

Возможности лечения ситуационной тревожности в практике невролога

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

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

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

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

Резюме

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

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

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

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Treatment options for situational anxiety in the neurology physician practice

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

Система	Симптомы
Сердечно-сосудистая	<ul style="list-style-type: none"> • Тахикардия, неприятные ощущения в груди, кардиалгия, артериальная гипертензия или гипотония, нарушения ритма, дистальный акроцианоз, волны жара и холода
Нервная	<ul style="list-style-type: none"> • Головная боль, головокружения несистемного характера, ощущение неустойчивости, тремор, мышечные подергивания, парестезии, ощущение дурноты, предобморочные состояния
Дыхательная	<ul style="list-style-type: none"> • Затрудненное дыхание, нехватка воздуха, ком в горле. • Гипервентиляционный синдром: дыхательные нарушения (одышка, ощущения нехватки воздуха и нарушение автоматизма дыхания, чувство удушья и кома в горле, сухость во рту, аэрофагия и др.). • Гипервентиляционные эквиваленты (вдохи, кашель, зевота)
Мышечная	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечно-тонические и двигательные расстройства (болезненное напряжение мышц, мышечные спазмы, фасцикуляции, миокимии, вздрагивания, судороги, тризм). • Парестезии (чувство онемения, покалывания, ползания мурашек, зуд, жжение) конечностей и(или) носогубного треугольника. Ознобы
Пищеварительная	<ul style="list-style-type: none"> • Боли в животе, тошнота, рвота, отрыжка, вздутие живота, урчание, запоры, поносы
Мочеполовая	<ul style="list-style-type: none"> • Частое мочеиспускание, снижение либидо, нарушение половой функции
Терморегуляции	<ul style="list-style-type: none"> • Субфебрилитет, не связанный с инфекционным процессом, периодические ознобы, диффузный и локальный гипергидроз
Сознание	<ul style="list-style-type: none"> • Предобморочные состояния, чувство пустоты в голове, головокружение, неясность зрения, туман, сетка перед глазами, снижение слуха, шум в ушах

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

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

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

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

Виды расстройств	Клиническая единица
Тревожные	<ul style="list-style-type: none"> • Генерализованные • Панические • Смешанные тревожно-депрессивные
Фобические	<ul style="list-style-type: none"> • Простые фобии • Социофобии • Агорафобии
Обсессивно-компульсивные	
Реакции на стрессовый раздражитель (расстройство адаптации)	<ul style="list-style-type: none"> • Простое реактивное тревожное расстройство • Посттравматическое стрессорное расстройство

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

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

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

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

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

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

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

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