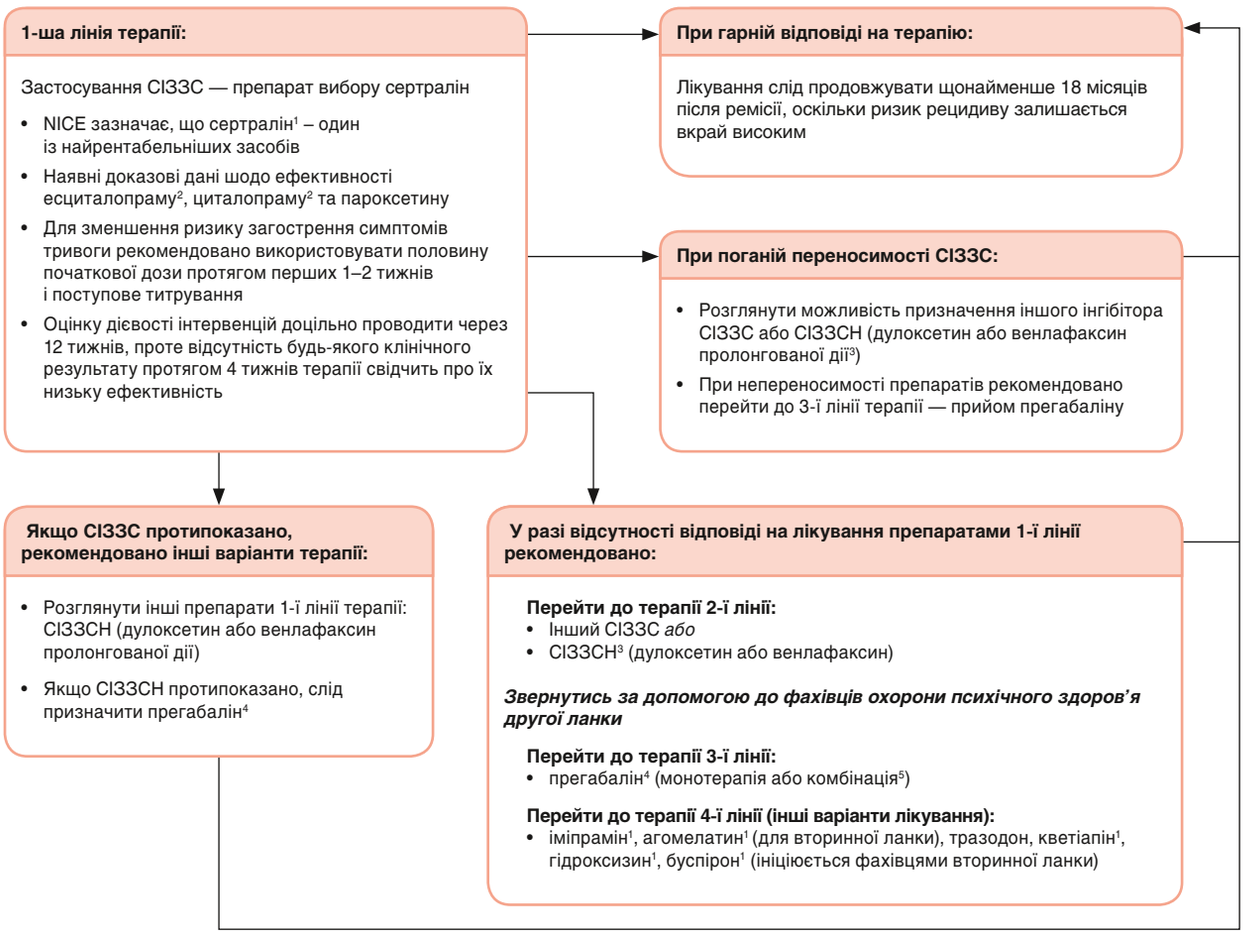
Утім, за неефективності вищезгаданих препаратів рекомендовано застосувати терапію 3-ї лінії, а саме:

1) прегабалін (монотерапія або комбінація), враховуючи особливості інтервенцій під час 4-ї лінії,

2) інші варіанти лікування, що можуть включати іміпрамін, агомелатин, тразодон, кветіапін, гідроксизин, буспірон.

До того ж автори настанов наголошують, що адекватне та своєчасне лікування ГТР може запобігти подальшому розвитку депресії.

Треба пам'ятати, що пацієнти з тривожними розладами більш схильні до розвитку побічних ефектів. Ще на початку лікування слід попередити хворого про можливі побічні явища, зокрема підвищену нервозність,



Примітки: 1 — не ліцензовано для ГТР; 2 — циталопрам і есциталопрам протипоказані в комбінації з будь-яким іншим препаратом, який продовжує інтервал QT; 3 — низькі дози можуть бути достатніми (наприклад, венлафаксин 75 мг/добу), препарати швидкого вивільнення не ліцензовані для ГТР, рекомендовано використовувати пролонговану форму; 4 — більш високі добові дози прегабаліну частіше приводять до позитивного клінічного ефекту (≥ 200 мг/добу); 5 — додавання прегабаліну до антидепресантів із групи СІЗЗС або СІЗЗСН демонструє кращу ефективність, аніж тривале лікування лише антидепресантами. Для інших вказаних медикаментозних засобів слід застосовувати стандартне дозування відповідно до Британського національного формуляра (BNF), яке рекомендовано при депресії.

Рисунок. Алгоритм ведення пацієнтів із генералізованим тривожним розладом

ажитацію, а також проводити ретельний моніторинг його стану протягом перших кількох тижнів лікування. Нижче наведено коротку інформацію щодо призначення медикаментозних препаратів, яку необхідно враховувати при веденні пацієнтів із ГТР.

Бензодіазепіни можуть бути корисними для короткочасного лікування (близько двох тижнів) у пацієнтів із легким або середнім рівнем тривоги або як додатковий компонент терапії в разі більш тяжкої тривоги (бажано короткий термін). Пацієнти мають бути поінформовані стосовно виникнення ризику седативного ефекту, падінь і розвитку медикаментозної залежності.

Пропранолол — ефективний засіб тільки при вегетативних симптомах тривоги (пітливість, тахікардія, тремор), а при ГТР із вираженою тривогою вказаний препарат не може бути рекомендований.

Дулоксетин не бажано застосовувати в пацієнтів з установленими захворюваннями печінки, а також у разі підозри на гепатит, тяжку ниркову недостатність і неконтрольовану гіпертензію.

Прегабалін — дієвий препарат у лікуванні симптомів депресії легкої та помірної інтенсивності при ГТР, зокрема у пацієнтів похилого віку. Він рекомендований для використання у згаданої когорти осіб, але через можливе погіршення функції нирок засіб може потребувати менших доз.

Доведену результативність у терапії гострої фази тривожного розладу та профілактики рецидивів має антипсихотичний препарат кветіапін .

Агомелатин засвідчив ефективність у лікуванні вираженої тривоги і профілактики рецидивів, однак препарат не ліцензований для терапії ГТР. Хоча він меншою мірою викликає сексуальну дисфункцію, аніж СІЗЗС і СІЗЗСН.

Трициклічні антидепресанти мають більш виражені побічні ефекти, тому слід уникати їх застосування в пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями або в разі існування високого ризику вчинення хворим самогубства.

Щодо використання міртазапіну, то існуючі натепер дані мають обмежений і суперечливий характер.

Наразі є доказові дані стосовно застосування буспірону і гідроксизину лише в гострій фазі лікування, натомість бракує опублікованих відомостей щодо їхньої ефективності для запобігання рецидиву хвороби.

Підготувала ***Тетяна Антонюк***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.bucksformulary.nhs.uk