

ДИНАМИКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

*Людмила Александровна Александрова, Елена Олеговна Бойко,
Лариса Евгеньевна Ложникова*

*Кубанский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии,
350063, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4, e-mail: ludasc@mail.ru*

Реферат. Выявлены и рассмотрены основные параметры регуляторно-адаптивного статуса организма при лечении генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Изучены особенности этих параметров. Установлено, что по мере наступления ремиссии при лечении больных с ГТР, индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивается. Большему эффекту лечения соответствует больший индекс регуляторно-адаптивного статуса.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, тревога, сердечно-дыхательный синхронизм (СДС), индекс регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС).

THE DYNAMICS OF THE REGULATORY-ADAPTIVE
STATUS OF THE BODY IN THE TREATMENT
OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Ludmila A. Alexandrova, Elena O. Boyko,
Larisa E. Lozhnikova

Kuban State Medical University, Department of psychiatry,
Sedin str., 4, Krasnodar, Russia, 350063, e-mail: ludasc@mail.ru

The main parameters of regulatory and adaptive status of the organism in the treatment of the generalized anxiety disorder were identified and considered. The features of these parameters are studied. It was found that with the onset of remission in the treatment of patients with GTRS, the index of regulatory adaptive status (IRAS) increases. More effective treatment corresponds to larger IRAS.

Key words: generalized anxiety disorder, anxiety, cardio - respiratory synchronism, the index of the regulatory - adaptive status (IRAS).

Среди всех психических расстройств самой распространенной и активно изучаемой в мире является группа тревожных расстройств [1, 7]. Наиболее популярным диагнозом из этой группы в Российской Федерации, по данным проекта «маГисТР», является смешанное тревожное и депрессивное расстройство, а в мировой практике – генерализованное тревожное расстройство (ГТР) [4]. Некоторые ученые связывают данную тенденцию с неоднократными изменениями диагностических подходов к ГТР, другие с существованием различных психологических

барьеров, затрудняющих обращение пациентов в психиатрическую службу [2, 3].

Следует заметить, что по сравнению с другими тревожными расстройствами ГТР чаще приводит к нарушению социального функционирования, дезадаптации у 72–77,0% больных. Ощущение неблагополучия, неудовлетворенностью своей жизнью сравнимы с уровнем большой депрессии [1, 4, 5, 6].

Сочетание ГТР с соматической патологией, отсутствием быстрой динамики на фоне лечения усиливают разочарования пациента и повышают риск суицидального поведения.

Высокая распространенность ГТР от 1,3% до 5,0% в популяции, высокий риск хронификации и его частая коморбидность с аффективными расстройствами обуславливают необходимость эффективного лечения данной патологии [2, 3, 9]. Принцип нацеленности медикаментозной терапии на орган или функцию – мишень оправдан с позиций непосредственного влияния на пораженный орган и/или нарушенную функцию. Вместе с тем такой подход совершенно не учитывает степень влияния терапии на регуляторно-адаптивные механизмы целостного организма, предопределяющие итоговую эффективность лечения.

Эффективность лечения тревожных расстройств обычно определяется по клиническому изменению выраженности симптомов заболевания с использованием психометрических шкал. Оценка динамики регуляторно-адаптивных возможностей организма на фоне проводимого лечения открывает новые возможности для оптимизации терапии.

Одним из способов объективизации и количественной оценки состояния может стать проба сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), характеризующая регуляторно-адаптационные

Таблица 1

Динамика ИРАС и параметров СДС при лечении больных с ГТР (М±m)

Параметры	До лечения	После лечения	Ремиссия
	Легкая степень тяжести n=33		Ремиссия наступила у всех
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	9,2±0,3	12,5±0,2 p<0,001	
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	22,4±0,4	19,1±0,3 p<0,001	
ИРАС	41,1±0,3	65,4±0,5 p<0,001	
	Средняя степень тяжести n=76		Ремиссия наступила у 72 больных
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	8,1±0,2	10,3±0,2 p<0,001	
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	24,5±0,4	20,0±0,5 p<0,001	
ИРАС	31,1±0,6	51,5±0,7 p<0,001	
	Тяжелая степень тяжести n=41		Ремиссия наступила у 32 больных
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	4,6±0,5	9,0±0,4 p<0,001	
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	27,3±0,4	22,3±0,5 p<0,001	
ИРАС	16,8±0,4	40,4±0,6 p<0,001	

возможности организма [8]. Проба СДС основана на тесной функциональной связи центральных механизмов ритмогенеза дыхания и сердца, возможности произвольного управления ритмом дыхания. Участие в реализации СДС многоуровневых афферентных и эфферентных структур центральной нервной системы от момента восприятия сигнала до реализации сформированной реакции вегетативной нервной системы обуславливает использование пробы СДС в качестве метода комплексной оценки состояния регуляторно-адаптивных возможностей организма [8].

Цель исследования – оценить динамику регуляторно-адаптивного статуса организма при лечении генерализованного тревожного расстройства.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ГБУЗ «Специализированной клинической психиатрической больнице №1» министерства здравоохранения Краснодарского края. У 150 пациентов с ГТР при поступлении в клинику проводили клинический осмотр, психопатологический метод исследования с использованием шкалы тревоги Гамильтона, а также проводили пробу СДС на приборе «ВНС-Микро» с использованием специально созданной программы для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека.

В выборку включались пациенты с установленным диагнозом ГТР в возрасте от 25 до 40 лет.

Обязательным условием отбора было информированное добровольное согласие пациентов.

Критерии исключения: лица моложе 25 и старше 40 лет, беременные и кормящие женщины, пациенты с психоорганическими нарушениями, декомпенсацией острой либо хронической соматической патологии.

Исходя из степени выраженности тревоги по шкале Гамильтона пациенты были разделены на три группы: с легкой степенью – 33 (22,0%) человека, со средней – 76 (50,7%) и с тяжелой – 41 (27,3%) соответственно.

Больные в течение 6 недель получали лечение антидепрессантами: 50 человек – амитриптилин в дозе 75–150 мг/сут, 50 человек – венлафаксин в дозе 75–150 мг/сут, 50 человек – пароксетин в дозе 20–50 мг/сут.

Статистическая обработка результатов была осуществлена при помощи программы «Statistika 6.0».

Результаты и обсуждение. Все больные с легкой степенью тревоги ГТР на фоне лечения антидепрессантами достигли ремиссии (100,0%). Среди 76 пациентов со средней степенью тревоги ремиссии достигли 72 (94,7%) человека. Пациенты, не достигшие ремиссии, принимали пароксетин. У пациентов с тяжелой степенью (41) ремиссии достигли 32 (78,0%) человека. Не было эффекта от лечения у 5 человек, которые прини-

мали пароксетин и 4 больных, принимавших венлафаксин.

Динамика регуляторно-адаптивного статуса у этих пациентов представлена в таблице.

Как видно из таблицы, по мере наступления ремиссии при лечении больных с ГТР, индекс регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС) увеличивается. Анализ результатов позволил установить прямую корреляционную зависимость между эффектом лечения и ИРАС, большему эффекту лечения соответствует больший ИРАС ($p < 0,001$).

На фоне лечения антидепрессантами ГТР с легкой степенью тревоги регуляторно-адаптивные возможности выросли ($p < 0,001$) с удовлетворительных (41,1) до хороших (65,4), что клинически выражалось в возвращении пациентов к обычному социальному функционированию как и до болезни. Значительно снизился уровень тревоги, улучшилась сосредоточенность внимания. Произошла редукция вегетативных симптомов: сухости во рту, ощущения дискомфорта в эпигастрии, боли в груди. Увеличилась продолжительность сна, появилось чувство отдыха по утрам.

При лечении ГТР со средней степенью тревоги регуляторно-адаптивные возможности также возросли ($p < 0,001$) с удовлетворительных (31,1) показаний до хороших (51,5). В клинической картине снизилась частота жалоб на страхи, реже беспокоили головокружения и чувство нереальности предметов вокруг. Значительно реже пациенты испытывали ощущение нехватки воздуха, позывы на мочеиспускание, снизилась озабоченность по поводу своего здоровья.

Для ГТР с тяжелой степенью тревоги показатели регуляторно-адаптивных возможностей организма повысились ($p < 0,001$) с низких (16,8) до удовлетворительных (40,4). У пациентов сохранялись жалобы на ожидание «плохого» в будущем, возможного ухудшения самочувствия, нервозность. В клинической картине реже наблюдались страхи, вегетативная симптоматика, головные боли, мышечное напряжение в теле, увеличилась продолжительность сна, стали реже беспокоить ночные пробуждения, снизилась чувствительность к шуму. Пациенты частично вернулись к обычному уровню социального функционирования.

Заключение. Таким образом, регуляторно-адаптивные возможности организма на фоне лечения ГТР антидепрессантами возрастают, что отражает клиническую динамику психического состояния больных: снижение выраженности психопатологических проявлений тревоги, вегетативной симптоматики, восстановления сна и открывают

новые возможности для оптимизации терапии. Установлена прямая корреляционная зависимость между эффектом лечения и ИРАС, большему эффекту лечения соответствует больший ИРАС ($p < 0,001$).

Участие в реализации СДС многоуровневых афферентных и эфферентных структур центральной нервной системы от момента восприятия сигнала до реализации сформированной реакции вегетативной нервной системы обуславливает использование пробы СДС в качестве метода комплексной оценки состояния регуляторно-адаптивных возможностей организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головачева В.А., Парфенов В.А. Тревожные расстройства под маской вегетососудистой дистонии // Медицинский совет. 2017. Т. 17. С. 26–30.
2. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: от механизмов формирования к рациональной терапии // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 3. С. 99–105.
3. Левин О.С. Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016. № 2. С. 4–10.
4. Мартынихин И.А., Незнанов Н.Г., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей психиатров. // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 2. С. 2–13.
5. Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 2. С. 24–28.
6. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders // Dialogues in Clinical Neuroscience. 2017. Vol.19(2). P. 93–107.
7. Munir S, Takov V. Anxiety, Generalized Anxiety Disorder (GAD). StatPearls Publishing. 2019 Jan
8. Pokrovskii V.M., Polischuk L.V. Cardiorespiratory synchronism in estimation of regulatory and adaptive organism status // Journal of Integrative Neuroscience. 2016. Vol.15, №1. P.19–35. DOI: <https://doi.org/10.1142/S0219635216500060>
9. Stein M., Sareen J. Clinical practice. Generalized anxiety disorder // The new England journal of medicine. 2015. Vol. 373. P. 2059–2068.

REFERENCES

1. Golovacheva V.A., Parfenov V.A. *Meditinskyi sovet*. 2017. Vol. 17. pp. 26–30. (in Russian)
2. Zalutskaya N.M. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2013. N 3. pp. 99–105. (in Russian)
3. Levin O.S. *Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii*. 2016. N 2. pp. 4–10. (in Russian)
4. Martynikhin I.A., Neznakov N.G., Mosolov S.N. *Sovrem. terapiya psikhicheskikh rassstroystv*. 2017. N 2. pp. 2–13. (in Russian)
5. Mosolov S.N., Alfimov P.V. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rassstroystv*. 2015. N 2. pp. 24–28. (in Russian).

Поступила 06.06.19.