

ЗАСТОСУВАННЯ БУСПИРОНА В ТЕРАПІЇ ПАНІЧНИХ АТАК В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Малик Наталія Віталіївна

к.мед.н., доцент

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Введення. Кожна людина протягом всього життя стикається із стресовими ситуаціями, як позитивними, так і негативними. Тобто, будь-яка значна зміна у повсякденному житті відноситься до стресової ситуації. В період стресу спостерігаються адаптаційні зміни на фізіологічному, психічному, поведінковому рівні. Дистрес надає негативний вплив на організм людини, супроводжується гіперактивацією нейрогуморальних систем та призводить до ураження практично усіх органів і систем. Тривога є однією з облігатних ознак дистреса. Тривожні розлади виникають більше ніж у половини хворих на соматичні захворювання, особливо при наявності хронічного перебігу. В більшості випадків хворі на тривожні розлади спочатку звертаються за допомогою до фахівців загальної практики. Тому корекція цих порушень є однією з головних задач в практиці сімейного лікаря. Нажаль, з-за негативного відношення пацієнта не завжди є можливість скерування хворого до психіатра. Низька інформованість сімейного лікаря про особливості діагностики цих порушень іноді призводить до діагностичних помилок, і як наслідок, хворі тривало не одержують адекватної терапії. Сімейний лікар повинен володіти практичними навичками виявлення (стандартні скринінгові опитувальники та шкали) і лікування цих станів.

Мета роботи. Оцінити ефективність застосування буспірону в лікуванні панічних атак.

Матеріали і методи. Було проведено дослідження клінічної ефективності у 85 пацієнтів віком від 18 до 64 років з психовегетативним синдромом в структурі невротичних реакцій тривожного ряду. Всі пацієнти дали

інформовану згоду на участь у дослідженні. Протягом дослідження було виключено всі препарати, які надають вплив на центральну нервову систему. Буспірон використовували по 1 таблетці (10 мг) тричі на добу. Лікування проводили протягом 1 місяця. Буспірон – небензодіазепіновий протитривожний засіб, який має певні переваги в порівнянні з іншими анксиолітичними препаратами. Буспірон не надає седативної дії, він безпечний у відношенні потенційного зловживання, розвитку залежності, взаємодії з іншими препаратами, порушення координації рухів.

Результати та обговорення. Стан пацієнтів оцінювали в динаміці: до лікування, на 10 день та наприкінці лікування. Крім клінічного обстеження за допомогою анкет оцінювали стан вегетативної нервової системи, якість сну, якість життя, реактивну та особистісну тривогу, депресію. Тривогу оцінювали за шкалами тривоги Гамільтона (HAM-A, HAM-D), депресії Раскіна, тривоги Кові. Пацієнти заповнювали анкету симптомів Ліпмана-Рикелса (SCL-56) та профіль емоційного стану (POMS).

Вихідні показники складали $20,03 \pm 0,37$ (загальна HAM-A), $20,16 \pm 0,43$ (SCL-56) та $7,71 \pm 0,29$ (шкала Кові). Після 1 місяця прийому препарату показники зменшились до $13,45 \pm 0,78$, $15,47 \pm 0,45$ та $5,18 \pm 0,24$, що визначало статистично значиме зменшення середнього показника на $6,58 \pm 0,86$, $4,69 \pm 0,62$ та $2,53 \pm 0,38$ відповідно ($p < 0,05$).

Оцінку депресії проводили за загальною шкалою HAM-D, шкалам SCL-56, POMS та Раскіна. Вихідні показники складали $5,4 \pm 0,34$ (загальна HAM-D), $20,68 \pm 0,52$ (SCL-56), $3,52 \pm 0,21$ (POMS) та $6,76 \pm 0,31$ (шкала Раскіна). Після 1 місяця терапії вони склали $1,85 \pm 0,22$, $17,11 \pm 0,5$, $3,76 \pm 0,27$ та $4,92 \pm 2,9$ відповідно вказують на статистично значиме зменшення середніх – $3,55 \pm 0,4$, $3,57 \pm 0,72$ та $1,84 \pm 0,42$ відповідно за шкалами HAM-D, SCL-56 та Раскіна ($p < 0,05$).

Рівень уваги оцінювали за коректурною пробою Бурдона та за допомогою чорно-білих таблиць Шульте. В роботі використана шкала оцінки життєвих подій Холмса та Рея, яка дозволяє оцінити ступінь схильності хворих до стресу

за півроку до початку дослідження. Рівень стресогеності за шкалою оцінки життєвих подій у пацієнтів у середньому склав 165 балів. Вважається, що при кількості балів 150, рівень стресу, який відчуває пацієнт, вже надає негативний вплив на його здоров'я.

Проведене дослідження показало високу клінічну ефективність використання буспірона у пацієнтів з психовегетативним синдромом, що розвинувся на тлі тривожно-невротичних розладів.

В результаті використання буспірона протягом 1 місяця було відмічено не тільки позитивну динаміку суб'єктивного самопочуття хворих, але і достовірне покращення за даними анкетування.

Так, зафіксовано зниження рівнів як реактивної, так і особистісної тривожності за тестом Спілберга, зменшення вегетативних проявів, нормалізацію сну, зниження проявів субдепресії за шкалою Бека, підвищення якості життя, що може розцінюватись як попередня прогностична ознака стійкості досягнутого результату. Буспірон надає виражену вегетотропну дію, знижує інтенсивність вегетативних проявів та сприяє нормалізації сну.

Висновки. Основною перевагою буспірона є добра переносимість, відсутність побічних ефектів та доказана ефективність. Таким чином, буспірон можна рекомендувати для лікування стрес-індукованих тривожних та психовегетативних синдромів в практиці сімейного лікаря.