



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

РИЗИКИ ЗЛОВЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ



Цей буклет містить інформацію про лікарські засоби, основна мета яких вилікувати захворювання або допомогти полегшити симптоми таких серйозних захворювань, як депресія, тривожні розлади та больовий синдром, проте, у випадку зловживання або немедичного використання, можуть стати причиною залежності та серйозних соціальних і медичних наслідків. З метою підвищення обізнаності про лікарські засоби, які несуть найбільші ризики зловживання, а саме: антидепресанти, бензодіазепіни, опіоїдні анальгетики, анаболічні стероїди, снодійні – був створений цей матеріал.

ВАРТО ЗНАТИ:

- 1** Як зазначає Адміністрація з зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я в річному національному звіті з вживання наркотиків за 2023 рік, 6,1% населення США зловживали рецептурними лікарськими засобами, з них: 1,7% – седативними засобами, 1,4% – стимуляторами, 3% – опіоїдними анальгетиками (знеболюючими) [1].
- 2** За повідомленнями Національного інституту зловживання наркотиками (NIDA), у Сполучених Штатах близько 5% населення серед осіб старше 12 років повідомили про немедичне використання будь-яких рецептурних препаратів протягом 2022 року [2].
- 3** Відповідно до даних Європейської агенції з наркотиків (EUDA), близько 5% дорослого населення країн ЄС, протягом свого життя, використовували рецептурні седативні засоби без призначення лікаря [3].
- 4** За даними всесвітнього звіту про наркотики 2024, підготовленого Управлінням ООН з наркотиків та злочинності, загальний рівень вживання наркотиків серед жінок традиційно нижчий, однак в деяких країнах частка жінок майже дорівнює частці чоловіків, коли мова йде про вживання у немедичних цілях лікарських засобів, таких як опіоїдні лікарські засоби або стимулятори, а також седативні засоби та транквілізатори [4].
- 5** Групами ризику щодо зловживання лікарськими засобами в першу чергу є люди, які не отримують належної медичної допомоги, займаються самолікуванням хронічного і гострого больового синдрому, психічних розладів та особи, які зловживають або мають залежність від психоактивних речовин та алкоголю.
- 6** Лише лікар може визначити доцільність призначення, тривалість лікування та можливість коригування дозування лікарських засобів, знижуючи ризики негативних ефектів пов'язані

них з вживанням, розвитку толерантності, симптомів відміни та інших наслідків їх немедичного використання. Хоча ці ліки можуть бути корисними при короткочасному застосуванні, фізична залежність може розвинутися у результаті тривалого неконтрольного щоденного застосування.

ЧОМУ ЛЮДИ ЗЛОВЖИВАЮТЬ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ?

- 1 Низька доступність медичної допомоги.** Зловживання лікарськими засобами часто зумовлене відсутністю доступу до медичної допомоги, що є комплексною проблемою та включає фінансові, географічні бар'єри, низьку обізнаність, відсутні або нефективні маршрути пацієнтів тощо. Складнощі з отриманням медичної допомоги можуть спонукати пацієнтів до самолікування та прийому лікарських засобів без призначення лікаря або продовження їх прийому без належного медичного нагляду.
- 2 Порушення вимог щодо відпуску рецептурних лікарських засобів.** Легкий доступ до деяких рецептурних препаратів та порушення вимог щодо їх продажу (зокрема, продаж без рецепту) сприяють їхньому неконтрольованому вживанню.
- 3 Психологічна та фізична залежність.** Деякі лікарські засоби та психоактивні речовини мають спільну хімічну природу та подібні ефекти від прийому, через це лікарськими засобами можуть зловживати для усунення симптомів відміни або досягнення позитивних ефектів від їх прийому.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО БЕНЗОДІАЗЕПІНИ?

Бензодіазепіни – група лікарських засобів, що призначаються для лікування симптомів тривоги, порушення сну (безсоння), лікування синдрому відміни алкоголю, панічних атаках, епілепсії (анксіолітики, снодійні, протиепілептичні, міорелаксанти). Бензодіазепіни мають малу токсичність та є високоефективними лікарськими засобами за умови їх призначення та використання відповідно до інструкції [5]. Перелік деяких поширених міжнародних непатентованих назв (МНН) лікарських засобів, які належать до класу бензодіазепіни наведено в додатку.

Особливості призначення.

Зазвичай, бензодіазепіни призначаються на короткий період часу зважаючи на ризики виникнення залежності. Вони можуть призначатись одночасно з антидепресантами для зменшення

тривоги, проте коли антидепресанти починають діяти – бензодіазепіни варто відмінити. Бензодіазепіни можуть мати короткий (швидкість виведення медичного препарату з організму протягом 1-12 годин) або тривалий період напіввиведення (швидкість виведення медичного препарату з організму протягом 40-250 годин), що обов'язково має враховуватись при їх призначенні.

Застереження:

- Прийом бензодіазепінів може викликати залежність або звикання. Ризик звикання вищий, якщо пацієнт має історію зловживання психоактивними речовинами (алкоголю або наркотичними засобами).
- У пацієнтів з захворюванням нирок або печінки та у випадку комбінованого вживання бензодіазепінів з іншими седативними препаратами, можливе пригнічення центральної нервової системи, яке може проявлятися у вигляді сонливості, порушень координації рухів, погіршення уваги та пам'яті. Зважаючи на це, особливо на початку лікування, необхідно уникати або мати підвищену пильність і обережність при керуванні автомобілем або роботи з складними механізмами.
- У випадку зловживання бензодіазепінами можуть виникнути такі небажані ефекти, як порушення когнітивних здібностей (таких як пам'ять, увага), перепади настрою, збільшення толерантності до лікарського засобу, що вимагає прийому його більшої кількості для досягнення терапевтичного ефекту, та до формування залежності.
- Фізичні ознаки залежності проявляються в першу чергу у потребі вживати більш високі дози препарату для досягнення бажаного ефекту (підвищення толерантності), а також у проявах симптомів відміни у разі припинення вживання препаратів або зниженні дозування (неспокій, безсоння, тривожність, седацію тощо). Вживати бензодіазепіни разом з алкоголем небезпечно через взаємне підсилення седативного ефекту від обох речовин та ризик затьмарення свідомості.
- Поєднане використання бензодіазепінів та опіоїдів (в тому числі опіоїдних анальгетиків) є особливо ризикованим. Спільне їх використання може призвести до пригнічення дихання, надмірної седації, та навіть смерті. У разі, якщо вам було призначено бензодіазепіни та ви приймаєте опіоїдні препарати обов'язково сповістіть про це свого лікаря!
- Ризик розвитку симптому відміни зростає з тривалістю лікування. Різне припинення вживання бензодіазепінів після тривалого періоду лікування може викликати симптоми відміни,

яке характеризується погіршенням загального самопочуття та виникненням негативних ефектів у відповідь на відсутність речовини в організмі людини. Симптоми відміни бензодіазепінів можуть бути досить різноманітними і мати різну тривалість. Найпоширенішими є тривога, безсоння, дратівливість, тремор, пітливість, головний біль, нудота, гіперчутливість до світла та звуків. У більш складних випадках можливе виникнення судом.

- Сигналами до зловживання є часті прохання про поновлення рецепта, «втрачені» рецепти, наполегливі запити на підвищення дозування, «міграція» між лікарями. Такі маркери доцільно розцінювати як ризик зловживання бензодіазепінами.
- Пацієнти можуть плутати симптоми відміни бензодіазепінів із симптомами психічних розладів, зокрема тривоги та/або безсоння. Лікаря варто пояснити різницю між зазначеними станами та узгодити індивідуальний план спостереження та лікування.
- Через широке представлення ГАМК-рецепторів симптоми синдрому відміни можуть бути варіабельними — від тривоги й безсоння до тремору та судом. Час появи та тяжкість пов'язані з добовою дозою і періодом напіввиведення препарату; фізіологічна залежність може сформуватися вже через 2–16 тижнів регулярного прийому.

Рекомендації щодо застосування

- Бензодіазепіни слід застосовувати лише в найнижчій ефективній дозі та протягом короткого періоду часу (зазвичай протягом 2–4 тижнів), оскільки їх тривале використання підвищує ризик залежності.
- У багатьох випадках для лікування панічних та тривожних розладів або безсоння, альтернативою використанню бензодіазепінів може бути когнітивно-поведінкова терапія (для лікування легкої тривоги), техніки релаксації та гігієну сну (при порушеннях сну) тощо.
- Відміна прийому бензодіазепінів, особливо у випадку їх тривалого прийому, має бути поступовою для попередження виникнення симптомів синдрому відміни та здійснюватись під наглядом лікаря.
- Прийом бензодіазепінів має відбуватися виключно у відповідності до призначення лікаря. Дотримання режиму прийому препаратів дозволить знизити ризик небажаних ефектів та ускладнень від прийому препаратів.

- Не діліться призначеними лікарськими засобами з іншими.
- Тримайте ліки у захищених місцях, недоступних для сторонніх осіб, особливо дітей. Переконайтесь, що ви маєте місце для безпечного зберігання призначених лікарських засобів.
- Лікар, який призначає препарати має поінформувати пацієнта або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами та їх використання лише за медичним призначенням.
- У разі, якщо ви маєте занепокоєння щодо можливо звикання чи розвитку залежності від прийому бензодіазепінів поговоріть зі своїм лікуючим лікарем щодо можливих ускладнень та розробіть план лікування, який дозволить мінімізувати ці ризики.
- Пацієнти з ознаками інтоксикації бензодіазепінами потребують пильного спостереження за життєвими показниками (у т.ч. пульсоксиметрія, артеріальний тиск). Анамнез має охоплювати супутні медичні й психіатричні стани, вживання інших речовин, травми, метаболічні порушення, інфекції, ризики делірію.
- Під час відміни вживання препарату краще переносяться повільні, індивідуалізовані схеми зменшення дозування препаратів, які можуть тривати протягом декількох місяців. Доцільним є перехід на бензодіазепіни із довшим періодом напіввиведення. Психосоціальні втручання (навчання релаксації, КПТ, групи самодопомоги) підвищують успішність лікування. Навпаки, додавання Z-препаратів під час лікування синдрому відміни не рекомендується через подібні ризики залежності й толерантності.
- До початку зниження дози, лікарі слід пояснити пацієнту очікувані симптоми відміни, обговорити стратегії самодопомоги, встановити канали швидкого зв'язку у випадку посилення симптомів.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО АНТИДЕПРЕСАНТИ?

Антидепресанти – це ЛЗ, які переважно застосовуються при лікуванні депресії, генералізованого тривожного розладу, депресивної фази біполярного розладу, обсесивно-компульсивного розладу, соціальної фобії, посттравматичного стресового розладу, панічних атак, тощо. Антидепресанти поділяються на декілька класів – трициклічні антидепресанти (ТЦА), інгібітори моноаміноксидази (інгібітори MAO), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІ33С), а також інші антидепресанти, які не належать до жодної з груп [6]. Перелік деяких поширених МНН лікарських засобів, які належать до класу антидепресантів наведено в додатку.

Особливості призначення.

CІ33С найчастіше призначаються через те, що вони краще переносяться (викликають менше побічних реакцій), безпечніші при передозуванні, є більш безпечними для пацієнтів з порушеннями серцевої провідності та епілепсією. У більшості випадків CІ33С є першою лінією лікування. Водночас є пацієнти для яких найбільшу користь принесе призначення інгібіторів MAO.

Приблизно 70% пацієнтів, яким призначаються антидепресанти матимуть відповідь на лікування протягом 4-6 тижнів. У випадку відсутності відповіді на лікування протягом 4 тижнів, загальною стратегією є збільшення дозування або переведення пацієнта на інший лікарський засіб, переважно іншого класу, з іншим механізмом дії [7].

Залежно від стану пацієнта, характеру захворювання (зокрема у випадку хронічного, рецидивуючого захворювання) антидепресанти можуть призначатись як підтримувальне лікування на тривалий період.

Застереження:

- Внаслідок значного перевищення призначеного дозування антидепресантів можливе виникнення серцевої аритмії, судом. Особливо це стосується трициклічних антидепресантів (ТЦА) та інгібіторів MAO, якими зловживають найчастіше.
- Хоча антидепресанти переважно не призводять до формування залежності (окрім групи трициклічних антидепресантів), порушення їх прийому або неправильне використання може призвести до появи побічних реакцій, таких як збудження, неспокій, безсоння, статеві дисфункції, нудота, головний біль, проблеми зі сном, тремор тощо.
- У рідкісних випадках зловживання антидепресантами може призвести до виникнення серотонінового синдрому, який є

набором симптомів, що виникають у відповідь на надлишкову кількість серотоніну в організмі. Серотоніновий синдром може включати: високу температуру тіла, збудження, підвищені рефлекси, тремор, пітливість, розширені зіниці, діарею. Може викликати ниркову недостатність та смерть. При підозрі на серотоніновий синдром необхідно негайно припинити прийом лікарського засобу та якнайшвидше звернутися за медичною допомогою.

- Одночасне вживання антидепресантів та алкоголю є небезпечним та вкрай небажаним. Алкоголь діє як депресант центральної нервової системи, що може додатково посилювати ефекти антидепресантів, знижувати їхню ефективність або спричинити парадоксальні реакції. Це означає, що симптоми депресії можуть посилюватись, незважаючи на прийом лікарських засобів, таким чином тільки погіршуючи стан пацієнта.

Рекомендації щодо застосування.

- Антидепресанти призначаються лише за показаннями з урахуванням особливостей пацієнта. Препаратами першої лінії зазвичай є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС).
- Одночасний прийом двох антидепресантів дуже рідко є виправданим, не призводить до покращення результатів, натомість може викликати серйозні, в тому числі непередбачувані, побічні реакції.
- Припинення прийому препарату має відбуватись поступово зважаючи на те, що багато пацієнтів можуть відчувати легкі симптоми відміни. Під час відміни прийому антидепресантів можуть виникати такі симптоми як порушення сну, нервозність, нудота, блювання тощо [8].
- Повідомте лікаря, якщо ви маєте історію зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Лікар також має запитати пацієнта про наявний досвід використання ЛЗ, або вживання психоактивних речовин.
- Тримайте ліки у захищених місцях, недоступних для сторонніх осіб, особливо дітей. Переконайтесь, що ви маєте місце для безпечного зберігання призначених ліків
- Не діліться призначеними лікарськими засобами з іншими.
- Лікар, який призначає препарати має поінформувати пацієнта або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами та їх використання лише за медичним призначенням.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО АНАБОЛІЧНІ АНДРОГЕННІ СТЕРОЇДИ?

Анаболічні андрогенні стероїди (ААС) – це синтетичні речовини, похідні від тестостерону, які застосовуються в медичній практиці переважно для лікування гормональних розладів, затримки статевого дозрівання у чоловіків, а також втрати м'язової маси, пов'язаної з тяжкими захворюваннями (наприклад, ВІЛ інфекція або онкологічні захворювання). Проте, ААС можуть вживатися не за медичними показами, зокрема, спортсменами для підвищення продуктивності, витривалості та нарощування м'язової маси, або людьми, які не займаються спортом, але хочуть збільшити масу тіла та м'язову масу або втрати жирової маси. Перелік деяких поширених МНН, які належать до анаболічних стероїдів наведено в додатку.

Поширеність вживання ААС на сьогодні недостатньо задокументована, однак окремі дослідження з США, Канади, Бразилії та окремих європейських країн надають оцінки в діапазоні від 1% до 5% населення [9].

Зловживання анаболічними стероїдами поширене серед чоловіків віком 20–50 років, особливо тих, хто інтенсивно займається силовими видами спорту, наприклад, бодібілдингом. Проте, більшість осіб, які вживають ААС не мають професійного відношення до спорту і лише бажають покращити зовнішній вигляд [10].

Аналіз об'єднаних даних дев'яти досліджень показав, що середній вік початку вживання ААС – 23 роки [11].

ААС природньо виробляються в організмі людини, серед них: тестостерон, андростендіон. До синтетичних належать болденон, тренболон, які є значно сильнішими за природні та можуть використовуватись спортсменами.

Особливості призначення.

В Україні анаболічні стероїди є рецептурними препаратами, що повинні застосовуватись виключно за медичними показами та під наглядом лікаря. Призначення ААС може бути доцільним лише в окремих клінічних випадках, таких як: гіпогонадізм (зниження функції статевих залоз), затримка статевого розвитку у підлітків, катаболічні стани (втрати м'язової маси при СНІД, онкології, тяжких травмах), анемія, що супроводжується зниженим еритропоезом – тобто порушенням утворення еритроцитів у кістковому мозку [11].

Призначення ААС має здійснюватись під ретельним моні-

торингом довгострокових негативних наслідків, що пов'язані з їх вживанням. До таких наслідків належать: серцево-судинні захворювання (інфаркт, інсульт, кардіоміопатія), нейроендокринні порушення, ураження печінки та нирок, нейротоксичність (підтверджується когнітивним тестуванням та нейровізуалізаційними дослідженнями).

Вживання андрогенних анаболічних стероїдів часто можна помітити за зовнішніми ознаками, зокрема проявами м'язового дисморфізму — психологічного стану, коли людина надмірно зациклена на нарощуванні м'язової маси. Типовими фізичними проявами є непропорційно великі м'язи рук, шиї, грудей, що контрастують із рештою тіла, а також неприродно низький рівень жиру при збереженні об'ємної мускулатури.

Фізичні та психологічні ефекти від прийому ААС можуть включати: випадіння волосся (для чоловіків) або ріст волосся на обличчі та тілі (для жінок), важкі форми акне, біль у шлунку, амінорея (для жінок), гіпертонія, високий рівень холестерину, набряки.

Серед психологічних наслідків: перепади настрою, агресія, в окремих випадках може спостерігатися параноя.

Більшість осіб, що вживають ААС не вважають їх використання проблемним та рідко звертаються за медичною допомогою.

Застереження:

- Тривале використання ААС пригнічує гіпоталамо-гіпофізарну систему, що після припинення їх прийому може призводити до гіпогонадізму. Це може проявлятися зниженням лібідо, втомлюваністю, безпліддям, тяжкою депресією. У випадку зловживання ААС впливають на серцево-судинну систему, функціонування нирок та когнітивні здібності.
- Продовження вживання часто обумовлене страхом втратити м'язову масу, емоційною нестабільністю під час відміни препарату або компульсивною потребою підтримувати фізичну форму. Різка відміна ААС також може спричинити гострі розлади настрою, включаючи тривожність і суїцидальні думки.
- Комбіноване використання ААС з іншими лікарськими засобами або гормонами, такими як: соматотропін, тироксин, стимуляторами (кленбутерол, амфетаміни), або опіоїди – значно підвищують ризики для здоров'я та ускладнює лікування.
- Хоча ААС не викликають класичного "сп'яніння", їхнє зловживання може супроводжуватися розладами поведінки, агресією та підвищеною схильністю до насильства або ризикованих вчинків.

- ААС можуть викликати специфічну форму залежності, яка не пов'язана з ейфорією чи сп'янінням, але розвивається через порушення цілісності сприйняття власного тіла, гормональні розлади та вплив на мозок, зокрема на систему, що відповідає за відчуття задоволення та мотивацію.
- Під час відміни стероїдів у пацієнтів можуть виникати виражені депресивні симптоми або навіть суїцидальні думки, причому це може траплятися навіть за нормальних рівнів тестостерону. Депресія може тривати від тижнів до місяців після припинення вживання ААС. Якщо маніакальні або психотичні симптоми зберігаються більше кількох тижнів після відміни, слід розглядати первинний афективний/психотичний розлад, а не лише ефекти ААС.
- Поведінкові та психотичні прояви зловживання ААС характеризуються як дратівливість, ажитація, агресивність, інколи параноїдні ідеї; під час відміни — дисфорія, тривога, психомоторна загальмованість.
- Комбінування речовин. Споживачі ААС часто паралельно використовують гормон росту, тиреоїдні гормони (Т3/Т4), інсулін, кленбутерол, амфетаміни, 2,4-динітрофенол, а також анти-естрогени/інгібітори ароматази й SERM (кломіфен тощо) для «балансування» побічних ефектів. Такі комбінації суттєво підвищують токсичність (кардіо-, гепато-, метаболічні ризики).
- Поширеними маркерами вживання ААС можуть бути підвищені концентрації ліпопротеїдів низької щільності, ферментів аспартатамінотрансферази/ аланінамінотрансферази, гамма-глутамілтрансферази, білірубину, високий рівень тестостерону та естрадіолу, під час відміни прийому – низький рівень ендogenousного тестостерону.

Рекомендації щодо застосування.

- ААС слід застосовувати тільки в найнижчій ефективній дозі та протягом найкоротшого медично обґрунтованого періоду під наглядом медичного працівника.
- Коли ААС застосовуються для поліпшення зовнішнього вигляду, збільшення м'язової маси або підвищення працездатності, слід розглянути нефармакологічні альтернативи. До них можуть належати когнітивно-поведінкова терапія (для вирішення проблем із самооцінкою зовнішності), програми тренувань, харчова підтримка та лікування супутніх психічних розладів, таких як депресія або тривожність.

- Припинення застосування ААС, особливо після тривалого використання, повинно відбуватися поступово для уникнення симптомів відміни, таких як депресивні розлади, тривожність або гіпогонадізм.
- Люди з попереднім досвідом вживання психоактивних речовин (наприклад, опіоїдів, стимуляторів), можуть мати підвищений ризик зловживання ААС. Лікаря варто проводити скринінг на супутнє вживання речовин і надавати комплексну допомогу, що охоплює вживання всіх ПАР.
- Несприятливі психіатричні ефекти ААС можуть включати гіпоманію, манію та депресію. У більшості випадків ці симптоми зникають після припинення прийому ААС, але в тяжких або стійких випадках може знадобитись лікування антипсихотиками, стабілізаторами настрою або антидепресантами. СІЗЗС можуть бути особливо корисними при наявності симптомів дисморфії тіла.
- Люди, що вживають ААС повинні проходити періодичні медичні обстеження для раннього виявлення та лікування ускладнень таких як кардіоміопатія, атеросклероз, аритмії, нейротоксичність, гепатотоксичність та захворювання нирок.
- Люди, що вживають ААС також можуть вживати інші добавки, гормони або ЛЗ, такі як: соматотропін, інсулін, тироксин, діуретики, стимулятори або блокатори естрогену. Будьте уважними до взаємодії препаратів та ЛЗ, оскільки це збільшує ризик побічних реакцій.
- Не діліться призначеними лікарськими засобами з іншими.
- Повідомте лікаря, якщо ви маєте історію зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Лікар також має запитати пацієнта про наявний досвід використання ЛЗ, або вживання психоактивних речовин.
- Тримайте лікарські засоби у захищених місцях, недоступних для сторонніх осіб, особливо дітей. Переконайтесь, що ви маєте місце для безпечного зберігання призначених ліків.
- Лікар, який призначає препарати має поінформувати пацієнта або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами та їх використання лише за медичним призначенням.
- При лікуванні синдрому відміни ААС забезпечити скринінг щодо депресії та появи суїцидальних думок, та за потреби – направити для отримання психіатричної допомоги. Особлива увага має бути спрямована на виявлення та попередження вживання інших ПАР та лікарських засобів не за призначенням лікаря.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО ОПІОЇДНІ АНАЛЬГЕТИКИ?

Опіоїдні анальгетики є знеболювальними засобами, що застосовуються для полегшення гострого та хронічного болю, зокрема при онкологічних захворюваннях, паліативній допомозі, в післяопераційному періоді тощо [12]. Перелік деяких поширених МНН лікарських засобів, які належать до класу опіоїдних анальгетиків наведено в додатку.

Особливості призначення.

Зважаючи на особливості дії опіоїдів вони не мають призначатись як перша лінія лікування больового синдрому у більшості випадків, натомість в першу чергу призначаються ненаркотичні анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати тощо. Відтак, призначення опіоїдних анальгетиків має здійснюватись лише лікарем на основі показів до призначення та враховуючи відсутність інших альтернативних схем лікування [13].

Застереження.

- Опіоїдні анальгетики можуть викликати сильну фізичну та психічну залежність, тому їх слід застосовувати лише при сильному болю та/або за умови відсутності інших альтернатив лікування та за належного контролю лікаря.
- У випадку зловживання опіоїдними анальгетиками збільшується толерантність. Для досягнення ефекту необхідним є прийом більшої кількості лікарського засобу.
- У випадку формування залежності та зростання толерантності, при зупинці вживання опіоїдів виникають симптоми синдрому відміни, що можуть проявлятися такими симптомами як безсоння, пітливість, тривога, дратівливість, розлади шлунково-кишкового тракту тощо. Зазначені симптоми можуть тривати декілька тижнів (гостра фаза) та, в окремих випадках, зокрема, за наявності супутньої хронічної патології, можуть становити загрозу для здоров'я пацієнта.
- Особливо небезпечним є змішане вживання опіоїдів з алкоголем, бензодіазепінами чи іншими депресантами центральної нервової системи, що може призвести до пригнічення дихання та передозування – небезпечних для життя станів.

- Зловживання опіоїдними анальгетиками може призводити до уповільнення роботи шлунково-кишкового тракту, що викликає хронічні закрепи, нудоту, втрату апетиту, еректильну дисфункцію, порушення менструального циклу у жінок тощо.
- Попри те, що деякі опіоїдні анальгетики, можуть продаватись за звичайним рецептом (не за рецептом “наркотичні лікарські засоби”), – вони також мають високий ризик формування залежності у випадку зловживання. Наприклад, «Налбуфін» тривалий час виписувався за звичайним рецептом і лише в червні 2025 року було впроваджено обов’язкий електронний рецепт для цих препаратів
- Безперервний тривалий вплив опіоїдів при лікуванні болювого синдрому може викликати парадоксальну реакцію – посилення сприйняття болю (опіоїдна гіпералгезія). Цей стан виникає у зв’язку з симпатичною стимуляцією та порушенням регуляції гіпоталамо-гіпофізарної системи.

Рекомендації щодо застосування

- Болювий синдром обов’язково має належно лікуватись оскільки нелікований болювий синдром може призвести до ризиків хронізації болю, психічних розладів та загального зниження якості життя.
- Опіоїдні анальгетики призначаються лише за відповідних умов та показів та відсутності ефективності інших лікарських засобів.
- Сильні опіоїди (фентаніл, морфін, бупренорфін) не слід використовувати для лікування слабого або помірною болю.
- Перед початком призначення терапії опіоїдними анальгетиками слід забезпечити корекцію виліковних або погано контрольованих супутніх станів (депресія, ПТСР, безсоння, порушення дихання уві сні), оскільки ефективне лікування цих розладів може значно зменшити інтенсивність болювого синдрому.
- Перед початком використання опіоїдних анальгетиків необхідно провести оцінку психосоціальних чинників (наявність дітей в будинку, члени сім’ї з історією зловживання психоактивних речовин, підвищений ризик неправильного використання або розвитку залежності, розлади психічного здоров’я), наявності інших супутніх захворювань або соматичних розладів [13].

- У разі розвитку толерантності чи гіпералгезії внаслідок вживання опіоїдних анальгетиків, лікарю слід розглядати стратегії зниження дози з урахуванням синдрому відміни.
- Повідомте лікаря, якщо ви маєте історію зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Лікар також має запитати пацієнта про наявний досвід використання ЛЗ, або вживання психоактивних речовин.
- Не діліться призначеними лікарськими засобами з іншими.
- Тримайте лікарські засоби у захищених місцях, недоступних для сторонніх осіб, особливо дітей. Переконайтесь, що ви маєте місце для безпечного зберігання призначених ліків.
- Лікар, який призначає препарати наркотичних засобів зобов'язаний поінформувати пацієнта або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами, недопущення їх використання не за медичним призначенням.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО Z-ПРЕПАРАТИ?

Z-препарати – це об'єднана назва лікарських засобів, які були розроблені як седативно-гіпнотичні альтернативи бензодіазепінам, використовуються для лікування безсоння. До них належать лікарські засоби з такими міжнародними непатентованими назвами: золпідем, зопіклон та залеплон. Хоча ці препарати хімічно не є бензодіазепінами, вони мають подібний механізм дії – впливають на рецептори гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) у центральній нервовій системі, викликаючи седативний ефект. Перелік деяких поширених МНН лікарських засобів, які належать до класу Z-препаратів (снодійних) наведено в додатку.

Особливості призначення.

Z-препарати зазвичай призначаються для короткострокового лікування безсоння, найчастіше на період до двох тижнів, оскільки при тривалому застосуванні зростає ризик розвитку толерантності, звикання та залежності. Їхній ефект настає досить швидко, тому приймати препарат слід безпосередньо перед сном, за умови, що людина може спати не менше 7–8 годин. Через швидку дію та короткий період напіввиведення, ці препарати вважаються ефективними при труднощах із засинанням, проте їх не слід використовувати як засоби для тривалого контролю порушень сну. Пацієнтам літнього віку або з порушеннями функції печінки Z-препарати призначають з особливою обережністю через підвищений ризик побічних ефектів.

Зафіксовані ризики зловживання, формування толерантності, залежності, а також побічні реакції при використанні Z-препаратів зустрічаються з такою ж частотою як і при використанні традиційних бензодіазепінів [14].

Застереження

- Часте або тривале використання Z-препаратів, особливо без належного медичного контролю, може призвести до розвитку психічної та фізичної залежності.
- З часом для досягнення того ж ефекту можуть знадобитись вищі дозування препаратів.
- Різде припинення прийому після тривалого застосування снодійних може викликати тривогу, дратівливість, порушення сну, у тяжких випадках – судоми.

- Під час прийому препаратів можливі сонливість в день, погіршення пам'яті, порушення координації, особливо у літніх людей. Зважаючи на те, що прийом цих препаратів асоціюється з парасомнічною поведінкою (наприклад засинання під час водіння, падіння) – при їх використанні (особливо перших доз) підвищується ризик дорожно-транспортних пригод.
- Іноді виникають епізоди “автоматичної поведінки” (наприклад, приготування їжі, розмови або водіння у сні), про які пацієнт може не пам'ятати.
- Поєднання з іншими седативними речовинами (алкоголь, опіоїди, бензодіазепіни) значно підвищує ризик пригнічення дихання.

Рекомендації щодо застосування

- Першою лінією лікування безсоння є немедикаментозні методи лікування, зокрема, когнітивно-поведінкова терапія. Якщо безсоння зберігається понад 2 тижні – необхідно переглянути підхід до лікування.
- Z-препарати слід застосовувати тільки за призначенням лікаря та у найнижчій ефективній дозі.
- Не слід комбінувати з іншими седативними засобами без консультації з лікарем.
- Повідомте лікаря, якщо ви маєте історію зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Лікар також має запитати пацієнта про наявний досвід використання ЛЗ, або вживання психоактивних речовин.
- Препарати не призначені для щоденного довготривалого використання.
- Уникайте вживання алкоголю під час курсу лікування Z-препаратами.
- Не діліться призначеними лікарськими засобами з іншими.
- Тримайте ліки у захищених місцях, недоступних для сторонніх осіб, особливо дітей. Переконайтесь, що ви маєте місце для безпечного зберігання призначених ліків.
- Лікар, який призначає препарати має поінформувати пацієнта або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами та їх використання лише за медичним призначенням.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО ПРЕГАБАЛІН?

Прегабалін – це МНН лікарських засобів, які застосовуються для лікування невропатичного болю, епілепсії (як допоміжна терапія), генералізованого тривожного розладу та фіброміалгії та належить до класу анксіолітиків. Він є похідним γ -аміномасляної кислоти (ГАМК), проте діє за іншим механізмом: пригнічує збудливість нейронів, впливаючи на кальцієві канали.

Особливості призначення.

Зазвичай препарат призначається лікарем у вигляді капсул для щоденного прийому двічі на добу. Початкова доза підбирається індивідуально, залежно від показань: ниркової функції та реакції пацієнта на лікування. Дозування може поступово підвищуватись до досягнення клінічного ефекту, однак перевищення рекомендованих доз не покращує ефективність і підвищує ризики побічних реакцій [15].

У разі лікування тривожних розладів або хронічного болю, лікування може бути довготривалим, тому необхідний регулярний медичний моніторинг стану пацієнта, оцінка доцільності продовження лікування та поступове зниження дози у разі припинення терапії.

Препарат не є засобом “швидкої дії” для купірування гострого болю або гострих психічних розладів. Його ефект розвивається поступово протягом кількох днів. Саме тому важливо дотримуватися схеми прийому, не припиняти лікування раптово та не змінювати дозу без узгодження з лікарем.

Застереження

- Прегабалін може викликати психічну та фізичну залежність, особливо у людей, які в анамнезі мали випадки зловживання психоактивними речовинами або алкоголем.
- Ризик зловживання зростає при вживанні препарату у високих дозах або не за медичними показаннями.
- У разі зловживання можливе виникнення ейфорії, сонливості, сплутаності свідомості, порушення координації, агресивності або депресивні стани.
- Комбіноване вживання з іншими седативними засобами (алкоголем, бензодіазепінами, опіоїдами) значно підвищує ризик пригнічення дихання.
- Різка припинення прийому прегабаліну після тривалого застосування може викликати синдром відміни (тривога, безсоння, пітливість, дратівливість, судоми).

- Побічні реакції під час прийому прегабалінів можуть включати запаморочення, нечіткість зору, набряки, підвищення ваги, тремор, порушення концентрації.
- Особам з порушенням функції нирок необхідна корекція дози препарату, оскільки виведення прегабалінів залежить від функції нирок.
- Прийом лікарських засобів може впливати на швидкість реакції
- Прийом лікарських засобів може впливати на швидкість реакції, тому слід бути обережним під час керування транспортними засобами або виконання роботи, яка вимагає підвищеної уваги, – особливо на початку лікування.

Рекомендації щодо застосування

- Прегабалін слід застосовувати лише за призначенням лікаря, відповідно до встановлених показів та з урахуванням супутніх захворювань (зокрема функції нирок).
- Починати прийом препарату необхідно з найнижчої ефективної дози з поступовим підвищенням – виключно під контролем медичного працівника.
- Не припиняйте прийом прегабалінів різко – зупинка прийому препарату повинна відбуватись поступово, щоб уникнути симптомів синдрому відміни.
- Не збільшуйте дозу самостійно – це не покращить ефект, але значно підвищить ризик побічних реакцій та залежності.
- Повідомте лікаря, якщо ви маєте історію зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Лікар також має запитати пацієнта про наявний досвід використання ЛЗ, або вживання психоактивних речовин.
- Не діліться призначеним вам лікарським засобом з іншими людьми – навіть якщо у них подібні симптоми.
- Приймайте препарат регулярно, дотримуючись призначеного режиму – це забезпечить стабільний терапевтичний ефект і зменшить ризик побічних реакцій.
- Тримайте ліки у захищених місцях, недоступних для сторонніх осіб, особливо дітей. Переконайтесь, що ви маєте місце для безпечного зберігання призначених ліків.
- Лікар, який призначає препарати має поінформувати пацієнта або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами та їх використання лише за медичним призначенням.

ВІЗЬМІТЬ ЦІ ЗНАННЯ З СОБОЮ

1. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ:

- вчасно і правильно призначене лікування у багатьох випадках попереджає зловживання та формування залежності оскільки зменшує ризики самолікування та самопризначення лікарських засобів, їх неконтрольоване вживання;
- налагодження контакту з пацієнтом, доступність консультації лікаря, надання пацієнту повної інформації про лікарські засоби, залучення пацієнта до спільного прийняття рішень щодо лікування сприяє збільшенню прихильності до правильного прийому лікарського засобу;
- препарати повинні призначатися лише лікарем, відповідно до показань та з урахуванням особливостей щодо тривалості лікування та дозування та з урахуванням міжлікарської взаємодії;
- у випадку наявності вибору, перевагу слід надавати препаратам із більш довгим періодом напіввиведення, для зменшення частоти прийому лікарських засобів та ризику формування залежності;
- лікування має враховувати індивідуальний стан пацієнта, особливості перебігу захворювання, потенційні переваги та ризики щодо застосування лікарського засобу;
- існують випадки коли медикаментозне лікування не завжди є єдиною доступною стратегією лікування, зокрема при легкому ступеню тривоги або безсонні може бути рекомендована психотерапія, заходи з корекції стилю життя (наприклад навчання гігієні сну тощо) та інших факторів, які можуть впливати на здоров'я;
- антидепресанти, бензодіазепіни, опіоїдні анальгетики, прегабалін, анаболічні стероїди та снодійні призначаються виключно лікарем на підставі встановленого діагнозу; оскільки подекуди ці препарати можливо отримати без рецепту (або без перевірки наявності рецепту) є ризик самопризначення лікарських засобів пацієнтом. Це значно збільшує ризики зловживання та виникнення побічних реакцій;

- при призначенні лікування необхідно **орієнтуватись на затверджені медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги, зокрема Протоколи та Стандарти медичної допомоги**. Зазначені документи розміщені на сайті Державного експертного центру в розділі “Стандарти та настанови”, який доступний за QR кодом:



2. ОЦІНКА РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЗЛОВЖИВАННЯ:

- при призначенні лікарських засобів необхідно оцінювати **ризик формування залежності, зловживання або неправильного застосування лікарського засобу беручи до уваги його потенціал сформувати залежність, зловживання та фактори пов'язані з індивідуальною вразливістю пацієнта;**
- до факторів, які можуть свідчити про підвищений ризик формування залежності або зловживання лікарськими засобами з боку пацієнта належать:
 - попередня історія зловживання психоактивними речовинами або алкоголем;
 - наявний діагноз розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю;
 - досвід в анамнезі самолікування або використання лікарського засобу без призначення або неправильне використання препарату (частота прийому, спосіб вживання, дозування тощо);
 - обмежений або відсутній доступ до медичної допомоги.

3. СТРАТЕГІЯ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ ЩОДО ЗЛОВЖИВАННЯ

- препарати з високим ризиком зловживання з обережністю призначаються для осіб, які мають в анамнезі діагноз розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або алкоголю;
- посилення контролю за прийомом лікарського засобу; полягає у більш регулярних візитах пацієнта до лікаря (пам'ятаючи про баланс і не роблячи відвідування лікаря надто обтяжливим для пацієнта), підтримці зв'язку з пацієнтом (зокрема

використовуючи підходи телемедичного консультування, які є більш зручними для пацієнта з точки зору витрат часу тощо), увазі до ознак, які можуть свідчити про зловживання (часті прохання збільшити дозу, інформація про часту втрату препарату, збільшення толерантності до лікарського засобу тощо);

- надання пацієнту повної інформації про особливості дії препарату, ризики пов'язані з його зловживанням або неправильним вживанням;
- за можливості, застосування альтернативних, немедикаментозних методів лікування таких як когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне консультування, фізіотерапія для пацієнтів, для яких це може бути ефективно;
- інформування пацієнта про ризики одночасного вживання лікарських засобів з алкоголем та психоактивними речовинами, міжлікарської взаємодії (перевірити міжлікарську взаємодію можна за QR-кодом на сайті "HEP Drug interactions");
- забезпечення поступового зниження дозування при завершенні терапії – уникнення різкого припинення прийому препаратів, які можуть викликати синдром відміни.



4. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ ДОПОМОГИ У ВИПАДКУ ЗЛОВЖИВАННЯ ЧИ ЗАЛЕЖНОСТІ

- В разі підозри щодо виникнення синдрому залежності внаслідок зловживання лікарськими засобами, необхідно звернутись до закладу охорони здоров'я, який надає наркологічну або психіатричну допомогу та спеціалізується на діагностиці та лікування розладів пов'язаних із залежністю. Перелік таких закладів доступний за QR-кодом.
- В разі підозри щодо виникнення синдрому залежності внаслідок зловживання лікарськими засобами, необхідно звернутись до закладу охорони здоров'я, який надає наркологічну або психіатричну допомогу та спеціалізується на діагностиці та лікування розладів пов'язаних із залежністю. Перелік таких закладів доступний за QR-кодом.



КУДИ ЩЕ МОЖНА ЗВЕРНУТИСЯ ЗА ДОПОМОГОЮ АБО КОНСУЛЬТАЦІЄЮ?

ГАРЯЧІ ЛІНІЇ ПІДТРИМКИ

Контакти організацій, які надають підтримку та консультування, представлені за QR-кодом:



Інформація про наведені заклади охорони здоров'я доступна також в чат-боті ЗПТ:



Література:

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2024) Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2023 National Survey on Drug Use and Health <https://www.samhsa.gov/data/report/2023-nsduh-annual-national-report>
2. National Institute of Drug Abuse (2023) What is the scope of prescription drug misuse in the United States? Retrieved from: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/what-scope-prescription-drug-misuse>
3. European Union Drugs Agency (2021) Non-medical use of medicines: health and social responses. Retrieved from: https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/non-medical-use-of-medicines-health-and-social-responses_en

4. UN Office on Drugs and Crime (2024) World Drug Report 2024. Retrieved from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
5. European Union Drugs Agency (2018) The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe (Perspectives on drugs). Retrieved from: https://www.euda.europa.eu/topics/pods/benzodiazepines_en
6. Evans E, Sullivan M. (2014) Abuse and misuse of antidepressants. Subst Abuse Rehabil. 5:107-120 <https://doi.org/10.2147/SAR.S37917>
7. International Narcotics Control Board (2023) Report of the International Narcotics Control Board for 2023. Retrieved from: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2023/Annual_Report/E_INCB_2023_1_eng.pdf
8. Міністерство охорони здоров'я України (2014) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги: Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/depresiya/>
9. Diagnosis and Management of Anabolic Androgenic Steroid Use Bradley D Anawalt PMID: PMC6517163 PMID: 30753550
10. Американська психіатрична асоціація. Переклад шостого видання (2025). Лікування розладів пов'язаних із уживанням психоактивних речовин. ВСВ "Медицина" (6), pp. 376-391.
11. Pope Jr. et al. (2014). The lifetime prevalence of anabolic-androgenic steroid use and dependence in Americans: current best estimates. DOI: [10.1111/j.1521-0391.2013.12118.x](https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12118.x)
12. Higgins C., Smith B.H., & Matthews K. (2018) Incidence of iatrogenic opioid dependence or abuse in patients with pain who were exposed to opioid analgesic therapy: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Anaesthesia, Vol. 120, Issue 6. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.03.009>
13. Міністерство охорони здоров'я України (2023). Стандарти медичної допомоги. Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/smd_643_06042023.pdf
14. Schifano F. et al. (2019). An Insight into Z-Drug Abuse and Dependence: An Examination of Reports to the European Medicines Agency Database of Suspected Adverse Drug Reactions. DOI: [10.1093/ijnp/pyz007](https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz007)
15. Schjerning O. (2016). Abuse Potential of Pregabalin: A Systematic Review. DOI: 10.1007/s40263-015-0303-6

ПЕРЕЛІК ДЕЯКИХ ПОШИРЕНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА МНН

БЕНЗОДІАЗЕПІНИ	
Діазепам	Гідазепам
Левана	Клоназепам
АНТИДЕПРЕСАНТИ	
Трициклічні антидепресанти	
Амітриптилін	Доксепін
Іміпрамін	Кломіпрамін
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (C133C)	
Флуоксетин	Есциталопрам
Пароксетин	Сертралін
ОПІОЇДНІ АНАЛЬГЕТИКИ	
Кодеїн	Бупренорфін
Морфін	Фентаніл
Налбуфін	Трамадол
АНАБОЛІЧНІ АНДРОГЕННІ СТЕРОЇДИ	
Метандієнон	Нандролон
Оксандролон	Тренболон
Z-ПРЕПАРАТИ (CНОДІЙНІ)	
Зопіклон, залеплон	Золпідем

