

Опыт ведения пациентов с тревожным расстройством в реальной клинической практике

П.В. Аронов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6881-1641>, info@fnkc-fmba.ru

Г.Н. Бельская^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-9831-8970>, belskaya@neurology.ru

Д.И. Черепакхин², <https://orcid.org/0000-0001-6489-9623>, dimadimacher@gmail.com

¹ Научный центр неврологии; 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80

² Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева; 117152, Россия, Москва, Загородное шоссе, д. 2

Резюме

Тревожные расстройства (ТР) являются одной из основных проблем здравоохранения. Эпидемиологические исследования показывают, что ТР встречаются у 21–30% населения в течение жизни. Годовая распространенность ТР в США составляет 18,1%, а пожизненная – 28,2%. В Европе годовая распространенность ТР колеблется от 12 до 27%, а пожизненная – около 21–30%. В России частота ТР варьируется от 16 до 31%, они чаще встречаются у женщин и начинаются в молодом возрасте. Лечение ТР сложно из-за потенциального негативного влияния лекарств на психофизиологические функции. Важно подбирать терапию с учетом эффективности, безопасности и доступности, особенно после пандемии COVID-19. Лечение ТР включает психотерапию и психофармакотерапию. В норме нейроны, ограничивающие и реализующие тревогу, находятся в равновесии. При тревоге активность нейронов, лимитирующих тревогу, снижается, а активность нейронов, реализующих тревогу, увеличивается. Цель терапии – активизировать ГАМК-ергические и серотониновые нейроны для снижения тревоги. В последние несколько лет в ведении пациентов с ТР используется комплексная терапия, состоящая из двух типов препаратов: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и С-транквилизатор (серотониновый транквилизатор). К последним относится бупирон – небензодиазепиновый анксиолитик, показанный для лечения ТР. Он имеет меньше побочных эффектов по сравнению с бензодиазепинами. Бупирон действует на серотониновые рецепторы 1А-типа, обеспечивая постепенное снижение тревоги. Может также использоваться в качестве аугментации с антидепрессантами для усиления антидепрессивной терапии. Препарат имеет большой терапевтический потенциал, достаточно малый профиль побочных реакций и хорошую переносимость. Статья проиллюстрирована клиническим случаем успешного применения бупирона.

Ключевые слова: бупирон, тревога, тревожное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, анксиолитик, клинический случай, антидепрессант, депрессия, коморбидность, клинический случай

Для цитирования: Аронов ПВ, Бельская ГН, Черепакхин ДИ. Опыт ведения пациентов с тревожным расстройством в реальной клинической практике. *Медицинский совет*. 2024;18(22):29–36. <https://doi.org/10.21518/ms2024-427>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The experience of managing patients with anxiety disorders in real clinical practice

Pavel V. Aronov¹, <https://orcid.org/0000-0001-6881-1641>, info@fnkc-fmba.ru

Galina N. Belskaya^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-9831-8970>, belskaya@neurology.ru

Dmitriy I. Cherepakhin², <https://orcid.org/0000-0001-6489-9623>, dimadimacher@gmail.com

¹ Research Center of Neurology; 80, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125367, Russia

² Alekseev Psychiatric Clinical Hospital No. 1; 2, Zagorodnoye Shosse, Moscow, 117152, Russia

Abstract

Anxiety disorders (AD) are one of the main health care challenges. Epidemiological studies indicate that ADs occur in 21–30% of the population over a lifetime. The annual prevalence of AD in the USA is 18.1%, with a lifetime prevalence of 28.2%. In Europe, the annual prevalence ranges from 12 to 27%, with a lifetime prevalence of about 21–30%. In Russia, the frequency of AD varies from 16 to 31%, more commonly found in women and starting at a young age. Treating AD is complex due to the potential negative impact of medications on psychophysiological functions. It is important to select therapy considering its effectiveness, safety, and availability, especially after the COVID-19 pandemic. Treatment of AD includes psychotherapy and psychopharmacotherapy. Normally, neurons that limit and implement anxiety are in equilibrium. During anxiety, the activity of neurons limiting anxiety decreases, while the activity of neurons implementing anxiety increases. The goal of therapy is to activate GABAergic and serotonergic neurons to reduce anxiety. In recent years, a comprehensive therapy consisting of two types of drugs has been used in the treatment of AD: SSRIs and a serotonin tranquilizer called buspirone. Buspirone is a non-benzodiazepine anxiolytic effective in treating AD. It has fewer side effects compared to benzodiazepines. Buspirone acts on serotonin receptors of the 1A-type, providing a gradual reduction of anxiety. It can also be used for monotherapy of GAD, augmentation of antidepressant therapy, and is actively applied in routine neurological practice. It has significant therapeutic potential, a sufficiently small profile of side effects, and good tolerability. The article is illustrated by a clinical case of the successful use of buspirone.

Keywords: buspirone, anxiety, AD, GAD, anxiolytic, clinical case, antidepressant, depression, comorbidity, clinical case

For citation: Aronov PV, Belskaya GN, Cherepakhin DI. The experience of managing patients with anxiety disorders in real clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(22):29–36. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-427>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Двадцать первый век проходит «под знаком стресса» вследствие различных политических, социальных, эпидемиологических и других катаклизмов [1, 2]. Продолжающаяся урбанизация с ускорением темпа жизни, напряженностью в профессиональной сфере, необходимостью ежедневных перемещений, как минимум в режиме «дом – работа – дом», требующем зачастую существенного количества времени, недостаток отдыха в целом и сна в частности, нарастающий информационный бум, значительная скученность людей дома, в транспорте и зачастую на рабочем месте – ожидаемые источники стресса [3].

Все эти факторы негативно влияют на психическое здоровье человека, вызывают избыточное психоэмоциональное напряжение и в части случаев ведут к формированию различных психопатологических состояний, в том числе невротического уровня [4].

По данным разных авторов, частота встречаемости симптомов тревожных расстройств (ТР) в период эпидемии COVID-19 варьирует в широком диапазоне от 24–28,8% до 44,9–45% [5–9].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ТР относятся к первым десяти самым значимым проблемам здравоохранения. Результаты двух крупномасштабных эпидемиологических исследований, проведенных в США и странах Европы в 2005 и 2010 гг., показали, что на протяжении жизни ТР развиваются у 21–30% популяции. Согласно данным исследования, выполненного среди населения США, годовичная распространенность ТР среди общей популяции составляет 18,1%, а пожизненная – 28,2%, что значительно больше, чем распространенность любого другого психического расстройства. Что касается распространенности ТР среди европейского населения, то широкомасштабное эпидемиологическое исследование, выполненное в 27 странах Европы и включившее более 65 млн человек, показало, что распространенность ТР у представителей популяции в возрасте от 18 до 65 лет на протяжении только одного года (последнего перед исследованием) составила 12–27%, а пожизненная распространенность ТР составляет около 21–30% [10, 11].

По данным российских авторов, частота колебания ТР варьируется в более широком диапазоне, в общей популяции колеблется от 16 до 31%. ТР чаще встречаются у женщин, а их дебют обычно приходится на молодой возраст [12]. Тем не менее тревожные нарушения, наряду с депрессией и деменцией, остаются доминирующим психическим расстройством и в пожилом возрасте, выявляясь у трети лиц старше 65 лет [10, 13].

Коморбидность ТР включает широкий спектр заболеваний и синдромов, относящихся к пограничному расстройству

личности: аддитивные расстройства (78%), депрессивное, биполярное расстройство (83%), синдром дефицита внимания, самоповреждающее поведение [14, 15].

В случае сохранения тревожных симптомов в течение продолжительного времени, нарастания их интенсивности, появления выраженных психовегетативных нарушений показана медицинская помощь [16–18].

Несмотря на многообразие анксиолитических и антидепрессивных препаратов, фармакологическая коррекция тревожной симптоматики достаточно сложна, особенно у лиц, чей род деятельности требует напряжения и концентрации внимания, что связано с возможностью негативного влияния лекарственных средств на состояние профессионально важных психофизиологических функций. Не менее сложен для врача и подбор терапии для пожилых, а также коморбидных пациентов, страдающих онкологическими, соматическими и неврологическими заболеваниями [19], с точки зрения эффективности, безопасности и материальной доступности препаратов, что немаловажно в условиях пережитой пандемии COVID-19 и ее последствий, напряженной социально-экономической и политической ситуации в мире и т.п. [20].

Принципы лечения тревожно-депрессивных расстройств базируются на комплексном подходе и включают методы психотерапии (когнитивная поведенческая психотерапия) и психофармакотерапии [21–24]. При выборе фармацевтических средств учитывают баланс их эффективности и безопасности. Арсенал врача-психотерапевта включает препараты бензодиазепинового ряда; антидепрессанты различных фармакологических групп, при необходимости – антипсихотические средства, прегабалин, антигистаминовые препараты и буспирон [10]. Классические препараты бензодиазепинового ряда, такие как феназепам, алпразолам и клоназепам, являются достаточно эффективными средствами в анксиолитической терапии. Во время острого периода ТР назначают бензодиазепины для получения быстрой редукции тревожной симптоматики, что способствует повышению комплаентности лечения [25, 26]. Однако длительное назначение этих препаратов имеет ограничения в связи с большим количеством вызываемых ими нежелательных явлений.

Одними из самых распространенных побочных эффектов бензодиазепинов являются снижение скорости реакций, сонливость, повышенная утомляемость, увеличение массы тела, снижение либидо, нервозность, головная боль, головокружение, раздражительность, мышечная слабость, тревога, кошмарные сновидения, приступы ярости, спутанность сознания, атаксия, антероградная амнезия, формирование зависимости, синдром отмены [27–29]. Возможно развитие поведенческих нарушений, раздражительности, гиперактивности, повышение вероятности развития парадоксальных реакций [30].

Для корректного подбора психофармакологических средств целесообразно обратиться к пониманию механизмов нейротрансмиссии при тревоге [31].

В норме у человека в головном мозге нейроны, которые ограничивают или лимитируют тревогу, и нейроны, которые ее реализуют, находятся в состоянии равновесия. При тревоге нейроны, которые должны лимитировать тревогу, по не вполне изученным до сих пор причинам тормозятся, их активность снижается, а нейроны, реализующие тревогу, напротив, активизируются. Отсюда возникают две важных мишени для назначения препаратов, два вида нейронов, которые могут ограничивать тревогу. Это ГАМК-ергические нейроны (нейротрансмиссия осуществляется посредством аминокислоты ГАМК) и серотониновые нейроны, которые взаимодействуют между собой с помощью нейромедиатора серотонина. При тревоге их активность падает, необходимо ее повысить, что приведет к редукции тревоги, в том числе в рамках текущих панических и генерализованных тревожных расстройств, тревожно-депрессивных состояний [32]. Исходя из вышеизложенного, есть две возможности, т. е. две мишени:

■ Активизировать ГАМК-ергические нейроны, которые лимитируют тревогу (это достигается с помощью бензодиазепинов, повышающих активность ГАМК-нейронов). Но поскольку данные препараты действуют комплексно, они подавляют активность других нейронов, приводя их в состояние заторможенности, т. е. к развитию побочных эффектов: сонливости, снижения когнитивных функций, в первую очередь снижения концентрации внимания, восприятия и мышления.

■ Есть и совершенно другая мишень-активизация серотониновых нейронов. Здесь используются два типа препаратов: СИОЗС и С-транквилизатор (серотониновый транквилизатор), к которым относится бупирон (Спитомин®).

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ БУСПИРОНА

Бупирон – небензодиазепиновый анксиолитик класса азапиринов с доказанным эффектом в лечении тревоги, был получен в 1968 г., запатентован для медицинского применения в 1975 г. и получил одобрение FDA для лечения генерализованного ТР (ГТР) в 1986 г. Препарат появился в России в конце 2014 г. (Спитомин®). Он используется преимущественно для монотерапии и в качестве препарата второй линии после селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) для лечения ГТР, для аугментации антидепрессивной терапии, а также для терапии тревоги в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Исследования эффективности бупирона при лечении зависимости возродили интерес к этому хорошо известному препарату [33].

Особенностью этого препарата является гораздо более щадящее действие без развития побочных эффектов, характерных для бензодиазепинов (это происходит потому, что серотониновые нейроны не обрывают активность, а мягко регулируют работу других клеток мозга (т. е. другие клетки функционируют в нормальном среднем режиме: не высоком и не низком).

Итак, активность и СИОЗС, и серотонинового транквилизатора направлена на одну и ту же мишень – серотониновые рецепторы 1А-типа (основной «тормоз» серотониновых нейронов, необходимый для реализации принципа обратной связи). Действие этих препаратов развивается постепенно, эффект наступает через 2–3 нед., т. е. когда наступает состояние нейронального баланса, клинически проявляющегося редукцией тревоги. Однако в отличие от бупирона, влияющего непосредственно на серотониновые рецепторы, СИОЗС не могут сами действовать на серотониновые рецепторы 1А-типа, для этого они оставляют в межсинаптической щели огромное количество серотонина; они не дают серотонину засасываться обратно в нейрон, и этот свободный серотонин действует на серотониновые рецепторы. В результате развивается ситуация, когда СИОЗС действуют медленнее, чем Спитомин® (как правило, 3–4-я нед. лечения) [10].

Есть еще очень важное обстоятельство: Спитомин® действует только на один тип серотониновых рецепторов 1А-типа, а серотонин, который выделяется в результате действия антидепрессантов, может действовать на большое количество серотониновых рецепторов (в настоящее время типировано порядка 7 видов), отсюда – большее число побочных эффектов [10].

Также значимый момент, возможный при терапии антидепрессантами и невозможный при терапии Спитомином: действие антидепрессанта может истощаться, прекращаться по причине того, что весь серотонин остается вне нейрона, и нейрон не успевает синтезировать новый серотонин, или по причине инактивации серотонина в межсинаптической щели с последующей невозможностью тормозного действия нейронов 1А-типа, что клинически проявляется обострением симптоматики. Действие Спитомина гораздо мягче: ему не нужен лишний серотонин, он сам действует на серотониновые рецепторы 1А-типа, поэтому истощения (прекращения) действия Спитомина, исходя из механизма действия, не происходит. Ввиду этого целесообразно рекомендовать назначение Спитомина как первичным пациентам, страдающим от тревожных расстройств, так и пациентам, ранее принимавшим для лечения бензодиазепины и СИОЗС [33].

Литературные данные свидетельствуют о большом терапевтическом потенциале и эффективности бупирона (Спитомина®) в лечении различных психических патологий и коррекции побочных эффектов психофармакотерапии, а также о его хорошей переносимости. Наиболее убедительна на данный момент доказательная база для применения бупирона в лечении ГТР, а также в потенцировании действия антидепрессантов при депрессивных расстройствах. Однако имеющиеся предварительные данные указывают на то, что бупирон также может оказывать положительный эффект при других тревожных расстройствах, расстройствах аутистического спектра, синдроме дефицита внимания, гипосексуальности, негативной симптоматике шизофрении, а также в коррекции ряда побочных эффектов психотропной терапии [34].

Важной является возможность длительного применения этого препарата. Можно предположить, что

применение бупропиона, согласно наблюдениям, оказывает больший эффект при коморбидных депрессивных и панических расстройствах. Также следует отметить хороший эффект бупропиона при комбинированной с антидепрессантами терапии резистентных депрессивных расстройств [35].

Терапия расстройств тревожно-депрессивного спектра нередко ассоциирована с применением анксиолитиков бензодиазепинового ряда [18, 22, 24, 36]. Бупропион, в отличие от бензодиазепинов, не вызывает привыкания, не проявляет миорелаксирующего действия, а после завершения курса лечения не развиваются симптомы отмены. Необходимо отметить, что противотревожный эффект бупропиона (Спитомин®) проявляется между 7-м и 14-м днями терапии [35].

В исследовании А. Васильевой приводятся результаты, полученные при комбинированной терапии панического расстройства в общей кардиологической практике [37]. Пациентам назначали Спитомин® (бупропион) в дозе 30 мг/сут (по 10 мг 3 раза в день) в течение 6 нед., а также курс индивидуальной краткосрочной директивной когнитивно-поведенческой психотерапии, всего 12–15 сеансов. Исследование показало, что комбинированная терапия, включающая препарат Спитомин® и когнитивно-поведенческую психотерапию, значительно снижает тревожность и панические симптомы у пациентов с ГТР. После лечения уровень общей тревоги по шкале HARS уменьшился более чем на 50%, что свидетельствует о терапевтической эффективности метода. Также было отмечено улучшение психического состояния по шкале MADRS и снижение ситуативной тревожности по методике Спилберга – Ханина. Данное исследование подтверждает целесообразность использования комбинированной терапии в клинической практике для лечения тревожного расстройства [37].

Можно утверждать, что использование комбинированной терапии с применением бупропиона (Спитомин®) и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии представляет собой предпочтительный подход к лечению панических расстройств. Накопленный опыт даст возможность специалистам в области психиатрии, психотерапии, неврологии и общей медицинской практики глубже понять преимущества использования Спитомина при лечении пациентов с приступами тревоги, что, в свою очередь, способствует повышению эффективности терапии.

Ниже приведен клинический пример терапии, который показывает практику применения бупропиона (Спитомин®) для лечения тревожно-депрессивной симптоматики, а также augmentирующих свойств препарата.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Под наблюдением врачей-психиатров пациентка М., 19 лет.

Пациентка предъявляла жалобы на сниженное настроение, учащение приступов тревоги, мешающих работать и даже соблюдать личную гигиену.

Анамнез. Поступила впервые. Родилась в г. Иваново. Мать описывает как слабохарактерную, отца не помнит. С двухлетнего возраста воспитывалась отчимом, властным, лицемерным, за провинности часто ставил в угол, из-за чего с раннего детства кусала себе губы. Росла и развивалась по возрасту, посещала детский сад, неполных семи лет пошла в школу. Училась хорошо, тяготела к точным наукам. Часто меняла школы в связи с переездами по съемным квартирам, но успеваемость от этого не снижалась, окончила информационно-математический класс. Подруги и друзья были, очень любила рисовать. С 4 по 7 класс посещала театральную кружок, но после расширения театра перестала в него ходить, поскольку чувствовала себя некомфортно среди многочисленных незнакомых людей. После окончания 11 классов школы прошла курсы по рисованию, отработала по профессии год, затем работала сотрудником ресторана быстрого питания, полгода назад уволилась по собственному состоянию из-за постоянных приступов тревоги. Психоактивные вещества не употребляет. Проживает в г. Москве с матерью, бабушкой, младшей сестрой и братом, взаимоотношения описывает как доброжелательные, прописана в г. Иваново. В отношениях с мужчинами не состояла. На «Медпортале» имеются сведения, что состоит в группе неучтенных больных в психоневрологическом диспансере (ПНД) с диагнозом «F41.1 (Генерализованное тревожное расстройство)». Со слов пациентки, с 2019 г. по 2021 г. на фоне приступов тревоги после конфликтов с отчимом стала наносить себе порезы и прижигать себя сигаретами, «тогда словила психоз, что все, это навсегда, выхода от этого нет, поскольку не хотела рассказывать обо всем матери, чтоб ее не расстраивать, предпочитала вымещать все на себе». Впервые обратилась за психиатрической помощью в августе 2022 г. Получала различную терапию, выделить эффективность отдельного препарата не может. Последнюю схему терапии принимала в течение 11 мес. В схему терапии входили следующие препараты: флуоксетин 40 мг, ламотридин 25 мг, кветиапин 50 мг. В конце июля отметила ухудшение состояния, появилась бессонница, усилилась тревога, снизился фон настроения, а также отмечала, что на протяжении терапии масса тела увеличилась – порядка 15 кг. В начале августа прекратила самостоятельно терапию. В течение первой недели сентября психическое состояние значительно ухудшилось: усилилась тревога, без видимых причин внезапно начинала ощущать учащенное сердцебиение, возникал страх смерти, ощущение «остановки сердца». Появилось избегающее поведение, стала бояться заходить в ванную, так как там тревога усиливалась. Стало сложно соблюдать личную гигиену. Нарушился сон (не могла уснуть до 5 утра), снизилось настроение, пропал аппетит. Не возобновила прием поддерживающей терапии в связи с тем, что пыталась справиться с состоянием своими силами, прибегая к техникам релаксации и использованию различных успокаивающих настоев и безрецептурных противотревожных препаратов. Кроме того, боялась увеличения массы тела и «гормональных сбоев». Не справлялась с повседневными делами, так

как все время находилась в ожидании усиления тревоги. 08.09.2023 г. самостоятельно вызвала себе скорую медицинскую помощь, к пациентке направлен врач-психиатр психиатрического отделения неотложной помощи психиатрической клинической больницы (ПКБ). Просила ей помочь, согласилась на госпитализацию в ПКБ. Доставлена в ПКБ в добровольном порядке.

Сопутствующие заболевания: миопия, себорейный дерматит, псориаз.

Социально-бытовые условия удовлетворительные. Вредные привычки отрицает.

Результаты физического, лабораторного и инструментального исследования, неврологический статус – без особенностей. В общем анализе крови, мочи, коагулограмме – без отклонений. В биохимическом анализе крови: общий холестерин – 5,5 ммоль/л. Электрокардиограмма: синусовый ритм, 87 уд/мин.

Диагноз при поступлении в стационар: F41.1 «Генерализованное тревожное расстройство, стадия декомпенсации, инсомнический синдром у акцентуированной личности».

Для уточнения диагноза было проведено экспериментально-психологическое исследование, основанное на современных принципах диагностики [38–42], которое показало высокий уровень тревоги, сниженный фон настроения, нарушение когнитивных процессов в результате нестабильного психоэмоционального состояния. В процессе подбора терапии был выбран комбинированный подход с включением когнитивно-поведенческой психотерапии и применение антидепрессивной противотревожной фармакологической терапии, в соответствии с имеющимися рекомендациями [30, 43–45].

В результате подбора лечения учитывалось то, что пациентка склонна к набору веса, а также склонна к самокоррекции терапии при появлении побочных эффектов. В связи с этим выбор терапии пал на использование бупропiona (Спитомин®) 20 мг/сут, сертралина (Стимулотон) 100 мг/сут. В течение двух недель состояние стабилизировалось, панические атаки редуцировались, пациентка выписана с рекомендацией продолжения поддерживающей психофармакологической терапии и когнитивно-поведенческих психотерапевтических сеансов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Причинами данного расстройства могли быть социально-бытовые условия, стресс, проблемные взаимоотношения с окружающими, личностные черты, способствующие возникновению расстройства.

В связи с тем что данная клиническая симптоматика не является специфичной для ГТР, было дополнительно проведено экспериментальное психологическое исследование (ЭПИ). По итогу на основании данных анамнеза, ЭПИ и ответа на медикаментозную терапию был установлен диагноз: F41.1 «Генерализованное тревожное расстройство».

В представленном клиническом случае пациентка страдала от ГТР (F41.1), которое характеризовалось

распространенной тревогой, бессонницей, паническими атаками. Состояние пациентки ухудшилось после прекращения терапии, что привело к усилению симптомов и нарушению повседневной жизни. Обострение состояния у пациентки сопровождалось снижением настроения, частыми приступами тревоги, бессонницей, избегающим поведением, нарушением личной гигиены, паническими атаками. Прием поддерживающей терапии ею был прекращен в связи с появлением побочных эффектов, а также потерей эффективности психофармакотерапии.

Диагностирование патологического состояния и установление диагноза было первой частью работы. В последующем для коррекции состояния и поддержания медикаментозной ремиссии требовалось назначение корректной терапии.

В данном клиническом примере использовался комплексный подход к лечению. Для проведения максимальной эффективной психотерапевтической работы было необходимо назначение психофармакотерапии. Такой подход не только обеспечил выравнивание фона настроения, редукции тревоги, но также поспособствовал разрешению и принятию психотравмирующих факторов. Такой подход обеспечит стойкую ремиссию и снизит риск возникновения подобного обострения состояния в будущем.

Схема лечения изначально состояла из сертралина 100 мг/сут, но по результатам повторного ЭПИ был выявлен умеренный уровень тревоги, который требовал коррекции. Для снижения тревожного фона добавлен Спитомин 20 мг/сут. После коррекции психофармакотерапии состояние пациентки стабилизировалось, редуцировался тревожный фон. Для оценки эффективности проведенного лечения планируется прием медикаментозной терапии и проведение психотерапии в течение 1 года.

В представленном клиническом случае тревога явилась основным ведущим симптомом ГТР. Купирование тревоги при помощи Спитомина привело к окончательной стабилизации состояния и позволило говорить о ключевой роли препарата в установлении медикаментозной ремиссии. Особенностью случая является то, что при наличии достаточно небольших дозировок препаратов в комплексе с когнитивно-поведенческой психотерапией удалось добиться достаточно быстрой стабилизации состояния и снизить риск возникновения возможных побочных эффектов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГТР являются одной из основных проблем здравоохранения, с распространенностью до 30% среди населения США и Европы. Женщины и молодые люди чаще страдают от этих расстройств, которые также остаются значимыми и в пожилом возрасте. Лечение тревожно-депрессивных расстройств требует комплексного подхода, включая психотерапию и психофармакотерапию. Особое внимание уделяется выбору лекарственных средств, особенно для людей, чья работа требует высокой концентрации внимания, а также для пожилых и коморбидных пациентов. Исследования показывают, что бупропирон оказывает

значимый эффект в лечении различных психических расстройств и может использоваться в долгосрочной терапии без развития привыкания или симптомов отмены. Комбинированная терапия с применением бупропиона и адекватные психотерапевтические методики являются предпочтительным подходом к лечению панических расстройств.

Представленный клинический случай демонстрирует пример успешного патогенетически обоснованного подхода к ведению пациентки с ГТР. Комплексная

диагностика позволила в кратчайшие сроки установить точный диагноз и сформировать оптимальную схему терапии. Своевременный подбор комбинированной психофармакотерапии и применение психотерапевтических методик привели к достаточно быстрому купированию состояния и установлению стойкой медикаментозной ремиссии.



Поступила / Received 10.06.2024

Поступила после рецензирования / Revised 06.07.2024

Принята в печать / Accepted 12.09.2024

Список литературы / References

- Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BIPsych Open*. 2020;6(6):e125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>.
- Davis LL, Schein J, Cloutier M, Gagnon-Sanschagrin P, Maitland J, Urganus A et al. The Economic Burden of Posttraumatic Stress Disorder in the United States From a Societal Perspective. *J Clin Psychiatry*. 2022;83(3):21m14116. <https://doi.org/10.4088/jcp.21m14116>.
- Аронов ПВ, Бельская ГН, Никифоров ИА. Клинический опыт ведения пациентов с тревожным расстройством. *ПМЖ*. 2023;(3):35–38. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Klinicheskiy_opyt_vedeniya_pacientov_s_trevoghnym_rasstroystvom/.
- Nikiforov IA, Aronov PV, Belskaya GN. Clinical experience in patient management with anxiety disorder. *RMJ*. 2023;(3):35–38. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Klinicheskiy_opyt_vedeniya_pacientov_s_trevoghnym_rasstroystvom/.
- Корабельникова ЕА. Тревожные расстройства в условиях пандемии COVID-19. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2021;16(1):79–85. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16022>.
- Korabelnikova EA. Anxiety disorders in the context of the Covid-19 pandemic. *Medical News of North Caucasus*. 2021;16(1):79–85. (In Russ.) <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16022>.
- Tee ML, Tee CA, Anlacan JP, Aligam KJG, Reyes PWC, Kuruchittham V, Ho RC. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *J Affect Disord*. 2020;277:379–391. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.043>.
- Khan AH, Sultana MS, Hossain S, Hasan MT, Ahmed HU, Sikder MT. The impact of COVID-19 pandemic on mental health & wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. *J Affect Disord*. 2020;277:121–128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.135>.
- Пизова НВ, Пизов АВ. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции. *Лечебное дело*. 2020;(1):82–88. Режим доступа: <https://elibrary.ru/shrmud>.
- Pisova NV, Pisov AV. Depression and Post-traumatic Stress Disorder in Patients with COVID-19. *Lechebnoe Delo*. 2020;(1):82–88. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/shrmud>.
- Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M et al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *J Public Health*. 2020;42(4):672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>.
- Дмитриев МН, Баева ДО, Славгородская МС. Клинический случай впервые возникшего в постковидный период биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(3):125–129. <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124031125>.
- Dmitriev MN, Baeva DO, Slavgorodskaya MS. A clinical case of the new-onset bipolar affective disorder in the postcovid period. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(3):125–129. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124031125>.
- Левин ОС, Чимагомедова АШ, Арефьева АП. Тревожные расстройства в пожилом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(6):113–118. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061113>.
- Levin OS, Chimagomedova AS, Arefyeva AP. Anxiety in the elderly. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(6):113–118. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061113>.
- Бобров АЕ, Усатенко ЕВ. Концепция тревожных расстройств: основные тенденции развития. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(4):62–70. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/qammeh>.
- Bobrov AE, Usatenko EV. The concept of anxiety disorders: main development trends. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(4):62–70. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/qammeh>.
- Мартынихин ИА. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2019;(3):52–58. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/xboaqx>.
- Martynikhin IA. Gender differences in the epidemiology and pathogenesis of depressive and anxiety disorders in the context effectiveness of sertraline (Zoloft). *Psikhiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2019;(3):52–58. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/xboaqx>.
- Дзампаев АТ, Суворова ИА, Дамулин ИВ. Клинический потенциал и перспективы применения препарата бупропион в терапии тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(8):94–104. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/stxutz>.
- Dzampaev AT, Suvorova IA, Damulin IV. Clinical potential and possibilities of using bupropione in the treatment of anxiety disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(8):94–104. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/stxutz>.
- Чижова ОА, Юзбашьян ПГ. Алекситимия и самоповреждающее поведение у лиц с пограничным расстройством личности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):102–108. <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124011102>.
- Chizhova OA, Yuzbashyan PG. Alexithymia and self-harm in people with borderline personality disorder. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(1):102–108. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124011102>.
- Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*. 2023;329(8):670–679. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>.
- Asmundson GIG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord*. 2020;70:102196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>.
- Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med*. 2021;51(10):1773–1774. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001336>.
- Ромасенко ЛВ, Александровский ЮА, Махов ВМ, Чичкова НВ, Пархоменко ИМ, Кадушина ЕБ и др. Генерализованное тревожное расстройство у пациентов общей медицинской практики: клиника, лечение. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2015;(3):56–59. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/ukkehn>.
- Romasenko LV, Alexandrovsky YuA, Makhov VM, Chichkova NV, Parkhomenko IM, Kadushina EB et al. Generalized anxiety disorder in patients of general medical practice: clinical features, therapy. *Psikhiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2015;(3):56–59. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/ukkehn>.
- Шавловская ОА, Кузнецов СЛ. Коррекция тревожных нарушений: фокус на коморбидного пациента. *Терапевтический архив*. 2018;90(4):67–71. Режим доступа: <https://ter-arkhiv.ru/0040-3660/article/view/32479>.
- Shavlovskaya OA, Kuznetsov SL. Correction of anxiety disorders: focus on a comorbid patient. *Terapevticheskiy Arkhiv*. 2018;90(4):67–71. (In Russ.) Available at: <https://ter-arkhiv.ru/0040-3660/article/view/32479>.
- Медведев ВЭ. Расстройства тревожно-депрессивного спектра на фоне COVID-19: возможности терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):111–116. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-111-116>.
- Medvedev VE. Anxiety and depression in COVID-19: treatment options. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(2):111–116. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-111-116>.
- Тревожный век, тревожные сердца. XV междисциплинарная конференция «Вейновские чтения». Сателлитный симпозиум компании «Эгис». *Эффективная фармакотерапия*. 2019;15(14):50–56. Режим доступа: https://umedp.ru/upload/iblock/3c1/effektivnaya_farmakoterapiya_nevrologiya_i_pskhiatriya_2_2019.pdf.
- An anxious age, anxious hearts. XV interdisciplinary conference «Vane readings». Egis Satellite Symposium. *Effective Pharmacotherapy*. 2019;15(14):50–56. (In Russ.) Available at: <https://umedp.ru/upload/>

- iblock/3c1/effektivnaya_farmakoterapiya_nevrologiya_i_psihiatriya_2_2019.pdf.
22. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10173):768–777. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31793-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31793-8).
 23. de Vries YA, de Jonge P, van den Heuvel E, Turner EH, Roest AM. Influence of baseline severity on antidepressant efficacy for anxiety disorders: meta-analysis and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2016;208(6):515–521. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.173450>.
 24. Roles S. The largest meta-analysis of pharmaceutical treatments of Generalised Anxiety Disorder consolidates current knowledge and reveals convincing effectiveness of Venlafaxine. *Evid Based Nurs*. 2020;23(3):74. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103111>.
 25. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300–302. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30073-0).
 26. Троицкий МС, Токарев АР, Паньшина МВ. Возможности немедикаментозной и лекарственной терапии тревожных расстройств (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий*. 2018;25(1):61–70. <https://doi.org/10.24411/1609-2163-2018-15995>.
 27. Troitsky MS, Tokarev AR, Panshina MV. Possibilities of non-medicine and medicinal therapies of alert disorders (literature review). *Journal of New Medical Technologies*. 2018;25(1):61–70. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/1609-2163-2018-15995>.
 28. Ладыженский МЯ, Городничев АВ, Костюкова ЕФ. Бензодиазепиновые анксиолитики: востребованы ли они сегодня? *Современная терапия психических расстройств*. 2014;(2):20–25. Режим доступа: <https://elibrary.ru/syqkct>.
 29. Ladyzhensky MYa, Gorodnichyev AV, Kostyukova EG. Benzodiazepine anxiolytics: demand are they today? *Current Therapy of Mental Disorders*. 2014;(2):20–25 (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/syqkct>.
 30. Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähkäpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiitonen J et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):1037–1047. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.003>.
 31. Незнамов ГГ, Метлина МВ, Богданова НИ, Кузнецов НА, Сюняков СА. Субъективная оценка больными действия анксиолитиков: зависимость от структуры тревожных расстройств. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017;19(3):10–18. Режим доступа: <https://elibrary.ru/zmqsm1>.
 32. Незнамов ГГ, Метлина МВ, Богданова НИ, Кузнецов НА, Сюняков СА. The subjective evaluation by patients of the effects of anxiolytics: the dependence on the syndromal structure of anxiety disorders. *Psihiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2017;19(3):10–18. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/zmqsm1>.
 33. Васильева АВ. Клинические рекомендации и стандарты лечения посттравматического стрессового расстройства: фокус на симптомы психофизиологического возбуждения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(5):58–68. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412405158>.
 34. Vasilyeva AV. Posttraumatic stress disorder clinical guidelines and treatment standards: focus on the symptoms of the psychophysiological arousal. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(5):58–68. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202412405158>.
 35. Нехорошкова АН, Большевидцева ИЛ. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний. *Вестник Северного (Арктического) федерального университета*. 2016;(3):24–36. Режим доступа: https://vestnikum.ru/archive/?ELEMENT_ID=258831.
 36. Nekhoroshkova AN, Bolshevidtseva IL. Neurobiological prerequisites for the formation of anxiety states. *Vestnik of Northern (Arctic) Federal University*. 2016;(3):24–36. (In Russ.) Available at: https://vestnikum.ru/archive/?ELEMENT_ID=258831.
 37. Григорова ОВ, Ахалкин РВ, Александровский ЮА. Современные представления о патогенетической терапии тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(10):111–120. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119101111>.
 38. Grigorova OV, Akhapkin RV, Alexandrovsky Yu A. Modern concepts of pathogenetic therapy of anxiety disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(10):111–120. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119101111>.
 39. Петрова НН. Бупропион в терапии аддитивных расстройств: прошлое, настоящее, будущее. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2023;7(10):644–649. <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2023-7-10-5>.
 40. Petrova NN. Bupropion in the treatment of additive disorders: past, present, future. *RMJ. Medical Review*. 2023;7(10):644–649. (In Russ.) <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2023-7-10-5>.
 41. Быков ЮВ, Беккер РА. Бупропион в практике врача-психиатра: только ли анксиолитик? *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017;19(5):32–52. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/zvytvj>.
 42. Bykov YuV, Becker RA. Bupropion in psychiatric practice: is it only an anxiolytic? *Psihiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2017;19(5):32–52. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/zvytvj>.
 43. Цыбуля ОВ, Поплавская АВ, Кожанов ЮВ. Эффективность бупропиона (спитомина) при терапии коморбидных психических расстройств. *Лекарственный вестник*. 2017;11(1):38–43. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/yrbzj>.
 44. Tsybulya OV, Poplavskaya AV, Kozhanov Yu V. The effectiveness of bupropion (spitamine) in the treatment of comorbid mental disorders. *Lekarstvennyi Vestnik*. 2017;11(1):38–43. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/yrbzj>.
 45. Вельтищев ДЮ. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства (обзор литературы). *Современная терапия психических расстройств*. 2018;(3):26–37. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.46.16769>.
 46. Veltitshev DY. Diagnostics and treatment of generalized anxiety disorder (Literature review). *Current Therapy of Mental Disorders*. 2018;(3):26–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.46.16769>.
 47. Васильева А, Караваева Т, Полторак С. Комбинированная терапия панических расстройств в кардиологической практике. *Врач*. 2017;28(8):18–21. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/zevatf>.
 48. Vasilyeva A, Karavaeva T, Poltorak S. Combined therapy for panic disorders in cardiology practice. *Vrach*. 2017;28(8):18–21. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/zevatf>.
 49. Волеь БА, Петелин ДС, Ахалкин РВ, Малутина АА. Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(1):78–82. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-78-82>.
 50. Vole BA, Petelin DS, Akhapkin RV, Malyutina AA. Cognitive impairment in anxiety disorders. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(1):78–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-78-82>.
 51. Мартынихин ИА, Незнамов НГ. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний. *Современная терапия психических расстройств*. 2018;(4):51–59. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/vpkbpm>.
 52. Martynikhin IA, Neznanov NG. Special Aspects of Generalized Anxiety Disorder Diagnosing Among Russians Psychiatrists: the Results of a Vignette Study. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2018;(4):51–59. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/vpkbpm>.
 53. Боголепова АН. Когнитивные нарушения при посттравматическом стрессовом расстройстве. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(5):69–74. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412405169>.
 54. Bogolepova AN. Cognitive impairment in post-traumatic stress disorder. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(5):69–74. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202412405169>.
 55. Van Praag DLG, Cnossen MC, Polinder S, Wilson L, Maas AIR. Post-Traumatic Stress Disorder after Civilian Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Rates. *J Neurotrauma*. 2019;36(23):3220–3232. <https://doi.org/10.1089/neu.2018.5759>.
 56. Diminich ED, Clouston SAP, Kranidis A, Kritikos M, Kotov R, Kuan P et al. Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Cognitive and Physical Impairments in World Trade Center Responders. *J Trauma Stress*. 2021;34(3):616–627. <https://doi.org/10.1002/jts.22631>.
 57. Караваева ТА, Васильева АВ, Идрисов КА, Ковлен ДВ, Незнамов НГ, Пономаренко ГН и др. *Посттравматическое стрессовое расстройство: клинические рекомендации*. М.; 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/753_1.
 58. Костюкова ЕФ, Ладыженский МЯ. Дифференцированная фармакотерапия генерализованного тревожного расстройства. *Современная терапия психических расстройств*. 2018;(1):45–52. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.44.11591>.
 59. Kostyukova EG, Ladyzhensky MYa. Differentiated pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2018;(1):45–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.44.11591>.
 60. Караваева ТА, Васильева АВ, Полторак СВ, Колесова ЮП. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройства). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016;(1):3–9. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/wfctfj>.
 61. Karavaeva TA, Vasilyeva AV, Poltorak SV, Kolesova Yu P. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorder psychopharmacological treatment). *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016;(1):3–9. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/wfctfj>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – П.В. Аронов
 Написание текста – Д.И. Черепакхин, Г.Н. Бельская
 Сбор и обработка материала – Д.И. Черепакхин, П.В. Аронов
 Обзор литературы – Д.И. Черепакхин, Г.Н. Бельская
 Анализ материала – Г.Н. Бельская
 Редактирование – Г.Н. Бельская
 Утверждение окончательного варианта статьи – Г.Н. Бельская

Contribution of authors:

Concept of the article – Pavel V. Aronov
 Text development – Dmitry I. Cherepakhin, Galina N. Belskaya
 Collection and processing of material – Dmitry I. Cherepakhin, Pavel V. Aronov
 Literature review – Dmitry I. Cherepakhin, Galina N. Belskaya
 Material analysis – Galina N. Belskaya
 Editing – Galina N. Belskaya
 Approval of the final version of the article – Galina N. Belskaya

Информация об авторах:

Аронов Павел Владимирович, к.м.н., доцент, психиатр-нарколог, Научный центр неврологии; 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80; info@fnkc-fmba.ru
Бельская Галина Николаевна, д.м.н., профессор, заведующая Многопрофильным клинико-диагностическим центром, Научный центр неврологии; 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80; belskaya@neurology.ru
Черепакхин Дмитрий Игоревич, врач-психиатр, Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева; 117152, Россия, Москва, Загородное шоссе, д. 2; dimadimacher@gmail.com

Information about the authors:

Pavel V. Aronov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Psychiatrist-Narcologist, Research Center of Neurology; 80, Volokolamskoe Shosse, Moscow, Russia, 125367; info@fnkc-fmba.ru
Galina N. Belskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Multispecialty Clinical Diagnostic Center, Research Center of Neurology; 80, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125367, Russia; belskaya@neurology.ru
Dmitriy I. Cherepakhin, Psychiatrist, Alekseev Psychiatric Clinical Hospital No. 1; 2, Zagorodnoye Shosse, Moscow, 117152, Russia; dimadimacher@gmail.com