

Терапия тревожных состояний

О.А. ШАВЛОВСКАЯ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет): 119991, Россия, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1

Информация об авторе:

Шавловская Ольга Александровна – д.м.н., ведущий научный сотрудник НИО неврологии Научно-технологического парка биомедицины Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет); тел.: +7(925) 383-98-73; e-mail: shavlovskaya@1msmu.ru

РЕЗЮМЕ

Рассмотрены диагностические критерии и подходы к терапии тревожных синдромов. Базовым методом лечения тревоги является психофармакологическое лечение, выбираемое в зависимости от типа доминирующего расстройства и степени его выраженности. Выбор препарата зависит от уровня тревоги и длительности заболевания.

Ключевые слова: тревога, тревожные расстройства, фенобарбитал, Валокордин

Для цитирования: Шавловская О.А. Терапия тревожных состояний. *Медицинский совет.* 2019; 6: 42-19. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Anxiety Therapy

Olga A. SHAVLOVSKAYA

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University): 119991, Russia, Moscow, B. Pirogovskaya St., 6, Bldg. 1

Author credentials:

Shavlovskaya Olga Aleksandrovna – Dr. of Sci. (Med.), a lead researcher of Research Unit of Neurology of Biomedical Science and Technology Park at Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); tel.: +7(925) 383-98-73; e-mail: shavlovskaya@1msmu.ru

ABSTRACT

Diagnostic criteria and approaches to the therapy of anxiety syndromes were considered. The basic method of anxiety treatment is psycho-pharmacologic treatment selected depending on the type of prevailing disorder and degree of its severity. The drug selection depends on the degree of anxiety severity and duration of the disease.

Keywords: anxiety, anxiety disorders, phenobarbital, valocordin

For citing: Shavlovskaya O.A. Anxiety Therapy. *Meditsinsky Sovet.* 2019; 6: 42-46. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Эмоции – неотъемлемый компонент и проявление жизнедеятельности человека. При этом отрицательные эмоции имеют более широкий спектр, чем положительные, и делятся на биологические (тревога, страх, страдание, гнев и их производные) и социальные (стыд, вина, боязнь утраты своего «я»). Особое место среди них занимает тревога, являющаяся одним из наиболее древних эволюционных механизмов. Тревога является обязательной составляющей интегративной реакции организма на стрессовое воздействие.

Тревога, чувство внутреннего напряжения, раздражительность – жалобы, часто звучащие на приеме у врача. В течение жизни примерно у 50% населения выявляются отдельные симптомы тревоги или синдромально очер-

ченные тревожные расстройства [1]. Нередко субсиндромальные тревожные состояния скрываются за массивной вегетативной дисфункцией, формируя психовегетативный синдром, и при этом своевременно не диагностируются [2]. Повышенная стрессодоступность и избыточные тревожные реакции ведут к формированию психовегетативного синдрома, клинические проявления которого сопровождаются психическими и вегетативными симптомами, такими как усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, ощущение нехватки воздуха, боль или дискомфорт в груди (в области сердца), тошнота (рвота) или другие желудочно-кишечные расстройства, ощущение головокружения, неустойчивости или приближающегося обморока, парестезии, озноб или приливы жара, учащенное мочеиспускание, тремор [3].

Клинически тревожные расстройства (ТР) проявляются психическими, соматическими и вегетативными симптомами, важной отличительной чертой которых является полисистемность [4]. В качестве психических проявлений ТР наиболее часто выступают: опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.), беспокойство по мелочам, раздражительность и нетерпеливость, ощущение напряженности, скованность, суетливость, неспособность расслабиться, ощущение взвинченности или пребывания «на грани срыва», невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, быстрая утомляемость, страхи, навязчивые мысли и образы. Вегетативные (соматические) проявления тревоги включают: потливость, холодные и влажные ладони, сухость во рту, ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, напряжение и боль в мышцах, тошноту, понос, боли в животе, головокружение, предобморочное состояние, снижение либидо, импотенцию, напряжение и боль в мышцах, учащенное сердцебиение, приливы жара или холода.

Клинически значимая тревога встречается у 5–7% людей в общей популяции и более чем у 25% пациентов, наблюдаемых врачами общей практики. Заболеваемость в течение жизни тревожными расстройствами может составлять свыше 30%. Тревога в подростковом и молодом возрасте в дальнейшем часто перерастает в депрессию [5]. Грань между «нормальным» ответом на угрозу и патологическим тревожным расстройством часто весьма размыта, личностный дистресс и психическое расстройство могут представлять собой континуум. Именно с этим связаны трудности диагностики патологической тревоги, которая диагностируется в два раза реже, чем депрессия. Психологический или биологический стресс вызывает нормальный (физиологический) ответ организма в виде психофизиологической реакции, проявляющейся тревожными симптомами и вегетативной дисфункцией. Обычно симптомы транзиторны и хорошо поддаются контролю индивидуума. Тревожные симптомы приобретают клиническую значимость, когда [6]:

- выраженность их достигает тяжелой степени;
- пролонгируется их длительность;
- они развиваются при отсутствии стрессорных факторов;
- они нарушают физическое, социальное или профессиональное функционирование индивидуума.

Среди хронических форм тревоги врачами общей практики наиболее часто диагностируется паническое расстройство (ПР) и генерализованное тревожное расстройство (ГТР) [7]. Любое из перечисленных ТР может протекать в субклинической форме. Часто субсиндромальное ТР является фактором риска развития тяжелой депрессии. Коморбидное ТР, независимо от степени выраженности, оказывает существенное негативное влияние на течение основного заболевания. Сочетание тревожных и депрессивных расстройств, коморбидность которых составляет до 60% случаев, затрудняет диагностику и подбор правильного лечения, что снижает эффективность терапии и увеличивает частоту рецидивов в этой группе больных по сравнению с пациентами, страдающими только тревожными или только депрессивными расстройствами.

Критериями ГТР являются: распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»); заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску [6]. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) – одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующееся рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а следовательно, непредсказуемыми и спонтанными [6].

В ежедневной практике врач-невролог встречается с ТР, находящимися в различных причинно-следственных отношениях с основным (неврологическим) заболеванием. Можно выделить как минимум три такие категории [5–7]:

- первичная патологическая тревога, проявляющаяся «неврологическими» знаками и симптомами (тревога проявляется симптомами, имитирующими неврологическое заболевание);
- тревожное расстройство, коморбидное с текущим неврологическим заболеванием, или смешанное тревожно-депрессивное расстройство, коморбидное с текущим неврологическим заболеванием;
- лекарственно-индуцированная тревога, возникшая в результате терапии основного заболевания.

Пациенты, страдающие первичной патологической тревогой, наблюдаются врачами-неврологами длительное время, так как течение заболевания носит хронический характер. Чаще всего ставятся следующие диагнозы: вегетативная дистония, нейроциркуляторная дистония, вегетативные кризы, симпатоадреналовые кризы. Для категории пациентов, обращающихся к неврологу, характерны жалобы на «соматические» симптомы тревоги. Психические симптомы могут не осознаваться больным или расцениваться как нормальная реакция на «непонятное» болезненное состояние [7].

Проводя анализ клинических проявлений (выраженности ведущего симптома, наличия «сопутствующих» соматических проявлений, тяжести состояния) и данных анамнеза (длительности проявления, эффективности предыдущей терапии), врач принимает решение об амбулаторном или стационарном лечении каждого конкретного больного.

Так, показаниями для амбулаторного лечения являются [6]:

- отсутствие выраженной неврологической и соматической симптоматики;
- способность находиться в социуме и желание (мотивация) получить навыки совладания с психотравмирующей ситуацией, необходимость сохранения имеющегося уровня адаптации и возможность использования долгосрочных психотерапевтических методов лечения;
- возможность подбора медикаментозной терапии в амбулаторных условиях;
- возможность преодоления ограничительного поведения.

Показаниями для стационарного лечения являются [6]:

- выраженная астенизация;
- выраженная соматизация нарушений (психосоматические симптомы);
- невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно из-за резистентности состояния, плохой переносимости терапии;
- необходимость снизить риск кризисных ситуаций, возможных в ходе лечения;
- обусловленная симптомами невозможность амбулаторного лечения при агорафобии, прочих фобиях, ограничительном поведении;
- существенное снижение трудоспособности из-за выраженной тревоги, частых панических атак;
- необходимость изоляции от актуальных жизненных психотравмирующих обстоятельств.

В исследовании «КООРДИНАТА», носившем проспективный характер, продемонстрировано, что депрессивные и тревожные расстройства чаще всего не распознаются врачами общей практики и оказывают неблагоприятное влияние на течение сердечно-сосудистых заболеваний, в частности артериальной гипертензии (АГ) [8]. Проведенное в России исследование «КОМПАС» с участием более 10 тыс. пациентов амбулаторной и стационарной общесоматической сети показало, что расстройства тревожно-депрессивного спектра наблюдаются в 45,9% случаев, завершённые депрессивные расстройства – в 23,8% [9].

В основе формирования тревоги лежит нарушение баланса некоторых медиаторов: серотонина, норадреналина и гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Противотревожные препараты в основном реализуют свое действие именно через эти медиаторные системы. При лечении тревожных расстройств широко применяют различные психотропные препараты. Для купирования остро возникшей тревоги наиболее часто используют анксиолитики – производные бензодиазепа [10]. Среди ГАМК-ергических анксиолитиков центральное место занимают бензодиазепиновые транквилизаторы. Основным преимуществом бензодиазепиновых анксиолитиков является быстрое и реальное достижение терапевтического эффекта. Однако их использование затруднено из-за ряда побочных явлений, возможного развития лекарственной зависимости и синдрома «отмены», снижающих повседневную активность пациента. Ряд пациентов избегают приема бензодиазепинов, опасаясь развития симптомов привыкания, «поведенческой токсичности» [11]. Действительно, не все пациенты хорошо переносят используемые транквилизаторы бензодиазепинового ряда в связи с быстрым развитием побочных эффектов (вялости, мышечной слабости, нарушения внимания). Не стоит упускать из виду тот факт, что по мере усложнения клинической картины и хронизации тревоги приоритет все в большей степени отдается антидепрессантам или комбинированной терапии. Определенный вклад в терапию тревожных состояний вносит соблюдение режима труда и отдыха (полноценный сон, чередование физических и умственных нагрузок), психологически спокойная обстановка в семье и на работе и пр.

Терапевтическую стратегию необходимо выстраивать в зависимости от типа доминирующего расстройства и степени его выраженности. Выбор препарата зависит от уровня тревоги и длительности заболевания. Спектр противотревожных препаратов чрезвычайно широк: транквилизаторы (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые), седативные растительные сборы и, наконец, антидепрессанты, малые нейрореплептики. Транквилизаторы в основном используются для купирования острых симптомов тревоги. Классические бензодиазепиновые транквилизаторы показаны для купирования острых реакций на чрезвычайные стрессоры. В то время как для коррекции реакций на обыденные стрессовые события, сопровождающиеся снижением адаптивных возможностей, наиболее часто применяют препараты с анксиолитическим действием небензодиазепинового строения [12]. К таковым может быть отнесен препарат Валокордин, действие которого направлено на различные проявления стресса, тревожные состояния, вегетативную дисфункцию, легкие нарушения сна, повышенную возбудимость и раздражительность. Кардиологи и неврологи давно применяют Валокордин в практике симптоматического лечения вегетативной дисфункции при стрессогенных ситуациях. В состав препарата Валокордин (капли для приема внутрь) входят активные вещества: фенобарбитал (18,4 мг) и этилбромизовалерианат (18,4 мг), вспомогательные вещества: мятное масло (1,29 мг), хмелевое масло (0,18 мг) [13–16]. Фенобарбитал обладает седативным и мягким снотворным эффектом, способствует снижению возбуждения ЦНС и облегчает наступление естественного сна; этилбромизовалерианат оказывает седативное, снотворное и спазмолитическое действие.

Основное фармакологическое действие Валокордина реализуется за счет входящего в него фенобарбитала [16], проявляющего снотворный и седативный эффект. Фенобарбитал – производное барбитуровой кислоты, является барбитуратом длительного действия, а также индуктором цитохрома P450 (используется для снижения токсичности некоторых фармакологических препаратов). Действует в качестве антиконвульсанта, подавляя моно- и полисинаптическую передачу в ЦНС; он также повышает порог для электростимуляции двигательной коры [17]. При взаимодействии с барбитуратным участком ГАМК-бензодиазепин-барбитуратного рецепторного комплекса повышается чувствительность ГАМК-рецепторов к медиатору (ГАМК), в результате увеличивается длительность периода раскрытия нейрональных каналов для входящих токов ионов хлора и увеличивается поступление ионов хлора в клетку. Увеличение содержания ионов хлора внутри нейрона влечет за собой гиперполяризацию клеточной мембраны и понижает ее возбудимость. В результате усиливается тормозное влияние ГАМК и угнетение межнейронной передачи в различных отделах ЦНС.

Основными показаниями к назначению Валокордина являются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы; постстрессовые реакции, сопровождающиеся раздражительностью, беспокойством, страхом и возбуждением; инсомнии (трудности засыпания); тревож-

ные состояния, сопровождающиеся выраженными вегетативными реакциями. Валокордин назначают внутрь по 15–20 капель 3 р/сут до еды, при инсомнии разовая доза – до 30 капель. Длительность применения препарата устанавливается индивидуально врачом [13, 14]. Так, отмечено, что назначение препаратов, содержащих фенобарбитал, ускоряет регресс вегетативных и аффективных симптомов при посткоммоционном синдроме, при этом не оказывается негативного влияния на восстановление когнитивных функций [18]. Доказано успешное применение препаратов, содержащих фенобарбитал, в детской неврологии и эпилептологии; в новейших зарубежных публикациях представлены различные аспекты применения препаратов фенобарбитала в нейропедиатрии [17].

Проведено исследование по оценке эффективности Валокордина у лиц, находящихся в условиях профессионального стресса (учителей начальных классов, медицинских сестер), с диагнозом «головная боль напряжения, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» [19]. В исследование вошли 157 человек в возрасте 22–29 лет ($26,5 \pm 3,5$ года). Валокордин назначался в течение 3 недель по 15 капель 3 р/сут в составе комплексной терапии дисфункции автономной (вегетативной) нервной системы. У 20,1% обследуемых отмечены тревожные расстройства с вегетативной дисфункцией конституционного происхождения, у 41,1% – психофизиологического происхождения, у 19,1% – на фоне органических заболеваний ЦНС, у 19,7% – на фоне внутренних болезней. В 79% слу-

чаев выявлены различные варианты тревожного расстройства с вегетативной дисфункцией кардиального, гипотонического и гипертонического типа. В 23,7% случаев наблюдались пароксизмальные состояния, сопровождающиеся липотимией, гипергидрозом, гипотермией. Основные жалобы, предъявляемые пациентами, носили функциональный характер (головная боль, колющие боли в области сердца, лабильность артериального давления, тахикардия, чувство нехватки воздуха, инсомния, раздражительность, повышенная потливость), так как выявленные нарушения не были вызваны органическим поражением ЦНС или внутренних органов. На фоне приема Валокордина (15 капель 3 р/сут) отмечено улучшение общего соматического состояния. Изменений в когнитивной сфере (снижения памяти, нарушения внимания) на фоне терапии выявлено не было. Катамнестическое обследование показало, что положительный эффект от проведенной терапии сохраняется через 6 месяцев у 88,3%, через 9 месяцев – у 61,1%, через 12 месяцев – у 49,9% пациентов. По результатам исследования был сделан вывод, что использование Валокордина (15 капель 3 р/сут) в составе комплексной терапии может быть эффективным при вегетативных расстройствах, ассоциированных с острым и хроническим стрессом. При использовании Валокордина коротким курсом уменьшаются клинические проявления вегетативной дисфункции без негативного влияния на когнитивные функции. Отмечено, что препарат обладает хорошей переносимостью и не вызывает привыкания.

Валокордин®

СЕДАТИВНОЕ СРЕДСТВО. КАПЛИ ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ

РЕАЛЬНОЕ СРЕДСТВО
ОТ НЕРЕАЛЬНОГО СТРЕССА

Krewel
Meuselbach



Рег. уд. № П N012893/01

- 💧 Снимает повышенную возбудимость
- 💧 Успокаивает нервы
- 💧 Помогает справиться со стрессом и депрессией
- 💧 Облегчает засыпание
- 💧 Снимает спазмы

Реклама

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Не существует четких рекомендаций по длительности терапии тревожных синдромов. Тем не менее большинством исследований доказана польза длительных курсов терапии. Считается, что после редукции всех симптомов должно пройти не менее четырех недель лекарственной ремиссии, после чего делается попытка отмены препарата. Слишком ранняя отмена лекарства может привести к обострению заболевания. Остаточные симптомы (чаще всего симптомы вегетативной дисфункции) свидетельствуют о неполной ремиссии и должны рассматриваться как повод к продлению терапии и переходу на альтернативную схему лечения. В среднем курсовая терапия составляет не менее двух месяцев.

Входящий в состав Валокордина фенобарбитал способствует устранению нервного напряжения, обеспечивает легкий снотворный эффект, способствует быстрому засыпанию; этилбромизовалерианат регулирует функциональные состояния, сопровождающиеся приступами паники, тревоги и страха, устраняет эмоциональную лабильность. Масло мяты перечной усиливает терапевтический эффект вышеописанных компонентов, оказывая легкое спазмолитическое и обезболивающее действие.

Таким образом, прием Валокордина в составе комплексной терапии в дозе 15 капель 3 раза в день курсом 21 день вызывает клинический регресс вегетативных и аффективных симптомов при тревожных состояниях, нивелирует вегетативные проявления постстрессовых реакций.



Поступила/Received 25.02.2019

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шавловская О.А. Эффективность препаратов растительного происхождения в терапии тревожных расстройств. *РМЖ*. 2012;20(8):436-440. Доступно по: <https://www.rmj.ru/archive/577/>. Ссылка активна 25.02.2019. [Shavlovskaya O.A. Efficacy of herbal preparations in the treatment of anxiety disorders. *RMJ*. 2012; 20(8):436-440. Available at: <https://www.rmj.ru/archive/577/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
2. Воробьева О.В. Стресс и расстройства адаптации. *РМЖ*. 2009;17(11):789-793. Доступно по: <https://www.rmj.ru/>. Ссылка активна 25.02.2019. [Vorobeva O.V. Stress and adaptation disorders. *RMJ*. 2009;17(11): 789-793. Available at: <https://www.rmj.ru/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
3. Шавловская О.А. Терапия тревожных состояний препаратами растительного происхождения. *Эффективная фармакотерапия*. 2016;3(25):62-66. Доступно по: umedpr.ru. Ссылка активна 25.02.2019. [Shavlovskaya O.A. Therapy of anxiety with drugs of plant origin. *Effective pharmacotherapy*. 2016;3(25):62-66. Available at: umedpr.ru On 25.02.2019.] (In Russ.)
4. Воробьева О.В. Стресс-индуцированные психо-вегетативные реакции. *РМЖ*. 2005;13(12): 798-802. Доступно по: <https://www.rmj.ru/>. Ссылка активна 25.02.2019. [Vorobeva O.V. Stress-induced psychovegetative reactions. *RMJ*. 2005;13(12):798-802. Available at: <https://www.rmj.ru/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
5. Батышева Т.Т., Зайцев К.А., Саржина М.Н., Квасова О.В., Чераненко Н.В. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: клиническое проявление, диагностика и лечение. *Методические рекомендации №25 в 2 ч. М., 2015*; 60 с. Доступно по: association-dcp.ru. Ссылка активна 25.02.2019. [Batyshva T.T., Zaitsev K.A., Sarzhina M.N., Kvasova O.V., Cheranenko N.V. Vegetative dysfunction syndrome in children and adolescents: clinical manifestation, diagnosis and treatment. *Methodical recommendation №25 in 2 parts*. Moscow, 2015; 60 p. Available at: association-dcp.ru On 25.02.2019.] (In Russ.)
6. Диагностика и лечение тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Клинические рекомендации. Российское общество психиатров. М., 2015; 50 с. Доступно по: psychiatr.ru. Ссылка активна 25.02.2019. [Diagnosis and treatment of anxiety disorders of neurotic level (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders). *Clinical guidelines. Russian society of psychiatrists*. Moscow, 2015; 50 p. Available at: psychiatr.ru On 25.02.2019.] (In Russ.)
7. Воробьева О.В., Русая В.В. Тревожные расстройства в неврологической практике. *Лечащий врач*. 2017;5:12-16. Доступно по: <https://www.lvrach.ru/2017/05/15436718/>. Ссылка активна на 25.02.2019. [Vorobeva O.V., Rusaya V.V. Anxiety disorders in neurological practice. *Lechashchii vrach*. 2017;5:12-16. Available at: <https://www.lvrach.ru/2017/05/15436718/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
8. Дикевич Е.А., Иванова Д.М. Применение препаратов растительного происхождения при лечении соматоформных расстройств. *РМЖ*. 2008;16(26):1801-1805. Доступно по: <https://www.rmj.ru/>. Ссылка активна 25.02.2019. [Dikevich E.A., Ivanova D.M. The use of drugs of plant origin in the treatment of somatoform disorders. *RMJ*. 2008; 16(26):1801-1805. Available at: <https://www.rmj.ru/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
9. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Ромасенко Л.В., Деев А.Д. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессий в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2007; 47(3):28-37. Доступно по: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21415415>. Ссылка активна 25.02.2019. [Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V., Shal'nova S.A., Romasenko L.V., Deev A.D. Clinical and epidemiological program for the study of depression in cardiac practice: in patients with arterial hypertension and coronary heart disease (COORDINATE): the first results of a multicenter study. *Cardiology*. 2007;47(3):28-37. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21415415> On 25.02.2019.] (In Russ.)
10. Медведев В.Э. Купирующий анксиолитический эффект препаратов растительного происхождения в общей медицинской сети. *Consilium medicum. Неврология и ревматология. (Прил.)* 2011;1:24-28. Доступно по: <https://con-med.ru/>. Ссылка активна 25.02.2019. [Medvedev V.E. Acute anxiolytic effect of herbal medicines in the general medical network. *Consilium medicum. Neurology and rheumatology. (Suppl.)*. 2011;1:24-28. Available at: <https://con-med.ru/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
11. Ромасенко Л.В., Пархоменко И.М., Кадушина Е.Б. Терапия расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с артериальной гипертензией. *Фарматека*. 2012;19:32-35. Доступно по: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18287517>. Ссылка активна 25.02.2019. [Romasenko L.V., Parkhomenko I.M., Kadushina E.B. Therapy of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with hypertension. *Pharmateca*. 2012;19:32-35. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18287517> On 25.02.2019.] (In Russ.)
12. Шавловская О.А. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных состояний. *Медицинский алфавит*. 2017; 15(312):28-32. Доступно по: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30674747>. Ссылка активна 25.02.2019. [Shavlovskaya O.A. Herbal preparations in the treatment of anxiety. *Medical alphabet*. 2017; 15(312):28-32. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30674747>. On 25.02.2019.] (In Russ.)
13. Валокордин. Инструкция по применению. Доступно по: https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_717.htm. Ссылка активна на 25.02.2019. [Valocordin. Instructions for medical use of the drug. Available at: https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_717.htm. On 25.02.2019.] (In Russ.)
14. Валокордин. Инструкция по применению. Доступно по: https://medi.ru/instrukciya/valokordin_12277/. Ссылка активна на 25.02.2019. [Valocordin. Instructions for medical use of the drug. Available at: https://medi.ru/instrukciya/valokordin_12277/ On 25.02.2019.] (In Russ.)
15. Мята перечной листьев масло. Инструкция по применению. https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_4820.htm. Ссылка активна на 25.02.2019. [Oleum foliorum Menthae piperitae. Instructions for medical use of the drug Available at: https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_4820.htm. On 25.02.2019.] (In Russ.)
16. Фенобарбитал. Инструкция по применению. Доступно по: https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_1320.htm. Ссылка активна на 25.02.2019. [Phenobarbital. Instructions for medical use of the drug. Available at: https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_1320.htm. On 25.02.2019.] (In Russ.)
17. Студеникин В.М. Применение препаратов фенобарбитала в детской неврологии и эпилептологии. *Вопросы практической педиатрии*. 2014;9(6):75-79. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2014-6-75-79>. [Studenikin V.M. The use of phenobarbital preparations in paediatric neurology and epileptology. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2014;9(6):75-79. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2014-6-75-79>.] (In Russ.)
18. Левин О.С., Слизкова Ю.Б. Терапия посткоммоционного синдрома. *Лечащий врач*. 2012;6:87-91. Доступно по: <https://www.lvrach.ru/2012/06/15435460/>. Ссылка активна на 25.02.2019. [Levin O.S., Slizkova Yu.B. Therapy of the post-commotion syndrome. *Treating physician*. 2012;6:87-91. Available at: <https://www.lvrach.ru/2012/06/15435460/> On 25.02.2019.] (In Russ.)
19. Куташов В.А. Современный подход к терапии вегетативных расстройств у пациентов в стрессогенных условиях. *Медицинский совет*. 2018;18:92-95. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-92-95>. [Kutashov V.A. Modern approach to the therapy for autonomic disorders in patients under stressful conditions. *Medical advice*. 2018;18:92-95. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-92-95>.] (In Russ.)