

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.891.6:616.037:615.214:616-036.8

Для цитирования: Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Александрова Л.А. Сравнительная эффективность антидепрессивной терапии генерализованного тревожного расстройства в зависимости от ведущего симптомокомплекса. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 57-63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-57-63)

Сравнительная эффективность антидепрессивной терапии генерализованного тревожного расстройства в зависимости от ведущего симптомокомплекса

Бойко Е.О.¹, Ложникова Л.Е.¹, Зайцева О.Г.¹, Александрова Л.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4

² ООО «Центр профессиональной терапии»
Россия, 350051, Краснодар, ул. Шоссе Нефтяников, 37/5

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1; далее – ГТР) повышает риск сердечно-сосудистой патологии, ранней смертности от коморбидной соматической болезни или суицида, является причиной психосоциальной дезадаптации и неудовлетворенности качеством жизни. На долю ГТР приходится более четверти случаев всех тревожных расстройств. Неоднородная клиническая картина и высокая степень распространенности ГТР определяют необходимость использования дифференцированного подхода к выбору терапии, разработки принципов и подходов с позиций персонализированной медицины. **Цель:** изучить дифференцированное применение антидепрессантов в терапии больных с ГТР в соответствии с ведущим симптомокомплексом. **Материалы и методы.** С помощью пробы сердечно-дыхательного синхронизма проведена оценка регуляторно-адаптивных возможностей организма у 150 пациентов с ГТР в ходе динамического наблюдения за результатами антидепрессивной терапии. **Результаты.** Изучение регуляторно-адаптивных возможностей, основанное на сравнительной оценке общего функционального состояния и уровня работоспособности организма у больных с ГТР, согласно данным динамики проводимой психофармакотерапии показало, что преобладание ведущего симптомокомплекса выступает фактором, обуславливающим индивидуально-дифференцированное назначение антидепрессанта. Для пациентов с идеаторным типом генерализованного тревожного расстройства наиболее эффективным препаратом выбора является венлафаксин, с вегетативным типом – пароксетин, с мышечным типом – миртазапин.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, регуляторно-адаптивные возможности, сердечно-дыхательный синхронизм, эффективность антидепрессивной терапии.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время все более актуальной становится проблема своевременной диагностики и терапии генерализованного тревожного расстройства. Вероятно, это объясняется неоднородной клинической картиной и высокой степенью распространенности состояния тревоги среди различных популяций населения во всем мире [1, 2]. Из перечня тревожных расстройств ГТР относится к группе заболеваний, которые на сегодняшний день выявляются не в полной мере. Ряд исследователей связывают происходящее с относительной новизной данной нозологической категории [3, 4]. Для большинства врачей длительное

время привычнее и понятнее было использование диагноза «тревожный невроз». Часть ныне действующих обучающих программ для психиатров по-прежнему базируется на утратившей актуальность концепции неврозов, что приводит к сложностям и разногласиям при диагностике и терапии. По данным современных авторов, на долю ГТР в структуре тревожных расстройств приходится более 50% обращений к специалистам первичной медицинской сети. Заболевание чаще возникает в молодом возрасте и на фоне коморбидной соматической патологии [5]. Допустимо, что с соматической отягощённостью связана высокая распространенность и первоначальное обращение

пациентов данной категории на прием к врачам соматического профиля. Как правило, к моменту установления диагноза ГТР врачом-психиатром длительность заболевания составляет от 5 до 10 лет, при этом упускается благоприятный момент для эффективного лечения.

Современная концептуализация этиологии тревожных расстройств включает сочетанное взаимодействие психосоциальных факторов: неблагоприятное положение в детском возрасте, перенесенный травматический стресс, генетическая уязвимость, проявляющаяся в нейробиологических и нейропсихических нарушениях. Несмотря на публикуемые результаты нейробиологических исследований, конкретные биомаркеры тревожных расстройств, которые могли бы доказательно использоваться в распознавании (идентификации) лиц, подверженных риску развития тревожных расстройств, пока еще не определены [6, 7, 8].

В психофизиологической литературе приводятся данные, что большинство пациентов с ГТР находятся в состоянии вегетативно-сосудистой и психоэмоциональной дисрегуляции, имеют низкую вариабельность сердечного ритма и высокую частоту сердечных сокращений, более высокие уровни проводимости кожи на исходном уровне по сравнению с контрольной группой и большими с другими тревожными расстройствами [9]. Симптомы тревоги варьируются от слабо выраженных до изнурительно-интенсивных. Врачам необходимо определиться с дальнейшей тактикой индивидуального лечения каждого пациента с учетом совокупности факторов. Решение о выборе терапии зависит от интенсивности и продолжительности тревожной симптоматики, её влияния на функционирование пациента в повседневной жизни, а также определяется с учетом сопутствующих заболеваний.

Пациентам с легкой степенью тревоги (менее 9 баллов по шкале ГТР-7), с непродолжительной длительностью заболевания и без сопутствующей соматической патологии чаще всего в качестве первой линии выбора рекомендуется поддерживающая или когнитивно-поведенческая психотерапия. Пациентам, набравшим более 15 баллов по шкале ГТР-7, лечение целесообразно начинать с назначения лекарственных препаратов [10].

Согласно современным клиническим рекомендациям, эффективными для лечения ГТР являются антидепрессанты с разными механизмами действия, в частности пароксетин (СИОЗС), венлафаксин (СИОЗСН) и мirtазапин (тетрациклический антидепрессант). Существующая в современной литературе отчетливая рассогласованность между показателями результативности терапевтической эффективности не предоставляет возможность дифференцированного выбора оп-

тимального медикаментозного средства. Очевидно, это связано с неоднородностью клинической картины ГТР, предопределяющей различия в чувствительности больных к разным группам антидепрессантов, а также с отсутствием объективных инструментов оценки состояния [11].

По данным обзора публикаций, 4–6-недельная монотерапия СИОЗС предусматривает наращивание дозы до максимальной в случае эффективности. При отсутствии терапевтического ответа антидепрессанты заменяют прегабалином, а прегабалин – антидепрессантами групп СИОЗС и СИОЗСН. Ни один нейрелептик не утвержден как рекомендуемый для лечения ГТР препарат, хотя встречаются указания на их эффективность при ряде резистентных к терапии вариантов [12].

В качестве препаратов первой линии выбора при ГТР рекомендуются СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин); приводятся доказательства эффективности трициклических антидепрессантов (кломипрамин) [13].

Терапия больных с ГТР антидепрессантом двойного действия (венлафаксин), транквилизатором бензодиазепинового (алпразолам) и небензодиазепинового (афобазол) ряда показала сходную частоту достижения ремиссии при приеме алпразолама и венлафаксина (58,9% и 53,8%), но более высокую по сравнению с афобазолом (37,7%). Наибольшая скорость достижения ремиссии отмечается при терапии алпразоламом (21-й день терапии), средняя – при приеме венлафаксина (28-й день), наименьшая – при использовании афобазола (35-й день). Более высокие показатели социальной адаптации наблюдались при назначении венлафаксина по двум субшкалам (работа и семейное функционирование), по интерперсональному общению – в группе алпразолама; при применении афобазола отмечались самые низкие показатели по всем сферам социального функционирования. Венлафаксин редуцирует аффективную тревогу, алпразолам – напряжение/соматическую тревогу, афобазол – озабоченность/когнитивную тревогу [14].

Присоединение антипсихотиков к антидепрессантам повышает эффективность терапии резистентного ГТР более чем на 80%. Потенцирование действия антидепрессантов при терапии атипичными антипсихотиками (кветиапин) по сравнению с типичными (флюпентиксол) приводит к более быстрому наступлению респонса и ремиссии, более выраженной редукции «психической» тревоги, но меньше воздействует на соматический компонент. Явления соматической тревоги устраняются стандартной терапией флюпентиксолом 1-5 мг или кветиапином 25-100 мг, «психической» тревоги – кветиапином [15].

Одним из способов объективизации и количественной оценки состояния при лечении ГТР является проба сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), характеризующая регуляторно-адаптивные возможности организма и основанная на тесной функциональной связи центральных механизмов ритмогенеза дыхания и сердца, возможности произвольного управления ритмом дыхания. Участие в реализации СДС многоуровневых афферентных и эфферентных структур ЦНС от момента восприятия сигнала до реализации сформированной реакции ВНС обуславливает использование данного исследования в качестве метода комплексной оценки состояния регуляторно-адаптивных возможностей организма [16].

При описании критериев диагностики ГТР мы воспользовались клиническими рекомендациями, традиционно выделяющими три ведущих симптомокомплекса соответственно выраженности компонентов тревоги.

1. Идеаторный, при котором преобладают тревожные мысли и неоправданное беспокойство о состоянии своего здоровья, пессимистичные представления о будущем. Данные представления не поддаются контролю самим пациентом.

2. Моторный, характеризующийся мышечным напряжением, невозможностью расслабиться, головными болями напряжения, ригидностью мышц, суетливостью, ноющими мышечными болями, ощущением внутренней дрожи.

3. Вегетативный, проявляющийся симптомами повышенного потоотделения, тахикардии, дискомфорта в эпигастрии, сухости во рту, головокружения. Возможны тошнота, нарушения сна и другие симптомы вегетативного возбуждения.

В зависимости от доминирования в клинической картине того или иного симптомокомплекса представляется целесообразным выделение соответствующего симптомокомплекса – типа ГТР (идеаторного, моторного и вегетативного).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить дифференцированное применение антидепрессантов в терапии больных с генерализованным тревожным расстройством на основе ведущего симптомокомплекса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 150 пациентов с диагностированным ГТР (F41.1), находившиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Критериями включения в выборку являлись пациенты с установленным диагнозом ГТР в возрасте от 25 до 40 лет. Обязательным условием отбора было добровольное информированное согласие пациентов.

Критерии исключения: больные с диагностированной психотической патологией (шизофрения, шизоаффективное расстройство, органические психотические расстройства), не удовлетворяющие критериям включения, с зависимостью от психоактивных веществ, расстройствами влечений, суицидальным поведением или суицидальными попытками в анамнезе, выраженной соматической патологией.

При поступлении пациентов на стационарное лечение определение параметров сердечно-дыхательного синхронизма проводили с помощью компьютера, соединенного с обследуемым устройством (микропроцессор АЦП «ВНС-Микро» с датчиками для записи ЭКГ со специально созданной программой) [16]. Для оценки состояния пациентов и эффективности проводимой терапии использовались следующие психометрические инструменты: шкалы тревоги Гамильтона и общего клинического впечатления (CGI-S).

Респонденты в соответствии с назначенной в течение 6 недель антидепрессивной терапией были разделены на три группы. 1-я группа – получавшие венлафаксин в дозе 75–225 мг/сут, 2-я группа – мirtазапин в дозе 15-45 мг/сут, 3-я группа – пароксетин в дозе 20-40 мг/сут.

При обработке статистических данных использовались лицензионные комплекты программ Statistika 10.0 и Microsoft Excel for Windows Russian.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты были подразделены на 3 клинические группы на основании выявленного у них ведущего симптомокомплекса в рамках психопатологической структуры генерализованной тревоги. Анализ полученных данных продемонстрировал преобладание больных с вегетативным типом ГТР (n=81; 54,0%). В то время как частота встречаемости идеаторного (n=35; 23,4%) и мышечного (n=34; 22,6%) типов ГТР оказалась практически равнозначной (рис. 1).

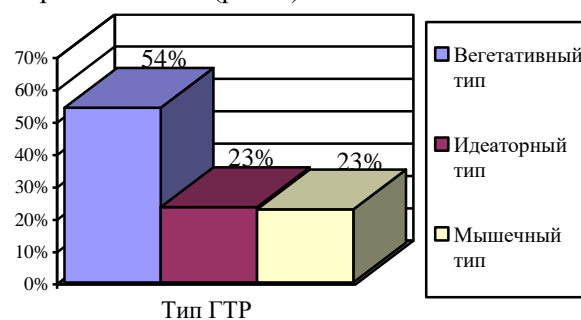


Рисунок 1. Распределение пациентов с генерализованным тревожным расстройством в зависимости от ведущего симптомокомплекса

Наиболее высокое среднее значение индекса регуляторно-адаптивных способностей (ИРАС) при поступлении в стационар выявлен у пациентов с идеаторным типом ГТР (39,5), превышавшее таковые показатели при вегетативном (30,1) и мышечном (17,1) типах ГТР. Данный обобщающий интегративный показатель предоставляет

возможность количественно оценивать регуляторно-адаптивный потенциал организма обследуемого и проанализировать происходящую в процессе психофармакотерапии динамику состояния.

В таблице 1 представлены результаты ИРАС и параметры СДС по результатам антидепрессивной терапии больных с различными типами ГТР.

Т а б л и ц а 1. Распределение пациентов с различными типами ГТР в зависимости от величины ИРАС и параметров СДС после 6-недельной терапии мirtазапином, венлафаксином и пароксетином

Параметр	Тип ГТР		
	Идеаторный	Вегетативный	Мышечный
Лечение мirtазапином			
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	9,7±0,4	10,3±0,3	11,5±0,2
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	19,1±0,3	22,2±0,5	20,0±0,7
ИРАС	40,4±0,6	46,4±0,3	57,5±0,5
Лечение венлафаксином			
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	12,2±0,4	10,5±0,6	9,8±0,5
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	19,18±0,5	21,5±0,3	23,0±0,6
ИРАС	61,6±0,7	48,8±0,5	42,6±0,6
Лечение пароксетином			
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	10,2±0,9	12,5±0,4	10,5±0,3
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	22,1±0,3	20,7±0,2	23,2±0,5
ИРАС	46,2±0,4	60,4±0,6	45,1±0,5

По результатам проведенного лечения антидепрессантами у пациентов со всеми типами ГТР обнаружено статистически значимое ($p < 0,001$) возрастание показателя ИРАС по сравнению с его первоначальным значением при поступлении. Согласно полученным данным, при использовании венлафаксина в антидепрессивной терапии идеаторного типа ГТР произошло наибольшее увеличение показателя ИРАС – до 61,6, что соответствует повышению регуляторно-адаптивных возможностей до оптимального уровня. При лечении вегетативного типа ГТР наиболее эффективным антидепрессантом в устранении напряжения адаптационных процессов оказался пароксетин, при приеме которого регуляторно-адаптивные возможности пациентов повысились до 60,4. Среди пациентов с мышечным типом ГТР наибольший рост показателя ИРАС зарегистрирован при лечении мirtазапином – 57,5.

Полученные данные соответствовали психопатологической картине клинического течения ГТР и подтверждаются результатами обследования пациентов по шкале общего клинического впечатления. Средний суммарный балл по подшкале CGI-S в конечной точке исследования составил 2,30 балла против 4,65 балла при поступлении в стационар, что соотносится со статистически значимой ($p < 0,01$) динамикой психического состояния в виде улучшения общего функционирования пациентов и хорошей терапевтической эффективности использованных в течение 6 недель антидепрессантов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итоговые результаты исследования открывают принципиально новые возможности дифференцированного подхода к выбору определенного вида и адекватной дозировки антидепрессанта в терапии ГТР. Выделение типов ГТР с учетом доминирующего симптомокомплекса на практике позволяет эффективно проводить лечение, восстанавливающее деятельность структур мозга, психоэмоциональное и социальное функционирование, мотивационно-поведенческое реагирование. Особенности различных типов ГТР являются существенным фактором, детерминирующим целенаправленное назначение антидепрессантов. Получены статистически значимые ($p < 0,001$) доказательства клинической эффективности антидепрессивной терапии: для пациентов с идеаторным типом ГТР наиболее оптимальным препаратом выбора является венлафаксин, с вегетативным типом – пароксетин, с мышечным типом – мirtазапин. Использование пробы сердечнорычажного синхронизма в исследовании позволило не только объективизировать полученные данные, но и снизить вероятность развития резистентности.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Совместное исследование не имело спонсорской поддержки или иного финансирования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

В работе соблюдались этические принципы Хельсинкской Декларации ВМА. От всех пациентов получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Вознесенская Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013. Т. 5, № 2. С. 18-22. Voznesenskaya TG. Generalized anxiety disorder: Differential diagnosis and treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;5(2):18-22. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2407> (in Russian).
2. Головачева В.А., Парфенов В.А. Тревожные расстройства под маской вегетососудистой дистонии. *Медицинский совет*. 2017. № 17. С. 26-30. Golovacheva VA, Parfenov VA. Anxiety disorders under the guise of vegetovascular dystonia. *Medical Council*. 2017;17:26-30. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-17-26-30> (in Russian).
3. Лесс Ю.Э. Генерализованное тревожное расстройство: типология и коморбидные состояния. *Российский психиатрический журнал*. 2008. № 2. С. 40-45. Less YuE. Generalized anxiety disorder: typology and comorbid conditions. *Russian Journal of Psychiatry*. 2008;2:40-45 (in Russian).
4. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров. *Современная терапия психических расстройств*. 2017. № 2. С. 2-13. Neznanov NG, Martynikhin IA, Mosolov SN. Diagnosis and treatment of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a survey of psychiatrists. *Modern Therapy of Mental Disorders*. 2017;2:2-13 (in Russian).
5. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: от механизмов формирования к рациональной терапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2013. № 3. С. 99-110. Zalutskaya NM. Generalized anxiety disorder: from formation mechanisms to rational therapy. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2013;3:99-110 (in Russian).
6. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun;19(2):93-107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow. PMID: 28867934; PMCID: PMC5573566.
7. Strawn JR, Geracioti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018 Jul;19(10):1057-1070. doi: 10.1080/14656566.2018.1491966. PMID: 30056792; PMCID: PMC6340395.
8. Bandelow B. Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:347-365. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_19. PMID: 32002937
9. Carnevali L, Mancini M, Koenig J, Makovac E, Watson DR, Meeten F, Critchley HD, Ottaviani C. Cortical morphometric predictors of autonomic dysfunction in generalized anxiety disorder. *Auton Neurosci*. 2019 Mar;217:41-48. doi: 10.1016/j.autneu.2019.01.001. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30704974.
10. Stein MB, Sareen J. Clinical practice. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med*. 2015 Nov 19;373(21):2059-68. doi: 10.1056/NEJMcpr1502514. PMID: 26580998
11. Сиволап Ю.П. Систематика и лечение тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120, № 7. С. 121-127. Sivolap YuP. Systematics and treatment of anxiety disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(7):121-127. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120071121> (in Russian).
12. Вельтищев Д.Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства (обзор литературы). *Современная терапия психических расстройств*. 2018. № 3. С. 26-37. Veltishchev DYU. Diagnostics and treatment of generalized anxiety disorder (literature review). *Modern Therapy of Mental Disorders*. 2018;3:26-37. DOI: 10.21265/PSYPH.2018.46.16769 (in Russian).
13. Караваева Т.А., Васильева А.В., Зинченко Ю.П. [и др.] Тревожно-фобические расстройства у взрослых: Клинические рекомендации. *Российское общество психиатров. М. : Министерство здравоохранения РФ, 2021. 65 с.* Karavaeva TA, Vasilieva AV, Zinchenko YuP. [et al.] Anxiety-phobic disorders in adults: Clinical guidelines. *Russian Society of Psychiatrists. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 2021:65.* https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/455_2 (in Russian).
14. Борукаев Р.Р. Сравнительная эффективность антидепрессантов и транквилизаторов при терапии пациентов с генерализованным тревожным расстройством: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2010. 19 с. Borukaev RR. Comparative efficacy of antidepressants and tranquilizers in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: PhD thesis abstract. *Moscow, 2010:19* (in Russian).

15. Будтуева Ф.С. Оптимизация лечения резистентного к стандартной фармакотерапии генерализованного тревожного расстройства нейролептиками: автореф. ... дис. к.м.н. М., 2010. 23 с. Budtueva FS. Optimization of the treatment of generalized anxiety disorder resistant to standard pharmacotherapy with antipsychotics: PhD thesis abstract. Moscow, 2010:23 (in Russian).
16. Покровский В.М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма. Краснодар: Изд-во Кубань-Книга, 2010. 243 с. Pokrovsky VM. Cardio-respiratory synchronism in assessing the regulatory-adaptive status of the body. Krasnodar: Kuban-Kniga Publishing House, 2010:243 (in Russian).

Поступила в редакцию 25.02.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Бойко Елена Олеговна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии КубГМУ. AuthorID РИНЦ 277212. SPIN-код РИНЦ 9499-4030.

Ложникова Лариса Евгеньевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии КубГМУ. AuthorID РИНЦ 670489. SPIN-код РИНЦ 8026-7842. ResearcherID ADO-6797-2022.

Зайцева Ольга Геннадиевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии КубГМУ. AuthorID РИНЦ 678408. SPIN-код РИНЦ 4888-7993.

Александрова Людмила Александровна, врач-психиатр ООО «Центр профессиональной терапии».

✉ Ложникова Лариса Евгеньевна, lozhnikova.l.e@gmail.com

UDC 616.891.6:616.037:615.214:616-036.8

For citation: Boiko E.O., Lozhnikova L.E., Zaitseva O.G., Aleksandrova L.A. Comparative efficacy of antidepressant therapy for generalized anxiety disorder depending on the leading symptom complex. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 57-63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-57-63)

Comparative efficacy of antidepressant therapy for generalized anxiety disorder depending on the leading symptom complex

Boiko E.O., Lozhnikova L.E., Zaitseva O.G., Aleksandrova L.A.

¹ *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kuban State Medical University" of the Ministry of Health of Russia
Mitrofan Sedin Street 4, 350063, Krasnodar, Russian Federation*

² *Limited Liability Company "Center for Occupational Therapy"
Neftyanikov Highway 37/5, 350051, Krasnodar, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Generalized anxiety disorder (F41.1; hereinafter referred to as GAD) increases the risk of cardiovascular disease, early mortality from a comorbid somatic disease or suicide, is the cause of psychosocial maladjustment and dissatisfaction with the quality of life. GAD accounts for more than a quarter of all anxiety disorders. The heterogeneous clinical picture and the high prevalence of GAD determine the need for a differentiated approach to the choice of therapy, the development of principles and approaches from the standpoint of personalized medicine. **Objective:** to study the differentiated use of antidepressants in the treatment of patients with GAD in accordance with the leading symptom complex. **Material and Methods.** With the help of a test of cardio-respiratory synchronism, the regulatory-adaptive capabilities of the body were assessed in 150 patients with GAD during dynamic monitoring of the results of antidepressant therapy. **Results.** The study of regulatory-adaptive capabilities, based on a comparative assessment of the general functional state and the level of body performance in patients with GAD, according to the dynamics of psychopharmacotherapy, showed that the predominance of the leading symptom complex is a factor that determines the individually differentiated prescription of an antidepressant. For patients with the ideator type of generalized anxiety disorder, the most effective drug of choice is venlafaxine, with the vegetative type – paroxetine, with the muscular type – mirtazapine.

Keywords: generalized anxiety disorder, regulatory-adaptive capabilities, cardiorespiratory synchronism, efficacy of antidepressant therapy.

Received February 25.2022

Accepted May 27.2022

Boiko Elena O., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation. AuthorID RSCI 277212. SPIN-code RSCI 9499-4030.

Lozhnikova Larisa E., PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation. AuthorID RSCI 670489. SPIN-code RSCI 8026-7842.

Zaitseva Olga G., PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation. AuthorID RSCI 678408, SPIN-code RSCI 4888-7993.

Alexandrova Lyudmila A., psychiatrist, Center for Occupational Therapy, Krasnodar, Russian Federation.

✉ Lozhnikova Larisa E., lozhnikova.l.e@gmail.com