

К.Н. Логановский

*Научный центр радиационной
медицины АМН Украины*

*Секретариат «Украинского
медицинского журнала»*

ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ: ДОСТИЖЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНСЕНСУСА НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Несмотря на растущее признание доказательной медицины, остаются некоторая настороженность к ней и даже известное непонимание того, зачем проводить такие сложные (и дорогостоящие) по дизайну исследования и как результаты, полученные в ходе метаанализа таких исследований, могут реально использоваться в практическом здравоохранении. Кроме того, закономерен вопрос: каким исследованиям, анализам и мнениям доверять и чем руководствоваться практикующему врачу в принятии решений?

Новая рубрика «Клинические руководства» на страницах нашего журнала предназначена помочь врачам принимать правильные решения относительно диагностики и терапии при наиболее распространенной в общемедицинской практике патологии, руководствуясь доказательствами современной науки.

Существенную помощь в переходе от эмпирических диагностических и терапевтических рекомендаций к стандартам диагностики и лечения, основанным на доказательствах, оказывает The National Guideline Clearinghouse™ (NGC™) — электронная база данных доказательных клинических руководств (evidence-based clinical practice guidelines) (<http://www.guideline.gov>). NGC создана Агентством по оценке исследований в области здравоохранения и изучению качества медицинского обслуживания (Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ) Департамента здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) в сотрудничестве с Американской медицинской ассоциацией (American Medical Association/AMA) и Американской ассоциацией планирования здравоохранения — Американской ассоциацией медицинского страхования (American Association of Health Plans-Health Insurance Association of America/AAHP-НИАА). Главной целью создания этой базы данных является предоставление врачам, среднему медицинскому персоналу, организаторам здравоохранения, потребителям возможности для получения объективной и подробной информации по практическим клиническим руководствам, а также способ-

ствование дальнейшему распространению, освоению и применению этих руководств.

Хотя NGC и предоставляет сравнительную информацию по различным клиническим руководствам, касающимся одной и той же проблемы, полное их заимствование нельзя считать адекватной стратегией принятия диагностических и терапевтических решений в клинической практике в нашей стране. Причиной этому являются определенные различия американских, европейских и национальных классификаций, различная доступность методов диагностики и лечения, различные системы здравоохранения и национальные клинические традиции.

Нельзя также полностью согласиться с мнением о том, что в концепции доказательной медицины теоретические представления о патогенезе, мнения авторитетных специалистов, традиции, личный опыт, соображения приоритетности не считаются убедительными научными основаниями для использования того или иного медицинского вмешательства (Дедов И.И., Шестакова М.В., 2003). Гораздо более убедительным является суждение о том, что наилучшие доказательства должны учитывать индивидуальные особенности, предпочтения, культурные и этнические особенности, а сам пациент должен быть вовлечен в процесс принятия решений (American Diabetes Association, 2002). Ибо практика доказательной медицины предполагает объединение индивидуального клинического практического опыта с наилучшими доступными независимыми клиническими доказательствами по результатам систематизированных исследований (Sackett D.L. et al., 1996; Юрьев К.Л., Логановский К.Н., 2000).

Поэтому наиболее оптимальной выглядит выработка диагностического и терапевтического консенсуса при критическом анализе имеющихся клинических руководств путем публичного их обсуждения, что можно осуществить как в интерактивном режиме на сайте нашего издательства, так и на страницах «Украинского медицинского журнала».

СХЕМЫ ОЦЕНКИ ЗНАЧИМОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Шведский совет по технологии оценки в здравоохранении значимость доказательств определяет

следующим образом (по мере убывания) (Li Wan Po, 1998):

- 1) рандомизированное контролируемое исследование;
- 2) нерандомизированное исследование с параллельным контролем;
- 3) нерандомизированное исследование с историческим контролем;
- 4) когортное исследование;
- 5) исследование «случай—контроль»;
- 6) перекрестное исследование;
- 7) результаты наблюдений;
- 8) описание отдельных случаев.

Эксперты Американской академии неврологии (American Academy of Neurology, AAN) и Американского общества клинической нейрофизиологии (American Clinical Neurophysiology Society, ACNS) рекомендовали следующую систему оценки значимости доказательств (Nuwer M., 1997; Hoffman D.A. et al., 1999):

I класс — доказательства, полученные по результатам одного или более хорошо спланированных проспективных, слепых и контролируемых клинических исследований;

II класс — доказательства, полученные по результатам одного или более хорошо спланированных исследований «случай—контроль» или когортных исследований;

III класс — доказательства, полученные на основании мнений экспертов, а также по результатам нерандомизированных исследований с историческим контролем, описаний одного или более случаев.

На основе данной оценки значимости доказательств AAN/ACNS предложили следующую градацию рекомендаций (Nuwer M., 1997; Hoffman D.A. et al., 1999):

тип A — строго положительные рекомендации, основанные на доказательствах I класса или большинстве доказательств II класса;

тип B — положительные рекомендации, основанные на доказательствах II класса;

тип C — положительные рекомендации, основанные на убедительном консенсусе доказательств III класса;

тип D — негативные рекомендации, основанные на неубедительных или противоречивых доказательствах II класса;

тип E — негативные рекомендации, основанные на доказательствах неэффективности или недостаточной эффективности.

Оценочная система Американской диабетической ассоциации (American Diabetes Association, 2002) использует следующие уровни доказательств:

A — высокая достоверность доказательств (присваивается при наличии качественного систематического обзора рандомизированных исследований или нескольких рандомизированных исследований с совпадающими результатами);

B — умеренная достоверность доказательств (присваивается при наличии качественного систематического обзора когортных исследований или исследований «случай—контроль» с совпадающими результатами, или исследований по «твердым критериям»);

C — низкая достоверность доказательств (противоречивые результаты недостаточно контролируемых и неконтролируемых исследований);

Экспертный консенсус.

Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, 2002) использует следующую кодировочную систему для оценки доказательств:

A — рандомизированное клиническое исследование;

B — клиническое исследование;

C — когортное или лонгитудинальное исследование;

D — исследование «случай—контроль»;

E — обзор вторичного анализа;

F — обзор;

G — другое.

На основании использования данной оценки значимости доказательств формируются рекомендации с различной степенью достоверности:

I — рекомендации со значительной степенью клинической достоверности;

II — рекомендации с умеренной степенью клинической достоверности;

III — рекомендации для использования в отдельных случаях.

Таким образом, несмотря на известные отличия в схемах оценки значимости доказательств, эксперты разных профессиональных ассоциаций едины во мнении о том, что наиболее доказательными являются рандомизированные контролируемые исследования. Именно результаты таких исследований могут являться основой для формирования стандартов лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ СОГЛАСНО ПРИНЦИПАМ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Институтом усовершенствования клинических систем (США) разработано доказательное клиническое руководство для оказания первичной медицинской помощи при тяжелой депрессии, паническом расстройстве и генерализованном тревожном расстройстве у взрослых (Institute For Clinical Systems Improvement, 2002). Депрессивные и тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами во всем мире (23 случая на 100 человек, почти 70% всех психических расстройств) (Reiger D.A. et al., 1990).

Диагностические критерии депрессивных и тревожных расстройств во многом сопоставимы в современных психиатрических классификациях (DSM-IV и МКБ-10), несмотря на существующие

различия между ними (Напреенко О.К., Логановський К.М., 2002). Поэтому, опираясь на доказательные клинические руководства и учитывая особенности национальной клинической практики, на примере лечения депрессии и тревоги можно разработать национальный терапевтический консенсус.

Американское клиническое руководство по лечению депрессии и тревоги рассчитано на практикующих врачей в области семейной медицины, клиники внутренних болезней и психиатрии. Это обусловлено тем, что во всем мире первичную помощь пациентам с психическими расстройствами, особенно с депрессией и тревогой, оказывают в большинстве случаев не врачи-психиатры.

Для оценки значимости доказательств специалисты Института усовершенствования клинических систем (Institute For Clinical Systems Improvement, 2002) руководствуются следующей системой классификации доказательств (по классам исследований):

А. Первичные сообщения о полученных новых данных:

класс А:

- рандомизированное контролируемое исследование

класс В:

- когортное исследование

класс С:

- нерандомизированное исследование с параллельным или историческим контролем;
- исследование «случай–контроль»;
- исследование чувствительности и специфичности диагностического теста;

класс D:

- поперечное исследование;
- серии случаев;
- описание случая

В. Сообщения, которые синтезируют или отражают совокупность первичных сообщений

класс М:

- метаанализ;
- систематический обзор;
- анализ решений;
- анализ затрат и результатов;
- исследование затрат и эффективности

класс R:

- повествовательный обзор;
- утверждение консенсуса;
- сообщение о консенсусе

Класс X:

- медицинское мнение

Доказательные терапевтические рекомендации для лечения депрессивных и тревожных расстройств, предложенные Institute For Clinical Systems Improvement (2002), базируются на всех классах доказательств.

Лечение

1. *Нефармакологические вмешательства* включают: поддерживающую терапию, проводимую врачами первичной медицинской помощи, психотерапию, выполняемую специалистами в области охраны психического здоровья, физические упражнения, обучение пациента и фитопрепараты (экстракт травы зверобоя, *hypericum perforatum*) (примечание: другие фитопрепараты рассмотрены, но не рекомендованы).

2. Фармакологическая терапия:

- *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (selective serotonin re-uptake inhibitors, SSRIs) — циталопрам (эсциталопрам), флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин. *Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина* (Serotonin-noradrenalin re-uptake inhibitors, SNRI) — венлафаксин (venlafaxine). *Тетрациклический антидепрессант*, пресинаптический агонист α_2 -адренорецепторов, норадренергический и специфический серотонинергический антидепрессант (De Prins L. (Ed.), 2000) миртазапин. *Модулятор серотониновых рецепторов* (De Prins L. (Ed.), 2000) нефазодон;

- *трициклические* (tricyclic antidepressants/TCAs) и *другие антидепрессанты* — амитриптилин, кломипрамин, доксерпин, имипрамин, тримипрамин, амоксапин (амохарин), дезипрамин, нортриптилин, проптриптилин (propriptyline), мапротилин, тразодон, бупропион (bupropion) и др.;

- *бензодиазепины* — алпразолам, лоразепам;

- *анксиолитик* — буспирон (арилпиперазин, De Prins L. (Ed.), 2000)

3. *Долговременное* наблюдение включает обучение и поддержку пациента и/или поддерживающее медикаментозное лечение.

Необходимо прокомментировать тот факт, что применение антидепрессантов класса SSRIs в качестве препаратов первой линии в фармакологическом лечении депрессивных и тревожных расстройств обусловлено их эффективностью и безопасностью. На состоявшемся 6 марта 2004 г. в Мадриде (Испания) Лундбековском симпозиуме по лечению депрессии и тревоги на основании данных исследований наивысших классов доказательств (А и М) была отмечена терапевтическая эффективность и безопасность SSRIs и, особенно, эсциталопрама при тяжелой депрессии, генерализованном тревожном расстройстве и социальной фобии.

Отмечают, что антидепрессанты и/или психотерапия рекомендуются к применению при тяжелом депрессивном расстройстве без соматоневрологической патологии, злоупотребления психоактивными веществами, коморбидных специфических психических расстройств. Физическая активность и соответствующее обучение пациента являются также полезными для коррекции симптомов депрессии (Institute For Clinical Systems Improvement, 2002).

План лечения**А. Ключевые цели лечения**

1. Целью лечения в острую фазу является тотальная ремиссия симптомов. Это требует определения тяжести симптомов на критических точках принятия решений в течение и в конце лечения для определения, достигнута ли ремиссия.

2. Снижение частоты возникновения рецидива депрессии и панических расстройств.

3. Достижение исходного (до болезни) уровня профессионального и психосоциального функционирования.

В. Обсуждение лечения**1. Фармакотерапия и психотерапия**

• Фармакологическое и/или нефармакологическое вмешательства (психотерапия) являются эффективными как при депрессивных, так и при тревожных расстройствах. Следует рассмотреть предпочтения пациента. При выработке рекомендаций по лечению необходимо учитывать тяжесть симптомов, наличие психосоциальных факторов стресса, наличие коморбидных состояний и предпочтения пациента.

• При лечении депрессии следует учитывать отношение пациента к своему здоровью. У пациентов с высоким уровнем самоконтроля в отношении здоровья отмечается большая редукция депрессивных симптомов при психотерапии или приеме антидепрессанта. Таким образом, для эффективного лечения депрессии и минимизации риска возникновения рецидива важно адекватно оценить ожидания пациента и его уверенность в контролируемости депрессивных симптомов и общего функционирования.

2. Фармакологическая терапия

• Лечение выбора при депрессии являются фармакотерапия и психотерапия. Для пациентов с легкой и/или умеренной депрессией показаны психотерапия и/или фармакотерапия. При тяжелой депрессии показана комбинированная терапия.

• Если первичный ответ на препарат через 6 нед приема в терапевтической дозе недостаточен (например, частично позитивная реакция), следует назначить дополнительное средство или заменить используемый препарат другим.

• При определении длительности медикаментозного лечения после ремиссии острых симптомов следует учитывать два аспекта: дополнительное и поддерживающее лечение.

Лечение в *острую фазу* предполагает стабилизацию острых симптомов (длительность лечения обычно 3 мес).

Дополнительное лечение (обычно продолжается 6–12 мес после лечения в острую фазу) — пролонгированное лечение после исчезновения острых депрессивных симптомов для поддержания эуимического состояния.

Поддерживающее лечение предполагает предупреждение новых эпизодов рецидива и может про-

должаться годами. Возможность его применения следует обязательно рассматривать у всех пациентов с риском рецидива.

Дополнительное и поддерживающее лечение должно включать антидепрессант в терапевтической дозе. Рекомендуется следующая *продолжительность лечения депрессии*:

- первый эпизод — длительность лечения до 1 года;
- второй эпизод — длительность лечения 4–5 лет;
- второй эпизод с осложняющими факторами — неопределенная длительность лечения;
- третий эпизод — неопределенная длительность лечения.

Врачи и пациенты часто имеют прочные убеждения в отношении использования некоторых медикаментов, например, бензодиазепинов. Рекомендуется предложить пациенту набор эффективных методов лечения («меню лечения»). Лекарственные препараты и/или когнитивная поведенческая терапия могут быть эффективными при паническом и генерализованном тревожном расстройстве. Эффективность при паническом расстройстве бензодиазепинов и SSRIs доказана.

3. Психотерапия

• Исследования исходов подтверждают эффективность различных психотерапевтических подходов (когнитивно-поведенческая, межличностная, структурированная образовательная групповая терапия).

• Следует сразу рассмотреть проведение психотерапии при наличии актуальных психологических и психосоциальных проблем и/или пациент требует этого. Максимальная эффективность психотерапии достигается при снижении тяжести симптомов.

• Поддерживающая терапия, осуществляемая врачом первичной медицинской помощи, не является курсом психотерапии, который проводят специалисты в области охраны психического здоровья. Однако обучение, поддержка и ободрение со стороны врача очень важны. Поддержка/ободрение включает вопросы к пациенту относительно причин депрессии, тревоги или паники, а также его ожиданий от терапии. Так, пациенту с паническими атаками рекомендуется задать вопрос: «Чего вы больше всего боитесь?». Не принимайте ответ: «Я не знаю». Наиболее распространены физикальные (боязнь умереть от инсульта, сердечного приступа или удушья) и психологические страхи (замешательства, унижения или сумасшествия). Следует убедить пациента в том, что приступы тревоги не опасны. Сообщите пациенту с депрессией, что у него есть возможность выздороветь, принимая антидепрессант.

4. Физические упражнения

Больным с тяжелой депрессией рекомендуют физические упражнения, которые ассоциированы со значительным терапевтическим эффектом, осо-

бенно при их длительном выполнении. При назначении физических упражнений в качестве дополнения к медикаментозной терапии или психотерапии необходимо учесть комплексность и индивидуальные особенности пациента.

С. Обучение пациента

1. Успешное лечение депрессии требует адекватного и постоянного обучения пациента, которое должно начинаться уже во время диагностики. Печатные материалы целесообразно использовать для улучшения восприятия информации при общении. Пациенты, которых обучали, реже преждевременно прекращают лечение, а исход их лечения лучше по сравнению с «неинформированными». Образование должно предусматривать следующие аспекты:

- причины, симптомы депрессии и анамнез;
- выбор лечения (исследовательские и ошибочные подходы);
- информация о возможных явлениях на протяжении курса лечения;
- важность достижения комплаенса;
- контролирование симптомов и побочных эффектов;
- долговременный режим (визиты к врачу и/или телефонные контакты);
- ранние признаки рецидива;
- продолжительность лечения

2. При назначении антидепрессивной терапии для поддержания комплаенса и завершения курса лечения необходимо указать на следующие ключевые моменты:

- большинство пациентов нуждается в лечении на протяжении не менее 6 мес;
- для улучшения состояния может потребоваться от 1 до 6 нед;
- принимать препарат следует в соответствии с указаниями врача;
- нельзя прекращать прием препарата без уведомления лечащего врача. Побочные эффекты могут быть устранены при изменении дозы препарата или режима его дозирования.

Д. Лекарственные препараты

SSRIs и *TCA*s часто выбирают в качестве препаратов первой линии терапии в связи с удобством их применения, благоприятным профилем побочных эффектов. При лечении антидепрессантами более важным является строгое соблюдение дозы и достижение клинических целей по сравнению с выбором специфического препарата.

Бензодиазепины эффективны при генерализованном тревожном и паническом расстройствах. Бензодиазепины различаются по своей эффективности, началу и продолжительности действия, а также наличию активных метаболитов. Поэтому при недостаточной эффективности лечения следует использовать другой препарат. Бензодиазепины с большим периодом полувыведения или содержащие активные метаболиты более удобны для при-

менения, однако могут быть токсичными для пациентов пожилого возраста и с заболеваниями печени.

Риск развития привыкания при приеме бензодиазепинов в целом не высок, редко физическую зависимость отмечают у пациентов, ранее не злоупотреблявших психоактивными веществами.

Некоторые клиницисты используют бензодиазепины только для кратковременного лечения или в случаях, когда прием других препаратов не обеспечил контроль над симптомами или вызвал тяжелые побочные эффекты. Однако данные исследований не свидетельствуют о вредности долговременного применения бензодиазепинов.

(Доказательства, подтверждающие данные рекомендации, соответствуют классам А, С, D, М, R).

Е. Травы

Трава зверобоя (*hypericum perforatum*) является лекарственным средством растительного происхождения. Она оказалась более эффективной, чем плацебо, и такой же эффективной, как *TCA*s в низких дозах при лечении легкой депрессии. При этом она лучше переносится, особенно пациентами пожилого возраста и больными с нарушениями сердечной проводимости. Она может быть такой же эффективной, как *SSRIs* при легкой и умеренной депрессии у некоторых пациентов. Она может применяться на начальном этапе лечения у пациентов с умеренной депрессией и может быть эффективной при сезонном аффективном расстройстве. Трава зверобоя неэффективна при тяжелой депрессии. Побочные эффекты возникают нечасто и слабо выражены, как правило, отмечают головную боль (41% по сравнению с 25% для плацебо).

Следует учитывать, что с травой зверобоя взаимодействуют много лекарственных препаратов, включая другие антидепрессанты, варфарин, оральные контрацептивы, антиретровирусные, противоопухолевые и др.

Применение других растительных средств, таких, как кава-кава или корень валерианы, не получило доказательств их эффективности для лечения депрессии.

Ф. Долговременное наблюдение

Интервалы в начале лечения (визит, телефон и др.):

- от 1 до 4 нед после начала медикаментозного лечения в зависимости от тяжести симптомов;
- при эффективном лечении контроль осуществляется каждые 1–2 мес до стабилизации состояния пациента, затем каждые 3–6 мес;
- при недостаточно эффективном лечении после применения 1 или 2 препаратов в терапевтических дозах в течении от 4 до 6 нед следует пересмотреть диагноз, а затем направить пациента к психиатру;

Продолжительность инициального лечения и долговременного наблюдения

- *Депрессия*. Если не планируется поддерживающее лечение, применение антидепрессантов прекра-

щают на 4–9 мес, постепенно на протяжении нескольких недель снижая дозы. Следует рассмотреть пожизненную поддерживающую терапию при наличии 3 и более эпизодов тяжелой депрессии.

- *Тревога.* Хотя тревожные расстройства часто хронические, не существует исследований, посвященных долговременному лечению. Целесообразная продолжительность инициального лечения составляет от 3 до 6 мес. Следует продолжить наблюдение за пациентом по крайней мере на протяжении от 6 до 12 мес, чтобы убедиться в соблюдении им режима лечения. Если же ключевые цели лечения не поддерживаются, необходимо пересмотреть лечение пациента. Если симптомы тревоги рецидивируют после двукратного постепенного снижения дозы препарата, следует рассмотреть проведение пожизненного поддерживающего лечения. Посещения врача при поддерживающем лечении могут осуществляться каждые 6–12 мес.

Г. Направление

Необходимо рассматривать привлечение специалиста-психиатра в следующих случаях:

- наличие тяжелых симптомов и ухудшение состояния пациента;
- проблемы диагностики;
- наличие иных психических расстройств (например, расстройство личности, мания);
- проблемы химической зависимости;
- клинический дискомфорт;
- инициальное лечение не привело к удовлетворительным результатам;
- пациент требует специализированного лечения.

ПРОБЛЕМЫ ДОСТИЖЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНСЕНСУСА ПО ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ

Разработанные отечественные критерии лечения психических расстройств, в частности, депрессии и тревоги (Волошин П.В. и соавт., 2000) в целом соответствуют изложенным выше американским. Вместе с тем, существуют и определенные различия между ними, которые, на наш взгляд, требуют обсуждения для достижения терапевтического консенсуса.

Безусловно, необходимо учитывать, что доказательные рекомендации по лечению депрессивных и тревожных расстройств, предложенные Institute For Clinical Systems Improvement (2002), ориентированы прежде всего на звено первичной медицинской помощи, а именно врачей общей практики, тогда как отечественные критерии лечения психических расстройств (Волошин П.В. и соавт., 2000) — на психиатров. Этим объясняется, например, отсутствие в американском руководстве рассмотрения тяжелого депрессивного эпизода в сочетании с психотическими симптомами. Поэтому целесообразно остановиться именно на особенностях рекоменда-

ций по лечению депрессивных и тревожных расстройств непсихотического уровня.

Так, рекомендации по лечению легкого, умеренного и тяжелого депрессивного эпизодов (без психотических симптомов) практически идентичны и включают психотерапию и фармакотерапию антидепрессантами и транквилизаторами. Отличия заключаются в том, что в отечественных рекомендациях антидепрессантами первой линии являются TCAs, а SSRIs — второй, не используется трава зверобоя и при тяжелом депрессивном эпизоде дополнительно к антидепрессантам и транквилизаторам рекомендуется применять сульпирид и карбамазепин. Кроме того, при дистимии рекомендуется также применять «малые нейрорептики» (тиоридазин). При этом клиническая практика доказывает во многом справедливость именно отечественных рекомендаций, особенно в случаях терапевтически резистентной депрессии.

В отечественных рекомендациях по лечению тревожных расстройств в отличие от американских шире представлены нейрорептики, вегетативные гармонизаторы, препараты общеукрепляющего и стимулирующего действия. Эти различия могут иметь объяснения в более широкой нейропсихиатрической трактовке тревожных расстройств и панических атак, в частности как проявлений пароксизмальной вегетативной дисфункции при дизэнцефальном синдроме. Опять же клиническая практика подтверждает эффективность отечественных рекомендаций.

Таким образом, целесообразным представляется активное обсуждение и дальнейшее развитие отечественных рекомендаций и клинических руководств по диагностике и лечению наиболее распространенной и социально значимой патологии путем интегрирования наилучших доказательств в целях достижения диагностического и терапевтического консенсуса.

ЛИТЕРАТУРА

- Волошин П.В., Пономаренко В.М., Напрєєнко О.К., Маруга Н.О., Бачеріков А.М., Реміняк В.І., Домбровська В.В. (Ред.) (2000) Критерії діагностики і лікування психічних розладів і поведінки у дорослих: клінічний посібник. Арсис, Харків, 303 с.
- Дедов И.И., Шестакова М.В. (2003) Сахарный диабет. Универсум Паблишинг, Москва. 455 с.
- Напрєєнко О.К., Логановський К.М. (2002) Сучасні психіатричні класифікації: спроба об'єднання. Укр. мед. часопис, 2(28): 5–12.
- Юрьев К.Л., Логановский К.Н. (2000) Доказательная медицина. Кокрановское сотрудничество. Укр. мед. часопис, 6(20): 6–15.
- American Diabetes Association (2002) Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care, 25(Suppl. 1): S50–S60.
- American Psychiatric Association (2002) Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am. J. Psychiatry, 159(Suppl. 4): 1–50.
- Institute For Clinical Systems Improvement (2002) Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults

in primary care. Bloomington (MN): Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI), 55 p.

Hoffman D.A., Lubar J.F., Thatcher R.W., Sterman M.B., Rosenfeld P.J., Striefel S., Trudeau D., Stockdale S. (1999) Limitations of the American Academy of Neurology and American Clinical Neurophysiology Society paper on QEEG. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 11 (3): 401–407.

Li Wan Po (1998) Фармакотерапія, основана на доказальстві (Пер. с англ. Под ред. О.С. Медведева и В.А. Горькова). *Клиническая фармакология и терапия*, 7(2): 60–63.

Nuwer M. (1997) Assessment of digital EEG, quantitative EEG and EEG brain mapping: report of the American Academy of Neurology and the American Clinical Neurophysiology Society. *Neurology*, 1 (49): 277–292.

Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264 (19): 2511–2518.

Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *B.M.J.*, 312(7023): 71–72.

De Prins L. (Ed.) (2000) *Psychotropics 2000–2001*. Copenhagen: Herrmann @ Fischer A/S, 775 p.

Адрес для переписки:

Логановский Константин Николаевич
04050, Киев, ул. Мельникова, 53
Научный центр радиационной медицины
АМН Украины,
Институт клинической радиологии,
отдел радиационной психоневрологии
logan@rcrm.kiev.ua, psycho@rcrm.kiev.ua

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Восстановление топографии альфа-ритма при применении пирacetama у пациентов с постинсультной афазией

Shzelies B., Mielke R., Kessler J., Heiss W.D. (2001) *Restitution of alpha-topography by piracetam in post-stroke aphasia. Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.*, 39(4): 152–157.

ЦЕЛЬ. В проспективном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании были изучены электроэнцефалографические и клинические эффекты применения пирacetama у пациентов с постинсультной афазией. **МЕТОДЫ.** У 24 пациентов с легкой и умеренно выраженной афазией, возникшей вследствие ишемического инсульта, проводили количественную топографическую электроэнцефалографию в состоянии покоя с изучением результатов до и после лечения длительностью 6 нед. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У пациентов группы активного лечения отмечали существенное смещение альфа-ритма с лобных к затылочным областям, что можно объяснить восстановлением кортикоталамических кольцевых связей, вовлеченных в генерацию альфа-активности. **ВЫВОДЫ.** При лечении пирacetамом нейропсихологические показатели существенно улучшились в отношении разных параметров речи, тогда как у пациентов группы плацебо улучшения были менее существенными и представлены лишь некоторыми параметрами.

Рекомендации по ведению больных с инсультом. Часть первая: организационные мероприятия, лечение и нейрореабилитация

Demarin V., Lovrencic-Huzjan A., Seric V., Vargek-Solter V., Trkanjec Z., Vukovic V., Lupret V., Kalousek M., Desyo D., Kadojic D., Lusic I., Dikanovic M., Vitas M.; Croatia Medical Association, Croatian Society for Neurovascular Disorders; Croatia Stroke Society (2003) *Recommendations for care of patients with cerebral accident. Part One: Organization of care for patients with cerebral accidents, treatment of cerebral accident and neurorehabilitation. Lijec. Vjesn.*, 125(7–8): 200–212.

Инсульт является основной причиной инвалидности в современном обществе. В экономичес-

ки развитых странах инсульт занимает 2–3-е места в структуре причин смерти, а в Хорватии является основной причиной смерти. Поэтому инсульт — не только медицинская, но и экономическая проблема. В странах с переходной экономикой наблюдается повышение заболеваемости инсультом, которое в ближайшие годы может достичь масштабов эпидемии. Настоящие рекомендации по ведению больных с инсультом подготовлены Хорватским обществом цереброваскулярных заболеваний (Croatian Society for Neurovascular Disorders) Хорватской медицинской ассоциации (Croatian Medical Association) и Хорватским обществом по проблеме инсульта (Croatian Stroke Society).

Эпилепсия и яичники (исключая истерию)

Betts T., Dutton N., Yarrow H. (2002) *Epilepsy and the ovary (cutting out the hysteria). Seizure*, 11(Suppl. A): 220–228.

Анализируются современные знания о влиянии функции яичников на эпилептическую активность и наоборот, а также освещены существующие разногласия по проблеме взаимоотношений поликистозных яичников и синдрома поликистозных яичников, эпилепсии и противоэпилептического лечения. Основываясь на существующих доказательствах, у пациенток с эпилепсией склонность к развитию поликистозных (полифолликулярных) яичников выше по сравнению с таковой у других женщин, что рассматривают как осложнение самого заболевания (эпилепсии). Вместе с тем, женщины с обусловленными эпилепсией поликистозными (полифолликулярными) яичниками более уязвимы в отношении эффектов валпроата натрия (возможно, особенно в течение пубертатного периода) и у них существует вероятность развития синдрома поликистозных яичников. После отмены валпроатов эти изменения обратимы. Высказано предположение, что ламотригин и карбамазепин способны предотвращать развитие синдрома поликистозных яичников.