

УДК 616.036

Н.И. РАСПОПОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ В КЛИНИКЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА И ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИХ ТЕРАПИИ



Проблема тревожных расстройств в последнее время становится все более актуальной и в общей медицинской практике, в связи с тем, что тревога часто проявляется вегетативными симптомами и носит соматизированный характер. Современные литературные данные свидетельствуют о том, что психотропные препараты уже давно применяются в общей клинической практике, что требует разработку рекомендаций по их адекватному и эффективному использованию.

Цель исследования – изучение эффективности применения Тофизопама (Грандаксина) при лечении генерализованного тревожного расстройства у пациентов с коморбидной сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы. Проведен анализ 28 клинических наблюдений больных, находившихся на лечении в кардиологическом стационаре, у которых при обследовании было выявлено генерализованное тревожное расстройство (по МКБ-10 рубрика F41.1). Всем обследованным в течение 4-х недель проводилась терапия Тофизопамом (Грандаксином) в дозе 100 мг в сутки. Основной метод исследования – клиничко-психопатологический с использованием психометрической шкалы оценки выраженности тревоги (шкала Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина).

Результаты анализа клинических наблюдений показали, что терапия Тофизопамом (Грандаксином) оказалась достаточно эффективной в лечении всех клинических типов ГТР, что подтверждено снижением баллов показателей тревожности у обследованных пациентов более чем на 50%. Установлены наиболее высокие показатели снижения тревожности при сомато-вегетативном типе ГТР, что может характеризовать Тофизопам (Грандаксин) не только как эффективный анксиолитик, но и как уникальный вегетокорректор в терапии вегетативных дисфункций в клинике ГТР у больных с сердечно-сосудистой патологией.

Вывод. Современный дневной транквилизатор Тофизопам (Грандаксин) оказывает не только выраженный противотревожный (анксиолитический) терапевтический эффект при лечении пациентов с ГТР, но и обладает вегетонормализующей способностью, что позволяет рекомендовать его к широкому применению в общей клинической практике.

Ключевые слова: тревога, генерализованное тревожное расстройство (ГТР), вегетативные нарушения, транквилизаторы.

Для ссылки: Распопова Н.И. Вегетативные дисфункции в клинике генерализованного тревожного расстройства и эффективные методы их терапии // Журн. Медицина. – 2015. – №4 (154). – С. 81-86

Проблема тревожных расстройств в последнее время становится все более актуальной в общей медицинской практике, в связи с тем, что тревога часто проявляется вегетативными симптомами и носит соматизированный характер. Такие больные попадают в поле зрения врача соматической практики чаще, чем психиатра. Установлено, что до 60% пациентов поликлиник общего профиля имеют тревожные расстройства. Более 80% пациентов с тревожными расстройствами впервые обращаются к врачу с соматическими жалобами, и только 1 из 10 этих пациентов получает адекватное лечение [1, 2].

К наиболее часто встречающимся в психиатрической и общей клинической практике тревожным состояниям относится генерализованное тревожное расстройство (ГТР), которое отличается высоким уровнем коморбидности

с различными соматическими расстройствами, такими как гипертония, болезни сердца, сахарный диабет, что значительно снижает качество жизни больных и приводит к утрате трудоспособности [3, 4, 5].

Согласно критериям МКБ-10, основным проявлением ГТР является тревога, которая «носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах, то есть является «нефиксированной». Тревога присутствует по крайней мере несколько недель, а обычно несколько месяцев подряд, и сопровождается волнением, всевозможными опасениями, внутренним напряжением и вегетативными нарушениями».

У врачей общей практики часто возникают трудности в

Контакты: Распопова Наталья Ивановна, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан. Тел. + 7 701 463 38 12, e-mail: pea83@list.ru

Contact: Natalia Ivanovna Raspopova, Doctor of Medical Science, associate professor, the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction Medicine, KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Kazakhstan. Phone +7 701 463 38 12, e-mail: pea83@list.ru

дифференциации ГТР и тревожно-мнительного характера пациента, в связи с чем ГТР часто остается нераспознанным или диагностируется с большим опозданием [5]. 50% больных ГТР на приеме у терапевта вообще склонны предъявлять только жалобы соматического характера и не упоминать о тревоге [6].

Терапия генерализованного тревожного расстройства тесно связана с его патогенезом. По мнению Noyes Jr. Russell [7] возможной причиной ГТР является недостаточная активность ГАМК-ергической системы и, в частности, комплекса ГАМК-бензодиазепиновые рецепторы. С конца 50-х годов прошлого века для лечения тревожных расстройств с успехом применяются транквилизаторы, которые до настоящего времени являются наиболее эффективными анксиолитиками и адаптогенами [8, 9]. Повсеместное внедрение современных антидепрессантов почти не повлияло на традиционное отношение к транквилизаторам как к «оплоту психофармакотерапии тревоги» [10]. Основным «противотревожным классом» транквилизаторов являются производные бензодиазепа, именно с ними связан прорыв в лечении тревоги. До последнего времени взаимодействующие с ГАМК-ергической системой производные бензодиазепа рекомендуют для лечения любых тревожных расстройств [11].

Однако со временем появилось все больше данных о том, что препараты этого класса, обладающие выраженным седативным и снотворным эффектом (диазепам, феназепам, нозепам и др.), в большей степени пригодны для терапии острых тревожных реакций, в то время как длительное их применение вызывает побочное действие, лекарственную зависимость и симптомы отмены [12, 13]. В связи с этим большинство клиницистов настаивает лишь на эпизодическом кратковременном применении седативных бензодиазепинов в случаях выраженной тревоги [13, 14].

В современной клинической психофармакотерапии активно обсуждается проблема качества жизни во время приема того или иного лекарственного препарата. По мнению многих специалистов, этот показатель значительно выше при приеме дневных транквилизаторов по сравнению с такими мощными анксиолитиками, как диазепам, феназепам и др. Поэтому пациент, принимающий препарат дневного действия, в частности Тофизопам (Грандаксин), который по существу не вызывает сомноленции и миорелаксации, остается активным; прекращения профессиональной деятельности в период лечения не требуется [9].

Цель настоящего исследования – изучение эффективности применения Тофизопам (Грандаксин) при лечении генерализованного тревожного расстройства у пациентов с коморбидной сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы

Проведен анализ 28 клинических наблюдений больных, находившихся на обследовании и лечении в НИИ кардиологии и внутренних болезней (г. Алматы). Возраст обследованных от 24 до 62 лет. Среди больных с ГТР преобладали женщины – 64,3% (18 пациенток), мужчины соответственно составили 35,7% (10 пациентов).

Отбор больных для исследования проводился в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 рубрики F41.1. Длительность заболевания обследованных составила

от 6 месяцев до 1,5 года, на протяжении которых практически постоянно наблюдались симптомы тревоги, отвечающие диагностическим указаниям F41.1: опасения (беспокойство о будущем, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.); моторное напряжение (суетливость, дрожь, невозможность расслабиться); вегетативная гиперактивность (тахикардия, колебания АД, тахипноэ, потливость, головокружение, чувство онемения конечностей и др.).

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, заключающийся в анализе анамнестических сведений о больном и его целенаправленном расспросе, позволявшем квалифицированно оценить его психическое состояние на момент обследования. Для объективизации оценки выраженности тревоги в исследовании использовалась психометрическая оценочная шкала тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина [15]. Шкала содержит 40 высказываний, каждое из которых оценивается пациентом от 1 до 4 баллов в зависимости от его самочувствия. Интерпретация результатов оценивалась в баллах: до 30 баллов – низкая тревожность; 31–45 баллов – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность.

Выбор терапии ГТР у больных сердечно-сосудистой патологией основывался на современных литературных данных, свидетельствующих о том, что психотропные препараты уже давно применяются в общей клинической практике [16, 17]. В частности, профессор Л.В. Ромасенко с соавторами [18] указывают на то, что «психотропные препараты являются необходимым дополнением к кардиотропным средствам».

Всем обследованным в течение 4-х недель проводилась монотерапия Тофизопамом (Грандаксином) в дозе 100 мг в сутки. Учитывая специфику Тофизопам (Грандаксина), как дневного транквилизатора, препарат назначался в два приема по 50 мг в утреннее и дневное время до 18 часов. Выбор данного препарата не случаен, так как эффективность Тофизопам (Грандаксина) при лечении тревожных расстройств обусловлена его высокоспецифическим механизмом действия на ГАМК-ергические нейротрансмиттерные системы. Вследствие того, что ГАМК-ергические синапсы морфологически однородны и распространены не только в коре головного мозга, но и в мозжечке, лимбической системе, базальных ганглиях и других частях центральной нервной системы, Тофизопам (Грандаксин) может влиять на большую часть функциональных образований головного мозга. Соответственно, терапевтический эффект Тофизопам (Грандаксина) – это результат одновременного воздействия препарата на множество структур головного мозга, чем, по-видимому, и определяется широкий спектр его клинической активности [3, 19]. Критерием эффективности лечения являлось 50% снижение суммарного балла по шкале тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина.

Результаты

Выявленные при клинико-психопатологическом исследовании соматизированные проявления тревоги у обследованных, позволявшие дифференцировать её от истинных соматических расстройств, проявлялись в следующем:

– Полисистемный характер соматических проявлений: кардиалгии часто сочетались с мышечным напряжением грудных мышц, с ощущением «нехватки воздуха», «кома

в горле» или учащенным дыханием с гипервентиляцией и «страхом смерти»; объективное учащение сердцебиений до 130 ударов в минуту (синусовая тахикардия) сопровождалось субъективно тягостно переносимыми ощущениями «ударов сердца о грудную клетку», которые больные характеризовали как «сердце готово выпрыгнуть из груди», «сердце колотится в горле», при этом «перебои», «толчки», «замирания» сердца больные, как правило, связывали с экстрасистолами, объективно не подтверждавшимися на ЭКГ.

– Зависимость выраженности субъективных соматических симптомов от личностно значимых для больного психотравмирующих ситуаций.

– Своеобразие и нетипичность клинических проявлений соматического расстройства. В частности, при кардиалгиях больные чаще предъявляли жалобы не на боль за грудиной, а характеризовали свои ощущения как «тяжесть», «жжение», «сжатие», «пульсацию» в области сердца, при этом иррадиация болевых ощущений носила нетипичную и более широкую локализацию.

– Явное несоответствие тяжести страдания пациента объективно подтвержденным признакам болезни.

– Положительная динамика и редукция соматических жалоб при применении психотропных средств.

Многообразие симптомокомплексов, сопутствующих генерализованной тревоге, значительно затрудняло постановку диагноза ГТР. В связи с чем при диагностике ГТР обращалось внимание на сочетание четырех основных компонентов тревоги: аффективного, идеаторного, моторного и вегетативного. Клинические наблюдения показали, что клиника ГТР проявлялась неравномерной представленностью вышеуказанных компонентов и доминированием одного из них. В зависимости от преобладания в клинике ГТР какого-либо из его основных компонентов (аффективного, идеаторного, моторного или вегетативного) в соответствии с современными литературными данными было выделено 4 клинических типа: аффективный, соматовегетативный, фобический и тонический [19].

1 тип ГТР, аффективный (4 больных), характеризовался преобладанием собственно аффекта тревоги – эмоционально тягостного предчувствия надвигающегося неблагополучия или угрозы. Тревога проявлялась чувством беспричинного волнения и беспокойства, неопределенными предчувствиями и боязливыми ожиданиями надвигающейся беды. Повышенная раздражительность, эмоциональная несдержанность, ощущение взвинченности сопровождалось, как правило, расстройствами сна в виде трудностей засыпания, поверхностного сна и неприятных сновидений. Временами тревога осознавалась больными как бессодержательная, не находящая рационального объяснения, часто сочеталась с подавленным настроением, пациенты часто были беспокойны, неусидчивы.

2 тип ГТР, соматовегетативный (16 больных), характеризовался преимущественно соматовегетативными проявлениями тревоги при относительно незначительной выраженности идеаторного и, в особенности, моторного компонентов. Вегетативный компонент тревоги проявлялся широким спектром соматовегетативных ощущений: потливостью, дискомфортом в эпигастральной области,

сухостью во рту, головокружением, неустойчивостью при ходьбе, чувством нехватки воздуха, затруднения дыхания, болью в сердце, сердцебиением, ознобом, волнами жара или холода, онемением в руках и ногах, выраженность которых коррелировала с уровнем эмоционального напряжения, проявлявшегося беспокойством. Содержание тревожных опасений включало не столько бытовые повседневные ситуации, сколько темы здоровья и благополучия, причем как своего собственного, так и значимых близких. Повышенное внимание к своему здоровью в части случаев постепенно приводило к формированию ипохондрической симптоматики.

3 тип ГТР, фобический (6), характеризовался выраженным идеаторным компонентом – тревожными мыслями, опасениями. Идеаторные симптомы включали признаки ускорения мышления, а также рассеянность, трудности сосредоточения внимания. Наиболее отчетливо идеаторный компонент проявлялся на высоте тревоги в виде чувства неполной управляемости мышлением, утраты самоконтроля. Это состояние некоторые больные характеризовали как «страх сойти с ума». Осознаваемое больными несоответствие между содержанием опасений и тяжестью переживаемых эмоций воспринималось ими как неадекватное и сопровождалось стремлением к постоянному самоконтролю. Больные, понимая преувеличенность опасений, безуспешно стремились избавиться от них сознательным волевым усилием, что можно было характеризовать как навязчивые мысли, страхи и опасения. Тревога, как правило, определялась страхом за свое здоровье, усиливающимся в ситуациях, исключающих возможность оказания немедленной помощи: на улице, в транспорте, в одиночестве, вне доступа мобильной связи и т.п. Это способствовало формированию стойкого избегающего поведения, психологической зависимости от близких.

4 тип ГТР, тонический (2), характеризовался преобладанием моторного компонента тревоги – постоянным чувством мышечного гипертонуса (вплоть до болезненных ощущений). Моторный компонент тревоги проявлялся чувством особого мышечного дискомфорта, который воспринимался больными как внутреннее напряжение. При этом пациенты жаловались на чувство «стеснения», «сжатия» в груди, головные и мышечные боли, боли в спине и пояснице, мышечные подергивания, внутреннюю дрожь, суетливость. Внешне скованные больные отмечали «невозможность расслабиться», «внутреннее напряжение», сопровождавшееся ощущением физической слабости и мышечной утомляемости. Пациенты выглядели скованными, молчаливыми, затруднялись в описании своих переживаний. По содержанию беспокойство было неопределенным, но мучительно воспринималось больными, причем больные не осознавали испытываемое ими мышечное напряжение и на него не жаловались.

Таким образом, среди пациентов с ГТР и коморбидной сердечно-сосудистой патологией преобладающее большинство составили больные с соматовегетативным типом ГТР (57,2%), на втором месте по частоте были больные с фобическим типом ГТР (21,4%), реже встречался аффективный тип ГТР (14,3%) и единичных случаях был выявлен тонический тип ГТР (7,1%), что продемонстрировано на рисунке 1.

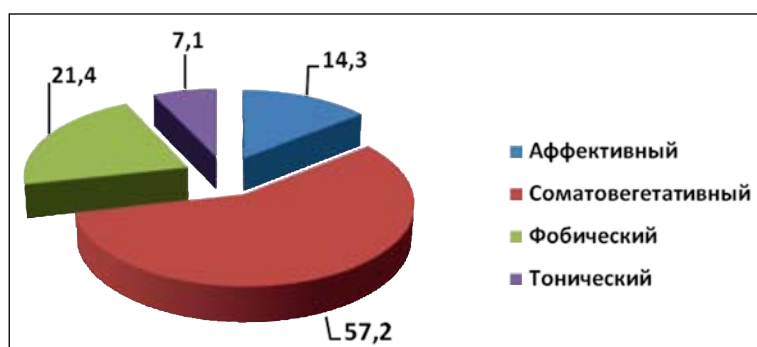


Рисунок 1 – Клинические типы генерализованного тревожного расстройства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией (%)

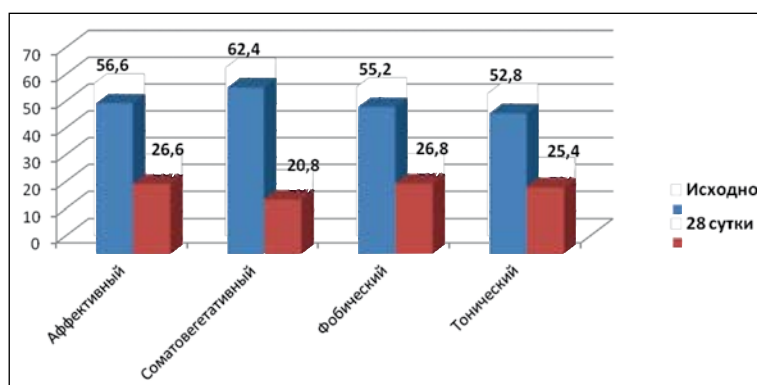


Рисунок 2 – Динамика редукции тревожности у больных ГТР с коморбидной сердечно-сосудистой патологией на фоне лечения Тофизопамом (Грандаксином)

Таблица 1 – Показатели динамики уровня тревожности у больных ГТР на фоне терапии Тофизопамом (Грандаксином) (по шкале Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина)

Тип ГТР	Исходно	7 сутки	14 сутки	28 сутки
Аффективный (n=4)	56,6	44,2	30,6	26,6
Соматовегетативный (n=16)	62,4	34,4	28,2	20,8
Фобический (n=6)	55,2	36,8	33,4	26,8
Тонический (n=2)	52,8	38,2	32,4	25,4

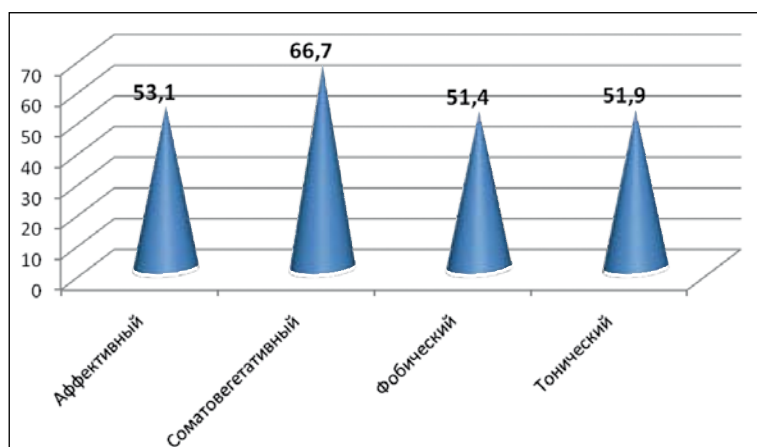


Рисунок 3 – Сравнительные показатели снижения уровня тревожности при различных типах ГТР у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в течение 28 дней терапии Тофизопамом (Грандаксином), %

Как уже отмечено выше, всем обследованным в течение 4-х недель проводилась терапия Тофизопамом (Грандаксином) в дозе 100 мг в сутки. Динамика редукции тревожности у пациентов с ГТР на фоне терапии Тофизопамом (Грандаксином) в течение 28 дней в группах с различным клиническим типом ГТР представлена в суммарных баллах по шкале Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина в таблице 1 и на рисунке 2.

Приведенные статистические данные наглядно свидетельствуют о том, что наиболее высокие показатели тревожности наблюдались у пациентов с соматовегетативным типом ГТР (62,4 балла по шкале Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина). Это вполне соответствует клинически наблюдаемым особенностям повышенной личностной тревожности больных с сердечно-сосудистой патологией. Эти пациенты, как правило, постоянно «прислушиваются» к деятельности сердца, многократно в течение суток измеряют и контролируют АД. Любые неприятные ощущения в области сердца или колебания АД мгновенно усиливают у них тревогу, которая в свою очередь, посредством повышения тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, реально может вызвать тахикардию и повышение АД. Образуется замкнутый круг, который невозможно разорвать без применения препаратов анксиолитического и вегетостабилизирующего действия. Именно этими клиническими эффектами и обладает Тофизопам (Грандаксин), применение которого позволило наиболее эффективно снизить уровень тревожности у пациентов с соматовегетативным типом ГТР по сравнению с другими его вариантами, что показано на рисунке 3.

Обсуждение

Полученные в результате проведенного исследования данные наглядно показывают, что терапия Тофизопамом (Грандаксином) оказалась достаточно эффективной в лечении всех клинических типов ГТР, что подтверждается снижением баллов показателей тревожности по шкале Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина более чем на 50%: при аффективном типе на 51,3%, соматовегетативном – 66,7%, фобическом – 51,4% и тоническом – 51,9%. Следует отметить наиболее высокие показатели снижения тревожности при соматовегетативном типе ГТР (66,7%), что может характеризовать Тофизопам (Грандаксин) не только как эффективный анксиолитик, но и как уникальный вегетокорректор в терапии вегетативных дисфункций в клинике ГТР у больных сердечно-сосудистой патологией.

В процессе исследования также отмечено, что Тофизопам (Грандаксин) не только устраняет симптомы тревоги и вегетативных дис-

функций, но и улучшает социальное функционирование пациентов, делает их более доступными для сотрудничества с врачом, повышает уверенность больного в себе и в благоприятном исходе заболевания.

Показанные по результатам настоящего исследования эффективность и безопасность применения Тофизопама (Грандаксина) у больных с ГТР в кардиологической практике полностью соответствует данным исследований, проведенных в России Ю.А. Александровским и А.С. Аведисовой. Авторами было проведено наблюдение 32 пациентов общей клинической практики, получавших в связи с тревожными расстройствами лечение Тофизопамом (Грандаксином) в дозе 50 мг х 2 раза в день в течение 4-х недель. Результаты проведенного лечения показали, что соматический компонент тревоги снизился на 63%, психический компонент тревоги – на 44%, а вегетативные нарушения – на 55%.

Выводы

Проведенные исследования убедительно доказывают, что Тофизопам (Грандаксин), благодаря оригинальной формуле строения, обладает уникальными свойствами. Его выраженный анксиолитический терапевтический эффект не сопровождается седативным и миорелаксирующим действием, он обладает вегетонормализующей и активизирующей способностью, снимает психические проявления стресса на уровне симпатической активности, является эффективным вегетокорректором и стресспротектором и может быть рекомендован к широкому применению в общей клинической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Kessler R.C., Me Gonagle K.A., Shanyang Z. et al. Lifetime on 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States // Arch. Gen. Psychiatry. – 1994. – Vol. 51(1) – P. 8-19
- 2 Lepine J.P., Gastpar M., Mendlewich J., Tylee A. Depression in the community First Pan-European Study Depres. Inter. // Clin. Psychopharmacology – 1997. – N.12. – P. 19-29
- 3 Hidalgo R.B., Davidson J.R.T. Generalized anxiety disorder: an important clinical concern // Med. Clin. North Am. – 2001. – Vol. 85, N.3. – P. 691-710
- 4 Judd L.L., Kessler R.C., Paulus M.P. et al. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorder results from the National Comorbidity Study (NCS) // Acta Psychiatr. Scand. – 1998. – Vol. 393. – P. 6-11
- 5 Keller M. The long-term clinical course of generalized anxiety disorder // Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, Suppl. 8. – P. 11-16
- 6 Rickels K., Rynn M.A. What is generalized anxiety disorder? // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62, Suppl. 11. – P. 4-12
- 7 Noyes Jr. Russel. Comorbidity of generalized anxiety disorder // Psychiatr. Clin. North Am. – 2001. – Vol. 24, N.1. – P. 41-56
- 8 Вальдман А.В., Козловская М.М., Медведев О.С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. – М.: Медицина, 1979. – 359 с.
- 9 Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие для слушателей системы последипломного образования. – Изд. 3-е, перераб., доп. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
- 10 Uhlenhuth E.H., Balter M.B., Ban T.A., Yang K. Trends in recommendations for the pharmacotherapy of anxiety disorders by an international expert panel, 1992-1997 // Eur Neuropsychopharmacol. – 1999 – V. 9 (6). – P. S393-8
- 11 Козловский В.Л. От патогенеза тревоги к применению анксиолитиков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 2. – С. 23-28
- 12 Carlson G., Roy-Byrne P. Treatment of generalized anxiety disorder: do benzodiazepines still have a role? // Generalized anxiety disorder / D. Nutt, K. Rickels, D.J. Stein (Eds). – London: Martin Dunitz Ltd, 2002. – P. 111-123
- 13 Davidson J.R.T. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62, Suppl. 11. – P. 46-52
- 14 Rickels K., Rynn M.A., Khalid-Khan S. Diagnosis and evaluation of generalized anxiety disorder patients // Generalized anxiety disorder / D. Nutt, K. Rickels, D.J. Stein (Eds). – London: Martin Dunitz Ltd, 2002. – P. 27-40
- 15 Чабан О., Хаустова Е., Жабенко Е., Жабенко Н., Олейник А. Тревога: история сверхбеспокойных людей. – Киев, 2012. – 130 с.
- 16 Ромасенко Л.В., Абрамова И.В., Артюхова М.Г., Пархоменко И.М. Диагностика и терапия психических расстройств у пациентов общемедицинской практики: Пособие для врачей. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. – 32 с.
- 17 Смулевич А.Б., Дробжиев М.Ю., Иванов С.В. Транквилизаторы – производные бензодиазепа в психиатрии и общей медицине. – М., 1999. – 63 с.
- 18 Ромасенко Л.В., Артюхова М.Г., Зорин А.В. Диагностика и терапия психических расстройств у больных кардиальным синдромом X: Пособие для врачей. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2008. – 20 с.
- 19 Аведисова А.С., Чахава В.О., Будтуева Ф.С. Типология генерализованного тревожного расстройства (Методические рекомендации). – М., 2010. – 16 с.

ТҰЖЫРЫМ

Н.И. РАСПОПОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯЛАНҒАН ҮРЕЙЛІ БҰЗЫЛЫС КЛИНИКАСЫНДАҒЫ ВЕГЕТАТИВТІ ДИСФУНКЦИЯЛАР ЖӘНЕ ОНЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІ ТӘСІЛДЕРІ

Соңғы кезде үрейлену мәселесі жалпы медициналық практикада да өзекті бола түсуде, ол әдетте вегетативті симптомдар арқылы көрініп, өзіне тән сипатқа ие болып отыр. Заманауи әдеби мәліметтер психотропты препараттардың жалпы клиникалық практикада көптен бері пайдаланатындығын көрсетіп отыр, сол себепті оларды баламалы және тиімді пайдалану ұсыныстарын дайындау қажеттілігі туындауда.

Зерттеудің мақсаты. Коморбидті жүрек-қантамырлық патологиясы бар пациенттерді генерализацияланған үрейлі бұзылыстан емдеу кезінде Тофизопамды (Грандаксин) пайдалану.

Материал және әдістері. Кардиологиялық стационарда емделіп жатқан науқастардың 28-не қатысты клиникалық бақылау сараптамасы жүргізілді. Олардан тексеру кезінде генерализацияланған үрейлі бұзылыстың (МКБ-10 рубрика F41.1 бойынша) орын алғандығы анықталды. Зерттеуге алынған

бүкіл науқастарға төрт апта бойына Тофизопаммен (Грандаксинмен) терапия жүргізілді, тәулігіне дозасы 100 мг. Зерттеудің негізгі әдісі – клиникалық-психопатологиялық әдіс, ол үшін үрейдің білінуін бағалауға лайықталған психометрикалық шкала (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин шкаласы) пайдаланылды.

Нәтижелері және талқылауы. Клиникалық бақылау сараптамасы көрсеткендей, Тофизопам (Грандаксин) терапиясы генерализацияланған үрейлі бұзылыстың бүкіл клиникалық үлгілерін емдегенде әжептәуір тиімді болып шықты, оған дәлел, зерттелген пациенттердің 50 пайыздан астамында мазасыздану көрсеткіштерінің балы төмендеген. Генерализацияланған үрейлі бұзылыстың соматовегетативті үлгісінде үрейлену деңгейі төмендеуінің анағұрлым жоғары көрсеткіштері анықталған, бұл Тофизопамды (Грандаксин) тиімді анксиолитик ретінде ғана емес, жүрек-қантамырлық патологиясы бар науқастардың генерализацияланған үрейлі бұзылыс клиникасында вегетативті дисфункциялар терапиясында бірегей вегетокорректор ретінде де сипаттай алады.

Қорытынды. Заманауи күндізгі транквилизатор Тофизопам (Грандаксин) генерализацияланған үрейлі бұзылысы бар науқастарды емдегенде мазасыздануға қарсы анық (анксиолитикалық) терапевтік әсер етіп ғана қоймайды, ол вегетикалық келтіруші қабілетке ие, бұл оны жалпы клиникалық практикада генерализацияланған үрейлі бұзылысты емдеу үшін кеңінен қолдануға кеңес беруге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: үрей, генерализацияланған үрейлі бұзылыс, вегетативті бұзушылықтар, транквилизаторлар.

SUMMARY

N.I. RASPOPOVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c., the Republic of Kazakhstan

AUTONOMIC DYSFUNCTION IN CLINIC OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND EFFECTIVE METHODS OF ITS TREATMENT

Currently the problem of anxiety disorders has become more and

more topical also in general medical practice, taking into account the fact that the anxiety often comes out in autonomic symptoms and is of a somatized nature. Modern literature data are testimony to the fact that psychotropic medications have already being used in general medical practice for a long time, what demands a development of the guidelines for their appropriate and effective usage.

Study objective – to study administration effectiveness of Tofisopam (Grandaxin) in the treatment of generalized anxiety disorder in patients with comorbide cardiovascular pathology.

Material and methods. The analysis of 28 clinical observations of the patients undergoing medical treatment in the cardiological hospital was carried out, in whom during the examination generalized anxiety disorder (by ICD-10 section F41.1) was found. During 4 weeks all the examined patients administered Tofisopam (Grandaxin) in a dose of 100 mg per day. The main method of the study is clinical psychopathological method using psychometric scale to estimate the anxiety rating (Ch.D. Spilberg, Yu.L. Khanin scale).

Results of the clinical observations showed that Tofisopam (Grandaxin) therapy appeared to be sufficiently effective in treatment of GAD clinical types as evidenced by the deduction of points of the score of anxiety in the examined patients more than by 50%. The highest score of the anxiety decrease in somatic vegetative type of GAD were established, what may characterize Tofisopam (Grandaxin) not only as an effective anxiolytic, but as a unique vegetative corrector in the therapy of autonomic dysfunction in GAD clinic in patients with cardiovascular pathology.

Conclusion. Modern daily tranquilizer Tofisopam (Grandaxin) has not only expressed antianxiety (anxiolytic) therapeutical effect in treatment of patients with GAD, but also vegetative normalizing ability, what allows recommending it for wide usage in general clinic practice.

Key words: anxiety, generalized anxiety disorder (GAD), autonomic disorders, tranquilizers.

Статья поступила в редакцию 23.04.2015 г.