

Возможности лечения ситуационной тревожности в практике невролога

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

Б.Э. Губеев, <https://orcid.org/0000-0002-7072-7729>, bulat.g@list.ru

Э.Ф. Рахматуллина, <https://orcid.org/0000-0002-0425-3481>, elsa2109@mail.ru

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

Резюме

Последние десятилетия характеризуются высокой стрессогенностью, что неизбежно приводит к невротизации и психопатизации населения. Эмоциональный стресс и следующая за ним тревога могут явиться причиной и провокатором некоторых патологических процессов и заболеваний. В отличие от нормальной тревоги, предназначенной для адаптации организма, его защиты и сохранения жизни, патологическая тревога неадекватна интенсивности угрозы, продолжительна, выражена, нарушает качество жизни человека и его деятельность. Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, вызванная стрессом, приводит к развитию психовегетативного синдрома – комплекса соматических, вегетативных, психических симптомов. Однако в клинической практике врачи обычно сталкиваются с тем, что пациент чаще предъявляет различные полисистемные соматические жалобы, игнорируя эмоциональные переживания. Недиагностированная тревога может привести к хронизации или рецидиву заболевания, назначению только симптоматической терапии и утяжелению течения пропущенного тревожного расстройства. Для качественной оценки врачом клинической картины необходимо понимание структуры вегетативной дисфункции в различных системах, «узнавание» проявлений тревоги. Ведение таких пациентов, особенно коморбидных, является сложной задачей, решение которой наиболее эффективным окажется при совместном усилии с врачами психиатрами и психотерапевтами. Психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, арттерапия, музыкотерапия, лекарства – неотъемлемая часть терапии этой категории больных. Психотропные препараты позволяют редуцировать и тревожные, и вегетативные симптомы. 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. Препаратом выбора может быть валокордин, обладающий седативным, спазмолитическим, снотворным эффектами, что соответствует задачам терапии психовегетативного синдрома.

Ключевые слова: соматические (вегетативные) симптомы тревоги, стресс, стрессиндуцированные расстройства, неврозы, валокордин, соматизация, генерализованное тревожное расстройство, паническая атака

Для цитирования: Кадырова ЛР, Губеев БЭ, Рахматуллина ЭФ. Возможности лечения ситуационной тревожности в практике невролога. *Медицинский совет*. 2023;17(21):161–167. <https://doi.org/10.21518/ms2023-413>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Treatment options for situational anxiety in the neurology physician practice

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

Bulat E. Gubeev, <https://orcid.org/0000-0002-7072-7729>, bulat.g@list.ru

Elza F. Rakhmatullina, <https://orcid.org/0000-0002-0425-3481>, elsa2109@mail.ru

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

Abstract

Recent decades have been characterized by high stress levels, which inevitably leads to neuroticism and psychopathization of the population. Emotional stress and the anxiety that follows it can be the cause and provocateur of some pathological processes and diseases. Unlike normal anxiety, intended to adapt the body, protect it and preserve life, pathological anxiety is inadequate to the intensity of the threat, is long-lasting, severe, and disrupts the quality of a person's life and his activities. Activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis caused by stress leads to the development of psycho-vegetative syndrome – a complex of somatic, vegetative, and mental symptoms. However, in clinical practice, doctors usually encounter the fact that the patient more often presents various multisystem somatic complaints, ignoring emotional experiences. Undiagnosed anxiety can lead to chronicity or relapse of the disease, the prescription of only symptomatic therapy and aggravation of the course of the missed anxiety disorder. For a doctor to qualitatively assess the clinical picture, it is necessary to understand the structure of autonomic dysfunction in various systems and “recognize” the manifestations of anxiety. Managing such patients, especially comorbid ones, is a complex task, the solution of which will be most effective through joint efforts with psychiatrists and psychotherapists. Psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, art therapy, music therapy, medications are an integral part of the therapy for this category of patients. Psychotropic drugs can reduce both anxiety and vegetative symptoms.

For subclinical anxiety disorder with somatic manifestations, herbal sedatives or drugs based on them are used in outpatient practice, which have a favorable safety profile with sufficient effectiveness. The drug of choice may be Valocordin, which has sedative, antispasmodic, and hypnotic effects, which corresponds to the goals of treating psychovegetative syndrome.

Keywords: somatic (vegetative) symptoms of anxiety, stress, stress-induced disorders, neuroses, valocordin, somatization, generalized anxiety disorder, panic attack

For citation: Kadyrova LR, Gubeev BE, Rakhmatullina EF. Treatment options for situational anxiety in the neurology physician practice. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(21):161–167. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-413>.

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

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все чаще звучит термин «междисциплинарная неврология», суть которой заключается в улучшении взаимодействия между неврологами и врачами разных специальностей, в первую очередь терапевтами, кардиологами, психиатрами в лечении и профилактике наиболее актуальных заболеваний. Причиной и провокатором некоторых патологических процессов являются эмоциональный стресс и следующая за ним тревога, которыми сегодня интересуются и врачи, и философы, и политики, и социологи. Мировые проблемы, стихийные бедствия, нестабильная экономика, неизвестные ранее опасные вирусы – все это вносит в жизнь современного человека чувство неуверенности в завтрашнем дне [1] и может привести к невротизации и психопатизации [2].

Результаты скринингового обследования, проведенные К.П. Дмитриевой в 2016 г., условно здоровых людей методом экспресс-диагностики уровня невротизации и психопатизации, показали, что частота отклонений в общих показателях невротизации и психопатизации у женщин и мужчин примерно одинакова, причем у мужчин этот показатель составил 39,5%, у женщин – 38,5%. У 15% преобладали симптомы невротизации (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность), у 79,5% – психопатизации, проявлениями которой являются беспечность, легкомыслие, холодное отношение к людям, упрямство в межличностных отношениях [3].

В.Д. Менделевич и С.Л. Соловьева выделяют 4 этапа формирования невротических расстройств и называют его «неврозогенезом». Авторы считают, что процесс начинается сразу же после психотравмирующей ситуации и этапность клинических проявлений и психологических переживаний весьма закономерна [2]. Основоположник теории стресса Ганс Селье еще в середине прошлого века писал, что не столько важна причина стресса, сколько возможность организма перестроиться и адаптироваться в новых условиях [4]. Ответ организма на стресс есть универсальный механизм и включает 3 стадии: стадия первичной тревоги, сопротивления и истощения [5]. И если острый стресс чаще «тренирует» организм, то хронический, растянутый во времени, не несет адаптационной функции, приводит к патологической тревоге, способствуя развитию ряда патологических процессов. Согласно исследованиям, наиболее уязвимыми оказываются сердечно-сосудистая [6] и нейроэндокринная системы [7, 8]. Стресс через активацию

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси приводит к развитию психоvegetативного синдрома – комплекса соматических, вегетативных, психических симптомов [9].

Однако в клинической практике врачи обычно сталкиваются с тем, что пациент предъявляет различные соматические жалобы, чаще полисистемные, не обращая внимания или скрывая эмоциональные переживания, т. е. пациент подменяет психические переживания на физические. В психиатрии этот феномен называется конверсией, и его определение звучит следующим образом: «Конверсия – это защитный механизм психики, в результате которого психическое напряжение, вызванное стрессом, конвертируется (преобразовывается) в симптомы соматического заболевания» [10]. То есть соматизация – это способ избегания психологического стресса [11]. Соматические симптомы могут формироваться под влиянием представления пациента о том, как должно проявляться то или иное заболевание и не быть вымышленным, но всегда являются продолжением психологического конфликта или перенесенного эмоционального стресса. Отрицая психические патологические проявления, пациенту удобнее быть больным физически, т. к. при этом он получает внимание и заботу близких, уход от бытовых проблем, обязательств перед семьей и коллегами, некоторые социальные преимущества. Если раньше подобные нарушения назывались «истерия», то в настоящее время этот термин исключен из классификаций и заменен на «конверсию», «диссоциацию», «психогенное расстройство», «функциональное расстройство», «функционально-неврологическое расстройство» и относятся в МКБ-10 к группе F40-48: «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» [10]. Часто пациент выделяет наиболее значимые для него симптомы, например, нехватку воздуха / дискомфорт или боли в области сердца, игнорируя «второстепенные» (табл. 1). Для качественной оценки врачом клинической картины необходимо понимание структуры вегетативной дисфункции в различных системах [12]. В то же время игнорирование симптомов патологической тревоги может привести к хронизации или рецидиву заболевания, назначению симптоматической и, как следствие, недостаточной терапии, и утяжелению течения пропущенного тревожного расстройства. Следует напомнить, что в отличие от нормальной тревоги, предназначенной для адаптации организма, его защиты и сохранения жизни, патологическая тревога неадекватна интенсивности угрозы, продолжительна, выражена, нарушает качество жизни человека и его деятельность [2].

● **Таблица 1.** Частые симптомы расстройства вегетативной нервной системы при стрессе и тревоге [13]

● **Table 1.** Frequent symptoms of autonomic nervous system disorder in stress and anxiety [13]

Система	Симптомы
Сердечно-сосудистая	• Тахикардия, неприятные ощущения в груди, кардиалгия, артериальная гипертензия или гипотония, нарушения ритма, дистальный акроцианоз, волны жара и холода
Нервная	• Головная боль, головокружения несистемного характера, ощущение неустойчивости, тремор, мышечные подергивания, парестезии, ощущение дурноты, предобморочные состояния
Дыхательная	• Затрудненное дыхание, нехватка воздуха, ком в горле. • Гипервентиляционный синдром: дыхательные нарушения (одышка, ощущения нехватки воздуха и нарушение автоматизма дыхания, чувство удушья и кома в горле, сухость во рту, аэрофагия и др.). • Гипервентиляционные эквиваленты (вдохи, кашель, зевота)
Мышечная	• Мышечно-тонические и двигательные расстройства (болезненное напряжение мышц, мышечные спазмы, фасцикуляции, миокимии, вздрагивания, судороги, тризм). • Парестезии (чувство онемения, покалывания, ползания мурашек, зуд, жжение) конечностей и(или) носогубного треугольника. Ознобы
Пищеварительная	• Боли в животе, тошнота, рвота, отрыжка, вздутие живота, урчание, запоры, поносы
Мочеполовая	• Частое мочеиспускание, снижение либидо, нарушение половой функции
Терморегуляции	• Субфебрилитет, не связанный с инфекционным процессом, периодические ознобы, диффузный и локальный гипергидроз
Сознание	• Предобморочные состояния, чувство пустоты в голове, головокружение, неясность зрения, туман, сетка перед глазами, снижение слуха, шум в ушах

Несмотря на то что пациент может акцентировать внимание врача на конкретном стрессовом событии, якобы явившемся причиной его заболевания, необходимо выявить детали стрессорных факторов, вплоть до оценки особенностей личности, межличностных взаимоотношений в семье и на работе, трудовой деятельности. На начальном этапе у стресса могут быть поведенческие симптомы, такие как утомляемость, невозможность завершить начатое дело, плаксивость, снижение или отсутствие чувства юмора, раздражительность при общении с людьми, подавленный гнев, сужение круга интересов, ощущение враждебности от окружающих [14]. У психогенно обусловленной вегетативной дисфункции проявляется интересная особенность – замена одних симптомов на другие, что тоже негативно отражается на течении заболевания, т. к. возникновение нового симптома – есть дополнительный стресс.

Для неврологов, терапевтов, врачей общей практики и других специалистов непсихиатрического профиля диагностика тревожных расстройств представляет определенные сложности [15, 16]. В настоящее время стресс и расстройства адаптации относятся к разряду тревожных расстройств – по МКБ-10, V класс «Психические

● **Таблица 2.** «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (МКБ-10)

● **Table 2.** “Neurotic, stress-related and somatoform disorders” (ICD-10)

Виды расстройств	Клиническая единица
Тревожные	• Генерализованные • Панические • Смешанные тревожно-депрессивные
Фобические	• Простые фобии • Социофобии • Агорафобии
Обсессивно-компульсивные	
Реакции на стрессовый раздражитель (расстройство адаптации)	• Простое реактивное тревожное расстройство • Посттравматическое стрессорное расстройство

расстройства и расстройства поведения», разряд F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (табл. 2).

На сегодняшний день наиболее распространенными и актуальными являются виды патологической тревоги, представленные в табл. 2 [12].

Врачи-неврологи чаще всего встречаются с паническими расстройствами (в частности, с паническими атаками) и генерализованным тревожным расстройством. Это связано с тем, что данные формы характеризуются широким набором неврологических (вегетативно-сосудистых и болевых) проявлений, а психический компонент тревоги нередко остается незамеченным и не оцененным [11].

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) определяется длительным и стойким (несколько недель – годы) выраженным и неадекватным беспокойством. Пациенты отмечают быструю утомляемость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна. ГТР могут сочетаться с другими формами тревожности – с выраженной депрессией, паническими, фобическими, обсессивно-компульсивными расстройствами, тревогой по поводу собственного здоровья.

Разделенное тревожное расстройство, которое характеризуется страхом или тревогой по поводу разлуки с близкими или необходимостью покинуть место, дающее ощущение безопасности.

Болезненное тревожное расстройство, характеризующееся чрезмерной тревогой по поводу состояния личного здоровья и страхом перед жизненно опасным заболеванием.

Панические расстройства (панические атаки) – неожиданные периодические приступы, с периодами ярко выраженного страха или дискомфорта в сочетании с физическими и/или психологическими симптомами тревоги. Приступ развивается быстро, как правило, достигает максимума в течение 10 мин. и может продолжаться до 45 мин. Некоторые пациенты заранее начинают беспокоиться о вероятном наступлении новых панических атак.

Часто встречается агорафобия – боязнь открытых пространств, скопления людей, невозможность сразу же покинуть опасное место.

Социальная фобия (социальное тревожное расстройство) – состояние с выраженным, устойчивым и необоснованным страхом быть замеченным или оцененным с негативной стороны другими людьми, что бывает связано с наличием физических и психологических симптомов тревоги. Социальная фобия может проявиться в самых разных жизненных ситуациях, например, при сдаче экзамена, публичных выступлениях, посещении кафе и ресторанов и т. д.

Специфические фобии – нарушения, при которых пациенты испытывают чрезмерный или необоснованный страх перед отдельными людьми (прием у врача, вызов начальника, обращение учителя), животными и насекомыми (встреча с собакой), предметами (автомобиль при переходе через дорогу) или некоторыми ситуациями (сдача экзамена, полет на самолете, подъем на высокий этаж).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) отличает наличие в анамнезе травмы, которая приводит к навязчивым неприятным воспоминаниям, сопровождающимся сильным страхом, чувством беспомощности, изменениями когнитивных функций, настроения, повышенной возбудимостью с нарушением сна.

Обсессивно-компульсивные расстройства характеризуются повторяющимися навязчивыми мыслями (обсессиями), выдумками, страхами и навязчивыми действиями (компульсиями), что нарушает повседневное функционирование. Наиболее распространенные навязчивые идеи включают причинение вреда, агрессию, религиозные идеи, страх загрязнения, инфицирования и др. Компульсии включают мытье, дезинфицирование, проверку, повторение, подсчет и т.п.

Исследователями и специалистами разрабатываются алгоритмы для оказания эффективной медицинской помощи, где на первом этапе предлагается выявление тревоги и вегетативной дисфункции как проявлений психосоматического синдрома, на втором и третьем – выбор оптимальной тактики лечения и профилактики стресса и его последствий [9].

При субклиническом тревожном расстройстве с соматическими проявлениями на амбулаторном этапе могут использоваться растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе, имеющие более благоприятный профиль безопасности [16, 17]. В качестве симптоматического средства с седативным эффектом при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы, невротических состояниях, повышенной раздражительности, затруднении засыпания, сердцебиении, состоянии возбуждения с выраженными вегетативными реакциями можно рассмотреть комбинированный препарат Валокардин для приема внутрь (табл. 3). В его состав входят этилбромизовалерианат и фенотарбитал по 18,40 мг. Дозировка для взрослых – по 22–30 капель 3 раза в день, при нарушениях засыпания дозу можно увеличить до 45 капель. Препарат принимается до еды с небольшим количеством жидкости.

В работах В.А. Куташовой был показан положительный терапевтический эффект курсового приема препарата Валокардин у пациентов со стресс-индуцированной

● Таблица 3. Терапевтические эффекты препарата Валокардин
● Table 3. Therapeutic effects of Valocordin

Действующее вещество	Терапевтический эффект
Фенотарбитал	• Седативное • Мягкое снотворное • Снижение возбуждения ЦНС • Облегчает наступление естественного сна
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

головной болью напряжения с психовегетативным синдромом. Достигнутый эффект сохранялся в течение полугода у 88,3% пациентов, в течение года – у 49,9%. Авторы сделали выводы, что краткосрочный прием Валокардина при стрессах позволяет справиться с симптомами вегетативной дисфункции, нарушениями сна [18].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка 62 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на ежедневные приступы частого сердцебиения, из-за которых она вызывает скорую помощь. Приступы развивались на фоне чувства дурноты, нехватки воздуха, подъема артериального давления (АД). Нарушился сон, пациентка не может заснуть и часто просыпается. Утром чувствует себя разбитой. Прием Валидола и привычных антигипертензивных препаратов эффекта не давал. Данные приступы появились неделю назад после конфликта с дочерью, который «очень ее расстроил». В течение этой недели общения с дочерью больше не было, пациентка проживала одна. Из сопутствующих заболеваний следует отметить гипертоническую болезнь, хронический гастрит в стадии ремиссии.

В ходе беседы пациентка поделилась своими переживаниями о том, что ей известно, что при частом подъеме АД ухудшается работа сердца, возникает риск развития инфаркта миокарда и внезапной смерти. После ссоры с дочерью подъемы АД стали ежедневными, это усиливало страх и приводило к вышеописанным симптомам (панической атаке), что требовало немедленной медицинской помощи.

Данные объективного осмотра. Пациентка правильного телосложения; рост 162 см, вес 59 кг, индекс массы тела 22,5. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. 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 145/90 мм рт. ст.

Пациентка адекватна, ориентирована в пространстве, месте, времени. Плаксива. В неврологическом статусе: черепные нервы без патологии. Координаторные пробы

выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива, имеется легкий тремор пальцев кистей. Рефлексы с верхних и нижних конечностей равны, оживлены. Сила мышц верхних и нижних конечностей не изменена. Чувствительная сфера сохранена. Менингеальные знаки отсутствуют. Для выявления признаков тревоги и депрессии пациентке было предложено заполнить шкалы и опросники [5], результаты которых представлены в *табл. 4*.

Результаты анализа полученных данных выявили наличие у пациентки невротического состояния, развившегося вследствие эмоционального стресса (конфликта с близким человеком) в форме субклинической тревоги и соматических проявлений. Неадекватное представление (повышение АД – внезапная смерть) усугубило течение гипертонической болезни в структуре психосоматического синдрома.

В соответствии с МКБ-10 основной диагноз был классифицирован как «Другие невротические расстройства» (F48). Сопутствующий диагноз «гипертоническая

болезнь, хронический гастрит вне стадии обострения». Для коррекции проявлений основного заболевания пациентке был назначен курсовой прием препарата Валокордин длительностью 4 нед. с ежедневной дозировкой по 30 капель 2 раза в день до еды. Дополнительно пациентке была объяснена важность соблюдения режима труда и отдыха, гигиены сна, двигательной активности. Для оценки результатов терапии пациентке были вновь предложены опросники и шкалы. Результаты повторного исследования объективно подтвердили положительную динамику (*табл. 5*).

Таким образом, на фоне приема препарата Валокордин у пациентки была отмечена положительная динамика и улучшение самочувствия, что было подтверждено соответствующими шкалами и опросниками. Дальнейшее лечение направлено на профилактику рецидива и закрепления достигнутых результатов, для этого предложена консультация психотерапевта, соблюдение режима труда и отдыха, физические упражнения [5].

● **Таблица 4.** Результаты анализа шкал и опросников для выявления признаков стресса, тревоги и депрессии до начала терапии
● **Table 4.** Results of the assessment 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	180 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 = 15 Депрессия = 0 Тревога = 11 Соматизация = 12

● **Таблица 5.** Динамика показателей шкал и опросников для выявления признаков стресса, тревоги и депрессии после окончания терапии

● **Table 5.** 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)	180 баллов – умеренный уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств	142 балла – низкий уровень стресса и риска развития стрессовых расстройств
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	11 баллов – субклиническая тревога	5 баллов – норма
Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС)	Дистресс = 15 Депрессия = 0 Тревога = 11 Соматизация = 12	Дистресс = 7 Депрессия = 0 Тревога = 7 Соматизация = 10

В зависимости от выраженности проявлений психовегетативного синдрома и тревоги решается вопрос о необходимости стационарного лечения, показаниями к которому являются наличие фобии, частых панических атак, астенизация, сложности подбора адекватной терапии или плохая переносимость, необходимость изоляции от провоцирующих факторов [17].

ОБСУЖДЕНИЕ

Своевременное выявление невротических признаков, диагностика тревожного расстройства и соматических проявлений позволяют предотвратить «уход в болезнь». Пациенты, понимающие причины и особенности своего заболевания, более привержены к терапии. Лекарственная и психотерапия при совместном применении обладают аддитивным эффектом, т. к. влияют на разные участки мозга. Подбор лекарственного препарата будет основываться на предпочтениях пациента, его предыдущем опыте, если таковое было, тяжести заболевания, сопутствующих заболеваниях, осложнениях.

В представленном клиническом случае выбор препарата Валокордин был обусловлен его фармакологическими эффектами: седативным, умеренным гипотензивным, спазмолитическим, мягким снотворным, снимающим возбуждение центральной нервной системы, что соответствовало задачам лечения стресс-индуцированного тревожного расстройства и соматических проявлений. Важным аспектом применения препарата Валокордин является

его относительная безопасность, отсутствие нежелательных явлений, присущих антидепрессантам и противотревожным средствам.

Таким образом, прием Валокордина в составе комплексной терапии в дозе 30 (в инструкции 22–30) капель 3 раза в день курсом 21 день вызывает клинический регресс вегетативных и аффективных симптомов при тревожных состояниях, нивелирует вегетативные проявления постстрессовых реакций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследования тревожных состояний, начиная от причин и заканчивая поиском оптимального лекарства, продолжаются. Одни авторы считают, что внешние стрессовые факторы и особенности организма играют значимую роль в формировании патологического ответа организма, другие – наличие сопутствующих хронических заболеваний [19, 20]. Лечение стресс-индуцированных невротических расстройств, в частности тревоги с соматическими проявлениями, должно составлять от 2 до 6, иногда до 12 мес. и более [21]. Согласно исследованиям, после редукции всех симптомов отмена препарата возможна по истечении не менее 4 нед. лекарственной ремиссии во избежание обострения. Сохранение каких-либо симптомов вегетативной дисфункции является показанием к пролонгированию терапии. 

Поступила / Received 26.09.2023

Поступила после рецензирования / Revised 12.10.2023

Принята в печать / Accepted 12.10.2023

Список литературы / References

1. Баринов ДН. Тревога и страх: историко-философский очерк. *Психолог*. 2013;(3):1–39. <https://doi.org/10.7256/2306-0425.2013.3.553>. Barinov DN. Anxiety and fear: historical and philosophical essay. *Psychologist*. 2013;(3):1–39. (In Russ.) <https://doi.org/10.7256/2306-0425.2013.3.553>.
2. Менделевич ВД, Соловьева СП. *Неврология и психосоматическая медицина*. М.: МЕДпресс-информ; 2002. 608 с.
3. Дмитриева КП. Изучение уровня невротизации и психопатизации условно здоровых граждан. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2016;(4):26–29. Режим доступа: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=906>. Dmitrieva KP. Studying the level of neurotization and psychopathization of conditionally healthy citizens. *Scientific Review. Medical Sciences*. 2016;(4):26–29. (In Russ.) Available at: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=906>.
4. Selye H. What is stress? *Metabolism*. 1956;5(5):525–530. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13358567/>
5. Акарачкова ЕС, Байдаулетова АИ, Беляев АА, Блинов ДВ, Громова ОА, Дулаева МС и др. *Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика: клинические рекомендации*. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс; 2020. 138 с. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/kkawjo>.
6. Chen X, Xu L, Li Z. Autonomic Neural Circuit and Intervention for Comorbidity Anxiety and Cardiovascular Disease. *Front Physiol*. 2022;13:852891. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.852891>.
7. Goldenberg DL. Pain/Depression dyad: a key to a better understanding and treatment of functional somatic syndromes. *Am J Med*. 2010;123(8):675–682. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.01.014>.
8. Lucini D, Pagani M. From stress to functional syndromes: an internist's point of view. *Eur J Intern Med*. 2012;23(4):295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2011.11.016>.
9. Акарачкова ЕС, Котова ОВ, Вершинина СВ. Алгоритм диагностики, лечения и профилактики стресса (для врачей общей практики). *Терапевтический архив*. 2015;87(6):102–107. <https://doi.org/10.17116/terarkh2015876102-107>. Akarachkova ES, Kotova OV, Vershina SV. Algorithm for the diagnosis, treatment, and prevention of stress (for general practitioners). *Terapevticheskiy Arkhiv*. 2015;87(6):102–107. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/terarkh2015876102-107>.
10. Балун ОА, Лукина ЛВ, Михайлов ВА, Семенова НВ, Ситник ЛИ. Непсихотические психические расстройства в неврологической клинике. Часть 1: конверсионные расстройства. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2012;(4):77–80. Режим доступа: <https://psychiatr.ru/magazine/obozr/23/428?ysclid=lodzyxuhk482425695>. Balunov OA, Lukina LV, Mikhailov VA, Semenova NV, Sitnik LI. Non-psychotic psychic disorders in neurological clinics. Part 1: conversion disorders. *VM. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2012;(4):77–80. (In Russ.) Available at: <https://psychiatr.ru/magazine/obozr/23/428?ysclid=lodzyxuhk482425695>.
11. Менделевич ЕГ. Соматизация тревожных расстройств в практике невролога: алгоритмы и подходы к дифференцированному лечению. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;(4):81–86. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-81-86>. Mendelevich EG. Somatization of anxiety disorders in the practice of a neurologist: Algorithms and approaches to differentiated treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;(4):81–86. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-81-86>.
12. Воробьева ОВ. Парадоксы клинических проявлений и диагностических критериев тревожных расстройств. *Эффективная фармакотерапия*. 2014;(3):14–20. Режим доступа: https://umedp.ru/articles/paradoxy_klinicheskikh_proyavleniy_i_diagnosticheskikh_kriteriev_trevozhnykh_rasstroystv.html. Vorobyova OV. Paradoxes of clinical symptoms and diagnostic criteria of anxiety disorders. *Effective Pharmacotherapy*. 2014;(3):14–20. (In Russ.) Available at: https://umedp.ru/articles/paradoxy_klinicheskikh_proyavleniy_i_diagnosticheskikh_kriteriev_trevozhnykh_rasstroystv.html.
13. Вейн АМ (ред.). *Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение*. М.: МИА; 2003. 752 с. Режим доступа: <https://studylib.ru/doc/2092301/a-m-vejn---vegetativnye-rasstroystva?ysclid=loe07fz7dl760801958>.
14. Стресс как психосоматический фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов молодого и среднего возраста. Интервью с ЕС Акарачковой и ОВ Котовой. *ПМЖ*. 2017;(21):1574–1580. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Stress_kak_psihosomaticheskii_faktor_riska_serdechno-sosudistykh_zabolevaniy_u_pacientov_molodogo_i_srednego_vozrasta_Intervyyu_s_ES_Akarachkovoy_i_OV_Kotovoy/. Stress as a psychosomatic risk factor for cardiovascular diseases in young and middle-aged patients. Interview with ES. Akarachkova and OV Kotova.

- RMJ. 2017;(21):1574–1580. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Stress_kak_psihosomaticheskiy_faktor_riska_serdechno-sosudistykh_zabolevaniy_u_pacientov_molodogo_i_srednego_vozrasta_Intervyyu_s_ES_Akarachkovoy_i_OV_Kotovoy/.
15. Есин РГ, Хайбуллина ДХ. Соматические маски тревожного расстройства и возможности терапии. *Медицинский совет*. 2022;16(23):102–109. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-1>.
Esin RG, Khaibullina DKH. Somatic masks of anxiety disorder and therapy opportunities. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(23):102–109. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-1>.
 16. Девликамова ФИ, Хайбуллина ДХ, Максимов ЮН, Кадырова ЛР. Тревожные расстройства в общеклинической практике. *Медицинский совет*. 2023;17(6):95–102. <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>.
Devlikamova FI, Khaibullina DH, Maksimov YuN, Kadyrova LR. Anxiety disorders in general clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(6):95–102. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>.
 17. Шавловская ОА. Терапия тревожных состояний. *Медицинский совет*. 2019;(6):42–49. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.
Shavlovskaya OA. Anxiety Therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(6):42–49. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.
 18. Куташов ВА. 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 VA. Modern approach to the therapy for autonomic disorders in patients under stressful conditions. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(18):92–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-92-95>.
 19. Генерализованное тревожное расстройство. Клинические рекомендации. Российское общество психиатров. М.; 2021. 101 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457_2.
 20. Нехорошкова АН, Большевидцева ИЛ. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний. *Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки»*. 2016;(3):24–36. <https://doi.org/10.17238/issn2308-3174.2016.3.24>.
Nekhoroshkova AN, Bolshevidtseva IL. Neurobiological prerequisites for the formation of anxiety states. *Vestnik of Northern (Arctic) Federal University. Series "Medical and Biological Sciences"*. 2016;(3):24–36. (In Russ.) <https://doi.org/10.17238/issn2308-3174.2016.3.24>.
 21. Воробьева ОВ. Психогенно обусловленная вегетативная дисфункция: диагностика и лечение "трудных" симптомов. *Нервные болезни*. 2017;(3):12–18. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihogenno-obuslovlennaya-vegetativnaya-disfunktsiya-diagnostika-i-lechenie-trudnyh-simptomov?ysclid=loe6nyf54o440611733>.
Vorobyova OV. Psychogenically caused autonomic dysfunction: diagnosis and treatment of "difficult" symptoms. *Nervous Diseases*. 2017;(3):12–18. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihogenno-obuslovlennaya-vegetativnaya-disfunktsiya-diagnostika-i-lechenie-trudnyh-simptomov?ysclid=loe6nyf54o440611733>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Л.Р. Кадырова

Написание текста – Л.Р. Кадырова

Сбор и обработка материала – Л.Р. Кадырова, Б.Э. Губеев, Э.Ф. Рахматуллина

Обзор литературы – Л.Р. Кадырова, Б.Э. Губеев

Перевод на английский язык – Б.Э. Губеев

Анализ материала – Л.Р. Кадырова, Э.Ф. Рахматуллина

Редактирование – Э.Ф. Рахматуллина

Утверждение окончательного варианта статьи – Л.Р. Кадырова, Б.Э. Губеев, Э.Ф. Рахматуллина

Contribution of authors:

Concept of the article – Lidiya R. Kadyrova

Text development – Lidiya R. Kadyrova

Collection and processing of material – Lidiya R. Kadyrova, Bulat E. Gubeev, Elza F. Rakhmatullina

Literature review – Lidiya R. Kadyrova, Bulat E. Gubeev

Translation into English – Bulat E. Gubeev

Material analysis – Lidiya R. Kadyrova, Elza F. Rakhmatullina

Editing – Elza F. Rakhmatullina

Approval of the final version of the article – Lidiya R. Kadyrova, Bulat E. Gubeev, Elza F. Rakhmatullina

Информация об авторах:

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

Губеев Булат Эдуардович, к.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; bulat.g@list.ru

Рахматуллина Эльза Фагимовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; elsa2109@mail.ru

Information about the authors:

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

Bulat E. Gubeev, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; bulat.g@list.ru

Elza F. Rakhmatullina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; elsa2109@mail.ru