

Застосування анксиолітиків та β 1-адреноблокаторів в поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією для зменшення тривожних розладів при вегето-судинній дистонії в осіб молодого віку

Вячеслав Грубляк

ПП «ПоділляМед»

Стаття присвячена проблемі впливу вегетативної дисфункції та тривожних розладів на якість життя та працездатність осіб молодого віку. Актуальність дослідження не викликає сумніву, адже вегето-судинна дистонія є найпоширенішою патологією серед юнаків, підлітків та осіб молодого віку. Автором статті підкреслюється, що функціональні вегетативні розлади без відповідної корекції з часом трансформуються в органічні нозологічні захворювання, такі як ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба. Тривожні розлади та панічні атаки нерідко супроводжують вегетативні порушення, особливо в осіб молодого віку, і є фактично облігатними при розвитку вегетативних кризів по церебральному чи кардіальному типу, що в результаті приводить до тимчасової непрацездатності та зниження якості життя. В комплексному лікуванні вегето-судинної дистонії в осіб молодого віку з тривожними розладами було запропоновано використання когнітивно-поведінкової терапії в поєднанні з фармакотерапією – анксиолітиком (буспіроном) та селективним блокатором β 1 -адренорецепторів (біспрололом). Визначена динаміка загального стану, клініко-фізіологічних показників та рівня тривожності в осіб з кардіалгічним, цефалгічним та аритмічним синдромами. В результаті проведеного лікування осіб молодого віку з вегето-судинною дистонією було виявлено позитивний вплив селективних блокаторів β 1 -адренорецепторів на загальний стан, клінічні та кардіодинамічні показники у вигляді зникнення або значного зменшення больового синдрому та порушень серцевого ритму, нормалізації показників артеріального тиску, регресу невротичних, особливо тривожних розладів при одночасному проведенні когнітивно-поведінкової та анксиолітичної терапії буспіроном, що може бути рекомендоване для застосування в осіб молодого віку, а також юнаків і підлітків, в процесі навчання та здобуття професійних навичок, для підвищення якості життя та попередження розвитку поведінкових порушень та органічних ускладнень в майбутньому.

Актуальність

Функціональні розлади здоров'я досить широко розповсюджені, особливо в осіб молодого віку [2; 3]. Так, вегето-судинна дистонія (ВСД) є найпоширенішою патологією. На частку ВСД припадає до 15-20% функціональних розладів серцево-судинної системи. Серед осіб молодого працездатного віку близько 30% хворих – пацієнти з ВСД [4].

Проте, діагноз ВСД не має доказової бази, а сам цей синдром приховує багато неврологічних, психічних і соматичних розладів, які впливають на якість життя людей. Тривожні розлади,

зокрема панічний розлад, є клінічним аналогом ВСД, що підтверджується багатьма спільними симптомами. Етіологічними чинниками ВСД можуть виступати: конституційні особливості, патології перинатального періоду, повторні інфекційні захворювання, інтоксикації, психосоматичні захворювання (ессенціальна артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба), стрес, вітамінна недостатність тощо, особливо при поєднанні з перевтомою [2, 3, 4].

Формування вегетативно-судинної дисфункції здебільшого проходить тривалий субклінічний період становлення, нерідко з дитячого чи юнацького віку, з нашаруванням декількох патогенних впливів. В результаті ВСД приводить до зниження якості життя та працездатності осіб молодого віку, інколи до тимчасової її втрати і вважається однією з головних причин розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), гіпертонічної хвороби (ГХ) та їх ускладнень: інфаркту міокарда та церебрального інсульту, які, в свою чергу, приводять до стійкої втрати працездатності або летальних наслідків. Отже, проведене дослідження має важливе соціальне значення. Крім того, супутні тривожні розлади при ВСД нерідко призводять до розвитку панічних атак як в денний, так і в нічний час доби, і провокуватися перевтомою, нестачею кисню, прийомом алкоголю, курінням, нестачею сну, менструацією тощо [4].

Мета

Мета цієї статті – дослідити та показати ефективність використання селективного блокатора β_1 -адренорецепторів біспрололу (біспрололу фумарат) та анксиолітика буспірону (буспірону гідрохлорид) в поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) у лікуванні вегетативно-судинної дистонії (ВСД) в осіб молодого віку з тривожними розладами.

Об'єкт і методи дослідження

Спостерігали 79 осіб з ВСД віком 18-29 років (51 чоловіків, 28 жінок): I група – 39 осіб з кардіалгічним синдромом (КС), II група – 27 з цефалгічним синдромом (ЦС), III група – 13 з аритмічним синдромом (АС). Всі пацієнти приймали біспролол в дозі 5 мг (1 раз/добу, 2 місяці), далі – 2,5 мг 1 раз/добу ще місяць. Однією з переваг застосування β -блокаторів є мінімальний вплив на когнітивні функції. Одночасно пацієнти отримували протитривожні засоби: КПТ та анксиолітичний препарат буспірон (5мг тричі на добу).

За кількісними характеристиками основних клінічних проявів, в I групі (39 осіб ВСД з КС) визначили 4 підгрупи: в залежності від інтенсивності болювого синдрому (29 – з неінтенсивним болем в ділянці серця, 10 – з інтенсивним) і за тривалістю (31 – з болем до 10 хв., 8 – з болем до 3 год.).

В II групі (ВСД з ЦС) було визначено 2 підгрупи: у 19 осіб напади цефалгій спостерігались двічі на тиждень, у 8 осіб – 5 разів; за тривалістю, у 21 особи – до 40 хв., у 6 – до 2 годин на добу.

В III групі (ВСД з АС) екстрасистолії та відчуття перебоїв визначались у 8 осіб, тахікардія – у 5 осіб.

Об'єктивна оцінка впливу медикаментозної терапії проводилась за допомогою функціональних методів дослідження до і після закінчення курсу лікування: порівнювальний аналіз електрокардіограм (ЕКГ), ЕКГ з навантаженням; вивчення динаміки артеріального тиску (АТ), показників середніх значень систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску в мм рт.ст. в окремі періоди (8.00–18.00 год.) та варіабельності стандартного відхилення (СВ), поряд із дослідженням клінічних симптомів в умовах індивідуально-звичайного життя. Рівень ситуативної (реактивної) тривожності визначався за шкалою Спілбергера-Ханіна (1976) до лікування і після. Статистична обробка показників здійснювалась за методом варіаційної

статистики з використанням критеріїв Ст'юдента.

Результати і їх обговорення

Після проведеного курсу лікування у 2 осіб з ВСД (КС) скоротився час і інтенсивність кардіалгій, у 35 осіб (95% випадків) зникли напади болю. У 4 осіб з ВСД (ЦС) цефалгії виникали лише 1-2 рази на тиждень, у 25 осіб (88%) головний біль не спостерігався. Покращився також стан пацієнтів з ВСД (АС): у 10 - визначався повний регрес порушень серцевого ритму, у 3 - спостерігались відчуття перебоїв без тахікардії (Таблиці 1, 2).

Аналіз показників добового АТ до і після лікування, визначив достовірне зниження САТ і ДАТ. Так, САТ в 8.00 змінювався від $125,5 \pm 5,3$ мм рт.ст. до $110,2 \pm 3,1$ мм рт.ст., в 18.00 - від $135,3 \pm 3,8$ мм рт.ст. до $115,5 \pm 2,1$ мм рт.ст.; ДАТ змінився в 8.00 - від $75,5 \pm 3,2$ мм рт.ст. до $60,3 \pm 1,81$ мм рт.ст., в 18.00 - від $80,6 \pm 5,2$ мм рт.ст. до $65,1 \pm 2,3$ мм рт.ст (Таблиця 3).

Змінилася також картина загального самопочуття: покращився настрій, зникла загальна слабкість, втомленість, роздратованість, емоційна лабільність, збільшилась фізична активність, зросла працездатність, і що важливо, значно зменшилась тривожність (Таблиця 4).

N	Групи хворих та симптоми	Кількість нападів до лікування	Кількість нападів після лікування	p
1.	Хворі ВСД з КС (n=39)			
	Біль у серці:			
	помірний, неінтенсивний	$29,2 \pm 1,4$	$2,1 \pm 0,8$	<0,01
	інтенсивний	$9,8 \pm 0,2$		
	Тривалість болю:			
	до 10 хвилин	$31,3 \pm 1,2$	$2,5 \pm 0,6$	<0,01
	до 3 годин	$8,0 \pm 0,6$		
2.	Хворі ВСД з ЦС (n=27)			
	Напади головного болю:			
	до 2 разів на тиждень	$21,4 \pm 0,9$	$4,0 \pm 0,3$	<0,01
	до 5 разів на тиждень	$6,2 \pm 0,3$		
3.	Хворі ВСД з АС (n=13)			
	екстрасистолії	$8,1 \pm 1,2$		
	відчуття перебоїв, серцебиття	$5,2 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,5$	<0,01

Таблиця 1. Динаміка основних клінічних симптомів в осіб з ВСД

Порушення серцевого ритму	Особі з ВСД (n=79)		p
	До лікування	Після лікування	
Передсердні екстрасистолії	$288,0 \pm 12,5$	$42,5 \pm 5,8$	<0,01
Шлуночкові екстрасистолії	$136,6 \pm 11,3$	$19,8 \pm 3,5$	<0,01
Ранні екстрасистолії	$48,4 \pm 5,2$	$11,2 \pm 4,3$	<0,01
Бігемія	$28,8 \pm 6,1$	$5,3 \pm 2,1$	

Таблиця 2. Динаміка показників ЕКГ в осіб з ВСД після проведеної терапії

Показники АТ (в мм рт.ст.)	До лікування (години вимірювання)		Після лікування (години вимірювання)		p
	8.00	18.00	8.00	18.00	
САТ	$125,5 \pm 5,3$	$135,3 \pm 3,8$	$110,2 \pm 3,1$	$115,5 \pm 2,2$	<0,01
ДАТ	$75,5 \pm 3,2$	$80,6 \pm 5,2$	$60,3 \pm 1,81$	$65,8 \pm 1,3$	<0,01

Таблиця 3. Динаміка показників добового АТ в осіб з ВСД після проведеної терапії

Групи хворих та симптоми	До лікування	Після лікування	p
1. Особи з ВСД+КС (n=39)	$38 \pm 1,4$	$27 \pm 0,6$	<0,01
2. Особи з ВСД+ЦС (n=27)	$42 \pm 1,6$	$29 \pm 1,8$	<0,01



Групи хворих та симптоми	До лікування	Після лікування	p
3. Особи з ВСД+АС (n=13)	47±1,2	32±0,3	<0,01

Таблиця 4. Динаміка реактивної тривожності осіб з ВСД після проведеної терапії (за шкалою Спілбергера-Ханіна)

Висновки

Оцінка діагнозу ВСД та її дослідження базується як на суб'єктивних, так і об'єктивних ознаках, що проявляється кардіальними та церебральними розладами, змінами нервово-психічних функцій, перш за все, тривожністю.

Проведене дослідження показало доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії в поєднанні з селективними β 1-блокаторами (біспрололом) та анксиолітиками (буспіроном) в осіб молодого віку з ВСД у вигляді покращення загального стану, зниження тривожності та внутрішньої напруги, що корелювало з динамікою клінічних показників, зменшенням соматичних розладів: зникнення кардіалгій (у 95% випадків) і цефалгій (у 88%), достовірного зниження САТ і ДАТ, регресу порушень серцевого ритму.

Вище вказане комплексне лікування тривожних розладів на фоні вегетативної дисфункції може бути рекомендоване для застосування у молодих осіб, особливо юнаків і підлітків, в процесі навчання та здобуття професійних навичок з метою усунення соціальної дезадаптації та підвищення якості життя.

Посилання

1. Antonyuk T. Aktualni pytannia diagnostyky ta likuvannia veheto-sudynnoi dystonii. *Neuronews*. 2017;7-8(91):32-4. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2017/7-8%2891%29/pages-32-34/aktualni-pitannya-diagnostiki-ta-likuvannya-vegeto-sudinnoyi-dystoniyi#gsc.tab=0>
2. Vein A, Diukova O, Vorobiova O, Danylov A. Panicheskie ataki. Moscow: Eidos Media; 2004:406-408.
3. Kioseva O. Features of psychoemotional characteristics of junior students with the adjustment disorders. *Visnyk socialnoi hihiieny ta organizacii ohorony zdorovia Ukrainy*. 2016;1(67):30-5. doi: 10.11603/1681-2786.2016.1.6592
4. Oros M, Yemets O, Makhlynets V, Vavrynchak V, Sapiha I, Babynets D. Vehetosudynna dystonia chy panichniy rozlad: de istyna? *Health-ua*. 2020;21(490):23-4. URL: [https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2020/ZU_21_2020/ZU_21_2020_st23_24\(1\).pdf](https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2020/ZU_21_2020/ZU_21_2020_st23_24(1).pdf)