

# Тревожные расстройства в общей медицинской практике

Л.А. Дзяк, Е.С. Цуракаленко

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины»

Своевременная диагностика и раннее начало адекватной терапии расстройств тревожного спектра (ТР) остается одной из актуальных задач современной медицины. В статье рассмотрены аспекты диагностики и лечения ТР в общей медицинской сети, в частности описаны рекомендуемые в настоящее время схемы применения препарата Эглонил и преимущества этого лекарственного средства.

Эглонил демонстрирует возможности широкого применения при различных вариантах тревожных расстройств, что придает препарату особый статус среди других психотропных соединений.

**Ключевые слова:** расстройства тревожного спектра, лечение, Эглонил.

По данным Всемирной организации здравоохранения, тревожные расстройства (ТР) относятся к десяти самым значимым проблемам здравоохранения [4, 12]. Так, согласно результатам исследований, проводившихся в 27 странах Европы, у 12–27% представителей популяции в возрасте от 18 до 65 лет на протяжении года имел место хотя бы один эпизод тревоги. При этом пожизненная распространенность ТР составляет около 21–30% среди всего населения. В других популяционных исследованиях ТР в течение жизни выявляют у 25–50% населения. Отдельные симптомы тревоги или субклинические ТР регистрируют у 76% населения [1, 4, 6, 12].

Тревожные (тревожно-фобические) расстройства являются часто встречающимся вариантом пограничной психической патологии, относящейся к группе невротических расстройств (неврозов), то есть к психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующимся многообразием клинических проявлений: тревога, депрессия, нарушения адаптации, которые врачи устанавливают на синдромальном уровне.

Часто проявления ТР ошибочно диагностируют как соматическую патологию. Этому в свою очередь способствуют приверженность соматическому диагнозу как самих врачей, так и пациентов, а также особая клиническая картина соматизации психических расстройств в клинике внутренних болезней, когда за множеством соматических и вегетативных жалоб трудно выявить психопатологию, которая зачастую бывает субклинически выраженной. В последующем неправильная диагностика с установкой соматического диагноза и игнорированием психических расстройств приводит к неадекватному лечению, что проявляется не только в назначении неэффективных групп препаратов (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ноотропы, метаболики, сосудистые препараты, витамины), но также в проведении слишком коротких курсов терапии психотропными средствами. Диагностика ТР также осложняется фактом высокой коморбидности с соматическими заболеваниями.

Данные психопатологические состояния и соматические заболевания находятся в реципрокных соотношениях: каждое из них способствует прогрессированию и утяжелению другого. Например, обострение сердечно-сосудистых заболеваний может провоцировать наступление очередного пароксизма тревоги [3, 7, 10]. В свою очередь ТР рассматрива-

ются как независимый фактор риска развития, неблагоприятного течения и исхода сердечно-сосудистых заболеваний, а также смертности [8]. Кроме того, тревога, усложняя клиническую картину соматических заболеваний и затрудняя их диагностику, отрицательно коррелирует с показателями качества жизни, комплаентности и адаптационных возможностей пациентов, что связано с отказом следовать рекомендациям врача, усилением зависимости от табакокурения, злоупотреблением алкоголем и недооценкой методов реабилитации [9, 12, 14]. Данные некоторых исследований демонстрируют, что наличие повышенной тревожности увеличивает вероятность внезапной смерти в 4,5 раза [8, 13]. Возможно, это обусловлено характерной для тревоги активацией симпатической нервной системы и нарушением вагонного тонуса, ведущими к развитию желудочков аритмий.

При этом впервые пациенты с развивающимся ТР чаще всего обращаются за помощью к врачам общей медицинской практики, в большей степени нацеленных на диагностику соматической патологии, что приводит к ошибочной постановке диагноза и отсутствию дифференцированной терапии. В результате чего пациенты с ТР могут годами наблюдаться по поводу несуществующей (или минимально выраженной) сердечно-сосудистой или бронхолегочной патологии (типичны такие диагнозы, как «атипичная бронхиальная астма», «артериальная гипертензия неясного генеза», «вегетососудистая дистония» и т. д.). Симптомы социальной фобии часто остаются вообще без внимания. Выраженные проявления этого расстройства трактуются врачом, как проявления «обычной стеснительности». Следствием низкой выявляемости ТР в общей практике становится то, что пациенты в течение длительного времени либо не получают адекватной терапии, либо не лечатся вовсе. Для улучшения качества диагностики и результатов лечения необходимо повышение информированности и настороженности врачей общей практики, направленной на выявление тревожно-фобических расстройств.

Состояние тревоги можно определить как эмоциональное переживание, характеризующееся дискомфортом от неопределенности перспективы и имеющее определенный биологический смысл – мобилизацию ресурсов организма, обеспечивающих поведение в экстремальных состояниях. Разделяют адаптивный и патологический варианты тревоги. Нормальная (адаптивная) тревога связана угрожающей ситуацией, возрастает в условиях значимости выбора, усиливается при недостатке информации, может произвольно контролироваться и подавляться, усиливается при нехватке времени, что приводит к ускорению принятия решения. В отличие от этого, патологическая (дезадаптивная) тревога может провоцироваться внешними обстоятельствами, но в основном связана с внутренними причинами, доминирует в сознании, не связана с реальной угрозой, не соответствует значимости ситуации и блокирует принятие конструктивного решения.

Возникновение ТР может быть обусловлено наличием как острого или хронического психического заболевания, так и психотравмирующей ситуацией. В последнем случае

психопатологические расстройства обычно связаны с нестабильностью в сфере профессиональной трудовой деятельности (конфликты с руководством или подчиненными, смена работы, понижение должностного статуса, необходимость решения нестандартных задач, расширение круга обязанностей), семейными неурядицами (болезнь, утрата близкого, финансовая нестабильность, криминогенная ситуация), развиваются в результате эмоционально неблагоприятного воздействия манифестации или обострения соматического заболевания. При этом выраженность тревожных симптомов может варьировать в зависимости от длительности и/или типа соматического заболевания [7].

Трудности диагностики и лечения определяются различными видами тревоги у соматических больных, а также сложным патогенезом тревожных расстройств: одновременным влиянием соматогенных и психогенных причин, атипичностью симптоматики, психосоматическими корреляциями, соматическим атрибутивным стилем, волнообразностью течения, а также повышенным риском развития побочных эффектов при психофармакотерапии или в результате лекарственного взаимодействия психотропных и соматотропных средств. Вместе с тем своевременное лечение тревожных симптомов позволяет не только улучшить социальную адаптацию пациентов, но и уменьшить риск развития или прогрессирования соматической патологии.

Согласно МКБ-10 тревожные расстройства делятся на тревожно-фобические (агорафобия, фобия социальная и специфическая), на так называемые другие тревожные расстройства, включающие паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство (ГТР), смешанное тревожно-депрессивное расстройство, а также обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, куда входит посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические симптомы тревожных расстройств бывают общие и специфические (таблица). Общие тревожные симптомы включают в себя психические и вегетативные признаки с характерной полисистемностью соматических нарушений. При этом возникает разнородная симптоматика поражения многих органов и систем. Специфические симптомы, касающиеся вида формирования и течения тревоги, определяют конкретный тип тревожного расстройства, которому присуща разнообразная психопатологическая структура.

Тревожным расстройствам присуща сложная структура. Приступообразная тревога характеризуется паническим приступом, который представляет четко очерченный эпизод сильного страха или дискомфорта, в результате которого резко возникают и достигают максимальной выраженности в течение 10–20 мин четыре (или более) симптома:

1. Вегетативные симптомы:
  - усиленное или учащенное сердцебиение либо учащение пульса;
  - потливость;
  - чувство нехватки воздуха или духоты;
  - ощущение удушья;

- боль или дискомфорт в груди;
  - тошнота или желудочно-кишечные расстройства;
  - чувство головокружения, неустойчивости, приближающегося обморока;
  - парестезии (ощущения онемения или покалывания);
  - ознобы или приливы жара.
2. Когнитивные симптомы:
    - дереализация или деперсонализация;
    - страх утраты контроля или страх сойти с ума;
    - страх смерти.
  3. Двигательные симптомы:
    - тремор или внутренняя дрожь.

По данным современных исследований, врачи общей практики наиболее часто сталкиваются с начальными или развернутыми симптомами панических расстройств, генерализованных тревожных расстройств (F41), фобических расстройств (F40), обсессивно-компульсивных расстройств (F42), соматоформных расстройств (F45) и ипохондрических расстройств (F45.2), а также с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (F43).

**Паническое расстройство** реализуется учащенным сердцебиением, болью в груди, чувством нехватки воздуха, головокружением, мельканием «мушек» перед глазами, «онемением» и/или гипотермией конечностей, гипергидрозом и другими описанными выше соматовегетативными симптомами тревоги. Обычно панические атаки сопровождаются вторичным страхом смерти в результате резкого ухудшения здоровья (появление онкологического заболевания, развитие инфаркта миокарда или нарушение мозгового кровообращения), а также опасениями потерять самоконтроль или сойти с ума. У пациентов с фобиями и паническими приступами постепенно формируется «избегающее» поведение, направленное на исключение соприкосновения с факторами, провоцирующими, по мнению больного, ТР (например, замкнутые, открытые, многолюдные, безлюдные, возвышенные, подземные пространства, просмотр тревожных, сентиментальных телепередач и т. п.), вплоть до агорафобии – страха покидать дом или оставаться в нем в одиночестве.

Помимо острых проявлений тревоги – панических приступов, других вегетативных пароксизмов, в структуре синдрома неизменно представлены черты «избегающего поведения» (стремление избежать ситуаций, чреватых повторением панического приступа либо обострения тревоги).

**Фобические расстройства** характеризуются тревогой и страхами, возникающими преимущественно или исключительно в определенных ситуациях (кардиофобия, канцерофобия, танатофобия) или рядом с некоторыми объектами, которые в настоящее время не являются опасными (животные, явления природы, социальные контакты, места обитания и др.). В общей медицине фобические расстройства реализуются страхами смерти или ухудшения состояния, возникающими преимущественно на фоне уже имеющегося соматического заболевания, протекающего с болевым синдромом, приступами аритмии, гипертермией или после перене-

**Клинические симптомы тревожных расстройств**

Общие		Специфические
Психические признаки	Вегетативные признаки	паническое расстройство
- чувство беспокойства	- тахикардия	- агорафобия
- раздражительность	- приступы жара и озноба	- социофобия
- возбудимость	- потливость	- специфическая фобия
- нетерпеливость	- сухость во рту	- генерализованная тревога
- тревожные мысли	- "ком" в горле	- стрессовые расстройства
- снижение внимания	- боль в животе, понос	- расстройство адаптации
- нарушение сна	- учащенное мочеиспускание	- субсиндромальная тревога
- утомляемость	- головокружение	- обсессивная тревога

сенных соматических катастроф (острый коронарный синдром, гипертонический криз, пароксизм фибрилляции предсердий с синкопальным состоянием, транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения). У пациентов перед инвазивными обследованиями (эзофагогастро-дуоденоскопия, лапароскопия, коронарография) и хирургическими операциями отмечаются фобии возможных осложнений или летального исхода.

При агорафобии возникает страх самостоятельного передвижения, основанный на избегании ситуаций, когда больной может остаться без помощи, в случаях социальных фобий – избегание тех или иных социальных контактов. Именно наличие стойкого фобического избегания тех или иных ситуаций является базисным для диагностики психической патологии этого круга. Категория тревожных расстройств традиционно включает состояния различной степени выраженности. Как правило, основным маркером тяжести тревожных расстройств является стойкость избегающего поведения, а также число фобических ситуаций, на которые оно распространяется. Так, выделяется изолированная форма социальной фобии, характеризующаяся 1–2 социальными ситуациями, вызывающими страх и избегание (например, публичные выступления, прием пищи в общественных местах и др.). В случаях агорафобии фобическое избегание также может затрагивать лишь определенные способы передвижения (например, для жителей крупных городов максимально критичной является поездка в метрополитене). Фобии нередко сочетаются с паническими атаками.

**Соматизированные расстройства** (органный невроз) характеризуются наличием множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся симптомов, аналогичных таковым при реальной соматической патологии, но не имеющих под собой органической природы, установленной объективными клинико-инструментальными и лабораторными методами.

**Ипохондрическое расстройство** характеризуется чрезмерной и утрированной озабоченностью своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям и объективизированным данным медицинских обследований. При этом степень убежденности в наличии соматического заболевания может быть различной или меняться с течением времени, достигая уровня психотических расстройств. В случае развития ипохондрического расстройства больные часто посещают врачей различных специальностей, настаивают на повторных консультациях, драматизируют результаты обследований, зачастую занимаются самолечением, посещают экстрасенсов, знахарей.

К категории ТР, провоцируемых соматическим заболеванием, относятся нозогении (психогенные реакции на болезнь). Нозогении представлены ипохондрическими реакциями и развитиями. Ипохондрические (нозогенные) реакции включают две основные составляющие: психогенную (семантика диагноза, представления о неизлечимости болезни, страх грядущей потери трудоспособности и т. п.) и биологическую, детерминированную соматически измененной почвой (тяжелые, субъективно трудно переносимые проявления болезни).

**Генерализованные тревожные расстройства** (ГТР) также часто встречаются в общемедицинской практике. Их основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими-либо определенными обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (является «нефиксированной»). Для постановки диагноза первичные симптомы тревоги должны присутствовать у больного в течение как минимум нескольких недель. Наиболее часто в

этом качестве выступают: опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.); моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться); вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

**Обсессивно-компульсивное расстройство** включает ощущение навязчивости, часто в сочетании с компульсивностью. Навязчивости (обсессии) – это упорно и неотступно преследующие человека идеи, мысли или импульсы, которые воспринимаются как бессмысленные и неприятные. Компульсивность – повторяющееся, целенаправленное и намеренное поведение, возникающее как реакция на навязчивости с целью нейтрализовать или предотвратить психологический дискомфорт. Следует подчеркнуть, что такое поведение всегда неразумно и неумеренно. Компульсивное поведение отличается от излишеств тем, что истинные компульсии всегда неприятны самому больному.

**Посттравматический стресс** – психическое заболевание, которое возникает вследствие тяжелых потрясений или физически травмирующих событий. Характерными признаками являются повторное переживание травмы, психическое оценивание и повышенная возбудимость. Повторное переживание травмы заключается в постоянно возвращающихся воспоминаниях и ночных кошмарах. Психическое оценивание выражается в уходе от социальной активности, утрате интереса к повседневной деятельности и снижении способности испытывать эмоции. Чрезмерное возбуждение приводит к трудностям засыпания, ночным кошмарам и повышенной пугливости.

Изолированные формы тревожных расстройств протекают более благоприятно как с точки зрения незначительного влияния на адаптацию пациентов, так и с точки зрения достаточно хорошей чувствительности к лечебному воздействию. Так, в случаях редких панических приступов, лишь эпизодически сопровождающихся избегающим поведением, купирование острых проявлений тревоги оказывается достаточным для редукции симптомов агорафобии.

Однако большинство тревожных расстройств характеризуется хроническим течением именно за счет формирования стойкого избегающего поведения, полностью нарушающего способность пациентов к самостоятельному передвижению («панагорафобия») либо исключающего большинство социальных контактов (генерализованная социальная фобия). Такие хронические тревожные расстройства приводят к выраженной социальной дезадаптации пациентов вплоть до стойкой потери трудоспособности. Особенности динамики тревожных расстройств – тенденции к хроническому течению и рецидивированию – во многом обуславливают сложность их лечения.

Тревожное расстройство диагностируют, когда многие из специфических симптомов тревоги выражены одновременно в течение по меньшей мере нескольких недель (постоянно или периодически) и в такой степени, что это препятствует нормальному функционированию личности. Это побуждает лечащего врача или самого пациента обратиться за консультацией к специалисту.

Общепринятые диагностические критерии ТР содержатся в DSM-IV и МКБ-10. Эти критерии подразделяются на качественные (описание типичных симптомов) и количественные (сколько из этих симптомов должно одновременно присутствовать, как часто они должны возникать и как долго длиться для постановки диагноза). У большей же части пациентов, обращающихся к врачу общей практики, недостаточно проявлений специфических симптомов для диагностики какого-либо тревожного расстройства, основные

признаки заболевания представлены неспецифическими вегетативными симптомами, которые дезактуализируют психогенные проявления.

Недавние эпидемиологические исследования показали высокую (до 76%) распространенность в популяции пациентов с субклиническими (подпороговыми) тревожными расстройствами. Под субклинической тревогой подразумевают два тревожных симптома и более, присутствующих одновременно у индивидуума в течение как минимум 2 нед и приводящих к социальной дезадаптации. Основу заболевания составляют неспецифические полисистемные вегетативные нарушения с тенденцией к быстрой изменчивости по характеру и интенсивности проявлений, преимущественно связанные с повышением симпатического тонуса. Пациенты чаще всего предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, слабость, напряженность, повышенную раздражительность, трудности при сосредоточении и переключении внимания, моторное напряжение (суетливость, головную боль, тремор, неспособность расслабиться), нарушения цикла «сон–бодрствование», беспокойство, волнение, тревожные ожидания, периодические приступы сердцебиения, затруднения дыхания, тошноту, озноб, кишечные расстройства. При осмотре у этих пациентов возможно выявление сухости кожных покровов, гипергидроза ладоней и стоп, повышения артериального давления.

Как правило, большинство практикующих врачей, не выявив по данным параклинических методов обследования признаков соматической патологии, соответствующих «серьезности» и полиморфизму предъявляемых жалоб, ставят диагноз «нейроциркуляторная дистония», сосредоточив свое внимание на лечении пациента гипотензивными и сосудисто-метаболическими средствами. По сути, нейроциркуляторная дистония – частный вариант вегетативной дистонии. В большинстве таких случаев вегетативные нарушения вторичны и возникают на фоне психических. При формулировке синдромального диагноза адекватно использование термина «психовегетативный синдром», акцентируя психогению полисистемных нарушений. Потенциальная опасность игнорирования субклинической тревоги определяется возможной хронизацией процесса, рецидивированием, депрессивными осложнениями, переходом в развернутое тревожное состояние, усугублением фонового соматического заболевания, чему в немалой степени способствует неадекватное и несвоевременное лечение.

Ограничение времени для приема пациентов, особенно в амбулаторных условиях, не позволяет широко рекомендовать врачу общей медицинской практики использование диагностических шкал тревожных состояний, применяемых в клинических исследованиях и требующих специальной подготовки (шкала Гамильтона, Кови, Шихана и др.). Для выявления пациентов с повышенной тревожностью можно использовать простые, удобные, валидизированные шкалы для самооценки тревоги (шкалы Тэйлора, Спилбергера, Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии), которые заполняют сами пациенты [5].

Тип тревожного расстройства и степень его выраженности широко варьируют у различных больных. Часто симптомы различных психических расстройств сочетаются между собой и с другими заболеваниями. По данным Американской психиатрической ассоциации, уровень коморбидности заболеваний у лиц с психическими расстройствами достигает 70%, в среднем составляя 30–35%, а уровень коморбидности психических расстройств с органическими заболеваниями нервной системы приближается к 90%, в среднем составляя 40–45% [6]. Клинико-эпидемиологические исследования показали высокую сопряженность ГТР с такими соматическими заболеваниями, как аллергия, бронхиальная астма,

люмбагия, мигрень, нарушение обмена веществ и заболевания пищеварительного тракта [7].

Назначение адекватной терапии требует от врача необходимости в информировании пациента о сути болезни, ее причинах, возможности терапии и прогноза. Представления пациента о собственном заболевании определяют его поведение и обращение за помощью. Так, например, если имеющиеся проявления ГТР пациент рассматривает не как соматическое заболевание, а в рамках социальных проблем и особенностей черт характера, предпочтение в лечении будет отдаваться собственным усилиям, непрофессиональным методам и самолечению. В ситуации, когда пациент рассматривает существующие у него симптомы как результат соматического страдания и поражения нервной системы, необходимо обращение за медицинской помощью. Следует разъяснить пациенту суть заболевания и аргументировать важность назначения психотропной терапии.

На этапе выбора оптимальной тактики лечения и принятия решения о моно- или политерапии необходимо учитывать патогенетические особенности развития ГТР, исходя из которых многие препараты, направленные на симптоматическую коррекцию соматических расстройств оказываются неэффективными. К таковым относятся бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ноотропы, метаболики, сосудистые препараты, витамины. Однако по данным проведенного среди врачей опроса было установлено, что до сих пор большая часть врачей предпочитают использовать сосудисто-метаболическую терапию (83% терапевтов и 81% неврологов), бета-адреноблокаторы (около половины врачей). Из противотревожных средств у 90% терапевтов и 78% неврологов до сих пор остаются популярными седативные травяные сборы. Антидепрессанты используют 62% терапевтов и 78% неврологов. Малые нейролептики применяют 26% терапевтов и 41% неврологов.

Учитывая, что в основе ГТР лежит нарушение баланса нейромедиаторов (серотонина, дофамина, норадреналина, ГАМК и других), пациенты нуждаются в назначении препаратов, корректирующих эти нарушения. Оптимальными средствами в данной ситуации являются препараты широкого спектра действия, среди которых заслуживает внимания представитель малых нейролептиков Эглонил (сульпирид), характеризующийся благоприятным профилем эффективности и безопасности [8]. Широкий спектр его действия обусловлен модулирующим влиянием на дофаминергическую систему и значительно варьирует в зависимости от дозы.

По противотревожному и антидепрессивному эффекту среди нейролептиков Эглонил занимает одно из первых мест. При этом эффект наиболее выражен при применении препарата в низких дозах (50–150 мг в сутки). Учитывая, что Эглонил не оказывает прямого влияния на серотонинергические и норадренергические нейромедиаторные системы, его тимолептический эффект возникает за счет мягкого психостимулирующего и первичного алекситимического эффектов. Блокада голубого пятна и его связей с миндалевидным телом способствует редукции тревоги и страха [11]. Слабое влияние Эглонила на блокаду D2-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной системы приводит к тому, что он оказывает мягкое антипсихотическое действие. Однако при этом он не вызывает тяжелых побочных эффектов в виде ятрогенной гиперпролактинемии и экстарепирамидной недостаточности, наблюдаемых при назначении других малых и больших нейролептиков [9, 13].

Благодаря наличию центральной и периферической дофаминергической активности, а также селективной блокаде D2, D3 и D4 дофаминовых рецепторов, Эглонил является универсальным препаратом, оказывающим эффект в отношении большинства психосоматических расстройств. Это

особенно важно, учитывая тот факт, что при большинстве вариантов ТР на первый план выступают соматические проявления [14].

Блокада дофаминовых рецепторов триггерной зоны рвотного и кашлевого центра ствола головного мозга реализуется в противорвотном и противокашлевом действии, что обуславливает применение при нейrogenной тошноте, рвоте и кашле.

В исследованиях Bell и соавторов [7] была доказана эффективность в редукции тревоги, раздражительности, вялости и выраженности соматической симптоматики у пациентов с сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, дыхательными и вегетативными расстройствами.

Также имеется большее число наблюдений эффективности Эглонил при лечении различной патологии, коморбид-

ной ТР – артериальной гипертензии, боли в спине, мигрени, бронхиальной астмы, язвенной болезни, синдрома раздраженного кишечника, дерматозов и урогенитальных расстройств. Не останавливаясь подробно на этих состояниях, следует подчеркнуть, что Эглонил является универсальным средством коррекции различных психосоматических нарушений.

Таким образом, Эглонил демонстрирует возможности широкого применения различных вариантах тревожных расстройств, что обусловлено тропизмом препарата к симптоматике широкого диапазона, включающего коморбидные и переходные состояния между собственно аффективным и соматоформным кругом расстройств. Это придает препарату особый статус среди других психотропных соединений.

### Тривожні розлади у загальній медичній практиці Л.А. Дзяк, Е.С. Цуракаленко

Своечасна діагностика і ранній початок адекватної терапії розладів тривожного спектру (ТР) залишається однією з актуальних завдань сучасної медицини. У статті розглянуті аспекти діагностики та лікування ТР у загальній медичній мережі, зокрема описані рекомендовані на сьогодні схеми застосування препарату Еглоніл і переваги цього лікарського засобу.

Еглоніл демонструє можливості широкого застосування при різних варіантах тривожних розладів, що додає препарату особливий статус серед інших психотропних сполук.

**Ключові слова:** розлади тривожного спектру, лікування, Еглоніл.

### Anxiety disorders in general medical practice L. A. Dzyak, E. S., Tsurakalenko

Timely diagnosis and early initiation of adequate therapy of disorders of the alarming spectrum (AS) remains one of the urgent tasks of modern medicine. The article considers aspects of diagnosis and treatment of AS in General medical network, particularly were described the currently recommended schemes of application of the drug Eglonil and benefits of this drug.

Eglonil demonstrates the possibility of wide application of different variants of anxiety disorders, which gives the drug a special status among other psychotropic compounds.

**Keywords:** anxious spectrum disorders, treatment, Eglonil.

### Сведения об авторах

Дзяк Людмила Антоновна – Днепропетровская медицинская академия, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9

Цуракаленко Елена Сергеевна – Днепропетровская медицинская академия, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9;

тел.: (056) 231-22-70

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л., Ющук Е.В. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность при сердечно-сосудистых заболеваниях. – М., 2008.
2. Медведев В.Э. Диагностика и лечение тревожных расстройств // Вопросы врачебной практики. – 2011. – № 2. – С. 52–55.
3. Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Троснова А.П. и др. Психосоматическое соотношение при кризовом течении гипертонической болезни // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 1. – С. 10–3.
4. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Транквилизаторы производные бензодиазепина в психиатрии, психосоматике и общей медицине. – М., 2005.
5. Смулевич А.Б., Медведев В.Э. Психические расстройства у больных с инфарктом миокарда. В кн. Острый коронарный синдром. А.Л. Сыркин, Н.А. Новикова, С.А. Терехин. – М.: МИА, 2010. – С. 123–36.
6. American Neuropsychiatric Association Annual Meeting Abstracts. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences April 2015, Vol. 27, № 2. – P. 179–203.
7. Bell C, Bhikha S, Colhoun H, Carter F, Frampton C, Porter R. The response to sulpiride in social anxiety disorder: D2 receptor function. J Psychopharmacol. 2013 Feb;27(2):146-51. doi: 10.1177/0269881112450778. Epub 2012 Jun 28.
8. Bollmann AF, Seitz W, Prasse C, Lucke T, Schulz W, Ternes T. Occurrence and fate of amisulpride, sulpiride, and lamotrigine in municipal wastewater treatment plants with biological treatment and ozonation. J Hazard Mater. 2016 Dec 15;320:204–215.
9. Kato K. Response of patients in mixed state of anxiety and depression to low dose sulpiride. Igaku Kenkyu. 1993 Feb;63(1):15–9.
10. Medvedev V, Tereshchenko O, Kost N, Ter-Israelyan A, Gushanskaya E, Chobanu IK1, Sokolov O, Myasoedov N. Optimization of the treatment of anxiety disorders with selank. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2015;115(6):33–40.
11. Nutt D., Feeney A., Argyropoulos S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia // Martin Dunitz. 2012. – 111 p.
12. Nutt D., Ballenger J. Anxiety disorders. Generalized anxiety disorder and post-traumatic stress disorder // Blackwell Publishing. 2005. – 242 p.
13. Pflissolo A1, Maniere F, Boutges B, Allouche M, Richard-Berthe C, Corruble E. Anxiety and depressive disorders in 4,425 long term benzodiazepine users in general practice. Encephale. 2007 Jan-Feb;33(1):32–8.
14. Vil'yanov V, Kremenitskaya S, Solov'eva N. The efficacy of sulpiride in patients with anxiety disorders depending on the serum serotonin concentrations. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2015;115(10):62–5.

Статья поступила в редакцию 24.11.2016