

Простые и эффективные решения в коррекции тревоги и стресса

В.Н. Шишкова, <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>, veronika-1306@mail.ru

Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины; 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

Резюме

Состояния острого и хронического стресса оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье человека в любом возрасте и относятся к психосоциальным факторам риска хронических неинфекционных заболеваний, увеличивая риск возникновения и развития не только сердечно-сосудистых, но и других распространенных заболеваний – сахарного диабета, ожирения, бронхо-обструктивных заболеваний, язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и т. д. Негативное воздействие стресса на здоровье человека реализуется как через эндогенные патофизиологические изменения, так и через поведенческие нарушения – гиподинамию, неправильное питание, курение, прием алкоголя и т. д. Также показано, что у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями психосоциальные факторы риска в значительной мере отягощают клиническое течение имеющихся заболеваний, существенно снижают приверженность к лечению, ухудшают качество жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы в системе здравоохранения. Таким образом, острый и хронический стресс оказывает негативное влияние на физическое, психическое и эмоциональное здоровье, поэтому правильный выбор как профилактических мероприятий, так и своевременной коррекции является весьма актуальным. Сочетание немедикаментозного воздействия, включающего обучение навыкам стрессоустойчивости, правильного реагирования и экстренной самопомощи в ситуации стресса, с назначением эффективной фармакологической терапии может рассматриваться как оптимальная стратегия. Препарат Валокордин® в форме капель или таблеток представляет сочетание низких доз фенобарбитала с этилбромизовалерианатом и растительными компонентами, что дает возможность усилить положительные эффекты комбинации за счет функционального синергизма, создавая уникальную композицию быстрого реагирования для купирования проявлений стресса и тревоги.

Ключевые слова: острый стресс, хронический стресс, психоэмоциональное напряжение, рабочий стресс, фенобарбитал, этилбромизовалерианат

Для цитирования: Шишкова В.Н. Простые и эффективные решения в коррекции тревоги и стресса. *Медицинский совет.* 2023;17(3):161–167. <https://doi.org/10.21518/ms2023-023>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Simple and effective solutions in the correction of anxiety and stress

Veronika N. Shishkova, <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>, veronika-1306@mail.ru

National Medical Research Center for Preventive Medicine; 10, Bldg. 3, Petroverigskiy Lane, Moscow, 101990, Russia

Abstract

Acute and chronic stress conditions have an adverse effect on human health at any age and are related to the psychosocial risk factors for chronic non-communicable diseases, increasing the risk of occurrence and development of not only cardiovascular, but also other common diseases such as diabetes mellitus, obesity, broncho-obstructive diseases, ulcerative lesions of gastrointestinal tract, etc. The negative effect of stress on the human health is effectuated both through endogenous pathophysiological changes and through behavioural disorders such as physical inactivity, malnutrition, smoking, alcohol intake, etc. It has also been shown that psychosocial risk factors significantly aggravate the clinical course of existing diseases, significantly reduce adherence to treatment, worsen quality of life, increase the risk of disability and expenditures paid in the healthcare system in patients with chronic non-communicable diseases. Thus, acute and chronic stress have a negative effect on the physical, mental and emotional health, that's why the right choice of both preventive measures and timely management is very important. The combination of non-pharmaceutical effect, including training in stress resistance skills, proper response and emergency self-help in a stressful situation, with the prescription of effective pharmacological therapy can be considered as the optimal strategy. Valocordin® available in the form of drops or tablets represents a combination of low doses of phenobarbital with ethyl bromisovalerianate and plant components, which enhances the positive effects of the combination due to functional

Keywords: acute stress, chronic stress, psycho-emotional stress, work stress, phenobarbital, ethyl bromisovalerianate

For citation: Shishkova V.N. Simple and effective solutions in the correction of anxiety and stress. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(3):161–167. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-023>.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

В течение всей жизни современный человек постоянно сталкивается с ситуациями, когда какие-либо из его насущных потребностей не удовлетворяются. В зависимости от обстоятельств это могут быть базовые физические потребности – в еде, сне, безопасности, а могут быть социальные – в общении, в познании нового, самореализации и др. При столкновении с любыми препятствиями в реализации своих потребностей человек вынужден определенным образом приспосабливаться, т. е. адаптироваться к ним и сопровождающим их обстоятельствам. Эта адаптация может быть успешной, но может также приводить к негативным последствиям, которые принято называть стрессом [1].

Само понятие «стресс» было введено в медицинский лексический оборот еще в прошлом веке канадским ученым Гансом Селье и подразумевало описание целого спектра протекающих в организме физиологических процессов. Стресс он определил как «неспецифическую реакцию организма на различные требования среды» [1]. Причем стрессовыми, по мнению Г. Селье, могли быть как негативные, так и позитивные причины; реакции на первые он назвал дистрессом, а на вторые – эустрессом. Также Селье выделил фазы стресса, через которые проходит любой организм:

- 1) тревога,
- 2) сопротивление,
- 3) истощение.

На первой стадии острого стресса у человека наблюдаются физиологические реакции тревоги в виде учащенного сердцебиения, повышения артериального давления, гипервентиляции, повышенного потоотделения, психомоторного возбуждения и т. д. Если ресурсы организма уже истощены, а агрессивная причина продолжает действовать, то в организме могут возникнуть функциональные нарушения со стороны различных систем органов: сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и т. д. Эти функциональные нарушения в медицине XX в. называли неврозами, а в настоящее время связывают с развитием соматовегетативных нарушений. Последствиями пережитого сильного острого стресса могут быть

и более стойкие, затрагивающие функционирование человека нарушения в виде расстройств адаптации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

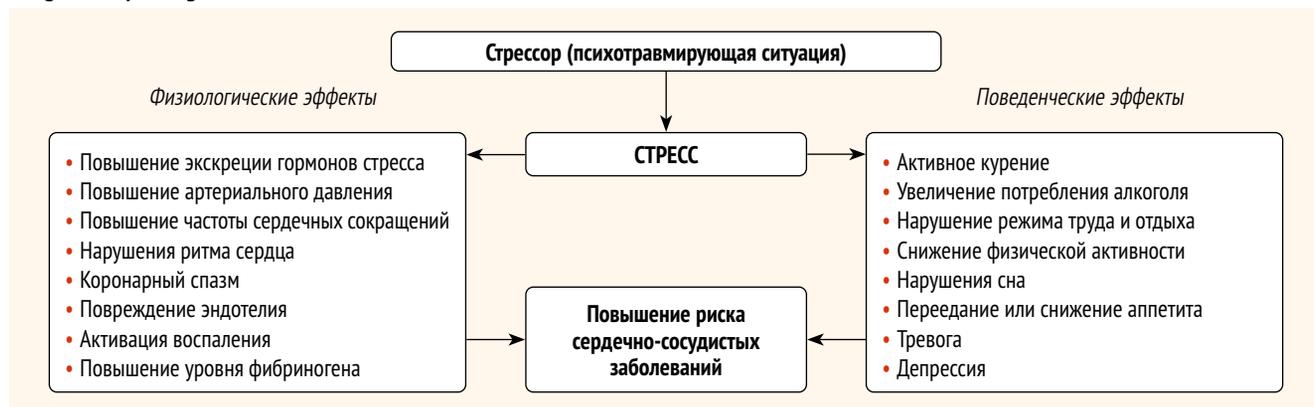
В настоящее время в связи с установленным влиянием на здоровье человека последствий как острого, так и хронического стресса ученые включили острый и хронический стресс (или острое и хроническое психоэмоциональное напряжение) в число факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [2]. Таким образом, в современной концепции ФР ХНИЗ острый и хронический стресс относятся к разделу психосоциальных ФР, увеличивающих риск возникновения и развития не только сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), но и других значимых ХНИЗ. Неблагоприятное воздействие стресса на здоровье человека реализуется как через эндогенные патофизиологические изменения, так и через поведенческие нарушения (гиподинамия, неправильное питание, курение, прием алкоголя и т. д.) (см. рисунок).

В настоящее время психосоциальные факторы считаются одними из наиболее важных модифицируемых ФР развития и осложненного течения ССЗ. Установлено, что психосоциальные ФР в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность пациентов к лечению, ухудшают качество жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы в системе здравоохранения [3].

Таким образом, стресс – неспецифическая реакция организма на физическое или психологическое воздействие, которое нарушает его гомеостаз и оказывает негативное влияние на здоровье, трудоспособность и качество жизни человека. Стресс является значимым фактором, способствующим развитию и прогрессированию целого ряда хронических заболеваний, среди которых наиболее распространенными являются артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет, атеросклероз, ожирение, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и другие ХНИЗ [4, 5].

Возникновение стрессовой ситуации часто непредсказуемо, но одна из самых сложных и насущных проблем – это стрессы, связанные с работой. К ним можно отнести ненормированную продолжительность рабочей смены, неудовлетворенность результатами работы, напряженные

- **Рисунок.** Физиологические и поведенческие эффекты стресса
- **Figure.** Physiological and behavioural effects of stress



или враждебные отношения в коллективе или с руководством, а также любую профессиональную деятельность, связанную с психоэмоциональными нагрузками, или работу в условиях острого дефицита времени и т. д. [2]. Так называемый рабочий стресс способен существенно влиять на физическое и психическое здоровье сотрудников и оказывать негативное влияние на эффективность работы организаций, проявляясь в виде частых прогулов сотрудников, низкой производительности труда и высокой текучки кадров, влияя порой даже на экономическую ситуацию в регионе или стране. Согласно данным исследований, каждый четвертый работающий указывает на то, что стрессы, связанные с работой, отрицательно сказываются на его психическом благополучии. Негативное влияние рабочего стресса на здоровье человека с ССЗ не зависит от обычных ФР, а также от получаемой терапии и поэтому требует дополнительной коррекции.

Хронический рабочий стресс увеличивает риск преждевременного развития ишемической болезни сердца (ИБС) почти в 1,5 раза, особенно для лиц, не достигших 50 лет [3]. Связанный с работой стресс является ФР развития ССЗ у мужчин молодого возраста и увеличивает риск ССЗ почти на 50%. Частота инсульта и ИБС у женщин с высоким уровнем стресса в два раза выше по сравнению с теми, кто имеет низкий уровень стресса. У женщин также выявлена взаимосвязь между хроническим стрессом и повторными ишемическими событиями. Результаты исследований показывают, что у людей с большими производственными нагрузками чаще присутствуют традиционные ФР ССЗ, в том числе курение, низкая физическая активность, ожирение и сахарный диабет, что также ассоциируется с наличием психосоциального стресса [2].

Самым тяжелым по степени воздействия на здоровье человека является ПТСР, которое развивается вследствие мощного психотравмирующего воздействия и сопровождается экстремальным стрессом. Основными клиническими проявлениями ПТСР являются повторные переживания элементов травмирующего события в форме ярких флешбэков, повторяющихся кошмарных сновидений, что часто сопровождается тревогой и паникой, возможно, также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности. Симптомы обычно возникают в течение 6 мес. от стрессового воздействия [1]. В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать сильный стресс практически у любого человека: природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека. ПТСР характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности. Острые стрессы, связанные с серьезными физическими и психическими травмами, угрозой смерти, смертью близких, стихийными бедствиями, военными и другими негативными событиями, а также последующие переживания травмирующих

событий могут быть одним из ФР возникновения ССЗ, сахарного диабета, артрита, провоцировать сердечно-сосудистые события и увеличивать смертность, особенно у лиц, ранее имевших ИБС [2]. Выявленная связь ПТСР с прогнозом острого коронарного синдрома свидетельствует о более высокой смертности и риске основных неблагоприятных сердечных событий, также развившиеся клинические симптомы ПТСР увеличивают риск ССЗ у женщин почти на 60% [6].

Лица, испытывающие хронический стресс, чаще характеризуются наличием вредных для здоровья поведенческих факторов, таких как неполноценное или избыточное питание, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, курение и т. д., что непосредственно связано с состоянием их здоровья и качества жизни в целом [4–6]. Однако наиболее частым как проявлением, так и следствием стрессов является состояние тревоги.

Тревога – это отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределенности и ожидания негативных событий, а также трудноопределимые неприятные предчувствия. В реальной клинической практике врач обычно сталкивается с тем, что пациент не осознает у себя тревогу и не сообщает о своих эмоциях, но может предъявлять жалобы на соматические симптомы, возникновение которых обусловлено тревогой – это учащение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления, дискомфорт в эпигастральной области, нарушение стула, головокружение, повышенное потоотделение, сухость во рту и т. д. В таких случаях специалист обычно назначает терапию в соответствии с характером соматических симптомов, что, безусловно, не является эффективной здоровьесберегающей стратегией в долгосрочном аспекте.

Таким образом, стресс оказывает негативное влияние на физическое, психическое и эмоциональное здоровье, поэтому актуальность как профилактических мероприятий, так и своевременной коррекции не подвергается сомнению.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕССА

В качестве основополагающего профилактического мероприятия можно назвать получение образования в области управления стрессом и обучение навыкам стрессоустойчивости, что позволяет наиболее подходящим образом справляться с различными стрессовыми ситуациями, содействовать поддержанию здорового образа жизни, повышать приверженность к терапии, а также способствовать выполнению рекомендаций по коррекции поведенческих факторов, улучшая качество жизни, укрепляя здоровье пациентов с ХНИЗ [3]. Ощущение благополучия имеет преимущества для психологической устойчивости и здоровья сердечно-сосудистой системы, а также способствует накоплению психологических ресурсов для лучшего управления стрессом [7, 8]. Психосоциальное вмешательство включает повышение уровня психологического образования, поведенческую

и социальную коррекцию, направленную на управление такими ФР, как острый и хронический стресс, а также тревога и тревожно-депрессивные состояния [9].

В исследованиях было продемонстрировано, что обучение управлению стрессом, контролируемая физическая активность, релаксационная терапия, медитативные практики, методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), психотерапевтическое вмешательство, как групповое, так и индивидуальное, а также психологическое консультирование способствуют повышению социальной поддержки в отношении улучшения прогноза пациентов с клинически доказанной ИБС [10–12].

КПТ – методика, которая очень эффективна при лечении тревожных расстройств [1]. Когнитивный подход содействует изменениям в моделях мышления. Поведенческий подход, в свою очередь, включает обучение пациентов глубокому расслаблению и помогает снизить чувствительность к пусковым факторам, вызывающим тревогу. Чтобы психотерапия была эффективной, она должна быть направлена на присущие пациенту тревоги и конкретизирована под его или ее потребности. Побочные эффекты минимальны, если не считать того, что возвращение к нормальному психическому состоянию, как правило, связано с незначительным непостоянным усилением тревожности [13]. В КПТ могут использоваться прикладные техники релаксации, дыхательные практики, когнитивное восстановление и обучение.

Навыки релаксации помогают восстанавливать силы, стабилизировать эмоциональное состояние, снизить уровень тревоги. Существует множество способов и техник релаксации на основе музыки, дыхания, визуализации, различных видов медитаций. Прогрессивная мышечная релаксация через последовательное расслабление в мышцах позволяет уменьшить возбуждение нервной системы и снизить тревожное состояние [14–18].

Один из видов психотерапии, доступный для применения в клинической практике врача-терапевта, – это элементы рациональной психотерапии. Рациональная психотерапия представляет собой коррекцию искаженных представлений о заболевании, сформированных под влиянием личностных особенностей пациента и гипертрофированных переживаний, а также недостаточной информированности, установки на болезнь и неблагоприятных обстоятельств жизни [14]. При проведении рациональной психотерапии важны компетенции врача не только в знаниях различных областей медицины, но и в аргументированном убеждении пациента, а также применении законов логики для коррекции мышления пациента. Следует отметить, что для достижения значимого эффекта психотерапия должна осуществляться ежедневно на протяжении как минимум 8 нед.

С целью более эффективного и стойкого снижения тревоги пациентам можно рекомендовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией. В современной амбулаторной клинической практике нашли широкое применение препараты с противотревожным (анксиолитическим) и успокоительным (седативным) эффектом, к которым относят в первую очередь

транквилизаторы, антидепрессанты с анксиолитическим эффектом и комбинированные препараты, включающие в том числе растительные компоненты [19].

Основным преимуществом транквилизаторов является быстрое снижение интенсивности клинического проявления тревожной симптоматики у пациента. Однако перед назначением препаратов этой группы необходимо тщательно собрать наркологический анамнез, поскольку нецелесообразно назначать транквилизаторы пациентам с зависимостью или риском ее формирования. Также не рекомендуется назначать препараты из данной группы пожилым пациентам в связи с увеличенным риском развития нарушений координации и падений, часто связанных с травматизацией. Препараты из группы бензодиазепиновых анксиолитиков могут вызвать не только зависимость, но и синдром отмены, особенно при резком прекращении терапии. Синдром отмены проявляется ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема. Применение транквилизаторов ограничивается также значимыми нежелательными эффектами – выраженной седацией, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и памяти, нарушением психомоторных функций. Необходимо также отметить, что длительный прием транквилизаторов может значимо влиять на состояние когнитивных функций пациента, что важно учитывать при оценке приверженности к терапии ХНИЗ [1–3].

Среди препаратов из класса антидепрессантов, которые могут быть назначены с целью снижения интенсивности тревоги и стабилизации настроения, можно назвать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) либо СИОЗС и норадреналина. Анксиолитический эффект данных препаратов развивается индивидуально в течение 2–8 нед., а рекомендованная длительность терапии должна составлять не менее 6–12 мес. Данный вариант лечения следует выбирать индивидуально с учетом психо- и соматотропного действия антидепрессанта и возможных побочных эффектов [1]. Принимая во внимание развитие множественных межлекарственных взаимодействий, большинство представителей группы СИОЗС не следует назначать пациентам, принимающим нестероидные противовоспалительные препараты, антикоагулянты и антиагреганты, так как это сочетание приводит к увеличению риска кровотечений. Также в результате ингибирования ферментов цитохрома P450 такие известные представители СИОЗС, как флуоксетин, флувоксамин, пароксетин и сертралин, могут увеличивать риск дигиталисной интоксикации у пациентов, получающих дигоксин. Следует учесть, что, кроме риска развития кровотечения, связанного с межлекарственным взаимодействием, препараты из группы СИОЗС обладают собственным геморрагическим потенциалом, обусловленным эффектами тромбоцитарного серотонина. Поэтому рекомендуется соблюдать осторожность при назначении данных антидепрессантов пациентам с язвенной болезнью, эрозивными поражениями слизистой желудочно-кишечного тракта, с циррозом и варикозно расширенными венами пищевода. Таким образом,

для безопасной терапии депрессии у пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта предпочтительно выбирать антидепрессанты без влияния на обмен серотонина. Следует помнить, что применение антидепрессантов у пациентов с ССЗ связано с повышенным риском смерти и осложнений, в том числе вызванных межлекарственными взаимодействиями [20].

Возможность быстрого купирования тревожной симптоматики, индуцированной стрессом, дает преимущество для дальнейшего успешного ведения и профилактики отдаленных последствий стресса, что особенно важно для пациента с ХНИЗ [2, 3]. С целью повышения эффективности терапии можно применять хорошо зарекомендовавшие себя комбинированные препараты, сочетающие успокаивающее и противотревожное действие, в том числе включающие растительные компоненты. Наиболее подходят в данной ситуации проверенные временем и хорошо изученные препараты, к которым, безусловно, можно отнести Валокордин® (Krewel Meuselbach GmbH, Германия). В настоящее время препарат Валокордин® доступен в форме таблеток (состав: фенобарбитал (7,54 мг), этилбромизовалерианат (7,54 мг) и вспомогательные вещества – масло листьев мяты перечной (0,53 мг), масло соплодий хмеля обыкновенного (0,074 мг) и в форме капель для приема внутрь (состав: фенобарбитал (18,4 мг), этилбромизовалерианат (18,4 мг) и вспомогательные вещества – мятное масло (1,29 мг), хмелевое масло (0,18 мг)) [21]. Состав комбинированного препарата Валокордин® включает комплементарные по оказываемому седативному и спазмолитическому действию фенобарбитал и этилбромизовалерианат, а также масла растительного происхождения. Так, фенобарбитал оказывает успокоительное и мягкое снотворное действие, тем самым способствуя снижению возбуждения в центральной нервной системе и облегчая наступление естественного сна, а также усиливая седативное влияние других компонентов. Этилбромизовалерианат оказывает подобное эффекту валерианы седативное и спазмолитическое действие, обусловленное раздражением рецепторов полости рта и носоглотки, снижением рефлекторной возбудимости и усилением торможения в отделах центральной нервной системы, а также снижением активности сосудодвигательных центров и прямым действием на гладкомышечные клетки. Масло мяты перечной также оказывает рефлекторное спазмолитическое и вазодилатирующее действие, а масло хмеля обыкновенного обладает седативным, антимикробным, мочегонным и противовоспалительным действием [22]. Таким образом, гармоничное сочетание низких доз фенобарбитала с этилбромизовалерианатом и растительными компонентами дает возможность усилить положительные эффекты комбинации за счет функционального синергизма, создавая уникальную композицию быстрого реагирования для купирования проявлений стресса и тревоги.

Важным аспектом является доказанная клиническая эффективность препарата Валокордин® у пациентов, находящихся под негативным действием стресса, особенно рабочего. Учитывая связь хронического психоэмоционального напряжения, вызванного неблагоприятными

профессиональными и рабочими факторами с развитием ССЗ, а также продолжительностью воздействия этих факторов, поиск решений данной проблемы может внести вклад в уменьшение распространенности сосудистой заболеваемости. Так, в исследовании у молодых пациентов (средний возраст составил $26,5 \pm 3,5$ года), испытывающих воздействие рабочего стресса, в результате добавления к терапии трехнедельного курса препарата Валокордин® в каплях (в дозе 15 капель 3 раза в день) было отмечено снижение интенсивности головной боли напряжения и основных проявлений вегетативной дисфункции, а также была достигнута нормализация психоэмоционального состояния. За все время терапии не было отмечено никаких побочных эффектов, в том числе сонливости или чрезмерного седативного действия препарата, а также затруднений в когнитивной сфере. В целом была отмечена хорошая переносимость препарата Валокордин®. Следует подчеркнуть, что в дополнение к полученным положительным клиническим эффектам трехнедельного приема капель Валокордин® было также показано сохранение достигнутых результатов у большинства пациентов в течение всего следующего года [23].

Принимая во внимание значимое влияние рабочего стресса на здоровье в том числе молодых лиц, в последнее время возросло число исследований, показавших связь развития маскированной АГ и психоэмоционального стресса на рабочем месте [24]. Маскированная АГ, характеризующаяся нормальными значениями офисного артериального давления и повышенными по данным самостоятельного измерения, в настоящее время все больше привлекает внимание исследователей и клиницистов. Несмотря на нормальные значения офисного измерения артериального давления, основным прогностическим фактором маскированной АГ является повышенный сердечно-сосудистый риск, сопоставимый с гипертонической болезнью. Маскированная АГ связана не только с высоким риском ССЗ, но также со смертностью от ССЗ, а также общей смертностью [25]. В крупном исследовании, включившем 2357 офисных работников, маскированная АГ более чем в 2 раза чаще выявлялась у мужчин с психоэмоциональным напряжением, связанным с работой. Увеличение частоты выявления маскированной АГ отмечается при сменном графике, вечернем и ночном периоде работы, при сочетании психоэмоционального стресса и несоответствии между затраченными усилиями и полученным вознаграждением, а также при большой длительности рабочей недели [26]. Таким образом, выявление и коррекция модифицируемых ФР маскированной АГ, в том числе рабочего стресса, могут способствовать не только ранней диагностике маскированной АГ, но и уменьшению ее влияния на риск ССЗ и смертности от них. Благоприятные терапевтические возможности курсового приема небольших доз фенобарбитала в течение 3 мес. в отношении коррекции симпатической гиперактивности у пациентов с маскированной АГ были показаны в недавно опубликованном зарубежном исследовании [27]. Проспективное наблюдение за 91 пациентом в возрасте от 25 до 76 лет (60,5% женщин и 39,5% мужчин,

средний возраст составил $52,1 \pm 10,3$ года) с установленной первичной маскированной АГ продемонстрировало, что ежедневное применение фенобарбитала в дозе 0,3–0,5 мг/кг массы тела пациента в течение 3 мес. достоверно снижает сосудисто-вегетативные проявления, характерные для гиперактивации симпатической нервной системы. Сердечно-сосудистые вегетативные тесты, проводимые пациентам до и после 3 мес. ежедневного перорального приема малых доз фенобарбитала, включали тесты на глубокое дыхание, умственную нагрузку и ортостатические тесты. Результаты исследования показали, что применение фенобарбитала в малых дозах у пациентов с маскированной АГ вызывает значительное снижение высокой симпатической активности, что может благоприятно повлиять на прогноз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результатом перенесенного острого или хронического стресса могут стать различные нарушения здоровья человека, которые в первую очередь проявляются повышением психоэмоционального напряжения, тревожностью и сосудисто-вегетативными симптомами. Учитывая

все возрастающую распространенность психосоциальных ФР во всем мире, их связь с заболеваемостью ХНИЗ, необходимо принять во внимание благоприятный эффект быстрого реагирования на возникшую стрессовую ситуацию [28]. Влияние немедикаментозного воздействия (обучение навыкам стрессоустойчивости, правильному реагированию и мерам экстренной самопомощи) в сочетании с эффективной фармакологической поддержкой помогут создать необходимый запас прочности для человека, подвергшегося стрессу, и реализовать благоприятный вариант сценария выхода из острой ситуации. Исходя из последних рассуждений, можно рекомендовать для медикаментозной поддержки пациенту, испытывающему состояние тревоги, нервозности и другие проявления постстрессовых реакций, особенно сопровождающихся выраженной вегетативной дисфункцией и функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, прием препарата Валокордин® в дозе 15–20 капель или 1–2 таблетки 3 раза в сутки с длительностью применения до 30 дней.



Поступила / Received 13.01.2023

Поступила после рецензирования / Revised 02.02.2023

Принята в печать / Accepted 15.02.2023

Список литературы / References

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. (ред.). *Психиатрия. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 1008 с. Alexandrovsky Yu.A., Neznanov N.G. (eds.). *Psychiatry. National leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 1008 p. (In Russ.)
2. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., Агальцов М.В., Александрова Л.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(4):3235. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235>.
Drapkina O.M., Kontsevaeva A.V., Kalinina A.M., Avdeev S.N., Agaltsov M.V., Alexandrova L.M. et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(4):3235. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235>.
3. Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3438. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3438>.
Drapkina O.M., Shishkova V.N., Kotova M.B. Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. Guidelines for inter-nists. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(10):3438. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3438>.
4. Шишкова В.Н., Адашева Т.В. Актуальность скрининга когнитивных и психоэмоциональных нарушений у пациентов с метаболическим синдромом и инсулинорезистентностью. *Consilium Medicum*. 2022;24(4):252–255. <https://doi.org/10.26442/20751753.2022.4.201681>.
Shishkova V.N., Adasheva T.V. The relevance of screening for cognitive and psychoemotional disorders in patients with metabolic syndrome and insulin resistance: A review. *Consilium Medicum*. 2022;24(4):252–255. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/20751753.2022.4.201681>.
5. Шишкова В.Н. Ожирение в зеркале психоэмоциональных нарушений: фокус на фармакотерапию. *Фармация и фармакология*. 2022;10(1):19–30. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-1-19-30>.
Shishkova V.N. Obesity as a reflection of psycho-emotional disorders: focus on pharmacotherapy. *Farmatsiya i Farmakologiya*. 2022;10(1):19–30. (In Russ.) <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-1-19-30>.
6. Шишкова В.Н., Котова М.Б., Капустина Л.А., Имамгаязова К.Э. Вопросы патогенеза когнитивных и психоэмоциональных нарушений у пациентов с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями. *Терапия*. 2021;50(8):158–163. Режим доступа: <https://therapy-journal.ru/ru/archive/article/41008>.
Shishkova V.N., Kotova M.B., Kapustina L.A., Imamgayazova K.E. Issues of pathogenesis of cognitive and psychoemotional disorders in patients with cardiovascular and metabolic diseases. *Therapy*. 2021;50(8):158–163. (In Russ.) Available at: <https://therapy-journal.ru/ru/archive/article/41008>.
7. Pogossova N., Saner H., Pedersen S.S., Cupples M.E., McGee H., Höfer S. et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(10):1290–1306. <https://doi.org/10.1177/2047487314543075>.
8. Crawshaw J., Auyeung V., Norton S., Weinman J. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2016;90:10–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.003>.
9. Kessing D., Denollet J., Widdershoven J., Kupper N. Psychological Determinants of Heart Failure Self-Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med*. 2016;78(4):412–431. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000270>.
10. Boehm J.K., Kubzansky L.D. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull*. 2012;138(4):655–691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>.
11. Müller-Riemenschneider F., Meinhard C., Damm K., Vauth C., Bockelbrink A., Greiner W., Willich S.N. Effectiveness of nonpharmacological secondary prevention of coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17(6):688–700. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32833a1c95>.
12. Orth-Gomér K., Schneiderman N., Wang H.X., Walldin C., Blom M., Jernberg T. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease: the Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009;2(1):25–32. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.812859>.
13. Gulliksson M., Burell G., Vessby B., Lundin L., Toss H., Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med*. 2011;171(2):134–140. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.510>.
14. Virgili M. Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness*. 2015;6(2):326–337. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0264-0>.
15. Dehdari T., Heidarnia A., Ramezankhani A., Sadeghian S., Ghofranipour F. Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian J Med Res*. 2009;129(5):603–608. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19675392/>.
16. Shi L., Zhang D., Wang L., Zhuang J., Cook R., Chen L. Meditation and blood pressure: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Hypertens*. 2017;35(4):696–706. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001217>.
17. Blumenthal J.A., Sherwood A., Smith P.J., Watkins L., Mabe S., Kraus W.E. et al. Enhancing Cardiac Rehabilitation With Stress Management Training: A Randomized, Clinical Efficacy Trial. *Circulation*. 2016;133(14):1341–1350. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018926>.

18. Richards S.H., Anderson L., Jenkinson C.E., Whalley B., Rees K., Davies P. et al. Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2018;25(3):247–259. <https://doi.org/10.1177/2047487317739978>.
19. Шишкова В.Н., Нарциссов Я.Р., Титова В.Ю., Шешегова Е.В. Молекулярные механизмы, определяющие применение комбинации глицина и цинка в коррекции основных проявлений стресса и тревоги. *Фармация и фармакология.* 2022;10(5):404–415. (In Russ.) <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-5-404-415>.
Shishkova V.N., Nartsissov Ya.R., Titova V.Yu., Sheshegova E.V. Molecular mechanisms defining application of glycine and zinc combination in correction of stress and anxiety main manifestations. *Farmatsiya i Farmakologiya.* 2022;10(5):404–415. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-5-404-415>.
20. Шишкова В.Н., Устарбекова Д.Б., Шишков В.А., Имамгаязова К.Э., Капустина Л.А. Психоэмоциональные нарушения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. *Терапия.* 2022;8(1):44–49. <https://doi.org/10.18565/therapy.2022.1.44-49>.
Shishkova V.N., Ustarbekova D.B., Shishkov V.A., Imamgayazova K.E., Kapustina L.A. Psycho-emotional disorders in chronic heart failure patients. *Therapy.* 2022;8(1):44–49. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/therapy.2022.1.44-49>.
21. Шавловская О.А. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных состояний. *Медицинский алфавит.* 2017;2(15):28–32. Режим доступа: <https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/185/>.
Shavlovskaya O.A. Therapy of anxiety disorders with herbal drugs. *Medical Alphabet.* 2017;2(15):28–32. (In Russ.) Available at: <https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/185/>.
22. Шавловская О.А. Терапия тревожных состояний. *Медицинский совет.* 2019;(6):42–46. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.
Shavlovskaya O.A. Anxiety Therapy. *Meditinskiy Sovet.* 2019;(6):42–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.
23. 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>.
Kutashev V.A. Modern approach to the therapy for autonomic disorders in patients under stressful conditions. *Meditinskiy Sovet.* 2018;(18):92–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-92-95>.
24. Pierdomenico S.D., Pierdomenico A.M., Coccina F., Clement D.L., De Buyzere M.L., De Bacquer D.A. et al. Prognostic Value of Masked Uncontrolled Hypertension. *Hypertension.* 2018;72(4):862–869. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11499>.
25. Горшков А.Ю., Федорович А.А., Драпкина О.М. Маскированная артериальная гипертония: что известно и что предстоит узнать? *Профилактическая медицина.* 2020;23(6):143–150. <https://doi.org/10.17116/profmed202023062143>.
Gorshkov A.Yu., Fedorovich A.A., Drapkina O.M. Masked arterial hypertension: what is known and what expected to be learned? *Profilakticheskaya Meditsina.* 2020;23(6):143–150. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed202023062143>.
26. Landsbergis P.A., Travis A., Schnall P.L. Working conditions and masked hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2013;20(2):69–76. <https://doi.org/10.1007/s40292-013-0015-2>.
27. Bakkali M.E., Abouddar S., Dakka T., Benjelloun H. Autonomic dysregulation and phenobarbital in patients with masked primary hypertension. *Heliyon.* 2020;6(1):e03239. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03239>.
28. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).

Информация об авторе:

Шишкова Вероника Николаевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений, Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины; 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3; veronika-1306@mail.ru

Information about the author:

Veronika N. Shishkova, Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher, Head of the Department for the Prevention of Cognitive and Psychoemotional Disorders, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine; National Medical Research Center for Preventive Medicine; 10, Bldg. 3, Petroverigskiy Lane, Moscow, 101990, Russia; veronika-1306@mail.ru