

Список литературы

1. Гиндикин В. Я, Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада — X, 1999. — 206.
 2. Здравомыслов В. Н., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. — Алма-Ата: Казахстан, 1985. — 272 с.
 3. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. Сексология. Том. Женская сексология. — Харьков: ЧП Академия сексологических исследований, 1997. — 352 с.
 4. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) — Харьков: Арсис, ЛТД, 2002. — 143 с.

5. Маслов В. М., Ботнева И. П., Васильченко Г. С. Девиации психосексуального развития: Справочник. Сексопатология. — М.: Медицина, 1990. — С. 405—436.
 6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. Уч. пособие. — Самара: Изд-во БАХРАХ-М, 2002. — 672 с.
 7. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — Кишинев: Штиинца, 1991. — 184 с.
 8. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

Надійшла до редакції 30.04.2007 р.

Л. В. Кожекару

Сексуальна дисфункція та подружня дезадаптація при невротичних депресіях у жінок

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Проведено комплексне обстеження 93 подружніх пар, у яких у жінок було виявлено невротичну депресію. Досліджено стан оргазмічної функції у жінок за невротичної депресії на феноменологічному рівні. Виявлено особливості сексуальної функції за невротичної депресії у жінок, клінічні варіанти оргазмічної дисфункції за цієї хвороби.

Описано форми подружньої дезадаптації. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних чинників у порушенні подружньої адаптації за невротичної депресії у жінок.

L. V. Kozhekaru

Sexual dysfunction and spouse disadaptation at neurotic depression in women

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

There were a complex examined of 93 women with neurotic depression in the work. On the phenomenal level it was investigated the stages of state of orgasmic function in women. There are data about peculiarities of sexual dysfunction in women the clinical variant orgasmic dysfunction in this disease. It was described the clinic forms of disadaptation forming. There was shown the role of negative psychological, social, social-psychological factors in disorder of spouses adaptation forming in this pathology.

УДК 616.85+616.1/4 -08-084

А. К. Напреенко¹, Н. А. Марута²

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца (г. Киев),

²ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ НОВОГО НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО АНКСИОЛИТИКА АФОБАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ТРЕВОГОЙ

В последнее десятилетие в мире отмечается рост распространенности непсихотических психических расстройств (НПР). Так, в Украине в настоящее время распространенность данной психопатологии составляет более 1 200 случаев на 100 тыс. населения (для сравнения, в 1994 г. — 1 077 на 100 тыс. населения). То есть за последнее десятилетие она возросла в среднем на 15 %. Отечественные и иностранные исследователи это явление объясняют тенденцией к обострению комплексного действия на психику человека неблагоприятных социально-психологических, экономических и экологических факторов. НПР предрасполагают к психосоматическим расстройствам (ПСР) или вторично развиваются в течении соматических заболеваний (соматопсихические расстройства) [14]. Под психосоматическими расстройствами подразумевают нарушение деятельности внутренних органов, в тех случаях, при которых среди причин их возникновения или обострения ведущую роль играют негативные психологические факторы [15, 21, 23]. Увеличение распространенности невротических и других пограничных психических расстройств сопровождается их клиническим патоморфозом. Изменение клинической структуры НПР характеризуется многообразием симптоматики с преобладанием невротической тревоги и депрессии, соматовегетативных феноменов, ипохондрических, астеноипохондрических и других проявлений [3, 10—14, 21, 23].

Такие особенности современных НПР диктуют необходимость поиска новых подходов к диагностике, лечению и профилактике, особенно в случае их течения на неблагоприятном экзогенно-органическом фоне, наличие которого также следует считать распространенным явлением. Лечебно-профилактический комплекс при рассматриваемых заболеваниях, помимо психотерапии и других немедикаментозных воздействий, должен включать психотропные лекарственные препараты, к которым современные специалисты [8, 1—18, 22] предъявляют следующие требования:

- широкий спектр психотропной активности (эффективное влияние на тревожно-депрессивные, ипохондрические и другие симптомы),
- минимальное неблагоприятное (побочное) действие на вегетовисцеральные функции,
- положительный соматотропный эффект (лечебное воздействие на соматоневрологическую сферу),
- минимальная поведенческая токсичность (малая выраженность или отсутствие влияния на сенсомоторные реакции, внимание и т. д.),
- хорошие показатели интеракции с соматотропными лекарственными средствами, благоприятная переносимость пациентами с коморбидными соматическими и неврологическими заболеваниями,
- минимальная потребность в титровании дозы препарата.

В связи с этими требованиями все большее значение для эффективного лечения НПР и ПСР, сопровождающихся тревогой, приобретают анксиолитики, не обладающие гипнотическим действием.

Нами сделано предположение, что этим требованиям в достаточной мере соответствует селективный небензодиазепиновый анксиолитик **Афобазол** производства ОАО «Щелковский витаминный завод», Российская Федерация.

Результаты рандомизированных, сравнительных с диазепамом клинических исследований эффективности и переносимости Афобазола в качестве анксиолитического средства у больных как с тяжелыми невротическими расстройствами (генерализованное тревожное расстройство), так и сравнительно легкими состояниями рассматриваемого психопатологического круга (расстройства адаптации), проведенных в НЦПЗ РАМН, Московском институте психиатрии МЗ РФ, Санкт-Петербургском НИПНИ им. В. М. Бехтерева, НИИ фармакологии им. В. В. Закусова и в ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, показали, что Афобазол является эффективным анксиолитиком и по результативности действия не отличается от диазепама. Вместе с тем, Афобазол характеризуется хорошей переносимостью, отсутствием гипноседативного действия и «синдрома отмены» при прекращении приема препарата [1, 2, 4—6, 20].

Целью нашего исследования явилась оценка терапевтической эффективности и переносимости препарата Афобазол в лечении неврастения, генерализованного тревожного расстройства и расстройств адаптации. При этом изучались влияние исследуемого препарата на течение заболевания; переносимость и возможные нежелательные эффекты исследуемого препарата; возможность формирования лекарственной зависимости и синдрома отмены при его использовании.

Афобазол (химическое рациональное название: 5-этокси-2-[2-(морфолино)-этилтио]-бензимидазола дигидрохлорид) — производное 2-меркаптобензимидазола, селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов. Препятствует развитию мембранозависимых изменений в ГАМК-рецепторе. Препарат обладает анксиолитическим действием с активизирующим компонентом, не сопровождающимся гипноседативными эффектами. У него отсутствуют миорелаксантные свойства, негативное влияние на показатели памяти и внимания. Афобазол относится к короткоживущим препаратам — период его полувыведения при приеме внутрь составляет 0,82 часа, средняя величина максимальной концентрации $C_{max} = 0,130 \pm 0,073$ мкг/мл, средний период нахождения в организме $1,60 \pm 0,86$ часа. Афобазол интенсивно распределяется по хорошо васкуляризованным органам.

Данное клиническое исследование проводилось как открытое, сравнительное, по сокращенной программе. Оно выполнялось в соответствии с требованиями Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (2004), Закона Украины «О психиатрической помощи» (2000) и Государственного фармакологического центра МЗ Украины о клинических испытаниях лекарств (2006) [7, 19, 24].

Клиническая апробация Афобазола на Украине проходила в двух группах исследовательских центров у 300 пациентов. В первую группу (ведущий исследователь профессор А. К. Напреенко) вошли научные подразделения городов: Донецк (профессор И. А. Бабюк), Луганск (профессор С. Е. Казакова), Винница (профессор Н. Г. Пшук), Полтава (профессор

А. Н. Скрипников), Черновцы (доцент Т. И. Лазук), Киев (профессор А. К. Напреенко). Во вторую (ведущий исследователь профессор Н. А. Марута) — Львов (доцент Н. И. Долишня), Симферополь (доцент В. А. Мельников), Днепропетровск (канд. мед. наук М. В. Данилова), Одесса (канд. мед. наук В. В. Мороз), Харьков (профессор Н. А. Марута).

В 6 исследовательских центрах первой группы обследовано 230 больных: 170 пациентов, страдающих непсихотическими психическими расстройствами с преобладанием тревоги, которым проводилось комплексное лечение с применением препарата Афобазол (основная группа); 60 пациентов, в лечении которых применяли другие, кроме медикаментозной, методы терапии — психотерапию, физиотерапию, рефлексотерапию и др. (группа сравнения).

Исследование включало следующие этапы:

1 (подготовительный) период — скрининг и клиническая верификация психопатологии, а также коморбидных соматических и неврологических заболеваний; 2 период — активной терапии — 30 дней.

Дизайн исследования включал: психиатрическое (клинико-психопатологическое), соматоневрологическое обследование больного, заполнение шкалы тревоги Гамильтона, шкалы общего клинического впечатления, анкеты динамики психического состояния, проведение общих анализов крови и мочи, биохимического исследования крови, оценку терапевтической эффективности и переносимости препарата. Состояние больных оценивалось до начала терапии и на 7, 14, 30 дни лечения.

В исследование включались пациенты обоего пола в возрасте 18 лет и старше; с диагнозами, установленными согласно описанию МКБ-10 [8, 21, 23] — **неврастения, генерализованное тревожное расстройство, расстройство адаптации**, давшие информированное письменное согласие на участие в исследовании; комплаентные и способные к адекватному сотрудничеству в процессе исследования.

Лечение исследуемым препаратом проводилось в виде монотерапии, дополняемой дифференцированной психотерапией, физиотерапией и рефлексотерапией. Пациентам основной группы назначали таблетки Афобазол (10 мг) 3 раза в день — утром, днем и вечером, после еды. Начальная суточная доза выбиралась лечащим врачом в зависимости от тяжести психических расстройств и составляла 15 или 30 мг. В дальнейшем эти дозы могли быть увеличены до 60 мг/сут. — максимально допустимой суточной дозы. Суточная доза корригировалась только во время очередного визита. Продолжительность терапии составляла 30 дней.

Если до включения в данное исследование больной принимал седативные, антидепрессивные или другие психотропные средства, их отменяли постепенно (в течение 1—2 недель). В случае предыдущего одновременного приема препаратов нескольких групп терапию антидепрессантами продолжали, т. к. при единовременном изменении режимов приема нескольких препаратов исследователю было бы затруднительно установить, какой из них ответственен за перемены в психическом состоянии пациента.

При наличии показаний пациенты получали препараты, обычно ими используемые для лечения сопутствующих соматических заболеваний, в установленных врачом-интернистом дозах. В случае выраженной инсомнии было возможно назначение гипнотиков короткого действия — золпидема или зопиклона до устранения расстройств сна.

Сравнительная оценка эффективности лечения в обеих группах больных, а также переносимости Афобазола проводилась по специально разработанным критериям.

Общая характеристика обследованных больных представлена в таблице 1.

Таблица 1
Общая характеристика обследованных больных

Оцениваемые параметры	Количественные показатели
Количество больных (всего)	230
Возраст, годы	18—72, средний 38 ± 2,4
Пол: мужской	38 %
— женский	62 %
Рост, см	166 ± 7,3
Масса тела, кг	66 ± 4,1
Наличие сопутствующей (сомато-неврологической) патологии:	63 %

По диагнозам больные распределились следующим образом: 60 % составили больные с неврастенией, 23 % — с генерализованным тревожным расстройством, 17 % — с расстройствами адаптации.

Основные социологические параметры обследованных больных представлены на рисунках 1, 2, 3.

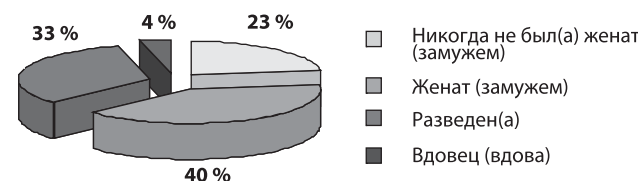


Рис. 1. Семейное положение

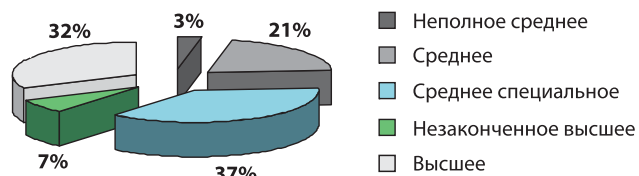


Рис. 2. Образование

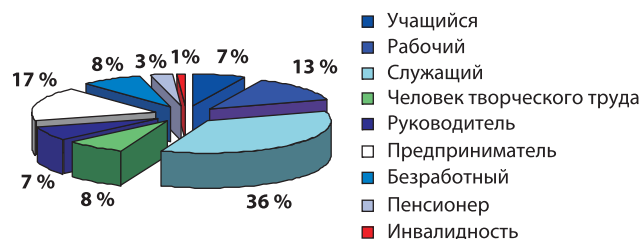


Рис. 3. Социально-трудовой статус

Вышеперечисленные социологические параметры в обеих группах больных существенно не отличались.

Как видно из рисунка 4, наиболее значимыми стрессогенными ситуациями при изучаемых непсихических психических расстройствах были конфликты в семье — у 57 % обследованных, неудовлетворительное материальное положение и коммерческие неудачи — у 37 %, проблемы на работе, потеря работы — у 20 % больных.

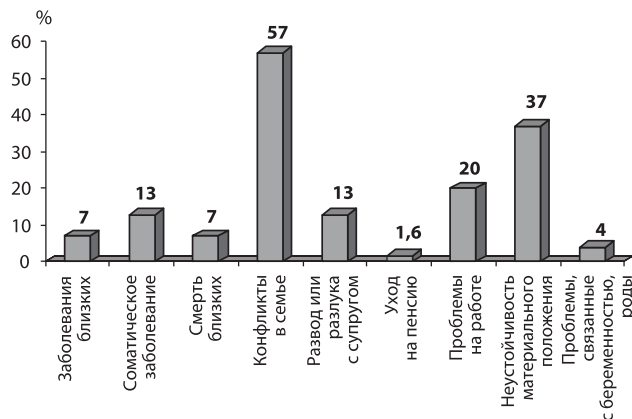


Рис. 4. Характеристика психотравмирующих событий

Наиболее распространенными соматическими (неврологическими) сопутствующими заболеваниями (рис. 5) были синдром вегетативной дистонии — у 23,5 % больных, остеохондроз позвоночника — у 17 % и артериальная гипертензия — у 11 % пациентов. Первое и третье из этих расстройств относятся к психосоматическим.

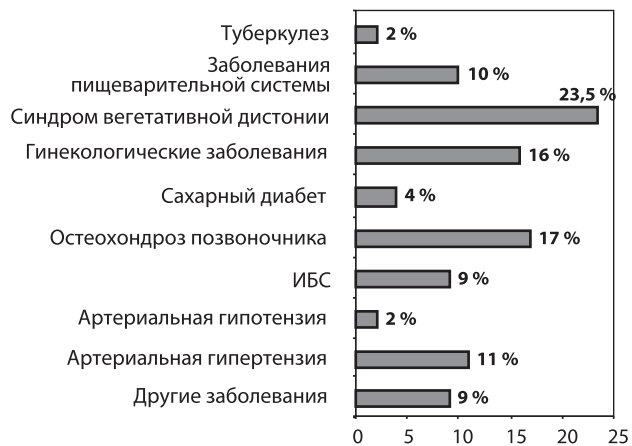


Рис. 5. Коморбидные соматические (неврологические) заболевания

До включения в данное исследование 78% больных в течение последнего года лечились психотропными препаратами, перечисленными в таблице 2.

Таблица 2
Виды психофармакотерапии, принимаемой обследованными за последний год до исследования

Группы лекарственных средств	Кол-во больных, %
Не лечились	33
Успокаивающие препараты растительного происхождения (валериана, зверобой, новопассит и др.)	54
Содержащие барбитураты (валокордин, валосердин, корвалдин)	39
Снотворные (золпидем, зопиклон, реже — другие)	11
Транквилизаторы и снотворные (феназепам, реланиум, сибазон, реладорм)	9
Адаптогены (женьшень, китайский лимонник и др.)	4
Антидепрессанты (амитриптилин, коаксил, флуоксетин, имипрамин, анафранил)	3
Нейролептики (сонапакс)	2

На рисунке 6 представлена динамика суточных доз Афобазола, которые корректировались больным основной группы на 1—3 визитах.

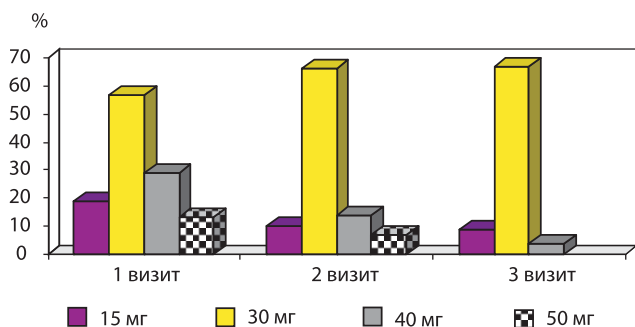


Рис. 6. Динамика суточных доз Афобазола

Как показали результаты клинического наблюдения и анализ содержания названных выше анкет назначения Афобазола, наиболее удачными, в плане соотношения терапевтической эффективности и риска нежелательных явлений, оказались дозы Афобазола 30—40 мг в сутки.

По мере необходимости пациенты обеих групп продолжали фармакотерапию, которая им была назначена до начала данного исследования, в том числе врачами-интернистами (табл. 3).

Таблица 3

Сопутствующая фармакотерапия

Направленность терапии	Визиты, % больных		
	1	2	3
Снотворные короткого действия (золпидем, зопиклон)	26	17	3
Соматотропные лекарственные средства	22	9,5	4
Продолжение терапии антидепрессантами	3	1,5	0,5
Всего	41*	18*	5*

* — некоторые больные одновременно принимали препараты разных групп

Следует отметить, что к концу курсового лечения Афобазолом в подавляющем большинстве случаев необходимость в приеме снотворных и соматотропных лекарственных средств отпала. Данный факт указывает на высокую эффективность Афобазола в лечении указанных на рисунке 5 психосоматических расстройств.

В процессе проводимой терапии наблюдалась следующая динамика психических расстройств, которая изучалась с помощью заполняемой врачом Шкалы общего клинического впечатления (рис.7).

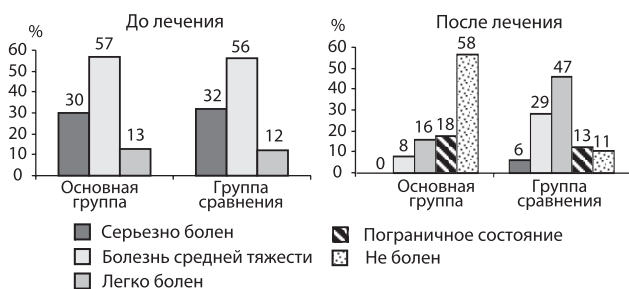


Рис. 7. Динамика показателей шкалы общего клинического впечатления

Большинство пациентов основной группы и группы сравнения (соответственно 87 % и 88 %; $P > 0,05$) в момент первого визита имели среднюю степень тяжести и серьезную выраженность психопатологической симптоматики. В конце курса лечения только у 8 % больных, принимавших Афобазол, наблюдалось расстройство средней тяжести. В то же время, в группе сравнения выраженная психическая патология на 4 визите была констатирована у 29 % обследованных ($P < 0,05$). Легко больными по окончании 30-дневного курса терапии были 16 % пациентов основной группы и 47 % пациентов, принимавших немедикаментозное лечение ($P < 0,05$).

Эти данные подтверждает и самооценка больными динамики собственного психического состояния (рис. 8).

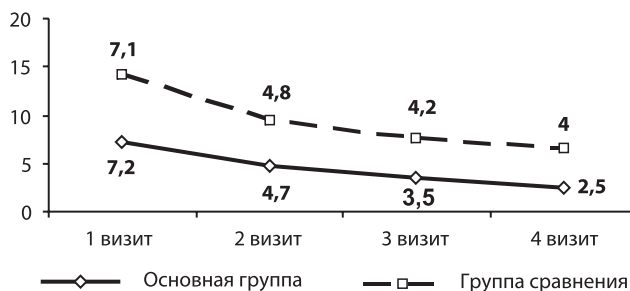


Рис. 8. Динамика самооценки больными их психического состояния (в баллах)

Наиболее выраженное улучшение самочувствия пациенты, принимавшие только немедикаментозное лечение, отмечали на втором визите. В дальнейшем положительная динамика этого наиболее важного критерия успешности терапии почти прекращалась, особенно при генерализованном тревожном расстройстве. В то же время при комплексном лечении с применением Афобазола самочувствие больных продолжало улучшаться и к четвертому визиту соответствующий усредненный балл в основной группе снизился с 7,2 до 2,5, а в группе сравнения — с 7,1 только до 4,0 ($P < 0,05$).

Сходные результаты были получены при сравнительном анализе динамики показателей тревожности больных обеих групп по шкале Гамильтона (рис. 9, 10).

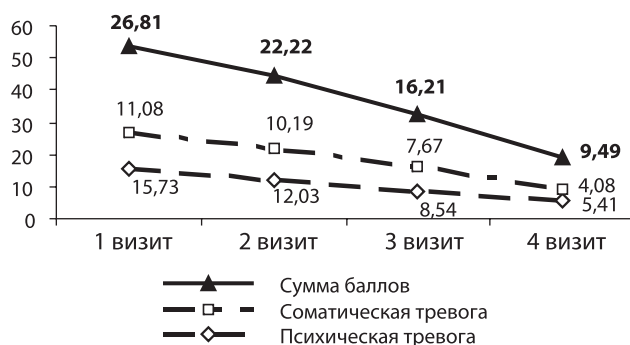


Рис. 9. Динамика показателей тревоги по шкале Гамильтона (основная группа)

Согласно данным, полученным по шкале Гамильтона, динамика улучшения психического состояния больных основной группы была относительно равномерной на всех визитах с незначительными отличиями ($P >$

0,05). В групі порівняння між третім і четвертим візитами больні відзначали значне зниження темпів позитивної динаміки лікувального ефекту, що в даній шкалі проявилось статистично достовірним збільшенням показників як психічної, так і соматичної тривоги ($P < 0,05$). Порівняння цих даних з результатами клініко-психопатологічних спостережень показало, що в найбільшій ступені така особливість характерна для больних генералізованим тривожним розладом.

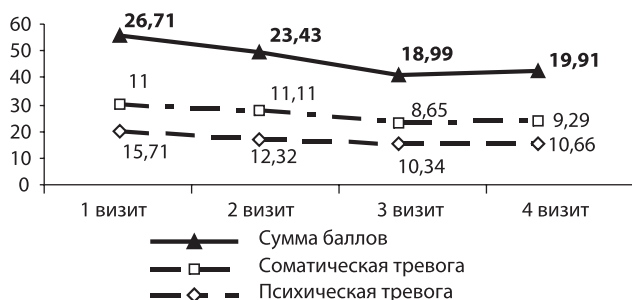


Рис. 10. Динаміка показників тривоги по шкалі Гамільтона (група порівняння)

В цілому показники ефективності терапії в основній групі і групі порівняння розподілились наступним чином (рис. 11).

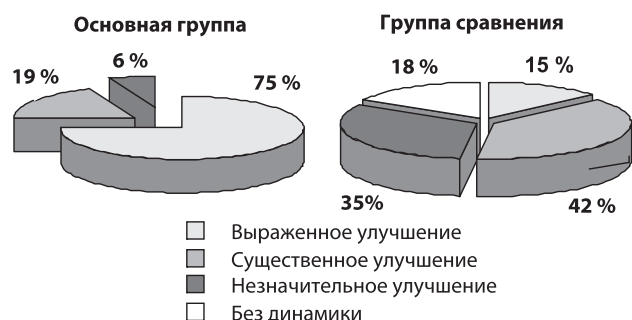


Рис. 11. Ефективність лікування

Из этих данных видно, что положительный терапевтический эффект в основной группе превысил результаты лечения в группе сравнения на 37 % (соответственно 94 % и 57 %; $P < 0,05$).

Переносимость лечения Афобазолом в основной группе в 70 % случаев была оценена как хорошая, в 30 % как удовлетворительная. У 3 (1,8 %) больних основной группы на третьем визите были обнаружены кожные аллергические реакции, которые устранились к четвертому визиту после перехода с 5 таблеток Афобазола на 3 таблетки в сутки. У ряда больних с неврастениями (7 человек — 4,1 %) в течение исследования наблюдалась головная боль. Однако, связь данного нежелательного явления с приемом Афобазола у больних основной группы сомнительна, поскольку цефалгия характерной локализации является одним из главных проявлений неврастения. Наблюдаемую сонливость некоторых пациентов (5 человек — 2,9 %) также следует трактовать, по нашему мнению, как симптом гипостенической стадии неврастения, а не как гипнотический эффект Афобазола, поскольку это нарушение формулы

сна у больних наблюдалось и до приема изучаемого препарата. Результаты лабораторных исследований не выявили значимых изменений показателей, регистрируемых после начала данных курсов лечения. В целом пациенты обеих групп перенесли терапию хорошо или вполне удовлетворительно.

Доклады, представленные на Украинской научно-практической конференции с международным участием «Межові психічні та психосоматичні розлади» (Киев, 25.05.2007), показали, что аналогичные результаты изучения терапевтической эффективности и переносимости Афобазола были получены и во второй группе исследовательских центров Украины. Подтверждены они также сообщением ведущего научного сотрудника НИИ фармакологии Российской академии медицинских наук им. В. В. Завасова канд. мед. наук С. А. Сюняковым.

Обобщая полученные результаты, необходимо отметить следующее.

Препарат Афобазол, таблетки по 10 мг, производства ОАО «Щелковский витаминный завод», Российская Федерация, оказывает значительный самостоятельный анксиолитический эффект (превышающий терапевтический эффект немедикаментозной терапии в среднем на 37 %), потенцирует действие психотерапии при различных формах неврастения, расстройствах адаптации и генерализованном тривожном розладі, а также психосоматических розладах.

Начало обратного развития основных симптомов указанных непсихотических психических розладів при комплексной терапии с применением данного лекарственного средства отмечается по истечении 5—7 дней лечения, а стойкое значительное улучшение — к 30 дню терапии.

Целесообразна дифференцированная в зависимости от клинической формы и степени выраженности заболевания коррекция дозы Афобазола от 15 до 60 мг в сутки. Наиболее эффективными и хорошо переносимыми являются суточные дозы 30—40 мг.

Афобазол потенцирует действие некоторых соматотропных и нейротропных лекарственных средств, что позволяет применять последние в меньших дозах, а также способствует быстрейшему устранению ряда соматических и неврологических симптомов.

Препарат безопасен для больних в возрасте от 18 лет и старше. Не вызывает нежелательных изменений по данным лабораторных показателей. Хорошо переносятся больными из разных социальных слоев населения, в том числе с непсихотическими психическими расстройствами, протекающими на фоне экзогенно-органических церебральных изменений и коморбидных соматических заболеваний. Имеет хорошие показатели интеракции с лекарственными средствами, назначаемыми врачами-интернистами и невропатологами.

Данное лекарственное средство не вызывает симптомов отмены, а также проявлений формирования зависимости от него, равно как и снижения продуктивной психической активности пациентов.

Афобазол рекомендуется к широкому медицинскому применению при непсихотических психических, а также психосоматических расстройствах, сопровождающихся тревогой, как в стационарной, так и амбулаторной лечебной практике. Афобазол в качестве протектора с целью профилактики данных нарушений может быть рекомендован лицам, находящимся в стрессогенных ситуациях.

Список літератури

1. Аведисова А. С. Появится ли альтернатива бензодиазепинам // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П. Б. Ганнушкина. Экстравыпуск. — 2006. — С. 10—12.
2. Аведисова А. С. и др. Новый анксиолитик «Афобазол» при терапии генерализованного тревожного расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом) / А. С. Аведисова, В. О. Чахаева, Ю. Э. Лесс, Я. В. Малыгин // Там же. — С. 13-16
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Учеб. пособие. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
4. Афобазол в психиатрической практике // Русский медицинский журнал. — Т. 14, № 5, 2006.
5. Афобазол в общей медицинской практике // Там же. — Т. 14, № 18, 2006.
6. Васильева А. В. и др. Применение афобазола в комплексном лечении расстройств адаптации / Васильева А. В., Полторак С. В., Поляков А. Ю., Соломонова С. В. // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П. Б. Ганнушкина. Экстравыпуск. — 2006. — С. 24—26.
7. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.200 р. № 1489-III.
8. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник / За ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. О. К. Напреєнка, проф. Н. О. Марути та ін. — Х.: Арсис, 2000. — 303 с.
9. Клинические испытания лекарств / Под ред. В. И. Мальцева, Т. К. Ефимцевой, Ю. Б. Белоусова, В. Н. Коваленко. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: Морион, 2006. — 456 с.
10. Кучанская А. В. Вегетососудистая дистония. — СПб.: Вест, 2000. — 96 с.
11. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: Арсис, 2000. — 119 с.
12. Марута Н. А. Клинические особенности и новое направление терапии тревожных расстройств // Український вісник психоневрології. — Т. 11, вип. 1 (34), 2003. — С. 53-58.
13. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств // Международный медицинский журнал. — Т.10, № 1, 2004. — С. 38—41.
14. Напреєнко О. К. Соматопсихічні розлади // Український вісник психоневрології. — Т. 4, вип. 5 (12), 1996. — С. 292—294.
15. Напреєнко А. К. Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии // Международный медицинский журнал. — Т. 8, № 4, 2002. — С. 40—45.
16. Напреєнко О. К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — № 1, 2002. — С. 7—12.
17. Напреєнко О. К. Сучасна фармакотерапія депресій // Вісник фармакології та фармації. — № 10, 2004. — С. 21—28.
18. Напреєнко О. та ін. Депресія (легкий та помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом): Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню / О. Напреєнко, Н. Лодка, А. Данилова, Н. Кравченко, М. Яровенко; Заг. ред. Г. Росс, О. М. Новічкова, А. В. Степаненко, Д. В. Варивончик / NICARE. — К., 2006. — С. 27—37.
19. Напреєнко О. та ін. Нормативно-правова база клінічних випробувань психотропних препаратів в Україні / О. Напреєнко, В. Усенко, І. Спіріна, Н. Пшук, В. Козідубова // Вісник фармакології та фармації. — № 12, 2006. — С. 19—28.
20. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Чумаков Д. В. и др. Новый анксиолитик афобазол: результаты сравнительного исследования с диазепамом при генерализованном тревожном расстройстве // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П. Б. Ганнушкина. Экстравыпуск. — 2006. — С. 17—23.
21. Психіатрія / О. К. Напреєнко, І. Й. Влох, О. З. Голубков; За ред. проф. О. К. Напреєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 485—518.
22. Смуглевич А. Б., Андрющенко А. В., Романов Д. В., Сиранчиева О. А. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости афобазола) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П. Б. Ганнушкина. Экстравыпуск. — 2006. — С. 3-10.

23. Сонник Г. Т., Напреєнко О. К., Скрипніков А. М. Психіатрія: Підручник. — К.: Здоров'я, 2006. — С. 331—364.

24. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. — WMA, 2004 (Хельсинская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации. Этические принципы для медицинских исследований с привлечением человека в качестве субъекта испытания. — WMA, 2004).

Надійшла до редакції 11.07.2007 р.

О. К. Напреєнко¹, Н. О. Марута²

Терапевтична ефективність та переносимість нового небензодіазепінового анксиолітика Афобазол при лікуванні непсихотичних та психосоматичних розладів, які супроводжуються тривогою

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ),
² ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

В 11 регіонах України у 230 пацієнтів здійснено оцінку динаміки проявів неврастенії, генералізованого тривожного розладу та розладів адаптації з супутньою психосоматичною патологією, а також переносимості терапії при комплексному лікуванні з використанням нового небензодіазепінового анксиолітика Афобазол в порівнянні з немедикаментозною терапією 60 таких самих хворих. Показано значний протитривожний ефект та добру переносимість даного препарату хворими старшими за 18 років (в оптимальних добових дозах 30—40 мг), у тому числі із супутньою соматоневрологічною та психосоматичною патологією. Афобазол не спричиняє симптомів відміни, формування ознак залежності та зниження продуктивної психічної активності. Він рекомендований до широкого використання під час лікування та профілактики непсихотичних психічних і психосоматичних розладів, що супроводжуються тривогою, як у стаціонарній, так і амбулаторній практиці.

О. К. Napreenko¹, N. O. Maruta²

Therapeutic efficiency and bearableness of new unbendiazepin anxiolytic Afobazol at treatment of non-psychotic and psychosomatic disorders which are accompanied alarm

¹ National medical University named after O. O. Bogomolec' (Kyiv);
² Institute Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

The estimation of dynamics of displays of nervous breakdown is carried out in 11 regions of Ukraine, generalized anxious disorder and disorders of adaptation with concomitant psychosomatic pathology, and also to bearableness of therapies in 170 patients at complex treatment with the use of new anxiolytic Afobazol as compared to unmedicinal therapy 60 the same patients. A considerable antianxious effect and good bearableness of this preparation is shown by patients more senior than 18 years (in the optimum daily allowance doses of 30—40 mg), including with concomitant — and psychosomatic pathology.

Afobazol does not cause the symptoms of declension and forming of signs of dependence. He is made to order to the wide using for treatment and prophylaxis of non-psychotic psychical and psychosomatic disorders which are accompanied alarm, both in stationary and to ambulatory practice.