

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
ЗАХАРОВ В.В.

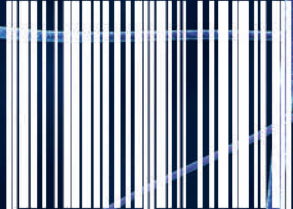
научно-практический журнал

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

РЕПРИНТ

В.В. Захаров, Д.О. Громова
КОМОРБИДНЫЕ
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ:
ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

ISSN 2712-9675



9 772712 967001

Выпуск № 1
2023

КОМОРБИДНЫЕ ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

В.В. Захаров, Д.О. Громова
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова

Адрес для переписки:

Захаров Владимир Владимирович,
zakharovenator@gmail.com

Ключевые слова:

тревога, тревожные расстройства, эмоциональные нарушения, головные боли, соматоформные расстройства, хроническая ишемия головного мозга, Адаптол

Резюме

Тревога является распространенным коморбидным состоянием при различных неврологических заболеваниях. Наличие сопутствующих расстройств тревожного спектра существенно снижает качество жизни пациентов и их социальную активность. В статье обсуждаются подходы к терапии тревожного синдрома у пациентов с вегетативными расстройствами, головными болями и хронической ишемией головного мозга. Приведены результаты клинических исследований применения препарата Адаптол при указанных патологических состояниях.

Для цитирования:

Захаров В.В., Громова Д.О. Коморбидные тревожные расстройства у неврологических пациентов: подходы к терапии. Поведенческая неврология. 2023; (1): 2–6. DOI 10.46393/27129675_2023_1_2

COMORBID ANXIETY DISORDERS IN NEUROLOGICAL PATIENTS: THERAPY APPROACHES

V.V. Zakharov, D.O. Gromova
Sechenov First Moscow State Medical University

For correspondence:

Vladimir V. Zakharov, zakharovenator@gmail.com

Key words:

anxiety, anxiety disorders, emotional disorders, headaches, somatoform disorders, chronic cerebral ischemia, Adaptol

Summary

Anxiety is a common comorbid condition in various neurological diseases. The presence of concomitant anxiety spectrum disorders significantly reduces the quality of life of patients and their social activity. The article discusses approaches to the treatment of anxiety in patients with autonomic disorders, headaches and chronic cerebral ischemia. The results of clinical studies of the use of Adaptol in the indicated pathological conditions are presented.

For citation:

Zakharov V.V., Gromova D.O. Comorbid anxiety disorders in neurological patients: approaches to therapy. Behavioral Neurology. 2023; (1): 2–6. DOI 10.46393/27129675_2023_1_2

Тревога является знакомым для всех людей эмоциональным переживанием. Ее можно определить как немотивированный или иррационально мотивированный страх или ожидание неопределенных неприятных будущих событий («а вдруг что-то случится»). Считается, что до трети всех неврологических пациентов имеют клинически значимую коморбидную тревогу. Чаще тревожные расстройства выявляются у женщин, в соотношении примерно 4:1. Важной задачей клинициста является диагностика и грамотная терапия тревожных расстройств, так как тревога приводит к существенному снижению качества жизни пациентов и нарушению их социальной активности [1–3].

Выделяют соматические и психические проявления тревоги (табл. 1).

Соматические симптомы тревоги обычно представляют собой клиническое проявление активации симпатического отдела вегетативной нервной системы и могут быть самостоятельным поводом для обращения к неврологу, терапевту или иному клиницисту. В то же время психические симптомы тревоги часто не осознаются больными или субъективно расцениваются как нормальная реакция на свое физическое состояние. У пациентов с тревожным синдромом всегда присутствуют изменения поведения, связанные с тревожностью, и проявления вегетативной дисфункции.

Важным признаком повышенного уровня тревоги и одновременно ключевым механизмом формирования многих соматических симптомов тревоги является гипервентиляция. Учащенное и углубленное дыхание пациента в тревожном состоянии служит причиной снижения напряжения в крови углекислоты и сдвига кислотно-щелочного состояния в щелочную сторону. Это, в свою очередь, приводит к повышению тонуса сосудов небольшого калибра и снижению церебральной и периферической перфузии. Церебральная гипоперфузия лежит в основе несистемного головокружения в виде чувства приближающегося обморока, а в ряде случаев – полноценной потери сознания

Таблица 1. Симптомы тревоги

Психические	Соматические
Чувство страха, в том числе страх смерти, страх сойти с ума, страх утратить контроль над поведением	Чувство нехватки воздуха, удушье, стесненное дыхание, одышка, частые вздохи или зевота
Внутреннее напряжение	Тремор, дрожание конечностей
Нарушения сна	Сердцебиение, повышение артериального давления
Раздражительность	Мышечное напряжение
Беспокойство по мелочам	Несистемное головокружение
Чрезмерное волнение	Сухость во рту
Нетерпеливость	Тошнота, дискомфорт в эпигастральной области
Ощущение взвинченности	Диарея, запоры, спастические боли в животе
Дереализация	Кардиалгии, чувство покалывания в грудной клетке
Деперсонализация	Несистемное головокружение, туман в голове
Неприятные предчувствия	Учащенное мочеиспускание
Ранимость, обидчивость	Общая слабость, утомляемость, усталость
Ощущение внутренней дрожи	Онемение, покалывание, парестезии в конечностях
Когнитивные трудности (обычно недостаточность концентрации или отвлекаемость)	Потливость, чувство жара или похолодания
Эмоциональная лабильность, несдержанность аффекта	Мышечные подергивания, например века, сведения мышц

(психогенные гипервентиляционные обмороки). Периферическая гипоперфузия ощущается как онемение или похолодание конечностей, преимущественно в дистальных отделах, парестезии в виде чувства покалывания или иные неприятные ощущения в них [4].

Кроме того, вызванный гипервентиляцией сдвиг кислотно-щелочного баланса ведет к снижению уровня ионизированного кальция и развитию синдрома повышенной нервно-мышечной возбудимости (синоним – нейрогенная тетания). Последний проявляется повышенной готовностью мышц к сокращению. Характерны подергивания века, болезненные сведения икроножных мышц, симптом Хвостека [5].

Тревога обладает активирующим эффектом: она повышает уровень бодрствования, способствует мышечному напряжению, активации за счет симпатических влияний каталитических процессов на клеточном уровне. Закономерно сильная тревога «изматывает» пациента и приводит к развитию астенического симптомокомплекса. К характерным коморбидным тревоге жалобам астенического характера относят повышенную утомляемость, истощаемость, вялость, усталость, дневную сонливость, общую слабость, интолерантность к физическим и интеллектуальным нагрузкам [6].

Для оценки тревоги в клинической практике можно использовать следующие шкалы: шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкалу оценки тревоги Спилберга–Ханина, госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии (HADS), шкалу тревоги Бека (BAI), шкалу самооценки тревоги Шихана.

Для купирования симптомов тревоги могут использоваться препараты различных групп: транквилизаторы (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые), антидепрессанты и различные седативные растительные сборы. Транквилизаторы (анксиолитики) представляют собой препараты, купирующие тревогу, чувство беспокойства и страха. Они улучшают вегетативные функции и адаптацию к условиям окружающей среды.

К небензодиазепиновым транквилизаторам относится препарат Адаптол (тетраметилтетраазабициклооктандион). Он оказывает умеренное транквилизирующее влияние и практически не вызывает побочных эффектов. Адаптол по химическому строению близок к метаболитам организма, так как бициклическая структура действующего вещества по строению напоминает две молекулы мочевины. Мишенью для действия препарата являются структуры, входящие в лимбико-ретикулярный комплекс и эмоциональные зоны гипоталамуса [1, 7].

Адаптол уменьшает активность возбуждающих нейротрансмиттеров (норадреналин, глутамат) и, напротив, активирует серотонинергическую и ГАМКергическую системы мозга. С этим связаны нейропротективный, анксиолитический и нормогимический эффекты препарата. Кроме того, Адаптол обладает определенным дофамин-позитивным влиянием, что клинически способствует улучшению когнитивных функций и регрессу астенических расстройств. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что Адаптол обладает также фузигенной активностью и проявляет свойства агониста небензодиазепинового локуса ГАМК-рецептора [1, 7].

В результате применения Адаптола наблюдаются выраженный вегетостабилизирующий, умеренный транквилизирующий без снижения скорости реакций и ноотропный эффекты, сохраняющиеся в условиях стресса и перегрузок, а также улучшение умственной и физической работоспособности.

Препарат обладает антиоксидантным, адаптогенным и антистрессовым действием. При этом Адаптол, в отличие от препаратов бензодиазепинового ряда, не оказывает миорелаксирующего эффекта, не влияет на координацию движений, не угнетает сократительную функцию миокарда, не вызывает нежелательных центральных эффектов, таких как подавленность, вялость, сонливость, эмоциональное безразличие. Очень важно подчеркнуть, что при приеме препарата не развиваются привыкание и синдром отмены. Прием Адаптола не накладывает ограничений на профессиональную и социальную деятельность, связанную с повышенной концентрацией внимания [1, 7].

По клиническим данным, Адаптол улучшает качество сна, облегчая процесс засыпания, нормализует структуру сна и снижает частоту тревожных сновидений. При этом он не оказывает прямого снотворного действия и не вызывает дневной сонливости. Дополнительным эффектом препарата является его модулирующее влияние на липидный обмен, обусловленное способностью изменять соотношение липопротеидов высокой и низкой плотности, что способствует снижению концентрации холестерина в крови [7].

Применение Адаптола у пациентов с соматоформными расстройствами (синдромом вегетативной дистонии)

В нейропсихиатрии и поведенческой неврологии под соматоформным расстройством (СФР) понимают нарушение соматической функции (дыхания, кровообращения, пищеварения и др.) вследствие психических расстройств. По данным недавних эпидемиологических исследований, СФР является самой частой психосоматической патологией у амбулаторных пациентов [3]. В соответствии с МКБ-10, для СФР характерны симптомы, напоминающие соматическое заболевание, но при этом не обнаруживаются никаких морфологических патологических изменений, однако могут присутствовать неспецифические функциональные нарушения различных органов и систем. В нашей стране традиционным диагнозом в таких случаях был «вегетативная» или «вегетосудистая дистония». В происхождении СФР играют роль генетические, конституциональные, социальные, психогенные и соматогенные факторы, приводящие к нарушению вегетативной регуляции. Течение заболевания обычно хроническое и флуктуирующее. К основным клиническим признакам можно отнести множественные, повторно возникающие и часто меняющиеся соматические симптомы, которые могут относиться к любой части тела или системе органов. По данным оценки психоэмоционального статуса, пациенты с СФР имеют более высокие показатели по шкалам тревоги, чем их здоровые сверстники [1, 6, 8].

Л.С. Чутко и соавт. (2022) [1] провели исследование эмоциональных нарушений у пациентов с СФР и изучили эффективность применения препарата Адаптол при данной патологии. В исследование было включено 40 пациентов

с СФР 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 Адаптол в дозировке 1500 мг/сут (одна таблетка три раза в день) в течение 60 дней. Достоверное уменьшение выраженности клинических симптомов СФР 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 негативно влияющего влияния терапии на когнитивные функции (табл. 2).

Таблица 2. Динамика клинико-психологических показателей у пациентов с СФР на фоне терапии Адаптолом, баллы [1]

Показатель	Основная группа		Контрольная группа
	до лечения (день 0)	после курса лечения (день 60 ± 3)	
Вегетативные нарушения	28,5 ± 8,4*	19,3 ± 7,1*	7,6 ± 2,5
Интенсивность головной боли	6,2 ± 2,4	4,6 ± 2,9*	-
НП-6	60,8 ± 10,1	41,2 ± 8,4**	-
Реактивная тревожность	50,4 ± 7,3*	36,7 ± 8,1*	21,3 ± 6,9
Личностная тревожность	46,3 ± 9,8*	42,9 ± 7,6	22,5 ± 5,8
Тревога (HADS)	12,2 ± 3,1*	9,3 ± 3,9*	4,4 ± 2,1
Депрессия (HADS)	4,2 ± 2,2	3,8 ± 2,1	3,1 ± 1,9
Шкала субъективного счастья (суммарный балл)	11,6 ± 4,8*	17,1 ± 5,3*	20,4 ± 5,6

* p < 0,01 – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группе.

* p < 0,05 – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения.

** p < 0,01 – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения.

Ю.В. Житкова и Д.Р. Хасанова (2017) [9] оценивали эффективность Адаптола 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 фиксировалось клинически значимое улучшение когнитивных функций по шкале МоСА (рисунок). Препарат показал хорошую переносимость и отсутствие клинически значимых побочных эффектов.



* p ≤ 0,05 при сравнении с исходным уровнем.

Динамика отдельных показателей когнитивных функций и самооценки памяти в процессе терапии

Применение Адаптола у пациентов с хронической ишемией головного мозга

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) – наиболее частая форма цереброваскулярных заболеваний, обусловленная поражением мелких мозговых артерий (микроангиопатией). При микроангиопатии ишемии подвергаются прежде всего те зоны мозга, которые кровоснабжаются перфорантными артериями, в частности базальные серые ганглии и глубинные отделы белого вещества головного мозга. МРТ-маркерами этого процесса являются лакунарные инфаркты указанной локализации и гиперинтенсивности (в T2- и FLAIR-режиме) белого вещества. Тревожное расстройство выявляется более чем у 65% больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью [10]. При этом чаще всего соматические симптомы тревоги значительно преобладают над психическими, что может приводить к трудностям диагностики и дифференциальной диагностики. Частота и степень выраженности клинических проявлений тревожного расстройства при хронической цереброваскулярной патологии зависят от выраженности сосудистого поражения головного мозга. Риск развития тревоги и ее выраженность были достоверно выше при наличии атрофии головного мозга, лейкоареоза и лакунарных инфарктов, выявленных по данным нейровизуализации. К наиболее частым проявлениям тревоги у больных с ХИГМ относятся ощущение внутреннего напряжения, раздражительность и нетерпеливость, трудности засыпания, ухудшение памяти и концентрации внимания. На соматическом уровне отмечаются лабильность артериального давления, тахикардия, экстрасистолия, кардиалгия, возникающие при эмоциональном напряжении и не купируемые традиционными лекарственными препаратами; ощущение нехватки воздуха, одышка; ощущение тошноты, сухость во рту и ощущение вздутия живота; озноб, гипергидроз. Высокий уровень тревожности может приводить к снижению заинтересованности пациента в успехе терапии основного заболевания. Кроме того, тревожно-депрессивные нарушения способны негативно воздействовать на церебральную перфузию через биологические механизмы вследствие активации симпатоадреналовой системы и оксидантного стресса [10, 11].

О.В. Воробьева и В.В. Решина [10] провели открытое сравнительное наблюдательное исследование эффективности и безопасности препарата Адаптол в терапии тревожно-астенических расстройств у больных с ХИГМ. Ежедневный пероральный прием Адаптола и терапия ХИГМ в течение шести недель способствовали купированию тревожной симптоматики у 72,4% пациентов. На фоне ежедневного перорального приема Адаптола также отмечено улучшение качества жизни более чем на 10%. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что дополнительное включение Адаптола в стандартную терапию больных ХИГМ позволяет купировать тревожные симптомы и увеличить толерантность пациентов к физическим и интеллектуальным нагрузкам, а также улучшить качество их жизни.

В исследовании Т.В. Мокиной и соавт. [11] на фоне терапии Адаптолом в дозе 500 мг два раза в день у пациентов с астеническим синдромом и ХИГМ 1–2-й стадии отмечалось статистически значимое снижение выраженности

усталости, улучшение работоспособности и памяти, уменьшение выраженности нарушений сна, головной боли, головокружения, раздражительности и тревожности.

По данным открытого исследования Е.Р. Баранцевича и соавт. [12], через месяц приема Адаптола у пациентов с ХИГМ 1–2-й стадии достоверно снизился уровень ситуационной и личностной тревожности, улучшилось качество жизни, уменьшились латентные периоды и увеличились амплитуды когнитивного вызванного потенциала Р300.

Применение Адаптола у пациентов с головными болями

Согласно данным популяционных и клинических исследований, отмечается высокий уровень коморбидности между различными типами головных болей и расстройствами тревожного спектра. При этом у пациентов с сопутствующей тревогой ухудшается течение мигрени и головной боли напряжения, что может затруднять их эффективное лечение. По данным эпидемиологических исследований, при эпизодической мигрени клинически значимая тревога выявляется в 55,8% случаев, а у пациентов с хронической мигренью – в 68,5% случаев. Высокий уровень тревоги также отмечается у пациентов с хронической цервикогенной головной болью [13, 14].

Л.С. Чутко и соавт. (2011) провели исследование эффективности Адаптола при головной боли напряжения (ГБН). В исследование были включены 72 пациента (56 женщин и 16 мужчин) в возрасте 18–45 лет, страдающих частой или хронической ГБН. Группу сравнения составили 30 подобранных по возрасту пациентов, которые не получали терапии Адаптолом. Были проведены клинико-психологические и электроэнцефалографические обследования больных до и после терапии. Психометрическое исследование включало шкалу оценки тревожности Спилбергера–Ханина, субъективную шкалу оценки астении (MFI-20), оценку уровня утомляемости с помощью десятибалльного варианта визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Большая эффективность терапии Адаптолом была отмечена при частой ГБН. По результатам исследования отмечалось не только уменьшение выраженности цефалического синдрома, но и достоверное снижение показателей тревожности и астении [15] (табл. 3).

Таблица 3. Клинико-психологические показатели соответствующих шкал у пациентов с ГБН на фоне терапии Адаптолом и алпрозоламом (группа сравнения), баллы

Показатель	До лечения	После лечения	
		основная группа	группа сравнения
Общая астения	15,8 ± 6,2	10,2 ± 2,8*	13,4 ± 5,3
Физическая астения	13,4 ± 2,9	12,5 ± 2,1	13,1 ± 2,7
Психическая астения	14,7 ± 4,1	7,3 ± 1,6**	12,7 ± 3,8
Пониженная активность	13,8 ± 3,2	9,9 ± 3,7**	12,9 ± 4,1
Снижение мотивации	13,3 ± 4,2	12,5 ± 2,7	12,4 ± 3,1
Утомляемость (ВАШ)	7,9 ± 2,6	4,5 ± 1,8**	7,1 ± 2,8
Интенсивность головной боли (ВАШ)	5,4 ± 2,8	3,3 ± 1,2**	3,7 ± 1,7*
Реактивная тревожность	53,2 ± 8,1	30,6 ± 5,9**	31,3 ± 6,1**
Личностная тревожность	47,1 ± 6,7	43,6 ± 6,1	42,7 ± 6,3
Депрессия (шкала Бека)	15,4 ± 2,9	14,2 ± 2,8	14,9 ± 2,7

* $p < 0,05$ – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения.

** $p < 0,01$ – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения.

$p < 0,05$ – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем в группе сравнения.

В рандомизированном клиническом исследовании К.Б. Турсунова и соавт. (2011) оценивали применение Адаптола у пациентов с хронической цервикогенной головной болью. В исследование было включено 60 пациентов, разделенных поровну на две группы: в основной группе пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), витамины группы В в сочетании с Адаптолом по 500 мг два раза в сутки непрерывным курсом продолжительностью один месяц. Группу сравнения составили 30 пациентов, которые получали только НПВП и витамины группы В. Согласно результатам исследования, интенсивность боли в основной группе снизилась на 68%, а в группе сравнения – на 46%. По сравнению с исходными показателями у пациентов основной группы отмечалось снижение уровня тревожности на 49%, а в группе сравнения – на 15%. Также у пациентов, получавших Адаптол, наблюдалось достоверное улучшение параметров по шкале астении MFI-20 [16].

Таким образом, в снижении выраженности или регрессе симптоматики у пациентов с головными болями важную роль играет коррекция имеющихся эмоциональных расстройств. Применение Адаптола позволяет эффективно корректировать психоэмоциональный статус пациентов, вызванный хроническим болевым синдромом, и способствует более быстрой социальной адаптации больных.

Заключение

С учетом представленных в статье результатов клинических исследований Адаптол может быть рекомендован как препарат выбора при терапии эмоциональных и психоэмоциональных нарушений у пациентов в амбулаторной неврологической практике. Препарат показал высокую эффективность и безопасность при терапии тревожно-астенических расстройств у пациентов с головными болями, хронической ишемией головного мозга и соматоформными расстройствами. Обладая выраженным анксиолитическим и вегетостабилизирующим эффектом, Адаптол не оказывает снотворного и миорелаксирующего действия, не влияет на координацию движений, что позволяет применять его у социально активных пациентов трудоспособного возраста.

Выявление и коррекция коморбидных неврологическим заболеваниям расстройств тревожного спектра имеют большое значение как для улучшения качества жизни пациента, так и для успеха терапии основного заболевания и повышения приверженности пациентов проводимым лечебным мероприятиям.

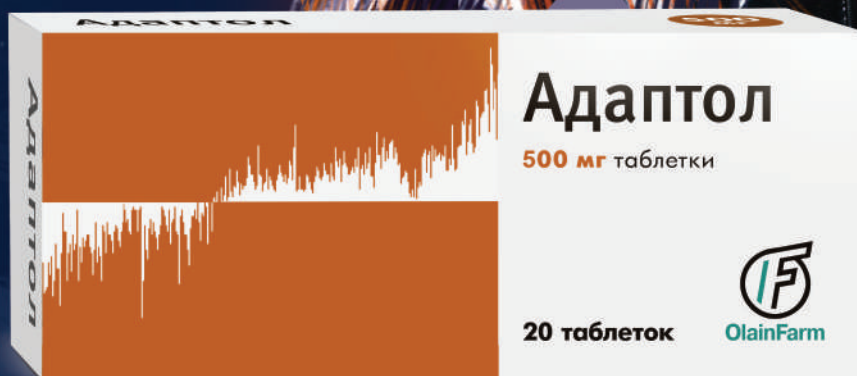
Литература

1. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Эмоциональные нарушения у пациентов с соматоформными расстройствами и их лечение. *Атмосфера. Нервные болезни.* 2022; 1: 39–44.
2. Воробьева О.В., Русая В.В. Тревожные расстройства в общесоматической практике. *Атмосфера. Нервные болезни.* 2010; 4: 32–36.

3. Behm A.C., Hüsing P., Löwe B., Toussaint A. Persistence rate of DSM-5 somatic symptom disorder: 4-year follow-up in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Compr. Psychiatry.* 2021; 110: 152265.
4. Драган Н.В., Чикина С.Ю. Гипервентиляционный синдром в практике врача-пульмонолога: патогенез, клиника, диагностика. *Пульмонология.* 2011; 5: 87–96.
5. Воробьева О.В., Попова Е.В., Кузьменко В.А. Латентная тета, ассоциированная с психоэмоциональным синдромом. *Нервные болезни.* 2005; 1: 41–43.
6. Боголепова А.Н., Коваленко Е.А., Махнович Е.В. Современные подходы к терапии тревожных расстройств у пациентов пожилого возраста. *Медицинский совет. Неврология.* 2017; 15: 60–64.
7. Мкртчян В.К., Орлов В.А., Кожокова Л.З. Возможности применения адаптола в клинической практике. Сборник статей. Адаптол. 10 лет клинического применения. Киев, 2012.
8. Ginsburg G.S., Riddle M.A., Davies M. Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2006; 45 (10): 1179–1187.
9. Житкова Ю.В., Хасанова Д.Р. Опыт применения мебекара у пациентов с вегетативной дисфункцией, сочетающейся с когнитивными нарушениями и тревожным расстройством. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117 (11): 56–63.
10. 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): 20–24.
11. Мокина Т.В., Антипенко Е.А., Густов А.В. Применение адаптола при лечении астенического синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2009; 109 (6): 76–77.
12. Баранцевич Е.Р., Посохина О.В. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности адаптола при дисциркуляторной энцефалопатии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2011; 111 (9–2): 68–72.
13. Корешкина М.И. Тревожные расстройства как фактор риска развития нарушений сна и головных болей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021; 121 (2): 131–135.
14. Torres-Ferrus M., Quintana M., Fernandez-Morales J. et al. When does chronic migraine strike? A clinical comparison of migraine according to the headache days suffered per month. *Cephalalgia.* 2017; 37 (2): 104–113.
15. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. и др. Головные боли напряжения: клинико-психологические варианты и возможности терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2010; 110 (4): 52–56.
16. Турсунова К.Б., Чутко Л.С. Применение адаптола у пациентов с хронической цервикогенной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2011; 111 (6): 68–69.

КОГДА
ВАШ ПАЦИЕНТ
ПАНИКГЕРЛ

АДАПТОЛ® –
современный
адаптоген
для лечения
ВСД и тревоги
различного генеза¹



КУРС ЛЕЧЕНИЯ – ДО 3 МЕСЯЦЕВ^{1,2}

1. Инструкция по медицинскому применению ЛП Адаптол® табл. 500 мг от 05.07.2021.

2. Адаптировано из: Жексембина А. Е. Применение препаратов Адаптол® и Ноофен® в психиатрической и наркологической практике // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 3–2.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.
RUADA1549 от 20.09.2022

125212, г. Москва,
Головинское ш., д. 5, корп. 1, эт. 2, пом. 2137А
Тел./факс +7 499 551 51 10
olainfarmrus@olainfarm.com, ru.olainfarm.com

Ознакомьтесь
с инструкцией
по применению




OlainFarm