

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: С ЧЕМ ПРИХОДИТ ПАЦИЕНТ К ВРАЧУ-ИНТЕРНИСТУ?

О.В. Котова^{1,2,3}, Е.С. Акарачкова²

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

² Международное общество «Стресс под контролем», г. Москва

³ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Адрес для переписки:

Котова Ольга Владимировна, ol_kotova@mail.ru

Ключевые слова:

тревожные расстройства, тревога, генерализованное тревожное расстройство, субпороговое генерализованное тревожное расстройство, Мебикар

Для цитирования:

Котова О.В., Акарачкова Е.С. Тревожные расстройства: с чем приходит пациент к врачу-интернисту?

Поведенческая неврология. 2026; 1: 16–20.

DOI 10.46393/27129675_2026_1_16–20

Резюме

Тревожные расстройства – наиболее распространенные психические расстройства, с которыми сталкиваются врачи общей практики. Однако на приеме пациенты обычно предъявляют жалобы не на тревогу и страх, а на разнообразные соматические симптомы, которые в российской медицине обозначаются как синдром вегетативной дисфункции. При этом выявить тревожное расстройство и назначить лечение в условиях первичной медико-санитарной помощи сложно, и зачастую такие расстройства не диагностируются из-за отсутствия типичных проявлений и нехватки времени у врача. Кроме того, трудности диагностики тревожных расстройств обусловлены наличием алекситимии, склонностью пациента преуменьшать значимость симптомов тревоги, а также приписывать переживание тревоги физическим заболеваниям. Тревожные расстройства на приеме врача-интерниста чаще всего представлены субпороговыми формами, такими как субпороговое генерализованное тревожное расстройство. Соматические симптомы тревожных расстройств разнообразны и могут затрагивать любой орган или систему органов, что в отсутствие явной тревоги затрудняет диагностику. Для лечения тревожных расстройств используют психотропные препараты разных классов, но во многих случаях врач и пациент выбирают анксиолитики, среди которых привлекает внимание Мебикар – небензодиазепиновый транквилизатор, характеризующийся множеством фармакологических эффектов, безопасностью, тропностью к широкому кругу вегетативных и психических симптомов.

ANXIETY DISORDERS: WHAT DO PATIENTS PRESENT TO AN INTERNIST WITH?

O.V. Kotova^{1,2,3}, E.S. Akarachkova²

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow

² International society for the study of stress "Stress under control", Moscow

³ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI)

For correspondence:

Olga V. Kotova, ol_kotova@mail.ru

Key words:

anxiety disorders, anxiety, generalized anxiety disorder, subthreshold generalized anxiety disorder, Mebicar

For citation:

Kotova O.V., Akarachkova E.S. Anxiety disorders: what do patients present to an internist with? Behavioral Neurology. 2026; 1: 16–20.

DOI 10.46393/27129675_2026_1_16–20

Abstract

Anxiety disorders are the most common mental health conditions encountered by general practitioners. However, patients typically present not with anxiety and fear, but with a variety of somatic symptoms, which in Russian medicine are referred to as autonomic dysfunction syndrome. However, identifying anxiety disorders and prescribing treatment in primary care is difficult, and such disorders are often underdiagnosed due to the lack of typical symptoms and physician time constraints. Furthermore, difficulties in diagnosing anxiety disorders are due to the presence of alexithymia, the patient's tendency to downplay anxiety symptoms, and to attribute anxiety to physical illnesses. Anxiety disorders seen in internists most often present with subthreshold forms, such as subthreshold generalized anxiety disorder. The somatic symptoms of anxiety disorders are varied and can affect any organ or organ system, which, in the absence of overt anxiety, complicates diagnosis. Psychotropic medications from various classes are used to treat anxiety disorders, but in many cases, physicians and patients choose anxiolytics. Among these, Mebicar, a non-benzodiazepine tranquilizer characterized by multiple pharmacological effects, safety, and affinity for a wide range of autonomic and mental symptoms, is of particular interest.

Среди психических расстройств наиболее распространены тревожные расстройства, в общей популяции они встречаются в 18,1% случаев в течение 12 месяцев. Тревожные расстройства сопряжены со значительным снижением качества жизни, функциональными нарушениями, высокой частотой коморбидных психических и соматических расстройств. Пациент с тревожным расстройством обычно неоправданно часто обращается за медицинской помощью в связи с неудовлетворенностью диагностикой и лечением своего состояния, что приводит к значительной нагрузке на семью и общество [1].

В крупнейшем исследовании по изучению распространенности психических расстройств, проведенном в Канаде на выборке из 24 785 человек с использованием M-CIDI (Munich-Composite International Diagnostic Interview – Мюнхенское комплексное международное диагностическое интервью), установлено, что в общей когорте участников распространенность генерализованного тревожного расстройства (ГТР) составила 2,6%, субпорогового ГТР – 2,3%, среди мужчин – 2,0 и 1,3%, среди женщин – 3,2 и 3,4% соответственно. Коморбидное аффективное расстройство выявлено у 27,2% пациентов с ГТР и 10,3% пациентов с субпороговым ГТР, расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, – у 8,0 и 4,3%, посттравматическое стрессовое расстройство – у 24,3 и 14,9% пациентов соответственно [2].

Тревожные расстройства – наиболее распространенные психические расстройства, с которыми сталкиваются врачи общей практики. Однако на приеме пациенты обычно предъявляют жалобы не на тревогу и страх, а на разнообразные соматические симптомы, которые в российской медицине обозначаются как синдром вегетативной дисфункции (в зарубежной литературе это состояние называют «симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения»). В российском исследовании ВЕГА (2015) с участием более 4000 пациентов в возрасте 18–60 лет продемонстрировано, что у 75% пациентов первичной медицинской сети наблюдаются тревожные расстройства, в том числе тяжелая тревога – у 30%, умеренно выраженная – у 29% и субпороговая – у 16% пациентов [3]. При этом

выявить тревожное расстройство и назначить лечение в условиях первичной медико-санитарной помощи сложно, и зачастую такие расстройства не диагностируются из-за отсутствия типичных проявлений и нехватки времени у врача. Кроме того, трудности диагностики тревожных расстройств обусловлены наличием алекситимии, склонностью пациента преуменьшать значимость симптомов тревоги, а также приписывать переживание тревоги физическим заболеваниям [4]. Пациенты с тревожными расстройствами в 2 раза чаще, чем население в целом, изначально обращаются к врачу с соматическими жалобами. Эти жалобы могут варьироваться от одного конкретного беспокоящего симптома, например диареи или бессонницы, до множества, казалось бы, не связанных между собой симптомов. При наличии у пациента симптомов, которые не поддаются медицинскому объяснению и не имеют явной причины, необходимо дальнейшее обследование [4, 5].

Тревога и связанные с ней расстройства могут возникнуть в любой период жизни, но особенно опасны для людей пожилого возраста в связи с повышением риска заболеваемости и смертности, что связано с возрастающей нагрузкой на сердечно-сосудистую систему и ухудшением когнитивных функций, из-за которого пациент может не придерживаться рекомендаций врача по лечению [6].

На приеме врача-интерниста редко встречаются выраженные тревожные расстройства, в частности ГТР. Чаще мы диагностируем субпороговое ГТР, которое, согласно DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 4-е издание) можно определить как тревожность, сохраняющуюся в течение как минимум 3 месяцев и сопровождаемую как минимум двумя из следующих критериев [7]:

1. Человеку трудно контролировать беспокойство/тревогу.
2. Тревога и беспокойство сопровождаются тремя (или более) из следующих шести симптомов:
 - беспокойство или ощущение взвинченности или нервозности;
 - быстрая утомляемость;

- трудности с концентрацией внимания или затуманенность сознания;
- раздражительность;
- мышечное напряжение;
- нарушения сна.

3. Симптомы клинически значимы.

Некоторые авторы приводят еще более мягкие критерии диагноза субпорогового (субсиндромального) ГТР, согласно которым отсутствие контроля больше не является обязательным критерием, а временные критерии менее строгие. В обобщенном виде критерии субпорогового ГТР можно представить следующим образом [8]:

- временной критерий смягчается: вместо как минимум 6 месяцев достаточно 1 месяца;
- неконтролируемое беспокойство больше не является обязательным условием, достаточно беспокойства (даже если оно контролируемое);
- количество сопутствующих соматических симптомов тревоги сокращается с как минимум 3 до как минимум 2.

Вегетативные симптомы могут быть представлены следующими нарушениями [5]:

- со стороны желудочно-кишечной системы: сухость во рту, затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастрии, метеоризм, абдоминальный дистресс, диарея, тошнота, ощущение сжатия;
- со стороны респираторной системы: боль и дискомфорт в груди, диспноэ, затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме), чувство удушья и последствия гипервентиляции;
- со стороны сердечно-сосудистой системы: ощущение дискомфорта в области сердца, учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в области сердца, пульсации шейных сосудов;
- со стороны мочеполовой системы: учащенное мочеиспускание, нарушения эрекции, диспареуния, снижение либидо, менструальные нарушения, временная аменорея;
- со стороны нервной системы: чувство пошатывания, ощущение нечеткости зрения, головокружение и парестезии, потливость, тремор или дрожь, приливы жара и ознобы, онемение или ощущение покалывания, нарушения сна (затруднения при засыпании из-за беспокойства, ощущение беспокойства при пробуждении, прерывистый или поверхностный сон, сон с неприятными или кошмарными сновидениями, нередко пробуждение в тревоге, отсутствие чувства отдыха утром).

Выявлять субпороговое ГТР необходимо в связи с более высоким уровнем дистресса у таких пациентов и более низким уровнем их психосоциального функционирования по сравнению с пациентами без каких-либо симптомов ГТР [9, 10]. Высокий уровень дистресса наблюдается по меньшей мере у 83,7% молодых (18–34 года) и 75% пациентов в возрасте

35–65 лет с субпороговым ГТР [7]. У пациентов с субпороговым ГТР значительно чаще встречаются нарушения сна и повышенная утомляемость, они чаще совершают попытки суицида и имеют более низкое качество жизни [9].

Существует множество факторов, способствующих развитию ГТР, однако большинство исследователей сходятся во мнении, что главная причина кроется в эпигенетической природе этого расстройства. По данным генетических исследований развития тревожных расстройств, наследуемость составляет от 20 до 65%, при этом чем раньше проявляются симптомы, тем выше вероятность генетической предрасположенности. Исследования на животных и с участием людей показали, что важную роль в развитии тревожных расстройств играет кортико-амигдаллярная система [4, 11]. При этом адаптивные реакции, вызванные страхом и тревогой, необходимы для выживания, в то время как неадаптивные и иррациональные страхи являются ключевыми признаками тревожных расстройств [12, 13].

Эффективность диагностики и лечения тревожных расстройств можно повысить с помощью психометрических инструментов и правильного подбора фармакологического лечения [14].

Для оценки тревоги в клинической практике используют следующие шкалы: шкалу Гамильтона для оценки тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), шкалу оценки тревоги Спилбергера–Ханина, госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), шкалу тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), шкалу самооценки тревоги Шихана.

Для купирования симптомов тревоги могут использоваться препараты различных групп: транквилизаторы (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые), антидепрессанты, нейролептики. Несмотря на то что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина доказали свою эффективность при лечении тревожности по сравнению с психотерапией у пациентов разного возраста, в том числе пожилых, многие пациенты предпочитают психотерапевтические методы и/или анксиолитики [6].

Транквилизаторы (анксиолитики) купируют тревогу, чувство беспокойства и страха, улучшают вегетативные функции и адаптацию к условиям окружающей среды. К небензодиазепиновым транквилизаторам относится препарат Мебикар (темгиколурил, ранее – тетраметилтетраазабициклооктандион). Он оказывает умеренное транквилизирующее влияние и практически не вызывает побочных эффектов. По химическому строению Мебикар близок к метаболитам организма, так как бициклическая структура действующего вещества напоминает две молекулы мочевины. Мишенью действия препарата являются структуры, входящие в лимбико-ретикулярный комплекс и зоны регуляции эмоций в гипоталамусе [15, 16].

Мебикар отличается от классических анксиолитиков сочетанием системных нейромедиаторных и клеточных механизмов действия. Среди основных нейромедиаторных эффектов Мебикара – ГАМКергическое, серотонинергическое и менее выраженное холинергическое действие, а также аденолитическая активность и антиглутаматергический эффект. У Мебикара отмечается прямой миметический эффект в отношении ГАМК-рецепторов (отличающийся от такового бензодиазепинов) и М-холинорецепторов. Именно ГАМКергическое действие объясняет наличие у Мебикара анксиолитических свойств. Мебикар поддерживает баланс активности различных нейромедиаторных систем в головном мозге, оказывая активирующее действие в отношении тормозного медиатора (ГАМК) и ослабляющее – в отношении возбуждающих нейротрансмиттеров (норадреналина и глутамата), а также нормализуя взаимоотношения адрено- и серотонинергических влияний [17, 18].

К клеточным эффектам Мебикара относят антигипоксический, антиоксидантный и мембраностабилизирующий эффекты, активацию процессов энергообеспечения клетки, обмена глюкозы и тканевого дыхания. На уровне организма Мебикар нормализует параметры деятельности сердечно-сосудистой системы (артериальное давление, частота сердечных сокращений, биохимические процессы в миокарде, коронарный кровоток и т.д.) за счет влияния на центральные и периферические регуляторные механизмы [19].

В клинической практике Мебикар проявил свою эффективность при различной патологии: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, синдроме раздраженного кишечника, у женщин с климактерическими психоэмоциональными расстройствами и стресс-индуцированным бесплодием [20–24].

Мибикар очень хорошо переносится и практически лишен побочных эффектов (за исключением случаев индивидуальной непереносимости). Высокую степень безопасности Мебикара подтверждают описанные в литературе наблюдения двух пациентов, которые приняли препарат в дозе 30 г (100 таблеток) с суицидальными целями, однако не причинили никакого вреда своему здоровью [25].

Мибикар, как представитель дневных анксиолитиков, лишен таких нежелательных явлений, как привыкание и зависимость. Аргументом, свидетельствующим о безопасности Мебикара, является его широкий терапевтический коридор: согласно инструкции, максимальная разовая доза составляет 3000 мг, суточная – 10 000 мг, что в разы выше терапевтической.

При климактерическом синдроме Мебикар устраняет или ослабляет проявления кардиального синдрома (боль, одышку, ощущение сердцебиения, нормализует процессы реполяризации в миокарде, показатели центральной гемодинамики), а также другие проявля-

ния климакса (приливы, парестезии, головную боль, утомляемость, нормализует сон) [26, 27].

В недавнем исследовании эмоциональных нарушений у пациентов с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) изучали эффективность применения препарата Мебикар при данной патологии. В исследование было включено 40 пациентов с СВД в возрасте от 18 до 45 лет и 30 пациентов контрольной группы. Оценивались вегетативные нарушения, частота и интенсивность головной боли, феноменология и степень выраженности эмоциональных расстройств, а также нарушений внимания и когнитивного контроля. Пациенты основной группы получали Мебикар в дозе 1500 мг в сутки (1 таблетка 3 раза в день) в течение 60 дней. Достоверное уменьшение выраженности клинических симптомов СВД зарегистрировано у 29 (72,5%) пациентов. Повторное психофизиологическое исследование после курса лечения выявило статистически достоверный регресс импульсивности, при этом не отмечалось ухудшения показателей внимания и времени реакции, что свидетельствует об отсутствии негативного влияния терапии на когнитивные функции [28].

В другом исследовании оценивали эффективность Мебикара у пациентов с вегетативной дисфункцией в сочетании с когнитивными нарушениями и тревогой. Через месяц терапии было отмечено достоверное и существенное снижение выраженности вегетативных расстройств, психической и соматической тревоги, а также улучшение качества сна. Одновременно зафиксировано клинически значимое улучшение когнитивных функций по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Препарат показал хорошую переносимость и отсутствие клинически значимых побочных эффектов [29].

Таким образом, тревожные расстройства, в том числе субпороговые, представляют серьезную проблему для здравоохранения, ухудшая качество жизни пациента и в ряде случаев влияя на продолжительность жизни. Диагностика тревожных расстройств на приеме врача-интерниста остается трудной задачей, однако должная настороженность врача помогает вовремя заподозрить тревожное расстройство и провести соответствующую терапию. Небензодиазепиновый транквилизатор Мебикар выделяется среди группы транквилизаторов широким спектром фармакологических эффектов, безопасностью, тропностью к широкому кругу вегетативных и психических симптомов.

Литература

1. Huang C.J., Hsieh H.M., Chiu H.C. et al. Impact of anxiety disorders on mortality for persons with diabetes: a national population-based cohort study. *Psychosomatics*. 2017; 58 (3): 266–273.
2. Gilmour H. Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder (GAD) and suicide ideation. *Health Rep*. 2016; 27 (11): 13–21.

