

Застосування буспірону за тривожних станів на первинній ланці медичної допомоги

Тривожність є поширеною проблемою в галузі психічного здоров'я на етапі первинної медичної допомоги. Поширеність кожного з видів тривожних розладів становить 15-20% (Anseau M. et al., 2004; Kroenke K. et al., 2007; Shepardson R.L. et al., 2018), а протягом усього життя з тривожністю стикається 16,6% населення світу (Bandelow B., Michaelis S., 2015), причому ці показники продовжують неухильно зростати (рис. 1).

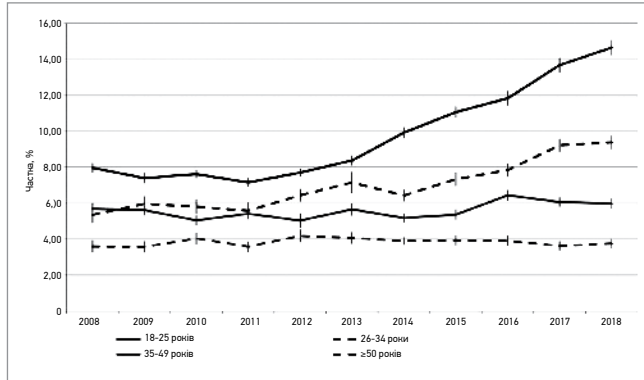


Рис. 1. Поширеність тривожності в різних вікових групах (Goodwin R.D. et al., 2020)

Тривожні стани асоціюються з погіршенням професійного та соціального життя, соціальною ізоляцією, міжособистісними конфліктами та конфліктами в подружній парі (Kessler R.C. et al., 2007), а також низкою неприємних для пацієнта фізичних симптомів (рис. 2)



Рис. 2. Фізичні симптоми тривожності (Culpepper L., 2003)

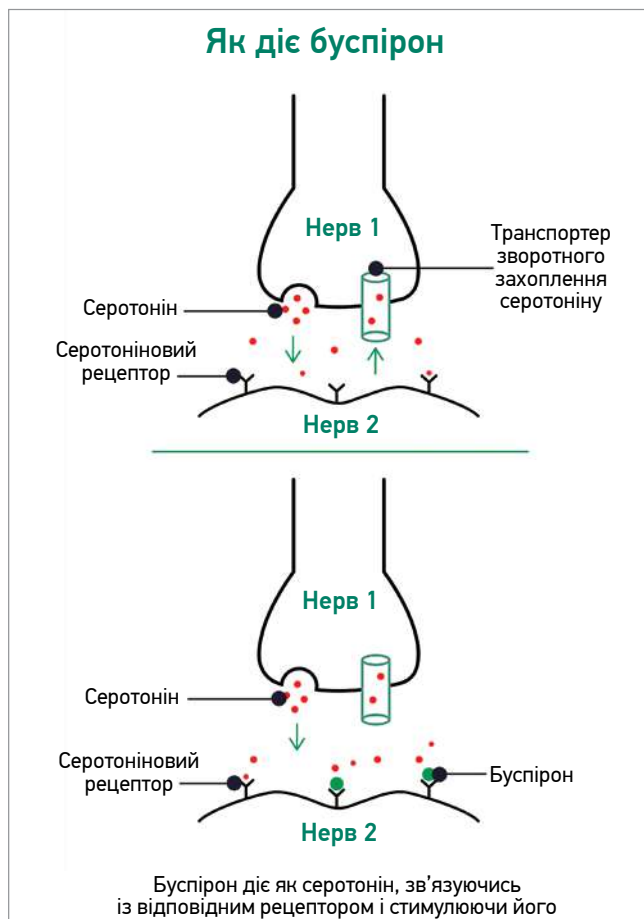


Рис. 3. Механізм дії буспірону (Martin M., 2022)

Тривожність може мати дуже різноплановий перебіг і варіювати від субпорогових симптомів, які залишаються непоміченими лікарем, до таких діагнозів, як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціально-тривожний розлад тощо. Слід зауважити, що субпорогові симптоми зустрічаються набагато частіше, ніж «великі» розлади (Helmchen H., Linden M., 2000; Olsson M., 1996). Крім того, у частки пацієнтів спостерігається неспецифічна тривожність, яка характеризується потужною симптоматикою, але не відповідає критеріям окремо взятих конкретних тривожних розладів (Sakurai H. et al., 2023). Під час проведення американського зрізового дослідження встановлено, що неспецифічна тривожність зустрічається найчастіше з-поміж усіх тривожних розладів, причому поширеність її зростає: 50% у період 1999-2002 рр. і 62% у період 2007-2010 рр. (Rajakannan T. et al., 2016).

Пацієнти із тривожністю надають перевагу лікуванню в сімейного лікаря, а не в спеціалізованих закладах психіатричного спрямування (Shepardson R., Funderburk J., 2016; Wang P.S. et al., 2005), однак лікарі первинної ланки нерідко приділяють недостатньо уваги цьому аспекту психічного здоров'я, тому пацієнти не отримують належного лікування (Stein M. et al., 2011; Weisberg R. et al., 2007). За відсутності адекватної терапії тривожність набуває хронічного перебігу, значно погіршуючи якість життя пацієнта та асоціюючись з високими фінансовими витратами внаслідок частих звернень по медичну допомогу та зниження продуктивності праці. Водночас відтерміноване чи неадекватне лікування збільшує імовірність розвитку коморбідної депресії або зловживання різноманітними речовинами, що асоціюється з іще вираженішим погіршенням стану пацієнта (Baxter A. et al., 2014; Wittchen H., 2002).

Неспецифічна тривожність часто ускладнює діагностичний процес, оскільки лікар не може об'єднати всі виявлені симптоми під егідою основного діагнозу. Під час проведення діагностики необхідно виключити всі соматичні патологічні стани, здатні зумовлювати тривожність (табл.).

Вибір лікування за тривожності має ґрунтуватися на тяжкості симптомів, ступені функціональних розладів, наявності коморбідних станів, уподобаннях пацієнта, результатах попереднього лікування та доступності обраного препарату, в т. ч. економічної (Brahmbhatt A. et al., 2021; Andrews G. et al., 2018; NICE, 2014). Оптимальне ведення пацієнта із тривожними станами в більшості випадків має включати і немедикаментозні (психотерапевтичні) заходи, і фармакологічні методи, однак адекватні медикаменти призначаються менше ніж половині таких хворих (Andrews G. et al., 2018; Harris M. et al., 2015).

Серед наявних анксиолітиків увагу привертає буспірон – засіб із багатою історією, який було синтезовано в 1968 р., запатентовано в 1975 р. та випущено на фармацевтичний ринок у 1986 р. Цей фармакологічно унікальний препарат азапіронового ряду застосовується в лікуванні тривожності та депресії (як монотерапія або в поєднанні з антидепресантом). За своїми фармакологічними властивостями буспірон є частковим агоністом постсинаптичних серотонінових рецепторів типу 1A, антагоністом пресинаптичних рецепторів допаміну типів D2, D3 та D4 і частковим агоністом α_2 -адренергічних рецепторів (Howland R.H., 2015; Wilson T.K., Tripp J., 2023). Буспірон віднолює виснажені депо серотоніну, а також підсилює його синтез, а за рахунок безпосереднього впливу на серотонінові рецептори (рис. 3) забезпечує їхню десенсибілізацію та підвищення серотонінергічної активності в ділянці амігдала (Shmutz R. et al., 2020; Howland R.H., 2015).

Оскільки саме серотонінергічну нейротрансмітерну систему називають ключовою медіаторною системою тривожності (Vismara M. et al., 2020), завдяки такому механізму дії буспірон працює безпосередньо «в серці» патологічного стану.

Серед переваг буспірону – здатність діяти ефективно і як монотерапія, і у складі комплексного лікування; сприятливий профіль безпеки, в т. ч. для вагітних (категорія В за класифікацією Управління з контролю за якістю продуктів харчування та лікарських засобів США (FDA), на відміну від селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну), відносно невисока вартість, відсутність потенціалу провокування сексуальної дисфункції та екстрапірамідних симптомів, відсутність ейфорії, пригнічувальної седативної дії (на відміну від бензодіазепінів),

Таблиця. Соматичні патологічні стани, що спричиняють тривожність (Tan D.T. et al., 2007)	
Система	Патологічний стан
Серцево-судинна	Застійна серцева недостатність, гострий біль у грудній клітці, гострий інфаркт міокарда, стенокардія, гіпотензія, гіпертензія, аритмії, гіповолемія
Дихальна	Бронхіальна астма, гострий та хронічний бронхіт, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмонія, гіпервентиляція, обструктивне апное сну
Ендокринна	Гіперадренокортицизм, дисфункція гіпофіза, гіпергіпотиреоз, дисфункція паращитоподібних залоз, феохромоцитома, гіпоглікемія, в жінок – вірилізаційні синдроми, передменструальний синдром
Нервова	Цереброваскулярні хвороби, новоутворення мозку, енцефаліт, мігрень, субарахноїдальні кровотечі, закриті травми голови, розсіяний склероз, хвороба Вільсона, дисфункції вестибулярного апарату, деменція, делірій, хвороба Гантінгтона, ураження скроневої ділянки мозку, судомні розлади, епілепсія
Група станів	Патологічний стан
Запальні	Системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, скроневий артеріт, фіброміалгія, алергічні реакції
Токсичні	Передозування кофеїном, отруєння тяжкими металами, передозування вазопресорів і симпатоміметиків, отруєння органічними фосфатами, зловживання алкоголем, опіатами, амфетаминами, кокаїном, екстазі
Метаболічні	Гіпокальціємія, гіпокаліємія, порфірія, пелагра, уремія
Інфекційні	Септицемія, інфекційний мононуклеоз, СНІД, підгострий бактерійний ендокардит
Інші	Карциноїдний синдром, злоякісні пухлини, синдром подразненого кишечника, диспепсія, шлунково-кишкові кровотечі, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, оперізувальний герпес

відсутність формування залежності й імовірності виникнення синдрому відміни (на відміну від бензодіазепінів, барбітуратів). Остання перевага пов'язана з відсутністю впливу на рецептори γ -аміномасляної кислоти (ГАМК) (Shmutz R. et al., 2020; Wilson T.K., Tripp J., 2023). Цікаво, що для буспірону продемонстрована здатність стимулювати нейрогенез у дорослих. Нейрогенез (утворення функціональних нейронів із невральних стовбурових клітин) асоціюється з покращенням когнітивних здатностей та емоційно-настроєвої сфери (Fava M. et al., 2012; Targum S. et al., 2015). Буспірон здобув популярність серед лікарів у зв'язку зі сприятливим профілем безпеки, а також відсутністю звикання та побічних ефектів у сексуальній сфері (Wilson T.K., Tripp J., 2023; Melaragno A.J., 2021). Висока безпека застосування буспірону робить цей препарат особливо актуальним для первинної ланки медичної допомоги. FDA схвалено буспірон і для короткотривалого полегшення симптомів тривожності, і для лікування генералізованих тривожних розладів (Wilson T.K., Tripp J., 2023).

Буспірон – ефективний та безпечний анксиолітик (особливо для пацієнтів, які раніше не приймали препаратів бензодіазепінового ряду). Буспірон також доцільно призначити тоді, коли в хворого спостерігаються побічні ефекти чи непереносимість селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, а також якщо пацієнт не хоче приймати останні із власних міркувань. В такому випадку буспірон є засобом першої лінії (Brahmbhatt A. et al., 2021; Melaragno A.J., 2021; Chessick C. et al., 2006). Крім того, буспірон – препарат вибору, коли важливе значення має досягнення високої прихильності за рахунок хорошої переносимості (Rubin E., 2021).

У разі перорального прийому буспірон швидко всмоктується, досягаючи пікової концентрації у плазмі крові через 40-90 хв після вживання. Період напіврозпаду препарату становить 2-3 год, що обумовлює потребу в його вживанні 2-3 р/день (Patel D. et al., 2018).




Препарат Спітомін® (Egis, Угорщина) – європейський буспірон, представлений у дозах 5 та 10 мг. Відповідно до інструкції для медичного застосування препарату, показаннями до призначення Спітоміну є симптоматичне лікування тривожних станів із такими домінуючими симптомами, як тривожність, внутрішній неспокій, стан напруження. Цей анксиолітик відрізняється від бензодіазепінів за своїм механізмом дії, оскільки не впливає на бензодіазепін-ГАМК-хлорид-іонофорний рецепторний комплекс, натомість діючи шляхом модуляції серотонінергічної системи. Такий механізм дії дозволяє буспірону (Спітоміну) не спричиняти толерантності, залежності чи синдрому відміни, які часто стають на заваді призначенню необхідної анксиолітичної терапії на первинній ланці.

Підготувала Лариса Стрільчук

СПІТОМІН®

життя без тривоги

буспірон

-  Зменшення симптомів тривоги
-  Додаткова антидепресивна дія
-  Відсутність залежності¹



¹Інструкція з медичного застосування.

Показання. Симптоматичне лікування тривожних станів з домінуючими симптомами: тривожність, внутрішній неспокій, стан напруження. **Фармакотерапевтична група.** Ансіолітики. **Фармакологічні властивості.** Механізм ансіолітичного ефекту буспірону відрізняється від механізму дії бензодіазепінів. Встановлено наявність у буспірону властивостей типових для ансіолітиків та антидепресантів. На відміну від бензодіазепінів, буспірон не викликає толерантності або залежності, а після завершення курсу лікування не розвиваються симптоми відміни. **Спосіб застосування та дози.** Дози ви-

значає лікар індивідуально для кожного пацієнта залежно від стану захворювання. На початку терапії призначати по 5 мг буспірону гідрохлориду 2–3 рази на добу. Для досягнення максимального терапевтичного ефекту добову дозу слід поступово підвищувати до 20–30 мг буспірону, розподілених на кілька окремих доз. Максимальна одноразова доза не повинна перевищувати 30 мг. Максимальна добова доза не повинна перевищувати 60 мг. Транквілізатори не можна застосовувати без контролю протягом тривалого часу. Якщо необхідне тривале застосування препарату (до 6 місяців), слід проводити ретельний медичний моніторинг. **Протипоказання.** Тяжкі захворювання печінки, тяжка

ниркова недостатність, епілепсія, підвищена чутливість до буспірону або до інших компонентів препарату. **Побічні реакції.** Запаморочення, безсоння, головний біль, підвищена втомлюваність. Відпускається за рецептом лікаря. Р.П. № UA/5603/01/01, № UA/5603/01/02.

Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Для отримання більш детальної інформації, будь ласка, ознайомтесь з інструкцією з медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної практики.

Контакти представника виробника в Україні:

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

