

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Разработана система комплексной терапии генерализованного тревожного расстройства в пожилом возрасте. Описаны основные принципы, этапы и методы предложенной системы терапии. Представлены результаты апробации разработанной системы терапии, в которой приняло участие 72 пациента, проходивших курс комплексной терапии, группу сравнения составили больные, проходившие курс традиционного лечения генерализованного тревожного расстройства в количестве 64 человека. По результатам апробации доказана высокая эффективность разработанной системы терапии, по сравнению с традиционными методами.

*Ключевые слова:* тревога, пожилой возраст, система комплексной терапии.

В нашей стране, как и во всём мире, продолжается постарение населения. Согласно прогнозам ООН, доля пожилых людей в возрастной структуре населения планеты будет интенсивно увеличиваться — от 26,3 % в 2025 г. до 38,1 % в 2050 г. [1]. Среди пациентов общей практики наблюдается накопление пожилых пациентов с тревожными расстройствами [2]. Одним из тревожных расстройств, встречающихся у пациентов в пожилом возрасте, является генерализованное тревожное расстройство (ГТР), распространённость которого среди лиц пожилого возраста составляет 4 % [3]. ГТР существенно влияет на работоспособность и качество жизни больных. Так, 66,7 % пациентов с ГТР испытывают серьёзные затруднения в быту или на работе вследствие этого расстройства [4]. В связи с чем проблема терапии ГТР имеет не только научно-медицинское, но и социально-экономическое значение. При этом область пограничной, «малой» геронтопсихиатрии до настоящего времени остаётся недостаточно разработанной в аспектах терапии, реабилитации и организации помощи таким больным [5].

Целью настоящего исследования было разработать терапевтический комплекс и оценить его эффективность в лечении пациентов пожилого возраста, страдающих генерализованным тревожным расстройством.

Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии «Патоморфоз психических расстройств под влиянием лечебных, социальных и экопатогенетических факторов промышленного региона» (регистрационный номер 0110U001430).

В исследование было включено 136 пациентов в возрасте от 65 до 74 лет, которые страдают генерализованным тревожным расстройством, из них 95 женщин и 41 мужчина (соотношение 2,3 : 1). Диагноз генерализованного тревожного расстройства был установлен в соответствии с критериями рубрики «Невротическое расстройство» (F 4) МКБ-10 [6]. Все пациенты были разделены на две группы, не имевшие существенных социально-демографических, клинических и психологических различий: основная группа — 72 пациента, которые получали комплексное лечение, представленное ниже, и группа сравнения — 64 пациента, которые

получали традиционное психофармакологическое лечение.

В процессе исследования все пациенты были обследованы клинико-психопатологическим методом, а также оценены с помощью шкалы оценки тревоги Гамильтона (HAM-A) [7], по шкале общего клинического впечатления (CGI — объективная оценка врачом) [8] и шкале визуальных аналогов (GA-VAS — субъективная оценка своего состояния самим пациентом) [9]. Оценку проводили в начале лечения, затем с интервалом 1 неделя в течение первого месяца лечения и через 1 и 3 месяца после начала лечения. В качестве ключевых точек оценки эффективности проводимого лечения были использованы результаты, полученные по данным методикам в начале лечения, через 1 и 3 месяца лечения. В качестве критериев эффективности лечения в каждой группе оценивали уменьшение выраженности симптомов тревоги, клинически и статистически значимые изменения показателей по шкалам HAM-A и GA-VAS. Математическую обработку результатов выполняли с помощью статистического пакета SPSS v.13 и пакета MS Excel.

Комплексное лечение пациентов с генерализованным тревожным расстройством включало несколько этапов. На первом этапе проводилась индивидуальная рациональная психотерапия, психокоррекционная работа с ближайшим окружением пациента, выбор психофармакологических препаратов для купирования симптомов тревоги. Лечение начиналось с использования психофармакологических средств и имело дифференцированный характер с учётом клинических проявлений заболевания и соматического состояния пациента. При выборе препаратов преимущество отдавали антидепрессантам последних поколений, которые обладают мягким тимоаналептическим, анксиолитическим и вегетотропным эффектом наряду с хорошей переносимостью и отсутствием значимых побочных эффектов. Лечение начинали с малых доз с постепенным наращиванием до среднетерапевтических для данного возраста пациентов. Отменяли препараты также постепенно.

Из антидепрессантов преимущественно использовали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин в средней суточной дозе 20—40 мг утром, сертралин в средней суточной дозе 50—200 мг в один приём), антидепрессант двойного действия (венлафаксин в суточной дозе 75—225 мг в три приёма) или атипичный трициклический антидепрессант (тианептин в суточной дозе 25—37,5 мг в два-три приёма). Из нейрорептиков использовали так называемые «малые нейрорептики» — тиоридазин (в суточной дозе 20—75 мг в два-три приёма), флупентиксол (в суточной дозе 1—3 мг в два-три приёма), сульпирид (150—300 мг/сут в два приёма). Короткими курсами (2—3 недели) применяли современные анксиолитики, для которых характерна минимальная седация и нарушение психомоторных функций — афобазол (20—30 мг/сут в два-три приёма), гидазепам (60—150 мг/сут в два-три приёма), буспирон (20—40 мг/сут в два-три приёма). Пациентам с выраженными расстройствами сна потребовалось назначение

снотворных препаратов, для чего использовали золпидем в дозе 5—10 мг перед сном в течение 2—5 дней.

Одновременно на фоне психофармакотерапии начинали психотерапевтическое лечение. На начальном этапе лечения для установления более глубокого психологического контакта использовали рациональную психотерапию. Целью индивидуальной рациональной психотерапии больного было формирование понятий и представлений о заболевании у пациента, всестороннее разъяснение его особенностей, а также — поднять чувство собственной значимости у пациента, придать ему уверенности, разъяснить большую ценность его жизненного опыта для общества и семьи, отвлечь от погруженности в свои переживания, поставить перед ним реальные задачи.

Второй этап включал в себя активную психотерапию и психофармакотерапию имеющихся психопатологических симптомов генерализованного тревожного расстройства. Так как основой заболевания являются тревожные нарушения, которые в пожилом возрасте протекают на фоне возрастных физических и эмоциональных изменений организма и в значительной степени выражаются соматовегетативными проявлениями, это вызвало необходимость применения таких психотерапевтических методик, которые бы влияли на поведенческие, эмоциональные и вегетативные проявления заболевания. Для решения этих задач при лечении ГТР в пожилом возрасте была выбрана когнитивно-поведенческая терапия, которая ориентирована на коррекцию психофизиологического состояния, изменение представлений о себе, коррекцию дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок, развитие компетентности в социальном функционировании. Нами использовались методики систематической десенситизации, прогрессивной мышечной релаксации, когнитивная психотерапия в варианте Бека. Занятия проводили 2 раза в неделю,

продолжительность от 30 до 50 минут (в зависимости от используемой методики). Параллельно с психотерапевтическими сеансами проводили занятия по овладению методом аутогенной тренировки. На освоение методики пациентами требовалось 1—2 недели, после чего пациенты занимались самостоятельно, перед сном, от 20 мин до 1 часа.

После уменьшения тяжести симптомов генерализованного тревожного расстройства, что оценивалось на основании клинических данных и снижения общего балла по шкале HAM-A более чем на 50 %, начинали третий этап лечения, направленный на профилактику обострений заболевания. На этом этапе дозировки фармпрепаратов снижали до поддерживающих, сеансы личностной психотерапии с пациентами проводили реже, начинали психотерапевтическую и социотерапевтическую работу с пациентами и их родственниками для восстановления социальной активности и адаптации пациентов, удлинения ремиссии.

Оценивая эффективность предложенного терапевтического комплекса, следует отметить, что на фоне проводимого лечения у пациентов основной группы в первую очередь отмечалась позитивная динамика непосредственно эмоциональных проявлений тревожного симптомокомплекса — напряжённости, тревожности, страха, нервозности, раздражительности, которые уже к концу второй недели уменьшались не менее чем на 25 %. К концу первого месяца лечения симптомы тревоги уменьшались более чем на 50 %, к этому времени уменьшались и вегетативные проявления тревоги. Моторные и когнитивные симптомы у пациентов этой группы оказались наиболее стойкими, и значимое их уменьшение наступало к третьему месяцу лечения. Достоверность позитивной динамики во время лечения была объективизирована статистически значимыми изменениями выраженности показателей по шкалам HAM-A и визуальных аналогов (GA-VAS) (табл. 1).

Таблица 1

Показатели клинических шкал и тестов у пациентов основной группы в процессе лечения

Параметр		Показатели		
		до лечения	через 1 месяц после начала лечения	через 3 месяца после начала лечения
Шкала HAM-A, баллы	Психическая тревога	14,81 ± 1,82	7,32 ± 1,06*	4,12 ± 0,63*♦
	Соматическая тревога	19,92 ± 1,05	12,35 ± 1,54*	6,24 ± 1,12*♦
	Общий балл	34,12 ± 1,12	19,31 ± 1,23*	10,12 ± 0,94*♦
Шкала визуальных аналогов, GA-VAS, пункты		8,56 ± 1,18	4,32 ± 1,12*	2,07 ± 0,67*♦

Примечания: \* — достоверность различий показателей в сравнении с данными до начала лечения,  $p < 0,05$ ;

♦ — достоверность различий показателей в сравнении с данными, полученными через 1 месяц после начала лечения,  $p < 0,05$

В основной группе уже к концу 1 месяца лечения по данным шкалы HAM-A наблюдалось достоверное уменьшение показателей как психического (с 14,81 ± 1,82 балла в начале лечения до 7,32 ± 1,06 балла через 1 месяц лечения), так и соматического компонента тревоги (с 19,92 ± 1,05 балла до 12,35 ± 1,54 балла). При этом психический компонент подвергался более значительному снижению, отражая интенсивную динамику непосредственно аффективного компонента тревоги. К третьему месяцу лечения отмечалось достоверное снижение показателей психического и соматического компонента тревоги как по сравнению с началом лечения, так в сравнении с данными после одного месяца лечения, по-прежнему отражая сохранение

в большей степени симптомов соматической тревоги. Несмотря на неравномерность редукции симптомов тревоги, пациенты субъективно отмечали значительное улучшение своего самочувствия уже к концу первого месяца лечения, что отражено в снижении показателей по шкале визуальных аналогов с 8,56 ± 1,18 пунктов до 4,32 ± 1,12 пунктов, а через три месяца лечения — до 2,07 ± 0,67 пунктов.

Среди пациентов группы сравнения, получавших традиционное психофармакологическое лечение, положительная динамика отмечалась только к концу первого месяца лечения в виде уменьшения отдельных симптомов тревоги (улучшался сон, уменьшалась раздражительность, напряженность, беспокойство), что

приводило к некоторому улучшению состояния. Начало значимой положительной динамики эмоциональных и соматовегетативных проявлений тревоги отмечалось ко второму месяцу лечения. К концу третьего месяца лечения уменьшались аффективные тревожные симптомы, и сохранялись менее выраженные моторные, когнитивные и вегетативные симптомы тревоги.

Как видно из данных, полученных с помощью шкал HAM-A и GA-VAS, у пациентов группы сравнения в процессе лечения (табл. 2) уровень психической тревоги по шкале HAM-A достоверно начинал снижаться к концу первого месяца лечения (с  $14,46 \pm 1,53$  балла до  $9,82 \pm 1,12$  балла), но дальнейшая его положительная динамика не столь интенсивна — снижение уровня психической тревоги к третьему месяцу лечения до  $7,36 \pm 0,95$  балла достоверно не отличается от показателя, полученного после первого месяца лечения.

Значимая динамика соматической тревоги согласно шкалы HAM-A отмечалась только лишь к концу третьего месяца лечения, уменьшаясь с  $18,98 \pm 1,12$  балла в начале лечения, до  $17,65 \pm 1,33$  балла через месяц после лечения и  $11,57 \pm 1,11$  балла через три месяца лечения.

Уменьшение психической тревоги положительно воспринималось пациентами, что отразилось на достоверно положительной динамике показателей шкалы визуальных аналогов через месяц после начала лечения — уменьшение с  $8,72 \pm 1,13$  пунктов до  $5,47 \pm 1,23$  пунктов. Однако, через три месяца лечения, несмотря на положительную динамику и соматической тревоги, этот показатель не претерпел достоверных изменений, уменьшившись до  $4,19 \pm 0,83$  пункта.

Сравнение показателей клинических шкал у пациентов основной группы и группы сравнения через месяц лечения представлены в таблице 3.

Таблица 2

Показатели клинических шкал у пациентов группы сравнения в процессе лечения

Параметр		Показатели		
		до лечения	через 1 месяц после начала лечения	через 3 месяца после начала лечения
Шкала HAM-A, баллы	Психическая тревога	$14,46 \pm 1,53$	$9,82 \pm 1,12$ *	$7,36 \pm 0,95$ *
	Соматическая тревога	$18,98 \pm 1,12$	$17,65 \pm 1,33$	$11,57 \pm 1,11$ *♦
	Общий балл	$33,17 \pm 1,24$	$27,53 \pm 1,17$ *	$20,64 \pm 1,23$ *♦
Шкала визуальных аналогов, GA-VAS, пункты		$8,72 \pm 1,13$	$5,47 \pm 1,23$ *	$4,19 \pm 0,83$ *

Примечания: \* — достоверность различий показателей в сравнении с данными до начала лечения,  $p < 0,05$ ;  
♦ — достоверность различий показателей в сравнении с данными, полученными через 1 месяц после начала лечения,  $p < 0,05$ .

Таблица 3

Показатели клинических шкал у пациентов основной группы и группы сравнения после одного месяца лечения

Параметр		Показатели		Достоверность различий
		основной группы (n = 72)	группы сравнения (n = 64)	
Шкала HAM-A, баллы	Психическая тревога	$7,32 \pm 1,06$	$9,82 \pm 1,12$	$p > 0,05$
	Соматическая тревога	$12,35 \pm 1,54$	$17,65 \pm 1,33$	$p < 0,05$
	Общий балл	$19,31 \pm 1,23$	$27,53 \pm 1,17$	$p < 0,05$
Шкала визуальных аналогов, GA-VAS, пункты		$4,32 \pm 1,12$	$5,47 \pm 1,23$	$p > 0,05$

Как видно из представленных данных, у пациентов основной группы и группы сравнения после первого месяца лечения отмечается достоверная разница уровней соматической тревоги ( $12,35 \pm 1,54$  балла и  $17,65 \pm 1,33$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ) и общей выраженности тревоги ( $19,31 \pm 1,23$  и  $27,53 \pm 1,17$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ), подтверждая более выраженную редукцию соматических симптомов тревоги у пациентов основной группы. В сравниваемых группах не отмечается достоверной разницы показателей психической тревоги по шкале HAM-A

( $7,32 \pm 1,06$  балла и  $9,82 \pm 1,12$  балла,  $p > 0,05$ ) и показателей по шкале визуальных аналогов ( $4,32 \pm 1,12$  пункта и  $5,47 \pm 1,23$  пункта,  $p > 0,05$ ), что объясняется анксиолитическим действием проводимой в обеих группах психофармакотерапии улучшающим эмоциональное состояние и субъективно положительно оценивается пациентами.

Сравнение показателей клинических шкал и тестов у пациентов основной группы и группы сравнения через три месяца лечения выявили ещё более радикальные изменения (табл. 4).

Таблица 4

Показатели клинических шкал у пациентов основной группы и группы сравнения после трёх месяцев лечения

Параметр		Показатели		Достоверность различий
		основной группы (n = 72)	группы сравнения (n = 64)	
Шкала HAM-A, баллы	Психическая тревога	$4,12 \pm 0,63$	$7,36 \pm 0,95$	$p < 0,05$
	Соматическая тревога	$6,24 \pm 1,12$	$11,57 \pm 1,11$	$p < 0,05$
	Общий балл	$10,12 \pm 0,94$	$20,64 \pm 1,23$	$p < 0,05$
Шкала визуальных аналогов, GA-VAS, пункты		$2,07 \pm 0,67$	$4,19 \pm 0,83$	$p < 0,05$

К концу третьего месяца лечения у пациентов основной группы по отношению к пациентам группы сравнения отмечалось достоверно большее снижение как общего показателя тревожности ( $10,12 \pm 0,94$  балла и  $20,64 \pm 1,23$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ), так и его составляющих — соматической ( $6,24 \pm 1,12$  балла и  $11,57 \pm 1,11$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ) и психической тревоги ( $4,12 \pm 0,63$  балла и  $7,36 \pm 0,95$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ). Пациенты основной группы субъективно отмечали положительную динамику в большей степени —  $2,07 \pm 0,67$  пункта, чем пациенты группы сравнения ( $4,19 \pm 0,83$  пункта,  $p < 0,05$ ) по шкале GA-VAS.

Окончательные результаты оценки эффективности предложенного комплексного лечения были оценены на основании шкалы общего клинического впечатления (табл. 5).

Таблица 5

**Эффективность лечебных мероприятий у больных основной группы и группы сравнения на основании данных шкалы общего клинического впечатления**

Клинический эффект	Основная группа (n = 72)		Группа сравнения (n = 64)		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Значительное улучшение	46	63,89	5	7,81	$p < 0,05$
Умеренное улучшение	13	18,05	9	14,06	$p > 0,05$
Незначительное улучшение	9	12,50	31	48,44	$p < 0,05$
Без изменений	3	4,17	14	21,88	$p < 0,05$
Незначительное ухудшение	1	1,39	3	4,69	$p < 0,05$
Умеренное ухудшение	0	0	2	3,12	$p < 0,05$

Как видно из приведенных данных, у преимущественного большинства пациентов основной группы наблюдалась разной степени выраженности положительная динамика, из них умеренное и значительное улучшение зафиксировано у 59 (81,94 %) пациентов. Отсутствие динамики симптомов отмечалось у 3 пациентов (4,17 %) и у одного пациента (1,39 %) отмечалось незначительное ухудшение, что было связано с возникновением дополнительной психотравмирующей ситуации во время проведения лечения. В группе сравнения у пациентов в основном наблюдалось незначительное улучшение — 31 пациент (48,44 %,  $p < 0,05$ ) или без изменений — 14 пациентов (21,88 %,  $p < 0,05$ ). Умеренное или значительное улучшение было выявлено только у 14 пациентов (21,87 %,  $p < 0,05$ ), а у 5 пациентов (7,73 %) симптомы генерализованного тревожного расстройства усилились на фоне проводимого лечения.

Таким образом, представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что разработанная система терапии и профилактики генерализованного тревожного расстройства у пациентов пожилого возраста по эффективности превосходит традиционно используемые методы. Полученные результаты целесообразно рекомендовать для внедрения в практическую работу по оказанию помощи больным с генерализованным тревожным расстройством в пожилом возрасте.

**Список литературы**

1. Безруков, В. В. Здоровье пожилых в Украине / В. В. Безруков // Doctor. — 2005. — № 5. — С. 5—8.
2. Shah, R. General practice consultation rates for psychiatric disorders in patients aged 65 and over: prospective cohort study / Shah R., McNiece R., Majeed A. // Int. J. Geriatr. Psychiat. — 2001. — Vol. 16, № 1. — P. 57—63.
3. Михайлова, Н. М. Тревожное расстройство в позднем возрасте / Н. М. Михайлова, Т. М. Сиряченко // Российский медицинский журнал. — 2006. — № 29. — С.14—16.
4. Wittchen, H. The impact of generalized anxiety disorder / H. Wittchen, K. Beesdo, R. C. Kessler // Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis and management / D. Nutt, K. Rickels, D. Stein (eds.). — Martin Dunitz Ltd, 2002. — P. 11—26.
5. Полищук, Ю. И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии / Ю. И. Полищук // Журнал социальной и клинической психиатрии. — 2006. — Т. 16, Вып. № 3. — С. 12—16.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) / [под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина]. — К.: 1999. — 270 с.
7. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // Br. J. Soc. Med. Psychol. — 1959. — № 32. — P. 50—55.
8. Guy, W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology / W. Guy / U. S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. — Rockville, MD, 1976. — P. 218—222.
9. Williams, V. S. L. Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety / V. S. L. Williams, R. J. Morlock, D. Feltner // Health and Quality of Life Outcomes. — 2010. — № 8. — P. 57—64.

Надійшла до редакції 09.08.2011 р.

**С. О. Український**

ДЗ «Луганський державний медичний університет»  
(м. Луганськ)

**Комплексне лікування пацієнтів з генералізованим тривожним розладом в похилому віці**

Розроблено систему комплексної терапії генералізованого тривожного розладу в похилому віці. Описано основні принципи, етапи та методи запропонованої системи терапії. Наведені результати апробації розробленої системи терапії, в якій взяли участь 72 пацієнти, що проходили курс комплексної терапії, групу порівняння склали хворі, які проходили курс традиційного лікування генералізованого тривожного розладу, в кількості 64 особи. За результатами апробації доведено високу ефективність розробленої системи терапії, в порівнянні з традиційними методами.

Ключові слова: тривога, похилий вік, система комплексної терапії.

**S. O. Ukrayinskyy**

SE "Luhans'k State medical University"  
(Luhans'k)

**Complex treatment of patients with generalized anxiety disorder in the elderly**

The system for the treatment of generalized anxiety disorder in the elderly was working out. The main principles, stages, and methods of the proposed system of therapy are described. Results of approbation of this developed system of therapy are presented with 72 patients taking part in it who received a course of the complex therapy. A comparison group consisted of 64 patients who received a course of a traditional treatment for generalized anxiety disorder. In accordance with the results of this approbation a high efficacy of the developed system of therapy versus traditional methods was proven.

Key words: anxiety, old age, the treatment system.