

Лечение функциональных неврологических расстройств на примере пациента с кардионеврозом, головной болью напряжения, скелетно-мышечной болью и бессонницей

В.А. Головачева[✉], <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoxo.veronica@gmail.com

А.А. Головачева, <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>, angelika.golovacheva@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме

Представлен клинический случай пациентки с кардионеврозом, частой эпизодической головной болью напряжения с вовлечением перикраниальных мышц, хронической скелетно-мышечной цервикалгией, торакалгией, хронической бессонницей и повышенной тревогой. Перечисленные нарушения – одни из самых частых причин обращения за амбулаторной помощью к врачу-неврологу. Большинство пациентов с данными нарушениями – лица молодого, трудоспособного и репродуктивного возраста. В связи с этим, актуально рассмотрение эффективного, современного подхода к лечению таких пациентов в условиях амбулаторной неврологической практики. Лечение данной категории пациентов – непростая задача, требующая от врача знаний, опыта и внимательного отношения к пациенту. Трудности лечения таких пациентов связаны с тем, что у них формируются неправильные представления о своем заболевании, катастрофизация симптомов, избегающие формы поведения, длительно существуют неправильный образ жизни и дистресс, наблюдается повышенная эмоциональность к происходящим событиям, выявляются стрессовые события, которые предшествовали заболеванию. В реальной неврологической практике, несмотря на повышенный уровень тревоги и психосоматический характер жалоб, многие пациенты отказываются от консультации психиатра и приема антидепрессантов. В клинике нервных болезней Сеченовского Университета пациентке был предложен комплексный подход к лечению, включающий образовательную беседу, рекомендации по гигиене сна и образу жизни, валокордин кратким курсом, когнитивно-поведенческую терапию, упражнения по релаксации и майндфулнессу, кинезиотерапию. На основании детальной клинической беседы с пациенткой, данных осмотра были выявлены все факторы, которые спровоцировали и поддерживали кардионевроз, болевые синдромы, бессонницу – стрессовые события в анамнезе, неправильные представления о своем состоянии и методах лечения, катастрофизация симптомов, ошибочные стратегии преодоления боли, тревоги и бессонницы, гиподинамия, длительные статические нагрузки. В процессе лечения проводилась терапевтическая работа со всеми перечисленными факторами. В результате комплексного лечения у пациентки регрессировали боли и кардионевротические симптомы, нормализовался сон и эмоциональное состояние, пациентка вернулась к прежнему активному образу жизни.

Ключевые слова: кардионевроз, тревога, головная боль напряжения, скелетно-мышечная боль, торакалгия, цервикалгия, стресс, бессонница, лечение, фенобарбитал, когнитивно-поведенческая терапия, кинезиотерапия, майндфулнесс, релаксация

Для цитирования: Головачева ВА, Головачева АА. Лечение функциональных неврологических расстройств на примере пациента с кардионеврозом, головной болью напряжения, скелетно-мышечной болью и бессонницей. *Медицинский совет.* 2024;18(12):144–151. <https://doi.org/10.21518/ms2024-285>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Treatment of functional neurological disorders by example of a patient with cardiac neurosis, tension headache, musculoskeletal pain and insomnia

Veronika A. Golovacheva[✉], <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoxo.veronica@gmail.com

Anzhelika A. Golovacheva, <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>, angelika.golovacheva@gmail.com

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia

Abstract

The article presents a clinical case of a patient with cardioneurosis, frequent episodic tension headaches involving the pericranial muscles, chronic musculoskeletal cervicgia, thoracalgia, chronic insomnia and increased anxiety. The above disorders are listed among the most common reasons for seeking outpatient care from a neurologist. The majority of patients with these disorders are young people of working and reproductive age. For this reason, it is important to consider an effective, modern approach to the treatment of such patients in outpatient neurological settings. Treatment of this category of patients is quite a challenge that requires the expert knowledge, experience and attentive attitude of the doctor towards the patient. Difficulties in treating such

patients are associated with the fact that they have misconceptions about their disease, catastrophic thinking about their symptoms, avoidance behaviours, unhealthy lifestyle and distress for a long time, increased emotional sensitivity to current events, and stressful events that preceded their disease. Despite the increased level of anxiety and the psychosomatic nature of the complaints, many patients refuse to consult a psychiatrist and take antidepressants in real neurological practice. The Sechenov University Clinic of Nervous Diseases offered the patient a comprehensive approach to the treatment that comprises awareness conversations, recommendations on sleep hygiene and lifestyle, the short-term use of Valocordin, cognitive-behavioural therapy, relaxation and mindfulness, and kinesiotherapy. The detailed clinical conversations with the patient and examination data allowed to identify all factors that provoked and supported cardioneurosis, pain syndromes, insomnia that was caused by stressful events in the anamnesis, misconceptions about her condition and treatment methods, catastrophizing of symptoms, erroneous strategies for overcoming pain, anxiety and insomnia, physical inactivity, prolonged static load. The treatment process included therapeutic dealing with all of the listed factors. The complex treatment resulted in a decrease in patient's pain and cardioneurotic symptoms, improvement of her sleep and emotional state, and returning to her previous active lifestyle.

Keywords: cardioneurosis, anxiety, tension headache, musculoskeletal pain, thoracalgia, cervicalgia, stress, insomnia, treatment, phenobarbital, cognitive behavioural therapy, kinesiotherapy, mindfulness, relaxation

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of functional neurological disorders by example of a patient with cardiac neurosis, tension headache, musculoskeletal pain and insomnia. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(12):144–151. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-285>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Функциональные неврологические нарушения (в том числе ощущение сердцебиения, тяжести в области сердца, нехватки воздуха, несистемного головокружения), головная боль напряжения, скелетно-мышечные боли в шее, в спине, инсомния – это самые частые причины обращения пациентов за амбулаторной помощью в современной неврологической практике [1–10]. Часто все перечисленные нарушения сочетаются у одного пациента, и обычно такие пациенты уже проходили различные обследования, консультации у специалистов и безуспешные курсы лечения [3–9]. В большинстве случаев в основе перечисленных нарушений лежит длительное воздействие какого-либо стрессового события из профессиональной, социальной, семейной или сферы личной жизни [2–9]. Функциональные неврологические нарушения, головная боль напряжения, скелетно-мышечные боли в шее, в спине, инсомния относятся к стресс-индуцированным нарушениям [2, 11–13]. Повышенный уровень тревоги обычно провоцирует и поддерживает хроническое течение данных расстройств [14–18].

Пациенты, пришедшие на амбулаторный прием с сочетанием вышеперечисленных нарушений, относятся к категории «трудных пациентов» [3–9, 19]. Это связано с несколькими факторами. Во-первых, многие пациенты не рассказывают врачу о предшествующих стрессовых событиях или отрицают связь между стрессом и имеющимися симптомами. Во-вторых, практически у всех пациентов с такими нарушениями есть неправильные представления о своем состоянии: пациенты считают, что причина симптомов – органическое заболевание, которое может прогрессировать и привести к негативным последствиям. У пациентов формируется катастрофизация имеющихся симптомов. В-третьих, обычно такие пациенты длительное время поддерживают неправильный образ жизни – гиподинамию, нерегулярное и бесполезное питание, нарушенный режим труда и отдыха, нарушенный режим сна. В-четвертых, несмотря на высокий уровень тревоги, пациенты могут отказываться от консультации психиатра и приема антидепрессантов. Все

перечисленные трудности в ведении пациентов с функциональными неврологическими нарушениями, болями и инсомнией можно преодолеть с помощью современного комплексного подхода к лечению [3–10, 14–16, 20].

Представляем собственный клинический случай успешного ведения пациентки с головной болью напряжения, скелетно-мышечной болью, кардионеврозом и инсомнией с помощью комплексного подхода, включающего лекарственную терапию, образовательную беседу, рекомендации по гигиене сна и образу жизни, когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), кинезиотерапию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Н. 42 лет обратилась в Клинику нервных болезней (КНБ) Сеченовского Университета за амбулаторной консультацией с жалобами на ощущение сердцебиения, тяжести, напряжения, сдавления, боль в области грудной клетки, на тревожность, эмоциональную лабильность, головную боль, боль в шее, повышенную утомляемость, нарушения ночного сна.

С пациенткой была проведена клиническая беседа, детально выяснены анамнез заболевания и анамнез жизни. Новая информация, новые детали истории заболевания и жизни, которые были важны с диагностической точки зрения, выявлялись и в дальнейшем, уже в ходе проведения индивидуальных сессий по КПТ. Подобная ситуация вполне стандартна при ведении пациентов с функциональными расстройствами. Приводим структурированную историю заболевания и жизни пациентки Н., которая является ярким примером того, как развивается и течет функциональное расстройство.

Пациентка отмечает, что вышеописанные ощущения сердцебиения, тяжести, напряжения, спазма, сдавления, боли в области грудной клетки впервые появились в 37 лет, симптомы возникали эпизодически, продолжительностью по 10–15 мин, с частотой 1–2 раза в мес. Пациентка была обеспокоена данными симптомами, обращалась за консультацией к кардиологу, прошла лабораторные

и инструментальные обследования (суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, эхокардиография (ЭхоКГ), дуплексное сканирование сосудов шеи, общий и биохимический анализ крови), сердечно-сосудистой патологии выявлено не было. Проводилась КТ легких, патологии не обнаружено. Пациентка была консультирована эндокринологом, была исключена эндокринная патология по данным ультразвукового исследования щитовидной железы, анализов крови на гормоны щитовидной железы и надпочечников. Пациентка сообщает, что после перечисленных обследований и консультаций, заверений врачей об отсутствии сердечно-сосудистой и эндокринной патологии беспокоящие симптомы не возникали в течение 1,5 мес., но затем возобновились. Пациентка продолжала беспокоиться о возможном развитии заболевания сердца в дальнейшем, о том, что «вдруг врачи не смогли выявить заболевание сердца, но на самом деле оно уже развилось». Пациентка продолжала работать, не брала больничные, старалась отвлекаться от тревожных мыслей профессиональной деятельностью (стала больше сидеть за компьютером) и домашними делами. Но тревожность продолжала нарастать, появились частые головные боли, повысилась утомляемость, снизилось настроение, нарушился ночной сон. Пациентка сообщает, что до 37 лет головные боли были редкие (1–2 раза в 1–2 мес.), двусторонней лобно-височно-затылочной локализации, давящие, интенсивностью 4–6 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), продолжительностью от нескольких часов до суток. После 37 лет головные боли остались прежними по клинической картине, но участились до 8–10 дней в мес. Пациентка принимала обезболивающие препараты для купирования головной боли (ибупрофен, комбинированные анальгетики), с эффектом. Дозы принимаемых обезболивающих препаратов за месяц никогда не превышали 8 дней в мес. Постепенно к беспокоящим симптомам добавилась ноющая, тянущая, умеренная по интенсивности боль в шее, усиливающаяся после длительных статических поз. Качество ночного сна у пациентки прогрессивно ухудшалось, и за последние 1,5 года практически каждую ночь у пациентки отмечались трудности с засыпанием (1–2 часа требуется, чтобы уснуть), частые ночные пробуждения (по 3–4 раза за ночь), ранние утренние пробуждения (в 4–5 часов утра), отсутствие ощущения отдыха после сна, дневная сонливость. Когда пациентка не могла заснуть, то она продолжала лежать в постели, смотрела по телефону сериалы. Вечером старалась пораньше лечь в постель, чтобы общее время пребывания в постели было не менее 9 часов. В выходные дни проводила в постели до 10 часов, а также спала по 1–2 часа днем.

Пациентка сообщает, что в течение 5 лет продолжала регулярно посещать кардиолога, ежегодно самостоятельно проходила обследования – Эхо-КГ, ЭКГ, дуплексное сканирование сосудов шеи. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не обнаруживалось, но эпизоды таких симптомов, как ощущение сердцебиения, тяжести, напряжения, спазма в области грудной клетки усиливалось по своей выраженности: данные эпизоды стали более продолжительными (до 40–50 мин), более частыми (до 10 раз в мес.) и более интенсивными, стали сопровождаться ощущением

нехватки воздуха и трудностью сделать вдох, ощущением кома в горле, страхом смерти. По поводу данных эпизодов за последний год пациентка трижды вызывала бригаду скорой помощи. В вечерние часы, перед сном, у пациентки регулярно появлялись тревожные мысли о своем состоянии, которые мешали ей засыпать. Пациентка стала беспокоиться, что из-за ухудшающегося состояния она не сможет работать, ее уволят, из-за чего существенно снизится доход в семье и качество жизни всей семьи, она не сможет воспитывать сына и заботиться о нем. У пациентки не получалось избавиться от тревожных мыслей по поводу вышеперечисленных симптомов. Эмоциональное состояние пациентки ухудшалось. У пациентки развилось избегающее, ограничительное поведение: на работу и с работы пациентка ездила вместе с мужем, из дома старалась не выходить одна (даже в магазин), прекратила ездить на общественном транспорте, всегда носила с собой в сумке тонометр для измерения артериального давления, ежедневно измеряла артериальное давление по 2–3 раза в день.

Кардиологи, к которым пациентка обращалась, рекомендовали проконсультироваться у невролога, психотерапевта. Пациентка ранее консультировалась у невролога, выполнялось МРТ головы, шейного и грудного отдела позвоночника. По данным МРТ головы патологии не обнаружено, по МРТ шейного и грудного отдела позвоночника были выявлены неспецифические изменения – остеохондроз, протрузии межпозвонковых дисков на уровне C5–C6, C6–C7, Th4–Th5 позвонков. Данные изменения в шейном отделе позвоночника врач ошибочно расценил как причину головной боли, боли в шее. У пациентки сформировались неправильные представления об органической природе головной боли и боли в шее, связанной с якобы возрастными изменениями позвоночника. Пациентка ранее не обращалась к психотерапевту или психологу, т. к. не видела смысла обращения к данным специалистам. Пациентка считала, что ее тревога и сниженное настроение связаны исключительно с вышеописанными физическими симптомами. Пациентка ошибочно полагала, что главное и первоочередное – это избавиться от данных физических симптомов, после чего ее эмоциональное состояние и сон улучшатся, повысится повседневная активность. Также пациентка ошибочно полагала, что необходимо контролировать и отслеживать состояние своего сердца, регулярно проходить повторные исследования, чтобы не упустить дебют заболевания сердца. Пациентка ошибочно считала, что повторные исследования сердца помогают ей снижать уровень тревоги.

Важно отметить, что до дебюта вышеописанных жалоб у пациентки произошло несколько стрессовых событий в жизни. Так, 10 лет назад мама пациентки внезапно умерла от тромбоэмболии легочной артерии в возрасте 63 лет. А 7 лет назад у папы пациентки было обнаружено злокачественное образование легкого, причем правильный диагноз был поставлен только после обращения к третьему врачу-пульмонологу, папа перенес 2 операции по поводу новообразования легкого, было осложнение в виде кровотечения в зоне операции. В дальнейшем на работе пациентки один из ее коллег умер от внезапной остановки сердца в возрасте 45 лет. У пациентки сложилось

впечатление, что «угрожающее жизни заболевание может развиться внезапно», «врачи могут упустить дебют серьезного заболевания». Также представляет интерес ситуация пациентки в семье. Пациентка живет вместе с мужем 50 лет, сыном 8 лет и папой 72 лет в благоустроенной квартире. По будним дням, пока пациентка и ее муж находятся на работе, с ребенком находится папа пациентки. Из-за того что папу беспокоили несистемное головокружение, повышенное артериальное давление (2 раза вызвали скорую помощь по поводу гипертонического криза), в анамнезе у него было онкологическое заболевание, то пациентка боялась, что с папой внезапно может стать плохо, она не успеет помочь папе, и ребенок останется без присмотра взрослого. Кроме того, пациентка беспокоилась, что ее сын «может испытать сильный, травмирующий его страх при виде смерти бабушки». В связи с таким страхом, пациентка, находясь на работе, несколько раз в течение дня звонила папе и интересовалась, где они находятся или куда пошли.

На момент обращения в КНБ в неврологическом и соматическом статусе нарушений не выявлено. Пациентка нормального телосложения, нормальный индекс массы тела. При нейроортопедическом осмотре выявлены миофасциальный синдром перикраниальных мышц, особенно выраженный слева, болезненность при пальпации фасеточных суставов на уровне C6–C7, C7–C8 слева, болезненность при пальпации грудино-реберных сочленений, грудных мышц, преимущественно выраженная слева. По данным тестирования были выявлены высокий уровень тревоги (41 балл по Шкале тревоги Бека (ШТБ)) и легкая выраженность симптомов депрессии (26 баллов по Шкале депрессии центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ), умеренные нарушения сна (18 баллов по Индексу тяжести инсомнии (ИТИ)).

У пациентки отсутствовали красные флажки по головной боли, поэтому дополнительных методов исследования для установления диагноза головной боли не требовалось. В соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3), головная боль пациентки соответствовала диагнозу «Частая эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц» [21].

На основании клинических рекомендаций экспертов по диагностике и лечению боли в шее пациентке был установлен диагноз «Хроническая скелетно-мышечная цервикалгия» [14]. Учитывая жалобы на боль и болезненные ощущения в области грудной клетки, клиническую картину, отсутствие «красных флажков», нейроортопедический статус, был поставлен диагноз «Хроническая скелетно-мышечная торакалгия» [13, 22].

В соответствии с диагностическими критериями российских и европейских клинических рекомендаций по инсомнии, был поставлен диагноз «хроническая инсомния» [16, 20].

Пациентка отказалась от консультации психиатра. Так как у нее отсутствовали суицидальные мысли и попытки суицида в анамнезе, отсутствовали психотические симптомы (бред, галлюцинации), по своему поведению она не представляла опасности для себя и окружающих,

то абсолютных показаний к консультации психиатра не было. Учитывая жалобы пациентки на функциональные неврологические нарушения, клиническую картину заболевания, высокий уровень тревоги и легкий уровень симптомов депрессии по данным тестирования, пациентке был установлен тревожно-астенический синдром.

Клинический диагноз пациентки Н. – «Хроническая скелетно-мышечная торакалгия, цервикалгия. Частая эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц. Хроническая инсомния. Тревожно-астенический синдром». Пациентка сообщила, что желает посещать сессии по психотерапии, пока не хочет принимать антидепрессанты, но готова принимать какой-либо седативный препарат кратким курсом для снижения уровня тревоги. С учетом клинического диагноза и пожеланий пациентки, рекомендаций по лечению головной боли напряжения [23], бессонницы [16, 20], скелетно-мышечных болей [14, 15], невротических расстройств [24, 25] был предложен следующий план лечения:

1) Образовательная беседа о заболевании пациентки, о взаимосвязи неприятных ощущений в грудной клетке, головной боли, инсомнии и тревоги, о современном и эффективном подходе к лечению расстройства пациентки, о благоприятном прогнозе заболевания.

2) Рекомендации по гигиене сна и образу жизни.

3) Лекарственная терапия – валокордин по 25 капель 3 раза в день в течение 3 нед., далее рекомендован прием валокордина ситуативно, при интенсивной тревоге, также по 25 капель.

4) КПТ в форме индивидуальных сессий по 1,5 ч с частотой 1 раз в нед. в течение 6 мес. КПТ включала техники работы с тревожными мыслями, избегающим и гиперконтролирующим поведением пациентки, а также упражнения по релаксации и майндфулнессу. КПТ была направлена на лечение кардионевротических симптомов, тревоги, инсомнии, боли.

5) Кинезиотерапия, включающая лечебную гимнастику, рекомендации по физической активности в течение дня и тренинг правильных поз, в форме 8 индивидуальных занятий.

Все вышеперечисленные методы лечения применялись одновременно с первого дня лечения. Назначение лекарственной терапии в виде препарата валокордин позволило уже в первые дни лечения снизить уровень тревоги, выраженность кардионевротических симптомов и улучшить качество сна у пациентки. Благодаря этому пациентка смогла быть более внимательной к рекомендациям врачей; повысилась приверженность к лечению; пациентка смогла самостоятельно, пользуясь такси, приезжать в клинику на занятия по КПТ и по кинезиотерапии; не наблюдалось вызовов скорой помощи по поводу вышеописанных психовегетативных симптомов. На фоне снижения уровня тревоги пациентка стала лучше понимать и усваивать новую информацию, в том числе во время образовательной беседы и сессий по КПТ. Пациентке было разъяснено, что снижение психовегетативных симптомов на фоне приема препарата валокордин – еще один аргумент, подтверждающий наличие у пациентки функционального, а не органического

расстройства. Пациентка хорошо переносила терапию вальпрокордином, побочных эффектов не отмечалось.

На сессиях по КПТ с пациенткой была обсуждена связь негативных, катастрофичных мыслей с тревогой и неприятными физическими ощущениями. Проводилась работа с негативными автоматическими мыслями пациентки, представленными в вышеописанной истории заболевания. Данные мысли с помощью специальных техник («аргументы за и против», «преимущества и недостатки так думать», «сократический диалог», «функциональный и прагматический диспут») заменялись на альтернативные, более реалистичные представления о своем заболевании и своих возможностях. Проводились поведенческие эксперименты, направленные на снижение избегающего поведения, уменьшение гиперконтроля за своим состоянием. Например, проводились поведенческие эксперименты, направленные на использование общественного транспорта для поездки на работу и обратно, а также направленные на прекращение регулярного измерения артериального давления. Еще одним направлением работы с пациенткой стала КПТ инсомнии, направленная на ограничение времени пребывания в постели без сна и соблюдение правил по гигиене сна.

Упражнения по релаксации и майндфулнессу проводились с пациенткой на сессиях по КПТ, а также пациентке рекомендовалось выполнять их самостоятельно в течение дня и перед сном. Лечебная гимнастика и тренинг правильных поз были направлены на лечение головной боли напряжения, скелетно-мышечной цервикалгии, торакалгии. Пациентке рекомендовалось между встречами со специалистом по кинезиотерапии выполнять упражнения самостоятельно, дома, по 15 мин утром.

Через 1 мес. у пациентки были правильные представления о своем состоянии, снизился уровень тревоги (до 36 баллов по ШТБ) и симптомов депрессии (до 20 баллов по ШДЦЭИ), улучшился ночной сон (13 баллов по ИТИ), уменьшилась интенсивность болезненных ощущений в грудной клетке и боли в шее, частота головной боли уменьшилась с 10 до 5 дней в мес. Через 3 мес. у пациентки был незначительный уровень тревоги (14 баллов по ШТБ), отсутствовали симптомы депрессии (11 баллов по ШДЦЭИ), нормализовался ночной сон (5 баллов по ИТИ), головная боль возникала только 2 раза в мес., боль в шее регрессировала, функциональные неврологические нарушения возникали 3–4 раза в мес., легкой степени выраженности, пациентка не носила с собой тонометр и не измеряла артериальное давление, стала пользоваться общественным транспортом, повысилась активность на работе и в семейной жизни. Через 6 мес. пациентку не беспокоили боли и кардионевротические симптомы, сохранялся нормальный ночной сон (3 балла по ИТИ) и нормальный фон настроения (7 баллов по ШДБ и 5 баллов по ШДЦЭИ), пациентка продолжала вести активный образ жизни, работать и пользоваться общественным транспортом. Важно отметить, что пациентка продолжала самостоятельно ежедневно заниматься лечебной гимнастикой (по 15 мин утром) и упражнениями по майндфулнессу, релаксации (по 20 мин вечером). Наблюдение за пациенткой в течение 12 мес. показало сохранение достигнутого терапевтического результата.

ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай пациентки Н. демонстрирует типичную историю развития функционального неврологического нарушения (кардионевроза), хронической скелетно-мышечной боли, хронической инсомнии [5, 8, 24, 25]. Стрессовые события (внезапная смерть мамы от тромбоэмболии, тяжелая болезнь отца, опыт несвоевременной диагностики жизнеугрожающего заболевания у отца) привели к развитию повышенной тревоги у пациентки, ощущению уязвимости перед болезнями. На фоне длительной повышенной тревоги развились функциональные неврологические нарушения, преимущественно локализующиеся в области грудной клетки. Из-за катастрофизации появившихся симптомов у пациентки усиливалась тревога, ухудшалось настроение, что способствовало развитию и закреплению типичного поведения при кардионеврозе – гиперконтроль за симптомами (например, всегда носить с собой тонометр, регулярно обследоваться у кардиолога) и избегание ситуаций, в которых пациентка чувствует себя незащищенной (например, не ездить одной в общественном транспорте, ограничивать физические нагрузки в течение дня, больше лежать и отдыхать) [5, 8, 24, 25]. Типично, что при сохраняющейся повышенной тревоге усиливаются изначальные соматические симптомы и появляются новые симптомы [3–9]. Так, у пациентки не только участились и усилились болезненные ощущения в области грудной клетки, но и участились головные боли напряжения, появились скелетно-мышечная боль в шее и инсомния. Известно, что повышенная тревога, избегающие формы поведения, катастрофизация боли – это факторы хронизации головной боли напряжения и скелетно-мышечной боли [3–9, 14, 15]. Важно отметить, что существенный вклад в процесс катастрофизации симптомов вносят ятрогенные факторы – неправильное информирование пациентов о причинах заболевания и методах его лечения [3–9]. Так, пациентка Н. была неправильно информирована о причинах головной боли, боли в шее, что сформировало у нее ошибочные негативные представления об органической природе болевого синдрома.

Тревога лежит в основе нарушения функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что нарушает работу симпатической и парасимпатической вегетативных систем, способствует сохранению эмоционального и физического напряжения в вечерние и ночные часы, которое в свою очередь провоцирует развитие инсомнии [16, 20]. Тревога – это провоцирующий фактор развития инсомнии, а к поддерживающим (способствующим хронизации) факторам относятся неправильные формы поведения пациента в отношении сна и дневной активности [16, 20]. Так, мы наблюдали, что пациентка проводила в постели чрезмерное количество часов, спала днем, в кровати смотрела сериалы по экрану телефона. Все перечисленные действия пациентки – пример ошибочного поведения в отношении сна и дневной активности [26].

В отечественной неврологической практике распространены ситуации, когда пациенты с диагностированной функциональной природой предъявляемых жалоб, повышенной тревогой отказываются от консультации психиатра.

На примере описания пациентки Н. продемонстрирована такая ситуация. В подобных случаях врачу-неврологу важно определить все имеющиеся неврологические нарушения (головную боль напряжения, инсомнию, скелетно-мышечную боль в шее и т.п.), оценить психологическое состояние пациентки с помощью тестирования, обозначить наличие функциональных неврологических нарушений.

Другой распространенной ситуацией в отечественной неврологической практике является отказ пациентов с хронической скелетно-мышечной болью, повышенной тревогой, психосоматическими симптомами, инсомнией от приема антидепрессантов, что и было показано на примере пациентки Н. В подобных ситуациях пациенту могут быть предложены такие современные эффективные нелекарственные методы лечения, как КПТ, кинезиотерапия, упражнения по релаксации и майндфулнессу [14–16, 20]. А в качестве лекарственной терапии может быть предложен препарат с седативным эффектом кратким курсом [2, 11]. Так, для лечения пациентки Н. применялись перечисленные нелекарственные методы, а в качестве фармакотерапии курсом на 3 нед. был назначен препарат валокордин.

КПТ, упражнения по релаксации и майндфулнессу – это психологические методы, показавшие свою эффективность в лечении всех имеющихся у пациентки нарушений: хронической скелетно-мышечной боли в спине, в шее, головной боли напряжения, хронической инсомнии, невротического расстройства [14–16, 20, 23]. С помощью КПТ проводится методическая работа с тревожными мыслями пациента о своем состоянии, с гиперконтролирующим и избегающим поведением, которые поддерживают боль, инсомнию и психовегетативные симптомы. Проводится постепенная, планомерная поведенческая активизация пациента [3–9]. С помощью релаксации и майндфулнесса удается эффективно снизить уровень эмоционального и физического напряжения, улучшить функционирование вегетативной нервной системы, снизить психологическую импульсивность, улучшить внимание, повысить работоспособность в течение дня и удовлетворенность от жизни [3–9].

Кинезиотерапия – это ведущий метод для лечения скелетно-мышечной боли, включающий лечебную гимнастику, тренинг правильных поз, образовательные беседы об отдыхе и физической активности в течение дня [14, 15]. У пациентки не было кардиологической патологии, но был выраженный миофасциальный синдром мышц головы, шеи, плеч, грудного отдела спины и грудной клетки, болезненность при пальпации фасеточных суставов и грудино-реберных сочленений, преимущественно слева. Гиподинамия, длительные статические нагрузки (работа за компьютером), стресс способствуют развитию скелетно-мышечной боли [13, 22], что и наблюдалось у пациентки. Регулярные занятия по кинезиотерапии способствовали нормализации состояния мышц и суставов, благодаря чему снизилась интенсивность боли и болезненных ощущений в грудной клетке.

Валокордин – седативный препарат, содержащий фенобарбитал и этилбромизовалерианат, широко применяемый в отечественной медицинской практике [1, 2]. В случае пациентки Н. валокордин стал препаратом выбора,

т. к. у пациентки сочетались повышенная тревога, боль, функциональные неврологические нарушения в области грудной клетки, инсомния, и все симптомы были стресс-индуцированными. Валокордин обладает следующими терапевтическими действиями: седативным, умеренным гипотензивным, спазмолитическим, мягким снотворным, снимающим возбуждение центральной нервной системы [1, 11]. Валокордин обладает хорошей переносимостью, показан пациентам с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы (в том числе с кардиалгиями, синусовыми тахикардиями), с неврозом, бессонницей, с состояниями возбуждения, сопровождающимися выраженными вегетативными реакциями [1, 2, 11, 27]. При перечисленных нарушениях валокордин назначается курсом, в течение 2–3 нед., по 22–30 капель 3 раза в день до еды. Данные дозы являются эффективными и безопасными, т. к. при соблюдении правил приема препарата пациент получает минимальные терапевтические дозы фенобарбитала, от которых не развивается зависимости или токсических эффектов [1, 2, 11, 27]. Важно отметить, что в 1 флаконе валокордина объемом 20 мл содержится суточная доза фенобарбитала, что еще раз подчеркивает безопасность применения препарата в терапевтических дозах.

Валокордин показал свою клиническую эффективность и безопасность в лечении стресс-индуцированных нарушений (головной боли напряжения, тревоги, функциональной вегетативной дисфункции). Так, в исследовании, включавшем 85 пациентов (средний возраст $26,5 \pm 3,5$ года) со стресс-индуцированной головной болью напряжения и вегетативной дисфункцией, было показано, что информирование пациента о заболевании, рекомендации по образу жизни и курс препарата валокордин (по 15 капель 3 раза в день в течение 3 нед.) способствовали значимому улучшению состояния – снижению частоты и интенсивности головной боли, психовегетативных симптомов [27]. При этом терапевтический эффект сохранялся в течение 6 мес. у 88,3% пациентов, а в течение 12 мес. – у 49,9%. На фоне терапии сонливости или чрезмерного седативного действия препарата, а также нарушения когнитивных функций не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексный подход, включающий образовательную беседу, рекомендации по гигиене сна и образу жизни, валокордин кратким курсом, КПТ, упражнения по релаксации и майндфулнессу, кинезиотерапию, позволяет эффективно помочь пациенту с функциональными, стресс-индуцированными расстройствами – кардионеврозом, скелетно-мышечной торакалгией, цервикалгией, головной болью напряжения и инсомнией. Данное лечение хорошо переносится пациентами, обосновано современными клиническими рекомендациями, терапевтический эффект достигается относительно быстро (в течение 1–3 мес. от начала лечения) и сохраняется длительное время.



Поступила / Received 03.06.2024
Поступила после рецензирования / Revised 21.06.2024
Принята в печать / Accepted 28.06.2024

Список литературы / References

- Кадырова ЛР, Губеев БЗ, Рахматуллина ЭФ. Возможности лечения ситуационной тревожности в практике невролога. *Медицинский совет*. 2023;17(21):161–167. <https://doi.org/10.21518/ms2023-413>. 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>.
- Шишкова ВН. Простые и эффективные решения в коррекции тревоги и стресса. *Медицинский совет*. 2023;17(3):161–167. <https://doi.org/10.21518/ms2023-023>. Shishkova VN. 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>.
- Головачева ВА, Головачева АА. Успешные комбинации лекарственной и нелекарственной терапии при болях в нижней части спины. *Российский журнал боли*. 2024;22(1):57–67. <https://doi.org/10.17116/pain2024201157>. Golovacheva VA, Golovacheva AA. Successful combinations of drug and non-drug therapy for low back pain. *Russian Journal of Pain*. 2024;22(1):57–67. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/pain2024201157>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Романов ДВ, Володарская ЕА. Психические расстройства, социальные и демографические характеристики пациентов с хронической и эпизодической мигренью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):94–101. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412401194>. Golovacheva VA, Golovacheva AA, Romanov DV, Volodarskaya EA. Mental disorders, social and demographic characteristics of patients with chronic and episodic migraine. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(1):94–101. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202412401194>.
- Головачева ВА, Головачева АА. Лечение инсомнии у пожилых пациентов с головной болью. *Медицинский совет*. 2023;17(21):44–52. <https://doi.org/10.21518/ms2023-411>. Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of insomnia in elderly patients with headaches. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(21):44–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-411>.
- Головачева ВА, Табеева ГР, Фатеева ТГ. Ведение пациентов со скелетно-мышечной болью в спине и коморбидной тревогой. *Медицинский совет*. 2022;16(23):60–66. <https://doi.org/10.21518/2022-16-23-60-66>. Golovacheva VA, Tabeeva GR, Fateeva TG. Management of patients with musculoskeletal back pain and comorbid anxiety. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(23):60–66. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2022-16-23-60-66>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Голубев ВЛ. Практические принципы лечения хронической неспецифической боли в нижней части спины и коморбидной хронической инсомнии: клиническое наблюдение. *Медицинский совет*. 2021;10(10):164–170. <https://doi.org/10.21518/2021-10-164-170>. Golovacheva VA, Golovacheva AA, Golubev VL. Practical guidelines for the treatment of chronic nonspecific low back pain and comorbid chronic insomnia: clinical observation. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;10(10):164–170. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2021-10-164-170>.
- Головачева ВА, Табеева ГР. Невротическое расстройство, головная боль, стресс: опыт ведения коморбидного пациента и роль препаратов магния. *Медицинский совет*. 2021;2(2):94–100. <https://doi.org/10.21518/2021-2-94-100>. Golovacheva VA, Tabeeva GR. Neurotic disorder, headache, and stress: experience of managing a comorbid patient and the role of magnesium drugs. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;2(2):94–100. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2021-2-94-100>.
- Головачева ВА, Табеева ГР, Головачева АА. Неспецифическая боль в нижней части спины: принципы и алгоритмы успешного ведения пациентов в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(3):85–94. <https://doi.org/10.14412/2023-3-85-94>. Golovacheva VA, Tabeeva GR, Golovacheva AA. Non-specific low back pain: principles and algorithms for successful management of patients in real clinical practice. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85–94. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2023-3-85-94>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР. Хроническая скелетно-мышечная боль в спине: ошибки при ведении пациентов и вопросы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(3):103–109. <https://doi.org/10.14412/2024-3-103-109>. Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR. Chronic musculoskeletal low back pain: mistakes in patient management and optimization issues. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3):103–109. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2024-3-103-109>.
- Шавловская ОА. Терапия тревожных состояний. *Медицинский совет*. 2019;6(4):42–46. <https://doi.org/10.21518/2019-6-42-46>. Shavlovskaya OA. Anxiety Therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;6(4):42–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2019-6-42-46>.
- Эбзеева ЕЮ, Полякова ОА. Стресс и стресс-индуцированные расстройства. *Медицинский совет*. 2022;16(2):127–133. <https://doi.org/10.21518/2022-16-2-127-133>. Ebzeeva EY, Polyakova OA. Stress and stress-induced disorders. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(2):127–133. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2022-16-2-127-133>.
- Rushton S, Carman MJ. Chest Pain: If It Is Not the Heart, What Is It? *Nurs Clin North Am*. 2018;53(3):421–431. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.04.009>.
- Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ, Давыдов ОС, Чурюканов МВ, Головачева ВА и др. Неспецифическая боль в шее (цервикалгия). Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):4–12. <https://doi.org/10.14412/2023-5-4-12>. Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, Davydov OS, Churyukanov MV, Golovacheva VA et al. Non-specific neck pain (cervicalgia). Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSS). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):4–12. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2023-5-4-12>.
- Парфенов ВА, Яхно НН, Давыдов ОС, Кукушкин МЛ, Чурюканов МВ, Головачева ВА и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль в пояснице. Методические рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(25):7–16. <https://doi.org/10.14412/2019-25-7-16>. Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, Kukushkin ML, Churyukanov MV, Golovacheva VA et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(25):7–16. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2019-25-7-16>.
- Полуэктов МГ, Бузунов РВ, Авербух ВМ, Вербицкий ЕВ, Захаров АВ, Кельмансон ИА и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. *Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.)*. 2016;2(2):41–51. Режим доступа: <https://rosleep.ru/wp-content/uploads/2016/11/KLINICHESKIE-REKOMENDATSII-PO-INSOMNII-v.1.2.pdf>. Poluektov MG, Buzunov RV, Averbukh VM, Verbitskiy EV, Zaharov AV, Kel'manson IA et al. Project of clinical recommendations on diagnosis and treatment of chronic insomnia in adults. *Consilium Medicum. Neurology and Rheumatology (Suppl.)*. 2016;2(2):41–51. (In Russ.) Available at: <https://rosleep.ru/wp-content/uploads/2016/11/KLINICHESKIE-REKOMENDATSII-PO-INSOMNII-v.1.2.pdf>.
- Головачева ВА, Табеева ГР. Невротическое расстройство, головная боль, стресс: опыт ведения коморбидного пациента и роль препаратов магния. *Медицинский совет*. 2021;2(2):94–100. <https://doi.org/10.21518/2021-2-94-100>. Golovacheva VA, Tabeeva GR. Neurotic disorder, headache, and stress: experience of managing a comorbid patient and the role of magnesium drugs. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;2(2):94–100. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2021-2-94-100>.
- Эбзеева ЕЮ, Полякова ОА. Тревожные расстройства и нарушения сна. *Медицинский совет*. 2022;16(11):108–113. <https://doi.org/10.21518/2022-16-11-108-113>. Ebzeeva EY, Polyakova OA. Anxiety and sleep disorders. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(11):108–113. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2022-16-11-108-113>.
- 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 YN, Kadyrova LR. Anxiety disorders in general clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(6):95–102. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>.
- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.
- Ayloo A, Cvengros T, Marella S. Evaluation and treatment of musculoskeletal chest pain. *Prim Care*. 2013;40(4):863–887. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.08.007>.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010;17(11):1318–1325. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x>.
- Петелин ДС, Исаева ПС, Толоконин АО, Смолевский АГ, Волев Б. Боль в грудной клетке как междисциплинарная проблема – акцент на соматоформных расстройствах. *Медицинский совет*. 2024;18(3):60–68. <https://doi.org/10.21518/ms2024-086>. Petelin DS, Isaeva PS, Tolokonin AO, Smolevskiy AG, Volel BA. Chest pain as an interdisciplinary problem – emphasis on somatoform disorders. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(3):60–68. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-086>.
- Петелин ДС, Сорокина ОЮ, Трошина ДВ, Сигиневич ЮА, Ефимочкина СМ, Волев Б. Тревожные расстройства в общеклинической практике – клиническая картина, диагностика, оптимизированные подходы к терапии. *Медицинский совет*. 2023;17(3):110–118. <https://doi.org/10.21518/ms2023-053>. Petelin DS, Sorokina OY, Troshina DV, Siginevich YA, Efimochkina SM, Volel BA. Anxiety disorders in general medical practice – clinical picture, diagnosis, optimized approaches to therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(3):110–118. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-053>.
- Haynes J, Talbert M, Fox S, Close E. Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Insomnia. *South Med J*. 2018;111(2):75–80. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000769>.
- Куташов ВА. Современный подход к терапии вегетативных расстройств у пациентов в стрессогенных условиях. *Медицинский совет*. 2018;18(9):92–95. <https://doi.org/10.21518/2018-18-92-95>. Kutashev VA. Modern approach to the therapy for autonomic disorders in patients under stressful conditions. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;18(9):92–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2018-18-92-95>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – В.А. Головачева, А.А. Головачева

Написание текста – В.А. Головачева, А.А. Головачева

Сбор и обработка материала – В.А. Головачева,

А.А. Головачева

Обзор литературы – В.А. Головачева, А.А. Головачева

Анализ материала – В.А. Головачева, А.А. Головачева

Редактирование – В.А. Головачева

Утверждение окончательного варианта статьи –

В.А. Головачева, А.А. Головачева

Contribution of authors:

Concept of the article – Veronika A. Golovacheva,

Anzhelika A. Golovacheva

Text development – Veronika A. Golovacheva, Anzhelika A. Golovacheva

Collection and processing of material – Veronika A. Golovacheva,

Anzhelika A. Golovacheva

Literature review – Veronika A. Golovacheva, Anzhelika A. Golovacheva

Material analysis – Veronika A. Golovacheva, Anzhelika A. Golovacheva

Editing – Veronika A. Golovacheva

Approval of the final version of the article – Veronika A. Golovacheva,

Anzhelika A. Golovacheva

Согласие пациентов на публикацию: пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Головачева Вероника Александровна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; xoho.veronicka@gmail.com

Головачева Анжелика Александровна, ассистент и аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Information about the authors:

Veronika A. Golovacheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia; xoho.veronicka@gmail.com

Anzhelika A. Golovacheva, Assistant, Postgraduate Student of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia; angelika.golovacheva@gmail.com