

# Лечение сопутствующих тревожных расстройств у больных с заболеваниями толстой кишки

Т.В. Решетова, Т.Н. Жигалова, А.В. Герасимова, В.А. Петренко

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

*У больных язвенным колитом и синдромом раздраженного кишечника изучали астению и тревожность. Больные получали стандартную базисную терапию в соответствии со своими заболеваниями или базисную терапию вместе с психотропным лекарством. Включение в лечебный процесс анксиолитика «Тенотен» достоверно снизило тревожность у больных ЯК и СРК без негативного влияния на когнитивные функции. У больных СРК, получавших помимо базисной терапии тенотен, по сравнению с группой больных, получавших только базисную терапию, достоверно уменьшились болевой синдром; общая, физическая и психическая астения.*

**Ключевые слова:** астения, синдром раздраженного кишечника, тревожность, язвенный колит.

В жизни современного человека ситуации деятельности в условиях психоэмоциональной перегрузки сопряжены с особым риском: это порой приводит к «болезням стиля жизни» – астении, расстройствам тревожно-депрессивного круга, психосоматическим заболеваниям. На рубеже веков у наших современников настало возросли тревожность, астения, агрессивность, что среди исследователей стали появляться мнения о пересмотре нормативов психологических тестов. Например, средние показатели астении в современном обществе на 17% хуже, чем нормативы, разработанные в двадцатом веке авторами методик.

Если меры предосторожности вовремя не приняты, то у некоторых людей вслед за стрессовыми расстройствами могут развиваться и психосоматические заболевания. Речь идет не только о «малых психосоматических болезнях», к которым относятся соматоформные расстройства, синдром раздраженного кишечника (СРК) и т.п., но и о «больших психосоматозах» – ишемической болезни сердца, сахарном диабете, бронхиальной астме, язвенном колите (ЯК). И в клинике, и в литературе можно найти много подтверждений наличию психопатологической симптоматики у больных, например, язвенным колитом.

Одним из часто встречающихся нарушений эмоциональной сферы у больных с гастроэнтерологической патологией являются расстройства тревожного спектра, проявляющиеся различными вариантами предчувствия опасности, источник которой неизвестен или нераспознан. Тревога сопровождается выраженным вегетативным аккомпанементом: учащенным дыханием, тахикардией, нарушениями аппетита, бессонницей, сухостью во рту, потливостью, диареей, спазмами, колебаниями артериального давления, снижением либидо и потенции, гипервентиляцией и другими проявлениями. Причем, чем более сдержан человек в социальных проявлениях своих тревожных эмоций, тем больше шансов получить феномен «соматизации тревоги», когда вегетативная дисфункция, сопровождающая тревогу, затрагивает определенные системы и органы, и эти страдания выходят на передний план в клинике. Такие дисфункции клинически очень похожи на реальные болезни, поэтому и называются «соматоформными», хотя морфологический субстрат патологии при них отсутствует [1].

Наш современник обычно быстро набирает комплекс из нескольких болезней. Если в двадцатом веке, по мнению профессора А.А. Крылова, иметь несколько болезней сразу было характерным для пациентов пожилого возраста, то сейчас целый комплекс болезней нередко формируется уже в зрелые годы. Кроме того, нынешний больной не может позволить себе долго болеть, поэтому актуальным является поиск способов быстрого эффективного лечения, без полипрагмазии

охватывающего не конкретную болезнь, а многие проблемы пациента в комплексе.

В настоящее время бензодиазепины, так дружно предпочитаемые врачами двадцатого века, постепенно занимают свое достойное место в неотложной терапии стрессовых расстройств или минимально краткого курсового лечения. Современного больного смущает и их негативное действие на концентрацию внимания, и миорелаксирующий эффект, и влияние на половую сферу. Небензодиазепиновые транквилизаторы, многие из которых работают и «по требованию», и при курсовом лечении, позволяют достаточно эффективно бороться с тревожными расстройствами. Они полезны для лечения пациентов без грубой, психотической симптоматики: для адаптации людей, которые проходят через стрессовый период своей жизни.

Одним из препаратов, обладающих и анксиолитическим, и вегетотропным действием, является «Тенотен». Механизм его действия связан со способностью модифицировать функциональную активность эндогенного белка S100 – молекулярной мишени для фармакотерапии целого ряда расстройств. Известно, что гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) – один из главных тормозных медиаторов организма. Белок S100 – модулятор нейрональных процессов, лежащих в основе механизмов памяти и обучения, оказывает как прямое ГАМК-миметическое действие, так и нейротрофическое: играет важную роль в регуляции энергетического и пластического обмена в центральной нервной системе [2]. Доказанной является связь белка S100 с развитием тревожных расстройств. Белок S100 оказывает ГАМК-миметическое действие, обеспечивая противотревожный эффект. Модифицируя функциональную активность белка S100 при его повреждении, тенотен действует ГАМК-миметически. Клиническое действие при этом проявляется уменьшением поведенческих проявлений тревоги, вегетативного дисбаланса, облегчением засыпания, улучшением адаптации [3], то есть повышением активности стресс-лимитирующих систем организма.

Тенотен снижает неустойчивость настроения, соматические проявления тревоги: потливость, покраснение или побледнение кожных покровов, сердцебиение, головокружение. При курсовом лечении тенотеном в течение 1–2 месяцев развивается стойкий анксиолитический эффект, который сохраняется 2–4 недели после окончания его приема [5]. Ноотропное действие проявляется в виде улучшения памяти и внимания, скорости психических реакций [6]. Воздействие на когнитивные дисфункции тревожного генеза подтверждают результаты нейропсихологического тестирования: выявлено благоприятное влияние тенотена на память и когнитивные функции [2]. Выбор для исследования тенотена был продиктован еще и воз-

возможностью использования его щадящего эффекта для пищеварительной трубки (таблетки рассасываются во рту), что особенно актуально при таких заболеваниях, как ЯК.

## Дизайн исследования

Проспективное рандомизированное сравнительное исследование было развернуто на базе клиник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Ленинградской областной клинической больницы в 2010–2011 гг.

Рандомизация проводилась методом случайной стратифицированной выборки согласно критериям стратификации (возраст, степень тяжести, вариант течения, отсутствие сопутствующей патологии). В исследовании участвовали больные с СРК и ЯК, получавшие и не получавшие психофармакотерапию помимо базисного соматотропного лечения. Базисная терапия при ЯК: препараты 5-аминосалициловой кислоты, кортикостероиды, иммуносупрессоры. Базисная терапия при СРК: препараты, регулирующие стул, пеногасители, спазмолитики, пробиотики, пребиотики. За время лечения в гастроэнтерологической клинике больные исследовались дважды: при поступлении и через 4 недели.

Исследуемые пациенты были разделены на пять групп:

- группа больных СРК – 40 человек, получавших тенотен по 1 таблетке под язык 4 раза в день 4 недели;
- группа больных СРК – 36 человек, получавших только базисную соматическую терапию по СРК;
- группа больных ЯК – 32 человека, получавших тенотен по 1 таблетке под язык 4 раза в день 4 недели;
- группа больных ЯК – 26 человек, получавших только базисную соматическую терапию по ЯК;
- контрольная группа здоровых – 28 человек.

## Материал

Всего в исследовании участвовали 162 человека.

У всех больных СРК диагноз был подтвержден клинически, эндоскопически и лабораторными методами. 83,2% больных отмечали наличие симптомов в течение 1 года – 5 лет, остальные 17,1% – в течение 4–6 месяцев. У 37,3% были умеренные боли в животе, у 62,7% – сильные. С психогениями связывали свое обострение 64,7% больных; с физическими перегрузками – 3,1% больных; ни с чем не могли связать свое ухудшение – 20,1% человек; 12,3% больных связывало ухудшение с диетическими нарушениями.

В исследовании участвовали больные со среднетяжелой и легкой формами течения ЯК, имеющие 1–3 обострения в год. Больные с непрерывным течением заболевания в исследование не включались. На момент обследования все больные находились в фазе обострения, подтвержденного клинически, лабораторным исследованием и эндоскопически. Большинство больных (73%) отмечало диарею более трех раз в сутки, остальные – 1–3 раза. У 36% больных были умеренные боли в животе, у 19% больных – тенезмы. У 21% больных были признаки интоксикации, но температура не поднималась выше субфебрильной. У 3% больных имелись синдромы поражения других систем и органов: глаз, кожи, суставов. 67% больных отмечало циклический характер течения болезни. С психогениями связывали свое обострение 26% больных, с физическими перегрузками – 14% больных; ни с чем не могли связать свое ухудшение 29%; 25% больных связывало ухудшение с диетическими нарушениями.

## Методы

Соматический диагноз всех больных был верифицирован в условиях современной гастроэнтерологической клиники с помощью эндоскопических, лабораторных, клини-

ческих, цито-гистологических и других методов. Больные с неверифицированным диагнозом в исследование не включались. В карту всех обследованных больных входили как признаки, описывающие соматический статус, так и признаки, описывающие состояние психики. Обязательно фиксировались длительность заболевания, количество обострений в год, длительность последнего обострения, характеристика болевого синдрома, данные объективного исследования и результаты лабораторно-инструментального обследования. Клинический раздел исследования динамики лечебного процесса при СРК содержал балльную оценку болевого синдрома, диспепсии, метеоризма, запоров, диареи. Признаки оценивались по стандартной шкале: 0 баллов – признак отсутствует, 1 балл – признак выражен умеренно, 2 балла – признак выражен значительно. Все патологические изменения оценивались в динамике по каждому конкретному признаку от поступления до выписки.

Психический статус пациентов и лиц контрольной группы был изучен с помощью традиционного психологического анамнеза, методов клинического включенного наблюдения, а также экспериментально-психологического исследования с помощью тестовых методик.

– Все больные исследовались с помощью Шкалы личностной тревожности Спилбергера – Ханина. Уровень тревожности согласно значениям, представленным в 1976 г. в США ее автором Ч. Спилбергером, оценивался как низкий при величинах до 30 баллов, умеренный – при 31–45 баллах, высокий – при величинах больше 46 баллов. Однако на основании исследований, проведенных на большом контингенте здоровых взрослых людей Ю.Л. Ханьным, позднее адаптировавшим методику к условиям нашей страны, средние значения личностной тревожности составили  $(42,56 \pm 0,34)$  балла [7].

– Шкала астении MFI-20, выявляет различные признаки астении: в физической сфере (слабость, утомляемость), в психической сфере (лабильность настроения, легкость возникновения ипохондрических страхов), активности и уровня мотивации [8]. Величина более 12 баллов по любому исследованному параметру считается патологическим признаком.

Все клинические и лабораторно-инструментальные показатели были адаптированы для математической обработки и изучались с использованием методов многомерного статистического анализа.

## Результаты и обсуждение

Клинико-психологическое обследование с помощью психологического анамнеза продемонстрировало, что больные ЯК реже имеют нарушения психического статуса, чем больные СРК. При ЯК и СРК психопатологическая симптоматика различалась качественно и количественно. При ЯК это была умеренная симптоматика преимущественно астенического круга; при СРК – выраженные соматоформные (в основном – канцерофобические) расстройства. У 67% больных ЯК ведущий астенический синдром был в сочетании с депрессией, тревожностью, непсихотической ипохондрией.

Соматоформные расстройства (F45 по МКБ10) включают несколько групп страданий, среди которых обращают на себя внимание два больших комплекса: соматизированные (преобладание ощущений над их интерпретацией во внутренней картине болезни) и ипохондрические (преобладание мыслей о болезни над ощущениями, создание искаженной внутренней картины заболевания) расстройств.

Соматоформные расстройства встречались у 82% больных СРК при тревожном, депрессивном, диссоциативном конверсионном расстройствах, неврастении; реже – при акцентуациях характера и расстройствах личности.

Экспериментальное психологическое исследование с помощью методики MFI-20 выявило существенное превышение нормативов в некоторых проявлениях астении у больных СРК. На рис. 1 представлена динамика некоторых показателей астении у больных СРК. После лечения базисной терапией и тенотеном у пациентов достоверно снизились показатели общей, физической и психической астении. Клинически это выразилось в уменьшении лабильности настроения, утомляемости, повышении самооценки физических возможностей, а также в улучшении концентрации внимания, взаимопонимания с врачом. Показатели общей, физической и психической астении пациентов с СРК после курса лечения тенотеном не имели достоверных отличий от аналогичных характеристик контрольной группы здоровых.

У больных СРК, не получавших тенотен, после курса базисного лечения достоверно улучшился только показатель общей астении. Обращает на себя внимание, что четыре итоговых показателя (активности, мотивации, физической и психической астении), несмотря на клиническое улучшение симптоматики со стороны кишечника, не только не имели достоверной положительной динамики, но и находились в зоне патологических численных значений параметров. Они достоверно отличались от аналогичных характеристик контрольной группы здоровых. Эти данные свидетельствуют о том, что на фоне адекватной базисной терапии больных СРК улучшение клинической симптоматики со стороны кишечника не приводит автоматически к редукции психопатологических показателей.

На рис. 2 представлены результаты исследования астении у больных, не получавших тенотен.

В то же время положительная динамика показателей психической и физической астении у пациентов, получавших помимо базисного лечения тенотен, была достоверно лучше, чем у больных СРК, которые получали только базисную терапию.

Экспериментальное психологическое исследование с помощью методики MFI-20 выявило превышение нормативов в некоторых проявлениях астении и у больных язвенным колитом. Хотя балльные значения выше 12 считаются признаками проявления астении, однако достоверной динамики после четырехнедельного лечения тенотеном, как видно из рис. 3, показатели не продемонстрировали. По рисункам видно, что астенические проявления при СРК и ЯК весьма отличаются друг от друга. Соматогенно обусловленная астения при ЯК не претерпела достоверных изменений, так как она в основном зависит от органических причин, обуславливающих тяжесть и динамику течения основного заболевания. Поэтому тенотен,

Таблица 1. Динамика личностной тревожности у больных СРК и ЯК

Диагноз и терапия	Личностная тревожность	
	До	После
ЯК базисная терапия	46,43±1,14	44,76±1,98
ЯК тенотен + базисная терапия	47,32±1,12	42,20±1,47*
СРК базисная терапия	54,86±0,93	53,57±0,88
СРК тенотен + базисная терапия	58,89±0,98	49,61±0,96*

\*p<0,05 по сравнению со стартовым показателем.

мишенью которого является психическая астения, продемонстрировал лучшую динамику показателей в лечебном процессе больных СРК.

Результаты исследования личностной тревожности у всех исследованных больных, продемонстрированные в табл. 1, показали, что все стартовые показатели личностной тревожности находятся в зоне патологических численных значений, а показатели больных СРК достоверно отличаются не только от нормативов, разработанных авторами методики, но и от показателей контрольной группы здоровых [7].

У больных ЯК на фоне приема тенотена наблюдалась положительная динамика снижения тревожности, которая через 4 недели достоверно не отличалась от нормативов, разработанных авторами методики – (42,56±0,34) балла [7]. Отсутствие значимого улучшения в клинике СРК без психофармакологического лечения было связано с персистенцией у больных тревожности, не имевшей достоверной динамики за месяц базисного лечения и так и не достигшей величин, характерных для группы здоровых.

К четвертой неделе лечения у получавших тенотен больных СРК по сравнению со стартовыми данными достоверно улучшились показатели личностной тревожности. В группе больных СРК, лечившихся только базисной терапией, без тенотена, достоверных изменений тревожности не было. Показатели личностной тревожности больных СРК, получавших помимо базисной терапии тенотен, достоверно были лучше, чем у пациентов, лечившихся только базисной терапией.

Более выраженная при СРК, чем при ЯК, редукция клинических проявлений тревожности объясняется тем, что психопатология при ЯК обусловлена более соматогенно, а при СРК – более психогенно. При ЯК прием тенотена достоверно уменьшил и поведенческие проявления тревожности, ее веге-



\*p<0,05 по сравнению со стартовым показателем.

Рис. 1. Динамика астении при лечении больных СРК базисной терапией и тенотеном.



\*p<0,05 по сравнению со стартовым показателем.

Рис. 2. Динамика астении у больных СРК, получавших только базисную терапию (без тенотена).

тативный и когнитивный аккомпанемент. Это имеет большое значение, так как многие препараты анксиолитического ряда плохо переносятся больными ЯК: усугубляют астенизацию, слабость. В то же время тенотен не вызывал ни слабости, ни сонливости, ни когнитивной дисфункции. Улучшение таких параметров, как концентрация внимания, собранность, подтверждают результаты исследования психической астении по шкале MFI-20. Понятие «когнитивной дисфункции тревожного генеза», когда эмоции мешают человеку адекватно оценить и разрешить ситуацию, давно общеизвестно и описано в литературе [8, 12]. Это всегда затрудняет лечебный процесс, снижает комплаенс. Поэтому такую важную роль в лечебном процессе приобретают препараты, снижающие тревожность без общего седативного эффекта. Именно такое достоверное снижение тревожности без отрицательного влияния на мышление тенотеном было подтверждено и для больных СРК, и для больных ЯК.

Помимо коррекции тревожности, у больных СРК, получавших на фоне базисной терапии в течение четырех недель тенотен, отмечалось достоверное снижение болей в животе (результаты исследования показаны на рис. 4). Следует отметить, что у больных СРК, на фоне базисной терапии не принимавших тенотен, так же достоверно улучшался стул, снижалась диспепсическая симптоматика, уменьшался метеоризм, вздутие, урчание в животе. Что касается снижения болевого синдрома, то оно наблюдалось, но его изменения были менее выражены. Показатель уменьшения болевой симптоматики на фоне приема тенотена достоверно отличался не только от своей стартовой величины ( $p < 0,01$ ), но и от аналогичной характеристики больных, получавших только базисную терапию ( $p < 0,05$ ).

Вероятно, уменьшение болевой симптоматики у пациентов с СРК, получавших тенотен, связано с его влиянием именно на эмоциональную составляющую боли, поскольку болевой порог имеет психосоматические корреляционные взаимосвязи с личностной тревожностью. Коэффициент корреляции составил  $(-0,76)$ , то есть чем выше у пациента тревожность, тем ниже его порог восприятия боли и сильнее выражена болевая симптоматика [1, 9]. Поэтому в данном исследовании параллельно со снижением тревожности у пациентов с СРК достоверно уменьшалась и болевая симптоматика. Поскольку тревожный аккомпанемент болевого синдрома непосредственно участвует в формировании болевого поведения, этот патологический комплекс вместе со склонностью к ипохондрической фиксации ощущений делает пациентов, страдающих СРК, достаточно трудными в общении.

Метод включенного наблюдения выявил некоторые особенности мышления и поведения пациентов: мышление больных СРК характеризовалось высокой степенью детальности, ригидностью. Такая негибкость в мышлении и поведении тоже затрудняла контакт с ними. Это соответствует описанному в литературе Корсаковскому «ипохондрическому предрасположению», когда лицам с «ригидным, упрямым, склонным к фиксации деталей характером свойственно как искать у себя несуществующие болезни, так и с трудом от них отказываться» [10].

Нарушения канцерофобического характера встречались у двух третей исследованных пациентов с СРК. По нашим наблюдениям, 48,7% больных СРК не имели при эндоскопическом и цито-гистологическом исследовании в кишечнике абсолютно никакой морфологической патологии. У 51,3% больных были выявлены такие изменения, как долихосигма, полипы, дополнительные петли кишечника. Отличие психотической ипохондрии у пациентов психиатрического профиля от канцерофобии больных в гастроэнтерологической клинике в том, что пациенты гастроэнтерологической клиники с непсихотической ипохондрией были ориентированы на исключение угрожающих диагнозов, они искали поддержки у врача именно в этом направлении. Напротив, пациенты с психотической ипохондрией, сверхценными идеями по поводу своего угрожающего заболевания были настолько убеждены в плохом прогнозе своей болезни, что их не смущали даже отрицательные результаты обследования [1, 11]. Дифференциальная диагностика психотической и непсихотической ипохондрии проводилась по анализу внутренней картины болезни и собственного прогноза заболевания. При исключении истерии, синдрома «условной приятности болезни», такие пациенты нуждались в консультации психиатра.

## Заключение

Гастроэнтерологи часто сталкиваются с сочетанной патологией как психосоматического, так и соматопсихического генеза. Поэтому в лечебном процессе актуальны доступные и репрезентативные скрининговые методы психодиагностики. Современный пациент, уже осознающий ценность собственного здоровья, как правило, стремится сохранить при лечении максимально возможное качество жизни. В этом случае особое значение приобретают такие препараты, как «Тенотен», который эффективно снижает и тревожность, и проявления когнитивной дисфункции тревожного генеза.

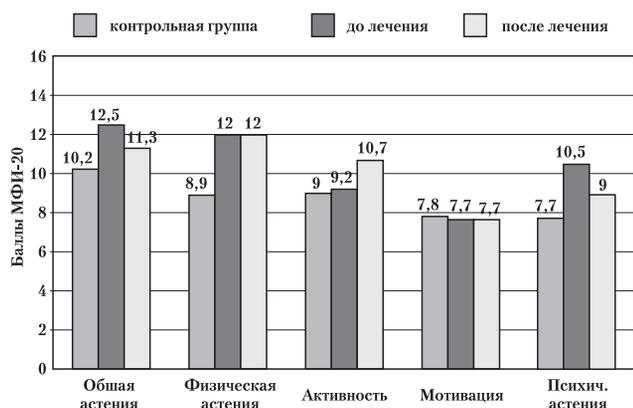
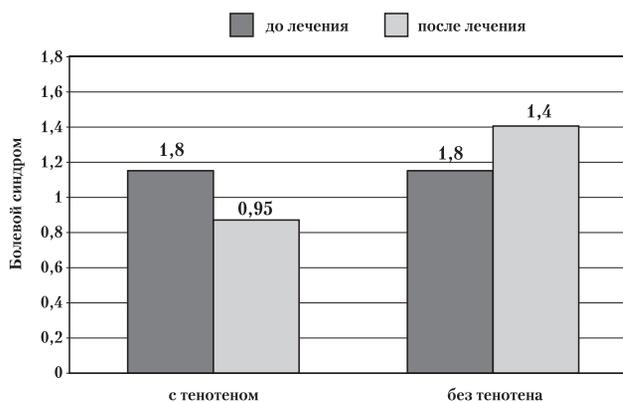


Рис. 3. Динамика показателей астении у больных НЯК.



\* $p < 0,05$  по сравнению с уменьшением болевого синдрома у пациентов, получающих только базисную терапию, без тенотена.

Рис. 4. Динамика изменений болевого синдрома у пациентов с СРК.

**Выводы**

1. 48,7% больных СРК не имеют в кишечнике никакого морфологического субстрата патологии, то есть это пациенты с чисто функциональными расстройствами.

2. На фоне адекватной базисной терапии больных СРК показатели активности, мотивации, физической и психической астении не имели достоверной положительной динамики. Улучшение клинической симптоматики со стороны кишечника не привело автоматически к редукции психопатологических проявлений.

3. Положительная динамика показателей психической и физической астении у пациентов, получавших помимо базисного лечения тенотен, была достоверно лучше, чем у больных СРК, которые получали только базисную терапию. Показатели общей, физической и психической астении пациентов с СРК после курса лечения тенотеном не имели достоверных отличий от аналогичных характеристик контрольной группы здоровых.

4. У больных ЯК на фоне базисной терапии и приема в течение 4 недель тенотена наблюдалась положительная динамика снижения тревожности, численные значения показателей которой в итоге достоверно не отличались от показателей, характерных для группы здоровых.

5. Показатель тревожности больных СРК после лечения тенотеном достоверно отличался от стартового значения и от итогового показателя тревожности больных СРК, которые получали только базисную терапию.

6. Лечение тенотеном больных СРК и ЯК достоверно уменьшило проявления тревожности без проявлений психической астении, когнитивной дисфункции, общего седативного действия.

7. Дифференциальный диагноз непсихотической ипохондрии и сверхценных идей на тему здоровья целесообразно проводить с учетом ожиданий самого больного. Больные с непсихотической ипохондрией ориентированы на исключение угрожающих диагнозов; больных психотической ипохондрией даже отрицательные результаты обследования не убеждают в отсутствии у них опасного заболевания.

8. Включение тенотена в лечебный процесс больных СРК (курс 4 недели по 1 таблетке 4 раза в день) приводит к достоверному уменьшению не только тревожно-астенической симптоматики, но и болевого синдрома. Показатель болевого синдрома на фоне приема тенотена достоверно отличался в сторону уменьшения не только от своей стартовой величины, но и от аналогичной характеристики больных, получавших только базисную терапию.

**Treatment of associated anxiety disorders in patients with colon diseases**

**Reshetova T., Zhigalova T., Gerasimova A., Petrenko V.**  
North-Western State Medical University named after  
I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

**Abstract**

*In patients with ulcerative colitis (UC) and irritable bowel syndrome (IBS) studied fatigue and anxiety. Patients received standard baseline therapy according to the diseases or baseline therapy together with psychotropic medication. Inclusion in therapy anxiolytic tenoten reliably reduced anxiety in patients with UC and IBS without negative influence on cognitive functions. In IBS patients, receiving the baseline therapy and tenoten, compared with the group of patients who received only the baseline therapy, reliably decreased: pain syndrome; general, physical and mental fatigue.*

**Key words:** anxiety, fatigue, irritable bowel syndrome, ulcerative colitis.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Решетова Т.В., Решетов М.В.* Алгоритм поведения врача-интерниста при лечении непсихотической ипохондрии. Программа «Психосоматическая медицина» // Сб. тез. докл. науч.-практ. конф. «Соматоформные расстройства в общей врачебной практике». – СПб.: Издательство СПбМАПО, 2006. – С. 40–43.
2. *Серова Л.Д.* Тенотен в комплексной терапии цереброваскулярной недостаточности у пожилых больных // Неврология, психиатрия, психосоматика. – 2009. – № 1. – С. 41–44.
3. *Амосов М.Л., Салеев Р.А., Зарубина Е.В. и др.* Применение препарата «Тенотен» при лечении эмоциональных расстройств у пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 3. – С. 86–89.
4. *Дорошин Б.М., Грибачева И.А., Муляров Д.Ф. и др.* Психологическая составляющая качества жизни у больных дисциркуляторной энцефалопатией I–II степени при лечении препаратом «Тенотен» // Научно-практический медицинский журнал «Доктор.Ру» – Неврология. Психиатрия. – 2008. – № 4. – С. 1–4.
5. *Ванчакова Н.П., Попов А.П.* Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и опыт их коррекции тенотеном // Поликлиника. – 2007. – № 2. – С. 74–78.
6. *Семке В.Я., Курпирянова И.Е., Семке В.А. и др.* Терапевтическая эффективность препарата «Тенотен» в амбулаторной психиатрической практике // Качество жизни: Медицина. – 2006. – Т. 1, № 12. – С. 2–6.
7. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера. – Л, ЛНИИФК, 1976. – 18 с.
8. *Smets E.M., Garssen B., Cull A., de Haes J.C.* Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy // Br. J. Cancer. – 1996. – Vol. 73, No. 2. – P. 241–245.
9. *Можелис (Коковина) Ю.В.* Психопатологические состояния, синдром раздраженного кишечника, микрофлора кишечника и их взаимосвязь // Terra medica. – 2009. – № 2. – С. 31–32.
10. *Корсаков С.С.* Курс психиатрии, том 2. Типо-литография В. Рихтеръ – 1901. – 480 с.
11. *Волель Б.А.* Небредовая ипохондрия (обзор литературы) // Псих. расстройства в общей медицине. – 2009. – № 2. – С. 14–17.
12. *Петросян Т.Г., Решетова Т.В., Мазурок В.А.* Возможности диагностики и коррекции когнитивных и аффективных нарушений в периперационном периоде у кардиохирургических больных // Вестник интенсивной терапии. – 2010. – № 5. – С. 72–75.