



Анксиолитики в практике гастроэнтеролога

Л.Д. Фирсова, д.м.н.

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д. Анксиолитики в практике гастроэнтеролога // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 30. С. 82–87.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-30-82-87

Анксиолитики (противотревожные препараты) широко используются не только в психиатрии, но и в соматической медицине. В статье обсуждается спектр терапевтических эффектов анксиолитиков, обосновывающий их широкое применение в гастроэнтерологической практике. Подробно рассматриваются рекомендации по выбору препарата, определению его дозы и продолжительности курса лечения. Проанализировано лекарственное взаимодействие анксиолитиков с препаратами, традиционно используемыми в гастроэнтерологии.

Ключевые слова: анксиолитики, противотревожные препараты, гастроэнтерология

Анксиолитики – психофармакологические препараты с противотревожным действием, что отражает буквальный перевод их названия – «растворение тревоги». Ранее данная группа препаратов обозначалась термином «транквилизаторы», происходящим от латинского слова *tranquillium* – «спокойствие».

Первый опыт применения анксиолитиков в клинической медицине относится к середине прошлого столетия. Данная группа препаратов широко используется как в психиатрии, так и в различных отраслях соматической медицины (в том числе в гастроэнтерологии).

Спектр терапевтических эффектов анксиолитиков

Собственно психотропный (анксиолитический, противотревожный) эффект анксиолитиков реализуется за счет снижения возбудимости подкорковых областей головного мозга, ответственных за осуществление эмоциональных реакций, и торможения взаимодействия этих структур с корой головного мозга. В результате купируется патологическая тревога или снижается ее интенсивность [1, 2]. Максимальная эффективность терапевтического действия анксиолитиков наблюдается при психопатологических проявлениях невротического ха-

рактера в виде эмоционального напряжения, плохого предчувствия, постоянных опасений, умеренно выраженной тревоги, неспособности расслабиться. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что подобные нарушения часто встречаются у гастроэнтерологических больных. Нередко в гастроэнтерологической практике имеет место и более высокий уровень тревоги в рамках генерализованного тревожного или соматоформного расстройства с соматическими проявлениями в виде гастроэнтерологических симптомов, при которых также назначаются анксиолитики в комбинации с нейролептиками или антидепрессантами.

Уменьшая тревогу, анксиолитики одновременно снижают уровень напряжения ее вегетативных коррелятов и тем самым устраняют соматические симптомы, возникшие вследствие свойственного тревоге вегетативного дисбаланса. На основании этого эффект анксиолитиков можно назвать одновременно противотревожным, вегетостабилизирующим и соматотропным. Это объясняет тот факт, что



анксиолитики, которые по своему строению относятся к психотропным препаратам, способны устранять или смягчать соматические симптомы. Именно редукция функциональных гастроэнтерологических симптомов служит обоснованием для назначения анксиолитиков врачами-гастроэнтерологами. Особенно ценен, с точки зрения гастроэнтерологов, их холинолитический эффект, который помогает справиться с нарушениями двигательной функции желудочно-кишечного тракта (эзофагоспазм, функциональный перегиб желудка, пилороспазм, дискинезия двенадцатиперстной кишки, дисфункция сфинктера Одди, дискинезия желчевыводящих путей, дискинезия кишечника). Лечебный эффект анксиолитиков трудно переоценить и у больных с нарушениями висцеральной чувствительности (сенсорные феномены в виде жжения, горения слизистой оболочки разных отделов пищеварительной трубки), частота которых в последние годы многократно возросла.

У гастроэнтерологических пациентов с органическими заболеваниями анксиолитики применяют для смягчения степени тревожного компонента в психологическом реагировании на болезнь, а в комбинации с анальгетиками и спазмолитиками – для снижения интенсивности болевого синдрома.

Еще одна сфера использования анксиолитиков – потенцирование действия препаратов других фармакологических групп. Это позволяет снижать дозы нейролептиков и антидепрессантов при их комбинации с анксиолитиками, а также усиливать эффективность антигипертензивных, антигистаминных и анальгетических (наркотических и ненаркотических) средств у коморбидных в соматическом отношении пациентов.

В зависимости от химической структуры, обуславливающей механизм лечебных эффектов, анксиолитики подразделяют на две большие группы: бензо-

диазепиновые анксиолитики, высокоспецифичные к взаимодействию с бензодиазепиновыми рецепторами, и анксиолитики небензодиазепинового ряда с различным механизмом действия.

Бензодиазепиновые анксиолитики: показания и противопоказания к применению в гастроэнтерологической практике

Прямыми показаниями для назначения бензодиазепинов в соматической медицине (в том числе в гастроэнтерологии) считаются только острые реакции на стресс и купирование приступа тревоги [3]. К подобным ситуациям можно условно отнести чрезмерно тревожные реакции на предстоящие инвазивные гастроэнтерологические обследования, когда бензодиазепины назначаются однократно.

При пролонгации интенсивной анксиолитической терапии длительность курса лечения бензодиазепинами не должна превышать две-три недели. Это обусловлено в значительной мере тем, что препараты этой группы способны вызывать зависимость. Применение бензодиазепинов в соматической медицине должно быть резко ограничено, несмотря на высокий потенциал их позитивного действия во многих клинических ситуациях. Всемирная организация здравоохранения разработала практические рекомендации по применению бензодиазепинов, регламентирующие назначение анксиолитиков в соматической медицине, в частности ограничение длительности приема препаратов, отказ от применения бензодиазепинов у пациентов с признаками злоупотребления или зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ, нецелесообразность их применения при расстройствах адаптации [4].

Как показывает практический опыт, рекомендации по ограничению длительности приема бензодиазепинов не соблюдаются.

Прежде всего это касается наиболее распространенного в соматической медицине, в частности в гастроэнтерологии, феназепама (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин).

Феназепам кроме сильного анксиолитического эффекта характеризуется отчетливым седативным эффектом и самым сильным среди бензодиазепинов миорелаксирующим действием, что проявляется, в частности, в быстром наступлении и хорошем качестве сна. В связи с этим препарат относится к «ночным» анксиолитикам и часто используется как снотворное не только в амбулаторной практике, но и в стационарах соматического профиля. Следует подчеркнуть, что по способности вызывать зависимость препарат занимает третье место среди всех анксиолитиков (после алпразолама и клоназепама). Указанные свойства обуславливают его частое и неконтролируемое применение. Приходится констатировать, что среди соматических больных, особенно старшего поколения, много тех, кто имеет зависимость от феназепама различной степени выраженности.

Назначение феназепама больным пожилого возраста несет в себе риск травм и переломов вследствие падений. Дело в том, что бензодиазепины способны нарушать координацию движений из-за рассогласованности двигательной активности различных мышц (в сочетании с миорелаксацией или без нее).

В гастроэнтерологической практике широко применяется еще один представитель группы бензодиазепинов – тофизопам (tofizopam), торговое название препарата – Грандаксин.

Тофизопам – один из лучших препаратов с вегетостабилизирующим действием, эффективно устраняет различные формы вегетативных расстройств. Побочный эффект проявляется в усилении запора, особенно у больных пожилого возраста.

По своему строению тофизопам – атипичный бензодиа-



зепин. Вследствие атипичности структуры он не вызывает зависимости, что относится к его преимуществам. Следует сказать и о его психотропном действии, сочетающем в себе анксиолитический и умеренный психостимулирующий эффекты. При этом анксиолитическая активность не сопровождается седативным и миорелаксирующим действием, вследствие чего нет ограничений в вождении автомобиля. При приеме тофизопама возможно парадоксальное усиление тревоги, поэтому противопоказанием к его назначению являются состояния, сопровождающиеся выраженным психомоторным возбуждением и агрессивностью. Редко отмечаемые больными напряжение и боль в мышцах скорее всего расцениваются как соматические проявления парадоксального возрастания тревоги.

Суточная доза тофизопама в гастроэнтерологической практике варьируется в широких пределах (от 50 до 200 мг). Препарат принимают однократно (50 или 100 мг) или делят на два-три приема. Отмена препарата должна быть постепенной (по 50 мг в десять дней). Курс лечения не должен превышать двух, в редких случаях – трех месяцев.

Тофизопам можно использовать эпизодически при резком возрастании тревоги (в дозе 50–100 мг), но для купирования панической атаки силы препарата недостаточно.

Тофизопам – отчетливо выраженный «дневной» анксиолитик (из-за психостимулирующего эффекта) и может затруднять наступление сна. В связи с этим необходимо предупреждать больных о последнем приеме препарата не позднее 16.00.

Небензодиазепиновые анксиолитики, применяемые в соматической медицине

Выбор небензодиазепиновых анксиолитиков для применения в соматической медицине достаточно широк [5, 6].

Гидроксизин (hydroxyzin), торговое наименование – Атаракс.

В силу выраженной вегетотропной составляющей гидроксизин считается препаратом выбора при тревоге с соматическими (вегетативными) проявлениями. Данный эффект у гидроксизина выражен значительно сильнее, чем у тофизопама. На основании этого значение гидроксизина в гастроэнтерологической практике трудно переоценить.

По своей структуре гидроксизин относится к блокаторам H_1 -гистаминовых рецепторов и обладает не только противотревожным, но и гистаминергическим действием. Препарат характеризуется высокой эффективностью и быстрым началом действия, с одной стороны, и отсутствием зависимости – с другой. Это позволяет считать данный препарат альтернативой бензодиазепинам в соматической медицине [3]. Хорошая переносимость и отсутствие зависимости позволяют при необходимости проводить длительные курсы лечения. При отмене синдром отдачи отсутствует. Более того, надолго сохраняется достигнутый эффект.

С учетом сказанного гидроксизин может быть эффективен не только в купировании психопатологических проявлений невротического уровня, но и купировании (полном или частичном) гастроэнтерологических проявлений тревожного или соматоформного расстройства.

Основной недостаток – выраженная седация и утренняя сонливость, что может стать поводом для снижения комплаенса и самостоятельной отмены препарата.

При назначении препарата больным пожилого возраста следует учитывать противопоказания: закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, нарушения ритма сердца в анамнезе.

Стандартная суточная доза гидроксизина в гастроэнтерологической практике – 50 мг, разделенная на три приема (1/2 + 1/2 + 1 таблетка). При наличии выраженной сонливости утреннюю и дневную дозу следу-

ет добавлять не ранее чем через неделю, сократив ее до 1/4 таблетки. В отличие от тофизопама данный препарат может приниматься достаточно долго (без перерыва несколько месяцев, максимально – до года).

Для оценки утренней сонливости, о которой следует предупредить больного, первый прием препарата надо начинать с половинной дозы перед сном (12,5 мг) с повышением на 12,5 мг каждые 2–4 дня до 50 мг (при необходимости до 75 мг). Сонливость и седация обычно выражены только на первой неделе приема (иногда в сильной степени), но могут сохраняться до конца лечения.

Гидроксизин и тофизопам хорошо сочетаются как по лечебному эффекту, так и в плане минимизации нежелательных явлений (в аспекте последних фактически антагонисты). Назначение тофизопама утром (50 мг) и днем (50 мг) в сочетании с вечерним приемом гидроксизина (25 мг) помогает укрепить комплаенс и существенно увеличить эффективность лечения.

Буспирон (buspiron), торговое название – Спитомин. Буспирон является азапироновым анксиолитиком, действующим на три типа рецепторов: серотониновые, дофаминовые и норадреналиновые. Клинические эффекты препарата распространяются и на тревогу, и на депрессию, что выделяет его среди других анксиолитиков.

На 7–10-й день лечения буспироном можно достигнуть результата, равного по силе эффекту бензодиазепинов. Буспирон лишен побочных эффектов, свойственных этой группе препаратов, поскольку не воздействует на бензодиазепиновые рецепторы. В частности, в отличие от бензодиазепинов буспирон не угнетает функцию дыхания и поэтому является безопасным анксиолитиком для пациентов с респираторными заболеваниями. Препарат не обладает седативными свойствами и не оказывает миорелаксирующего действия, не нарушает когнитивных функций.



Особого внимания заслуживают еще два свойства буспирона: минимальный риск развития зависимости и отсутствие способности вызывать расторможенность и эйфорию. На основании этого буспирон, в соответствии с современными рекомендациями, считается препаратом выбора у пациентов с признаками злоупотребления психоактивными веществами в анамнезе. Однако при его назначении следует тщательно контролировать функциональные пробы печени.

Суточная доза препарата в гастроэнтерологической практике – не более 15 мг. Начальная доза препарата – 5 мг с последующим увеличением каждые два-три дня по 5 мг.

При назначении буспирона следует иметь в виду, что лечение должно быть курсовым, поскольку в отличие от бензодиазепинов буспирон не оказывает немедленного анксиолитического действия и неэффективен при приеме «по требованию».

Для развития полного терапевтического эффекта необходимы одна-две недели. Максимальная эффективность достигается через четыре недели. После этого начинается постепенное снижение эффективности, поэтому длительные курсы нецелесообразны.

Этифоксин (etifoxin), торговое название – Стрезам. Анксиолитический эффект связан с влиянием на ГАМКергическую систему. Терапевтическое действие проявляется противотревожным и незначительно выраженным седативным эффектом, а также усилением действия анальгетиков и анальгезирующих средств.

Анксиолитический эффект не сопровождается свойственными бензодиазепинам побочными действиями. В частности, за счет усиления синтеза нейростероидов этифоксин не только не снижает, но повышает концентрацию внимания и мнестические функции.

Данный препарат рекомендуется для снижения тревожных реакций у коморбидных пациентов

с хроническими заболеваниями органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы.

Риск развития лекарственной зависимости и синдрома отмены расценивается как минимальный.

Суточная доза – 150–200 мг. Препарат принимается по одной капсуле три раза в день или две капсулы два раза в день. Продолжительность курса лечения в полной дозе шесть недель, в течение последующих двух недель препарат принимается в половинной суточной дозе.

При назначении этифоксина гастроэнтерологическим больным следует уточнить отсутствие дисфагии (особенно орофарингеальной): препарат выпускается в капсулах, и его проглатывание может быть затруднено.

Фабомотизол (fabomotizol), торговое название – Афобазол. Препарат обладает анксиолитическим действием (без седативного компонента) в сочетании с мягким активирующим эффектом. Лечение не сопровождается развитием зависимости.

Из-за отсутствия значимых побочных эффектов, в частности негативного влияния на когнитивные функции, рекомендуется больным пожилого возраста.

Суточная доза (30 мг) делится на три приема. Курс лечения – четыре недели, при необходимости может быть продлен до шести недель. Отмена проводится моментально. Клинический эффект появляется с 3–7-го дня лечения, поэтому в терапии «по требованию» фабомотизол неэффективен.

Необходимо отметить, что существует ряд препаратов с анксиолитическим действием, но с гораздо менее выраженной степенью лечебного эффекта (Адаптол, Тенотен и др.). Некоторые больные по разным причинам ориентированы на прием именно этих препаратов. Особой популярностью у пациентов пользуется Фенибут, однако у гастроэнтерологических больных он вызывает появление болей в эпигастрии вследствие воспаления или об-

разования эрозий (реже – язв) в желудке и двенадцатиперстной кишке. Его лучше применять в виде капсул (Анвифен), однако это не ограждает полностью от побочных действий в отношении верхних отделов пищеварительного тракта.

Врач при назначении анксиолитической терапии должен отдавать предпочтение препаратам с высокой эффективностью, хорошей переносимостью и отсутствием или низким уровнем зависимости. При этом предпочтительной является монотерапия. При необходимости комбинированного назначения препаратов желательна консультация психиатра или психотерапевта.

Рассматривая применение анксиолитиков, нельзя не затронуть вопросы комплаенса. Известно, что ответственно к врачебным рекомендациям подходят не более 50% больных. Особенно низкая приверженность лечению отмечается при назначении врачами-интернистами психофармакологических препаратов [7].

Клинический опыт врача помогает ему предвидеть сомнения больного в целесообразности использования анксиолитиков. В таких ситуациях пациента необходимо проинформировать по ряду тревожащих его вопросов. Во-первых, нужно объяснить, что препарат назначается не для того (или не только для того), чтобы успокоить больного. Главная цель назначения анксиолитика совпадает с желанием пациента – устранить соматические симптомы.

Во-вторых, не ожидая вопросов, следует сказать больному, что назначаемый препарат относится к группе современных лекарственных средств, не вызывающих зависимость и синдром отмены.

В-третьих, ссылаясь на опыт работы с другими больными, не лишним будет упомянуть о нецелесообразности снижения дозы. Пациенты зачастую стараются снизить дозу принимаемого



препарата, что мешает достижению клинического эффекта, или сократить продолжительность курса лечения, что может привести к быстрому возобновлению симптоматики.

В-четвертых, важно объяснить, что нежелателен и длительный безынтервальный прием препарата в низкой дозе, способный приводить к хронизации имеющихся расстройств.

В-пятых, необходимо осведомиться о прошлом опыте больного в отношении приема психофармакологических препаратов. При негативном опыте надо уточнить, какие именно препараты принимал пациент и на чем основана его негативная реакция на данное лекарство. Она может оказаться необоснованной. Например, сонливость в первые дни приема гидроксизина могла быть расценена как свойство всех анксиолитиков и убедить пациента в нецелесообразности лечения препаратами данной группы [8].

При необходимости вождения автомобиля выбирают препарат без седативного эффекта (тофизопам, буспирон). Однако рекомендуется проверить индивидуальную реакцию на действие препарата в первые дни приема. Следует предупреждать и об отказе от приема алкоголя (из-за потенцирования седативного действия).

Среди особенностей анксиолитической терапии в гастроэнтерологической практике заслуживает внимания еще ряд моментов:

- холинолитический эффект анксиолитиков выражен в значительно меньшей степени, чем у нейролептиков. На этом основании их можно комбинировать с периферическими М-холинолитиками, например Бускопаном (гиосцина бутилбромид). Но такая комбинация должна быть ограничена для применения у больных пожилого возраста;
- необходимо соблюдать осторожность и у больных с хроническими заболеваниями печени как с точки зрения негативно-

го влияния на функции печени, так и с позиций подбора эффективной дозы препарата (анксиолитики, как абсолютное большинство психотропных препаратов, метаболизируются в печени с участием цитохрома Р450);

- проблема с подбором дозы препарата может возникнуть и у пациентов с синдромом мальабсорбции, существенно снижающим эффективность лечения анксиолитиками;
- при проведении анксиолитической терапии наряду с приемом антацидов, активированного угля или холестирамина (снижающих всасывание других препаратов) рекомендуется принимать эти препараты за час или через два часа после приема нейролептиков.

Обратите внимание: показанием для лечения анксиолитиками является реально существующий синдром патологической тревоги, а не эмоциональное напряжение, связанное со стрессами повседневной жизни. Назначение этих препаратов с целью смягчения социально обусловленных конфликтов – распространенная ошибка [9].

Большим с высоким уровнем личностной тревожности или ситуационной тревогой в связи со сложными жизненными обстоятельствами в противовес необоснованному назначению анксиолитиков следует рекомендовать психотерапию и прием растительных седативных средств.

С точки зрения психиатров, назначение фитопрепаратов неэффективно. Но опыт практикующих гастроэнтерологов показывает, что седативный эффект растительных препаратов не только способствует нормализации межличностных конфликтов, уменьшает эмоциональное напряжение, купирует субсиндромальную тревогу, но и позитивно влияет на устранение функциональных соматических симптомов. Следует подчеркнуть, что при формировании ипохондрических на-

рушений в виде фиксации тревоги на соматической сфере, генерализованном тревожном расстройстве или наличии панических атак (вегетативных кризов), а также при соматоформном расстройстве фитотерапия не поможет достигнуть желаемого результата.

Растительные седативные средства уступают по силе действия анксиолитическим препаратам, но имеют ряд преимуществ: постепенность и мягкость развития лечебных эффектов, большой диапазон терапевтических доз, отсутствие выраженной миорелаксации, соматических побочных эффектов и синдрома «отдачи». Кроме того, лечение обходится значительно дешевле, что немаловажно для больных пожилого возраста.

Эффект фитопрепаратов особенно значителен именно в гастроэнтерологической практике. К седативным фитопрепаратам, наиболее широко используемым врачами-гастроэнтерологами, относятся валериана, пустырник пятилопастный и боярышник кроваво-красный [10].

Валериана обладает противотревожным, седативным и мягким снотворным действием. Эти эффекты сочетаются со спазмолитическим и желчегонным действием, что дает хороший результат при лечении соматических проявлений тревоги в виде функциональных нарушений панкреатодуоденальной зоны и дискинезии желчевыводящих путей. Валериана входит в абсолютное большинство успокоительных сборов.

При сравнении свойств пустырника пятилопастного и валерианы следует отметить схожесть седативного эффекта при более выраженном сомнолентном действии пустырника. В связи с этим прием пустырника рекомендуется при пресомнических нарушениях сна.

Боярышник кроваво-красный наиболее эффективен при синдроме тревоги, сочетающейся с комбинированными функциональными расстройствами



желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. В гастроэнтерологической практике особенно эффективен при купировании болей спастического характера.

Несколько менее выраженным успокаивающим действием обладают также ромашка аптечная, калина обыкновенная, пион уклоняющийся, ноготки лекарственные, шишки хмеля. При наиболее распространенных вариантах функциональных заболеваний (дискинезия желчевыводящих путей и дискинезия кишечника) наибольшей эффективностью характеризуется ромашка лекарственная. Популярность ромашки связана с гармоничным сочетанием седативного, спазмолитического, хо-

лекинетического и ветрогонного эффектов.

Важный момент: лекарственные травы в виде свежеприготовленных на водяной бане отваров более эффективны, чем в аптечных формах (таблетки). Спиртовые настойки лечебных трав гастроэнтерологическим больным противопоказаны. Импортные успокоительные чаи отличаются высокой стоимостью, но значительно более низкой концентрацией фитопрепаратов по сравнению со свежеприготовленными отварами.

Заключение

Анксиолитики наряду с противотревожным действием способны устранять вегетативный дисбаланс и соматические проявления

тревоги в виде функциональных нарушений пищеварительной системы. Но этим круг их применения в гастроэнтерологической практике не ограничивается. У больных с органическими заболеваниями органов пищеварения небензодиазепиновые анксиолитики широко используются для снижения интенсивности болевого синдрома (в сочетании с анальгетиками и спазмолитиками) и уменьшения степени выраженности тревожных реакций на болезнь.

При назначении анксиолитической терапии врач-гастроэнтеролог должен отдавать предпочтение препаратам с высокой эффективностью, хорошей переносимостью и отсутствием или низким уровнем зависимости. ☉

Литература

1. Люльман Х., Мор К., Хайн Л. Фармакология. Атлас / пер. с англ. под ред. А.А. Свистунова; науч. ред. В.Н. Чубарев. М.: Практическая медицина, 2019.
2. Мартов В.Ю., Огороков А.Н. Лекарственные средства в практике врача. М.: Медицинская литература, 2016.
3. Бобров А.Е., Довженко Т.В., Старостина Е.Г. Методические рекомендации по психиатрическому сопровождению больных с различными соматическими заболеваниями в условиях первичного звена здравоохранения. Лекарственная терапия // Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / под ред. В.Н. Краснова. М.: Медпрактика-М, 2012. Ч. 2. Гл. 5. С. 161–163.
4. Иванов В.С. Психотропные средства в общемедицинской практике // Лекции по психосоматике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 274–301.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 16-е изд., перераб., испр. и доп. М.: Новая волна, 2012.
6. Справочник Видаль 2020. Лекарственные препараты в России. М.: Видаль Рус, 2020.
7. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. М., 2017.
8. Фирсова Л.Д. Тревога у больных хроническими заболеваниями органов пищеварения // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. 2007. Т. 9. № 1. С. 24–29.
9. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000.
10. Дроздова М.С. Психосоматические взаимоотношения в гастроэнтерологии. Витебск: ВГМУ, 2003.

Anxiolytics in the Practice of a Gastroenterologist

L.D. Firsova, PhD

A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

Anxiolytics (anti-anxiety drugs) are widely used not only in psychiatry, but also in somatic medicine. The article discusses the range of therapeutic effects of anxiolytics, justifying their widespread use in gastroenterological practice; recommendations for choosing a drug, determining its dose and the duration of the course of treatment are discussed in detail; the drug interaction of anxiolytics with drugs traditionally used in gastroenterology is analyzed.

Key words: anxiolytics, anti-anxiety drugs, gastroenterology