

Разработка алгоритма диагностики и лечения тревоги, ассоциированной с соматической патологией, у пациентов в общеклинической практике. Резолюция совета экспертов

© М.А. САМУШИЯ¹, А.С. АЛЬ-ШУКРИ², И.И. БАРАНОВ³, Е.В. ЕКУШЕВА⁴, М.А. ЛИВЗАН⁵, Н.М. НЕНАШЕВА⁶, Г.Р. ТАБЕЕВА⁷, О.Б. ТАМРАЗОВА⁸, А.В. ТАРАСОВ⁹, А.А. ЧЕРНОВА^{10, 11}

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Москва, Россия;

⁵ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия;

⁶ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

⁷ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

⁸ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, Москва, Россия;

⁹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва;

¹⁰ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия;

¹¹ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства», Красноярск, Россия

Резюме

Совет экспертов был посвящен разработке алгоритма диагностики и лечения тревожных нарушений у пациентов с соматическими заболеваниями для применения в общеклинической практике. В создании алгоритма приняли участие эксперты из различных медицинских областей, что позволило учесть разные подходы и мнения. Алгоритм направлен на выявление тревожных расстройств у пациентов соматического профиля и их своевременную коррекцию. По мнению экспертов, применение данного алгоритма может существенно повысить эффективность проводимой терапии и качество жизни больных. В качестве одного из препаратов для терапии тревожных состояний в амбулаторной общесоматической практике рекомендуется применение темгиколурила.

Ключевые слова: тревожные расстройства, соматическая патология, темгиколурил, психометрическая оценка.

Информация об авторах:

Самушия М.А. — <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Аль-Шукри А.С. — <https://orcid.org/0000-0001-6543-8589>

Баранов И.И. — <https://orcid.org/0000-0002-9813-2823>

Екушева Е.В. — <https://orcid.org/0000-0002-3638-6094>

Ливзан М.А. — <https://orcid.org/0000-0002-6581-7017>

Ненашева Н.М. — <https://orcid.org/0000-0002-3162-2510>

Табеева Г.Р. — <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>

Тамразова О.Б. — <https://orcid.org/0000-0003-3261-6718>

Тарасов А.В. — <https://orcid.org/0000-0003-4394-4055>

Чернова А.А. — <https://orcid.org/0000-0003-2977-1792>

Автор, ответственный за переписку: Самушия М.А. — e-mail: andreidanilov@mail.ru

Как цитировать:

Самушия М.А., Аль-Шукри А.С., Баранов И.И., Екушева Е.В., Ливзан М.А., Ненашева Н.М., Табеева Г.Р., Тамразова О.Б., Тарасов А.В., Чернова А.А. Разработка алгоритма диагностики и лечения тревоги, ассоциированной с соматической патологией, у пациентов в общеклинической практике. Резолюция совета экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(1):1–8. <https://doi.org/10.17116/jnevro20251250111>

Development of a diagnostic and treatment algorithm for anxiety associated with somatic pathology in patients in general clinical practice. Resolution of the expert council

© M.A. SAMUSHIYA¹, A.S. AL-SHUKRI², I.I. BARANOV³, E.V. EKUSHEVA⁴, M.A. LIVZAN⁵, N.M. NENASHEVA⁶, G.R. TABEEVA⁷, O.B. TAMRAZOVA⁸, A.V. TARASOV⁹, A.A. CHERNOVA^{10, 11}

¹Central State Medical Academy, Moscow, Russia;

²Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia;

³Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia;

⁴Federal Research and Clinical Center of Specialized Types of Health Care and Medical Technology of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russia;

⁵Omsk State Medical University, Omsk, Russia;

⁶Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

⁷Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁸Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

⁹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia;

¹⁰Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia;

¹¹Federal Siberian Research Clinical Center of the Federal Medical and Biological Agency, Krasnoyarsk, Russia

Abstract

The Expert Council was devoted to the development of the algorithm of diagnostics and treatment of anxiety disturbances in patients with somatic diseases in general clinical practice. Expert level clinicians from various medical fields took part in the creation of the algorithm, which allowed to take into account different clinical approaches and opinions. The algorithm is aimed at identifying anxiety disturbances in patients with a somatic profile and their timely treatment. Temgicoluril was discussed as one of the recommended drugs for the treatment of anxiety conditions in outpatient somatic practice.

Keywords: anxiety disturbances, somatic pathology, temgicoluril, psychometric assessment.

Information about the authors:

Samushiya M.A. — <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Al-Shukri A.S. — <https://orcid.org/0000-0001-6543-8589>

Baranov I.I. — <https://orcid.org/0000-0002-9813-2823>

Ekusheva E.V. — <https://orcid.org/0000-0002-3638-6094>

Livzan M.A. — <https://orcid.org/0000-0002-6581-7017>

Nenasheva N.M. — <https://orcid.org/0000-0002-3162-2510>

Corresponding author: Samushiya M.A. — e-mail: andreidanilov@mail.ru

Tabeeva G.R. — <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>

Tamrazova O.B. — <https://orcid.org/0000-0003-3261-6718>

Tarasov A.V. — <https://orcid.org/0000-0003-4394-4055>

Chernova A.A. — <https://orcid.org/0000-0003-2977-1792>

To cite this article:

Samushiya MA, Al-Shukri AS, Baranov II, Ekusheva EV, Livzan MA, Nenasheva NM, Tabeeva GR, Tamrazova OB, Tarasov AV, Chernova AA. Development of a diagnostic and treatment algorithm for anxiety associated with somatic pathology in patients in general clinical practice. Resolution of the expert council. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2025;125(1):1–8. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2025125011>

Тревожные расстройства (ТР) являются одними из наиболее часто встречающихся коморбидных состояний, сопровождающих различные соматические заболевания. Глобальная распространенность ТР в течение жизни составляет от 5% до 25% [1], а отдельные симптомы тревоги или ее субклинические проявления регистрируют у 76% населения [2]. Результаты популяционного когортного исследования продемонстрировали, что у 29% участников, у которых на начальном этапе было диагностировано субклиническое ТР, данное состояние персистировало в течение 3 лет наблюдения, а у 13,8% из них развилось клинически значимое ТР [3]. В общемедицинской практике ТР встречаются у 23–78% пациентов и у 45,9% среди амбулаторных больных [4]. ТР значительно снижают комплаентность пациентов, затрудняя соблюдение врачебных рекомендаций и выполнение профилактических мероприятий, а также ухудшают течение и прогноз имеющихся соматических заболеваний.

Целью настоящего совета экспертов явилась разработка алгоритма диагностики и лечения тревожных нарушений, ассоциированных с соматической патологией,

для использования врачами общеклинической практики. Алгоритм основан на междисциплинарном подходе, учитывающем мнение ведущих специалистов в таких областях, как психиатрия, неврология, терапия и общая врачебная практика, гастроэнтерология, аллергология и иммунология, дерматовенерология, кардиология, урология, акушерство и гинекология.

Связь тревожных расстройств и соматической патологии в общеклинической практике

Согласно данным 7-летнего когортного исследования, в котором приняли участие 30 635 человек, не имевших сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на момент начала исследования, было установлено, что наличие тревоги ассоциировано с повышенным риском развития ССЗ [5]. ТР увеличивают риск артериальной гипертензии в 3,6–6,8 раза [6, 7], ишемической болезни сердца в 4,2 раза [8, 9], а вероятность развития острого инфаркта миокарда может возрасти в 2–9 раз [10]. Кроме того, ТР ассоциировано с развитием

фибрилляции предсердий (ФП) [11] и повышает риск инсульта в 7,3 раза [12]. ТР способствуют росту частоты возникновения ФП после кардиохирургических вмешательств и повышают риск рецидива ФП после успешной электрической кардиоверсии, а также изоляции легочных вен. Вероятность рецидива у пациентов, набравших 7 и более баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), составляет 85% [13–16].

В аритмологической практике часто встречаются пациенты с безопасными нарушениями ритма, не требующие назначения антиаритмической терапии, но испытывающие тревогу по поводу своего состояния. В связи с этим данные аритмии могут усугублять тревожное состояние и, наоборот, тревога может индуцировать и усиливать симптомы аритмических состояний. В таких случаях целесообразно назначение противотревожных препаратов.

ТР часто наблюдаются у пациентов с хроническими дерматозами, особенно при острых или рецидивирующих процессах. Данная группа заболеваний часто сопровождается такими выраженными симптомами, как зуд, жжение, гиперемия и мокнутие кожи, что существенно усугубляет тревожные нарушения у пациентов [17, 18]. В половине случаев высыпания локализируются на лице и открытых участках тела, что может дезадаптировать пациентов, привести к социальной изоляции и снизить качество жизни пациентов. Ряд заболеваний, такие как атопический дерматит и экзема, имеют стресс-индуцированный характер, что подчеркивает важность управления психоэмоциональными факторами как для профилактики, так и для лечения дерматозов [19, 20].

У пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) коморбидные психоэмоциональные расстройства, такие как ТР, играют важную роль в формировании клинической картины, рецидивирования и хронизации патологического процесса, а также в значительной степени влияют на качество жизни пациентов. ТР при таких заболеваниях, как синдром раздраженного кишечника [21], функциональная диспепсия [22] и другие функциональные расстройства ЖКТ, зачастую тесно связаны с соматическими проявлениями, что усложняет диагностику и лечение. Пациенты с органической патологией ЖКТ, например гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [23], язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [24] или воспалительными заболеваниями кишечника [25], также подвержены развитию тревожных состояний, которые могут изменять и ухудшать течение основного заболевания.

Тревожные состояния являются распространенным психическим расстройством, которое наблюдается у пациентов акушерско-гинекологического профиля. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) связан с повышенным риском развития ТР. В частности, метаанализ, включивший 172 040 пациенток из 57 исследований, демонстрирует высокую распространенность этих расстройств среди женщин с СПКЯ, достигающую 15–20% в репродуктивной популяции. Среди пациенток, страдающих от предменструального синдрома, распространенность симптомов тревоги достигает 76% [26–28]. Наряду с этим до 50% пациенток с перименопаузальным синдромом испытывают тревогу различной степени тяжести с преобладанием легкого ТР [29, 30].

Эксперты в урологии выделяют категории пациентов с труднодиагностируемыми состояниями, такими как

интерстициальный цистит/синдром болезненного мочевого пузыря, синдром хронической тазовой боли (СХТБ) или гиперактивного мочевого пузыря, которые часто вызывают у пациентов значительное беспокойство, бессоницу и хронический стресс. В частности, у мужчин с хроническим простатитом (ХП), который в 90–95% случаев не имеет бактериальной природы, часто не удается точно установить причину заболевания, что усугубляет ТР [31]. У 95% мужчин страдающих ХП/СХТБ в течение 3 лет развивается депрессивное состояние [32]. Синдром болезненного мочевого пузыря, копулятивная дисфункция, а также любая хронически протекающая инфекция непременно сопровождаются различной степени тяжести ТР с преобладанием тех или иных его субклинических вариантов.

Влияние тревожных состояний на течение, прогноз и результаты лечения основного соматического заболевания

В ответ на любой стресс возникает тревога, а при неоднократных стрессорных событиях развиваются нарушения разной степени выраженности, что нарушает гомеостатические взаимоотношения, активируя стресс-реализующую систему с многочисленными патологическими каскадами, что, несомненно, усугубляет течение основного заболевания. Важно, что в дальнейшем ТР могут проявляться даже при отсутствии явных стрессорных факторов, что подчеркивает их когнитивно-эмоциональную природу и сложный многофакторный патогенез.

Стресс и тревога играют негативную роль в течение любого соматического заболевания, осложняя его диагностику и лечение, поскольку на передний план выходят множественные соматические симптомы, не связанные с основной органической патологией. Даже при успешной терапии основного заболевания результаты лечения могут оказаться неудовлетворительными, если сопутствующие ТР не выявлены и не скорректированы. ТР часто протекают под астеническими, болевыми и сердечно-сосудистыми и другими соматическими масками, что затрудняет их диагностику и терапию. До 35% пациентов с соматическими жалобами на самом деле страдают психосоматическими нарушениями, вызванными ТР [32–34], в основе которых лежит дисфункция вегетативной нервной системы с преобладанием активности ее симпатического отдела. Чрезмерное восприятие соматических проявлений ТР еще больше активирует симпатическую нервную систему, что, в свою очередь, усиливает выраженность тревожных симптомов и способствует хронизации патологического процесса, увеличивает риск развития сопутствующих состояний, таких как бессонница и депрессия, и усложняет как диагностику, так и лечение основного соматического заболевания.

Диагностика ТР у пациентов с соматическими заболеваниями на амбулаторном этапе

Существует ряд симптомов и клинических проявлений, позволяющих заподозрить ТР у пациента с соматическим заболеванием. Как правило у такого пациента наблюдается характерное поведение на приеме. Его отличают суетливость, многословность, а также чрезмерное стремление к контролю над происходящим. Также для пациента с тре-

важным нарушением характерны фиксация на симптомах своего заболевания и катастрофизация происходящего с ним [35]. При этом пациента могут беспокоить симптомы, затрагивающие сразу несколько систем организма, что выходит за рамки основного заболевания: неусидчивость, неспособность сидеть в одной позе; полисистемность соматических жалоб; усиление мелкой моторики (теребит край одежды или пуговицу, потирает руки, трясет ногой и пр.); склонность задавать несколько раз волнующие вопросы; фиксация на симптомах и негативной информации; раздражительность; нарушение сна; сложность расслабиться, чувство внутреннего напряжения; стремление к чрезмерному контролю, гипербдительность; катастрофизация состояния собственного здоровья; ограничительное поведение, избегание определенных ситуаций; лекарственный абюз, употребление алкоголя. При прицельном опросе пациента с ТР врач может выявить такие симптомы, как нарушение сна, внутреннее напряжение, невозможность расслабиться, а также ограничительное поведение и склонность к злоупотреблению лекарственными средствами и самолечению.

С целью эффективного скрининга патологии тревожного круга врачу следует задать два простых вопроса [36]: «Испытывали ли Вы в последние 2 нед ощущение беспокойства, тревоги или нервозности?» и «За последние 2 нед было ли у Вас чувство, что Вы не можете прекратить или взять под контроль ощущение беспокойства, напряженности или раздражительности?» Положительные ответы на оба вопроса позволят с высокой долей вероятности заподозрить у пациента ТР и перейти к его более углубленной диагностике. С этой целью применяются различные психометрические шкалы, включая опросник генерализованного тревожного расстройства (General Anxiety Disorder), шкалу самооценки тревоги Шихана (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory — BAI), шкалу Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory). Наиболее сбалансированным, по мнению экспертов, инструментом для работы с соматическими пациентами представляется шкала HADS, которая позволяет оценить не только уровень тревоги, но и риск развития депрессивных нарушений, что крайне важно для принятия решения [37]. При этом число вопросов, представленных в каждой субшкале, дает возможность провести первичную диагностику в условиях ограниченного времени на амбулаторном приеме.

Наличие у пациента признаков депрессии, а также клинически выраженной тревоги требует консультации психиатра. Во всех остальных случаях врач имеет право самостоятельно оказать помощь пациенту с ТР в рамках своей специальности. Законодательное регулирование оказания психиатрической помощи в России допускает ее предоставление врачами общей клинической практики — разрешены первичная диагностика и лечение нетяжелых психических расстройств, при этом диагностика должна иметь синдромальный, а не нозологический характер, то есть подразумевать определенный набор формулировок, отражающих основные жалобы [38] (табл. 1).

Существует ряд клинических признаков наличия у пациента значимого психического расстройства, при которых оказание помощи врачом общеклинического профиля нецелесообразно и может причинить вред как пациенту, так и врачу. При наличии хотя бы одного из таких «красных флагов» пациента следует незамедлительно направить на консультацию к психиатру (табл. 2).

Таблица 1. Примеры формулировок синдромального диагноза [38]

Table 2. Examples of formulations of the syndromic diagnosis [38]

Тревожное расстройство	Тревожный синдром Психовегетативный синдром Синдром эмоциональной лабильности
------------------------	---

Возможности терапии ТР в общесоматической практике

С юридической точки зрения круг врачебных специальностей, которые могут назначать психотропную терапию, не регламентирован. Таким образом, психотропное лечение может быть назначено по показаниям и в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препаратов лечащим врачом¹.

Основные принципы психофармакотерапии ТР включают назначение препаратов с учетом их эффективности, переносимости и безопасности. В амбулаторной практике рекомендуется начинать прием лекарственных средств с минимальных терапевтических доз и постепенно увеличивать их, чтобы снизить риск побочных эффектов. Следует также учитывать совместимость и взаимодействие с другими препаратами, которые пациент получает в рамках терапии основного соматического заболевания.

Анксиолитики, в частности бензодиазепины, занимают важное место в лечении ТР и применяются для купирования тревоги, а также для премедикации перед медицинскими вмешательствами. Однако использование таких лекарственных средств требует особой осторожности, так как их применение сопровождается рядом нежелательных явлений, в частности когнитивным нарушениям, а долгосрочное использование может привести к развитию зависимости и синдрома отмены. В связи с вышеизложенным врачам рекомендуется применять противотревожные препараты небензодиазепинового ряда с минимальным риском побочных эффектов, особенно при проведении длительной терапии. Важно отметить, что продолжительность противотревожной терапии должна составлять не менее 3 мес, что необходимо для достижения стойкого клинического эффекта и снижения риска дальнейшего рецидивирования ТР.

Роль и место темгиколурила в терапии ТР в амбулаторной практике

Темгиколурил зарегистрирован в России в виде таблеток по 500 мг и 300 мг и применяется для лечения невротических и невротоподобных состояний, проявляющихся беспокойством, эмоциональной нестабильностью, тревогой и страхом. Препарат также показан при кардиалгиях различного генеза, не связанных с ишемической болезнью сердца, способствует улучшению переносимости нейролептиков и транквилизаторов [39].

¹Приказ от 24 ноября 2021 г. № 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Таблица 2. «Красные флаги», свидетельствующие о необходимости консультации у психиатра
Table 2. «Red flags» indicating the need for psychiatric consultation

Тревожные нарушения ограничивают пациента: — избегает общественных мест (торговые центры и т.д.), транспорта (лифт, самолет и т.д.); — не может оставаться в одиночестве и т.п.
Пациент посещает большое число врачей, прошел большое количество медицинских исследований, стремится самостоятельно корректировать или отменять терапию
Пациент злоупотребляет таблетками для купирования тревоги (бензодиазепины, барбитураты)
У пациента на фоне тревоги сформирована зависимость от алкоголя или психоактивных веществ
Пациент на фоне тревоги не способен принимать даже простое решение, постоянно растерян, ищет поддержку со стороны
Отсутствие эффекта от адекватно подобранной и регулярно принимаемой противотревожной терапии в течение 3 мес

Темгиколурил оказывает комплексное действие на нейромедиаторные системы организма, включая ГАМК-, серотонин-, дофамин- и глутаматергическую, способствуя их сбалансированности и интеграции. Этим обусловлены его фармакологическое действие: противотревожное, вегетостабилизирующее, антиастеническое, ноотропное и антиоксидантное [40—42]. Применение темгиколурила не приводит к привыканию и синдрому отмены, что делает его безопасным для длительного применения. Он не вызывает вялости, сонливости, снижения концентрации внимания, подавленности или эмоционального безразличия, а также не обладает миорелаксирующим эффектом, что позволяет сохранить высокий уровень умственной и физической активности пациентов [43—45]. С другой стороны, препарат не вызывает психоэмоционального возбуждения и не угнетает сократительную функцию миокарда. Темгиколурил обладает минимальным спектром побочных и нежелательных эффектов, что делает его оптимальным для безопасного применения у широкого круга пациентов [46].

Важно отметить, что темгиколурил не метаболизируется в организме человека, что снижает риск межлекарственных взаимодействий, это позволяет назначать его пациентам с соматическими заболеваниями. Темгиколурил может применяться у пожилых пациентов, а также он не ограничивает повседневную активность и позволяет управлять транспортными средствами при его приеме [39]. Вследствие отсутствия контролируемых клинических исследований применения темгиколурила во время беременности и кормления грудью назначать его в эти периоды не рекомендуется.

Препарат широко исследован и имеет длительную историю применения в клинической практике. Проведено 11 рандомизированных клинических и 70 наблюдательных исследований темгиколурила, включивших более 4000 пациентов, результаты которых позволили провести систематизированный анализ. Значительный объем клинических данных подчеркивает убедительно свидетельствует о высокой эффективности темгиколурила в терапии различных ТР, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями.

Алгоритм диагностики и лечения ТР у пациентов с соматическими заболеваниями

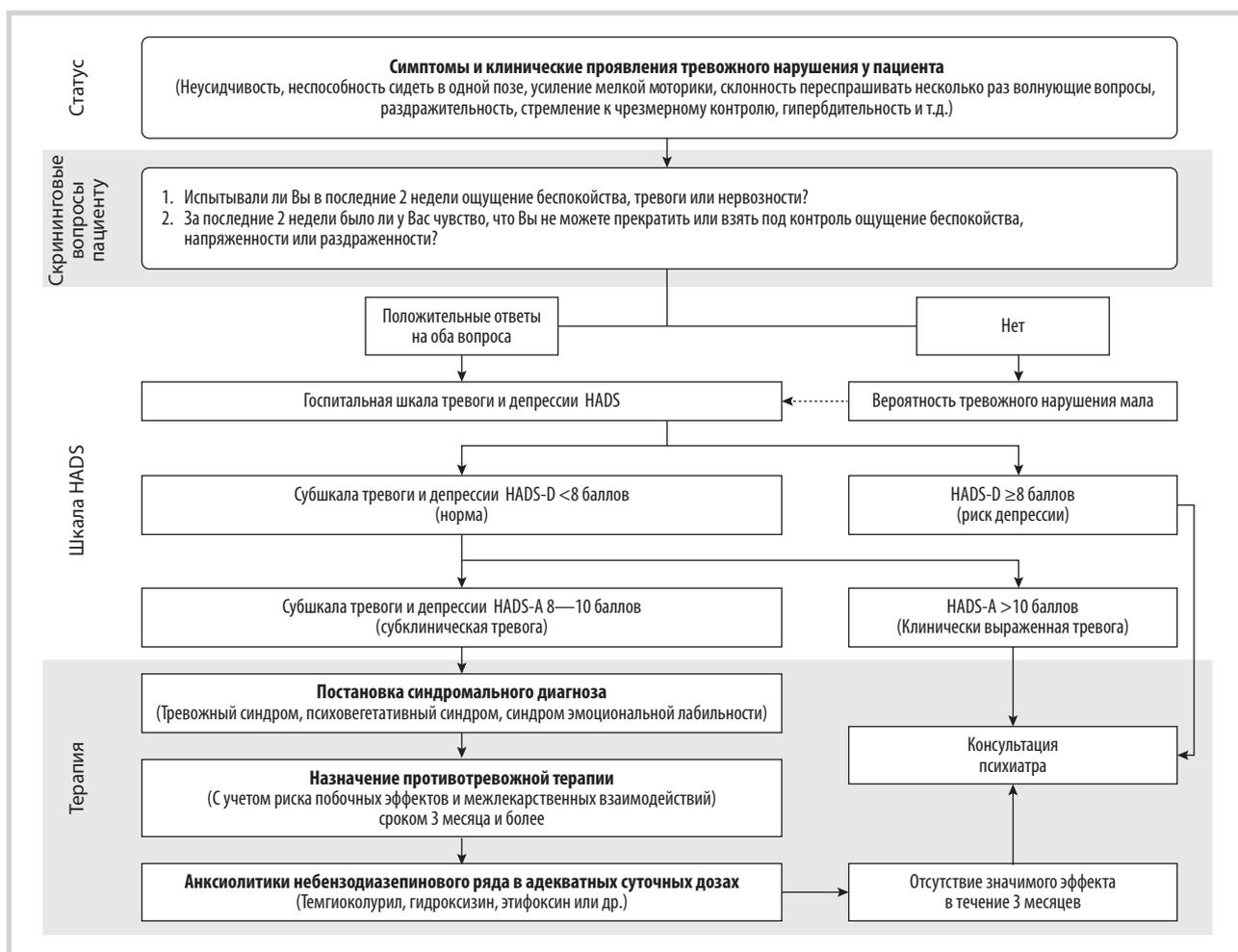
На основе вышеизложенного междисциплинарной группой экспертов был разработан пошаговый алгоритм действий врача общеклинического профиля — невролога, кардиолога, гастроэнтеролога, уролога, гинеколога, дер-

матолога, аллерголога, терапевта, позволяющий выявить на приеме пациента с тревожным нарушением, оказать ему своевременную помощь и тем самым улучшить результаты проводимой ему терапии и качество его жизни (**рисунок**).

На первом этапе врачу предлагается обратить внимание на наличие у пациента знаков и симптомов ТР. Вторым этапом предлагается задать два скрининговых вопроса, положительный ответ на которые подразумевает оценку тревоги и депрессии по шкале HADS, то есть третий этап. При наличии признаков депрессии, а также клинически выраженной тревоги врачу необходимо направить пациента на консультацию к психиатру. В остальных же случаях врачу следует поставить синдромальный диагноз, основанный на описании ключевых жалоб, и назначить соответствующую противотревожную терапию длительностью не менее 3 мес. Если в течение этого периода адекватно подобранная противотревожная терапия не приносит значимого клинического эффекта, пациента также следует направить на консультацию к психиатру.

Заключение

Распространенность ТР среди пациентов соматического профиля крайне высока и достигает 76% [1]. В подавляющем числе случаев ТР носит легкий или субклинический характер, что не позволяет классифицировать его как развернутое ТР. Тревожные нарушения негативно влияют на течение, прогноз и результаты лечения соматических заболеваний. Существует высокая потребность в выявлении и своевременном лечении ТР у пациентов с соматическими заболеваниями. Врачам следует обращать внимание на симптомы и клинические проявления ТР у пациента на приеме, а также активно выявлять их с помощью дополнительных скрининговых вопросов. Оптимальным инструментом скрининга ТР у соматического больного является госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) ввиду возможности оценить выраженность ТР, выявить или исключить признаки депрессии, что, соответственно, определяет дальнейший маршрут пациента. Несомненным достоинством шкалы HADS в условиях амбулаторного приема является ее простота и краткость. Своевременно начатое лечение ТР значительно повышает качество жизни пациентов и улучшает результаты лечения соматического заболевания. Пациенту с легким и умеренно выраженным ТР (8—10 баллов по шкале тревожности HADS) и при отсутствии риска депрессии (8 баллов по шкале депрессии HADS) врач любой специальности может назначить необходимую проти-



Алгоритм диагностики и лечения ТР у пациентов соматического профиля.
Algorithm of diagnosis and treatment of anxiety disorders in patients with somatic profile.

вотревожную терапию. При выборе анксиолитика для терапии ТР у пациента соматического профиля врачу следует принимать во внимание возможный риск побочных эффектов, а также межлекарственного взаимодействия с препаратами, используемыми для лечения основного заболевания. Для курсового лечения ТР предпочтение стоит отдавать анксиолитикам небензодиазепинового ряда. Темгиколурил — оптимальный небензодиазепиновый анксиолитик для терапии ТР, ассоциированных с соматической патологией.

сиолитикам небензодиазепинового ряда. Темгиколурил — оптимальный небензодиазепиновый анксиолитик для терапии ТР, ассоциированных с соматической патологией.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
2. Смудевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. *Клинические эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов в психиатрии и общей медицине.* М.: Медиа Сфера; 2005. Smulevich AB, Drobizhev MYu, Ivanov SV. *Clinical effects of benzodiazepine tranquilizers in psychiatry and general medicine.* Moscow: Media Sfera Publ.; 2005. (In Russ.).
3. Bosman RC, Ten Have M, de Graaf R, et al. Prevalence and course of sub-threshold anxiety disorder in the general population: A three-year follow-up study. *J Affect Disord.* 2019;247:105-113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.018>
4. Смудевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. *Транквилизаторы производные бензодиазепина в психиатрии, психосоматике и общей медицине.* М.: Медиа Сфера; 2005. Smulevich AB, Drobizhev MYu, Ivanov SV. *Benzodiazepine derivatives tranquilizers in psychiatry, psychosomatics and general medicine.* Moscow: Media Sfera Publ.; 2005. (In Russ.).

5. Deschênes SS, Burns RJ, Schmitz N. Anxiety and Depression Symptom Comorbidity and the Risk of Heart Disease: A Prospective Community-Based Cohort Study. *Psychosom Med.* 2020;82(3):296-304. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000790>
6. Штарик С.Ю. Взаимосвязь повышенного уровня тревоги и артериальной гипертензии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2010;2(59):69-73.
Shtarik S.Yu. The relationship between increased anxiety levels and arterial hypertension. *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology.* 2010;2(59):69-73. (In Russ.).
7. Player MS, Peterson LE. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: a review. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41(4):365-377. <https://doi.org/10.2190/PM.41.4.f>
8. Smoller JW, Pollack MH, Wassertheil-Smoller S, et al. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(10):1153-1160. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1153>
9. Tully PJ, Cosh SM, Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *J Psychosom Res.* 2014;77(6):439-448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
10. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В. и др. Гендерные особенности риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у населения с симптомами депрессии в Сибири (программа ВОЗ «MONICA-психосоциальная»). *Терапевтический архив.* 2017;89(9):60-67.
Gafarov VV, Gromova EA, Gagulin IV, et al. Gender peculiarities of the risk of cardiovascular diseases in a population with symptoms of depression in Siberia (the WHO MONICA-psychosocial program). *Therapeutic Archive.* 2017;89(9):60-67. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/terarkh201789960-67>
11. Ломакин В.В., Копылов Ф.Ю., Никитина Ю.М. и соавт. Психосоматические особенности течения фибрилляции предсердий. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.* 2009;2(1):61-65.
Lomakin VV, Kopylov FY, Nikitina YM, et al. Psychosomatic features of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology and Cardiovascular Surgery.* 2009;2(1):61-65. (In Russ.).
12. Chiu YC, Bai YM, Su TP, et al. Ischemic Stroke in Young Adults and Pre-existing Psychiatric Disorders: A Nationwide Case-Control Study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(38):34-39. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001520>
13. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosom Med.* 2005;67(5):692-696. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000174050.87193.96>
14. Tully PJ, Bennetts JS, Baker RA, et al. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. *J Acute Crit Care.* 2011;40(1):4-11. <https://doi.org/10.1016/j.jrtlng.2009.12.010>
15. Lange HW, Herrmann-Lingen C. Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion. *J Psychosomat Res.* 2007;63(5):509-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.010>
16. Yu S, Zhao Q, Wu P, et al. Effect of anxiety and depression on the recurrence of paroxysmal atrial fibrillation after circumferential pulmonary vein ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2012;23:17-23. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8167.2011.02143.x>
17. Ferreira BR, Misery L. Psychopathology Associated with Chronic Pruritus: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2023;103(6):34-39. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.8488>
18. Adesanya EI, Matthewman J, Schonmann Y, et al. Factors associated with depression, anxiety and severe mental illness among adults with atopic eczema or psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2023;188(4):460-470. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljac132>
19. Martin DA, Towne JE, Ricricorian G, et al. The emerging role of IL-17 in the pathogenesis of psoriasis: preclinical and clinical findings. *J Invest Dermatol.* 2013;133(1):17-26. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.194>
20. Fabrizio M, Cipolla S, Signoriello S, et al. A systematic review on shared biological mechanisms of depression and anxiety in comorbidity with psoriasis, atopic dermatitis, and hidradenitis suppurativa. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1):e71. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2249>
21. Fond G, Loundou A, Hamdani N, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2014;264(8):651-660. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0502-z>
22. Esterita T, Dewi S, Suryatenggara FG, Glenardi G. Association of Functional Dyspepsia with Depression and Anxiety: A Systematic Review. *J Gastrointest Liver Dis.* 2021;30(2):259-266. <https://doi.org/10.15403/jgld-3325>
23. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Chan WW, Talley NJ. Association Between Anxiety/Depression and Gastroesophageal Reflux: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2023;118(12):2133-2143. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002411>
24. Kim SY, Min C, Oh DJ, et al. Reciprocal association between depression and peptic ulcers: Two longitudinal follow-up studies using a national sample cohort. *Sci Rep.* 2020;10:1749. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58783-0>
25. Hu S, Chen Y, Chen Y, Wang C. Depression and Anxiety Disorders in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Front Psychiatry.* 2021;12:714057. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.714057>
26. Bailey JW, Cohen LS. Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual syndrome. *J Womens Health Gen Based Med.* 1999;8(9):1181-1184. <https://doi.org/10.1089/jwh.1.1999.8.1181>
27. Fazal TB, Razzaq Y, Ijaz F, et al. Comparison of Prevalence of Premenstrual Syndrome Symptoms among Medical and Non-medical Professional Females and its Association with Depression, Anxiety, and Stress: A Cross-sectional Study. *Glob J Med Pharm Biomed Update.* 2024;19:7. https://doi.org/10.25259/GJMPBU_99_2023
28. Abu Alwafa R, Badrasawi M, Haj Hamad R. Prevalence of premenstrual syndrome and its association with psychosocial and lifestyle variables: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):233. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01374-6>
29. Huang S, Wang Z, Zheng D, Liu L. Anxiety disorder in menopausal women and the intervention efficacy of mindfulness-based stress reduction. *Am J Transl Res.* 2023;15(3):2016-2024.
30. Li RX, Ma M, Xiao XR, et al. Perimenopausal syndrome and mood disorders in perimenopause: prevalence, severity, relationships, and risk factors. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(32):e4466. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004466>
31. Mahjani B, Koskela LR, Batuure A, et al. Systematic review and meta-analysis identify significant relationships between clinical anxiety and lower urinary tract symptoms. *Brain Behav.* 2021;11(9):45-49. <https://doi.org/10.1002/brb3.2268>
32. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom.* 2000;69(4):184-97. <https://doi.org/10.1159/000012393>
33. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom.* 2017;86(1):13-30. <https://doi.org/10.1159/000448856>
34. Mangelli L, Semprini F, Sirri L, et al. Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics.* 2006;47(2):143-146. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.2.143>
35. Шишкова В.Н. Тревожные расстройства у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями: алгоритмы диагностики и ведения в практике врача-интерниста. *Лечебное дело.* 2024;2:36-44.
Shishkova VN. Anxiety disorders in patients with chronic somatic diseases: diagnostic and management algorithms in internist practice. *Lechebnoe delo.* 2024;2:36-44. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2071-5315-2024-13105>
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146(5):317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
37. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
38. Волель Б.А., Петелин Д.С. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в общемедицинской практике: учебное пособие. М.: МАИ; 2020.
Volel BA, Petelin DS. *Algorithms for diagnosis and therapy of mental disorders in general medical practice: a textbook.* Moscow: MAI; 2020. (In Russ.).
39. Громов Л.И., Дудко Е.Н. Типичные и атипичные транквилизаторы. *Вестник фармакологии и фармации.* 2003;10(1):11-17.

- Gromov LI, Dudko EN. Typical and atypical tranquilizers. *Vestnik farmakologii i farmatsii*. 2003;(10):11-17. (In Russ.).
40. Фролова Н.Л., Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Психовегетативные особенности и возможности терапии больных нейроциркуляторной астенией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(12):51-54.
Frolova NL, Chutko LS, Surushkina SYu. Psychovegetative features and therapeutic possibilities for patients with neurocirculatory asthenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012;112(12):51-54. (In Russ.).
41. Фролова Н.Л., Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Психовегетативные нарушения у больных гипертонической болезнью I стадии и возможность их коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013;113(9):43-47.
Frolova NL, Chutko LS, Surushkina SYu. Psychovegetative disturbances in patients with stage I hypertension and possibilities of their correction. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013;113(9):43-47. (In Russ.).
42. Шилина Н.Н., Стаценко М.Е., Спорова О.Е., Лемперт Б.А. Эффективность адаптола и возможность его дифференцированного применения у больных с тревожными расстройствами в постинфарктном периоде. *Терапевтический архив*. 2013;85(9):29-34.
Shilina NN, Statcenko ME, Sporova OE, Lempert BA. Effectiveness of Adaptol and its differentiated use in patients with anxiety disorders during the post-infarction period. *Therapeutic Archive*. 2013;85(9):29-34. (In Russ.).
43. Воробьева О.В., Репина В.В. Открытое сравнительное наблюдательное исследование эффективности и безопасности препарата адаптол в терапии тревожно-астенических расстройств у больных с хронической ишемией головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(3):45-49.
Vorobyeva OV, Repina VV. Open comparative observational study of the efficacy and safety of Adaptol in the treatment of anxiety-asthenic disorders in patients with chronic cerebral ischemia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(3):45-49. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro20161163120-24>
44. Mokina TV, Antipenko EA, Gustov AV. Use of adaptol in the treatment of chronic fatigue syndrome in patients with chronic cerebral ischemia. *Neurosci Behav Physiol*. 2010;40(7):757-759.
<https://doi.org/10.1007/s11055-010-9322-4>
45. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Марченко А.А., Пуляткина О.В. Прогностическое значение содержания в крови нейротрофического фактора мозга (BDNF) при терапии некоторых функциональных и органических заболеваний нервной системы с применением адаптола. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(4):37-41.
Zhivolupov SA, Samartsev IN, Marchenko AA, Pulyatkina OV. Prognostic significance of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels during therapy of certain functional and organic nervous system diseases with adaptol. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012;112(4):37-41. (In Russ.).
46. Крыжановский С.М., Самушия М.А., Иосава И.К., Берестовой М.А. Эффективность адаптола в терапии тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с соматической патологией: систематический анализ. *Кремлевская медицина*. 2023;(1):43-50.
Kryzhanovsky SM, Samushiya MA, Iosava IK, Berestovoi MA. Effectiveness of Adaptol in the treatment of anxiety-depressive syndrome in patients with somatic pathology: a systematic analysis. *Kremlevskaya meditsina*. 2023;(1):43-50. (In Russ.).

Поступила 02.12.2024
Received 02.12.2024
Принята к печати 03.12.2024
Accepted 03.12.2024