ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ із панічним розладом у межах первинної медичної допомоги

Панічний розлад — поширене захворювання, із яким часто стикаються лікарі під час надання первинної медичної допомоги. Воно проявляється повторюваними епізодами вираженої тривоги, що не обмежуються конкретною ситуацією, а тому є непередбачуваними. Наразі є докази на підтвердження ефективності використання фармако- та психотерапії при веденні таких пацієнтів. До вашої уваги представлено огляд статті S.J.C. Davies et al. «Management of panic disorder in primary care», у якій розглянуто діагностику та клінічне оцінювання панічного розладу, а також користь медикаментозних і психологічних методів лікування. Матеріал опублікований у виданні *Prescriber* (2017; Vol. 28 (1): 19–26).

Завдяки досягненням, отриманим у межах досліджень у галузі нейробіології та психології, розуміння феномена тривожності наразі поліпшилося (стало глибшим і досконалішим). Так, було виявлено декілька тривожних розладів із чіткими симптомами чи тригерами. До них належать: панічний, соціальний тривожний (соціофобія), посттравматичний стресовий, генералізований тривожний розлади (ГТР) і специфічна фобія (Nutt et al., 2008).

Протягом останнього часу прогрес щодо розроблення та оцінювання як фармакологічних, так і психологічних методів терапії надав доступ до варіантів лікування, які можуть бути адаптовані до індивідуальних потреб і побажань пацієнта.

Вперше панічний розлад описали ще у 1960-х рр. Наприклад, було встановлено, що особи з панічними атаками відповідали на лікування іміпраміном, а інші пацієнти з ознаками тривоги — ні. Експериментальні моделі та парадигми, застосовані у тварин і людей, уможливили пов'язати процеси, що виникають під час панічної атаки, з нейробіологічними змінами. Отримано доказові дані, які вказують на вплив нейротрансмітерів головного мозку, таких як серотонін, γ-аміномасляна кислота (ГАМК) і норадреналін, а регулювання цих систем обґрунтовує доцільність застосування медикаментозної терапії у пацієнтів із панічним розладом.

У галузі психотерапії були розроблені моделі панічних атак, зокрема ті, що базуються на порушенні когнітивного функціонування або поведінки і складають основу найчастіше використовуваних психотерапевтичних підходів, тобто когнітивної та поведінкової терапії, та їх поєднання — когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Тож нині маємо надійне підґрунтя для діагностики та ефективного лікування пацієнтів із нападами різко вираженої тривоги (паніки).

S.J.C. Davies et al. наводять дані сучасних епідеміологічних досліджень, згідно з якими поширеність панічних атак у популяції впродовж життя становить 13 %, а на панічний розлад, відповідно до критеріїв Посібника з діагностики та статистики психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5), страждають близько 2 % осіб (de Jonge et al., 2016; APA, 2013).

Панічний розлад та асоційовані з ним симптоми спостерігаються переважно на етапі первинної медичної допомоги. Згідно з даними загальноєвропейського дослідження, панічні атаки виникали у 9,2 % жінок і 5,6 % чоловіків (King et al., 2008). Для лікарів загальної практики важливо знати, як виявити панічний розлад і призначити оптимальне лікування. Якщо епізодичну пароксизмальну тривогу не розпізнати, ймовірне суттєве погіршення якості життя пацієнта через симптоми, які можуть спричиняти інвалідизацію та імітувати певні соматичні захворювання.

Діагностика захворювання

Панічна атака — інтенсивний напад страху або тривоги зі швидким настанням і досягненням піку впродовж 10 хвилин, за якого спостерігають щонайменше чотири із 13 характерних симптомів (APA, 2013).

Серед них домінують:

- прискорене серцебиття;
- біль у грудях;
- пітливість;
- тремтіння;
- запаморочення;
- почервоніння;
- здуття живота;
- непритомність;
- утруднення дихання;
- відчуття оніміння/поколювання;
- задуха (різка недостатність кисню) тощо.

Серед поширених супутніх симптомів — дереалізація (відчуття нереальності світу) або деперсоналізація (відчуття втрати зв'язку зі власною особистісною ідентичністю). Часто виникає вторинний страх смерті, втрата контролю над собою.

Автори зазначають, що панічні атаки можуть траплятися як за відсутності будь-якого встановленого діагнозу, так і за певних психіатричних розладів, зокрема тривожних. Для встановлення діагнозу панічного розладу слід переконатися, що панічні атаки є повторюваними, а деякі — раптовими, а не асоційованими з передбачуваними, зумовленими зовні ситуаціями.

Інколи розвиток вищезазначених симптомів можна пояснити впливом прямого медичного чинника, наприклад гіпертиреозу або речовин, що можуть викликати напад паніки, як-от кофеїн. Крім того, для уникнення помилкового діагнозу варто ретельно проаналізувати історію хвороби пацієнта щодо наявності цих ознак. Наприклад, можна попросити його вести щоденник симптомів тривоги або використовувати методики для самооцінювання, такі як опитувальник щодо страху перед соматичними симптомами (BSQ) (Chambless et al., 1984).

Чинники ризику та клінічний перебіг панічного розладу

Пацієнти з панічним розладом часто мають невротичні порушення в анамнезі, спадкову обтяженість тривожними розладами, порушеннями настрою тощо. Дані епідеміологічних досліджень свідчать про значний вплив генетичного чинника, хоча конкретні гени наразі ще не визначено (Kendler et al., 1984).

Частіше панічний розлад виникає у жінок, ніж у чоловіків (співвідношення приблизно 2 до 1). Також простежується кореляція з сексуальним або фізичним насильством у дитинстві.

Фобічні симптоми, що зазвичай передують панічним атакам і панічному розладу, можуть бути спровоковані життєвою подією (розлучення, перенесена тяжка хвороба, смерть близької людини) або постійним стресом. Куріння, алкоголь і респіраторні захворювання є загальновідомими чинниками ризику. Прогноз щодо панічного розладу, як правило, гірший за наявності депресії (Lecrubier, 1998).

Панічний розлад і соматичні захворювання

Як зазначають автори, зв'язок панічного розладу із соматичними хворобами складний і потребує ретельного вивчення. Соматичні симптоми, що супроводжують панічну атаку, можуть імітувати різні стани, зокрема астму, застійну серцеву недостатність, стенокардію, порушення серцевого ритму, доброякісне позиційне пароксизмальне запаморочення та порушення функції щитоподібної залози (Barsky et al., 1996).

Тому для підтвердження діагнозу слід розглянути можливість проведення електрокардіографії, особливо за наявності вертиго, синкопе або стійкої тахікардії. Є дані про кореляцію панічного розладу з артеріальною гіпертензією, пролапсом мітрального клапана, захворюваннями щитоподібної залози, скроневою епілепсією та мігренню, а також вживанням алкоголю, амфетамінів, бензодіазепінів, канабісу, кокаїну (Jakubec, Taylor, 1999).

Клінічна оцінка та психоосвіта

Діагностика панічного розладу базується на анамнезі, однак подальший аналіз соматичних симптомів може бути доречним.

Слід фіксувати дані щодо панічних атак, а саме:

1) симптоми, що їх супроводжують;
2) частоту виникнення атак;
3) наявність чи відсутність ситуаційних тригерів.

Розкрити першопричину виникнення страху можна за допомогою так званих сократівських запитань — ретельно спланованого, наполегливого опитування пацієнта. Особа може заперечувати або уникати розкриття своїх основних страхів. Оскільки через повторювані панічні атаки у пацієнта виникає побоювання щодо їхнього рецидиву та формування запобіжної поведінки, спрямованої на уникнення ситуацій, за яких формувалися напади паніки (або можуть з'явитися).

Після встановлення діагнозу клініцист насамперед має надати пацієнту роз'яснення щодо характеру симптомів і захворювання, максимально адаптувавши його для кращого розуміння.

Лікування панічного розладу

Симптоми панічного розладу добре піддаються лікуванню, особливо якщо немає обтяжливих ознак, як-от тяжка форма агорафобії та зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами. Зокрема, фармакота психотерапія є ефективними як окремо, так і в комбінації.

S.J.C. Davies et al. наголошують: щойно діагноз панічного розладу встановлений, пацієнтові доцільно озвучити обнадійливий прогноз та окреслити доступні методи лікування.

Медикаментозна терапія

У таблиці наведено дані щодо ефективності терапії панічного розладу різними лікарськими засобами (Baldwin et al., 2014; Katzman et al., 2014).

Так, у межах клінічних досліджень продемонстровано значущу користь антидепресантів (до 80 %). Циталопрам, есциталопрам, пароксетин, сертралін і деякі препарати венлафаксину ліцензовані спеціально для лікування панічного розладу.

Окрім того, декілька бензодіазепінів були затверджені для використання як анксіолітики, перш ніж епізодичну пароксизмальну тривогу було визнано як окреме захворювання. У численних подвійних сліпих рандомізованих дослідженнях засвідчено значно вищі показники відповіді або ремісії на активний лікарський засіб порівняно з плацебо, попри те, що панічний розлад зазвичай корелює з доволі суттєвою відповіддю на плацебо (Katzman et al., 2014).

Із-поміж основних класів препаратів із підтвердженою ефективністю автори виокремлюють ті, що посилюють функцію серотоніну (а іноді й норадреналіну) через блокаду зворотного захоплення, а також засоби, які діють як позитивні алостеричні модулятори ГАМК-рецепторів типу *A* (бензодіазепіни).

Ці лікарські засоби подібні за загальною ефективністю, проте вирізняються за швидкістю появи та профілем

Таблиця. Застосування препаратів для лікування панічних атак та панічного розладу

	Раптова панічна атака	Коротко-тривалий панічний розлад	Довго-тривалий панічний розлад
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну*			
Циталопрам		✓	✓
Есциталопрам		✓	
Флуоксетин		✓	✓
Флувоксамін		✓	✓
Пароксетин		✓	✓
Сертралін		✓	✓**
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну*			
Венлафаксин		✓	✓
Трициклічні антидепресанти			
Кломіпрамін		✓	✓
Іміпрамін		✓	✓
Інші антидепресанти			
Фенелзин		✓	
Моклобемід		✓**	✓**
Міртазапін		✓**	
Ребоксетин		✓	
Бензодіазепіни			
Алпразолам	✓	✓	✓
Клоназепам		✓	✓
Діазепам		✓	
Лоразепам	✓	✓	
Інші препарати			
Габапентин		✓	
Рисперидон		✓	
Піндолол (як доповнення до флуоксетину)		✓	
Вальпроат натрію		✓	

Примітки: * препарати, що вважаються терапією першої лінії; ** лише порівняльні дослідження. Ефективність препаратів для короткочасного лікування оцінювали в подвійних сліпих дослідженнях із контролем плацебо (за винятком позначених символом **); випробування, присвячені тривалому лікуванню (шість місяців – три роки), – здебільшого відкриті фази подальших подвійних сліпих досліджень.

Адаптовано згідно з Baldwin D.S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014. Vol. 28. P. 403–39.

побічних ефектів. До того ж бензодіазепіни асоційовані з підвищеним ризиком залежності та толерантності до терапії.

S.J.C. Davies et al. зауважують, що панічний розлад нерідко поєднується з депресією або іншими тривожними розладами, такими як ГТР та соціофобія, і для більшості медикаментозних методів лікування, які є дієвими за цих клінічних умов, отримано також доказові дані щодо ефективності в разі панічного розладу.

Препарати, які застосовують для лікування депресії

Зважаючи на низку негативних чинників, пов'язаних із застосуванням бензодіазепінів, лікарські засоби, які використовують за депресії, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) венлафаксин вважають одним із найкращих варіантів терапії панічного розладу.

Нерідко пацієнти з панічним розладом є надчутливими до побічних ефектів ліків. Тож у разі призначення будь-якого із препаратів, що інгібують зворотне захоплення, доцільно починати лікування з низьких дозувань і повільно здійснювати висхідне титрування із роз'ясненням хворому, що протягом перших кількох днів терапії (до досягнення терапевтичного ефекту) може спостерігатися надмірне відчуття тривоги: стан нервозності/занепокоєння (Sinclair et al., 2009).

Серед інгібіторів зворотного захоплення, ефективність яких для лікування панічного розладу було вивчено в межах рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), шість препаратів СІЗЗС і венлафаксин вважають засобами терапії першої лінії. Найпоширенішими довготривалими побічними ефектами СІЗЗС є швидка втомлюваність, збільшення маси тіла, абдомінальний дистрес і сексуальна дисфункція.

Тому, на думку авторів, під час вибору відповідного лікарського засобу клініцист має брати до уваги такі чинники, як: схильність конкретного пацієнта до несприятливих явищ, можливий розвиток синдрому скасування та взаємодію з іншими препаратами.

Останнім часом регулювальні органи навели доказову базу даних того, що застосування циталопраму у високих дозуваннях пов'язане з дещо підвищеним ризиком подовження інтервалу QTc, а отже, із порушенням серцевого ритму. Кореляція есциталопраму із цим побічним ефектом є менш вираженою (Qirjazi et al., 1997).

У значній кількості випадків, як зазначають дослідники, пароксетин асоційований із тяжкими проявами синдрому скасування приймання препарату (Haddad, 1997).

Флуоксетин, пароксетин і флувоксамін є інгібіторами ферментів цитохрому P450 (CYP3A4 та CYP2D6, CYP2D6, CYP3A4 і CYP1A2 відповідно), а отже, їх застосування асоціюється з підвищеним ризиком взаємодії з іншими лікарськими засобами.

Саме тому з-поміж СІЗЗС сертралін та есциталопрам можуть бути препаратами вибору для початкової терапії (за відсутності інших негативних чинників).

Щодо венлафаксину, який за фармакологічним профілем відрізняється від СІЗЗС, також накопичено широку

доказову базу. Тож якщо СІЗЗС неефективні або пацієнт їх погано переносить, логічним кроком є переведення його на терапію венлафаксином із додатковою здатністю інгібувати зворотне захоплення норадреналіну.

Слід зауважити, що натепер немає даних рандомізованих досліджень, які б підтвердили доцільність використання інших часто призначуваних СІЗЗСН, таких як дулоксетин і дезвенлафаксин.

Наступним можливим кроком у лікуванні панічного розладу автори вважають переведення пацієнта на терапію міртазапіном. Зокрема, є дані щодо зіставної ефективності міртазапіну та флуоксетину за лікування панічного розладу, отримані у рандомізованому порівняльному дослідженні. Також наявні докази на користь того, що міртазапін підвищує дієвість СІЗЗС чи СІЗЗСН за депресії, тому ця стратегія може бути прийнятною за коморбідних панічного розладу та депресії (Blier et al., 2010).

Однак ще належить з'ясувати, чи вдасться посилити ефективність терапії панічного розладу в разі використання міртазапіну в поєднанні із СІЗЗС або СІЗЗСН, а не як монотерапії.

Інші класи антидепресантів із підтвердженою ефективністю лікування панічного розладу, що належать до менш широко використовуваних, можна розділити на три категорії. Так, наявні докази користі трициклічних антидепресантів (ТЦА) кломіпраміну й іміпраміну, отримані в РКД. Наприклад, інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну з додатковою блокадою рецепторів гістаміну, серотоніну та ацетилхоліну ліцензовані у деяких європейських країнах. Хоча вони можуть бути асоційовані з антихолінергічними побічними ефектами та токсичністю в разі передозування, тому розглядаються як менш сприятливі варіанти, ніж зазначені вище препарати, й зазвичай використовуються за резистентності до лікування.

Селективний інгібітор зворотного захоплення норадреналіну ребоксетин має доведені переваги, хоча й також спричиняє небажані явища, подібні до антихолінергічних ефектів ТЦА. Натепер є дані РКД щодо користі інгібітора моноамінооксидази (МАО) фенелзину та зворотного інгібітора МАО-А моклобеміду. Останній автори радять розглядати як альтернативу під час ведення стійких до лікування пацієнтів.

Габапентин і прегабалін

Наразі доведено ефективність габапентину та прегабаліну в режимі монотерапії або за стратегії аугментації. Крім того, для габапентину, який модулює нейротрансмісію глутамату, є певні докази його користі застосування у монотерапії, особливо за тяжких випадків. Проте дані щодо ефективності прегабаліну є обмеженими і недостатніми, щоб рекомендувати його для лікування панічного розладу.

Антипсихотичні засоби

Даних щодо користі застосування антипсихотиків у монотерапії досить мало. Лише для блокатора серотонінових/дофамінових рецепторів рисперидону підтверджено еквівалентність СІЗЗС у рандомізованому дослідженні.

Кветіапін та оланзапін мають ще обмеженішу доказову базу, яка ґрунтується на підставі відкритих досліджень. Результати, що свідчать про переваги посилення дії СІЗЗС у разі комбінованого застосування з антипсихотиками (рисперидоном, арипіпразолом та оланзапіном) також отримані лише у відкритих дослідженнях.

Бензодіазепіни

Лоразепам, клоназепам, діазепам та алпразолам продемонстрували ефективність для лікування панічного розладу в межах РКД. Нині наявні якісні доказові дані ефективності клоназепаму не лише в монотерапії, але й як доповнення до СІЗЗС.

Бензодіазепіни мають переваги перед іншими препаратами, оскільки здатні забезпечити швидше полегшення стану пацієнта та ремісію. Однак автори вважають, що варто враховувати можливий розвиток толерантності до препаратів згаданого класу та тяжких проявів синдрому скасування. Здебільшого фахівці призначають бензодіазепіни на короткий термін певним категоріям пацієнтів без зловживання психоактивними речовинами в анамнезі, а також тоді, коли через дуже сильні панічні атаки необхідне швидке полегшення стану хворого.

Водночас клініцисти продовжують аналізувати та використовувати інші стратегії лікування — як фармакологічні, так і психологічні, щоб забезпечити досягнення ремісії та уникнути потенційних недоліків тривалого застосування бензодіазепінів. Як зазначають дослідники, користь бензодіазепінів доведено за призначення на початку (або невдовзі після) приймання антидепресантів, якщо внаслідок аналізу анамнезу пацієнта очікується розвиток тривожних симптомів (Sinclair et al., 2009).

Ще одна стратегія передбачає застосування бензодіазепінів, наприклад клоназепаму, як «рятувального» препарату, який пацієнт може приймати лише в разі виникнення або можливого настання тяжкої панічної атаки.

Проте S.J.C. Davies et al. наголошують на тому, що питання про доцільність регулярного використання бензодіазепінів упродовж понад чотирьох тижнів є суперечливим. Наприклад, Британський національний лікарський формуляр (BNF) рекомендує уникати тривалого застосування цих препаратів (Joint Formulary Committee, 2016). Через імовірний розвиток толерантності до лікування (із можливим підвищенням дозування), абстинентного синдрому та побічних реакцій (як-от седація, зростання частоти аварій, ризику падінь, переломів у пацієнтів старших вікових груп, а також когнітивних порушень) ризик порівняно з терапевтичною користю є надто високим (Lader, 2011).

Натомість, за консенсусним твердженням експертів, тривале застосування бензодіазепіну може бути прийнятною стратегією в разі панічного розладу, якщо препарат є ефективним для полегшення симптомів на відміну від інших методів лікування, та вдається уникнути ескалації дозування (Baldwin et al., 2013).

Інші лікувальні стратегії

Є дані щодо користі посилення дії флуоксетину антигіпертензивним препаратом піндололом, який має здатність блокування β-рецепторів і модулювання серотоніну.

Зокрема, у декількох невеликих відкритих дослідженнях доведено певний ефект вальпроату натрію як засобу монотерапії або в поєднанні з антидепресантами, якщо інші терапевтичні підходи були недієвими.

Довгострокова терапія

Дані порівняльного рандомізованого дослідження засвідчили зіставну користь моклобеміду. Сертралін був так само ефективним, як іміпрамін у РКД тривалістю шість місяців. Бензодіазепіни алпразолам і клоназепам також виявилися дієвими під час довгострокового лікування впродовж двох і трьох років відповідно.

Як було зазначено, плюси та мінуси лікування бензодіазепіном після чотирьох тижнів мають бути ретельно вивчені. Крім того, наявні повідомлення, що СІЗЗС венлафаксин та іміпрамін є ефективнішими за плацебо для профілактики рецидивів. Дані отримані у РКД за участю пацієнтів, які досягли ремісії (почали чи продовжили отримувати терапію, на яку продемонстрували відповідь, або були переведені на плацебо). Пацієнти із задовільною відповіддю на антидепресант протягом 12 тижнів зазвичай мають продовжувати його приймання щонайменше шість місяців поспіль.

Психотерапевтичні втручання

Автори наводять доказові дані щодо користі застосування певних методів психотерапії у пацієнтів із панічним розладом, як-от КПТ, майндфулнес-терапія, психоосвіта, психодинамічна та підтримувальна терапія (Salkovskis and Clark, 1991). У межах Кокранівського огляду за допомогою методу мережевого метааналізу вивчено ефективність різних психотерапевтичних підходів у разі панічного розладу (Pompoli et al., 2016).

Для КПТ є найобґрунтованіша доказова база. Наявні дані дають змогу припустити, що КПТ у поєднанні з психодинамічною та підтримувальною терапією перевершує за ефективністю інші лікувальні тактики. За даними метааналізу, поєднання антидепресивних засобів із психотерапією підтвердило вищу ефективність порівняно з лише психотерапією або окремим застосуванням антидепресантів як у гострій фазі лікування, так і за його продовження (Furukawa et al., 2007). Проаналізовано частоту рецидивів через 6–24 місяці після припинення приймання антидепресантів та/або сеансів психотерапії пацієнтами, які отримували психотерапію, антидепресанти чи їх поєднання. У пацієнтів за комбінованого лікування спостерігали меншу ймовірність розвитку рецидиву, ніж у тих, хто застосовував лише антидепресанти.

Накопичено дані, що підтверджують використання психотерапії як першої лінії у пацієнтів із панічним розладом. Однак таке лікування слід розглядати з обережністю через деякі обмеження у проведених дослідженнях, зокрема використання препаратів другої лінії, високу ймовірність систематичних похибок тощо (Furukawa et al., 2007; Wiborg, Dahl, 1996).

Відповідно до настанови Британської асоціації психофармакології (BAP, 2014), антидепресанти та психотерапію вважають засобами лікуванням першого вибору за забезпечення доступності для пацієнта допомоги медичного персоналу з відповідною підготовкою та належного контролю за вибраної модальності психотерапії (Baldwin et al., 2014).

Висновки

Підсумовуючи, S.J.C. Davies et al. зазначають, що останнім часом з'явилися переконливі доказові дані ефективності певних препаратів для лікування осіб із панічним розладом.

Здебільшого найкращою первинною терапевтичною стратегією є застосування препаратів групи СІЗЗС або венлафаксину. Якщо пацієнт не демонструє відповідь на лікування, клініцист може розглянути використання ліків інших класів, які застосовують за депресії та щодо яких є підтверджена в РКД доказова база (наприклад, ребоксетин, деякі ТЦА, моклобемід), а також інші препарати з доведеною користю, такі як габапентин, рисперидон; підсилення ефекту СІЗЗС піндололом та, можливо, застосування вальпроату натрію.

Бензодіазепіни також є ефективними, але клініцист може стикнутися з певними труднощами з огляду на негативні чинники, пов'язані з їхнім тривалим використанням. Наявні також докази користі різних видів психотерапії, як-от КПТ, підтримувальна та психодинамічна терапія, а використання таких методик разом з антидепресантами може бути дієвішим, ніж лише психотерапія або антидепресанти.

Панічний розлад є досить поширеним психічним захворюванням, що часто супроводжується розвитком панічних атак, які чинять суттєвий негативний вплив на якість життя таких хворих, тому діагностика та ефективне лікування мають важливе значення для запобігання цим несприятливим наслідкам.

Підготувала ***Олена Коробка***

Стимулотон®

Європейський сертралін

Переваги Стимулотону® в лікуванні депресії та тривожних розладів:

- Сертралін — препарат першого вибору для лікування депресії за співвідношенням ефективності та переносимості[1]
- Стимулотон має показання до застосування у дітей, віком від 6-ти років[2]
- Зручний режим дозування — один раз на добу[2]
- Кращий вибір з СІЗЗС при кардіоваскулярній патології[3]
- Сертралін — оптимальний препарат для лікування перинатальної депресії
- Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну[4]
- Володар Премії за Інновацію 2004 року
- Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах 50 мг і 100 мг

1. Cipriani A et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009 Feb 28;373(9665):746-58. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 3. Hillel W Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. The American Journal of Medicine, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2–8. 4. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000).

Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг блістер, № 30; табл. в/о 100 мг блістер, № 28. **Показання.** Великі депресивні епізоди; запобігання рецидиву великих депресивних епізодів; панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії; обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років; соціальний тривожний розлад; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами МАО. **Побічні реакції.** Фарингіт, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. **Категорія відпуску.** Відпускається за рецептом лікаря. **Р.П.** № UA/3195/01/01–02.
Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Детальная інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів.

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

EGIS