

СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ

Кіресв І.В.¹, Савохіна М.В.¹,

Книженко І.Б., Прокоповіч О.С., Кравченко О.Ю.²

Національний фармацевтичний університет¹, м. Харків

КЗОЗ «Харківська міська студентська лікарня»², м. Харків

Панічний розлад – вкрай поширене, схильне до хронізації захворювання, маніфестує в молодому, соціально активному віці.

Поширеність його, за даними епідеміологічних досліджень, становить 1,9-3,6%. У 2-3 рази частіше воно спостерігається у жінок у віці 20-30 років. В сучасній американській класифікації DSM-IV ПР включено до класу «Тривожні розлади» і поділяється на дві самостійні рубрики: «Панічний розлад без агорафобії» і «Панічний розлад з агорафобією».

Слідом за DSM-IV до Міжнародної класифікації психічних хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) були включені панічні розлади в рубрику «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади». У цій рубриці «Панічний розлад» увійшли в клас «Інші тривожні розлади», а «Агорафобія з Панічний розлад» – в клас «Тривожно-фобічні розлади». При цьому вітчизняні дослідники справедливо оцінюють симптомокомплекс «Панічний розлад» як нозологічески неспецифічний, який може спостерігатися не тільки при неврозах, але і при афективних розладах (депресіях), різних формах шизофренії.

Виділяють кілька стратегій в лікуванні панічних розладів: перше – купірування самої панічної атаки; друге – попередження (контроль) панічної атаки і вторинних по відношенню до паніки синдромів (агорафобії, депресії, іпохондрії і т. д.).

Для купірування панічної атаки використовуються медикаментозні засоби і психофізіологічні прийоми. Найбільш ефективними препаратами є бензодіазепіни, з них більш кращі препарати швидкої дії: діазепам, лоразепам. Використовуються середньотерапевтичні дози. Можливо як пероральне, так і внутрішньовенне введення препарату. Купірування атаки досягається через 15-30 хвилин після введення ліків. Однак часте (щоденне) використання цих препаратів веде до розвитку синдрому звикання, і в звичних дозах вони перестають діяти. У той же час нерегулярний прийом бензодіазепінів («прийом на вимогу») і пов'язаний з ним феномен віддачі можуть сприяти почастишанню панічних атак.

Стабілізуюча терапія, спрямована на закріплення результатів (контроль панічних атак), відновлення рівня соціальної адаптації, подолання агорафобічного проявів (тривога очікування, уникати поведінки) і запобігання ранніх рецидивів (4-6 міс), включає призначення препаратів, що мають антипанічне ефектом.

В даний час виділяються наступні антипанічне кошти: трициклічні антидепресанти (ТАД), селективні серотонінергічні препарати та інгібітори моноамінооксидази (МАО).

Трициклічні антидепресанти – перший клас лікарських засобів, у якого був виявлений повноцінний антипанічне ефект. До найбільш часто вживаних препаратів даного класу при панічному розладі відносяться іміпрамін, кломіпрамін, амітриптилін. ТАД є препаратами вибору у випадках супутніх депресивних розладів і вираженою агорафобії. Лікування ТАД починають з малих доз (12,5-25 мг/добу), в подальшому дози поступово підвищують до переноситься рівня (в середньому на 12,5-25 мг протягом 3-5 днів). Середня ефективна доза звичайно становить 150-200 мг/добу, рідше сягає 300 мг. Вкрай негативною властивістю ТАД є віддаленість у часі їх антипанічна ефективність – перше поліпшення настає через 2-3 тижні. Іноді в перші тижні лікування спостерігається загострення симптоматики. Іншим важливим перешкоджанням до призначення і тривалого застосування ТАД є широкий спектр побічних ефектів (сухість у роті, збільшення ваги, запори, серцебиття, відчуття внутрішнього тремтіння).

Іншим класом антидепресантів, широко застосовуваним при лікуванні панічного розладу, є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): флуоксетин (прозак, портал, продеп), флувоксамін (феварін, флоксіфрал, ловокс), сертралін (золофт), пароксетин (паксил), циталопрам (ципраміл). Основним недоліком цієї групи є виникнення протягом перших 2-3 тижнів лікування гіперстимуляції (дратівливість, безсоння, нервозність) і посилення тривоги і панічної симптоматики. Початкові дози зазвичай мінімальні (5 мг флуоксетину, 50 мг флувоксаміну, 25 мг сертраліну) і протягом 2 тижнів. Доза доводиться до середньої, а далі, при необхідності, підвищується або залишається незмінною. В подальшому, навіть при тривалій терапії, доза не змінюється. Для тривалого (що підтримує) лікування ці препарати приймати зручніше, ніж ТАД, в зв'язку з відсутністю холінолітичної і адренергічної дії і можливим одноразовим прийомом протягом доби.

Широке застосування лікарських засобів, що мають антипанічне ефективністю, сприяло збільшенню межприступного періоду.

Лікування підбирається індивідуально з урахуванням особливостей проявів хвороби у конкретного пацієнта.

Таким чином у кожному випадку лікування підбирається індивідуально в залежності від походження панічних атак і особливостей захворювання у конкретного пацієнта. Це стосується як вибору використовуваних лікарських груп, так і вибору конкретних лікарських препаратів всередині кожної групи (наприклад, вибір антидепресанту).