

## ТЕРАПИЯ КАРДИОНЕВРОЗА (НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ) В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

**В. Медведев**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**А. Епифанов**<sup>2</sup>, **О. Ларцева**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>РУДН,

<sup>2</sup>ГКБ №71, Москва

**E-mail:** melkorcard@mail.ru

*Клиническая картина кардионевроза гетерогенна и включает в себя симптомы тревожно-фобических, сенесталгических и депрессивных расстройств. Обычно назначения врачей общей практики, наиболее часто наблюдающих данную категорию больных, ограничиваются рекомендациями по приему «успокаивающих препаратов». Современный селективный мелатонинергический антидепрессант Вальдоксан продемонстрировал высокую эффективность и хорошую переносимость у больных с кардионеврозом (вегетососудистая дистония).*

**Ключевые слова:** кардионевроз, нейроциркуляторная дистония, терапия, агомелатин.

По данным отечественных и зарубежных авторов, одним из наиболее распространенных среди пациентов врачей общей медицинской практики (кардиолог, невропатолог и др.) психопатологических расстройств является кардионевроз, клиническая картина которого реализуется симптомами нейроциркуляторной (вегетососудистой) дистонии [14, 21]. Это соматоформное (функциональное) расстройство диагностируется у 15–30% больных специализированных кардиологических стационаров и амбулаторий [8, 21, 26, 27].

Современные критерии диагноза «кардионевроз» [14]:

- непрерывные или рецидивирующие на протяжении не менее 2 лет:
  - полиморфные соматоформные симптомокомплексы, включающие в себя сенсопатии: телесные фантазии, конверсии, кардиалгии;
  - тревожно-фобические расстройства, реализующиеся в соматической сфере ощущением неритмичного сердцебиения со склонностью к тахикардии, выявляемой при физикальном обследовании, лабильностью АД (гипер- или гипотензия), острыми вегетативными симптомокомплексами, имитирующими urgentную сердечно-сосудистую патологию (ортостатизм, обмороки, головокружение);
  - аффективные симптомокомплексы в рамках маскированных или соматизированных депрессивных фаз;
- отсутствие, по данным физикального обследования, органических заболеваний, обуславливающих перечисленную симптоматику.

Данные литературы и собственные наблюдения указывают на то, что соматовегетативные симптомы, составляющие клиническую картину нейроциркуляторной дистонии, гетерогенны и в большинстве случаев определяются тре-

вожными (57,1%), собственно соматоформными (28,6%), а также депрессивными (14,3%) расстройствами [1–3, 9, 14, 20, 23–25].

Клиническая картина кардионевроза с преобладанием тревожно-фобических расстройств отличается полиморфизмом. На фоне тревоги со страхами сердечно-сосудистой катастрофы и смерти, паническими атаками (ПА) у 5–10% пациентов выявляются агорафобия, а также телесные фантазии, острые вегетативные нарушения и симптомокомплексы других органических неврозов (гипервентиляция, синдром раздраженного кишечника, термо-, дерматоневроз). Особенностью клинической картины кардионевроза с преобладанием аффективных расстройств является персистирование органоневротической симптоматики на фоне депрессивных фаз в рамках динамики аффективных расстройств личности. Кардионевроз с доминированием сенсопатий характеризуется преобладанием (80%) соматизированных кардионевротических симптомокомплексов, идиопатических кардиалгий, тахи- или брадикардии, вегетативными расстройствами (субсиндромальные и клинически завершенные ПА), а также феноменами, гетерономными нормальной перцепции (телесные фантазии, сенестезии, сенестоалгии) [10, 14].

Назначения врачей общей практики, наиболее часто наблюдающих данную категорию больных, ограничиваются рекомендациями по приему «успокаивающих препаратов» (Персен, валериана и т.п.) [11, 21] или β-блокаторов (пропранолол, атенолол) [3, 19]. Лишь в отдельных фармакотерапевтических исследованиях больным с кардионеврозом рекомендуется назначение препаратов с анксиолитическим эффектом (транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы) [4–6, 8, 15, 16, 18].

Собственные клинические наблюдения и данные исследований [13, 17, 28, 29] указывают на высокую эффективность и хорошую переносимость у широкого круга больных антидепрессанта с инновационным механизмом действия Вальдоксана (агомелатин). Агомелатин является агонистом МТ1- и МТ2-мелатониновых и антагонистом 5HT2c-серотониновых рецепторов [22, 30]. При этом агомелатин не обнаруживает значимого аффинитета к другим центральным рецепторам или мембранным переносчикам моноаминов, а также не влияет на уровни серотонина [30]. Инновационный механизм действия препарата реализуется ресинхронизацией нарушенных циркадианных ритмов (определяемых по изменению выраженности депрессивной и тревожной симптоматики в течение 1 сут), что приводит к нивелированию психопатологических расстройств [30].

Фармакокинетика агомелатина характеризуется быстрым и хорошим всасыванием (>80%). Максимальная концентрация вещества в плазме достигается через 1–2 ч после приема. Концентрация препарата увеличивается пропорционально дозе. Связывание агомелатина с белками плазмы составляет 95% независимо от концентрации препарата, возраста больного или наличия почечной недостаточности. Его биодоступность – около 3% и варьирует в зависимости от эффекта «первого прохождения» через печень и индивидуальных различий параметров активности CYP1A2. Прием пищи (как обычной, так и с высоким содержанием жиров) не влияет ни на биодоступность, ни на скорость всасывания [22, 29]. В организме агомелатин подвергается быстрому окислению, в основном за счет CYP1A2 (90%) и CYP2C9 (10%). Основные метаболиты в виде гидроксильированного и

деметилированного агомелатина не активны, быстро связываются и выводятся с мочой (80%).

В литературе представлены данные о положительных результатах использования мелатонинергического антидепрессанта Вальдоксана для кратковременной и продолжительной (0,5–2 года) терапии депрессивных и тревожных расстройств у пациентов общей медицинской сети [7, 13, 17].

В связи с этим представляется актуальным изучение эффективности и безопасности Вальдоксана, характеризующегося выраженным антидепрессивным и анксиолитическим свойствами, а также хорошей переносимостью у пациентов общей медицинской сети, страдающих нейроциркуляторной (вегетососудистой) дистонией (кардионевроз).

Нами изучены терапевтическая эффективность препарата Вальдоксан при лечении пациентов с кардионевротическими расстройствами – «нейроциркуляторной (вегетососудистой) дистонией», а также его переносимость и влияние на основные гемодинамические показатели.

### ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включали пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 50 лет с верифицированным в течение последних 2–5 лет диагнозом нейроциркуляторной дистонии, прошедших или проходящих обследование в терапевтическом или кардиологическом отделениях Городской клинической больницы №71 Москвы, нуждающихся в психофармакотерапии и давших информированное согласие на участие в исследовании.

Пациента включали в выборку при условии, что его психическая патология реализовалась в рамках соматизированных аффективных и тревожных расстройств, связанных со стрессом (F.40–F.45 по МКБ-10), а также при подтверждении диагноза кардионевроза (нейроциркуляторная дистония). Последнее подразумевало отсутствие признаков актуальной сердечно-сосудистой патологии (ИБС, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий и т.п.), а также любого другого соматического заболевания, проявления которого могли бы, по мнению врачей-специалистов, провоцировать имеющуюся симптоматику.

Соматическое обследование в стационаре предусматривало оценку физикальных, инструментальных и лабораторных показателей (рутинные клинические и биохимические анализы крови, липидный спектр, ЭКГ, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру и АД, тредмил, пиковая скорость выдоха – РЕФ, капнографическое исследование, газовый состав крови, проба с произвольной гипервентиляцией, спирометрия). Для исключения органической патологии головного мозга проводились магнитно-резонансная томография и электроэнцефалография.

В исследование не включали: больных, участвовавших в каких-либо других психофармакологических исследованиях за 4 нед до включения в настоящее исследование; пациентов с признаками манифестного эндогенного психоза (шизофрения, шизоаффективный/аффективный психоз), алкоголизма/наркомании, выраженной сопутствующей соматической патологии (помимо сердечно-сосудистой), в том числе – злокачественных новообразований, а также беременных или кормящих грудью женщин.

Диагностическое обследование проводилось с использованием Госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии

(HADS), опросника Уайтли, Шкалы общего клинического впечатления (CGI) и специально разработанного для исследования самоопросника, позволяющего пациенту самому оценить частоту возникновения и выраженность кардионевротической симптоматики (ощущение учащенного/замедленного/неритмичного сердцебиения, кардиалгия, тяжесть в затылке, головокружение, ощущение учащенного дыхания, нехватка воздуха, похолодание конечностей, приступы жара, повышенное потоотделение, ком, спазм в горле, чувство внутренней дрожи, ощущение слабости в теле, чувство страха, монопатофобии).

Критериями эффективности терапии считали сумму баллов по CGI-S ≤ 2 («отсутствие симптомов» или «пограничное расстройство») и CGI-I ≤ 2 («выраженное улучшение» или «существенное улучшение»), а также 50% или большую редукцию стартовых суммарных баллов тревоги и депрессии по HADS и ипохондрической симптоматики по опроснику Уайтли.

С целью оценки переносимости и безопасности лечения учитывали выявленные в результате спонтанных жалоб пациентов и целенаправленных вопросов при обследовании на каждом из предусмотренных визитов изменения в стартовых лабораторных и инструментальных показателях соматического статуса на фоне терапии Вальдоксаном. Для верификации побочных эффектов использовалась Шкала побочных эффектов UKU.

Вальдоксан назначали на ночь в начальной суточной дозе 25 мг. При недостаточной эффективности препарата с 14-го дня терапии предусматривалась возможность увеличения суточной дозы до 50 мг. Продолжительность курса терапии составляла 6 нед (42 дня). В ходе исследования исключался прием других психотропных препаратов.

Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica (компания StatSoft, США). Достоверность различий оценивалась с применением теста Колмогорова–Смирнова.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫБОРКИ

В соответствии с протоколом исследования, в анализируемую выборку включены 40 пациентов: 32 (80,0%) женщины и 8 (20,0%) мужчин. Средний возраст пациентов в выборке – 31,7 ± 1,8 года. Длительность кардионевроза варьировала от 2 до 14 лет (в среднем – 6,4 ± 2,1 года).

Социальная характеристика пациентов приведена в табл. 1.

Анализ социально-демографических характеристик пациентов свидетельствует о том, что большинство больных с кардионеврозом (нейроциркуляторная дистония) в полном объеме сохраняют трудоспособность (работают или учатся) и имеют стабильный семейный статус. Слу-

Таблица 1  
Социальная характеристика выборки (n=40)

Статус	Число больных, абс. (%)
Профессиональный: работают/учатся иждивенцы	35 (87,5) 5 (12,5)
Семейный: в браке одинокие/разведены	23 (57,5) 17 (42,5)

чаев инвалидности по соматическому или психическому заболеванию не выявлено (5 пациентов не работают временно). Кроме того, полученные данные о преобладании среди больных нейроциркуляторной дистонией лиц женского пола согласуются с результатами других исследований [12, 14].

При обследовании обнаружены признаки вегетативной дисфункции: лабильность АД (у 25 человек) и сердечного ритма со склонностью к тахикардии (у 24), локальная потливость (у 16), мраморность (у 9) или похолодание конечностей (у 8), стойкий белый дермографизм (у 6).

Инструментальными методами исследования зафиксированы врожденные субклинические морфологические anomalies сердца (пролапс митрального клапана – у 7 пациентов, дополнительная хорда – у 3), а также лабильность и неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса (у 21), положительные ЭКГ-пробы (у 19) с  $\beta$ -адреноблокаторами, гипервентиляцией и в ортостазе, временная реверсия зубца T при проведении пробы с физической нагрузкой (у 18). Обнаруженные функциональные и малые морфологические отклонения от нормы не являлись определяющими для объяснения жалоб пациентов и соответствовали критериям кардионевроза [8].

Структура характерологических расстройств пациентов оказалась гетерогенной: девиации истерического типа (21 наблюдение), обсессивно-компульсивного (у 9, в том числе у 5 – тревожного, у 4 – ананкастного), аффективного (у 4, в том числе циклоидного – у 3, гипертимного – у 1), шизоидного и пограничного – по 2 наблюдения, шизотипического и зависимого – по 1.

Оценка патогенных факторов в изученной выборке свидетельствует о связи болезненных состояний, составивших предмет исследования, с психотравмирующими ситуациями (у 33 пациентов). Преобладало эмоционально неблагоприятное воздействие психогении, связанной с нестабильностью в сфере профессиональной трудовой деятельности или семейными неурядицами (болезнь родственника, ссора). У 7 (17,5%) больных возникновение кардионевротической

симптоматики не было связано с какими-либо психотравмирующими воздействиями.

Среди психопатологических расстройств преобладали тревожно-ипохондрические и аффективные. Лишь у 3 пациентов клиническая картина кардионевроза определялась преимущественно сенсопатиями (табл. 2).

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ

Терапия проводилась Вальдоксаном, который давали на ночь; суточные дозы составили от 25 до 50 мг; 18 (45%) пациентам потребовалось увеличение начальной дозы Вальдоксана к концу исследования. К моменту завершения исследования число респондеров (по принятым в исследовании критериям) составило 29 (72,5%).

Отчетливая редукция психопатологической симптоматики регистрировалась у пациентов с кардионеврозом, который реализовывался преимущественно депрессивными и тревожно-ипохондрическими расстройствами. Уменьшение выраженности органоневротических расстройств, протекавших с преобладанием сенсопатий, носило умеренный характер (табл. 3).

Выраженное клиническое действие Вальдоксана подтверждается достоверной редукцией исходных баллов по Шкале HADS (рис. 1).

Терапевтический эффект Вальдоксана проявлялся с 1-й недели терапии с последующим статистически значимым обратным развитием психопатологической симптоматики к концу 2-й недели лечения ( $p < 0,05$ ) и непрерывным улучшением показателей вплоть до последней (8-й) недели ( $p < 0,001$ ). Динамика выраженности отдельных психопатологических симптомокомплексов по Шкале HADS (тревога, депрессия, инсомния, соматовегетативные расстройства) на фоне терапии Вальдоксаном представлена на рис. 2.

В первые 7 дней терапии пациенты отмечали нормализацию сна (нивелирование симптомов как ранней, так и средней и поздней инсомнии). Значимая положительная динамика фона настроения, соматовегетативных нарушений (вегетативная лабильность, конверсионные расстройства, другие сенсопатии) и чувства тревоги, ипохондрических опасений регистрировалась, начиная со 2-й недели лечения. На фоне приема препарата нормализовались память и концентрация внимания (2–4-я неделя).

Полученные данные дополняются результатами обследования пациентов для оценки выраженности ипохондрических расстройств по опроснику Уайтли (рис. 3) и общего клинического впечатления по соответствующей шкале (CGI, рис. 4).

Согласно Шкале CGI-I, существенное улучшение отмечено у 19 (47,5%) пациентов, выраженное – у 10 (25%). Еще у 6 (15%) больных зарегистрировано умеренное улучшение

Таблица 2  
Спектр психопатологических расстройств у больных нейроциркуляторной дистонией (n=40)

Диагноз соматического заболевания	Число больных, абс. (%)
Тревожно-фобическое, ипохондрическое расстройства	24 (60,0)
Депрессия (соматизированная, маскированная)	13 (32,5)
Соматоформное расстройство	3 (7,5)

Таблица 3  
Эффективность Вальдоксана при терапии кардионевроза

Психопатологические расстройства	Число респондеров	Число нереспондеров	Эффективность, %
Тревожно-ипохондрические	17	7	70,8
Депрессивные	11	2	84,6
Сенсопатии	1	2	33,3
Всего	29	11	72,5



по CGI-I. Сходные результаты получены при анализе динамики тяжести психопатологических расстройств по Шкале CGI-S. На момент завершающей оценки исходный средний балл по CGI-S (4,3) снизился до  $\leq 2,1$  у 25 (62,5%) больных (см. рис. 4).

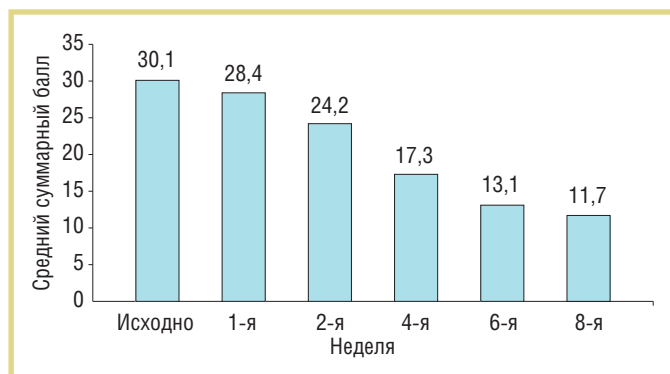
Наконец, представленные данные подтверждаются результатами исследования субъективного восприятия пациентами частоты возникновения и выраженности кардионеврологических жалоб в ходе терапии (табл. 4).

#### ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТЕРАПИИ

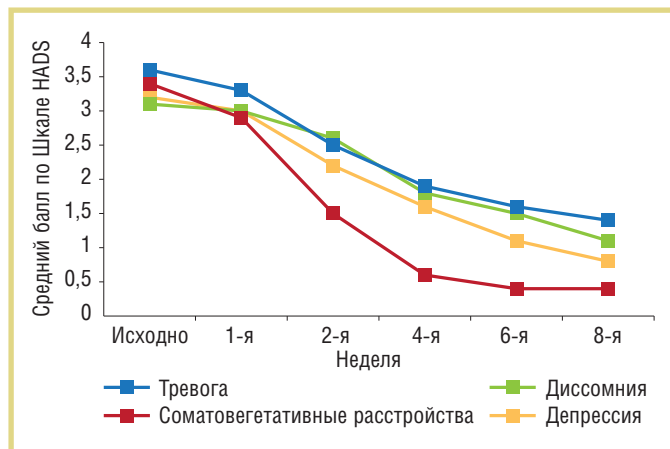
Установлен благоприятный профиль безопасности препарата. Все больные полностью завершили 8-недельный курс лечения, что указывает на безопасность препарата. В ходе исследования связанных с препаратом нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось.

Нежелательные явления на фоне приема Вальдоксана (головокружение, головная боль, дневная сонливость, тошнота, сухость во рту – по 1 наблюдению), отмечались у 5 пациентов в течение первых 2 нед терапии и соответствовали описаниям, приводимым в литературе [7, 9, 26, 30].

В соответствии с целью исследования особое внимание уделялось влиянию Вальдоксана на основные гемодинамические показатели.



**Рис. 1.** Динамика средних суммарных баллов тревоги по Шкале HADS в течение 8 нед терапии Вальдоксаном в изученной выборке (n=40)



**Рис. 2.** Сравнение динамики редукции психопатологических симптомов по Шкале HADS (n=40)

# Вальдоксан®

Агомелатин

Первый мелатонинергический антидепрессант

**Нормализация циркадианных ритмов  
в основе уникального  
быстрого, мощного, стойкого  
эффекта на всех этапах терапии**



Регистрационный номер:  
ЛСР-000540/08 от 11.02.2008 г.

процесс засыпания и качество сна с первой недели лечения, не вызывая при этом дневной заторможенности. Не вызывает синдрома отмены, половых дисфункций, а также не влияет на массу тела, сердечно-сосудистую систему. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину и/или любому из вспомогательных веществ препарата; печеночная недостаточность; сопутствующая терапия сильными ингибиторами CYP1A2 (флувоксамин, ципрофлоксацин). **Дозировка:** Внутрь. Рекомендуемая суточная доза 25 мг (1 таблетка), однократно вечером. При необходимости через 2 недели терапии доза может быть увеличена до 50 мг (2 таблетки), однократно вечером. **Взаимодействие с другими веществами:** Как и при лечении другими антидепрессантами не рекомендуется сочетать прием препарата Вальдоксан с алкоголем. **Побочные эффекты:** Головная боль, головокружение, сонливость, тошнота, диарея, запор, боль в верхней части живота, усталость, слабость, тревога, увеличение уровня трансаминаз в сыворотке. **Меры предосторожности:** Не рекомендуется применение у детей и подростков до 18 лет, беременных женщин и во время грудного вскармливания. Следует с осторожностью применять у больных с маниакальными или гипоманиакальными эпизодами в анамнезе; при появлении симптомов мании рекомендуется отмена агомелатина. Препарат может оказывать влияние на способность управлять автомобилем или другими механизмами. Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии, через 3, 6, 12 и 24 недели после начала терапии, а также в другое время в соответствии с клинической ситуацией. Не рекомендуется применение препарата у больных с непереносимостью лактозы и нарушением всасывания глюкозы-галактозы.

Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке.

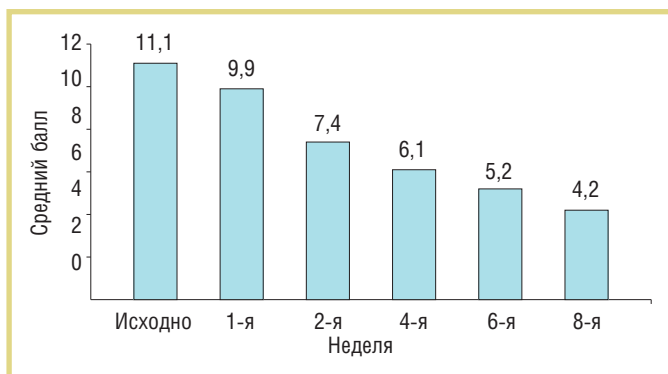
1. Lemoine et al. Efficacy of Valdoxan on symptoms relief at week 1 in a comparative study versus venlafaxine (n=322). J Clin Psychiatry, 2007.  
2. Lemoine et al. Efficacy of Valdoxan on remission at week 6 in a comparative study versus venlafaxine (n=328). J Clin Psychiatry, 2007.  
3. Kennedy et al. Efficacy of Valdoxan on remission at week 12 in a comparative study versus venlafaxine (n=276). J Clin Psychopharmacol 2008.  
4. Goodwin et al. Efficacy of Valdoxan on relapse prevention at week 24 in a placebo-controlled study versus venlafaxine (n=339). Eur Neuropsychopharmacol 2007.

Представительство АО «Лаборатории Сервье» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3, тел. (495) 937-07-00, факс (495) 937-07-01.

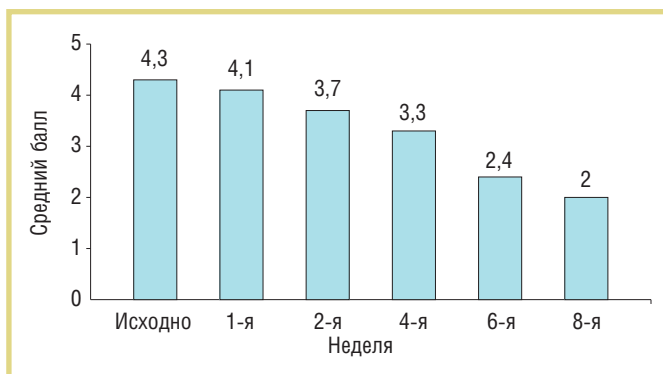


www.valdoxan.com

1 таблетка всегда вечером



**Рис. 3.** Динамика средних баллов по опроснику Уайтли в течение 8 нед терапии Вальдоксаном в изученной выборке (n=40)



**Рис. 4.** Динамика средних баллов по Шкале CGI-S в течение 8 нед терапии Вальдоксаном в изученной выборке (n=40)

Отмена Вальдоксана по окончании периода исследования (21 наблюдение) не сопровождалась развитием признаков синдрома отмены (утомляемость, сонливость, головная боль, тошнота, рвота, анорексия, сухость во рту, головокружение, понос, бессонница, тревога, раздражимость, дезориентация, парестезии, потливость).

В результате исследования получены данные, свидетельствующие об эффективности и безопасности препарата Вальдоксан при терапии депрессивных и тревожно-ипохондрических кардионевротических расстройств у пациентов с нейроциркуляторной дистонией. Менее эффективен препарат при терапии сенсопатий.

Терапевтический эффект препарата реализуется быстро, начиная с 1-й недели лечения. Статистически зна-

чимая редукция психопатологических нарушений наряду с улучшением самочувствия регистрируется с 14-го дня терапии.

При использовании в лечении кардионевротических депрессивных и ипохондрических расстройств Вальдоксан обладает благоприятным профилем переносимости и безопасности, не оказывает отрицательного влияния на основные гемодинамические показатели и обеспечивает высокий уровень комплаентности пациентов. Прекращение приема Вальдоксана не сопровождается развитием синдрома отмены.

Таким образом, Вальдоксан может быть рекомендован для терапии кардионевротических расстройств (нейроциркуляторной дистонии).

Таблица 4

**Субъективное ощущение пациентами частоты возникновения и выраженности кардионевротических симптомов**

Жалобы	Пациенты, предъявившие жалобы, %			Частота возникновения (средний балл, 1-10)			Выраженность (средний балл, 1-10)		
	Н0	Н4	Н8	Н0	Н4	Н8	Н0	Н4	Н8
Ощущение учащенного сердцебиения	80,0	60,0	20,0	5,8	3,2	1,4	6,0	3,5	2,4
Ощущение замедленного сердцебиения	20,0	10,0	0	3,3	1,1	0	4,3	1,1	0
Ощущение неритмичного (прерывистого) сердцебиения	87,5	60,0	20,0	9,1	5,8	3,6	6,8	4,0	1,4
Боли в области сердца	75,0	47,5	30,0	4,4	2,1	0,6	5,5	3,1	1,2
Боли за грудиной	52,5	47,5	12,5	3,5	2,2	1,7	4,6	3,3	2,0
Боли в левой лопатке, руке	40,0	10,0	0	1,5	0,6	0	3,5	2,5	0
Боль, тяжесть в затылке	12,5	0	0	2,1	0	0	4,2	0	0
Ощущение головокружения	35,0	22,5	2,5	4,5	2,8	1,9	5,0	4,1	3,7
Ощущение кома, спазма в горле	90,0	65,0	42,5	6,1	4,3	2,6	7,2	5,4	2,3
Чувство внутренней дрожи	52,5	22,5	2,5	6,3	4,4	3,1	8,1	5,0	2,7
Ощущение учащенного дыхания	35,0	22,5	0	4,2	1,4	0	5,9	2,0	0
Ощущение нехватки воздуха	75,0	47,5	20,0	5,8	4,6	3,2	7,9	6,2	4,2
Похолодание конечностей	90,0	75,0	60,0	4,4	3,1	2,3	5,3	3,0	2,1
Приступы жара	40,0	32,5	30,0	6,0	5,6	3,9	7,6	4,2	3,8
Повышенное потоотделение	75,0	47,5	32,5	2,2	1,6	1,0	4,4	3,7	2,3
Чувство страха (смерти, инсульта, инфаркта и т.п.)	92,5	55,0	30,0	6,6	5,2	4,1	8,7	6,2	4,6
Ощущение слабости в теле	90,0	55,0	22,5	5,0	3,1	1,5	6,0	4,1	3,3

**Примечание.** Н0 – исходно; Н4 – 4-я неделя; Н8 – 8-я неделя.

## Литература

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. Под ред. А.М. Вейна. МИА, 2000.
2. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. М., 1981.
3. Ведняпина О.Ю. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных с сердечно-сосудистой патологией. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
4. Верткин А.Л., Тополянский А.В., Любшина О.В. Применение антидепрессантов в кардиологии // Лечащий врач. – 2001; 7: 34–9.
5. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия) / Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М., 1994.
6. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Нейроциркуляторная дистония (вопросы терминологии, классификации, патогенеза, клиники, диагностики и лечения) / В кн.: Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М., 1981.
7. Злоказова М.В. Опыт применения Вальдоксана при лечении умеренных и тяжелых депрессивных расстройств непсихотического уровня у амбулаторных пациентов // Психиат. и психофармакотер. – 2009; 4: 39–41.
8. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002.
9. Майчук Е.Ю., Довженко Т.В., Габриелян А.А. Боль в сердце и ее эмоциональные составляющие // Журн. практ. психолога. – 1997; 4: 63–77.
10. Майчук Е.Ю., Довженко Т.В. Особенности восприятия боли при кардиалгиях органического и функционального происхождения и способы их коррекции // Боль. – 2003; 1: 26–30.
11. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. / Нейроциркуляторная дистония. – Чебоксары, 1995.
12. Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Социально-психологические и клинические факторы риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у подростков // Обзорение психиат. и мед. психологии. – 2008; 1: 20–3.
13. Медведев В.Э. Терапия непсихотических депрессий в рамках инволюционной истерии (опыт применения Вальдоксана) // Психиат. и психофармакотер. – 2011; 4: 14–8.
14. Медведев В.Э. и др. Психопатологические и патохарактерологические характеристики пациентов с кардионеврозом (нейроциркуляторная дистония) // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2008; 2: 18–21.
15. Медведев В.Э. и др. Кардионевроз (Нейроциркуляторная дистония). Опыт применения препарата Опра // Обзорение психиат. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2008; 4: 35–40.
16. Медведев В.Э., Албантова К.А. Пантогам Актив при лечении невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у больных кардиологического стационара // Психич. расстройства в общей медицине. – 2009; 2: 40–3.
17. Медведев В.Э., Епифанов А.В. Инновационный метод терапии депрессий у пациентов с ишемической болезнью сердца // Обзорение психиат. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2010; 3: 31–6.
18. Медведев В.Э., Епифанов А.В. Терапия невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью препаратом Пантогам Актив // Рос. психиат. журн. – 2011; 1: 55–61.
19. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Н. Новгород, 1994.
20. Смулевич А.Б. Маскированные депрессии // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2012; 3: 4–10.
21. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психокardiология. М., 2005.
22. Audinot V., Mailliet F., Lahaye-Brasseur C. et al. New selective ligands of human cloned melatonin MT1 and MT2 receptors // Naunyn. Schmiedeberg's Arch. Pharmacol. – 2003; 367: 553–61.
23. Bach M., Nutzinger D., Hart L. Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems // Compr. Psychiat. – 1996; 37 (1): 62–7.
24. Barsky A. Amplification, somatization, and the somatoform disorders // Psychosomatics. – 1992; 33: 28–34.
25. Conti S., Savron G., Bartolucci G. et al. Cardiac neurosis and psychopathology // Psychother. Psychosom. – 1989; 52: 88–91.
26. Fava G., Magelli C., Savron G. et al. Neurocirculatory asthenia. A reassessment using modern psychosomatic criteria // Acta Psychiatr. Scand. – 1994; 89: 314–9.
27. Fink P. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients // J. Psychosomat. Res. – 2004; 56: 413–8.
28. Goodwin G., Rouillon F., Emsley R. Long-term treatment with agomelatine: prevention of relapse in patients with major depressive disorder over 10 months (abstr.) In: 21st Eur. College of Neuropsychopharmacol. Congress. 2008. Barcelona // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2008; 18: 338–9.
29. Olie J., Kasper S. Efficacy of agomelatine, a MT1/MT2 receptor agonist with 5-HT2C antagonistic properties, in major depressive disorder // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2007; 10: 661–73.
30. Tessmer M. Agomelatine // Med. Monatsschr. Pharm. – 2009; 32 (8): 282–88.

### ТHERAPY FOR CARDIONEUROSIS (NEUROCIRCULATORY DYSTONIA) IN THE GENERAL MEDICAL NETWORK

V. Medvedev<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences; A. Epifanov<sup>2</sup>, O. Lartseva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Peoples' Friendship University of Russia;

<sup>2</sup>City Clinical Hospital Seventy-One, Moscow

*The clinical picture of cardioneurosis is heterogeneous and encompasses the symptoms of anxiety/phobia, senestalgia, and depressive disorders. The prescriptions from general practitioners who most commonly follow up this category of patients are usually limited by recommendations for the use of tranquilizers. The current selective melatoninergetic antidepressant Valdoxan has demonstrated high efficacy and good tolerance in patients with cardioneurosis (autonomic vascular dystonia).*

**Key words:** cardioneurosis, neurocircular dystonia, therapy, agomelatine.