

КОНСУЛЬТАНТ

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: 2. ТРИВОЖНІ СТАНИ

Скорочений виклад

M. D. Feldman
Managing Psychiatric Disorders in Primary Care: Anxiety
Hospital Practice. July 15, 2000: 77-84.

Тривожні розлади трапляються у практиці сімейного лікаря досить часто: на них припадає принаймні 10% візитів. Виявлено, що цей стан періодично виникає у 20% жінок та 8% чоловіків і триває переважно 6 місяців і довше. При цьому соматичні скарги часто приховують основну проблему, що нерідко спонукає лікаря призначати непотрібні обстеження і лікування.

Термін “тривожні розлади” охоплює низку клінічно неоднорідних станів, які потребують різного тактичного підходу, мають різні ускладнення і різний прогноз. До них належать панічні розлади, генералізовані тривожні розлади, порушення адаптації з тривогою, посттравматичні стресові розлади, гострі стресові розлади, специфічні фобії, соціальні фобії і obsесивно-компульсивні розлади. Оскільки понад 80% анксиолітиків призначають лікарі загальної практики, тактовне, співчутливе з’ясування причини, яка призводить до страждань пацієнта, та своєчасне встановлення діагнозу є вирішальними. Питання для скринінгового обстеження, якими може скористатися клініцист, перераховано у таблиці 1.

ПАНІЧНІ РОЗЛАДИ

Упродовж 1—2 років спостереження поодинокий панічний напад можна виявити у суттєвої частки популяції; у практиці сімейного лікаря панічні розлади трапляються приблизно у 7% пацієнтів. Проте серед певних груп частота цієї патології суттєво вища. У хворих, в анамнезі яких виявлено запаморочення або синкопе, частота панічних розладів сягає 13%. У пацієнтів, які скаржаться на біль у грудях, проте в яких не виявлено даних за кардіологічну патологію (у т. ч. при ангіографії), частота панічних розладів доходить до 40%. Отже, якщо хворий скаржиться на дискомфорт у грудях, запаморочення, задишку за відсутності явної клінічної патології, перш за все треба подумати про “паніку” (табл. 2). Найчастіше такі проблеми починаються у віці 15—20 років, натомість початок захворювання у 40 років і пізніше свідчить скоріше про соматичну патологію або депресію.

Критерії панічного розладу (з агорафобією або без неї) такі: 1) повторні спонтанні напади паніки (тобто окремі періоди сильного страху або дискомфорту, що супроводжуються принаймні чотирма соматичними симптомами, які не зумовлені прийманням наркотиків, органічною патологією або іншими психічними розладами); 2) помітна зміна поведінки під час нападу; 3) принаймні один напад, після якого виникла постійна тривога щодо його наслідків (напр., втрати самоконтролю, божевілля) або боязнь аналогічних нападів у майбутньому.

Треба відзначити, що панічні розлади нічим не провокуються. Напади паніки можуть бути і при інших тривожних станах, відмінних від панічних розладів, про-

Таблиця 1.

Питання для скринінгового обстеження щодо тривожних розладів

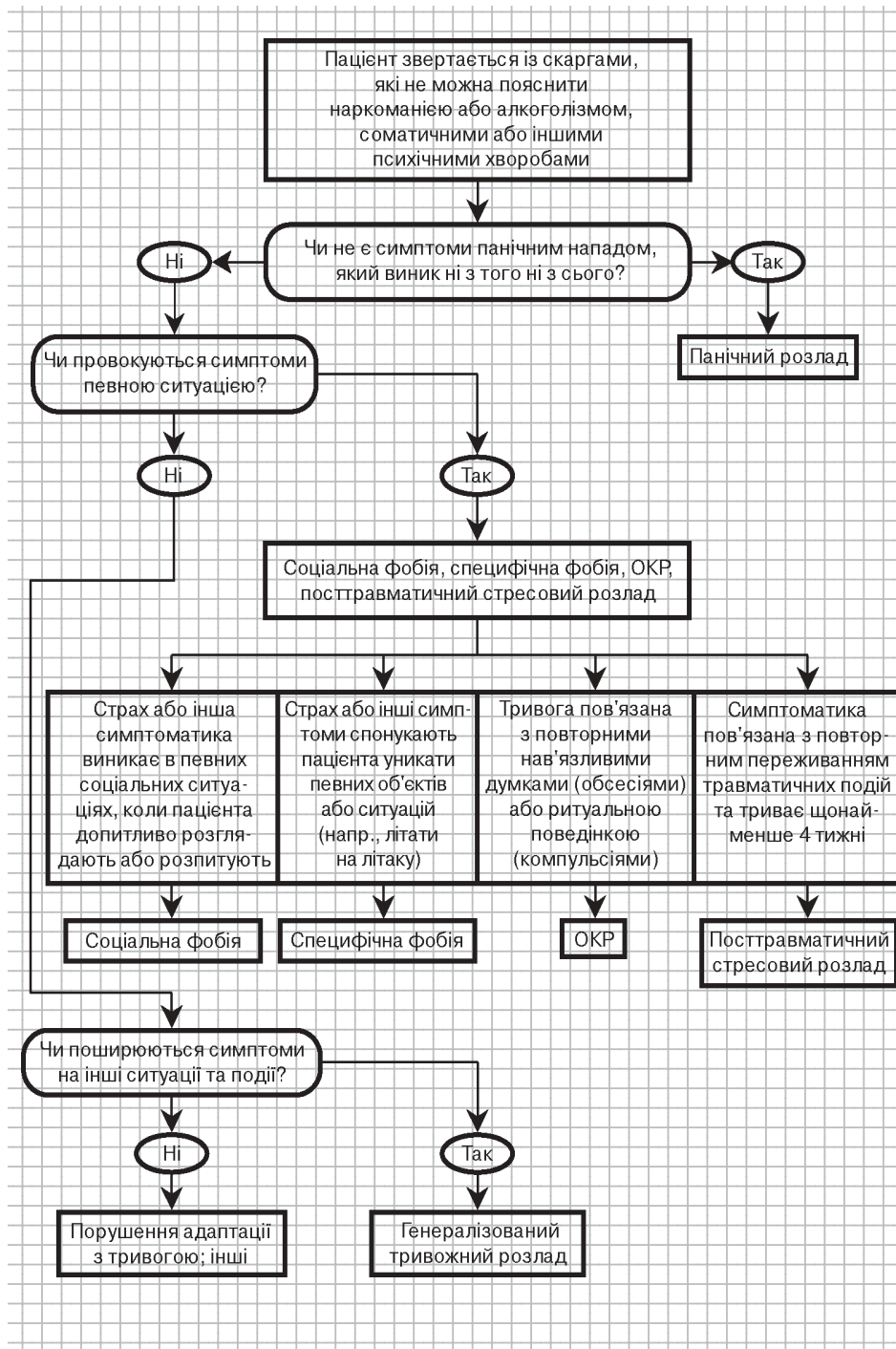
Вид розладів	Питання
Генералізовані тривожні розлади	Чи можете ви, характеризуючи себе, сказати, що ви нервова людина? Чи часто вас щось непокоїть? Чи відчуваєте ви знервованість або напруження?
Панічні розлади	Чи траплялися у вас раптові напади серцебиття, сильного страху, тривоги або знервованості? Чи було щось, що мало би спровокувати такі напади?
Агорафобія	Чи не намагалися ви колись уникнути важливих справ через страх раптового нападу, подібного до того, про який я вас щойно розпитував?
Соціальні фобії	Деякі люди відчувають суттєве занепокоєння, якщо за ними спостерігають або їх оцінюють. Наприклад, дехто не може їсти, говорити або писати, якщо на нього хтось дивиться, оскільки боїться, що зробить щось недоречне. Чи немає таких проблем у вас?
Специфічні фобії	Деякі люди дуже бояться висоти, літати на літаку, жуків або змій. Чи немає чогось подібного у вас?
Нав'язливі думки	Буває, що людей непокоять нав'язливі недоречні, неприємні або страхітливі думки, які постійно крутяться в голові. Наприклад, дехто не може позбутися думки, що він може поранити того, кого любить, хоч насправді не хоче цього зробити, що з коханою людиною щось може трапитися, що він може прилюдно вигукнути щось непристойне, що він заражений мікробами. Чи не траплялося такого з вами?
Нав'язливі дії	Деякі люди невпинно повторюють одні й ті ж дії. Вони не можуть спинитися, навіть якщо намагаються зробити це. Так, вони миють руки через кожні кілька хвилин, або неодноразово повертаються, щоб перевірити, чи вимкнено плиту або замкнено двері, або знову і знову перераховують речі. Чи не було у вас подібних проблем?
Гострий стрес та посттравматичні стресові розлади	Чи пережили ви коли-небудь подію, яка була для вас дуже травматичною, наприклад, загрозу своєму життю? Чи бачили ви коли-небудь людину, якій би загрожувала величезна небезпека? Що саме трапилось?

те тоді майже завжди вдається виявити фактор, що її провокує. Наприклад, при соціальній фобії напади спричинює страх пацієнта виглядати смішним у деяких соціальних ситуаціях; в особи із специфічною фобією паніка виникає лише під час перебування у певних місцях або при зустрічі з об'єктами, яких вони бояться (напр., із псом); при посттравматичних стресових розладах паніка виникає лише в ситуації, яка нагадує фактор, що заподіяв цю травму.

Три стадії розвитку

Вейн Катон описав три стадії розвитку панічних розладів. Після першої атаки пацієнт переважно звертається до сімейного лікаря з побоюваннями, що він

Алгоритм 1.
Діагностика тривожних розладів (за DSM-IV-PC, 1994)



Таблиця 2.
Симптоми, типові для панічних розладів

• Агорафобна поведінка уникнення
• Біль, стискання, дискомфорт у грудях
• Ядуха, відчуття клубка в горлі
• Відчуття утрудненості дихання, гіпервентиляція; хворому здається, що його щось душить
• Надмірне пітніння
• Запаморочення, слабкість
• Страх смерті або передчуття чогось жахливого
• Раптовий страх, переляк без очевидної для цього причини
• Відчуття втрати самоконтролю або божевілля
• Відчуття невпевненості
• У хворого відчуття, що він перебуває поза межами свого тіла, або в нього відокремилась якась частина тіла, або в нього є відчуття, що він плаває
• Сприйняття предметів довкілля якимись дивними, нереальними, ніби огорнутими мрякою, відокремленими
• Відчуття жару або холоду
• Нудота або дискомфорт у животі
• Надмірна занепокоєність станом свого здоров'я
• "Ватні" ноги
• У хворого відчуття, що серце скаче, "біжить галопом", дуже швидко б'ється
• Поколювання або затерпання в якихось частинах тіла
• Тремтіння, посіпування

серйозно хворий. Якщо панічний напад справді є єдиною проблемою, успішного результату вдається досягти шляхом самого лише заспокоєння і навчання пацієнта. Проте невеликий відсоток таких хворих переживає аналогічні напади повторно, а частота і важкість їх із часом зростають. У другій стадії з'являються страх очікування і фобічна поведінка, а пацієнт може вимагати призначити йому лікування, оскільки має безліч соматичних скарг (понад 40% таких хворих звертаються до лікаря винятково з соматичними скаргами). У третій стадії розвивається виражена поведінка уникнення з агорафобією та вторинною депресією. У деяких дослідженнях виявлено, що частота суїцидальних спроб серед хворих з тривожними розладами навіть вища, ніж серед хворих із депресією.

З переходом на кожну наступну стадію лікувати пацієнта все важче, отже, оптимально з'ясувати причину страждань до настання третьої стадії хвороби. Навіть якщо важкі симптоми з часом затихають, частота залишкової депресії, тривоги та фобій є високою.

Лікування

Для успішного подолання панічних розладів вирішальним є навчання пацієнта та його співпраця з лікарем. Якщо не вдалося налагодити контакт лікар — пацієнт, то малоімовірно, що хворий дотримуватиметься довготривалого плану лікування. Проблеми виникають тоді, коли пацієнта запевняють, що він не страждає від жодного серйозного захворювання, не пояснивши йому водночас, що саме з ним тра-

пилося. Коротке пояснення фізіології паніки (наприклад: “Вважаю, що у вас функціональний розлад симпатичної нервової системи, при якому в кровonosне русло потрапляє надмір стресових гормонів”) дає змогу пацієнтові зрозуміти біологічну природу його страждань і водночас здобути певність, що лікар не сприймає його скарги як вигадку. Книжки для самопомоги, спеціалізовані сторінки Інтернету та групи підтримки допомагають здобути потрібні знання та усунути низку симптомів, зумовлених емоційними розладами. Якщо можливо, треба заручитися підтримкою родини, оскільки когнітивно-біхевіоральний компонент терапії передбачає відтворення потенційно стресових стимулів у “безпечних” ситуаціях, коли пацієнт спроможний опанувати фобії.

Майже у 50% пацієнтів, які звертаються до лікаря загальної практики із типовими для панічних розладів скаргами, є водночас депресія. Отже, препаратами першого вибору, як звичайно, є антидепресанти — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або трициклічні антидепресанти. Серед других найбільшій досвід застосування при цьому стані є щодо іміпраміну, проте дослідження свідчать також про ефективність дезипраміну, який деякі пацієнти переносять ліпше.

Починають фармакотерапію з низьких доз (напр., 5—10 мг/добу пароксетину, 10—25 мг/добу іміпраміну) із поступовим підвищенням дози до досягнення бажаного клінічного ефекту. Пацієнти з панічними розладами іноді реагують на дози препаратів, які для депресії є субтерапевтичними. У перші тижні лікування може виникати ефект стимуляції, який проявляється збільшенням частоти нападів. У таких випадках треба знизити дозу, а потім підвищувати її повільніше або ж на кілька тижнів призначити водночас бензодіазепін короткої дії. Тривалість лікування — 6—12 місяців після стихання панічної симптоматики; далі препарати поступово відмінюють. Багато хворих потребують тривалішого лікування.

Бензодіазепіни із сильною дією (клоназепам, альпразолам) дають змогу досягнути клінічного ефекту швидше, ніж при застосуванні антидепресантів. Вони також ефективні при панічних розладах, проте їх не можна призначати пацієнтам із важкою депресією та анамнезом наркоманії. Деякі фахівці вважають, що оптимально починати лікування з комбінації антидепресант—бензодіазепін, щоб досягнути швидкого клінічного поліпшення, а тоді поступово відмінити бензодіазепін, розраховуючи на появу дії антидепресанту.

При легких та середньої важкості панічних розладах психотерапія така ж ефективна, як і медикаментозне лікування. Найдокладніше розроблено когнітивно-біхевіоральну терапію, яка, мабуть, у цих випадках найдоцільніша. Пацієнтів, які не хочуть приймати медикамент, варто відразу скеровувати до відповідного спеціаліста. Психотерапія корисна також як додаток до медикаментозного лікування і допомагає досягнути стабільної ремісії після відміни препаратів.

ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

Пацієнти з генералізованими тривожними розладами відчують хронічну, надмірну тривогу принаймні з приводу двох обставин із свого життя, яка триває 6 місяців або довше. Тривога супроводжується соматичною симптоматикою у поєднанні з моторним напруженням та гіперактивністю вегетативної нервової системи, проявами якої є непосидючість, втомливість, неспроможність зосередитися, розлади сну та дратівливість (табл. 3). Як звичайно, виникає вторинна депресія. Ця патологія має поступовий початок, переважно з’являється у віці 20—40 років і триває хронічно з коливаннями інтенсивності проявів. Частота таких пацієнтів у практиці лікаря загального профілю — 5—10%.

Таблиця 3.
Симптоми, типові для генералізованого тривожного розладу

Симптом	Чим проявляється?
Моторне напруження	Втомлюваність; напруження, біль і дискомфорт у м'язах; непосидючість; тремтіння, посмикування
Гіперактивність вегетативної системи	Запаморочення; сухість у роті; часте сечовипускання; відчуття жару або холоду; нудота, діарея, інші прояви абдомінального дистресу; відчуття калатання серця, прискорене серцебиття; задишка, у хворого відчуття, що його щось душить; пітливість, холодні, вогкі руки; утруднене ковтання, відчуття клубка в горлі
Настороженість та підозріливість	Неспроможність зосередитися, у хворого "тривога відганяє думку"; надто різке реагування на будь-що; відчуття "заведеності"; дратівливість; труднощі засинання, неспроможність добре виспатися.

Лікування

Лікують генералізовані тривожні розлади фармакологічними, нефармакологічними методами або їх поєднанням. Донедавна основою фармакотерапії цих станів були бензодіазепіни, які й надалі можна успішно застосовувати у пацієнтів, які не мають залежності. Проте недавні дослідження свідчать, що таку ж ефективність мають антидепресанти, навіть якщо прояви депресії невиразні, до того ж ці препарати не спричиняють когнітивних розладів, залежності та інших небажаних проявів, зумовлених прийманням бензодіазепінів.

Для пацієнтів, яких симптоми тривоги вибивають із звичної колії, розумним вибором є призначення на шість місяців клоназепаму, альпразоламу або лоразепаму в низьких дозах у поєднанні з нефармакологічними заходами. Із згасанням симптоматики дозу ліків знижують.

Буспірон — це небензодіазепіновий анксиолітик, який спричинює мінімальний седативний ефект і мінімальне звикання. Проте при генералізованих тривожних розладах ефективність його менша, ніж бензодіазепіну, а ефект виникає повільніше. Отже, буспірон не можна вважати препаратом першої лінії, крім особливих випадків, наприклад, у пацієнтів старшого віку, які не переносять бензодіазепінів, або в пацієнтів, у яких можна сподіватися взаємодії ліків або які приймають наркотики.

Венлафаксин — антидепресант, який пригнічує захоплення норадреналіну і серотоніну — суттєво знижує симптоматику тривоги у дозах 75–150 мг на добу. Інші антидепресанти, зокрема, пароксетин і нефазодон, також ефективні при цих станах.

Нефармакологічне лікування генералізованих тривожних розладів — це саморегуляторна терапія, наприклад, прогресуюча релаксація м'язів, медитація або біозворотний зв'язок. Хоч ефективність цих заходів ще не підтверджено ґрунтовними дослідженнями, пацієнти часто відчують від них суттєве полегшення. Психотерапія допомагає таким людям подолати почуття деморалізації, яке переважно супроводжує хронічну тривогу. Сімейний лікар повинен запропонувати пацієнтові виразити свої тривоги та дослідити можливий взаємозв'язок між ними та соматичними симптомами. Часті повторні візити, навіть за відсутності свіжої симптоматики, можуть допомогти опанувати тривогу та зменшують соматизацію симптомів.

СОЦІАЛЬНІ ФОБІЇ

Соціальні фобії виражаються надмірним страхом певних соціальних ситуацій (напр., виступу перед аудиторією) та спілкування з іншими людьми. Симптоми типово виникають у підлітковому віці (рідко після 30 років) і можуть бути достатньо виражені, спричинюючи помітний дистрес або психологічну інвалідизацію. Пацієнти бояться вчинити щось таке, що їх принизить або збентежить, і та цілеспрямовано уникають певних ситуацій, які їх лякають, або переносять їх із великим занепокоєнням. Більшість пацієнтів із соціальними фобіями мають супутньо якусь психіатричну патологію або залежність, наприклад, депресію або алкоголізм. Ці стани часто є наслідком років безперервної тривоги, яку переживають пацієнти з недіагностованими соціальними фобіями.

Донедавна соціальні фобії лікарі загальної практики фактично не діагностували. Ці розлади нині поділяють на дві форми: специфічні соціальні фобії (пацієнт боїться конкретних соціальних ситуацій, напр., не може привселюдно їсти), та генералізовані соціальні фобії, при яких страх спричинюють багато соціальних ситуацій. Генералізовані соціальні фобії суттєво глибше інвалідизують пацієнтів і, як вважають, можуть успадковуватися, про що свідчить значно вища їх частота серед близьких родичів.

Лікування

Оскільки особи з соціальними фобіями рідко звертаються до лікаря-психіатра саме через цю причину, то лікар загальної практики повинен бути настороженим щодо таких станів. Пацієнта із симптоматикою тривоги треба розпитати, чи не виникає у нього збентеження або тривоги в певних соціальних ситуаціях або чи не уникає він певних ситуацій через страх бути приниженим.

Перед тим, як призначити медикаментозне лікування, треба диференціювати два згадані типи соціальних фобій. Пацієнтам із специфічними фобіями (наприклад, боязню виступати перед аудиторією) доцільно рекомендувати β-блокатори перед такими ситуаціями. Для генералізованих соціальних фобій препаратами першого вибору є інгібітори зворотного захоплення серотоніну (пароксетин, сертралін¹, циталопрам). Ці ліки призначають в антидепресивних дозах щонайменше протягом року. Інші медикаменти, ефективні при таких станах: інгібітори MAO, бензодіазепіни (напр., клоназепам по 2—3 мг на добу), нефазодон, габапентин.

Інший спосіб лікування соціальних фобій — когнітивно-біхевіоральна терапія, яка передбачає поступову адаптацію пацієнта до ситуацій, які його лякають, та когнітивну реструктуризацію. Особливо корисна в таких випадках групова психотерапія.

ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

Посттравматичні стресові розлади виникають під дією суттєвих травматичних ситуацій, які спричинили первинну реакцію страху, безпорадності або жаху. Діагностичним критерієм тут є така тріада: повторне переживання травматичної ситуації (спогади, страхітливі сни), реакція уникнення/заціпеніння та реакція гіперзбуджуваності, які тривають принаймні місяць і негативно впливають на соціальну та професійну діяльність. Упродовж життя посттравматичні стресові розлади виникають у 10% жінок² та 5% чоловіків. Їх частота серед учасників війни у В'єтнамі досягає 15—20%.

¹ Випускається фірмою Пфайзер і зареєстрований в Україні під торговою маркою Золофт.

² Різновидом посттравматичного стресового розладу є постабортний синдром (діагностичні критерії вперше подаються у DSM-III R), який, за різними даними, виникає у 20—80% жінок, що перенесли штучне переривання вагітності (прим. ред.).

За відсутності лікування посттравматичні стресові розлади тривають нескінченно довго. Від 40 до 50% пацієнтів страждають від симптомів, перерахованих у класифікації DSM IV, упродовж десятиліть після травматичної події. Як і при інших тривожних розладах, тут спостерігається висока частота супутньої патології, наприклад, алкоголізму та наркоманії, депресії чи соматичних захворювань.

Лікування

Лікування посттравматичних стресових розладів багатопланове, оптимально до нього треба залучати багатьох спеціалістів. Когнітивно-біхевіоральна терапія може призвести до затихання симптоматики шляхом поєднання десенситизації, когнітивної реструктуризації та навичкового тренінгу. У подвійно-сліпих дослідженнях було підтверджено ефективність таких препаратів, як трициклічні антидепресанти та інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Важливо водночас лікувати супутні патологічні стани, наприклад, депресію, панічні розлади та наркотичну або алкогольну залежність. Сімейний лікар повинен скеровувати пацієнтів із посттравматичними стресовими розладами до психіатра.

ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНІ РОЗЛАДИ

Обсесивно-компульсивні розлади у практиці лікаря першої ланки медичної допомоги є важливою проблемою. Часто в таких випадках встановлюють неправильний діагноз або діагностують цю патологію дуже пізно: в одному з оглядів зазначено, що від появи перших симптомів до встановлення діагнозу минає в середньому 17 років, що можна пояснити сором'язливістю та збентеженням пацієнтів. Часто такі хворі є відомими фахівцями у своїй галузі та займають високе соціальне становище, тому намагаються приховати від оточення свої дивацтва. До психіатра вони довго не звертаються і відважуються на це лише тоді, коли прогресування хвороби суттєво ускладнює повсякденне життя, а отже, коли альтернативи у них не залишається.

Упродовж життя такі розлади виникають у 2—3% людей, у жінок частіше, ніж у чоловіків (1,5:1). Перший віковий пік цих розладів припадає на другу — середину третьої декади життя, другий — на середину четвертої декади. Характерними для таких пацієнтів є настирливі ідеї (нав'язливі думки, що викликають тривогу) та "примусові" дії (вони постійно повторюють певні зразки поведінки або ритуали), інтенсивність яких коливається. Згідно з критеріями DSM-IV, ці прояви повинні тривати більш ніж годину на день, супроводжуватися суттєвим психологічним дистресом або помітно впливати на повсякденну діяльність. Водночас у таких хворих у якийсь момент з'являється критичний погляд на свій стан (вони розуміють, що їхні нав'язливі думки та дії перебільшені або безпідставні), проте постійна наявність такої самокритики не обов'язкова. Типово обсесії зосереджуються на забрудненні чогось, травмуванні інших осіб, виконанні рутинних завдань, сексуальній поведінці, недотриманні соціальних норм. Нав'язливі дії (компульсії) — це повторне перевіряння, чищення, повторення чогось, наказування та ін.

Лікування

При легких та середньоважких розладах цього типу достатньо когнітивно-біхевіоральної терапії або її поєднання з фармакотерапією. Як і при панічних розладах, пацієнта спонукають потрапляти в ситуації, які спричиняють переляк, за обставин, при яких можна сподіватися від нього адекватної реакції. Із повторенням таких ситуацій тривога зменшується. Пацієнт може потребувати допомоги, щоби змогти "заблокувати" ритуали або уникнути нав'язливої поведінки; цей процес має назву "запобігання ритуалам або певній реакції". Наприклад, якщо хворий

захоплюється садівництвом, але боїться мікробів, йому може допомогти хтось із родичів або друзів, хто би стримував його від ритуального миття рук після кожного контакту з землею або садовим реманентом. Якщо пацієнта поглинають нав'язливі думки, його навчають техніки “припинити думати”, яка полягає у тому, що він неодноразово подає собі команду “мовчи!”.

Із прогресуванням симптоматики зростає необхідність фармакотерапії; можливість тривалих ремісій тоді зменшується. Найефективнішими в лікуванні ОКР є інгібітори зворотного захоплення серотоніну. (Ефективним виявився також клоніпрамін — трициклічний препарат із сильною серотонінергічною дією, можливості застосування якого, проте, обмежуються суттєвим седативним, антихолінергічним та ортостатичним ефектами). Якщо упродовж 4—8 тижнів не настає поліпшення від середніх доз цих препаратів, дози підвищують до максимальних. Якщо немає позитивної динаміки впродовж наступних 4—6 тижнів, призначають інший інгібітор зворотного захоплення серотоніну, а якщо й він неефективний, переходять до препаратів інших груп. Препарати третьої лінії — це венлафаксин, клоназепам та інгібітори MAO (перед призначенням інгібіторів MAO потрібна консультація психіатра, оскільки ці препарати можуть спричинити серйозні побічні ефекти та взаємодіяти з іншими ліками, які приймає хворий). Кожен пацієнт, у якого хоча б раз був рецидив, є кандидатом на пожиттєве лікування.

КОНСУЛЬТАЦІЯ ПСИХІАТРА

Тривожні розлади можуть бути вкрай виснажливими для пацієнта та погано піддаватися лікуванню, отже, цілком можливо, що виникне необхідність консультації психіатра. Її доцільно призначати в таких випадках:

- ◆ Лікар не впевнений в первинному діагнозі. Наприклад, диференціальна діагностика генералізованих тривожних станів та депресії, при якій є симптоматика тривоги, може потребувати втручання кваліфікованого спеціаліста.
- ◆ Лікування не дає поліпшення через очікуваний поміжок часу.
- ◆ Існують підозри щодо наркотичної або алкогольної залежності.
- ◆ Пацієнт має суїцидальні думки.
- ◆ Сімейний лікар не впевнений, який саме препарат застосовувати.

Проте більшість пацієнтів із тривожними станами звертаються до сімейного лікаря, і саме він їх лікує. Таке лікування, як правило, тривале і може бути потрібним упродовж усього дорослого життя. Інколи результати його зовсім не такі, яких сподівається лікар чи пацієнт, проте своєчасна й адекватна допомога суттєво допомагає хворому та дає йому шанси на відносно задовільну якість життя, позбавляючи від страждань, пов'язаних зі страхом та відокремленістю від світу.

Підготувала *Зореслава Городенчук*

ZOLOFT* ЗОЛОФТ

(сертраліну гідрохлорид)

Таблетки 50, 100 мг

Покази до застосування

Дорослі: лікування і профілактика депресії, яка супроводжується або не супроводжується тривогою, з наявністю або відсутністю манії в анамнезі. Лікування ОКР — обсессивно-компульсивного розладу (нав'язливого стану). **Панічних розладів** з наявністю або відсутністю агорафобії (страх відкритих просторів). **Посттравматичного стресового розладу** (ПТСР). **Діти:** лікування ОКР.

Протипокази. Одночасне застосування інгібіторів моноамінооксидази (МАО). Гіперчутливість до сертраліну. **Дозування і методи застосування.** Один раз в день незалежно від часу доби і прийому їжі. Початкова доза для дорослих для лікування депресії і ОКР — 50 мг/день; для лікування панічних розладів або ПТСР — 25 мг/день, дозу можна збільшити до 50 мг/день після тижня прийому. При необхідності збільшення дози при лікуванні депресії, ОКР, панічних розладів і ПТСР інтервал між змінами повинен складати як мінімум 1 тиждень. Максимальна доза — 200 мг/день. При тривалому прийомі треба застосовувати ефективну мінімальну дозу. Початкова доза для лікування ОКР в дітей у віці від 13 до 17 років складає 50 мг/день; для дітей у віці 6-12 років — 25 мг/день, дозу можна збільшити до 50 мг через тиждень прийому препарату. Наступне збільшення дози: 50 мг/день. При застосуванні в літніх людей або в пацієнтів з порушенням функції нирок спеціальний підбір дози не вимагається. У пацієнтів з печінковою недостатністю доза і частота прийому повинні бути зменшені. **Особливі застереження.** Не застосовувати Золофт одночасно з і-МАО або протягом 14 днів після припинення їх застосування. Після припинення лікування Золофтом і-МАО можна призначати не раніше, ніж через 14 днів. Уникати призначення Золофту з іншими серотонінергічними сполуками. Необхідно бути обережним при переводі пацієнтів з тривало діючих препаратів, таких як флуоксетин, на Золофт. Рідко при застосуванні Золофту спостерігали випадку гіпоманії і манії. Не треба призначати сертралін пацієнтам з нестабільною епілепсією. За пацієнтами з контрольованою епілепсією при прийомі Золофту треба пильно спостерігати. **Взаємодії між препаратами.** І-МАО і серотонінергічні препарати: див. вище. Не застосовувати Золофт з алкоголем. Комбінація з літєм може збільшити тремор. Сертралін може збільшити концентрацію фенітоїну. Одночасний прийом Золофту і Суматриптану може стати причиною пітливості, гіперрефлексії, порушення координації, сплутаності свідомості, тривоги і ажитації. У випадку одночасного прийому з варфарином необхідно слідкувати за протромбіновим часом на початку лікування Золофтом і після його припинення. Сертралін може викликати зміни фармакокінетики діазепаму і толбутаміду. Циметидин зменшує кліренс сертраліну. Клінічна значимість одночасного застосування електрошоку і Золофту не вивчалась. Сертралін може збільшити рівні дезипраміну в плазмі крові. **Застосування при вагітності і годуванні грудьми.** Застосовувати Золофт не рекомендують. **Вплив на здатність управляти автомобілем і користуватись технікою.** Золофт може погіршити здатність управляти автомобілем або користуватись технікою. **Небажані реакції, які спостерігали під час клінічних випробувань.** Сухість у роті, підвищена пітливість, запаморочення і тремор, діарея/рідкий стілець, диспепсія і нудота, анорексія, безсоння, сонливість, порушення сексуальної функції (в основному затримка еякуляції). **Небажані явища, про які було повідомлено після початку широкого застосування препарату.** Мідріаз, приапізм, алергічні реакції, астенія, втома, лихоманка, приливи, біль за грудиною, гіпертензія, тріпотіння, периорбітальний набряк, втрата свідомості і тахікардія, кома, судоми, біль голови, мігрень, рухові розлади, парестезія, гіпестезія, ознаки і симптоми, пов'язані з серотоніновим синдромом, галакторея, гіперпролактинемія, гіпотироз, біль у животі, панкреатит, блювання, порушення функції тромбоцитів, шлункова кровотеча, лейкопенія, пурпура, тромбоцитопенія, порушення лабораторних показників, серйозні порушення функції печінки, підвищення рівнів трансаміназ, гіпонатріємія, підвищення рівня холестерину, ажитація, агресивні реакції, тривога, симптоми депресії, галюцинації, психоз, порушення менструального циклу, бронхоспазм, алопеція, судинний набряк і висипка, набряк обличчя, затримка сечі, симптоми відміни лікування.

Додаткова інформація надається за вимогою. Перед застосуванням препарату необхідно ознайомитись з повною інструкцією по застосуванню.

Представництво Pfizer H.C.P. Corp. в Україні
01004, м. Київ, вул. Червоноармійська, 44
Тел./факс: (044) 246-63-92/93/94
E-mail: ALEX@PFIZER.KIEV.UA

* Торгова марка Pfizer

Реєстраційний №2912 від 25.02.98 IPD 186 10/08/99

