

# Тривога і тривожні стани в гінекологічній практиці: можливості та інструменти фармакотерапії

Розглянуто питання виявлення, діагностики та лікування тривожних розладів у гінекологічній практиці. Детально представлено особливості та механізм дії різних анксиолітичних препаратів, які застосовують у гінекологічній практиці для профілактики та лікування тривожних, тривожно-фобічних, депресивних, іпохондричних та інших психічних розладів. Також обґрунтовано використання альтернативного засобу вітчизняного виробництва — фітокомплексу Анксіомедін® та Сономедін®. Кожен із цих засобів може успішно використовуватися у разі легких та помірних тривожних розладів у хворих гінекологічного профілю, що супроводжуються роздратуванням, емоційною лабільністю, відчуттям тривожності та страху, низькою здатністю до адаптації, без ризику розвитку порушення концентрації уваги (Анксіомедін®) або забезпечити нормалізацію процесів засинання та поліпшення якості сну (Сономедін®).

**Ключові слова:** тривога, тривожно-фобічні розлади, анксиолітики, гінекологічна практика, психопатологічні розлади.

## Актуальність

Для сучасної медицини проблема психопатологічних розладів у загальномедичній практиці на сьогодні є однією із провідних. Частота розвитку тривожних, тривожно-фобічних, депресивних, іпохондричних та інших психічних розладів неухильно зростає. Відповідно, істотно підвищується їхнє соціально-економічне значення (зростають витрати на лікування та утримання непрацездатних, знижується продуктивність праці тощо) та психологічна роль (вплив на соціальні й особистісні контакти, десоціалізація і т.п.). Тому проблема ефективної діагностики та лікування різних психопатологічних синдромів на сьогодні актуальна в медичній та фармакологічній практиці (Leddy M.A. et al., 2011).

Особливе місце в цьому плані займає гінекологічна практика. Хоча б з огляду на той факт, що ймовірність розвитку, наприклад депресії і тривожних розладів у жінок приблизно удвічі перевищує таку у чоловіків (Костюченко С.І., 2008; Burk J.D., Regier D.A., 1994). Зазначені психопатологічні розлади серйозно впливають на клінічну картину і прогноз багатьох станів і захворювань у гінекології, істотно погіршують якість життя жінок, сприяють розвитку особистісної та соціальної дезадаптації (Birkhaueser M., Genazzani A.R. (Eds.), 2018).

Однак і досі серед фахівців ця проблема не викликає відповідного інтересу, незважаючи на те що має неабиякий вплив на повсякденну лікарську практику гінеколога. При цьому найчастіше психопатологічна симптоматика розглядається як вторинна, фоновна щодо основного захворювання. А її роль як патогенетичного чинника у формуванні психосоматичної гінекологічної патології значно зменшується. У результаті цього часто необхідне лікування не призначається не лише за браком відповідних знань у гінеколога про сучасну лінійку необхідних нейро- та психотропних засобів, а переважно внаслідок упередженого, помилкового уявлення про виключне право на такий захід лише невролога чи психіатра. Водночас на сьогодні у світі до 80% всіх призначень психотропних засобів виконують лікарі загальної практики (Cornblatt D.J. et al., 2004). Як виявлено у дослідженні на основі експертних оцінок, інформованість лікарів-гінекологів щодо проблеми діагностики тривожних розладів у разі різних форм гінекологічної патології була середнього рівня і вкрай низького рівня — стосовно вибору відповідних інструментів фармакотерапії (Kulkarni S.K., Dhir A., 2008). Однак щодо лікування депресивних станів та призначення антидепресантів рівень інформованості у цих лікарів був істотно вищим. Таким чином, саме тривога та її лікування значною мірою є білою плямою серед

психопатологічних проявів у повсякденній практиці в системі знань лікарів-гінекологів. Звідси виникає необхідність для гінеколога правильно орієнтуватися у значному масиві сучасних нейро- і психотропних засобів, що застосовуються в лікуванні за наявності тривожних розладів, знання особливостей їх дії, клініко-фармакологічних ефектів і можливостей використання у професійних цілях.

## Гінекологічні стани, що супроводжуються психопатологічними розладами

Які ж форми гінекологічної патології найчастіше супроводжуються психопатологічними розладами, зокрема тривогою?

Найактуальнішими в цьому відношенні є три симптоматичні комплекси: передменструальний синдром (ПМС); передменструальний дисфоричний розлад (ПДР) та клімактеричний синдром (КС) (Дюкова Г.М., 2001; Freeman E.W., Sondheim S.J., 2003; Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., 2005; Cohen L.S., 2005; Bryant C. et al., 2014; Accorti E.E., Wong M.S., 2017). При ПМС і ПДР, а також при КС афективні розлади різного ступеня вираженості спостерігаються практично у 100% випадків (Freeman E.W., Sondheim S.J., 2003; Henderson V.W., 2005; Accorti E.E., Wong M.S., 2017), що підтверджує безсумнівну актуальність цієї проблеми. Виражена тривога у клімактеричний період у 30–50% випадків спричиняє формування вікової кардіологічної патології (ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії) і призводить до погіршення соціальної адаптації жінок (Birkhaueser M., Genazzani A.R. (Eds.), 2018). Окремо слід виділити стрес-індуковану недостатність лютеїнової фази, яка може бути підґрунтям невиношування вагітності, зниженої фертильності, аномальних маткових кровотеч, гіперпластичних процесів ендометрію, захворювань молочної залози та інших дисгормональних патологій (Марченко Л.А., 2000; Devoto L., 2000). Патогенетичною основою стрес-індукованої НФЛ є гіперактивна стрес-реалізуюча система у разі порушення лютеогенезу (функціональна гіперпролактинемія та гіперкортизолемія) (Сидельникова Б.М., 2005; Булаченко О.Б., 2008; Татарчук Т.Ф. та співавт., 2016). Зазначимо, що всі наведені стани з патогенетичної точки зору мають ознаки психосоматичного розладу. І за сучасними уявленнями є одним із найхарактерніших проявів так званих хвороб цивілізації. Розвиток цивілізації не лише стимулює появу все більшої кількості якісно нових патогенних чинників, а й значно видозмінює характер впливу традиційних і давно вивчених факторів. За останні десятиліття цей процес значно прискоро-

рився і створює вагомий вплив на ефективність використання нозологічного принципу в медицині, розриваючи ланцюжок: конкретна причина — специфічний патогенез і клінічні прояви — нозологічна форма — відповідне етіотропне і патогенетичне лікування (Хитров Н.К., Салтыков А.Б., 2003; Смулевич А.Б., 2016). У зв'язку з цим у разі «хвороб цивілізації» певною мірою важко використовувати традиційні методи діагностики і терапії, засновані на нозологічному принципі.

Внаслідок недостатнього розвитку специфічних механізмів пристосування, психосоматична патологія часто має хронічний прогресивний перебіг, супроводжується низкою різних ускладнень із різним ступенем тяжкості й погано піддається радикальній терапії.

Найважливішою особливістю клініки психопатологічних розладів у гінекології є їх надзвичайна поліморфність, тобто поєднання тривожних, депресивних, психоастеничних та інших проявів, поєднаних із когнітивною дисфункцією та порушенням сну і суттєво ускладнює вибір адекватного інструменту фармакотерапії. Це пояснюється складним, багатоланцюговим механізмом розвитку тривоги, в основі якого лежить системний регуляторний дисбаланс різних нейромедіаторів. Ключове місце у формуванні зазначеного дисбалансу займає ослаблення функцій гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) — основного гальмівного нейромедіатора головного мозку. Саме порушення ГАМК-залежних процесів у центральній нервовій системі (ЦНС) опосередковують подальшу дисфункцію серотонін-, катехоламін-, пептидергічних та інших нейромедіаторних систем, які спричиняють у подальшому розвиток та прогресування тривожних розладів як самостійних патогенетичних механізмів (Бурчинский С.Г., 2008; Сюняков Т.С. і соавт., 2011).

### Характеристика лікарських засобів для лікування пацієток із психосоматичними розладами

Для успішного застосування в терапії за наявності психосоматичних розладів у гінекологічній практиці лікарський засіб має відповідати таким вимогам:

- 1) мати широкий спектр нейро- і психотропної активності, ефективний вплив на тривожні, депресивні та соматовегетативні симптоми;
- 2) зумовлювати обмежену кількість побічних ефектів із мінімальним несприятливим впливом на психічну сферу і соматичні функції;
- 3) забезпечувати сприятливий соматотропний ефект (терапевтичний вплив на супутні соматичні симптоми);
- 4) мати мінімальну поведінкову токсичність (слабовиражений або відсутній седативний ефект — сонливість у денний час, порушення концентрації уваги тощо);
- 5) мінімально взаємодіяти із препаратами нейро- і соматотропної дії.

Доцільно наголосити, що традиційні препарати, які застосовують для корекції психопатологічної симптоматики в загальнономедичній практиці, — антидепресанти та бензодіазепінові анксиолітики — мають низку обмежень для застосування в гінекології. Одне із головних — зазначена поліморфність клінічної симптоматики та її поєднання із соматовегетативними проявами.

Так, **антидепресанти**, будучи ефективним інструментом для корекції депресивних і тривожно-депресивних розладів, зазвичай мало впливають на «чисту» тривогу, а також на психоастеничну і психо вегетативну складову клінічного синдрому, які часто є домінуючим чинником клінічної картини психопатологічного розладу. Крім цього, препарати трициклічних антидепресантів здатні викликати суттєві побічні ускладнення — психічні, кардіотоксичні, холінергічні, тератогенні тощо — на сьогодні не рекомендовані до застосування в загальнономедичній практиці. Саме тому більшу популярність за межами психіатричного середовища для широкого застосування знайшли селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Однак і вони не позбавлені низки недоліків: у багатьох з них відзначена здатність гальмувати статеву функцію та спричиняти тератогенну дію, що особливо небажане у цьому разі (Louik C., 2007).

Особливо популярні серед практичних лікарів **анксиолітики** належать до класичної групи препаратів бензодіазепінового ряду як інструмент анксиолітичної терапії та мають цілу низку серйозних недоліків, що значно обмежує доцільність їх застосування для лікування за наявності психосоматичної патології. Серед цих недоліків — психомоторна загальмованість, сонливість, млявість, розвиток депресії та звикання при тривалому прийомі (понад 1–2 міс), синдром відміни, великий потенціал переохресної взаємодії з іншими лікарськими засобами, особливо з іншими нейро- і психотропними препаратами тощо. Безпечніші в цьому відношенні небензодіазепінові анксиолітики нового покоління (буспірон, афобазол, етіфоксин). Однак доказова база їх застосування в гінекологічній практиці мінімальна. У зв'язку з цим зазначимо, що одним із найбільш популярних і перспективних напрямків у лікуванні пацієток із різними психопатологічними синдромами, перш за все психосоматичними, є призначення фітофармакотерапевтичних засобів.

### Фітофармакотерапевтичні засоби як анксиолітики

Лікарські засоби рослинної природи завоювали широку популярність у різних галузях медицини завдяки головній перевазі — поєднанню широті дії та безпеки застосування. На сьогодні фітопрепарати приймає до 40% населення європейських країн та США (McCabe S., 2002).

Особливої популярності в останні роки набули комбіновані фітопрепарати, що сприяють нормалізації центральних регуляторних механізмів, стабілізують кірково-підкіркову взаємодію і психоемоційну сферу в цілому. З огляду на зазначений складний, багатоланцюговий патогенез тривожних розладів, саме комбіновані фітопрепарати зі спрямованим взаємодоповнювальним впливом компонентів на розвиток та клінічні прояви тривоги можуть бути особливо ефективні як анксиолітики.

Водночас серед комбінованих фітопрепаратів нейро- і психотропної дії, представлених в Україні, більшість становлять ноотропні та вазотропні препарати. Спостерігається значний брак засобів, що впливають на психоемоційну сферу.

У цьому плані варто зробити вибір на інноваційному вітчизняному фітокомплексі — Анксіомедін®.

Представлений на фармацевтичному ринку України Анксіомедін® є оригінальним засобом, що містить компоненти — як відомі у вітчизняній клінічній практиці, так і нові. До складу Анксіомедіну входять:

- екстракт ашвагандхи (*Withania somnifera*) — 125 мг;
- L-тіанін — 100 мг;
- екстракт пасифлори (*Passiflora incarnata*) — 50 мг.

Усі компоненти Анксіомедіну виготовляють із сировини компанії EUSA (Франція) — провідного європейського виробника фітосировини, відповідно до найсучасніших стандартів якості.

Оригінальність Анксіомедіну пояснюється механізмами впливу на патогенез тривожних розладів — абсолютно різними, але які водночас оптимально доповнюють один одного.

Ашвагандха (або вітанія) — рослина, яка традиційно входить в арсенал індійської медицини та знайшла широке застосування у світі. Численні біологічно активні компоненти вітанії (стероїди та лактони) безпосередньо активують ГАМК-ергічну систему ЦНС, ослаблення якої, як вищезазначено, відіграє ключову роль у патогенезі тривоги. При цьому активні речовини вітанії діють на ГАМК-медіацію, на відміну від бензодіазепінових анксиолітиків, зумовлюючи більш фізіологічний, модулюючий вплив (Kumar A., Kalonia H., 2008). Більше того, вітанія, на відміну від відомих анксиолітиків, позитивно діє на когнітивну сферу — пам'ять, концентрацію уваги, розумову працездатність (Kulkarni S.K., Dhir A., 2008) — як за рахунок активації основного нейромедіатора когнітивної сфери — ацетилхоліну, так і за рахунок нейропротекторної дії, що особливо актуально при КС, оскільки з віком підвищується активність утворення вільних радикалів (Kulkarni S.K., Dhir A., 2008). Слід акцентувати увагу на здатності ашвагандхи (вітанії) знижувати рівень кортизолу. І, як зазначено в низці досліджень, така здатність особливо важлива у разі стрес-індукованих гінекологічних патологій (Chandrasekhar K. et al., 2012; Jaysing Salve et al., 2019).



Анксиолітична дія вітанії при застосуванні у клінічній практиці зіставна за вираженістю терапевтичного впливу з діазепамом, але без побічних ефектів, властивих останньому (Pratte M.A., Nanavati K.V., 2014), водночас усунення тривожних проявів поєднується зі зменшенням вираженості соматичної симптоматики (припливи, лабільність артеріальної гіпертензії і частоти серцевих скорочень (ЧСС), спазми гладких м'язів тощо).

L-тіанін — широко відомий компонент зеленого чаю, природний аналог глутамінової кислоти (глутамату), однак забезпечує абсолютно іншу фармакологічну дію. Він також підвищує активність в ЦНС ГАМК та іншої гальмівної амінокислоти — гліцину (Катасонов А.Б., 2018), а крім цього, стимулює синтез основних біогенних амінів у мозку — серотоніну і дофаміну, що в клінічних умовах супроводжується антидепресивною дією (Hidese S. et al., 2017). Результати досліджень 2020 р. доводять, що вживання 200–400 мг/добу L-тіаніну допомагає зменшити вплив стресу і вгамувати занепокоєння у людей, які перебувають в екстремальних умовах (Williams J. et al., 2020). З огляду на частоту поєднання тривожної та депресивної симптоматики в гінекологічній практиці цей механізм набуває особливого значення.

У клінічній практиці L-тіанін проявив себе як ефективний засіб, здатний запобігати тривожним розладам у осіб на тлі хронічного стресу, тобто за наявності типових тривожних розладів у рамках ПМС, ПДР і КС. При цьому його анксиолітична дія супроводжується особливим станом релаксації та м'яким снодійним ефектом без будь-яких ознак седації (Haskell C.F. et al., 2008), що оптимально підходить для амбулаторної практики.

Пасифлора — широко відома і популярна як в офіційній, так і в народній вітчизняній медицині рослина, що поєднує седативну і снодійну дію та зменшує вираженість тривожності.

Алкалоїди у складі пасифлори також активують ГАМК-ергічні процеси, але через інший підтип ГАМК-рецепторів, ніж бензодіазепіни або вітанія (Miroddi M. et al., 2013). Крім анксиолітичного, пасифлора відома своїм вираженням вегетостабілізуючим ефектом, зменшуючи таким чином прояви вегетативної дисфункції (лабільність артеріального тиску і ЧСС, кардіалгії тощо) (Батушкін В.В., Інг Р.Т., 2016).

Таким чином, усі компоненти Анксіомедіну оптимально доповнюють один одного як щодо механізмів дії, так і щодо розширення їх клінічних можливостей. У відкритому (в паралельних групах) рандомізованому порівняльному дослідженні ефективності та безпеки фітокомплексу Анксіомедін® найвагомішими змінами психопатологічного стану у пацієнтів були редукція: соматизації за опитувальником 4DSQ (–57,7%); тривоги — за шкалами HAD і HAM-A (відповідно –58,6 і –48,4%); індексу конфліктогенності — за методикою SSCT (–42,3%); симпатоко-tonії у вигляді зниження ЧСС (–24,4%). Анксіомедін® ефективний у корекції субклінічних і психосоматичних ознак тривоги у пацієнтів (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2020). При цьому Анксіомедін® практично позбавлений побічних ефектів, за винятком випадків індивідуальної непереносимості. Важливо відзначити, що у зв'язку з відсутністю спеціальних досліджень з оцінки співвідношення ризик/користь у період вагітності та годування грудьми Анксіомедін® не слід використовувати, хоча будь-якого негативного

впливу його компонентів на організм матері та/або плода в рамках численних клінічних випробувань не виявлено.

Анксіомедін® зручний у використанні. Рекомендується прийом 1–3 капсул на добу протягом 1–3 міс із можливим повторенням 1–2 рази протягом року. Зазначимо, що ефект Анксіомедіну досягається поступово, протягом 2–3 тиж прийому, що потребує правильної оцінки результатів лікування з боку лікаря і пацієнта.

Таким чином, Анксіомедін® — реальна альтернатива анксиолітикам хімічної природи в лікуванні пацієток із тривогою в гінекологічній практиці. Його основними перевагами є:

- 1) різноманітний і різнобічний вплив на механізми розвитку тривоги та її клінічні прояви;
- 2) безпека;
- 3) можливість використання в рамках комбінованої терапії з іншими засобами, що застосовують у гінекологічній практиці;
- 4) економічна доступність.

Крім того, варто коротко згадати проблему порушень сну в гінекологічній практиці, тісно пов'язану з тривогою і характерну не лише для зазначених форм патології (ПМС, ПДР, КС), але і для запальних, диспластичних, інфекційних та інших патологічних станів органів жіночої статеві сфери (Birkhaueser M., Genazzani A.R. (Eds.), 2018). Безліч лікарських засобів, які застосовують як снодійні (бензодіазепіни, блокатори гістамінових рецепторів, зопіклон), здатні викликати звикання і залежність (бензодіазепіни, зопіклон) або супроводжуватися розвитком постсомнічного синдрому — порушення процесу пробудження, незадоволення якістю сну (бензодіазепіни, блокатори гістамінових рецепторів), що зазвичай стає причиною відмови від подальшого їх застосування. Тому нагадаємо про наявність альтернативи цим препаратам — інноваційного вітчизняного комбінованого засобу — Сономедін®, що не має аналогів в Україні. Сономедін®, як і Анксіомедін®, є натуральним засобом, що містить такі інгредієнти:

- мелатонін — 2 мг;
- L-тіанін — 50 мг;
- екстракт валеріани — 75 мг.



Усі компоненти Сономедіну також виготовляють із сировини компанії EUSA. Інгредієнти Сономедіну мають виражену снодійну дію (а мелатонін і екстракт валеріани використовують і як самостійні снодійні), проте саме в Сономедіні досягається поєднання і взаємодоповнення різних механізмів снодійної дії (Бурчинський С.Г., 2001; Appleton J.K., 2012), що дозволяє ефективно використовувати цей засіб при різних типах інсомнії (порушення засинання, нічні або ранні пробудження). При цьому Сономедін® позбавлений зазначених недоліків класичних снодійних препаратів, що суттєво підвищує комплаєнс при його використанні. Сономедін® рекомендується приймати по 1–2 капсули на добу за 30–60 хв до сну протягом 2–4 тиж із можливістю 2–3 повторних курсів протягом року. Цей засіб також не рекомендується у період вагітності та годування грудьми у зв'язку з відсутністю спеціальних досліджень співвідношення ризик/користь у цих жінок.

Таким чином, з появою Анксіомедіну і Сономедіну та їх впровадженням у гінекологічну практику з'явилася реальна ефективна і



безпечна альтернатива лікування тривожних та інсомнічних розладів при різних формах патології у жінок. Широка апробація та накопичення вітчизняного досвіду їх використання дозволить зробити новий крок в охороні психічного здоров'я жінок у різні періоди їхнього життя.

## Список використаної літератури

- Батушкін В.В., Інг Р.Т.** (2016) Модуляція системи гамма-аміномасляної кислоти під впливом екстракту пасифлори інкарнату, відновлення показників вегетативної рівноваги та гармонізація функціонування церебральних і підкіркових структур у хворих з артеріальною гіпертензією жіночої статі. Кардіологія, 5–6: 1–11.
- Булашенко О.Б.** (2008) Недостатність лютеїнової фази: клініка, діагностика та лікування: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.01. «Акушерство та гінекологія». ДУ «ПАГ НАМН України», Київ, 37 с.
- Бурчинский С.Г.** (2001) Современные снотворные средства. Вісн. фармакол. фарм., 1–2: 27–32.
- Бурчинский С.Г.** (2008) Тревожные расстройства в общемедицинской и неврологической практике: проблемы фармакотерапии. Рац. фармакотер., 4: 43–47.
- Дюкова Г.М.** (2001) Качество жизни женщины в период климактерия. Леч. врач., 1: 3–6.
- Катасонов А.Б.** (2018) Нейробиологические эффекты теанина и его возможное использование в неврологии и психиатрии. Журн. неврол. психиатр., 118(11): 118–124.
- Костюченко С.И.** (2008) Эпидемиология психического здоровья в Украине. НейроNews, 2: 9–13.
- Марченко Л.А.** (2000) Желтое тело. Механизмы формирования и регресса. Гинекол. практ. врачей, 5(2): 23–25.
- Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.** (2005) Предменструальный синдром. Consilium Medicum. Гинекология, 7(4): 28–34.
- Сидельникова Б.М.** (2005) Привычная потеря беременности. Москва, 303 с.
- Смулевич А.Б.** (2016) Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиат. психофармакотер., 12(2): 35–51.
- Сюняков Т.С., Сюняков С.А., Дорофеева О.Ф.** (2011) Механизмы ангиогенеза и терапия тревоги. Consilium Med., 6: 82–89.
- Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Тутченко Т.Н.** (2016) Лечение стресс-индуцированной недостаточности лютеиновой фазы. Здоровье женщины, 3: 18–23.
- Хитров Н.К., Салтыков А.Б.** (2003) Болезни цивилизации и нозологический принцип медицины с позиций общей патологии. Клин. мед., 1: 5–11.
- Чабан О.С., Хаустова О.О.** (2020) Тревога у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями: субклінічні та психосоматичні ознаки, діагностика, терапія. НейроNews, 3: 38–44.
- Accorti E.E., Wong M.S.** (2017) It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. Obstet. Gynecol. Surv., 72: 553–568.
- Appleton J.K.** (2012) Hypnotics: past, presence, future. Modern Neuropsychopharmacology. Illinois Univ. Press, Chicago, Vol. 4, p. 164–198.
- Birkhauser M., Genazzani A.R. (Eds.)** (2018) Pre-menopausal, menopause and beyond: vol. 5: Frontiers in gynecological endocrinology. Cham, Springer, 326 p.
- Bryant C., Kleinstaub M., Judd H.** (2014) Aspects of mental health care in the gynecological setting. Women's Health, 10: 237–254.
- Burk J.D., Regier D.A.** (1994) Epidemiology of mental disorders. Textbook of Psychiatry. Am. Psychiatr. Press, N.Y., p. 67–89.
- Chandrasekhar K., Kapoor J., Anishetty S.** (2012) A prospective, randomized double-blind, placebo-controlled study of safety and efficacy of a high-concentration full-spectrum extract of ashwagandha root in reducing stress and anxiety in adults. Indian J. Psychol. Med., 34(3): 255–262. doi: 10.4103/0253-7176.106022.
- Cohen L.S.** (2005) Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. Am. J. Med., 118: 93S–97S.
- Cornblatt D.J., Peters A.M., De Souza A.** (2004) Use of psychotropic drugs in general practice. Psychiatric Aspects in General Medicine. Illinois Univ. Press, Chicago, p. 235–244.
- Devoto L.** (2000) The human corpus luteum: life cycle and function in natural cycles. Fertil Steril., 02(3): 1067–1070.
- Freeman E.W., Sondheim S.J.** (2003) Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. J. Clin. Psychiatr., 5: 30–39.
- Haskell C.F., Kennedy D.O., Milne A.L. et al.** (2008) The effects of L-theanine, caffeine and their combination on cognition and mood. Biol. Psychiatr., 77: 113–122.
- Henderson V.W.** (2005) Menopause and disorders of the central nervous system. Minerva Ginecol., 57: 579–592.
- Hidese S., Ota M., Wakabayashi C. et al.** (2017) Effects of chronic L-theanine administration in patients with major depressive disorder: an open-label study. Acta Neuropsychiatr., 29: 72–79.
- Jaysingh Salve et al.** (2019) Adaptogenic and Anxiolytic Effects of Ashwagandha Root Extract in Healthy Adults: A Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Clin. Study. Cureus, 11(12): e6466. doi: 10.7759/cureus.6466.

**Kulkarni S.K., Dhir A.** (2008) Withania somnifera: an Indian ginseng. Progr. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatr., 32: 1093–1105.

**Kumar A., Kalonia H.** (2008) Effect of Withania somnifera on sleep-wake cycle in sleep-disturbed rats: possible GABA-ergic mechanism. Ind. J. Pharm. Res., 8: 806–812.

**Leddy M.A., Lawrence H., Schulkin J.** (2011) Obstetrician-gynecologists and women's mental health: findings of the collaborative ambulatory research network 2005–2009. Obstet. Gynecol. Surv., 66: 316–323.

**Louik C.** (2007) First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. N. Eng. J. Med., 172: 57–59.

**McCabe S.** (2002) Complementary herbal and alternative drugs in clinical practice. Perspect. Psychiatr. Care, 38: 98–107.

**Miroddi M., Calapai G. et al.** (2013) Passiflora incarnate L.: ethnopharmacology, clinical application, safety and evaluation of clinical trials. J. Ethnopharmacol., 150: 791–804.

**Pratte M.A., Nanavati K.B.** (2014) An alternative treatment for anxiety: a systematic review of human trial results reported for the Ayurvedic herb Ashwagandha (Withania somnifera). J. Alternat. Comparat. Med., 20: 901–908.

**Williams J., Everett J.M., D'Cunha N.M., Sergi D.** (2020) The Effects of Green Tea Amino Acid L-Theanine Consumption on the Ability to Manage Stress and Anxiety Levels: a Systematic Review. Plant Foods Hum. Nutr., 75(1): 12–23.

## Тревога и тревожные состояния в гинекологической практике: возможности и инструменты фармакотерапии

С.Г. Бурчинский

**Резюме.** Рассмотрены вопросы выявления, диагностики и лечения тревожных расстройств в гинекологической практике. Подробно представлены особенности и механизм действия различных анксиолитических препаратов, применяемых в гинекологической практике для профилактики и лечения тревожных, тревожно-фобических, депрессивных, ипохондрических и других психических расстройств. Также обосновано использование альтернативного средства отечественного производства — фитокомплекса Анксиомедин® и Сономедин®. Каждое из этих средств может успешно использоваться при легких и умеренных тревожных расстройствах у больных гинекологического профиля, сопровождающихся раздражением, эмоциональной лабильностью, ощущением тревожности и страха, низкой способностью к адаптации без риска развития нарушения концентрации внимания (Анксиомедин®) или обеспечить нормализацию процессов засыпания и улучшения качества сна (Сономедин®).

**Ключевые слова:** тревога, тревожно-фобические расстройства, анксиолитики, гинекологическая практика, психопатологические расстройства.

## Anxiety and anxiety states in gynecological practice: possibilities and tools of pharmacotherapy

S.G. Burchinsky

**Summary.** The issues of identification, diagnosis and treatment of anxiety disorders in gynecological practice are considered. The features and mechanism of action of various anxiolytic drugs used in gynecological practice for the prevention and treatment of anxious, anxiety-phobic, depressive, hypochondriac and other mental disorders are presented in detail. The use of an alternative agent of domestic production — the phytocomplex Anxiomedin® and Sonomedin® — is also substantiated. Each of these agents can be successfully used for mild and moderate anxiety disorders in gynecological patients, accompanied by irritation, emotional lability, feelings of anxiety and fear, low adaptive capacity without the risk of developing impaired concentration (Anxiomedin®), or to normalize the processes of falling asleep and improving sleep quality (Sonomedin®).

**Key words:** anxiety, anxiety-phobic disorders, anxiolytics, gynecological practice, psychopathological disorders.

### Адреса для листування:

Бурчинський Сергій Георгійович  
01004, Київ, вул. Вишгородська, 67  
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»  
E-mail: bsg@geront.kiev.ua

Одержано 24.07.2020