


acino

ПІДТРИМКА
полегшує
ЖИТТЯ



**ЕСЦИТАМ®
АСІНО**
есциталопрам

- ◆ Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁵
- ◆ Біоеквівалентний оригінальному есциталопраму⁶
- ◆ Один із найдоступніших за ціною есциталопрамів в Україні⁷

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ АСІНО
Діюча речовина. Есциталопрам. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. Фармакотерапевтична група. Антидепресанти. Фармакологічні властивості. Есциталопрам є антидепресантом, селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зумовлює клінічні і фармакологічні ефекти препарату, має високу спорідненість до основного зв'язувального елемента і суміжного з ним алостеричного елемента транспортера серотоніну та не має зовсім або має дуже слабку здатність зв'язуватися з низкою рецепторів, включаючи серотонінові 5-HT_{1A}-, 5-HT₂-рецептори, дофамінові D₁- та D₂-рецептори, α₁-, α₂-, β-адренергічні рецептори, гістамінові H₁, M-холінергічні рецептори, бензодіазепінові та опіатні рецептори. Показання. Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальна фобія), генералізованих тривожних розладів, обсесивно-компульсивних розладів. Протипоказання. Підвищена чутливість до есциталопраму або до інших компонентів препарату, однечасне лікування інгібіторами МАО або лінезидом. Побічні реакції. Нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривожга, неспокій, аномальні сни, зниження лібідо, анорексія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусити, позбавлення, посилене потовиділення, ортостазія, міалгія, розлади еякуляції у чоловіків, імпотенція, втома, пірксія, збільшення маси тіла, симптом відміни тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: № UA/15764/01/01, UA/15764/01/02, Наказ МОЗ України №2405 від 03.11.2021. 2. Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22:1331-4. 3. Khan et al. Clin Drug Invest 2007; 27 481-92. 4. Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21 297-309. 5. Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189 264-1. 6. Bioequivalence Study Number 2007-003996-38, Clin. Report. Dec. 2007, Summary, p. 8. 7. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>

1. Інструкція для медичного застосування препарату Есцитам. Р. П. МОЗ України: № UA/15764/01/01, UA/15764/01/02, Наказ МОЗ України №2405 від 03.11.2021. 2. Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22:1331-4. 3. Khan et al. Clin Drug Invest 2007; 27 481-92. 4. Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21 297-309. 5. Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189 264-1. 6. Bioequivalence Study Number 2007-003996-38, Clin. Report. Dec. 2007, Summary, p. 8. 7. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
www.acino.ua

У центрі особливої уваги: посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найпоширеніших психічних розладів у регіонах, що постраждали від війни. Питання раннього втручання, ефективної терапії та реабілітації, які є необхідними для мінімізації віддалених наслідків ПТСР, стали темою обговорення під час проведення фахових конгресів та науково-практичних конференцій восени 2022 року.

Ми зазнали травми. Тепер в усіх нас буде ПТСР?



Завідувач психіатричного відділення
первинного психотичного епізоду КНП
ХОР «Обласна клінічна психіатрична
лікарня № 3, к.мед.н.
Вадим Олександрович Мангубій

За даними дослідження психологічного стану населення, яке опублікувало Міністерство охорони здоров'я України, понад 90% опитаних українців мали ознаки хоча б одного зі симптомів ПТСР, а 57% громадян перебувають у «зоні ризику» розвитку ПТСР. Натомість суб'єктивна оцінка психологічного благополуччя українців (яка залежить передусім від ставлення респондентів до самих себе) є доволі високою та становить 6-7 балів із 9 можливих. Зараз ми перебуваємо під впливом нетипових чинників розвитку ПТСР, який уперше діагностували в американських ветеранів у 80-ті роки минулого століття. До нетипових та типових стресорів тяжкості ПТСР в Україні 2022 р. можуть належати такі: бойові дії в реальному часі; неочікувана війна; велика кількість цивільних жертв (зокрема, дітей); війна на значній території (не локальна, яка відбувалася з 2014 р.); активний ментальний вплив через використання інформаційно-психологічних спецоперацій ворога; значні руйнування цивільної інфраструктури; війна без «кінцевої дати»; евакуація; внутрішнє переміщення населення. ПТСР – це нормальна реакція психіки на аномальні події. У 30% осіб, що пережили психотравматичну подію, розвивається ПТСР. Водночас особа, яка потребує спеціалізованої допомоги, бо має скарги на симптоми ПТСР, не прийде одразу до психіатра – вона звернеться до сімейного лікаря та невролога. Ключовими моментами терапії є протидія міфам, які існують навколо ПТСР. Міф перший – психотравма неминуче призведе до ПТСР. Міф другий – ПТСР неминуче веде до хронічного перебігу, інвалідації та трансформації в тяжкий психотичний розлад. Міф третій – усі ПТСР лікують медикаментозно в стаціонарі. Хоча відповідно до сучасних рекомендацій перше місце належить психотерапії, що, втім, не виключає медикаментозної підтримки, але амбулаторно, оскільки тільки деякі форми ПТСР потребують стаціонарного лікування. Міф четвертий – ПТСР лікують будь-якою «розмовною» психотерапією, яка допомагає особі «виговоритися» та «бути почутим» (травмоорієнтована психотерапія, а також когнітивно-поведінкова терапія та метод EMDR [десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей]). Міф п'ятий – треба створити центри реабілітації ПТСР, прорекламувати їх, і незабаром до них будуть великі черги осіб із цим розладом. Насправді ті, хто страждають на ПТСР, не є психотичними хворими, але вони не в змозі оцінити критично власний стан. Медикаментозні засоби можуть бути дієвими у лікуванні ПТСР, але ці ефекти скромні, а докази ефективності обмежені. Проте ліки не слід використовувати під час надання психотерапії. Власне, існують лікарські засоби, які є певною базою, фундаментом для проведення психотерапії, але рішення щодо доцільності їх призначення має прийняти лікар-куратор. За рекомендаціями щодо лікування ПТСР Американської психологічної асоціації (American Psychological Association), Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association), Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE), лікування тривожних розладів передбачає застосування таких груп препаратів:

- бензодіазепінів (діазепам, лоразепам, алпрозолам, гідазепам та ін.), які посилюють інгібіторну активність γ-аміномасляної кислоти (ГАМК);
- селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) (есциталопрам [есцитам], сертралін, пароксетин [пароксин] та ін.);
- селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) (венфлаксин, дулоксетин);
- трициклічних антидепресантів (іміпрамін, кломіпрамін);
- прегабаліну ([S]-3-[амінометил]-5-метилгексанова кислота, є аналогом ГАМК);
- антигістамінних препаратів (гідроксазин);
- атипичних антипсихотиків (кветіапін).

Тривожні розлади та ПТСР є різними діагнозами. За рекомендаціями МОЗ України, фармакотерапію застосовують для запобігання розвитку хроніфікації реакції на травму та ПТСР. СІЗЗС і СІЗЗСН застосовують для подолання гострої реакції на травму, профілактики ПТСР та корекції його ранніх ознак. Перевагою такого підходу є можливість безпосереднього ефективного впливу не тільки на емоційні, а й на больові симптоми. Натомість західна наука спільнота наголошує, що СІЗЗС сприяють редукції симптомів ПТСР; вони є засобами першої лінії для фармакотерапії ПТСР, що базується на доказах із помірною достовірністю. Міртазапін та амітриптилін також

можуть зменшувати ознаки ПТСР, але це базується на доказах із низьким рівнем достовірності (Williams et al., 2022). За рекомендаціями NICE, у рутинній практиці доцільно застосовувати СІЗЗС (пароксин [пароксетин], сертралін), СІЗЗСН (лафаксин XR [венфлаксин], дулоксетин [дулоксетин]), атипичні антипсихотики (ерідон [рисперидон], оласін [оланзапін], кветіапін [кветіапін]). Важливе значення також має резильєнтність, тобто здатність зберігати у несприятливих ситуаціях стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, а також виходити зі складних ситуацій без стійких порушень та успішно адаптуватися до несприятливих змін. Основними елементами резильєнтності під час кризи та війни є оптимістична налаштованість, намагання реально оцінювати ситуацію та вчасно й адекватно реагувати на зміни, вірити у себе та власні сили, знання та професійність, проактивність залучення до ситуації. Подолати травматичну подію допомагає почуття гумору, яке може максимально усунути емоційну та м'язову напругу, а також побачити у новому світлі події, що відбуваються, поглянути на ситуацію з боку, що також має психотерапевтичне значення.

Гаряча пора психіатрії:
нові виклики та нові можливості



Професорка кафедри медичної
психології, психосоматичної медицини
та психотерапії НМУ
ім. О. О. Богомольця, д.мед.н.
Олена Олександрівна Хаустова

Війна і пандемія раптово з'явилися у нашому світі. Під час війн, конфліктів та стихійних лих зростає поширення хвороб. Українська громада постраждала від знищення служб первинної медичної допомоги та через брак належного доступу до базової профілактичної медицини протягом усього вторгнення. Медичними наслідками російської агресії проти України є: недостатня реакція на такі хвороби, як COVID-19 та ВІЛ; збільшення навантаження на системи охорони здоров'я в країнах, що приймають біженців, для забезпечення безперервності надання медичних послуг; перерви у лікуванні українських хворих на мультирезистентний туберкульоз можуть бути катастрофічними; перерваний доступ до надійного енергопостачання в закладах охорони здоров'я; зниження рівня діагностування COVID-19; перевантаження відділень невідкладної допомоги та інтенсивної терапії пацієнтами з травмами залишає мало можливостей для лікування інших захворювань; висока частота інфекцій може потребувати госпіталізації та штучної вентиляції для багатьох українців (Choudhary et al., 2022). До соціальних наслідків війни належать втрати роботи та доходів для великої кількості осіб, втрата пріоритету запобіжних заходів проти COVID-19, а також імовірність ненадійного доступу до основних послуг через брак постійного доходу. Щодо економічних наслідків, то передусім ідеться про економічну кризу, спричинену пандемією та війною. Відповідно до дослідження Центру системних наук та інженерії університету Джонса Хопкінса (Балтимор, США) – «Інформаційної панелі поведінки щодо COVID-19», у січні 2022 року менше половини українців повідомили про почуття нервозності та депресії. До березня ця кількість зросла до двох третин, передусім через жінок і мешканців міст. Також суттєво зросла кількість осіб із депресією у Молдові, Польщі, Словаччині та Румунії, де тимчасово розмістили чимало біженців з України. Щодо поширеності депресивних і тривожних розладів під час пандемії COVID-19, то спостерігалось збільшення частоти випадків депресії з 2470,5 до 3152,9, на 100 тис., тобто на третину. Особи з жіночим гендером виявилися найуразливішими як соціально, так і фінансово. Водночас тягар пандемії є більшим саме для молодших вікових груп через гострішу реакцію на соціальні обмеження та, відповідно, нижчу здатність до навчання, більшу ймовірність стати безробітними тощо. Усе це також притаманне дистресу, зумовленому війною.

Отже, можемо констатувати, що хаос війни та супутні психологічні чинники витіснили проблему COVID-19 зі свідомості людей в Україні (Chumachenko, 2022). Але це захворювання не зникло та продовжує чинити тривалий вплив на метаболічне здоров'я: пошкодження, спричинені COVID-19 та супутнім лікуванням, можуть мати тривалі психічні, емоційні та фізіологічні наслідки. Ці ефекти можуть спричинити порушення метаболізму, які заважають відновленню. Ідеться про порушення відчуття голоду та ситості, напади переїдання, гіподинамію через брак мотивації, збільшення маси тіла внаслідок когнітивних порушень, депресії, тривоги або ПТСР (Ayres, 2020). Настанова NICE (NG163) щодо лікування COVID-19 від 3 квітня 2020 р. наголошує на потребі у спілкуванні з пацієнтами та підтримці їхнього психічного здоров'я задля полегшення будь-якої тривоги та страху, спричинених цим захворюванням. Британське

товариство реабілітаційної медицини (BSRM) зазначає, що реабілітація передбачає широкий спектр втручань: від невідкладної допомоги до реінтеграції у суспільство. Легкий та періодичний дистрес внаслідок COVID-19 потребує заспокоєння, зміцнення соціальної підтримки, релаксації та модифікації способу життя. Натомість помірний, тяжкий та стійкий дистрес потребує консультації психіатра / медичного психолога з можливістю застосування психокорекції / психотерапії (наприклад, вправи для релаксації, підтримувальне консультування, стратегії розв'язання проблем), психофармакотерапії (діагноз-специфічна терапія за стандартами), а також поєднання обох методів (Kar et al., 2020). За рекомендаціями щодо психологічної реабілітації пацієнтів із COVID-19 на основі консенсусу, оснований на фактичних даних, слід проводити активний моніторинг (постійний огляд) пацієнтів із підпорговими психологічними симптомами (*рівень доказовості IA*). Звернення до психологічних служб і застосування травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, терапії когнітивного оброблення або EMDR є доцільним для пацієнтів із ПТСП помірного ступеня тяжкості / тяжкого (*рівень доказовості IA*) (Barker-Davies et al., 2020). Завдяки хорошій переносимості та мінімальній взаємодії із цитохромом P-450, антидепресанти (есциталопрам), антипсихотичні засоби (оланзапін) та вальпроати можна вважати безпечними у поєднанні з протівірусними препаратами (Zhang et al., 2020). Слід зважати на протизапальну дію антипсихотиків та антидепресантів, що є необхідним для ефективного лікування пацієнта, який має і ПТСП, і COVID-19. Використання антидепресантів пов'язане із суттєво меншим ризиком смерті або потреби в інтубації у пацієнтів, госпіталізованих через COVID-19. Асоціація була значущою для флуоксетину, пароксетину, есциталопраму, венлафаксину, міртазапіну (Hoertel et al., 2021). Попередні доклінічні дані підтверджують, що коронавірус SARS-CoV-2 активує кислотну-церамідну систему кислоти сфінгомелінази (ASM), що призводить до утворення мембранних доменів, збагачених церамідами. Останні забезпечують проникнення вірусу та інфікування через кластеризацію ангіотензинперетворювального ферменту 2 (ACE2), що є клітинним рецептором SARS-CoV-2. Кілька антидепресантів можуть інгібувати активність кислоти сфінгомелінази, що запобігатиме зараженню епітеліальних клітин вірусом SARS-CoV-2 (Hoertel et al., 2021). Дослідження системи ASM / цераміду може стати корисною основою для кращого розуміння інфекції SARS-CoV-2 і перепрофілювання психотропних препаратів, які функціонально інгібують цю систему (так звані психотропні препарати FIASMA – Functional inhibitors of acid sphingomyelinase [функціональні інгібітори активності кислоти сфінгомелінази]), для лікування COVID-19 (Hoertel et al., 2021). За даними дослідження *in vitro*, що кілька препаратів FIASMA, зокрема антидепресанти, а саме амітриптілін, іміпрамін, дезипрамін, флуоксетин, сертралін, есциталопрам (не циталопрам) та мапротилін, пригнічували утворення збагачених церамідами мембранних доменів та запобігали зараженню клітин лінії Vero E6 вірусом SARS-CoV-2. Психотропні препарати FIASMA є першим вибором у разі COVID-19, зокрема такі антидепресанти, як дулоксетин, есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін. Перша лінія терапії ПТСП та COVID-19 передбачає застосування препаратів:

- флуоксетин: старт із 20 мг/добу, дозу можна збільшувати на 20 мг/добу щомісяця до максимальної 60 мг/добу, залежно від клінічної відповіді та переносимості;
- пароксетин (пароксин): старт із 20 мг/добу, дозу можна збільшувати на 20 мг/добу щомісяця до максимальної 60 мг/добу, залежно від клінічної відповіді та переносимості);
- сертралін: старт із 50 мг/добу, дозу можна збільшувати на 50 мг/добу щомісяця до максимальної 200-250 мг/добу залежно від клінічної відповіді та переносимості.

Якщо СИЗС не переноситься або наявні клінічно значущі симптоми, у пацієнтів із ПТСП та COVID-19 дієвим препаратом є представник групи FIASMA – есциталопрам (Есцитам® Асіно). Есцитам сприяє редукції симптомів уникнення, набінгу (психічного заціпеніння), підвищеної збудливості та частково повторного переживання. Такі ефекти має і пароксетин. Протокол ведення пацієнтів із ПТСП та COVID-19 для лікарів-психіатрів на вторинній ланці у випадках, коли вони не реагують адекватно на фармакотерапію, передбачає: збільшення дозування препаратів FIASMA в межах дозволеної норми; перехід на альтернативні антидепресанти FIASMA; призначення атипичних антипсихотиків FIASMA (арипіразол), або як додаткове лікування застосувати препарати з протизапальною дією (рисперидон, оланзапін, кветіпін), що не належать до групи FIASMA; тільки в комбінованій терапії – відповідно до цільових симптомів додавання препаратів із протизапальною дією (вальпроєва кислота, ламотриджин), але не бензодіазепінів; оцінити потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

Наслідки війни: психічні порушення у жінок-мігрантів



Професорка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, д.мед.наук
Олена Петрівна Венгер

Понад 6,5 млн українців тимчасово емігрували до сусідніх країн, а понад 8 млн наших співвітчизників стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО). За даними Міжнародної організації з міграції, частка переселенців у загальній кількості населення України зросла до 17,5% (кожен шостий). Дані одного з останніх досліджень свідчать, що 60% ВПО становлять жінки. Понад половина з них повідомили про нестачу їжі (Звіт про внутрішнє переміщення в Україні, 2022). Найбільше постраждали жінки та діти, особи

похилого віку та люди з обмеженими можливостями, оскільки всі вони є найвразливішою групою.

Міграція асоціюється з розладами психічного здоров'я, причому психопатологічні її наслідки та внутрішнього переселення спостерігаються у 50% осіб. Вимушене переселення є чинником порушення психічного здоров'я і разом із міграцією має вплив як на біологічні, так і на психосоціальні механізми розвитку і формування психопатологічних і психологічних порушень. Традиційні психіатричні критерії не завжди можливо застосувати для мігрантів та ВПО, спектр психологічних ознак та проблем яких не вичерпуються лише критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). За даними поширеності неспсихотичних психічних розладів, у внутрішніх мігрантів (ВМ) клінічні особливості є неоднозначними. Можуть виникати будь-які із захворювань невротичного регістру, зокрема ПТСП, тривожні розлади, депресії, психосоматичні розлади. Імовірність розвитку ПТСП серед переміщених осіб у 5,1 раза вища, ніж у загальній популяції, та становить 73,8 випадку на 100 тис. осіб. Найпоширенішими у ВМ є ПТСП (42-54%) та депресії (31-67%).

Фахівці центру психологічного консультування, який діє на базі Тернопільського національного медичного університету, провели дослідження структури та особливостей психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів, які виїхали за межі України через повномасштабну збройну агресію РФ проти України. Клінічно було обстежено 265 жінок, які виїхали на територію Польщі після 24 лютого 2022 року. Середній вік мігрантів становив 31,8±9,4 року. Обстеження відбувалося за методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю, яке проводили дистанційно в режимі онлайн. Під час нього здійснювали з'ясування та деталізацію скарг з боку психоемоційної сфери, виявляли та верифікували наявні психопатологічні ознаки, особливості їх виникнення та патодинаміки. Щодо нозологічної структури розладів психіки у вимушених мігрантів, то у 58,9% виявлено ознаки нозологічно оформлених розладів психіки, у структурі яких провідне місце належало афективним (депресивним) розладам та ПТСП, а менш поширеними були розлади тривожно-фобічного та неврастенічного спектрів. Мігранти мали широкий спектр скарг із боку психоемоційної сфери. Найпоширенішими були скарги на знижений настрій (67,2%), нав'язливі думки (58,9%) та відчуття тривоги й страху (57,2%). Вагоме місце посіла емоційна лабільність та чутливість, менш частими були скарги на суїцидальні думки, порушення апетиту, апатія, зниження пам'яті та порушення концентрації уваги. Найпоширенішими симптомами ПТСП були відчуття психологічного дистресу, неприємні спогади про пережитий стрес, що мали нав'язливий характер, песимістична оцінка перспективи, зниження цікавості до повсякденного життя, а також відчуття повторного переживання травматичної події (флешбеки), тоді як менш поширеними – амнезування окремих елементів пережитої події та кошмарні сновидіння зі змістом психотравми. Вимушена міграція та внутрішнє переміщення асоційовані з підвищенням ризиком адиктивної поведінки (вживання тютюну та алкоголю). Грунтуючись на результатах дослідження, запропоновано схему комплексного лікування та реабілітації мігрантів із психічними розладами, що реалізується у чотири етапи, пов'язані спадкоємністю та безперервністю лікувально-діагностичних заходів.

Перший етап – діагностичний, залучає клініко-психопатологічну оцінку наявних у хворого розладів психоемоційної сфери. Другий – комплексне лікування, охоплює комплекс заходів біологічної терапії та психотерапії, спрямованих на купірування психічного розладу, нормалізацію психоемоційного стану, соціальну адаптацію та реадaptaцію. Медикаментозне лікування базувалося на чинних протоколах, а також на доказовій базі. Найкраще себе зарекомендували пароксин (за тривожно-фобічних порушень, особливо з панічними атаками, а також за наявності страху перед певними соціальними ситуаціями), венлафаксин та дулоксин (за наявності соматичних скарг із больовими порушеннями). Третій – реабілітаційний, спрямований на формування стійкого адекватного емоційно-поведінкового патерну, максимальну адаптацію та реадaptaцію хворого, а також недопущення рецидивування. Четвертий – профілактичний, спрямований на підтримання нормального психоемоційного статусу, ефективний спротив стресам, запобігання рецидивуванню розладу. Загалом організацію психологічної допомоги можна уявити у вигляді піраміди, в основі якої є база психологічна підтримка, на яку нашаровуються фокусована психологічна, спеціалізована психологічна та спеціалізована психіатрична допомога. Ключем до організації психологічної допомоги є розроблення багатопланової системи додаткової підтримки, яка відповідає потребам різних груп. Цей багаторівневий підхід не означає, що всі учасники процесу мають надавати послуги на всіх рівнях. Такі втручання мають брати до уваги зв'язки з аспектами всіх шарів піраміди, навіть якщо обрана діяльність активно стосується лише одного або двох із них.

Власне, ВМ притаманна висока ураженість психопатологічною симптоматикою, провідне місце у структурі якої посідають депресивні ознаки, посттравматична симптоматика та прояви тривоги, а також різні форми диссомнії. Значну поширеність психопатологічної симптоматики серед ВМ можна пояснити труднощами соціально-психологічної адаптації та акультурації у чужому мовному, культурному, соціальному та релігійному середовищі. До того ж внутрішня міграція є чинником, що сприяє активізації адиктивної поведінки. Тож ці закономірності слід враховувати під час розроблення лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів для ВМ та ВПО.

Підготувала **Олександра Демецька**

UA-CNSP-PUB-122022-080

acino

ВІДЧУЙ СВОБОДУ
ВИБОРУ ДІЙ І
ДУМОК



ПАРОКСИН
пароксетин

- ◆ Доведена ефективність при депресіях і тривожних розладах¹⁻⁴
- ◆ Зручність прийому – 1 раз на добу⁵
- ◆ Один з найдоступніших за ціною пароксетинів в Україні⁶

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ПАРОКСИН Діюча речовина. Пароксетин гідрохлориду напівгідрат. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антидепресанти. **Фармакологічні властивості.** Пароксетин є сильнішим селективним інгібітором поглинання нервових головних мозку 5-гідрокситриптаміну (5-HT, серотоніну), що зумовлює його антидепресивну дію та ефективність. **Показання.** Депресія. Лікування депресії будь-якого типу, виключаючи реактивну та тяжку депресію, в т. ч. депресію, що супроводжується тривогою. У разі задовільної відповіді на лікування продовження терапії є ефективним для профілактики рецидивів депресії. Обсесивно-компульсивний розлад. Лікування та профілактика рецидивів обсесивно-компульсивного розладу. Панічний розлад. Лікування та профілактика рецидивів панічного розладу з супутньою агарофобією або без неї. Соціальні фобії/соціально-тривожні розлади. Лікування соціальних фобій/соціально-тривожних станів. Генералізований тривожний розлад. Лікування та профілактика рецидивів генералізованого тривожного розладу. Посттравматичний стресовий розлад. Лікування посттравматичного стресового розладу. **Противпоказання.** Підвищена чутливість до пароксетину або до інших компонентів препарату. Пароксин не слід застосовувати одночасно з інгібіторами моноаміноксидази (МАО), включаючи лінезолід – антибіотик, що є зворотним нерелевантним інгібітором МАО, та з метилдопінною кислотою (метилдопамом синім), та раніше ніж через 2 тижні після припинення лікування інгібіторами МАО. Аналогічно не слід застосовувати інгібітори МАО раніше ніж через 2 тижні після припинення лікування Пароксином. Пароксин не можна застосовувати одночасно з торидазіном та піразидом. **Побічні реакції.** Збільшення рівня холинестери, зниження апетиту, нудота, блювання, запори, діарея, сухість у роті, запам'ятовування, тремор, головний біль, зниження гостроти зору, позивання, посилення потовиділення, сексуальна дисфункція, астения, збільшення маси тіла, симптоми відміни препарату тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: № UA/2184/01/01. Назва: МОЗ України № 707 від 25.03.2020. Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. 1. Stocchi F, Nordera G, Jokinen R N et al. J Clin Psychiatry, 2003, Mar; 64 (3): 250-258. 2. Katzman M.A., Tricco A.C., McIntosh D. et al. J Clin Psychiatry, 2007 Dec; 68 (12): 1845-59. 3. Liebowitz M.R., Stein M.B., Tancer M. et al. J Clin Psychiatry, 2002 Jan; 63 (1): 66-74. 4. Rickets K., Zolnerich R., McCafferty J. et al. Ann J Psychiatry, 1990, 4, 2003. 5. Інструкція для медичного застосування препарату Пароксин, Р. П. МОЗ України: NoUA/3184/01/01, Назва: МОЗ України № 707 від 25.03.2020. 6. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>.

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
www.acino.ua