



На приеме – тревожный пациент

Е.С. Акарачкова^{1,2}, Л.Р. Кадырова³, Л.В. Климов⁴, А.А. Кондрашов⁵, О.В. Котова^{1,6}, Д.И. Лебедева^{7,8}

¹АНО «Международное общество по изучению и эффективному контролю стресса и связанных с ним расстройств», Москва, Россия;

²Центр реабилитации «RehaLine», Красногорск, Россия;

³Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия;

⁴ООО «Клиника Интегритас», Москва, Россия;

⁵ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁶ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

⁷ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», Тюмень, Россия;

⁸ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

Аннотация

В статье авторы попытались ответить на следующие вопросы: Как часто тревожные пациенты встречаются в клинической практике? Почему большинство пациентов с тревогой обращаются к врачам первичного звена, а не к психиатру? Какие жалобы и проявления помогают заподозрить тревогу у пациента? Как врач – не психиатр может выявить и диагностировать тревогу? Что делать при выявлении тревоги у пациента? Кратко- и долгосрочная перспектива и прогноз у каждого конкретного больного.

Ключевые слова: тревога, стресс, тревожный пациент, первичное звено, цитрат магния

Для цитирования: Акарачкова Е.С., Кадырова Л.Р., Климов Л.В., Кондрашов А.А., Котова О.В., Лебедева Д.И. На приеме – тревожный пациент. Consilium Medicum. 2024;26(2):125–130. DOI: 10.26442/20751753.2024.2.202672

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

REVIEW

A visit of an anxious patient: A review

Elena S. Akarachkova^{1,2}, Lidiia R. Kadyrova³, Leonid V. Klimov⁴, Artem A. Kondrashov⁵, Olga V. Kotova^{1,6}, Dzhinna I. Lebedeva^{7,8}

¹АНО "International Society of Stress", Moscow, Russia;

²RehaLine Rehabilitation Center, Krasnogorsk, Russia;

³Kazan State Medical Academy – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Kazan, Russia;

⁴Integritas Clinic LLC, Moscow, Russia;

⁵Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

⁶Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

⁷Regional Treatment and Rehabilitation Center, Tyumen, Russia;

⁸Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract

In the article, the authors answered the following questions: How often do anxious patients occur in clinical practice? Why do most patients with anxiety see primary care physicians rather than a psychiatrist? What complaints and manifestations help to suspect anxiety in the patient? How can a non-psychiatrist identify and diagnose anxiety? How to manage a patient with diagnosed anxiety? Short-term and long-term outcomes/prognosis.

Keywords: anxiety, stress, anxious patient, primary care, magnesium citrate

For citation: Akarachkova ES, Kadyrova LR, Klimov LV, Kondrashov AA, Kotova OV, Lebedeva DI. A visit of an anxious patient: A review. Consilium Medicum. 2024;26(2):125–130. DOI: 10.26442/20751753.2024.2.202672

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Кадырова Лидия Ринадовна** – канд. мед. наук, доц., доц. каф. неврологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО, засл. врач РТ. E-mail: lidakad@gmail.com

Акарачкова Елена Сергеевна – д-р мед. наук, врач-невролог, президент АНО «Международное общество "Стресс под контролем"», зам. глав. врача центра реабилитации «RehaLine». E-mail: info@stressundercontrol.ru

Климов Леонид Владимирович – канд. мед. наук, врач-невролог, мануальный терапевт, иглорефлексотерапевт ООО «Клиника Интегритас». E-mail: dr.klimov@mail.ru

Кондрашов Артем Александрович – канд. мед. наук, доц. каф. факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова лечебного фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: kaartem@gmail.com

✉ **Lidiia R. Kadyrova** – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Kazan State Medical Academy – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: lidakad@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9306-2715

Elena S. Akarachkova – D. Sci. (Med.), ANO "International Society of Stress", RehaLine Rehabilitation Center. E-mail: info@stressundercontrol.ru; ORCID: 0000-0002-7629-3773

Leonid V. Klimov – Cand. Sci. (Med.), Integritas Clinic LLC. E-mail: dr.klimov@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1314-3388

Artem A. Kondrashov – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: kaartem@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9152-3234

Когда врач – не психиатр читает статьи про тревогу, часто такая информация может носить абстрактный характер, поскольку тревожные расстройства (ТР) традиционно относятся к спектру психопатологии и врач не всегда может выставлять психиатрические диагнозы. Однако клинический парадокс заключается в том, что пациенты с тревогой не идут к врачу-психиатру. Тревога, которая клинически проявляется психовегетативными и соматическими симптомами, носит витальный характер, и именно это приводит пациентов к врачам соматических специальностей. В итоге врач в рамках своей специальности, не имеющий права выставлять психиатрический диагноз, пытается корректировать соматическую симптоматику без учета влияния тревоги, что приводит как к недостаточной эффективности основной терапии и ухудшению соматического состояния, так и к хронизации психопатологии. Сосуществующая (коморбидная) тревога снижает мотивацию и приверженность пациента терапии, а также способствует активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГНО), симпатoadrenalовой активации на периферии, тем самым сводя к минимуму усилия врача по коррекции проявлений соматического заболевания. И встает важный клинический вопрос: «Что делать?»

Чтобы на него ответить, давайте обратимся к цифрам, которые продемонстрируют, как часто в клинической практике врач встречается с тревожными пациентами.

Итак, лица с тревожностью очень распространены среди взрослого населения РФ: повышенный уровень тревоги встречается у 35,5% мужчин и 54,9% женщин. Другими словами, повышенная тревожность имеется у каждого третьего мужчины и каждой второй женщины. При этом если оценить распространенность в клинической практике, то клинически значимая тревога умеренной и тяжелой выраженности имеется среди 10,9% пациентов мужчин и 22,7% женщин [1]. «Субпороговые» и легкие формы тревоги встречаются в 30–45% случаев у пациентов общетерапевтического направления [2].

Стоит добавить, что недавняя пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 привела не только к физической заболеваемости и смертности, но и к социальной изоляции, одиночеству, экономической незащищенности и росту стресса, тревоги и депрессии как среди пациентов, так и среди медицинских работников. COVID-19 выступил в роли мощного стрессового триггера для клинической манифестации ТР [3]. Тревога в таких условиях – наиболее частое последствие затянувшихся хронических стрессов.

Безусловно, чувство тревоги в период стресса могут испытывать и здоровые люди. Нормальная (физиологическая) тревога обусловлена внешними факторами, связана с угрожающей ситуацией и усиливается адекватно ей в условиях субъективной значимости выбора, при недостатке информации или дефиците времени. Эта тревога – первая стадия стресса, хронические стрессы способствуют формированию патологической тревоги, которая всегда приводит к подавлению (истощению), а не усилению адаптационных возможностей организма.

Актуальными причинами роста ТР на текущий момент являются:

1) увеличение социальной угрозы (гражданские преступления, внутренние региональные конфликты и террористическая активность, боязнь потерять работу / средства к существованию);

2) снижение социальной зависимости и межличностной привязанности среди населения, о чем свидетельствует социальная изоляция пожилых людей и одиночество детей, в семьях которых оба родителя на работе, отсутствие «живого» контакта среди людей (замена его социальными сетями).

Понимая такую взаимосвязь тревоги и стресса, мы можем ожидать роста психосоматических последствий стресса, из которых тревога – одно из первых его проявлений [4].

Почему большинство пациентов с тревогой обращаются к врачам первичного звена, а не к психиатру?

Проблемы, с которыми сталкиваются врачи соматической практики, когда на приеме оказывается тревожный пациент, многогранны. В первую очередь стоит отметить, что большинство пациентов имеют либо страх перед психиатрическим диагнозом, либо неосознание своих психологических проблем, либо нежелание их обсуждать, и они предпочитают сосредоточиться на своих физических проблемах, что приводит к отсутствию приверженности терапии, а также низкой эффективности соматотропного лечения. Следует обозначить и трудности вербализации своих ощущений и алекситимию [5].

Еще одной составляющей проблемы являются меньшая доступность врача-психиатра для пациента по сравнению с врачом общей практики, сокращение времени врачебных приемов, высокая текучесть кадров, а также конкурирующие приоритеты в области повышения качества врачебной работы по соматическим заболеваниям, что приводит к усталости, дистрессу и выгоранию самих врачей. И, наконец, прямое общение между врачами общей практики и психиатрами все еще остается редкостью [6].

Какие жалобы и проявления помогают заподозрить тревогу у пациента?

Учитывая ограниченные временные рамки амбулаторного приема, врачу стоит обратить внимание на основные признаки, наличие которых позволяет заподозрить тревогу у пациента.

Облигатной особенностью соматических проявлений тревоги является полисистемный характер этих нарушений. Другими словами, пациенты предъявляют множественные жалобы, свидетельствующие о заинтересованности различных систем органов. Это результат полиморфного влияния тревоги на организм. Например, пациент может жаловаться на головокружение, утомляемость, головную боль, тремор, мышечные подергивания или вздрагивания, парестезии, напряжение и боль в мышцах, нарушения сна.

Нарушение функции терморегуляции будет проявляться в беспричинных субфебрилитетах и ознобах.

Могут также возникать функциональные нарушения в мочеполовой системе, которые отражаются в виде жалоб на учащенное мочеиспускание, снижение либидо или им-

Котова Ольга Владимировна – канд. мед. наук, невролог, психиатр, психотерапевт, вице-президент АНО «Международное общество "Стресс под контролем"», доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии фак-та непрерывного медицинского образования Медицинского института ФGAOY BO PУДH. E-mail: ol_kotova@mail.ru

Лебедева Джинна Ивановна – канд. мед. наук, глав. врач ГАУЗ ТО ОЛРЦ, доц. каф. медицинской профилактики и реабилитации Института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», засл. врач РФ. E-mail: j.lebedeva1965@mail.ru

Olga V. Kotova – Cand. Sci. (Med.), ANO "International Society of Stress", Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia. E-mail: ol_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

Dzhinna I. Lebedeva – Cand. Sci. (Med.), Regional Treatment and Rehabilitation Center, Tyumen State Medical University. E-mail: j.lebedeva1965@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2478-9619

потенцию, что приводит пациентов к узким специалистам (урологам, гинекологам).

В последние годы активно обсуждается роль тревоги в нарушении работы желудочно-кишечного тракта, что клинически проявляется функциональными расстройствами. Наиболее часто гастроинтестинальный дискомфорт выражен в жалобах на тошноту, сухость во рту, диспепсию, понос или запоры, боли в животе, метеоризм, нарушение аппетита.

Безусловно, среди соматических проявлений тревоги лидируют сердечно-сосудистые и дыхательные. К ним относятся тахикардия, экстрасистолия, неприятные ощущения и/или болевые ощущения в груди, артериальные гипер- или гипотензия, колебания артериального давления. Больных также могут беспокоить «приливы» жара или холода, потливость, холодные и влажные ладони, предобморочные состояния, ощущения «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, затруднения дыхания, одышка и другие симптомы гипервентиляции.

Однако влияние тревоги на состояние сердечно-сосудистой системы не ограничивается только функциональными проявлениями. Тревога вызывает чрезмерную активацию ГГНО и симпатoadренальной системы, повышенное выделение катехоламинов в плазме и повреждение эндотелия, что в конечном итоге приводит к атеросклерозу и острым коронарным событиям. Нарушается также вегетативная регуляция мозгового кровотока [7], которая уже не защищает ткани головного мозга от гипер- или гипоперфузии, что приводит к нарушениям церебральной гемодинамики [8–10]. В итоге у пациентов с ТР не может поддерживаться нормальная скорость мозгового кровотока и осуществляться церебральная ауторегуляция [11, 12].

Соматическая заинтересованность очень важна, и большинство пациентов предъявляют жалобы именно на соматические проявления тревоги. Однако у этих больных обязательно наблюдаются как психические, так и поведенческие нарушения. Среди психических проявлений тревоги наиболее часто встречаются беспокойство по мелочам, ощущение напряженности и скованности, неспособность расслабиться, раздражительность и нетерпеливость, ощущение ввинченности и пребывание на грани срыва, невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, трудности засыпания и нарушения ночного сна в сочетании с быстрой утомляемостью, страхом.

Поведенческие симптомы тревоги связаны с плохим отношением пациента к своему здоровью, что проявляется в курении большого количества сигарет, чрезмерном употреблении алкоголя, снижении физической активности [13], нездоровом питании [14].

Таким образом, подавляющее большинство пациентов с ТР наблюдается терапевтами, кардиологами, гастроэнтерологами, пульмонологами, дерматологами и др. При этом часто истинная причина возникновения этих жалоб без активного расспроса ускользает от внимания врача. В итоге терапевтические усилия сводятся к симптоматическим, т.е. направлены на лечение доминирующего симптома (подъем артериального давления, тахикардия, боли в сердце) и не приносят существенной пользы больному. Недооценка и игнорирование тревоги способствуют ее хронизации, переходу в более тяжелое течение и высокий риск депрессии, в том числе высокий риск суицидальных мыслей и попыток суицида, а также большую продолжительность последующих рецидивов. В то же время при хронизации тревоги измененная активность ГГНО в сочетании с персистирующей симпатoadренальной гиперактивацией на периферии приводят к гормональным и поведенческим реакциям, которые участвуют в развитии гипертонии, атеросклероза, инсулинорезистентности и других заболеваний, что, в свою очередь, еще больше усугубляет имеющиеся патологические процессы [15].

Как врач – не психиатр может выявить и диагностировать тревогу?

Итак, рассмотрим, что же делать врачу общей практики, если на приеме тревожный пациент.

В реальной клинической практике для выявления и определения степени тяжести ТР и депрессии, а также понимания соотношения тревожной и депрессивной симптоматики наиболее простым и воспроизводимым методом является скрининговая госпитальная шкала тревоги и депрессии. Данные, получаемые посредством использования данной шкалы, позволяют врачу рекомендовать комплексную терапию уже на стадии субклинических и легких проявлений стресс-связанных расстройств (тревоги и депрессии).

Пациент заполняет шкалу самостоятельно, врачу достаточно 5–10 с, чтобы оценить сумму баллов по подшкалам «тревога» и «депрессия». При отсутствии достоверных симптомов тревоги/депрессии (от 0 до 7 баллов по подшкалам) можно предположить наличие «субпороговых» расстройств, когда в клинической картине преобладают лишь отдельные проходящие симптомы тревоги и гипотимии (например, лабильность настроения, утренняя вялость, слезливость, раздражительность, расстройства сна и/или аппетита), которые не укладываются в устойчивый тревожный/депрессивный синдром.

Если при тестировании выявляются легкие либо умеренные тревога/депрессия (8–12 баллов по подшкалам), то такому пациенту выставляется синдромальный диагноз тревожно-депрессивного расстройства.

В ситуации выявления тяжелой тревоги/депрессии (более 12 баллов по подшкалам), а также при наличии психического заболевания в анамнезе, бреда, галлюцинаций, суицидальных мыслей или действий пациент нуждается в консультации психиатра [4].

Что делать при выявлении тревоги у пациента?

Игнорировать тревогу нельзя. Длительно существующая тревога, особенно в ситуации хронического стресса, оказывает негативное влияние на соматический статус пациента (из-за измененной активности ГГНО и последующих нейроэндокринных перестроек), а также повышается риск развития последующей депрессии. Выбор терапии у таких больных должен основываться в первую очередь на тяжести симптоматики (можно оценить с помощью тестирования, например госпитальной шкалы тревоги и депрессии) и включать методы и средства, способствующие снижению тревоги [4].

Лечение «субпороговых» ТР снижает заболеваемость развернутыми тревожными синдромами. В таких случаях пациенту можно рекомендовать безрецептурные лекарственные препараты (растительные, препараты магния, витаминно-минеральные комплексы) в сочетании с конструктивными способами снять стресс, среди которых наиболее актуальны рекомендации:

1. Развивать навык преодоления стресса – копинг-стратегии, а также чувство юмора, тайм-менеджмент, смену деятельности, выстраивание поддерживающих взаимоотношений, выражение эмоций.
2. Практиковать релаксационные техники.
3. Расширять физическую активность.
4. Соблюдать режим труда и отдыха.
5. Реализовать здоровый образ питания [15].

Как реализовать данную стратегию в случае конкретного пациента, детально представлено на сайте АНО «Международное общество "Стресс под контролем"» [16].

Стоит отметить приоритет когнитивно-поведенческой психотерапии, однако исходя из условий реальной практики этот метод лечения и профилактики стресс-связанных расстройств, к сожалению, не является широкодоступным, поэтому фармакотерапия сохраняет свою актуальность.

На этапе «субпороговой» тревоги, а также при наличии положительного опыта приема безрецептурных препаратов можно начинать терапию привычными для пациента препаратами. Это позволит не напугать пациента и не спровоцировать возникновение тревоги ожидания на введение в терапию нового лекарственного средства.

Учитывая важную роль глутаматергической системы и NMDA(N-метил-D-аспартат)-рецепторов головного мозга в патогенезе стресса, когнитивных и эмоциональных нарушений при стресс-связанных расстройствах, магнийсодержащие препараты (МСП) могут составить достойную альтернативу как один из вариантов патогенетической терапии, а также в профилактике ТР. МСП потенцируют действие абсолютно всех препаратов с анксиолитическим эффектом, потому что ионы Mg^{2+} являются универсальными природными стабилизаторами всех подтипов NMDA-рецепторов. В покое канал NMDA-рецептора закрыт ионом Mg^{2+} . Дефицит магния вызывает активацию NMDA-рецепторов в сочетании с открытием кальциевых каналов, что приводит к нейрональному повреждению и дисфункции, которые могут клинически выражаться не только тревогой, но и депрессией. В настоящее время Mg^{2+} рассматривается как потенциальный биомаркер тревоги и депрессии [17]. Дефицит Mg^{2+} в центральной нервной системе при стрессе приводит к дисфункции NMDA-рецепторов с последующим повреждением клеток глии и нейронов префронтальной коры, миндалин, гиппокампа и их связей с нижележащими структурами (таламусом, гипоталамусом, гипофизом, ретикулярной формацией):

- 1) формируется гипервозбудимость ГГНО;
- 2) увеличивается транскрипция кортикотропин-рилизинг-фактора в паравентрикулярном ядре гипоталамуса;
- 3) повышается уровень адренкортикотропного гормона плазмы [18].

Это индуцирует развитие дезадаптации и патологической тревоги при стрессе, что клинически проявляется широким спектром перечисленных психических, поведенческих и соматических симптомов [15].

Референтные значения для уровней магния в сыворотке крови (0,66–1,07 ммоль/л для взрослых) приписываются определяемым в настоящее время уровням магния в плазме (для которых нижняя граница интервала нормы не может составлять менее 0,8 ммоль/л) [19].

Терапия клинически выраженной тревоги врачом – не психиатром также возможна с применением психотропной терапии (она, как правило, рецептурная) и только в ситуации легких и умеренных ТР (по госпитальной шкале тревоги и депрессии – не более 12 баллов), в остальных случаях пациент должен быть направлен на консультацию к психиатру [4].

Современная психотропная терапия направлена на восстановление баланса нейромедиаторов на разных уровнях структурно-функциональной организации головного мозга [4].

К современным эффективным средствам относятся анксиолитики, антидепрессанты, нейролептики, препараты, определяющие работу NMDA-рецептора.

Анксиолитики.

А. Бензодиазепины из-за своего неселективного связывания с бензодиазепиновыми рецепторами 2 и 3-го подтипа могут вызвать множество побочных эффектов, и при их назначении нужно помнить о том, что многие пациенты с тревогой злоупотребляют алкоголем и другими субстанциями.

Атипичные бензодиазепины (алпразолам, клоназепам, лоразепам) имеют в 3 раза выше сродство к бензодиазепиновым рецепторам по сравнению с таковым у типичных бензодиазепинов, поэтому оказывают более мощное противотревожное влияние. Однако по профилю переносимости и безопасности данные препараты не являются средствами 1-й линии выбора [4].

Б. ГАМКергические анксиолитики. Фенобарбитал – мощный ГАМКергический препарат, эффективно купирует тре-

вогу. Входит в состав многих лекарственных препаратов. Однако побочные эффекты препарата настолько выражены, что ограничивает его применение [15].

В. Анксиолитики с другим механизмом, которые могут использоваться от 4 до 8 нед.

Антидепрессанты – класс психотропных препаратов с широким спектром не только антидепрессивной, но и противотревожной активности (в отличие от анксиолитиков и транквилизаторов, которые не влияют на симптомы депрессии). Антидепрессанты могут эффективно купировать симптомы стресс-связанных расстройств, особенно если их применять в комбинации с психотерапией [4].

Нейролептики могут применяться в комплексной терапии таких видов патологической тревоги, как паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство и др. [4].

Магнийсодержащие препараты. Ранее уже было их упоминание. Стоит отметить, что биоорганическое соединение – пидолат магния – характеризуется высокой тропностью к центральной нервной системе и прекрасно проникает через гематоэнцефалический барьер. В сочетании с витамином B_6 стабилизирует NMDA-рецепторы, возбуждаемые при стрессе глутаматом, тем самым оказывая как самостоятельное анксиолитическое влияние, так и потенцируя влияние других противотревожных препаратов (анксиолитиков, антидепрессантов, нейролептиков), что позволяет не выходить за низкие терапевтические дозы последних и тем самым избежать их побочных эффектов [19, 20].

Еще одна форма магния с высокой биодоступностью – цитрат магния, оказывает мембраностабилизирующее действие, создает условия для оптимального метаболизма и энергетического обмена внутри клеток, участвующих в реализации тревоги, а также определяет синтез аденозинтрифосфата, так как и сами ионы магния, и цитрат – непосредственные участники этого синтеза в митохондриях. Входящий в состав пиридоксин является синергистом указанных биоорганических форм магния, что делает магний более эффективным [19–21].

Итак, у тревожного пациента для назначения терапии необходимо не только выявить психосоматические проявления тревоги. Важно определить выраженность последней, что позволит сформировать тактику ведения пациента. При этом остается открытым вопрос о продолжительности терапии, что обязательно будет влиять на **прогноз** у конкретного больного как в **краткосрочной**, так и **долгосрочной перспективе**.

Короткие курсы безрецептурных препаратов длительностью 1–2 нед допустимы только в случае «субпороговой» тревоги. Обычно пациенты самостоятельно пытаются справиться с тревожностью, и часто это бывает эффективно. Но в ситуации клинически выраженной тревоги больной нуждается в более длительной терапии, так как короткие курсы не позволяют достигать долгосрочной стабилизации пациента и, как правило, чаще приводят к последующему обострению, чем длительные (6 мес и более). Следовательно, нужно выбирать препараты для длительного применения, например селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в монотерапии либо в сочетании с МСП [15].

Включение МСП в терапию основано на том, что ионы магния универсальны как в лечении тревоги, так и в профилактике стресса и тревоги [19–21]. Применение МСП в терапевтической дозе (200–400 мг/сут), покрывающей суточную потребность в магнии, достоверно повышает устойчивость организма к стрессу, что лежит в основе профилактики стресс-связанных расстройств – тревоги и депрессии [15].

Длительный (от 6 мес и более) прием цитрата магния (Магне B_6° форте) также рассматривается в качестве превентивной терапии мигренозной боли, провокатором которой часто служит стресс, а тревога является частым коморбидным расстройством. Магне B_6° форте рекомендуется

в комплексной терапии при контроле показателей магниевого дефицита (содержание магния в эритроцитах) [19].

Заключение

Тревога в жизни современного человека – распространенное состояние. И если у здоровых людей чувство тревоги – ощущение временное, возникающее в момент опасности, то при наличии адекватной реакции на стресс организм адаптируется, и тревога регрессирует. В тех случаях, когда адаптационные механизмы нарушены, тревожное состояние проявляется беспричинным или постоянным неопределенным волнением, предчувствием опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливой оживленности или осознается как беспредметное беспокойство, его расценивают как патологическое. Однако соматическая заинтересованность становится лидирующей для большинства пациентов, которые предъявляют жалобы именно на соматические проявления тревоги. Соматовегетативные проявления патологической тревоги заставляют пациента обращаться за помощью к наиболее доступному врачу, и это не врач-психиатр, а врач общей практики.

Следует помнить, что современная терапия тревожных состояний складывается из психотерапевтических и фармакологических методов. К сожалению, в большинстве случаев применение психотерапевтических методов в рамках лечебно-профилактического учреждения трудно осуществимо. В настоящее время в арсенале врача имеется широкое разнообразие препаратов с противотревожным влиянием. Важными факторами, определяющими выбор конкретного средства, являются следующие:

- 1) степень выраженности тревоги;
- 2) скорость наступления противотревожного эффекта;
- 3) стойкость терапевтического эффекта;
- 4) количество и тяжесть побочных эффектов.

МСП подходит как для лечения (при «субпороговой» и легкой тревоге в монотерапии, при более выраженной тревоге – в комплексной терапии), так и для профилактики стресса и его последствий [4, 19, 20].

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Литература/References

1. Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д., и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив*. 2014;86(12):5360 [Shalnova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, et al. The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the ESSE-RF study). *Terapevticheskiy Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2014;86(12):5360 (in Russian)]. DOI:10.17116/terarkh2014861253-60

2. Андрищенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоциальной сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2011 [Andriushchenko AV. Psikhicheskie i psikhosomaticheskie rassstroivstva v uchrezhdeniakh obshchegosotsialnoy seti (kliniko-epidemiologicheskie aspekty, psikhosomaticheskie sootnosheniya, terapiya). Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow. 2011 (in Russian)].
3. Акарачкова Е.С., Котова О.В., Кадырова Л.Р. Пандемия COVID-19. Стресс-связанные последствия. Учебное пособие для врачей. М.: Медицина-Информ, 2020 [Akarachkova ES, Kotova OV, Kadyrova LR. Pandemiya COVID-19. Stress-svazannyye posledstviya. Uchebnoye posobie dlya vrachei. Moscow: Meditsina-Inform, 2020 (in Russian)].
4. Акарачкова Е.С., Климов Л.В., Котова О.В. 21 век: от пандемии COVID-19 к новым психосоциальным стрессам. Клиническое руководство. М.: Перо, 2022 [Akarachkova ES, Klimov LV, Kotova OV. 21 vek: ot pandemii COVID-19 k novym psikhosotsialnym stressam. Klinicheskoe rukovodstvo. Moscow: Pero, 2022 (in Russian)].
5. Moise N, Wainberg M, Shah RN. Primary care and mental health: Where do we go from here? *World J Psychiatry*. 2021;11(7):271-6. DOI:10.5498/wjpv.11.7.271
6. Moise N, Shah RN, Essock S, et al. Sustainability of collaborative care management for depression in primary care settings with academic affiliations across New York State. *Implement Sci*. 2018;13(1):128. DOI:10.1186/s13012-018-0818-6
7. Xu WH, Wang H, Wang B, et al. Disparate cardio-cerebral vascular modulation during standing in multiple system atrophy and Parkinson disease. *J Neural Sci*. 2009; 276(1-2):84-7. DOI:10.1016/j.jns.2008.09.006
8. Ma H, Guo ZN, Liu J, et al. Temporal course of dynamic cerebral autoregulation in patients with intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2016;47(3):674-81. DOI:10.1161/STROKEAHA.115.011453
9. Tarumi T, Dunsky DI, Khan MA, et al. Dynamic cerebral autoregulation and tissue oxygenation in amnesic mild cognitive impairment. *J Alzheimer's Dis*. 2014;41:765-78. DOI:10.3233/JAD-132018
10. Guo ZN, Xing Y, Wang S, et al. Characteristics of dynamic cerebral autoregulation in cerebral small vessel disease: Diffuse and sustained. *Sci Rep*. 2015;5:15269. DOI:10.1038/srep15269
11. Guo ZN, Feng L, Yan X, et al. Characteristics of cardio-cerebrovascular modulation in patients with generalized anxiety disorder: An observational study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):259. DOI:10.1186/s12888-017-1428-6
12. Guo ZN, Lv S, Liu J, et al. Compromised dynamic cerebral autoregulation in patients with generalized anxiety disorder: A study using transfer function analysis. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):164. DOI:10.1186/s12888-018-1713-z
13. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(6):432-8. DOI:10.1007/s00127-005-0914-1
14. Antonogeorgos G, Panagiotakos DB, Pitsavos C, et al. Understanding the role of depression and anxiety on cardiovascular disease risk, using structural equation modeling; the mediating effect of the Mediterranean diet and physical activity: The ATTICA study. *Ann Epidemiol*. 2012;22(9):630-7. DOI:10.1016/j.janepidem.2012.06.103
15. Акарачкова Е.С., Байдаuletova А.И., Беляев А.А., и др. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2020 [Akarachkova ES, Baidaletova AI, Belyaev AA, et al. Stress: prichiny i posledstviya, lechenie i profilaktika. Klinicheskie rekomendatsii. Saint Petersburg: Skifia-print; Moscow: Profmedpress, 2020 (in Russian)].
16. Международное общество по изучению и эффективному контролю стресса и связанных с ним расстройств. Режим доступа: <https://stressundercontrol.ru/> Ссылка активна на 20.03.2024 [Mezhdunarodnoye obshchestvo po izuchenii i effektivnomu kontroliu stressa i svyazannykh s nim rassstroivstv. Available at: <https://stressundercontrol.ru/> Accessed: 20.03.2024 (in Russian)].
17. Opanković A, Milovanović S, Radosavljević B, et al. Correlation of ionized magnesium with the parameters of oxidative stress as potential biomarkers in patients with anxiety and depression: A pilot study. *Dose Response*. 2022;20(3):15593258221116741. DOI:10.1177/15593258221116741
18. Whittle N, Li L, Chen WQ, et al. Changes in brain protein expression are linked to magnesium restriction-induced depression-like behavior. *Amino Acids*. 2011;40(4):1231-48. DOI:10.1007/s00726-010-0758-1
19. Громова О.А., Торшин И.Ю. Магний и «болезни цивилизации». Практическое руководство. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018 [Gromova OA, Torshin IYu. Magnii i "bolezni tsivilizatsii". Prakticheskoe rukovodstvo. Moscow: GEOTAR-Media, 2018 (in Russian)].
20. Noah L, Dye L, Bois De Fer B, et al. Effect of magnesium and vitamin B6 supplementation on mental health and quality of life in stressed healthy adults: Post-hoc analysis of a randomised controlled trial. *Stress Health*. 2021;37(5):1000-9. DOI:10.1002/smi.3051
21. Boyle NB, Lawton C, Dye L. The effects of magnesium supplementation on subjective anxiety and stress – A systematic review. *Nutrients*. 2017;9(5):429. DOI:10.3390/nu9050429

Статья поступила в редакцию /
The article received: 20.02.2024

Статья принята к печати /
The article approved for publication:
26.04.2024



OMNIDOCTOR.RU