

Тревожные расстройства в общеклинической практике

Ф.И. Девликамова, <https://orcid.org/0000-0003-4411-7051>, fdevlikamova@mail.ru

Д.Х. Хайбуллина , <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, dina.khaibullina@mail.ru

Ю.Н. Максимов, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, yuri_maximov@mail.ru

Л.Р. Кадырова, <https://orcid.org/0000-0002-9306-2715>, lidakad@gmail.com

Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11

Резюме

Тревожные расстройства широко распространены в общемедицинской практике, являясь причиной обращения за медицинской помощью к врачам различной специализации. Определенные сложности при постановке диагноза и выработке тактики ведения пациентов вызываются многообразием клинических проявлений тревожных расстройств. Нередко они ассоциируются с соматическими проявлениями. Для лечения подобных состояний традиционно используются бензодиазепины, антидепрессанты, антиконвульсанты, антипсихотические средства, антигистаминные препараты, бета-блокаторы. Ограничением к их применению являются нежелательные явления, риск развития которых возрастает у лиц пожилого возраста. Современная фармакология уделяет особое внимание безопасности лекарственной терапии, что делает выбор препарата ответственным шагом. При субклиническом тревожном расстройстве с соматическими проявлениями в амбулаторной практике используются растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе, имеющие благоприятный профиль безопасности при достаточной эффективности. Препаратами выбора являются препараты на основе растительного сырья, обладающие седативным, кардиотоническим, умеренным гипотензивным и спазмолитическим эффектами, что соответствует задачам терапии, в т. ч. у коморбидных и пожилых пациентов. Наличие разнообразных фармацевтических форм позволяет подобрать препарат с учетом индивидуальных потребностей каждого конкретного пациента. Имеющиеся на сегодняшний день данные о клинической эффективности растительных компонентов препаратов, хорошей переносимости и безопасности при соблюдении всех правил приема позволяют применять данные препараты в общей клинической практике. Возможности их применения рассмотрены в приведенных клинических наблюдениях.

Ключевые слова: стресс, соматические проявления, психоэмоциональные расстройства, лечение, растительные препараты

Для цитирования: Девликамова Ф.И., Хайбуллина Д.Х., Максимов Ю.Н., Кадырова Л.Р. Тревожные расстройства в общеклинической практике. *Медицинский совет*. 2023;17(6):95–102. <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Anxiety disorders in general clinical practice

Farida I. Devlikamova, <https://orcid.org/0000-0003-4411-7051>, fdevlikamova@mail.ru

Dina H. Khaibullina , <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, dina.khaibullina@mail.ru

Yuri N. Maksimov, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, yuri_maximov@mail.ru

Lydia R. Kadyrova, <https://orcid.org/0000-0002-9306-2715>, lidakad@gmail.com

Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia

Abstract

Anxiety disorders are widespread in general medical practice, being the reason for seeking medical help from doctors of various specializations. Certain difficulties in the diagnosis and development of patient management tactics are caused by the variety of clinical manifestations of anxiety disorders. Often they are associated with somatic manifestations. Benzodiazepines, antidepressants, anticonvulsants, antipsychotics, antihistamines, and beta-blockers are traditionally used to treat these conditions. A limitation to their use are adverse events, the risk of which increases in the elderly. Modern pharmacology pays special attention to the safety of drug therapy, which makes the choice of a drug a responsible step. In subclinical anxiety disorder with somatic manifestations in outpatient practice, herbal sedative preparations or preparations based on them are used, which have a favorable safety profile with sufficient effectiveness. The drugs of choice are drugs based on herbal raw materials that have sedative, cardiotonic, moderate hypotensive and antispasmodic effects, which corresponds to the objectives of therapy, including in comorbid and elderly patients. The presence of a variety of pharmaceutical forms allows you to choose the drug, taking into account the individual needs of each individual patient. The currently available data on the clinical efficacy of the herbal components of the preparations, good tolerance and safety, subject to all the rules of administration, allow the use of these drugs in general clinical practice. The possibilities of their application are considered in the given clinical observations.

Keywords: stress, somatic manifestations of anxiety disorder, psycho-emotional disorders, treatment, herbal preparations

For citation: Devlikamova F.I., Khaibullina D.H., Maksimov Yu.N., Kadyrova L.R. Anxiety disorders in general clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(6):95–102. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Тревожные расстройства широко распространены в общемедицинской практике, в 10% случаев являясь причиной обращения за медицинской помощью к врачам различной специализации [1, 2]. Определенные сложности при постановке диагноза и выработке тактики ведения пациентов вызываются многообразием клинических проявлений тревожных расстройств. Физиологическая тревога является адекватной реакцией индивида на появление или развитие угрожающей ситуации и длится до окончания воздействия вызывающего фактора. Патологическая тревога возникает вне связи с реальной угрозой, степень ее выраженности не адекватна имеющейся ситуации, а длительность не ограничена продолжительностью вызывающей причины. Индивидуальная психологическая особенность частых переживаний тревоги по незначительным поводам обозначается термином «тревожность». Тревожные расстройства вызываются стрессовыми ситуациями или личностными особенностями и относятся к невротическим состояниям [3]. К тревожным расстройствам относятся генерализованное тревожное расстройство, расстройства адаптации и ряд соматоформных расстройств [4]. Развитие тревожных расстройств может провоцироваться как реальными причинами, так и не представляющими значимой угрозы факторами. Соматически тревога может проявляться кардиалгиями, экстрасистолией, тахикардией, лабильностью артериального давления, нехваткой воздуха, сухостью во рту, тошнотой, ощущением жара или озноба, гипергидрозом [5, 6]. Такие нарушения, как раздражительность, тревога, депрессия, наблюдаются во всех возрастных группах, достигая у лиц пожилого возраста 25–30%, у пациентов с коморбидной соматической патологией – 50%, а у пациентов с неврологическими заболеваниями – 53–86% [7–12]. Тревожные расстройства у пациентов неврологического профиля выявляются у 43,4% лиц, перенесших инсульт, у 65% больных с цереброваскулярной болезнью. При этом достоверно чаще страдают пациенты старшего возраста, лица женского пола и одинокие. [13]. Тревожные расстройства у пожилых людей чаще проявляются опасениями в отношении ухудшающегося состояния здоровья, изменения внешнего вида, беспокойством по поводу усугубляющейся психической и физической несостоятельности, появлением страха одиночества и неизбежности смерти. Наиболее часто для описания тревожных ощущений пожилые пациенты используют следующие дескрипторы: раздражительность, нетерпеливость, беспокойство по мелочам, ощущение внутреннего напряжения, ухудшение памяти и концентрации внимания, нарушения сна. В исследовании А.П. Сиденковой 2017 г. было показано, что в долевом соотношении жалобы распределяются следующим образом: болевые ощущения в области сердца – 61,1%, повышение артериального давления – 57,3%, боли в конечностях – 26,1%, боли и напряжение в шее и спине – 19,4%, головокружение – 22,7%, одышка – 37,9%, нарушение сна – 87,7% [14]. В большинстве случаев больные склон-

ны объяснять собственные ощущения проявлениями соматического заболевания, что затрудняет диагностику тревожных симптомов. В этой связи пожилые пациенты с проявлениями тревоги посещают кардиолога 6 раз чаще, ревматолога – в 2,5 раза, невролога – в 2 раза, уролога, гастроэнтеролога и оториноларинголога – в 1,5 раза чаще, нередко настаивая на стационарном лечении [15]. При этом нужно учитывать, что тревожные расстройства повышают вероятность развития заболеваний сердца в 5,9 раза, желудочно-кишечного тракта – в 3,1 раза, болезней органов дыхания и мигрени – в 2,1 раза, артериальной гипертензии, инфекций и кожных болезней – в 1,7 раза, болезней суставов – в 1,6 раза, почек – в 1,5 раза, обмена веществ – в 1,25 раза, аллергических заболеваний – в 1,2 раза, что было показано в работе М.С. Harter et al. в 2003 г. [16].

Социологический опрос, проведенный в 2009 г. в 42 регионах Российской Федерации, выявил, что главной причиной болезни россиян 33% респондентов считают беспокойство и тревогу¹. Среди пациентов с соматическими жалобами выявлены субпороговые проявления тревоги и депрессии у 47% и 42% соответственно [17]. Сопоставимые результаты были получены и зарубежными исследователями, которыми для обозначения аналогичных психосоматических проявлений у тревожных пациентов был предложен термин ‘Medical Unexplained Symptoms’ («необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы») [18]. Среди пациентов термин «психосоматика» имеет негативную окраску, т. к. отождествляется ими с психическим заболеванием. Поэтому многие пациенты предпочитают лечиться по поводу соматического заболевания, нежели обратиться за специализированной помощью к психотерапевту, что подтверждается результатами российского эпидемиологического исследования КОМПАС [9]. Таким образом, тревожные расстройства на практике диагностируются только в половине случаев, а адекватное лечение получает лишь треть пациентов [19]. При этом субклинические тревожные расстройства часто вообще не рассматриваются как повод для лечения. Тревога может развиваться как следствие неадекватного лечения депрессии [19]. Также тревожные и депрессивные расстройства могут носить вторичный ятрогенный характер, развиваясь вследствие проводимой соматической терапии (например, лекарственно-индуцированные тревога и депрессия при применении кортикостероидов, адренергических агонистов, СИОЗС, бронходилататоров).

Важную роль в лечении психоэмоциональных (тревожных) расстройств играют доверительные отношения между врачом и пациентом. Приверженность лечению значительно возрастает в том случае, когда пациент детально информирован о причинах развития психической и соматической тревоги и методах их коррекции. Выбор терапевтической стратегии зависит от типа преобладающего расстройства, степени его выраженности, длительности болезни, коморбидности и возраста пациента [20].

¹ Пресс-выпуск ВЦИОМ №1346. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=12642>.

Наиболее безопасным и при этом эффективным методом лечения является когнитивная поведенческая терапия, призванная помочь разобраться в имеющейся проблеме и решить ее, а не избегать [21]. Однако данный метод не всегда приводит к достижению желаемого результата, что требует дополнительного назначения фармакотерапии с целью получения аддитивного эффекта.

В настоящее время, согласно клиническим рекомендациям, для лечения тревожных расстройств чаще всего применяются бензодиазепины, антидепрессанты различных фармакологических групп, бупирон, антиконвульсанты (прегабалин), антипсихотические средства, антигистаминные препараты, бета-блокаторы (пропранолол) [22]. Наряду с выраженным терапевтическим эффектом, указанные препараты обладают риском развития ряда нежелательных явлений. Применение бензодиазепинов может вызывать сонливость, усиливать когнитивные и координационные нарушения, а их использование длительностью более 4 нед. может привести к развитию толерантности и синдрома зависимости [23]. Лечебное действие антидепрессантов развивается медленно, и их прием может сопровождаться геморрагическими осложнениями и повышенным риском падений. Трициклические антидепрессанты могут замедлять сердечную проводимость, вызывать ортостатическую гипотензию, тахикардию.

Лекарственная терапия пациентов пожилого возраста имеет свои особенности, пренебрежение которыми увеличивает риск развития нежелательных реакций. С возрастом организм претерпевает некоторые изменения (снижение печеночного кровотока, скорости клубочковой фильтрации др.), которые могут повлиять на фармакокинетику и привести к передозировке и/или кумуляции лекарств. Гериатрическая фармакология, изучающая принципы дозирования и особенности взаимодействия лекарственных средств у пожилых людей, рекомендует особое внимание уделять безопасности лекарственной терапии [24]. Данные фармакоэпидемиологических исследований показывают, что полипрагмазия, как следствие коморбидности, является одним из главных факторов риска развития нежелательных лекарственных реакций у пожилых пациентов, поэтому выбор лекарственного препарата является ответственным этапом [25].

При субклиническом тревожном расстройстве с соматическими проявлениями в амбулаторной практике на допсихотерапевтическом этапе используются растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе, имеющие более благоприятный профиль безопасности [19].

В качестве симптоматического (успокаивающего и сосудорасширяющего) средства при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы, невротоподобных состояниях, повышенной раздражительности, при нарушении засыпания, тахикардии, состоянии возбуждения с выраженными вегетативными проявлениями можно рассмотреть комбинированный препарат Корвалол Фито для приема внутрь. В его состав входят этилбромизовалерианат, трава пустырника и масло мяты перечной. Препарат выпускается в двух лекарственных формах – таблетках и каплях для приема внутрь (табл. 1).

● **Таблица 1.** Состав препарата Корвалол Фито

● **Table 1.** Components in the composition of Corvalol Phyto

Состав	Таблетки	Капли (в 1 мл)
Трава пустырника	28,0 мг (экстракт)	720 мг (настойка)
Этилбромизовалерианат	16,4 мг	20 мг
Масло мяты перечной	1,16 мг	1.42 мг

● **Таблица 2.** Действие препарата Корвалол Фито

● **Table 2.** Therapeutic effect of Corvalol Phyto

Действующее вещество	Терапевтический эффект
Этилбромизовалерианат	• седативное и спазмолитическое действие • снижение рефлекторной возбудимости в центральных отделах нервной системы • усиление торможения в нейронах коры и подкорковых структурах головного мозга • снижение активности центральных сосудодвигательных центров • прямое местное спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру
Трава пустырника	• седативное действие • снижение частоты и увеличение силы сердечных сокращений • умеренное гипотензивное действие
Масло мяты перечной	• рефлекторное вазодилатирующее и спазмолитическое действие (преимущественно на сосуды сердца и головного мозга) • легкое желчегонное действие • антисептическое действие • устранение явлений метеоризма • усиление перистальтики кишечника

Ежедневный прием таблетированной формы составляет по 1 таблетке 2 раза в день, что соответствует суточной дозировке раствора по 30 капель 3 раза в день. Рекомендованный курс лечения – 4 нед. (28 дней). Препарат принимается внутрь до еды, таблетки запиваются достаточным количеством воды, а капли предварительно растворяются в 30–40 мл воды.

Действие комбинированного препарата обусловлено входящими в его состав ингредиентами (табл. 2).

Имеющиеся на сегодняшний день данные о клинической эффективности растительных компонентов препарата, хорошей переносимости и безопасности при соблюдении всех правил приема позволяют с успехом применять Корвалол Фито в общей клинической практике. В частности, в клиническом исследовании, включившем 50 пациентов с артериальной гипертензией, тревогой и нарушением сна, было показано уменьшение выраженности психоэмоциональных нарушений (тревожных симптомов) после 28-дневного курса терапии препаратом пустырника в 80% случаев, при этом отмечался благоприятный профиль безопасности [26].

С целью иллюстрации возможности применения препарата Корвалол Фито для коррекции тревожного расстройства у пожилого пациента приводим следующее клиническое наблюдение.

- **Таблица 3.** Результаты анализа шкал и опросников для выявления признаков стресса, тревоги и депрессии до начала терапии
- **Table 3.** Results of the analysis of depression anxiety stress scale and questionnaire scores before therapy

Тест или опросник	Цель опросника (теста)	Интерпретация	Полученный результат
Тест социальной адаптации Холмса – Рея (Social Readjustment Rating Scale)	Определение уровня стрессовой отягощенности и риска развития стрессовых расстройств	Низкий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств (<30%) < 150 баллов; умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств (≈50%) – 150–299 баллов; высокий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств (≈80%) > 300 баллов	186 баллов – умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	Скрининг стресс-связанных расстройств	Норма: 0–7 баллов; субклинически выраженная тревога/депрессия – 8–10 баллов; клинически выраженная тревога/депрессия – 11 баллов и выше	9 баллов – субклиническая тревога
Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС)	Дифференциация синдромов, связанных со стрессом (нервный срыв, выгорание) и психическими расстройствами (депрессия, тревожные расстройства) за последние 7 дней	Шкала дистресса: 0–32 балла; шкала депрессии: 0–12 баллов; шкала тревожности: 0–24 балла; шкала соматоформных нарушений: 0–32 балла Умеренное повышение: • дистресс > 12 • депрессия > 2 • тревога > 9 • соматизация > 14. Сильное повышение: • дистресс > 12 • депрессия > 5 • тревога > 14 • соматизация > 24	Дистресс = 13 Депрессия = 0 Тревога = 10 Соматизация = 15

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

За медицинской помощью на прием к неврологу обратилась пациентка 72 лет с жалобами на нарушение сна, раздражительность, плаксивость, чувство усталости и общей слабости, ощущения кома в горле, приступы учащенного сердцебиения, редкие приступы головокружения несистемного характера, выражающиеся ощущением нарушения равновесия без вращения и страхом падения. Данные симптомы появились два месяца назад на фоне сильного стресса – смерти мужа. До стрессовой ситуации вела активный образ жизни, два раза в неделю посещала бассейн, занималась внуками, любила читать, следила за питанием. Несмотря на частые встречи с семьей дочери, внуками, после понесенной потери чувствует себя одинокой. Из сопутствующих заболеваний у пациентки имеется гипертоническая болезнь II–III ст. (ежедневно принимает эналаприл в дозе 5 мг), цереброваскулярная болезнь, генерализованный остеоартрит с преимущественным поражением коленных суставов (принимает хондроитина сульфат в капсулах курсами в плановом порядке).

Данные объективного осмотра. Пациентка астенического, правильного телосложения; рост 177 см, вес 61 кг, ИМТ 19,47. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тургор снижен. Гипергидроз и гипотермия ладоней. Региональные лимфатические узлы не увеличены. Коленные суставы несколько увеличены в объеме, деформированы. Объем движений на протяжении всего позвоночника и периферических суставах незначительно снижен во всех направлениях, в коленных суставах умеренно снижен объем сгибания. Движения во всех суставах

сопровождаются крепитацией. Со стороны внутренних органов клинически значимых отклонений не выявлено. АД на левой руке 135/80 мм рт. ст.

Пациентка контактна, адекватна, в месте, времени и собственной личности ориентирована верно, при этом суетлива, многословна, напряжена. Черепные нервы без патологии. Координаторные пробы выполняет уверенно. В позе Ромберга – покачивание, легкий тремор кистей. Проприоорефлексы с верхних и нижних конечностей несколько повышены, симметричные. Сила мышц верхних и нижних конечностей не изменена. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушена. Менингеальные знаки отсутствуют.

С целью выявления признаков тревоги и депрессии пациентке было проведено исследование с использованием шкал и опросников [21]. Полученные результаты представлены в *табл. 3*.

Таким образом, по результатам физикального исследования и анализа специальных тестов у пациентки были выявлены субклиническая тревога и соматические проявления, возникшие как реакция на острый стресс. Был выставлен основной диагноз: «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43); сопутствующий диагноз: «Гипертоническая болезнь II–III ст., цереброваскулярная болезнь, генерализованный остеоартрит с преимущественным поражением коленных суставов». С целью лечения основного заболевания были даны следующие рекомендации: Корвалол Фито (28 мг + 16,4 мг + 1,16 мг) по 1 таблетке 2 раза в день, перед едой, курсом 28 дней. Также пациентке была объяснена необходимость проведения когнитивно-поведенческой терапии и повышения

физической активности, и в этой связи рекомендованы консультации психотерапевта и врача ЛФК. После окончания терапии был проведен контрольный осмотр. Пациентка выразила удовлетворение от проведенного курса лечения и отметила однозначное улучшение общего состояния. В частности, улучшился сон, уменьшились плаксивость и раздражительность, исчезло ощущение кома в горле. Приступы учащенного сердцебиения сохранились, при этом их частота и длительность снизились. Эпизоды головокружения в период терапии не возникали. Для объективизации изменений пациентке было проведено повторное исследование с применением шкал и опросников для выявления стресса, тревоги и депрессии (табл. 4).

Анализ полученных результатов показал снижение показателей по всем шкалам и тестам до нормальных величин, что подтвердило правильность поставленного диагноза и адекватность проведенной терапии. Пациентке было рекомендовано сохранять физическую активность и продолжить занятия когнитивно-поведенческой терапией под наблюдением психотерапевта.

При невротоподобных состояниях, сопровождающихся повышенной раздражительностью и возбудимостью, инсомнией, вегетативными проявлениями, а также при функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы рекомендовано применение препарата Корвалол Фитокомфорт. Препарат, состоящий исключительно из растительных компонентов (мята перечная, Melissa, трава пустырника), обладает седативным и спазмолитическим эффектами, оказывает умеренное кардиотоническое и гипотензивное действие (табл. 5, 6). Также Корвалол Фитокомфорт имеет благоприятный профиль безопасности и мягкий накопительный эффект. Благодаря наличию экстракта Melissa в составе препарат оказывает противотревожное действие и улучшает качество сна, что подтверждено данными клинических исследований [27]. Выпускается в таблетированной форме. Рекомендованный курс лечения составляет 4 нед. с ежедневным приемом по 1 таблетке 2 раза в день до еды. Противопоказаниями для назначения являются тяжелые нарушения функции печени и почек, эрозивно-язвенные поражения желудка и кишечника в стадии обострения.

В приведенном ниже клиническом наблюдении показана эффективность применения препарата Корвалол Фитокомфорт с целью лечения невротоподобного состояния.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

За первичной медицинской помощью обратился пациент 49 лет с жалобами на раздражительность, нарушение засыпания, частые пробуждения во время ночного сна, периодические подъемы АД. Считает себя больным около 3 мес. Причиной заболевания, по мнению пациента, была длительная стрессовая ситуация на работе. Занимает должность начальника отдела на крупном машиностроительном предприятии. Из хронических заболеваний отмечает гастрит и простатит вне стадии обострения.

Данные объективного осмотра. Пациент нормостенического правильного телосложения; рост 182 см, вес

● **Таблица 4.** Динамика показателей шкал и опросников для выявления признаков стресса, тревоги и депрессии после окончания терапии

● **Table 4.** Changes in depression anxiety stress scale and questionnaire scores after therapy

Тест или опросник	Показатели перед началом терапии	Показатели после окончания терапии
Тест социальной адаптации Холмса – Рея (Social Readjustment Rating Scale)	186 баллов – умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств	147 баллов – низкий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	9 баллов – субклиническая тревога	6 баллов – норма
Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС)	Дистресс = 13 Депрессия = 0 Тревога = 10 Соматизация = 15	Дистресс = 9 Депрессия = 0 Тревога = 7 Соматизация = 12

● **Таблица 5.** Состав препарата Корвалол Фитокомфорт

● **Table 5.** Components in the composition of Corvalol Phytocomfort

Действующее вещество	Содержание в 1-й таблетке
Масло мяты перечной	1,16 мг
Мелиссы лекарственной листьев экстракт сухой	21,9 мг
Пустырника травы экстракт сухой	28 мг

● **Таблица 6.** Действие компонентов препарата Корвалол Фитокомфорт

● **Table 6.** Therapeutic effect of Corvalol Phytocomfort

Действующее вещество	Терапевтический эффект
Мята перечная масло	• рефлекторное вазодилатирующее действие (преимущественно на сосуды сердца и головного мозга) • спазмолитическое действие • незначительное желчегонное действие • антисептическое действие
Мелиссы лекарственной листьев экстракт сухой	• успокаивающее действие • спазмолитическое действие • анксиолитическое действие
Пустырника травы экстракт сухой	• седативное действие • умеренное кардиотоническое действие • умеренное гипотензивное действие

79 кг, ИМТ 23,8. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, в левой межлопаточной области имеется родимое пятно. Отмечается гипергидроз ладоней, стоп, подмышечных областей. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Объем движений во всех отделах позвоночника и периферических суставах не изменен. Со стороны внутренних органов на момент осмотра патологии не выявлено. АД при первом измерении на левой руке 158/86 мм рт. ст., при повторном измерении АД – 140/78 мм рт. ст.

- **Таблица 7.** Результаты анализа шкал и опросников для выявления признаков стресса, тревоги и депрессии до начала терапии
- **Table 7.** Results of the analysis of depression anxiety stress scale and questionnaire scores before therapy

Тест или опросник	Цель опросника (теста)	Интерпретация	Полученный результат
Тест социальной адаптации Холмса – Рея (Social Readjustment Rating Scale)	Определение уровня стрессовой отягощенности и риска развития стрессовых расстройств	Низкий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств (<30%) < 150 баллов; умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств (≈50%) – 150–299 баллов; высокий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств (≈80%) >300 баллов	179 баллов – умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	Скрининг стресс-связанных расстройств	Норма – 0–7 баллов; субклинически выраженная тревога/депрессия – 8–10 баллов; клинически выраженная тревога/депрессия – 11 баллов и выше	10 баллов – субклиническая тревога
Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС)	Дифференциация синдромов, связанных со стрессом (нервный срыв, выгорание) и психическими расстройствами (депрессия, тревожные расстройства) за последние 7 дней	Шкала дистресса: 0–32 балла; шкала депрессии: 0–12 баллов; шкала тревожности: 0–24 балла; шкала соматоформных нарушений: 0–32 балла. Умеренное повышение: • дистресс > 12 • депрессия > 2 • тревога > 9 • соматизация > 14 Сильное повышение: • дистресс > 12 • депрессия > 5 • тревога > 14 • соматизация > 24	Дистресс = 14 Депрессия = 0 Тревога = 11 Соматизация = 12

Пациент контактен, адекватен, ориентирован в месте, времени и собственной личности, несколько возбужден, многословен. При исследовании неврологического статуса было выявлено следующее. Черепные нервы без патологии. Координаторные пробы выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчив, имеется легкий тремор пальцев кистей. Проприорефлексы с верхних и нижних конечностей симметричны, оживлены. Сила мышц верхних и нижних конечностей не изменена. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушена. Менингеальные знаки отсутствуют.

Для выявления признаков тревоги и депрессии пациенту было предложено заполнить шкалы и опросники, результаты которых представлены в *табл. 7*.

Результаты анализа полученных данных выявили наличие у пациента невротоподобного состояния, развившегося вследствие длительного перманентного стресса в форме субклинической тревоги и соматических проявлений. В соответствии с МКБ-10 основной диагноз был классифицирован как «Другие невротические расстройства» (F48). Сопутствующий диагноз: «Хронический гастрит вне стадии обострения; хронический простатит вне стадии обострения». Для коррекции проявлений основного заболевания пациенту был назначен курсовой прием препарата Корвалол Фитокомфорт длительностью 4 нед. с ежедневной дозировкой по 1 таблетке 2 раза в день до еды. Дополнительно пациенту была объяснена важность соблюдения режима труда и отдыха, гигиены сна, двигательной активности. По завершении курса лечения пациент был повторно обследован с применением шкал и опросников. Результаты повторного исследования объективно подтвердили положительную динамику (*табл. 8*).

- **Таблица 8.** Динамика показателей шкал и опросников для выявления признаков стресса, тревоги и депрессии после окончания терапии

- **Table 8.** Changes in depression anxiety stress scale and questionnaire scores after therapy

Тест или опросник	Показатели перед началом терапии	Показатели после окончания терапии
Тест социальной адаптации Холмса – Рея (Social Readjustment Rating Scale)	179 баллов – умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств	141 балл – низкий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	10 баллов – субклиническая тревога	7 баллов – норма
Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС)	Дистресс = 14 Депрессия = 0 Тревога = 11 Соматизация = 12	Дистресс = 7 Депрессия = 0 Тревога = 7 Соматизация = 10

Пациент отметил улучшение общего состояния, облегчение процесса засыпания, значительное сокращение количества ночных пробуждений, стабилизацию АД, уменьшение потоотделения. Полученные клинические результаты соответствовали поставленным терапевтическим задачам и подтверждали правильность выбранной тактики лечения и эффективность препарата. С целью усиления и закрепления полученных результатов пациенту было рекомендовано дальнейшее соблюдение режима труда и отдыха, гигиены сна, дозированные физические нагрузки, при необходимости – консультация психотерапевта.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленные клинические случаи иллюстрируют развитие тревожного расстройства и соматических проявлений у пациентов различного возраста в результате перенесенных стрессовых ситуаций. В первом клиническом случае выбор препарата Корвалол Фито был обусловлен его фармакологическим действием: седативным, кардиотоническим, умеренным гипотензивным и спазмолитическим, что соответствовало задачам терапии, продиктованным тревожным расстройством и соматическими проявлениями, возникшими как реакция на острый стресс у пациентки пожилого возраста с наличием коморбидных состояний. Важным аспектом применения препарата Корвалол Фито является его безопасность, отсутствие нежелательных явлений и противопоказаний, присутствующих антидепрессантам и противотревожным средствам. Наличие разнообразных фармакологических форм (капли, таблетки в двух различных дозировках) позволяет подобрать препарат с учетом индивидуальных потребностей каждого конкретного пациента.

Второй клинический случай иллюстрирует лечение невротического состояния у пациента среднего возраста, развившегося на фоне хронического стресса. Применение препарата Корвалол Фитокомфорт показано при повышенной раздражительности, возбудимости, нарушениях сна, вегетативных расстройствах и функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы.

В терапевтическую схему лечения тревожных расстройств необходимо включать дозированные физические нагрузки, противотревожный и антидепрессивный эффект которого по результатам систематических обзоров и мета-анализов сопоставим с психо- и фармакотерапией [28]. Для профилактики негативного влияния стрессовых ситуаций на психическое благополучие рекомендуется ежедневная практика четырех несложных навыков: регулярных физических упражнений на развитие гибкости, диафрагмального дыхания, смены деятельности, смеха [23].

ВЫВОДЫ

1. Тревожные расстройства широко распространены и нередко сопровождаются соматическими проявлениями.
2. Современная фармакология уделяет особое внимание балансу эффективности и безопасности лекарственной терапии.
3. Препараты Корвалол Фито и Корвалол Фитокомфорт обладают клинической эффективностью в отношении тревожных расстройств, наряду с благоприятным профилем безопасности, что делает их препаратами выбора для лечения пациентов с субклинической тревогой, ассоциированной с соматическими проявлениями. 

Поступила / Received 26.02.2023

Поступила после рецензирования / Revised 14.03.2023

Принята в печать / Accepted 14.03.2023

Список литературы / References

1. Carta M.G., Balestrieri M., Murru A., Hardoy M.C. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>.
2. Bandelow B., Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>.
3. Semple D., Smyth R. *Oxford handbook of psychiatry*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019; 1200 p.
4. Андриященко А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине. *Психические расстройства в общей медицине*. 2011;(1):14–27. Режим доступа: https://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine-01-2011/rasprostranennost_i_struktura_psikhicheskikh_rasstroystv_v_obshchey_meditsine_. Andryushchenko A.V. Prevalence and structure of mental disorders in general medicine. *Mental Disorders in General Medicine*. 2011;(1):14–27. (In Russ.) Available at https://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine-01-2011/rasprostranennost_i_struktura_psikhicheskikh_rasstroystv_v_obshchey_meditsine_.
5. Есин Р.Г., Есин О.Р., Хакимова А.Р. Стресс-индуцированные расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;(5):131–137. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120051131>. Esin R.G., Esin O.R., Khakimova A.R. Stress-induced disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;(5):131–137. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120051131>.
6. Есин Р.Г., Хайбуллина Д.Х. Соматические маски тревожного расстройства и возможности терапии. *Медицинский совет*. 2022;(23):102–109. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-1>. Esin R.G., Khaibullina D.K. Somatic masks of anxiety disorder and therapy opportunities. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;(23):102–109. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-1>.
7. Левин О.С., Чимагомедова А.Ш. Тревога и ажитация у пожилых. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2020;(3–4):13–20. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44451533&ysclid=lg21z9ovsf130570036>.
8. Смуглевич А.Б., Дробизhev М.Ю. Депрессии в общей медицине (определение, распространенность, клиника, лечение). *Сердце: журнал для практикующих врачей*. 2007;(5):272–276. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16804079>. Smulevich A.B., Drobizhev M.Yu. Depression in general medicine (definition, prevalence, clinical presentation and treatment). *Serdtshe: Zhurnal dlya Praktikuyushchikh Vrachey*. 2007;(5):272–276. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16804079>.
9. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смуглевич А.Б., Дробизhev М.Ю., Шальнова С.А., Погозова Г.В. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология*. 2004;(1):48–54. Режим доступа: <https://www.therapy.irkutsk.ru/doc/study/compas.pdf>. Oganov R.G., Olbinskaya L.I., Smulevich A.B., Drobizhev M.Yu., Shalnova S.A., Pogozova G.V. Depression and mixed depressive disorder in general medical practice. *Kardiologiya*. 2004;(1):48–54. (In Russ.) Available at: <https://www.therapy.irkutsk.ru/doc/study/compas.pdf>.
10. Goodnick P.J., Kumar A., Henry J.H., Buki V.M., Goldberg R.B. Sertraline in coexisting major depression and diabetes mellitus. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(2):261–264. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9230640>.
11. Табеева Г.Р., Вейн А.М. Фармакотерапия депрессии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000;(1):15–18. Режим доступа: https://paininfo.ru/articles/consilium_medicum/3522.html. Tabeyeva G.R., Veyn A.M. Pharmacotherapy for depression. *Psikhiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2000;(1):15–18. (In Russ.) Available at: https://paininfo.ru/articles/consilium_medicum/3522.html.
12. Simon G.E., VonKorff M., Piccinelli M., Fullerton C., Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999;341(18):1329–1335. <https://doi.org/10.1056/NEJM199910283411801>.

13. Петрова Е.А., Савина М.А., Концевой В.А., Скворцова В.И. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;(9):12–16. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2012/9/1199772982012091012>. Petrova E.A., Savina M.A., Kontsevoi V.A., Skvortsova V.I. Clinical features of post-stroke anxiety disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;(9):12–16. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2012/9/1199772982012091012>.
14. Сиденкова А.П. Гетерогенность феноменологии тревоги у пациентов с различными нейropsychологическими типами умеренного когнитивного расстройства. *Уральский медицинский журнал*. 2017;(8):5–8. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30458587>. Sidenkova A.P. The heterogeneity of the phenomenology of anxiety in patients with different neuropsychological types of mild cognitive impairment. *Ural Medical Journal*. 2017;(8):5–8. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30458587>.
15. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике. *РМЖ*. 2004;(22):2–7. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Generalizovannoe_trevognoe_rasstroystvo_i_simptomy_trevogi_v_obschemeditsinskoj_praktike. Starostina Ye.G. Generalized anxiety disorder and symptoms of anxiety in general medical practice. *RMJ*. 2004;(22):2–7. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Generalizovannoe_trevognoe_rasstroystvo_i_simptomy_trevogi_v_obschemeditsinskoj_praktike.
16. Härter M.C., Conway K.P., Merikangas K.R. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(6):313–320. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0449-y>.
17. Акарачкова Е.С., Котова О.В. Диалог невролога и психиатра: стресс и пожилой человек. *РМЖ*. 2017;(25):1888–1893. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Dialog_nevrologa_i_psihiatra_stress_i_poghiloy_chelovek/?ysclid=lg249vgnm972036256. Akarachkova Ye.S., Kotova O.V. Dialogue between a neurologist and psychiatrist: stress and the elderly. *RMJ*. 2017;(25):1888–1893. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Dialog_nevrologa_i_psihiatra_stress_i_poghiloy_chelovek/?ysclid=lg249vgnm972036256.
18. Maiden N.L., Hurst N.P., Lochhead A., Carson A.J., Sharpe M. Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: prevalence and associations. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42(1):108–112. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keg043>.
19. Воробьева О.В. Тревожные расстройства в неврологической практике. *РМЖ*. 2007;24:1820. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Trevognyye_rasstroystva_v_nevrologicheskoy_praktike. Vorobyeva O.V. Anxiety disorders in neurology practice. *RMJ*. 2007;24:1820. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Trevognyye_rasstroystva_v_nevrologicheskoy_praktike.
20. Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Беляев А.А., Блинов Д.В., Громова О.А., Дулаева М.С. и др. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс; 2020. 138 с. Режим доступа: https://docacademy.ru/wp-content/uploads/2021/03/stress_klinicheskie-rekomendaczii.pdf?ysclid=lg24h5kve0704045177. Akarachkova Ye.S., Baydauletova A.I., Belyayev A.A., Blinov D.V., Gromova O.A., Dulayeva M.S. et al. Stress: causes and effects, management and prevention. *Clinical guidelines*. St Petersburg: Skifiya-print; Moscow: Profmedpress; 2020. 138 p. (In Russ.) Available at: https://docacademy.ru/wp-content/uploads/2021/03/stress_klinicheskie-rekomendaczii.pdf?ysclid=lg24h5kve0704045177.
21. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2016;(4):42–51. Режим доступа: <https://www.bekhterevreview.com/jour/article/view/45>. Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016;(4):42–51. (In Russ.) Available at: <https://www.bekhterevreview.com/jour/article/view/45>.
22. Васильева А.В., Зинченко Ю.П., Исаева Е.Р., Караваева Т.А., Конорева А.Е., Мизинова Е.Б. и др. Генерализованное тревожное расстройство: клинические рекомендации. 2021. Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/clinicheskie-rekomendatsii-generalizovannoe-trevozhnoe-rasstroystvo-utv-minzdravom-rossii>. Vasileva A.V., Zinchenko YU.P., Isaeva E.R., Karavaeva T.A., Konoreva A.E., Mizinova E.B. et al. Generalized anxiety disorder: clinical guidelines. 2021. (In Russ.) Available at: <https://legalacts.ru/doc/clinicheskie-rekomendatsii-generalizovannoe-trevozhnoe-rasstroystvo-utv-minzdravom-rossii>.
23. Акарачкова Е.С., Артеменко А.Р., Беляев А.А., Кадырова Л.Р., Керимова К.С., Котова О.В. и др. Стресс, коморбидность и качество жизни пожилого пациента. *Трудный пациент*. 2019;(10):19–27. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2019-10070>. Akarachkova Ye.S., Artemenko A.R., Belyayev A.A., Kadyrova L.R., Kerimova K.S., Kotova O.V. et al. Stress, comorbidity, and quality of life of an elderly patient. *Difficult Patient*. 2019;(10):19–27. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2019-10070>.
24. Левин О.С., Чимагомедова А.Ш., Арефьева А.П. Тревожные расстройства в пожилом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;(6):113–118. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061113>. Levin O.S., Chimagomedova A.S., Arefieva A.P. Anxiety in the elderly. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;(6):113–118. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061113>.
25. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ефремов Л.И. Патоморфоз в гериатрии. *Клиническая геронтология*. 2013;(3–4):3–7. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/patomorfoz-v-geriatrii>. Lazebnik L.B., Konev Yu.V., Yefremov L.I. Pathomorphosis in geriatrics. *Clinical Gerontology*. 2013;(3–4):3–7. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/patomorfoz-v-geriatrii>.
26. Shikov A.N., Pozharitskaya O.N., Makarov V.G., Demchenko D.V., Shikh E.V. Effect of Leonurus cardiaca oil extract in patients with arterial hypertension accompanied by anxiety and sleep disorders. *Phytother Res*. 2011;25(4):540–543. <https://doi.org/10.1002/ptr.3292>.
27. Cases J., Ibarra A., Feuillère N., Roller M., Sukkar S.G. Pilot trial of Melissa officinalis L. leaf extract in the treatment of volunteers suffering from mild-to-moderate anxiety disorders and sleep disturbances. *Med J Nutrition Metab*. 2011;4(3):211–218. <https://doi.org/10.1007/s12349-010-0045-4>.
28. Гуляева В.В., Зинченко М.И., Урюмцев Д.Ю., Кривошеков С.Г., Афанас Л.И. Физическая нагрузка при лечении депрессии. Физиологические механизмы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;(7):112–119. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119071112>. Gulyaeva V.V., Zinchenko M.I., Uryumtsev D.Y., Krivoshekov S.G., Aftanas L.I. Exercise for depression treatment. Physiological mechanisms. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;(7):112–119. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119071112>.

Информация об авторах:

Девликамова Фарида Ильдусовна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; fdevlikamova@mail.ru

Хайбуллина Дина Хамитовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; dina.khaibullina@mail.ru

Максимов Юрий Николаевич, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; yuri_maximov@mail.ru

Кадырова Лидия Ринадовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; lidakad@gmail.com

Information about the authors:

Farida I. Devlikamova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; fdevlikamova@mail.ru

Dina Kh. Khaibullina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; dina.khaibullina@mail.ru

Yuri N. Maksimov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; yuri_maximov@mail.ru

Lydia R. Kadyrova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; lidakad@gmail.com