

Лікування дорослих пацієнтів із тривожними розладами

Тривожні розлади, що характеризуються надмірною тривогою, страхом, униканням ситуацій, які їх зумовлюють, є найпоширенішим типом психічних захворювань. До вашої уваги представлено стислий огляд клінічних настанов «Treatment of anxiety spectrum and related disorders. Formulary and Prescribing Guidelines» щодо призначення засобів фармакотерапії для пацієнтів із тривожними розладами, які розробили фахівці Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2024) на основі рекомендацій Національного інституту охорони здоров'я та клінічної досконалості (NICE, 2011, 2013, 2019) та Агентства з регулювання обігу лікарських засобів та виробів медичного призначення (MHRA, 2021, 2022).

Як зазначають укладачі настанов, усім пацієнтам із депресією або тривогою нез'ясованої природи слід пройти обстеження на наявність дисфункції щитоподібної залози (NICE, 2020). Призначаючи фармакотерапію вагітним пацієнткам, необхідно брати до уваги застереження Агентства з регулювання обігу лікарських засобів та виробів медичного призначення Великої Британії (MHRA) про підвищення ризику післяпологової кровотечі в разі застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗЗС) і селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СИЗЗСН) за місяць до пологів, а також збільшення ризику серйозних вроджених вад розвитку в разі лікування прегабаліном під час вагітності (MHRA, 2021, 2022). Тож, за винятком випадків, коли це є гостро необхідним, пацієнткам слід продовжувати використовувати ефективні засоби контрацепції під час лікування прегабаліном або уникати його застосування в разі вагітності.

Генералізований тривожний розлад

Прегабалін належить до ліцензованих засобів для лікування пацієнтів із генералізованим тривожним розладом (ГТР), загальну добову дозу препарату рекомендовано розділити на два чи три приймання, при цьому немає суттєвої різниці щодо ефективності або його переносимості (Pohl et al., 2005; PNE / NHS, 2014). Втім, призначаючи прегабалін, необхідно пам'ятати про ризики розвитку залежності та зловживання препаратом (NICE, 2015).

Буспіرونу притаманний відстрочений початок анксиолітичної дії (початкові ефекти спостерігають на другий тиждень застосування, а приблизно за місяць — досягнення очікуваного результату), тому вказаний препарат не рекомендовано використовувати «за потреби». Його застосування не зумовлює значного седативного ефекту, а потенціал для зловживання цим засобом є мінімальним. Терапевтичний діапазон доз буспірону становить від 20 до 30 мг/добу, максимальна доза — 45 мг/добу. Різке скасування лікування буспіроном не призводить до виразної тривожності або розвитку синдрому відміни.

Бензодіазепіни не рекомендовано призначати на строк понад 2–4 тижні. Для тривалішого лікування пацієнтів із ГТР рекомендовано призначати антидепресанти. Оптимальним є застосування діазепаму, оскільки він швидко всмоктується і має тривалий період напіввиведення (бензодіазепіни з довшим періодом напіввиведення менше спричиняють проблеми залежності, ніж ті, у яких цей період короткий, як-от у лоразепаму). Після регулярного приймання бензодіазепінів протягом декількох днів їх дозування слід зменшувати поступово.

Таблиця 1. Медикаментозне лікування дорослих пацієнтів із генералізованим тривожним розладом

Препарати	Лікарські форми	Примітки
Сертралін	Таблетки 25, 50, 100 мг	Неліцензований, СІЗЗС 1-ї лінії терапії
Флуоксетин	Капсули 20 мг Таблетки 20 мг Розчин 20 мг / 5 мл	Неліцензований, СІЗЗС 2-ї лінії терапії
Пароксетин	Таблетки 20, 30 мг	Ліцензований, СІЗЗС 2-ї лінії терапії
Циталопрам	Таблетки 10, 20, 40 мг Краплі оральні 40 мг/мл (2 мг/краплю; 8 крапель [16 мг] = таблетка 20 мг)	Неліцензований, СІЗЗС 2-ї лінії терапії
Венлафаксин	Таблетки 37,5 мг Капсули 75 мг	Ліцензований, СІЗЗСН 2-ї лінії терапії, рекомендований за неефективності СІЗЗС
Дулоксетин	Капсули 30, 60 мг	Ліцензований, СІЗЗСН
Прегабалін	Капсули 25, 50, 75, 100, 150, 200, 225, 300 мг	Ліцензований, препарат 3-ї лінії терапії за неефективності / непереносимості СІЗЗС / СІЗЗСН
Буспірон	Таблетки 5, 10 мг	Ліцензований
Кломіпрамін	Капсули 10, 25, 50 мг	Неліцензований, ТЦА
Діазепам	Таблетки 2, 5, 10 мг Розчин 2 мг / 5 мл, 5 мг / 5 мл	Ліцензований для короткочасного застосування (лише протягом 2–4 тижнів) для зменшення ознак сильної тривоги, що спричиняє дистрес
Есциталопрам	Таблетки, 5, 10 мг Краплі пероральні, 10 мг/мл, 20 мг/мл	Ліцензований
Гідроксизин	Таблетки 10, 25 мг Розчин 10 мг / 5мл	Ліцензований (антигістамінний препарат), схвалений Британською асоціацією психофармакології (BAP, 2017) для лікування ГТР (Summary of Product Characteristics, 2017)
Лоразепам	Таблетки 1 мг Розчин для ін'єкцій 4 мг/мл	Ліцензований для невідкладного лікування пацієнтів із тривожними розладами, ознаками збудження або гострої манії
Прометазин	Таблетки 10, 25 мг Розчин 5 мг / 5мл	Неліцензований (антигістамінний засіб)
Пропранолол	Таблетки 10, 40, 80 мг Розчин 5 мг / 5 мл, 10 мг / 5 мл, 50 мг / 5 мл	Ліцензований (β-адреноблокатор)

Примітки: СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СІЗЗСН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну; ТЦА — трициклічні антидепресанти.

Адаптовано згідно з Treatment of Anxiety. Formulary and Prescribing Guidelines. Essex Partnership University. NHS Foundation Trust. 2024.

Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA, 2017) попереджає про серйозний ризик смерті в разі застосування бензодіазепінів у поєднанні з опіоїдними анальгетиками або препаратами проти кашлю. Перелік препаратів, схвалених для лікування дорослих пацієнтів із ГТР, наведено в таблиці 1.

Згідно з настановою Національного інституту охорони здоров'я та клінічної досконалості Великої Британії (NICE, 2019), якщо пацієнт із ГТР віддає перевагу фармакологічному лікуванню, рекомендовано призначення сертраліну як засобу терапії першої лінії. Оскільки сертралін не ліцензований для застосування за цим показанням, необхідно отримати інформовану згоду пацієнта

та задокументувати її. У разі неефективності застосування сертраліну необхідно розглянути можливість призначення іншого СІЗЗС або СІЗЗСН (як-от венлафаксину).

Якщо пацієнт не переносить СІЗЗС або СІЗЗСН, можливо розглянути призначення прегабаліну. Бензодіазепіни не рекомендовано використовувати для лікування пацієнтів із ГТР на первинній або вторинній ланці медичної допомоги, за винятком короточасної невідкладної терапії за кризових станів. Антипсихотики не рекомендовано пропонувати для лікування пацієнтів із ГТР на первинній ланці медичної допомоги.

Обговорюючи лікування з пацієнтом, необхідно з'ясувати його попередній досвід застосування фармакотерапії (зокрема, прихильність до лікування, його ефективність, побічні реакції, досвід щодо синдрому відміни та особисті вподобання). Також слід пояснити переваги терапії антидепресантами та поінформувати пацієнта про поступовий розвиток анкісологічного ефекту протягом тижня або більше. Щоб уникнути синдрому відміни, який може розвинути за вживання деяких антидепресантів, як-от пароксетину й венлафаксину, пацієнт має приймати ліки строго за призначенням, а також після досягнення ремісії для запобігання рецидиву (NICE, 2019).

До специфічних ризиків (поєднання ймовірності та наслідків настання несприятливих подій), пов'язаних із терапією антидепресантами, належать ризик активації, що спостерігається за приймання СІЗЗС та СІЗЗСН — у вигляді підвищеної тривожності, збудження та проблем зі сном; підвищена ймовірність кровотеч у разі застосування СІЗЗС, особливо в пацієнтів літнього віку та в осіб, які приймають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) або варфарин / аспірин (рекомендовано призначити гастропротектори); ризик виникнення суїцидальних думок та самоушкодження в пацієнтів віком до 30 років. Їх слід обстежити впродовж тижня після початку лікування та здійснювати щотижневий моніторинг щодо суїцидальної поведінки протягом першого місяця фармакотерапії.

Для осіб, у яких розвинулися побічні реакції, рекомендовано розглянути одну з таких стратегій, як моніторинг симптомів (якщо вони легкі й прийнятні для пацієнта) або зменшення дозування / припинення приймання ліків (відповідно до побажань пацієнта) і вибір альтернативного препарату або високоінтенсивного психотерапевтичного втручання (NICE, 2019).

Протягом перших трьох місяців лікування що 2–4 тижні та що три місяці надалі необхідно оцінювати ефективність і переносимість фармакотерапії. Якщо препарат дієвий, слід продовжувати приймати його щонайменше протягом року, оскільки ймовірність рецидиву є високою. У разі, якщо пацієнт не відповідає на лікування, необхідно запропонувати високоінтенсивне психотерапевтичне втручання або альтернативну фармакотерапію. Якщо пацієнт має часткову відповідь, слід розглянути застосування психотерапії на додаток до медикаментозного лікування.

Можливість скерування пацієнта для отримання вторинної медичної допомоги рекомендовано, якщо наявні тяжкі ознаки ГТР із будь-яким із таких симптомів:

- Ризик самоушкодження або самогубства.
- Значуща коморбідність (наприклад, зловживання психоактивними речовинами [ПАР], розлади особистості або серйозні проблеми з фізичним здоров'ям).
- Нехтування собою.
- Бракує відповіді на вищезазначені терапевтичні втручання (NICE, 2019).

Призначення комбінації антидепресантів або збільшення їх дозування рекомендовано за недостатньої відповіді на терапію, але, згідно з рекомендаціями NICE (2019), якщо «доказів щодо ефективності комбінованого лікування недостатньо, а побічні ефекти та взаємодії ймовірні за комбінування та збільшення доз антидепресантів».

Панічний розлад

У таблиці 2 представлено перелік препаратів, схвалених для лікування дорослих пацієнтів із панічним розладом. Щоб мінімізувати спричинювані СІЗЗС тривожність та підвищення частоти панічних атак, початкова доза препарату має бути дуже низькою (зазвичай половина від тієї, яку містить найменша лікарська форма). Дозування лікарського засобу рекомендовано збільшувати щотижня до досягнення бажаного ефекту або появи побічних реакцій.

Таблиця 2. Медикаментозне лікування дорослих пацієнтів із панічним розладом

Препарати	Лікарські форми	Примітки
Сертралін	Таблетки 50, 100 мг	Ліцензований, СІЗЗС 1-ї лінії терапії (за вартістю)
Циталопрам	Таблетки 10, 20, 40 мг Краплі пероральні 40 мг/мл (2 мг/краплю)	Ліцензований
Кломіпрамін	Капсули 10, 25, 50 мг	Неліцензований
Есциталопрам	Таблетки 5, 10 мг Краплі пероральні, 10 мг/мл, 20 мг/мл	Ліцензований
Флуоксетин	Капсули 20 мг Таблетки, вкриті оболонкою, 20 мг Розчин 20 мг / 5 мл	Неліцензований
Іміпрамін	Таблетки 10, 25 мг	Неліцензований
Пароксетин	Таблетки 20, 30 мг Розчин 10 мг / 5 мл	Ліцензований

Примітка. СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну.

Адаптовано згідно з Treatment of Anxiety. Formulary and Prescribing Guidelines. Essex Partnership University. NHS Foundation Trust. 2024.

Відповідно до настанов Національного інституту охорони здоров'я та клінічної досконалості Великої Британії (NICE, 2019), засобом лікування першої лінії мають бути СІЗЗС, ліцензовані для застосування за панічного розладу. Згідно з попередніми рекомендаціями NICE (2011), усіх пацієнтів, які починають приймати антидепресанти, слід поінформувати про відстрочене настання очікуваного ефекту, потенційні побічні дії, необхідність приймання ліків строго за інструкцією, тривалість терапії та можливі небажані явища в разі її скасування. Таку інформацію необхідно надавати в письмовому вигляді. На початку лікування побічні ефекти СІЗЗС можливо зменшити, починаючи терапію з низьких дозувань і збільшуючи їх повільно до досягнення задовільної терапевтичної відповіді. Перевіряти ефективність лікування та наявність побічних ефектів необхідно протягом двох тижнів після його початку, а також через 4, 6 і 12 тижнів відповідно. Деяким пацієнтам може знадобитися довготривале лікування та дози препаратів із верхньої частини діапазону (NICE, 2019).

Якщо після 12-тижневого курсу терапії СІЗЗС не спостерігається поліпшення стану пацієнта або він погано її переносить, доцільним є подальше лікування, зокрема варто розглянути можливість застосування іміпраміну або кломіпраміну. Хоча жоден із цих препаратів не ліцензований для лікування осіб із панічним розладом, їхня ефективність підтверджена даними досліджень (у такому разі необхідно отримати задокументовану інформовану згоду пацієнта).

Перед призначенням трициклічних антидепресантів (ТЦА), як-от іміпрамін або кломіпрамін, слід брати до уваги ризик навмисного самоушкодження або випадкового передозування, оскільки ТЦА значно небезпечніші в разі передозування порівняно із СІЗЗС. Крім того, ТЦА не рекомендовано призначати в плановому порядку пацієнтам зі значним ризиком серцево-судинних захворювань без попереднього виконання електрокардіографічного (ЕКГ) дослідження та вимірювання артеріального тиску (АТ) (NICE, 2019).

За поліпшення стану пацієнта, що спостерігається після 12 тижнів лікування, необхідно продовжувати терапію протягом 6 місяців за досягнення оптимальної дози (із переглядом ефекту з інтервалом 8–12 тижнів). Після цього дозування препарату можливо зменшити. Якщо після 12 тижнів лікування в пацієнта не відбувається поліпшення стану і це було перше втручання, необхідно переоцінити діагноз панічного розладу та розглянути можливість призначення повторної терапії. Натомість, якщо це друге втручання, слід переглянути встановлений діагноз і керувати такого пацієнта до закладу надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Бензодіазепіни, седативні антигістамінні препарати та антипсихотики не рекомендовано призначати для лікування панічного розладу. Пацієнтам із межовими розладами або дисоціальними розладами особистості рекомендовано седативні препарати лише короточасними курсами за кризових станів або для лікування коморбідних захворювань (NICE, 2019).

Посттравматичний стресовий розлад

Результати рандомізованих контрольованих плацебо досліджень підтверджують ефективність низки антидепресантів, зокрема СІЗЗС (флуоксетину, пароксетину, сертраліну), амітриптиліну, іміпраміну, міртазапіну, нефазодону, фенелзину та венлафаксину для лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Наявні також доказові дані щодо ефективності застосування рisperidonу, оланзапіну та топірамату. Однак дані проведеного метааналізу продемонстрували, що лише застосування пароксетину, сертраліну і венлафаксину мало перевагу над плацебо (BAP, 2019).

Зокрема, доведено ефективність тривалого лікування пацієнтів із ПТСР флуоксетином та сертраліном. Дані проведених невеликих рандомізованих контрольованих плацебо досліджень підтвердили ефективність застосування празозину для зменшення частоти нічних кошмарів та інших симптомів ПТСР.

У таблиці 3 представлено перелік препаратів, схвалених для лікування дорослих пацієнтів із ПТСР.

Не рекомендовано призначати фармакологічне лікування, зокрема бензодіазепінами, для профілактики ПТСР (NICE, 2019). Якщо такий пацієнт віддає перевагу фармакотерапії, рекомендовано розглянути можливість застосування венлафаксину або СІЗЗС, наприклад сертраліну. При цьому слід регулярно оцінювати ефективність призначеного лікування.

Як зазначають автори настанов, якщо в пацієнта з ПТСР наявні симптоми та поведінка, що можуть призвести до інвалідизації, а також тяжкі ознаки гіперзбудливості або психозу і немає відповіді на інші фармако- або психотерапевтичні втручання, рекомендовано розглянути додавання до психотерапевтичних заходів лікування антипсихотичними препаратами, наприклад рisperidonом.

Обсесивно-компульсивний розлад

Перелік препаратів, схвалених для застосування в дорослих пацієнтів з обсесивно-компульсивним розладом (ОКР) представлено у таблиці 4. Антидепресанти класу СІЗЗС рекомендовано призначати як засіб першої лінії лікування пацієнтам, які не можуть отримувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) або вважають її неефективною (NICE, 2011). Якщо через 12 тижнів лікування СІЗЗС виявиться неефективним (у поєднанні з психотерапією або без неї), необхідно призначити інший СІЗЗС або кломіпрамін. Кломіпрамін не рекомендовано застосовувати в плановому порядку пацієнтам зі значним ризиком серцево-судинних захворювань без виконання базових вимірювань параметрів ЕКГ та АТ. Пацієнтам зі значним ризиком суїциду слід призначати (або видавати) невеликі дози кломіпраміну через його токсичність у разі передозування.

Якщо монотерапія другим СІЗЗС або кломіпраміном виявиться неефективною за 12 тижнів застосування, необхідно додати антипсихотик. У разі, якщо пацієнт уже приймає циталопрам, розглянути можливість його аугментації кломіпраміном.

У плановому порядку на первинній ланці медичної допомоги не рекомендовано: додавати антипсихотик до СІЗЗС / кломіпраміну; застосовувати комбіновані антидепресанти. ТЦА (за винятком кломіпраміну) та споріднені з ними антидепресанти, СІЗЗСН (як-от венлафаксин) та інгібітори моноаміноксидази (ІМАО) не рекомендовано призначати пацієнтам із ОКР (за винятком випадків розвитку супутньої патології) (NICE, 2011).

Пацієнтам з ОКР не рекомендовано призначати анксіолітики (за винятком обережного використання впродовж коротких періодів для запобігання ранній активації СІЗЗС), якщо їх не застосовують для лікування супутньої патології. Монотерапію антипсихотиками не рекомендовано призначати пацієнтам з ОКР. Якщо лікування СІЗЗС ефективне (наявна повна функціональна здатність пацієнта протягом 12 тижнів із клінічно незначущими симптомами), рекомендовано продовжувати таку терапію щонайменше впродовж 12 місяців, щоб запобігти рецидиву та забезпечити

Таблиця 3. Медикаментозне лікування дорослих пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом

Препарати	Лікарські форми	Примітки
Пароксетин	Таблетки 20, 30 мг Розчин 10 мг / 5 мл	Ліцензований, терапія 1-ї лінії (NICE, 2019; BAP, 2019)
Сертралін	Таблетки 50, 100 мг	Ліцензований, терапія 1-ї лінії. Застосування підтримується настановою NICE та схвалене BAP (NICE, 2019; BAP, 2019). Ефективний для невідкладного та тривалого лікування ПТСР (BAP, 2019)
Венлафаксин	Таблетки / капсули (із негайним і модифікованим вивільненням) 37,5; 75; 150 мг	Неліцензований, але застосування схвалене NICE та BAP (NICE, 2019; BAP, 2019). Терапія 1-ї лінії
Міртазапін	Таблетки 15, 30, 45 мг Ородисперговані таблетки 15, 30, 45 мг Пероральний розчин 15 мг/мл	Неліцензований, але є докази ефективності (BAP, 2019)
Амітриптилін	Таблетки 10, 25, 50 мг Розчин 25 мг / 5 мл, 50 мг / 5 мл	Неліцензований, але є докази ефективності (BAP, 2019)
Іміпрамін	Таблетки 10, 25 мг Розчин 25 мг / 5 мл	Неліцензований, але є докази ефективності (BAP, 2019)
Флуоксетин	Капсули 20 мг Рідина 20 мг / 5 мл	Неліцензований, але є докази ефективності для невідкладного та тривалого лікування ПТСР (BAP, 2019)
Оланзапін (доповнення до антидепресантів СИЗС)	Таблетки 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20 мг Ородисперговані таблетки 5, 10, 15, 20 мг	Неліцензований, але схвалений BAP (BAP, 2019)
Рисперидон	Таблетки 0,5, 1, 2, 3, 4, 6 мг Ородисперговані таблетки 0,5, 1, 2, 3, 4 мг Пероральний розчин 1 мг/мл	Неліцензований, але схвалений NICE та BAP (NICE, 2019; BAP, 2019)
Фенелзин	Таблетки 15 мг	Неліцензований, але є докази ефективності (BAP, 2019)

Примітка. Циталопрам, альпрозолам, тіагабін і вальпроат натрію не були визнані ефективними препаратами в проведених контрольованих плацебо дослідженнях (NICE, 2019).

Адаптовано згідно з Treatment of Anxiety. Formulary and Prescribing Guidelines. Essex Partnership University. NHS Foundation Trust. 2024.

подальше поліпшення стану пацієнта з ОКР. Після 12 місяців застосування необхідно переглянути поточну потребу у фармакотерапевтичному втручанні та задокументувати причину(и) щодо їх продовження чи скасування.

У разі прийняття рішення про припинення терапії слід зменшувати дози препаратів поступово (протягом декількох тижнів). Лікування кломіпраміном рекомендовано щонайменше протягом 12 місяців, якщо воно ефективне і сприяє подальшому поліпшенню стану пацієнта. Під час чергового огляду необхідно задокументувати причину(и) продовження або скасування вказаної терапії. А в разі її припинення — зменшувати дозування препарату поступово, щоб мінімізувати потенційні симптоми відміни (NICE, 2011).

Тілесний дисморфічний розлад

У таблиці 5 наведено перелік препаратів, схвалених для лікування дорослих пацієнтів із тілесним дисморфічним розладом (ТДР). Згідно з настановою NICE (2011), як засіб фармакотерапії першої лінії пацієнтам із ТДР рекомендовано флуоксетин. Якщо вказаний препарат виявиться неефективним через 12 тижнів застосування (у поєднанні з психотерапією або без неї), необхідно

Таблиця 4. Медикаментозне лікування дорослих пацієнтів з obsесивно-компульсивним розладом

Препарати	Лікарські форми	Примітки
Флуоксетин	Капсули 20 мг Ородисперговані таблетки 20 мг Розчин 20 мг / 5 мл	Ліцензований для застосування за цим показанням, СІЗЗС 1-ї лінії терапії (за вартістю придбання)
Циталопрам	Таблетки 10 мг, 20 мг, 40 мг Оральні краплі 40 мг / мл (2 мг/краплю)	Неліцензований, але використання за ОКР схвалено ВАР (ВАР, 2019)
Кломіпрамін	Капсули 10, 25, 50 мг	Ліцензований для застосування за цим показанням
Галоперидол	Капсули 500 мкг Таблетки 1,5, 5, 10 мг Розчин 2 мг/мл	Неліцензований, але використання при ОКР (аугментація) схвалено ВАР (ВАР, 2019)
Сертралін	Таблетки 50, 100 мг	Ліцензований для застосування за цим показанням
Оланзапін	Таблетки 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20 мг Таблетки, вкриті оболонкою, 5, 10, 15, 20 мг	Неліцензований, але використання за ОКР (аугментація) схвалено ВАР (ВАР, 2019)
Пароксетин	Таблетки 20, 30 мг Розчин 10 мг / 5 мл	Ліцензований для застосування за цим показанням
Кветіапін	Таблетки 25, 100, 150, 200, 300 мг	Неліцензований, але використання за ОКР (аугментація) схвалено ВАР (ВАР, 2019)
Рисперидон	Таблетки 0,5, 1, 2, 3, 4, 6 мг Розчин 1 мг / мл Ородисперговані таблетки 0,5; 1, 2 мг	Неліцензований, але використання за ОКР (аугментація) схвалено ВАР (ВАР, 2019)

Примітка. Циталопрам, алпразолам, тіагабін і вальпроат натрію не визнані ефективними препаратами в контрольованих плацебо дослідженнях (NICE, 2019).

Адаптовано згідно з Treatment of Anxiety. Formulary and Prescribing Guidelines. Essex Partnership University. NHS Foundation Trust, 2024.

запропонувати інший СІЗЗС або кломіпрамін (останній не рекомендовано призначати в плановому порядку пацієнтам зі значним ризиком серцево-судинних захворювань без виконання базового моніторингу параметрів ЕКГ та АТ). Пацієнтам зі значним ризиком суїциду рекомендовано призначати або видавати невеликі дози кломіпраміну, зокрема через його токсичність у разі передозування. Якщо терапія другим СІЗЗС виявиться неефективною протягом 12 тижнів, необхідно розглянути додавання бупіпропіону до СІЗЗС. ТЦА (за винятком кломіпраміну) та споріднені з ними антидепресанти, СІЗЗСН (зокрема, венлафаксин) та ІМАО не рекомендовано застосовувати пацієнтам із ТДР, за винятком випадків супутньої патології (NICE, 2011).

Анксиолітики, за винятком обережного застосування впродовж коротких періодів для запобігання ранній активації СІЗЗС, не рекомендовано застосовувати при ТДР (якщо їх не призначають для лікування супутньої патології). Пацієнтам із ТДР не рекомендовано призначати монотерапію антипсихотиками (NICE, 2011).

Якщо лікування СІЗЗС ефективне (наявна повна функціональна здатність пацієнта протягом 12 тижнів із клінічно незначущими симптомами), його необхідно продовжувати щонайменше впродовж 12 місяців, щоб запобігти рецидиву та забезпечити подальше поліпшення стану. Після 12 місяців фармакотерапії необхідно переглянути поточну потребу такого пацієнта і задокументувати причину(и) для її продовження або скасування. У разі припинення терапії необхідно зменшувати дозування застосовуваних препаратів поступово (протягом декількох тижнів).

Лікування кломіпраміном рекомендовано продовжувати щонайменше протягом 12 місяців, якщо воно є ефективним і сприяє поліпшенню стану пацієнта. Під час огляду пацієнта необхідно задокументувати причину(и) продовження або скасування цієї терапії, а в разі її припинення зменшувати дозу поступово, щоб мінімізувати потенційні симптоми відміни (NICE, 2011).

Таблиця 5. Медикаментозне лікування дорослих пацієнтів із тілесним дисморфічним розладом

Препарати	Лікарські форми	Примітки
Флуоксетин	Капсули 20 Ородисперговані таблетки 20 мг Розчин 20 мг / 5 мл	Неліцензований, засіб 1-ї лінії терапії
Буспірон	Таблетки 5 мг, 10 мг	Неліцензований, застосовують для аугментації терапії СІЗЗС за тілесного дисморфічного розладу в дозах 40–90 мг/добу (максимальна рекомендована доза буспірону у Великій Британії — 45 мг/добу)
Циталопрам	Таблетки 10, 20, 40 мг Краплі пероральні 40 мг / мл (2 мг/краплю)	Неліцензований
Кломіпрамін	Капсули 10, 25, 50 мг	Неліцензований
Пароксетин	Таблетки 20, 30 мг Розчин 10 мг / 5 мл	Неліцензований
Сертралін	Таблетки 50, 100 мг	Неліцензований

Адаптовано згідно з Treatment of Anxiety. Formulary and Prescribing Guidelines. Essex Partnership University. NHS Foundation Trust. 2024.

Розлад соціальної тривоги

Перелік препаратів, схвалених для лікування дорослих пацієнтів із розладом соціальної тривоги, наведено в таблиці 6. У разі відмови пацієнта від КПТ і надання переваги фармакологічному втручання необхідно обговорити причини відмови та вирішити будь-які питання, що можуть зумовлювати занепокоєння (NICE, 2013). А якщо пацієнт лише частково відповідає на терапію СІЗЗС (есциталопрам або сертралін) після 10–12 тижнів лікування, слід запропонувати йому індивідуальну КПТ на додаток до СІЗЗС.

Якщо немає відповіді на лікування СІЗЗС (есциталопрамом або сертраліном) або пацієнт не переносить побічні ефекти, рекомендовано призначити альтернативний СІЗЗС (флувоксамін або пароксетин) або СІЗЗСН (венлафаксин), зважаючи на:

- 1) можливість розвитку синдрому відміни (яка може бути зменшена завдяки застосуванню препаратів із пролонгованим вивільненням);
- 2) ризик суїцидальної поведінки та ймовірність розвитку токсичності в разі передозування препарату.

За недостатньої відповіді на альтернативний СІЗЗС або СІЗЗСН необхідно призначити ІМАО (фенелзин або моклобемід), обговорити можливість застосування індивідуальної КПТ, якщо пацієнт не відповідає на фармакологічне втручання.

Для лікування пацієнтів із розладом соціальної тривоги не рекомендовано призначати в плановому порядку протинападкові препарати, ТЦА, бензодіазепіни або антипсихотики. Також не рекомендовано використовувати препарати звіробою або інші безрецептурні ліки та анксиолітики для лікування соціального тривожного розладу, зокрема через можливість їх потенційної взаємодії з іншими рецептурними та безрецептурними засобами, а також через брак доказів на користь їх безпечного приймання.

Призначення прегабаліну

Прегабалін ліцензований для лікування пацієнтів із ГТР. Його початкова доза становить 150 мг/добу, бажано в два приймання (по 75 мг), за потреби її збільшують із 7-денними інтервалами з кроком по 150 мг/добу до максимальної дози 600 мг/добу, переважно двома прийманнями. Не рекомендовано різко скасовувати терапію вказаним препаратом, оскільки це може спровокувати поновлення ознак тривожного розладу та судом.

Таблиця 6. Медикаментозне лікування дорослих пацієнтів із розладом соціальної тривоги

Препарати	Лікарські форми	Примітки
Сертралін	Таблетки 50, 100 мг	Ліцензований, 1-ша лінія терапії
Есциталопрам	Таблетки 5, 10 мг Краплі пероральні 10, 20 мг/мл	Ліцензований, альтернатива засобам 1-ї лінії терапії
Пароксетин	Таблетки 20, 30 мг Розчин 10 мг / 5 мл	Ліцензований, 2-га лінія терапії
Венлафаксин	Капсули 75мг	Ліцензований, СІЗЗСН, альтернатива засобам 2-ї лінії терапії за неефективності СІЗЗС
Флувоксамін	Таблетки 50, 100 мг	Неліцензований, альтернатива засобам 2-ї лінії терапії
Моклобемід	Таблетки 150, 300 мг	Ліцензований, 3-тя лінія терапії
Фенелзин	Таблетки 15 мг	Неліцензований, альтернатива засобам 3-ї лінії терапії

Адаптовано згідно з Treatment of Anxiety. Formulary and Prescribing Guidelines. Essex Partnership University. NHS Foundation Trust. 2024.

Управління з охорони здоров'я Великої Британії (PHE, 2015) опублікувало рекомендації для лікарів щодо ризику розвитку в пацієнтів залежності внаслідок застосування прегабаліну та зловживання ним. Отже, не рекомендовано призначати прегабалін пацієнтам із відомою або підозрою на схильність до зловживання та розвитку залежності від ліків (або призначати тільки в разі неефективності альтернативних засобів). Крім того, вплив прегабаліну на центральну нервову систему може призвести до розвитку сонливості, седації, пригнічення дихання, а в деяких випадках — до смерті.

Призначаючи прегабалін, лікар має бути ознайомлений із повним переліком медикаментів, які приймає пацієнт на поточний момент, щоб гарантувати мінімізацію потенційно шкідливих фармакологічних взаємодій. Необхідно також обговорити з пацієнтом та задокументувати обґрунтування призначення прегабаліну та рішення щодо ймовірного ризику розвитку залежності. Також слід ретельно оцінити ризики продовження вказаного призначення та вжити відповідних заходів задля забезпечення інтервалів щодо повторних обстежень стану пацієнта. Як відомо, застосування прегабаліну може дещо збільшити ризик серйозних вроджених вад розвитку плода, якщо його приймати під час вагітності.

Отже, під час лікування вказаним препаратом пацієнтки мають продовжувати використовувати ефективні засоби контрацепції та уникати використання прегабаліну в разі настання вагітності, крім випадків гострої потреби у його прийманні (MHRA, 2022).

Висновки

Представлений огляд містить рекомендації щодо поетапного підходу до лікування пацієнтів із ГТР, панічним розладом, ПТСР, ОКР, ТДР та розладом соціальної тривоги (раніше відомим як «соціальна фобія»). Як зазначають автори настанов, пацієнтам із тривожними розладами не рекомендовано медикаментозне лікування як засіб першої лінії, оскільки психотерапія чинить триваліший ефект. У рекомендаціях також наведено препарати, які слід призначати після прийняття рішення про доцільність використання фармакотерапії, причому низку засобів, на думку авторів, можливо застосовувати поза затвердженими показаннями.

Підготувала **Наталія Купко**

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