

10. Парфенов В.А., Старчина Ю.А. Когнитивные расстройства и их лечение у больных артериальной гипертензией. РМЖ 2007;15(2):117–22.
11. Старчина Ю.А., Парфенов В.А., Чазова И.Е. и др. Когнитивные функции и эмоциональное состояние больных, перенесших инсульт, на фоне антигипертензивной терапии. Журн неврол и психиатр. Инсульт 2005;(15):39–44.
12. Starr J.M., Whalley L.J., Inch S. et al. Blood pressure and cognitive functions in healthy old people. J Am Geriatr Soc 1993;41:153–6.
13. Cacciatore F., Abete P., Ferrara N. et al. The role of blood pressure in cognitive impairment in an elderly population. J Hypertens 2002;15:0135–42.
14. Schnitzer T.J., Ferraro A., Hunsche E. et al. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. J Pain Sympt Manag 2004;28:72–95.
15. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006;15(Suppl. 2):169–91.
16. Van Tulder M.W., Scholten R.J., Koes B.W. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;(2):CD000396.
17. Vane J.R. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. Nat New Biol 1971;231(25):232–5.
18. Johnson A.G., Nguyen T.V., Day R.O. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis. Ann Intern Med 1994;121:289–300.
19. Pope J.E., Anderson J.J., Felson D.T. A meta-analysis of the effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure. Arch Int Med 1993;153:477–84.
20. Chan C., Reid C., Aw T. et al. Do COX-2 inhibitors raise blood pressure more than nonselective NSAIDs and placebo? An updated meta-analysis Do COX-2 inhibitors raise blood pressure more than nonselective NSAIDs and placebo? J Hypertens 2009;27(12):2332–41.
21. Linton A.L. Adverse effects of NSAIDs on renal function. Can Med Ass J 1984;131:189–91.
22. Perazella M. COX-2 selective inhibitors: analysis of the renal effects. Expert Opin Drug Saf 2002;1:53–64.
23. Friedewald V., Ram V., Wesson D. et al. The Editor's Roundtable: Effect of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Blood Pressure. Am J Cardiol 2010;105:1759–67.
24. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009;356 с.
25. Эрдес Ш.Ф. Неспецифическая боль в нижней части спины. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. М.: КомплектСервис, 2008;70 с.
26. NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44345/44345.pdf>

О.В. Сердюк¹, А.А. Овчинников², Н.А. Кутузова³, М.Ю. Дробизhev⁴, К.Ю. Ретюнский⁵

¹Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, ²кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППВ НГМА, ³ГБУЗ НСО ГНКБЗ, ⁴НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ⁵кафедра психиатрии УГМА

МКБ-10 и клинические особенности депрессий (данные программы ЦИРКАДИАН I)

Данные исследования ЦИРКАДИАН I свидетельствуют о неудовлетворительной диагностике депрессий в психиатрической практике. Так, некоторые из диагнозов МКБ-10, использующихся для обозначения депрессивных состояний (дистимия, циклотимия), применяются крайне редко. Считается, что для рубрик аффективных расстройств (F.30–F.33) предпочтительны только сравнительно кратковременные и обратимые витальные депрессии. Любые «отклонения» от этой клинической картины (сенситивные, тревожные симптомы, затяжное течение, отсутствие очерченных сезонных и суточных ритмов ухудшения настроения) рассматриваются как повод для отклонения диагноза аффективного расстройства. При этом депрессивные состояния квалифицируются в пределах шизофрении, расстройств адаптации и т.д.

Ключевые слова: депрессии, аффективные расстройства, МКБ-10.

Контакты: Михаил Юрьевич Дробизhev dmyu2001@mail.ru

ICD-10 and the clinical features of depressions: data of the CIRCADIAN-I program

O.V. Serdyuk¹, A.A. Ovchinnikov², N.A. Kutuzova³, M.Yu. Drobizhev⁴, K.Yu. Retynsky⁵

¹Sverdlovsk Regional Clinical Mental Hospital; ²Department of Psychiatry and Narcology, Faculty for Advanced Training and Occupational Retraining of Physicians, Novosibirsk State Medical Academy; ³Novosibirsk Municipal Clinical Mental Hospital Three; ⁴Research Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; ⁵Department of Psychiatry, Ural State Medical Academy

The data of the CIRCADIAN-I trial suggest that depressions are unsatisfactorily diagnosed in psychiatric practice. Thus, some of the ICD-10 diagnoses used to denote depressive states (dysthymia, cyclothymia) are made extremely rarely. Only comparatively short-term and reversible vital depressions are considered to be preferred for the categories of affective disorders (F.30–F.33). Any clinical deviations from this clinical presentation (sensitive, anxiety symptoms, a prolonged course, and no well-defined seasonal and circadian rhythms of mood worsening) are regarded as a guide for ruling out the diagnosis of affective disorder. At the same time depressive states are classified as schizophrenia, adjustment disorders, etc.

Key words: depressions, affective disorders, ICD-10.

Contact: Mikhail Yuryevich Drobizhev dmyu2001@mail.ru

В современной психиатрии доминируют представления о том, что депрессивные состояния, наблюдающиеся в структуре различных психических расстройств из МКБ-10 [1], отличаются по клиническим (в том числе синдромальным) характеристикам. Соответственно, проявления депрессий могут использоваться в качестве критериев в процессе диагностики аффективных расстройств. Указанная возможность анализируется в многочисленных публикациях и монографиях [2—6]. Вместе с тем неясно, насколько имеющиеся данные учитываются в практике работы отечественной психиатрии.

Пациенты и методы. Переходя от формулировки задач исследования к их практической реализации, обратимся к отечественной программе ЦИРКАДИАН I [7]. В базе данных этой программы, осуществленной в 2007 г., содержатся сведения о клинических особенностях депрессивных состояний и диагнозах у большого числа пациентов, наблюдавшихся психиатрами в разных регионах Российской Федерации. В частности, депрессии у каждого из изученных больных характеризуются по четырем основным осям, представляющим собой основные симптомокомплексы (синдромы) расстройства настроения: витальный (тоска, подавленность, анергия, психомоторное торможение); ангедонический (утрата способности радоваться с ощущением безнадежности); сенситивный (сенситивные идеи отношения); тревожный (сниженное настроение с тревогой и фобиями) [8]. Поскольку эти синдромы в свою очередь связаны с определенными циркануальными (годовыми) и циркадианными (суточными) ритмами (табл. 1), то имеются данные и об особенностях течения депрессивного состояния [9].

Больным устанавливали следующие диагнозы (перечислены в порядке убывания) по МКБ-10 [4]: депрессивный эпизод (730 случаев; 23,8%); рекуррентное депрессивное расстройство (622; 20,2%); биполярное аффективное расстройство (280; 9,1%); расстройство (приспособительных реакций) адаптации (275; 8,9%), параноидная шизофрения (155; 5,0%); шизофрения неуточненная (135; 4,4%); различные органические психические расстройства сосудистого генеза (115; 3,7%); смешанное тревожное и депрессивное расстройство (106; 3,4%); шизоаффективное расстройство (66; 2,1%); дистимия (60; 2,0%); циклотимия (47; 1,5%); различные органические психические расстройства, связанные с травмой головного мозга (44; 1,4%); шизотипическое расстройство (43; 1,3%); расстройство личности неуточненное (39; 1,3%).

В ходе настоящего исследования выявляли, какие именно симптомокомплексы, из четырех перечисленных вы-

ше, ассоциируются у практикующих психиатров с тем или иным диагнозом по МКБ-10 [10]. Для этого с помощью теста Колмогорова—Смирнова сравнивали факторные значения (factor scores), отражающие выраженность проявлений синдрома у пациентов с определенным психическим расстройством (основная группа), и остальных больных (группа сравнения). При этом возможны три результата. Во-первых, факторные значения, отражающие выраженность симптомокомплекса у больных с тем или иным диагнозом, могут быть значимо выше ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. Во-вторых, возможен обратный результат. При этом факторные значения, отражающие выраженность симптомокомплекса у больных с определенным психическим расстройством, могут быть значимо ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. Наконец, возможен третий вариант, когда факторные значения, отражающие выраженность симптомокомплекса у больных с определенным психическим расстройством, не отличаются ($p > 0,05$) от соответствующих показателей в группе сравнения.

Очевидно, что в первом случае (факторные значения, отражающие выраженность симптомокомплекса, выше, чем в группе сравнения) депрессивный синдром рассматривается большинством психиатров, участвовавших в исследовании, скорее как патогномоничный для депрессий, выступающих в рамках диагностической категории. Обратные соотношения (факторные значения, отражающие выраженность симптомокомплекса, ниже, чем в группе сравнения) свидетельствуют о том, что синдром расценивается в качестве отрицательного (негативного) диагностического признака. Иными словами, большинство психиатров, участвовавших в исследовании, считают, что этот симптомокомплекс не может наблюдаться у больных с данным диагнозом. В случае примерного равенства факторных значений может быть сделано заключение о том, что синдром расценивается в качестве нейтрального или индифферентного признака, не влияющего на принадлежность депрессии к диагностической категории.

Цель исследования — рассмотреть лишь те ситуации, когда депрессивный симптомокомплекс выступает в качестве патогномоничного признака психического расстройства.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что для большинства из изученных диагнозов выявляются патогномоничные синдромы. Например, для рекуррентного депрессивного расстройства — это витальный симптомокомплекс (табл. 2).

Тот же синдром наряду с сенситивным является патогномоничным для депрессий у больных параноидной шизофренией. Выраженные проявления упомянутого сенситивного симптомокомплекса отмечаются и при депрессивных

Таблица 1. Особенности течения депрессивных симптомокомплексов

Синдром	Динамика депрессий с симптомокомплексами в течение года			
	эпизоды, не связанные с сезоном	циркануальные ритмы	затяжное течение	в течение суток (циркадианные ритмы)
Витальный	+	+ (весна—осень)	-	Утро—день
Ангедонический	-/+	+ (осень—зима)	+	Утро—день
Сенситивный	-	+ (лето; весна—осень)	+	Утро—день
Тревожный	+	-	+	Утро—день Вечер—ночь Утро—вечер—ночь

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Таблица 2. Сопоставление факторных значений у больных двух групп

Диагноз	Синдром	Максимальная разность отрицательная	Максимальная разность положительная	p	Среднее факторное значение ± SD основная группа	Среднее факторное значение ± SD группа сравнения
Депрессивный эпизод	Витальный	-0,01	0,05	<0,10	- 0,05±1,00	0,02±0,99
	Ангедонический	0,00	0,08	<0,005	-0,11±0,99	0,04±0,99
	Сенситивный	0,00	0,08	<0,005	-0,13±0,95	0,05±1,01
	Тревожный	-0,07	0,00	<0,005	0,10±0,97	-0,04±1,01
Рекуррентное депрессивное расстройство	Витальный	-0,08	0,01	<0,005	0,09±0,96	-0,02±1,00
	Ангедонический	-0,05	0,01	>0,10	0,08±0,96	-0,01±1,00
	Сенситивный	-0,03	0,04	>0,10	-0,02±0,96	0,01±1,01
	Тревожный	-0,05	0,02	>0,10	0,04±0,97	-0,01±1,01
Биполярное аффективное расстройство	Витальный	-0,06	0,02	>0,10	0,04±0,93	0,00±1,00
	Ангедонический	-0,10	0,00	<0,025	0,16±0,93	-0,01±1,00
	Сенситивный	-0,10	0,02	<0,025	0,10±0,91	-0,01±1,01
	Тревожный	-0,01	0,11	<0,005	-0,23±0,93	0,02±1,01
Расстройство адаптации	Витальный	-0,02	0,10	<0,025	-0,11±1,02	0,01±1,02
	Ангедонический	-0,02	0,05	>0,10	-0,01±0,97	0,01±0,97
	Сенситивный	0,00	0,14	<0,001	-0,30±0,87	0,03±0,87
	Тревожный	-0,14	0,01	<0,001	0,21±1,04	-0,03±1,04
Шизофрения параноидная	Витальный	-0,14	0,01	<0,01	0,22±1,06	-0,01±0,98
	Ангедонический	-0,11	0,01	<0,10	0,13±1,05	0,00±0,99
	Сенситивный	-0,35	0,00	<0,001	0,80±1,11	-0,04±0,98
	Тревожный	0,00	0,23	<0,001	-0,49±0,11	0,02±0,99
Шизофрения неуточненная	Витальный	-0,07	0,04	>0,10	0,00±0,96	0,00±0,99
	Ангедонический	-0,13	0,01	<0,05	0,23±0,95	0,00±0,99
	Сенситивный	-0,32	0,00	<0,001	0,60±0,93	-0,02±1,00
	Тревожный	-0,01	0,23	<0,001	-0,45±0,80	0,01±1,01
Органические психические расстройства сосудистого генеза	Витальный	-0,10	0,04	>0,10	0,13±1,05	0,00±0,99
	Ангедонический	-0,12	0,00	<0,10	0,20±0,92	0,00±0,99
	Сенситивный	-0,01	0,16	<0,01	-0,28±0,86	0,01±1,01
	Тревожный	-0,14	0,01	<0,025	0,29±1,07	-0,02±1,00
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	Витальный	-0,01	0,16	<0,025	-0,23±0,96	0,01±0,99
	Ангедонический	-0,01	0,22	<0,001	-0,30±0,84	0,02±1,00
	Сенситивный	-0,01	0,18	<0,005	-0,32±0,89	0,02±1,00
	Тревожный	-0,15	0,01	<0,025	0,23±1,05	-0,01±1,00
Шизоаффективное расстройство	Витальный	-0,02	0,11	>0,10	-0,15±0,95	0,00±0,99
	Ангедонический	-0,06	0,14	>0,10	-0,21±1,32	0,01±0,98
	Сенситивный	-0,32	0,00	<0,001	0,67±1,07	-0,01±1,00
	Тревожный	-0,01	0,20	<0,025	-0,39±0,87	0,00±1,00
Дистимия	Витальный	-0,04	0,11	>0,10	-0,13±0,83	0,00±0,83
	Ангедонический	-0,03	0,17	<0,10	-0,19±0,87	0,01±0,87
	Сенситивный	0,00	0,16	<0,10	-0,38±0,79	0,01±0,79
	Тревожный	-0,07	0,03	>0,10	0,06±1,01	-0,01±1,01
Циклотимия	Витальный	-0,02	0,23	<0,025	-0,36±0,98	0,01±0,99
	Ангедонический	-0,05	0,10	>0,10	-0,02±0,85	0,01±0,99
	Сенситивный	-0,08	0,11	>0,10	-0,08±0,89	0,01±1,01
	Тревожный	0,00	0,30	<0,001	-0,53±0,79	0,00±1,01
Органические психические расстройства, связанные с травмой головного мозга	Витальный	-0,19	0,00	<0,10	0,46±1,12	-0,01±0,99
	Ангедонический	-0,04	0,09	>0,10	-0,04±0,89	0,01±0,99
	Сенситивный	-0,05	0,12	>0,10	-0,15±0,96	0,01±1,00
	Тревожный	-0,07	0,06	>0,10	0,00±1,11	-0,01±1,00
Шизотипическое расстройство	Витальный	-0,16	0,04	>0,10	0,10±1,08	0,00±0,99
	Ангедонический	-0,13	0,11	>0,10	-0,08±1,14	0,01±0,99
	Сенситивный	-0,25	0,00	<0,01	0,56±1,25	0,00±1,00
	Тревожный	-0,03	0,09	>0,10	-0,10±1,00	0,00±1,00
Расстройство личности неуточненное	Витальный	-0,13	0,06	>0,10	0,16±0,96	0,00±0,99
	Ангедонический	-0,07	0,14	>0,10	-0,17±1,25	0,01±0,99
	Сенситивный	-0,07	0,13	>0,10	-0,05±1,06	0,00±1,00
	Тревожный	-0,28	0,01	<0,005	0,53±1,06	-0,01±1,00

состояний в рамках других расстройств шизофренического спектра (шизофрения неуточненная, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство). Тревожный симптомокомплекс рассматривается в качестве патогномичного для депрессий из самых разных диагностических рубрик МКБ-10 [10], помещенных (за исключением депрессивного эпизода) вне пределов расстройств настроения (расстройство адаптации, различные органические психические расстройства сосудистого генеза, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройство личности неуточненное). Наконец, ангедонический и сенситивный синдромы ассоциируются с депрессивными состояниями, наблюдающимися у больных с двумя диагнозами: биполярным аффективным расстройством и шизофренией неуточненной. Завершая изложение результатов исследования, укажем, что для некоторых из изученных диагнозов (дистимия, циклотимия, органические психические расстройства, связанные с травмой головного мозга) патогномичные депрессивные синдромы так и не были установлены.

Обсуждение. Если полученные данные интерпретировать вместе со сведениями из табл. 1, то легко заметить, что рекуррентное депрессивное расстройство, по мнению практикующих психиатров, участвовавших в программе ЦИРКАДИАН I, представляет собой череду клинически очерченных витальных непродолжительных депрессий. Часть из них возникает лишь весной и/или осенью, тогда как периоды интермиссии приходятся на лето и зиму. Важно, что указанное мнение (по крайней мере в плане принципиальной обратимости таких депрессивных состояний) разделяют и некоторые видные отечественные специалисты в области психопатологии и классификации психических расстройств [2].

Между тем в зарубежной литературе преобладает иная точка зрения. Так, указывается, что депрессии в пределах рекуррентного депрессивного расстройства (так называемые униполярные, или монополярные, депрессии) отличаются тенденция к затяжному течению. В 40% случаев эти депрессивные состояния длятся в течение всего года, а в 20% — более 2 лет [5]. Для рекуррентного депрессивного расстройства нехарактерны периоды интермиссии, напротив, им свойственна выраженная резидуальная симптоматика [4]. Важно также, что, по некоторым данным, монополярную депрессию отличает не моторное торможение, а ажитация [3].

Заслуживает особого внимания представление психиатров, участвовавших в программе ЦИРКАДИАН I, о патогномичности затяжных, хотя и обладающих четкими циркануальными и циркадианными ритмами, депрессий с сенситивными идеями отношения (сенситивный симптомокомплекс) для расстройств шизофренического спектра. Это представление между тем противоречит взглядам некоторых отечественных авторов. В частности, они указывают на то, что сенситивные идеи отношения могут наблюдаться не только при шизофрении, но и при расстройствах адаптации [11]. Не упоминаются эти симптомы в качестве клинических особенностей депрессий у больных с расстройствами шизофренического спектра и в зарубежной литературе. Важно также, что в доступных публикациях отсутствуют достоверные данные о каком-либо преобладающем стереотипе течения депрессивных состояний у больных шизофренией.

Представление о том, что тревожный симптомокомплекс свойствен преимущественно депрессиям, не относящимся к собственно аффективным расстройствам, вполне

может быть связано с особым положением тревоги в современных систематиках. Действительно, тревожные симптомы не входят в число как основных, так и дополнительных проявлений депрессивных состояний в МКБ-10 [10]. Напротив, большая часть тревожных расстройств сконцентрирована в отдельном разделе МКБ-10 (Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства). Кроме того, проявления тревоги входят в число ключевых симптомов иных психических расстройств (тревожного расстройства личности, органического тревожного расстройства и т.д.). Очевидно также, что на диагностические предпочтения участников исследования могли оказать влияние особенности течения тревожных депрессий. Напомним, что для них характерно затяжное течение, возникновение вне связи с сезоном года, ухудшение состояния в любое время суток. Следует, однако, заметить, что исключение тревоги из числа проявлений, свойственных собственно аффективным расстройствам, не соответствует представлениям большинства отечественных авторов [2, 12, 13]. Они рассматривают эти симптомы в качестве неотъемлемых нарушений, свойственных таким депрессивным состояниям.

Единственным диагнозом из круга собственно аффективных расстройств, протекающим с тревожным симптомокомплексом, является в представлении психиатров депрессивный эпизод. Вместе с тем указанное исключение скорее подтверждает рассмотренную выше тенденцию. Действительно, категория «депрессивный эпизод» в МКБ-10 [10] обозначает единичную (первую) депрессию. При этом неясно, будет ли это состояние единственным или в случае развития повторных обострений выльется в «полноценное» аффективное расстройство. В результате депрессивный эпизод, по мнению психиатров, участвовавших в программе ЦИРКАДИАН I, может являться рубрикой, принадлежность которой к разделу аффективных расстройств в МКБ-10 выглядит достаточно условной.

О патогномичности затяжных депрессий для биполярного аффективного расстройства с ангедоническим и сенситивным симптомокомплексом не упоминается ни в отечественной, ни в зарубежной литературе [1]. Возможно, что рассматриваемые результаты отражают известные ограничения, связанные с методикой программы ЦИРКАДИАН I. Эпидемиологический характер работы не позволяет учесть целый ряд симптомов (например, психотические симптомы, лабильность настроения, нарушения сна и аппетита и т.д.), важных для диагностики депрессий при биполярном аффективном расстройстве. В результате рассматриваемая взаимосвязь между этим расстройством, с одной стороны, и ангедоническим, сенситивным симптомокомплексами депрессий, с другой, может рассматриваться лишь в качестве первичных данных, нуждающихся в дальнейшей верификации. В то же время нельзя не отметить, что в современной литературе существует представление о том, что патогенез рассматриваемого психического расстройства связан с дисбалансом нейротрансмиттеров в головном мозге [6]. Между тем в предшествующих работах, посвященных анализу данных программы ЦИРКАДИАН I, симптомы ангедонического и депрессивного синдромов отождествляются с дефицитом и избытком дофамина (соответственно) в мезолимбической системе [8].

Данные проведенного исследования свидетельствуют о гиподиагностике собственно аффективных расстройств.

Так, некоторые из них (дистимия, циклотимия) диагностируются крайне редко¹. В качестве типичных воспринимаются лишь сравнительно кратковременные и обратимые витальные депрессии в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. Любые «отклонения» от указанной клинической картины (сенситивные, тревожные симптомы, затяжное течение, отсутствие очерченных сезонных и суточных ритмов ухудшения настроения) рассматриваются как повод отвергнуть диагноз аффективного расстройства. При этом депрессивные состояния квалифицируются в пределах шизофрении, расстройств адаптации и т. д.

Очевидна также гиподиагностика биполярного аффективного расстройства. Легко заметить, что представления психиатров о монополярной депрессии соответствуют скорее биполярному ее варианту. Соответственно, можно предположить, что в части случаев рекуррентные депрессивные состояния в действительности являются биполярным аффективным расстройством. Кроме того, следует учесть, что тревога рассматривается в качестве одного из патогномо-

ничных проявлений биполярной депрессии [6]. Можно предположить, что среди больных с диагнозами, ассоциирующимися с тревожным симптомокомплексом, также «скрываются» пациенты с биполярной депрессией, хотя и отличающейся затяжным течением. Обращает на себя внимание явное сходство между депрессиями при биполярном аффективном расстройстве и неуточненной шизофренией. С учетом неопределенного характера последнего диагноза, явно отражающего отсутствие уверенности у психиатров в его валидности, можно предположить следующее. По крайней мере у части больных с неуточненной шизофренией в действительности имеется биполярное аффективное расстройство.

Завершая обсуждение результатов исследования, укажем, что представленные данные могут способствовать решению ряда теоретических и практических задач. В частности, они могут быть использованы при разработке новой отечественной редакции МКБ. Данные исследования, возможно, будут востребованы при составлении учебных программ, направленных на повышение квалификации психиатров.

¹ Не случайно у практикующих психиатров отсутствует представление о патогномоничных для этих диагнозов симптомокомплексах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение. Под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008;384 с.
2. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003;432 с.
3. Mitchell P.B., Malhi G.S. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord* 2004;6(6):530—9.
4. Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15(4):411—23.
5. Pincus H.A., Pettit A.R. The societal costs of chronic major depression. *J Clin Psychiatr* 2001;62(Suppl. 6):5—9.
6. Stahl S.M. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application*. 3rd ed. Cambridge University Press, 2008;1117 p.
7. Смулевич А.Б., Иванов С.В. Депрессия и биологические ритмы: анкетное исследование ЦИРКАДИАИ-1. *Психиатр и психофармакотер* 2008;10(6):4—7.
8. Сердюк О.В., Овчинников А.А., Кутузова Н.А. и др. Клинические особенности депрессий в психиатрической практике (программа ЦИРКАДИАИ-1). *Врач* 2009;12:43—5.
9. Сердюк О.В., Овчинников А.А., Кутузова Н.А. и др. Хронобиологические ритмы ухудшения настроения у больных депрессиями (программа ЦИРКАДИАИ-1). *Врач* 2010;3:33—6.
10. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. <http://www.mkb10.ru>
11. Ястребов Д.В. Социальная фобия и сенситивные идеи отношения (клиника и терапия). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000.
12. Справочное руководство по психофармакологии. Психофармакологические и противоэпилептические препараты, разрешенные к применению в России. Под ред. С.Н. Мосолова. 2-е изд. М.: БИНОМ, 2004.
13. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Депрессии в пожилом возрасте. http://www.psychiatry.ru/book_show.php?booknumber=38&article_id=17

Н.В. Шахпаронова, А.С. Кадыков, Е.М. Кашина

Научный центр неврологии РАМН, Москва

Постинсультные когнитивные нарушения и их терапия цераксоном

Цель исследования — оценка влияния цитиколина (цераксон) на восстановление когнитивных функций у пациентов после ишемического инсульта.

Пациенты и методы. Обследовано 33 больных (13 мужчин и 20 женщин) в возрасте 46—82 лет (средний возраст — 66,5±6,75 года), перенесших ишемический инсульт. Срок после развития инсульта — от 3 мес до 1 года. По данным нейropsychологического обследования у всех больных обнаружены легкие или умеренные когнитивные нарушения в виде расстройств памяти, внимания и мышления.

Результаты и их обсуждение. Под влиянием лечения цитиколином (цераксон) в дозе 500 или 1000 мг/сут в течение 10 дней отмечены положительные изменения нейродинамических характеристик когнитивных функций, улучшение памяти, мышления и самочувствия пациентов. Улучшение когнитивных функций было более значительным при использовании цераксона в дозе 1000 мг/сут.

Ключевые слова: постинсультные когнитивные нарушения, реабилитация, цитиколин (цераксон).

Контакты: Наталья Владимировна Шахпаронова nvShakhp@yandex.ru

Poststroke cognitive impairments and their therapy with ceraxon

N.V. Shakhparonova, A.S. Kadykov, E.M. Kashina

Neurology Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow