

УДК 616.082.5-008.615-64:616-009.86

КУНОВСКИЙ В.В.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

## СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ — СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ. ПУТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

**Резюме.** Рассмотрено влияние стрессового фактора соматического заболевания и необходимости в госпитализации как фактора, определяющего формирование состояния ситуативной тревожности (ССТ) у пациентов в условиях стационарного лечения. На примере стационарного лечения 60 пациентов проведена оценка степени выраженности ССТ с использованием шкалы тревожности Спилберга — Ханина (STAI, State — Trait Anxiety Inventory) и шкалы «Проявления тревожности» (Manifest Anxiety Scale, MAS) по J. Taylor.

Сделан вывод о клинической эффективности предложенного способа коррекции состояния ситуативной тревожности (препарат Стрезам® (этифоксина гидрохлорид) в дозировке 50 мг трижды в сутки), направленной на адаптацию больных к условиям стационара, что позволило значительно снизить эмоциональную реакцию больных на стрессовую ситуацию.

**Ключевые слова:** состояние ситуативной тревожности, болезнь, стационарное лечение.

Современный человек как социальный объект в повседневной жизни постоянно встречается с ситуациями, которые формируют психологический дискомфорт и тревогу. По значимости и в зависимости от сферы социальных отношений определяется следующая систематика психосоциальных стресс-факторов: супружеские; родительские; межличностные проблемы (с друзьями, соседями, знакомыми, коллегами или членами семьи); жизненные обстоятельства; профессиональные проблемы; финансовые; правовые; проблемы, связанные с развитием (фазы жизненного цикла); соматические болезни, травмы; другие психосоциальные стрессовые факторы (стихийные или антропогенные бедствия); семейные факторы [2, 3, 5, 14].

Определенный уровень тревожности — естественная особенность, сопровождающая активную деятельность и существование личности в социуме. У каждого человека существует свой оптимальный (или желательный) уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность, определяемая степенью личностной адаптации и активностью социальной жизни каждого индивидуума. Оценка

человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Особенно важную роль в данной ситуации играет способность индивидуума к адекватной ситуационной адаптации или, в соответствии с концепцией общего адаптационного синдрома Н. Селье [9], при наличии непрекращающегося стрессогенного фактора, степень выраженности «адаптационной энергии». В своих исследованиях Г. Селье выделяет три стадии этих изменений, определяющие состояние систем адаптации к внешним неблагоприятным воздействиям. Первая стадия развития, мобилизация как бы «по тревоге» адаптационных возможностей организма — «стадия тревоги», или непосредственно сам **стресс**. Данное состояние

**Адрес для переписки с автором:**

Куновский В.В.  
Львовский национальный медицинский университет  
им. Данила Галицкого  
79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

© Куновский В.В., 2013  
© «Международный неврологический журнал», 2013  
© Заславский А.Ю., 2013

рассматривается как общее напряжение адаптационных систем организма при действии неблагоприятных факторов внешней среды значительной силы и длительности. Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимым с жизнью, животное погибает еще в стадии тревоги, в течение первых часов или дней. Если оно выживает, за первоначальной реакцией обязательно следует «стадия резистентности». Это вторая стадия, или сбалансированное расходование адаптационных резервов, — **эустресс**. Данное состояние можно рассматривать как потерю равновесия между действием стрессового фактора и возможностями адаптационных систем. Ввиду того, что «адаптационная энергия не беспредельна», рано или поздно, если стрессор продолжает действовать, наступает третья стадия — «стадия истощения», или **дистресс**, который оценивается как истощение адаптационных систем с нарушением (срывом) адаптации вследствие воздействия внешнего неблагоприятного фактора слишком большой силы или длительности.

Исходя из вышеизложенного, состояние соматического заболевания или болезни можно рассматривать как один из психосоциальных стресс-факторов [12, 13, 15, 16], а возникающая при этом потребность в стационарном лечении все больше ассоциируется у пациентов с проблемой стресса и тревоги. Необходимость в смене обстановки, изменение обычного ритма жизни способствуют формированию у людей состояния ситуативной тревожности (ССТ). Как правило, оно сопровождается появлением эмоциональной реакции, которая сменяется состоянием эмоционального напряжения и развитием эмоционального стресса. Это разновидность психической травмы, непосредственно влияющая на системы барьера психической адаптации.

Степень выраженности состояния ситуативной тревожности находится в прямой взаимосвязи со степенью выраженности соматического заболевания и, как правило, сопровождается истощением адаптационных реакций и/или нарушением психической адаптации с появлением психопатологической симптоматики и/или психосоматических нарушений и развитием психогенного дистресса [1, 4, 6–8].

На фоне соматического заболевания со своим набором клинических симптомов у пациентов возникает ощущение внутреннего беспокойства, напрямую связанное с субъективно переживаемыми эмоциями — напряжением, нервозностью, страхом, тревогой. Выраженность этого состояния различна и обусловлена как степенью эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию, так и способностью к восприятию и реагированию на внешние раздражители, что в совокупности и определяет степень личностного ССТ.

**Цель работы:** изучение влияния стрессового фактора соматического заболевания и необходимости в госпитализации как фактора, определяющего формирование состояния ситуативной тревожности у пациентов в условиях стационарного лечения.

## Материалы и методы

В соответствии с целью исследования нами было проведено анкетирование выборочной группы из 60 больных, которым проводилось стационарное медикаментозное лечение в отделениях хирургии, терапии и неврологии городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Львова. Все пациенты были распределены на три группы — в соответствии с отделением, где проводилось стационарное лечение: группа А1 — хирургическое, группа А2 — терапевтическое, группа А3 — неврологическое, по 20 больных в каждой группе. Среди общего числа опрошенных женщин было 37, мужчин — 23. Средний возраст пациентов составлял  $62 \pm 9$  лет. Анкетированный опрос больных проводился с использованием нескольких шкал, позволяющих полностью проанализировать состояние пациентов и проследить за его динамическим изменением в течение всего периода стационарного лечения. Для оценки степени выраженности ССТ были использованы:

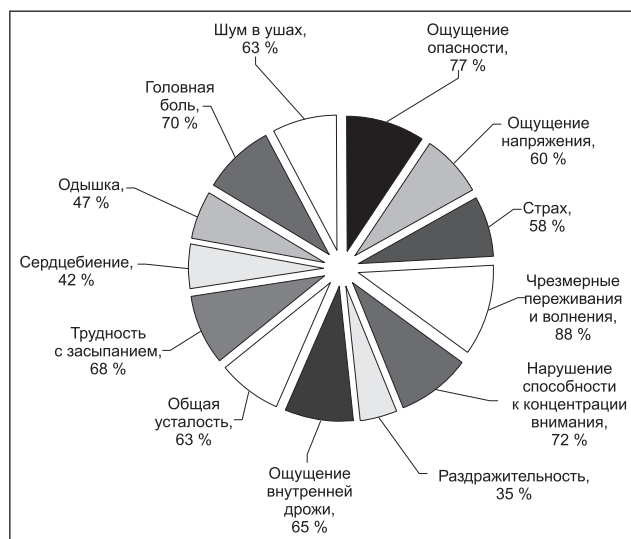
— шкала тревожности Спилбергера — Ханина (STAI, State — Trait Anxiety Inventory), включающая шкалы ситуативной и личной тревожности с трехступенчатой градацией выраженности симптомов (до 30 баллов — низкая, 31–44 балла — умеренная; 45 и более — высокая);

— шкала «Проявления тревожности» (Manifest Anxiety Scale, MAS) по J. Taylor с последующей интерпретацией результатов: 40–50 баллов рассматривались как показатель очень высокого уровня тревоги; 25–40 баллов — высокого уровня тревоги; 15–25 баллов — среднего (с тенденцией к высокому) уровня.

Учитывая то, что степень выраженности состояния тревожности является основной причиной депривации (deprivation (англ.) — нарушение, лишение) сна и может приводить к нарушению когнитивной функции, у всех больных проводилась оценка расстройств сна. Качество сна оценивали после суточного пребывания больного в отделении утром в 8:00 по субъективной 5-балльной шкале расстройства сна, где 1 балл — полное отсутствие сна, а 5 баллов — отличный сон.

## Результаты исследований

Существует сложная система механизмов адаптации индивида к действию психотравмирующих факторов внешней среды — **барьер психической адаптации**, для которого на фоне внешнего спокойствия характерно возникновение чувства эмоциональной напряженности с психомоторными,



**Рисунок 1. Доминантные жалобы пациентов как проявления состояния ситуативной тревожности, %**

психовегетативными проявлениями. Формирование состояния ситуативной тревожности сугубо индивидуально и характеризуется как личностной, так и ситуативной или реактивной тревожностью [4, 6, 10, 11]. В условиях стационарного лечения у каждого пациента формируется своя, личностная тенденция к восприятию достаточно широкого спектра ситуаций с формированием на каждую из них определенной реакции, внешних эмоций: напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

В соответствии с Международной статистической классификацией (МКБ-10, раздел F) и Диагностическим и статистическим руководством (DSM-IV-TR), среди расстройств, связанных со стрессом, доминирует тревога [9, 12, 18]. Это состояние характеризуется тремя группами симптомов: основными (сниженное настроение, утрата интересов и удовлетворения, снижение энергичности, повышенная утомляемость, сниженная активность), дополнительными (снижение способности к сосредоточиванию внимания, понижение самооценки и чувства уверенности в себе, хмурое и пессимистическое видение будущего, нарушенный сон, сниженный аппетит) и соматическими (утрата эмоциональной реактивности на окружающее и события, пробуждение утром на два или более часа ранее, чем обычно, снижение аппетита).

Клиническая картина соматогений большей частью приобретает форму неврастенического синдрома с гиперестезией, повышенной слабостью в сочетании с психомоторной заторможенностью, слабостью концентрации внимания, неспособностью к сосредоточению, а также выраженными вегетосудистыми

проявлениями — жалобами на шум и звон в ушах, головную боль.

Возникновению состояния ситуативной тревожности могут способствовать ограничение подвижности, стесненность, поддержание определенного положения тела, вынужденная тишина и изоляция. Переживания страха и тревоги также влияют и на эмоциональную жизнь, вызывая ощущение подавленности и депрессии. Однако самыми значительными визуальными проявлениями являются сопутствующие переживаниям страха вегетативные реакции: повышенная потливость (прежде всего ладоней, подмышек, ступней, лба), расширение зрачков, дрожание рук, а иногда и всего тела, усиление сердечной деятельности, учащение пульса.

Доминантными (рис. 1) проявлениями состояния ситуативной тревожности (в первые сутки от момента госпитализации) были: ощущение опасности — 46 пациентов (76,7%), ощущение напряжения — 36 (60%), боязнь — 35 (58,3%), чрезмерные переживания и волнения — 53 (88,3%), нарушение способности к концентрации внимания — 43 (71,7%), раздражительность — 21 (35%), ощущение внутренней дрожи — 39 (65%), невозможность расслабиться — 52 (86,7%), общая усталость — 38 (63,3%), трудность с засыпанием — 41 (68,3%). С меньшей инцидентностью встречались такие соматические признаки тревоги, как острая боль в области сердца, загрудинная боль и/или сердцебиение — 25 больных (41,7%), гипервентиляция или одышка — 28 (46,7%), головная боль — 42 (70%), затрудненное глотание — 15 (25%), зуд кожи — 11 (18,3%), шум в ушах — 38 (63,3%).

Суммарно в результате проведенных наблюдений у всех пациентов наблюдался высокий уровень соматической и психической немотивированной тревоги. Среди больных группы А1 тревожный вариант поведения (1-е — 3-и сутки от момента поступления) констатирован у 75% опрошенных, в группе А2 — у 60%, в группе А3 — у 45% пациентов. Признаки ССТ с астеноподобным вариантом течения (доминируют вялость и слабость) отмечены у 15% больных из группы А1, у 25% из группы А2 и у 50% пациентов из группы А3. Дисфорический вариант (проявления ССТ с признаками постоянного переживания, ощущением внутреннего недовольства и раздражения) был наиболее выражен в группе А2 (15%) и менее — в группах А3 (5%) и А1 (10%). Таким образом, для пациентов хирургического отделения (А1) наиболее выраженными проявлениями ССТ были ощущения напряжения, переживания и волнения, которые наблюдались у большинства пациентов — 15 (75%). У 10 пациентов (50%) неврологического отделения (группа А3), учитывая хроническое течение заболевания и старший возраст, жалобы состояния ситуативной тревожности проявлялись астеноподобным вариантом течения с признаками общей усталости, нарушением

способности к концентрации внимания и ощущением внутренней дрожи. У 12 больных терапевтического отделения (60 %) на фоне ощущения напряжения и тревоги наблюдались признаки дисфорического варианта проявления ССТ с ощущением внутреннего недовольства, раздражительности в сочетании с соматическими признаками тревоги (загрудинная боль, одышка, шум в ушах).

В результате проведенного опроса (в соответствии со шкалой тревожности Спилбергера — Ханина) было констатировано, что ориентировочная оценка тревожности в значительной степени связана с возрастом пациентов. Так, у женщин в возрасте от 54 до 59 лет ССТ находилось на уровне  $44 \pm 3$  балла, что выше, чем у пациенток в возрасте 48–55 лет, у которых уровень тревожности составил  $36 \pm 4$  балла. У мужчин ССТ в меньшей степени зависело от возраста пациента и составило  $35 \pm 2$  балла. Следует также отметить, что у пациентов хирургического отделения уровень тревожности на момент поступления составлял  $45 \pm 2$  балла, что можно трактовать как очень высокий, с динамикой показателей на 7-е сутки до  $39 \pm 3$  балла (средний уровень). Полученные результаты, вероятно, связаны с более молодым возрастом больных ( $46 \pm 8$  лет) и ярче выраженной у них способностью к адаптации. У пациентов терапевтического и неврологического отделений ( $65 \pm 11$  лет) на протяжении всего периода лечения уровень тревожности находился в пределах  $45 \pm 4$  балла.

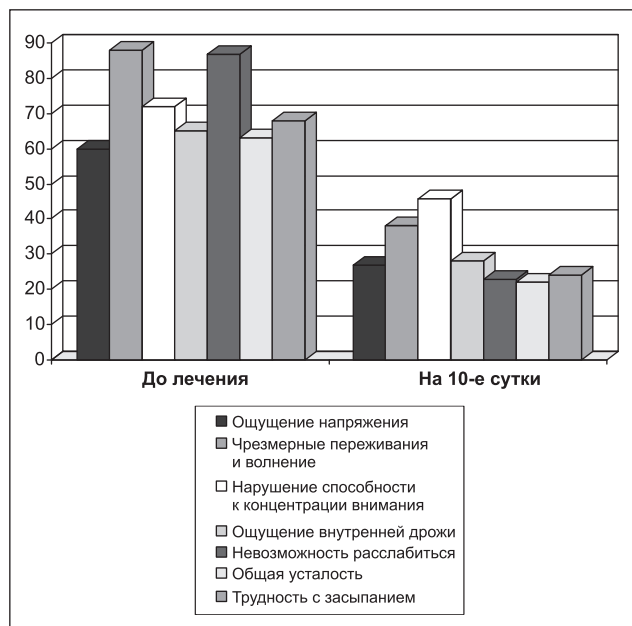
В соответствии со шкалой проявлений тревожности MAS, которая позволяет получить информацию не только о психических проявлениях тревоги, но и о настроении, переживаниях, установках, мы также констатировали выраженную взаимосвязь между возрастом пациентов и ССТ. Так, у пациентов терапевтического и неврологического отделений, где доминировали больные старших возрастных групп ( $65 \pm 11$  лет), уровень тревожности составлял  $44 \pm 3$  балла ( $46 \pm 2$  балла для женщин и  $41 \pm 3$  балла для мужчин). Полученные данные, указывающие на высокий уровень тревожности, позволяют отметить, что степень выраженности ССТ напрямую связана с вегетативно-соматической составляющей тревоги и низкой эмоциональной лабильностью у данного контингента пациентов.

Состояние ситуативной тревожности в сочетании с внешним психологическим воздействием неблагоприятного характера у стационарных больных способствуют формированию состояния эмоционального напряжения — **эмоционального стресса**. Это состояние дезорганизует адекватную деятельность индивида, а многочисленные эмоции противоречат целям и задачам лечения основного соматического заболевания. Исходя из данной ситуации возникает необходимость в медикаментозной коррекции эмоционального статуса пациентов, направленной на

купирование симптомов тревоги, страха и способствующей психической адаптации больных в условиях стационарного лечения.

С целью купирования ССТ в комплексе медикаментозной терапии больных было предложено использовать оригинальный французский препарат Стрезам® (этифоксина гидрохлорид) в дозировке 1 таблетка (50 мг) трижды в сутки [17–22]. Длительность лечения в среднем составляла 10–14 дней. Основой для выбора препарата были его показания к применению (неврастенические состояния, связанные со стрессорным расстройством, которые сопровождаются тревогой, страхом и беспокойством; тревожно-фобические расстройства; вегетативные расстройства с умеренно выраженной тревогой, апатией, сниженной активностью), а также фармакологические особенности (в терапевтических дозах этифоксина гидрохлорид оказывает анксиолитическое действие; не влияет на скорость психомоторных реакций и может использоваться в качестве дневного транквилизатора).

Этифоксин, как и другие анксиолитики, действует на ГАМК-А-рецептор. В то же время его синаптические механизмы действия принципиально отличаются от бензодиазепинов. Стрезам® обладает специфическим модулирующим эффектом на ГАМКергические процессы, который заключается в активации хлорного ионного канала — важнейшего компонента ГАМК-А-рецептора — и, соответственно, стимуляции ГАМКергических процессов [17, 18, 22]. Кроме того, Стрезам® продемонстрировал свою эффективность в лечении психосоматической и невротической патологии желудочно-кишечного тракта — при дисфагиях, гастралгиях, синдроме раздраженного кишечника, при которых также существенно уменьшал как тревожную, так и соматическую симптоматику. В отличие от бензодиазепинов Стрезам® не оказывает седативного действия, не влияет на психомоторные и когнитивные функции, не вызывает вялости, сонливости, миорелаксации [17, 21, 22]. Препарат улучшает сон и нормализует вегетативную дисфункцию, уменьшает выраженность невротических расстройств, проявляющихся тревожным состоянием и нарушением адаптации, стабилизирует артериальное давление, не вызывает развития привыкания, толерантности и синдрома отмены. Он сохраняет мощный противотревожный эффект, присущий бензодиазепинам, обладает существенно более благоприятным профилем безопасности, а также обеспечивает максимальный комплаенс в процессе лечения. Таким образом, в настоящее время Стрезам® является препаратом выбора в лечении нарушений адаптации, вызванных тревожным синдромом различного генеза, и показан к широкому применению в практике врачей общесоматического профиля [17–22].



**Рисунок 2. Динамика изменения жалоб пациентов (составляющих ССТ) в процессе лечения**

Включение препарата Стрезам® в комплекс медикаментозной терапии позволило уже в течение первых десяти дней значительно снизить уровень ССТ (в соответствии со шкалой тревожности Спилбергера — Ханина) у большинства пациентов неврологического (11 больных, 55 %) и терапевтического (15 человек, 75 %) отделений с высокого уровня ( $45 \pm 4$  балла) до умеренного ( $32 \pm 3$  балла). Динамика основных симптомов ССТ в процессе лечения отображена на рис. 2.

У пациентов хирургического отделения также отмечалось снижение степени выраженности ССТ, однако оно имело менее выраженный характер ( $45 \pm 2$  vs  $34 \pm 2$  балла). Умеренное снижение уровня ССТ у данной категории больных связано с органической составляющей основного заболевания и непосредственно с оперативным лечением и самой операцией как дополнительным фактором стресса и тревожности.

Следует также отметить, что формирование состояния ситуативной тревожности в совокупности с окружающей обстановкой в отделении выступило важным фактором, способствующим развитию расстройств сна у больных. В результате проведенных опросов больные отмечали следующие жалобы: сон, который не приносит ощущения отдыха, — 29 пациентов (48,3 %), пробуждение среди ночи — 46 (76,7 %), сонливость среди дня — 47 (78,3 %), раннее пробуждение — 52 (86,7 %).

По данным результатов опроса (пятибалльная вербальная шкала), симптомы расстройств сна были констатированы практически у всех пациентов. Степень выраженности этих расстройств была сопоставима во всех группах и составила для больных неврологиче-

ского отделения (группа А3)  $3,32 \pm 1,21$  балла, в группе А2 —  $3,74 \pm 1,16$  балла, в группе А1 —  $4,11 \pm 0,63$  балла. Однако следует отметить, что если для групп А3 и А2 показатели качества сна были практически стабильными в течение всего периода лечения, то в группе А1 они изменялись от  $2,89 \pm 1,21$  балла (1–2-е сутки от момента госпитализации) до  $4,3 \pm 0,71$  балла к концу стационарного лечения. Таким образом, можно отметить, что разброс в показателях качества сна у пациентов групп А2 и А3 в сравнении с группой А1 коррелирует с состоянием ситуативной тревожности у хирургических больных и в значительной степени обусловлен неопределенной ситуацией в первые часы госпитализации (выраженный болевой синдром, потребность в принятии решения о необходимости операции, выраженное ощущение страха).

Проведенные исследования (анкетированный опрос) состояния качества сна (в процессе медикаментозного лечения с добавлением небензодиазепинового анксиолитика Стрезам®) показали, что у большинства пациентов количество жалоб, связанных с засыпанием и длительностью сна, значительно снизилось. Применение в комплексе медикаментозной терапии противотревожного препарата Стрезам® позволило нивелировать основную вегетативно-соматическую составляющую состояния тревожности, ускорило адаптацию пациентов к условиям стационарного лечения и, как результат, способствовало нормализации сна у пациентов. Сон стабилизировался (в течение 10 дней) у большинства пациентов неврологического отделения (14 больных, 70 %, группа А3 —  $3,68 \pm 0,37$  vs  $3,32 \pm 1,21$ ) и у 16 больных (80 %) из группы пациентов терапевтического профиля (А2 —  $4,02 \pm 0,22$  vs  $3,74 \pm 1,16$  балла). В группе А1 (хирургическое отделение) у 17 (85 %) пациентов уже на третьи сутки пребывания в стационаре (на фоне полного купирования болевого синдрома) отмечался хороший, спокойный сон на уровне  $4,32 \pm 0,42$  балла.

## Выводы

1. В 97 % наблюдений у пациентов, поступающих на стационарное лечение, проблема стресса и тревоги является важным составляющим звеном в формировании общего состояния больного.

2. Включение в комплекс медикаментозной терапии противотревожного препарата Стрезам® (этифоксина гидрохлорид) позволило нивелировать основную вегетативно-соматическую составляющую тревоги.

3. Предложенная схема ликвидации состояния ситуативной тревожности с использованием небензодиазепинового анксиолитика Стрезам® (этифоксина гидрохлорид 50 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней) способствовала адаптации пациентов к условиям стационара и значительно снизила эмоциональную реакцию больных на стрессовую ситуацию.

## Список литературы

1. Вейн А.М. Идеи неврозизма в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1997. — № 3. — С. 76-79.
2. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике. — М.: Сфера, 1999. — 304 с.
3. Гельдер М., Гет Д., Майо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. В 2 томах. — М.: Сфера, 1999. — Т. 1. — 300 с.
4. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации / Под ред. акад. В.Т. Ивашкина. — М., 2006. — С. 36-50.
5. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. Из синопсиса по психиатрии. В 2 томах / Пер. с англ. В.Б. Стрелец. — М.: Медицина, 1994. — 492 с.
6. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в практике врача общего профиля. — СПб., 2001. — 87 с.
7. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании. — М.: Анахарсис, 2002. — 58 с.
8. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 993 с.
9. Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 2002. — С. 175.
10. Уткин Э.А. Конфликтология. Теория и практика. — М.: Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ»: Издательство ЭКМОС, 2008. — С. 163.
11. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2011. — 492 с.
12. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М.: Медицина, 1972. — 281 с.
13. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локишина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 264 с.
14. Ballenger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubrer Y., Nutt D.J. Consensus statement on social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety // J. Clin. Psychiatry. — 1998. — 59(suppl 17). — 54-60.
15. Marks I.E. Cure and care of neurosis. — N.Y.: J.V. Scott Med. Found., 2001. — 429 p.
16. Berger M. Psychische Erkrankungen / Психические расстройства. — CHM, DEU Urban & Fischer, 2009. — 1264.
17. Micallef J., Soubrouillard C., Guet F. et al. A double blind parallel group placebo controlled comparison of sedative and amnesic effects of etifoxine and lorazepam in healthy subjects // Fundam. Clin. Pharmacol. — 2001. — V. 15. — P. 209-216.
18. Rapin J.-P. Etifoxine: a new antianxiety agent // Act. Innov. Med. — 2000. — № 68. — P. 10-13.
19. Schlichter R., Rybalchenko V., Poisbeau P. et al. Modulation of GABAergic synaptic transmission by the non-benzodiazepine anxiolytic etifoxine // Neuropharmacology. — 2000. — V. 39. — P. 1523-1535.
20. Servant D., Graziani P.L., Moysse D. et al. Treatment of adjustment disorder with anxiety: efficacy and tolerance of etifoxine in a double-blind controlled study // Encephale. — 1998. — V. 24. — P. 569-574.
21. Schlichter R., Rybalchenko V., Poisbeau P. et al. Modulation of GABAergic synaptic transmission by the non-benzodiazepine anxiolytic etifoxine // Neuropharmacology. — 2000. — V. 39. — P. 1523-1535.
22. Verleye M., Pansari Y., Gillardin J. Effects of etifoxine on ligand binding to GABA(A) receptors in rodents // Neurosci. Res. — 2002. — V. 44. — P. 167-172.

Получено 20.05.13 □

Куновський В.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

### СОМАТИЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ І СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ — СТРЕСОВІ ФАКТОРИ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ ФОРМУВАННЯ СТАНУ СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ. ШЛЯХИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ

**Резюме.** Розглянуто вплив стресового фактора соматичного захворювання й необхідності в госпіталізації як фактора, що визначає формування стану ситуативної тривожності (ССТ) у пацієнтів в умовах стаціонарного лікування. На прикладі стаціонарного лікування 60 пацієнтів проведена оцінка ступеня вираженості ССТ із використанням шкали тривожності Спілбергера — Ханіна (STAI, State — Trait Anxiety Inventory) і шкали «Прояви тривожності» (Manifest Anxiety Scale, MAS) за J. Taylor.

Зроблений висновок про клінічну ефективність запропонованого способу корекції стану ситуативної тривожності (препарат Стрезам® (етифоксину гідрохлорид) у дозуванні 50 мг тричі на добу), направленої на адаптацію хворих до умов стаціонару, що дозволило значно знизити емоційну реакцію хворих на стресову ситуацію.

**Ключові слова:** стан ситуативної тривожності, хвороба, стаціонарне лікування.

Kunovsky V.V.

Lviv National Medical University named after Danylo Galytsky, Lviv, Ukraine

### SOMATIC DISEASE AND HOSPITALIZATION — STRESS FACTORS DETERMINING THE FORMATION OF THE STATE OF SITUATIONAL ANXIETY. WAYS OF DRUG CORRECTION

**Summary.** We considered the effect of the stress factor of somatic disease and the need for hospitalization as a factor determining the formation of the state of situational anxiety (SSA) in patients at in-patient treatment. On the example of hospital treatment of 60 patients we evaluated SSA severity with the use of Spielberger — Khanin Anxiety Scale (STAI, State — Trait Anxiety Inventory) and Manifest Anxiety Scale, MAS by J. Taylor.

We drew a conclusion about clinical effectiveness of the proposed method of correction of situational anxiety (Stresam® preparation (etifoxine hydrochloride) at a dose of 50 mg three times a day), aimed at adapting patients to hospital settings, which significantly reduce the emotional response of patients to a stressful situation.

**Key words:** the state of situational anxiety, disease, hospitalization.