

atherothrombosis. JAMA 2007;297:1197—206.

11. Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Инсулт. Клиническое руководство. М.: БИНОМ, 2005.
12. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. Stroke 2007;38:1655.
13. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for the prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. Br Med J 2002;324:71—86.
14. Аверков О.В. Антитромбоцитарные препараты как средства увеличения эффективности и обеспечения безопасности чрескожных коронарных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца. Кардиология 2003;43(11):66—75.
15. Явелов И.С. Ацетилсалициловая кислота и профилактика инсульта у больных группы высокого риска. Неврол нейропсихиатр психосомат 2009;3—4:64—9.
16. Парфенов В.А. Транзиторная ишемическая атака и гипертонический криз. Клин геронтол 2009;10—11:3—12.
17. Клиническая фармакология. Национальное руководство. Под ред. Ю.Б. Белоусова и др. М., 2009.
18. The Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators (CURE). Effects of clopidogrel in additions to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segments elevation. N Engl J Med 2001;345:494—502.
19. Ведение больных после ангиопластики коронарных артерий. Клин фармакол и терапия 2004;4:2—7.

20. Hass W.K., Easton J.D., Adams H.P. Jr. et al. A randomized trial comparing ticlopidine hydrochloride with aspirin for the prevention of stroke in high-risk patients: Ticlopidine Aspirin Stroke Study Group. N Engl J Med 1989;321:501—7.
21. Bertrand M.E., Rupperecht H.L., Urban P. et al. Double-blind study of the safety of clopidogrel with and without a LD in combination with aspirin after PCI (CLASSICS). Circulation 2000;102:624—9.
22. Steinhilb S.R., Berger P.B. Mann J.T. III et al., for the CREDO Investigators. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous interventions: A randomized controlled trial. JAMA 2002;288:2411—20.
23. Diener H.C., Bjgousslavsky J., Brass L.M. et al., MATCH Investigators. Aspirin and clopidogrel alone after recent ischemic stroke or transient attack in high — risk patient (MATCH). Randomized, double-blind placebo-controlled trial. Lancet 2004;364:331—7.
24. CAPRI Steering Committee. A randomized, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events (CAPRI). Lancet 1996;348:1329—39.
25. Sacco R. Presented at ESCo 2008.
26. Adams H.P.Jr., Bendiken B.H., Kappelle L.J. et al. Classification of subtype of acute icshemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke 1993;24(1):35—40.
27. Современные подходы к лечению стенозов сонных артерий. Информационное письмо для неврологов, терапевтов, кардио-

- логов, геронтологов, семейных врачей. Под ред. проф. В.И. Скворцовой. М., 2006.
28. Эндоваскулярная хирургия при патологии брахиоцефальных артерий. Под ред. Б.Г. Алекияна, М. Анри и др. М., 2001.
29. Осиев А.Г., Редькин Д.А. Стенозы сонных артерий: взгляд интервенционного кардиолога. Consilium medicum 2007;9(2):9—12.
30. Eckstein H.-H., Ringleb P., Alenber J.-R. et al. Results of the Stent-Protected Angioplasty versus Carotid Endarterectomy (SPACE) study to treat symptomatic stenoses at 2 years: a multinational, prospective, randomised trial. Lancet Neurology DOI:10.1016/S1474—4422(08)70196—0.
31. Yadav J.S., Wholey M.H., Kuntz R.E. et al., for the Stenting and angioplastic witch Protection in Patient at High Risk for Endarterectomy Investingators (SAPPHIRE). Protected carotid-artery stenting versus endarterectomy in high-risk patients. N Engl J Med 2004;351:1493—501.
32. Study to Evaluate the Neuroshield Bare Wire Cerebral Protection System and X-Act Stent in Patients at High Risk for Carotid Endarterectomy (SECURITY). Am Coll Cardiol 2007;504:613—2418.
33. Явелов И.С. Длительная активная анти-тромбоцитарная терапия способна уменьшить частоту необратимых атеротромботических осложнений после чрескожной реваскуляризации миокарда: результаты исследования CREDO. Качеств клин практика 2003;2:24—7.
34. Справочник ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России, М., 2010.

Д.Ю. Вельтищев

Московский НИИ психиатрии Росздрава

Возможности применения препарата Танакан® в терапии генерализованного тревожного синдрома

Possibilities of using Tanakan® in therapy for generalized anxiety syndrome

D. Yu. Veltishchev

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russian Agency for Health Care

The review considers the treatment of anxiety disorders (generalized anxiety and the anxious variant of adaptation disorders) with Tanakan® that is a standardized ginkgo biloba extract. The successful use of the drug in moderate anxiety states in elderly patients having cognitive disorders of cerebrovascular nature is now beyond question. However, the pronounced stimulating effect of Tanakan® requires that caution should be exercised when giving it in anxiety syndrome.

Key words: anxiety disorders, adaptation disorders, ginkgo biloba, Tanakan, elderly patients.

Dmitry Yuryevich Veltishchev: dvelt@zebra.ru

Тревожные расстройства, характеризующиеся выраженным и продолжительным ответом на психотравмирующие обстоятельства, являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов за помощью, не только к пси-

хиатру, но и к врачам других специальностей. Распространенность тревожных расстройств в первичной медицинской практике составляет от 2,5 до 19% [1, 2], при этом наиболее частым диагнозом является генерализованное тревожное

расстройство (ГТР), выявляемое в первичной практике в 10,3% [1], а в течение жизни — у 4–7% населения [3]. Наиболее высокая распространенность ГТР, достигающая 33%, отмечена у амбулаторных пациентов клиник общего профиля [2]. Специфика симптомов и особенности динамики данного расстройства недостаточно изучены, поэтому критерии ГТР в настоящее время исследуются и совершенствуются.

Другим расстройством, проявляющимся генерализованным тревожным синдромом, является тревожный вариант расстройств адаптации (ТВРА) [4, 5]. Его распространенность в качестве единственного диагноза составляет 7,7% в клинике общего профиля, в других 4,2% случаев ТВРА сопутствует другим психическим расстройствам, диагностированным в соответствии с критериями МКБ [5]. В первичной медицинской практике ТВРА встречается лишь у 1% всех пациентов поликлиники, у 4,5% пациентов, имеющих психологические проблемы, и у 9,2% больных данным синдромом сопутствует другим психическим расстройствам [6].

Следует отметить, что тревожный синдром различной выраженности нередко встречается у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями и деменцией [7–9]. В таких случаях тревога может быть следствием когнитивного нарушения в связи с социальной дезадаптацией, являющейся хроническим стрессовым фактором для многих пациентов. Связь когнитивных и тревожных нарушений во многом объясняет высокую распространенность тревожных расстройств среди пациентов неврологических клиник.

В лечении ГТР, как правило, применяют как психотерапию (чаще когнитивно-поведенческую), так и фармакотерапию: бензодиазепиновые транквилизаторы, прегабалин, бупирон и антидепрессанты из групп ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, а также селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [3, 10]. Бензодиазепины обладают преимуществом по скорости анксиолитического эффекта, однако многочисленные побочные эффекты ограничивают их длительное применение. К негативным эффектам относят выраженную седацию, психомоторную заторможенность, когнитивные нарушения, а также быстрое формирование физической зависимости с выраженным эффектом отмены, наблюдающимся даже при сравнительно кратковременном применении. Следует отметить, что большинство препаратов, обладающих седативным эффектом, рекомендуемых для лечения ГТР, могут негативно влиять на социальную адаптацию амбулаторных пациентов, ухудшая когнитивные функции. В исследовании проводимой врачами общей практики терапии ТВРА [6] было показано, что в 90% случаев применяли нефармакологические методы, которые у 74% больных сочетали с лекарственным лечением. Наиболее часто использовали анксиолитические препараты (60%), затем — антидепрессанты (11%) и гипнотические средства (8%).

Кроме того, пациенты общей медицинской практики, страдающие тревожными расстройствами, нередко применяют фитотерапию. В исследовании P. Roy-Byrne [11] отмечено достаточно частое (11%) ее применение пациентами первичной медицинской практики, страдающими тревожными и депрессивными расстройствами, а также основным, но умеренно выраженным хроническим соматическим заболеванием. Данная группа пациентов имела в среднем высокий образовательный уровень и повышенные показатели нейротизма. При этом более трети всех пациентов продолжали прием психотропных препаратов и около половины из

них — в достаточных терапевтических дозах. Исследование показало, что при наличии тревожных и депрессивных расстройств пациенты чаще всего использовали препараты, содержащие экстракты зверобоя, женьшеня, кава-кава, валерианы и гинкго билоба.

Препарат Танакан® (стандартизированный экстракт гинкго билоба — Egb 761) зарегистрирован во многих странах для лечения когнитивных нарушений. В многочисленных исследованиях показана высокая эффективность препарата, проявляющаяся улучшением когнитивных функций, повседневной активности и социальной адаптации пациентов, страдающих деменцией [12–14]. Значительное улучшение когнитивных функций при применении Танакана® отмечено также у психически здоровых пожилых пациентов [13, 15]. Помимо положительного влияния на когнитивные функции, исследования подтвердили анксиолитическое действие препарата у больных с когнитивными нарушениями, связанными с цереброваскулярной патологией [16, 17].

В экспериментальных работах доказано наличие стресс-протективного и анксиолитикоподобного эффекта EGb 761. В исследованиях, проведенных на животных, назначение препарата приводило к замедлению формирования эффектов заученной беспомощности, улучшению возможности приема новой пищи в непривычных условиях на модели эмоциональной гипофагии, а также способствовало смягчению выраженности других поведенческих признаков стрессовой тревоги. Сходные результаты были получены при применении анксиолитических препаратов [18, 19]. Кроме того, в экспериментальном исследовании [20] было показано, что на фоне приема EGb 761 снижалось количество ошибок при заучивании новой информации в стрессовой ситуации, а также снижался усиленный в этих условиях выброс адреналина, норадреналина и кортизола. Длительное применение препарата приводило к снижению базальной секреции кортизола и кортикотропин-высвобождающего гормона [21]. Эти исследования показали, что EGb 761 регулирует систему гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников, активизированную в стрессовых состояниях, что, как известно, может приводить к развитию тревожных и депрессивных расстройств [22]. В связи с этим значимым являлся также эффект, направленный на смягчение выброса кортикотропин-высвобождающего гормона, гиперпродукция которого наблюдается при тревожных расстройствах [23]. В экспериментальных исследованиях эффектов экстракта гинкго билоба среди добровольцев [24] было показано, что однократный прием препарата в дозе 120 мг предотвращал повышение систолического и диастолического артериального давления в стрессовом состоянии, не влияя на частоту сердечных сокращений. Кроме того, препарат уменьшал выброс кортизола, усиленный в стрессовых состояниях. Следует заметить, что экспериментальные исследования концентрировались на изучении влияния препарата на проявления нормальных стрессовых состояний, подтверждая его протективное действие. Однако этот эффект не может служить обоснованием для применения Танакана® при патологических острых стрессовых реакциях, сопровождающихся страхом, диссоциативно-шоковой симптоматикой и психомоторным возбуждением, требующих в первую очередь применения седативной терапии.

В связи с этим исследования эффективности Танакана® при непсихотических генерализованных тревожных син-

дромах — ГТР и ТВРА — представляют наибольший интерес. В частности, плацебоконтролируемое исследование эффективности EGb 761 проводилось в течение 4-недельного курса лечения у 107 пациентов с ГТР и ТВРА [25]. Препарат назначали в дозах 240 и 480 мг/сут. Независимо от диагноза авторы выявили положительное влияние на выраженность тревоги, определяемой по Шкале тревоги Гамильтона (снижение на 12,1 и 14,3 пункта шкалы соответственно) при сравнении с плацебо. Значимое улучшение отмечено также в соответствии с оценкой тревоги по Шкале напряжения и агрессии Эрлангена. Уменьшение выраженности психопатологической симптоматики происходило параллельно снижению интенсивности и числа соматических симптомов тревоги. Авторы отметили наилучший эффект более высокой дозы EGb 761 (480 мг). Отмеченная положительная динамика в какой-то мере была сопоставима с таковой при применении 5 мг оксазема, 3 мг бромазема и 300 мг экстракта кава-кава, назначаемых при непсихотических тревожных расстройствах в течение 4 нед [26]. Сходные результаты получены при лечении генерализованных тревожных расстройств лоразепамом. В данном исследовании эффект лоразепама оказался быстрым, но нестойким, снижаясь к концу курса. При исследовании эффективности EGb 761 динамика редукции тревоги была иная: отмечено сходное снижение выраженности симптоматики при применении препарата и плацебо на 1-й неделе лечения и существенное улучшение на отставленных этапах, достигающее максимума к концу курса. Авторы отмечали, что сходные результаты при лечении ГТР с отставленным положительным эффектом, оцениваемым в соответствии с уменьшением выраженности тревоги по Шкале тревоги Гамильтона, были получены и при лечении антидепрессантами венлафаксином и сертралином [27, 28].

В отечественной медицинской практике Танакан® является признанным препаратом, используемым для лечения астенических расстройств [29—31]. В частности, было показано, что его эффективность при гипостеническом варианте астении, сопровождающемся выраженной усталостью, заметно выше, чем при гиперстеническом, характеризующемся ситуационно обусловленной эмоциональной лабильностью с тревожными реакциями и вегетативной неустойчивостью [30]. Наличие симптомов тревоги и вегетативной лабильности при астенических расстройствах может негативно сказываться на эффекте препарата у некоторых пациентов,

вызывая клинические эффекты гиперстимуляции в виде усиления возбуждения, напряженности, нарушений ночного сна. В других случаях, преимущественно у пациентов с преморбидной психофизиологической стабильностью, отмечается достаточно быстрая положительная динамика как астенического синдрома, так и симптомов тревоги.

В связи с этим, проблема патогенетической гетерогенности тревожных расстройств представляет наибольший интерес в плане выбора дифференцированной тактики лечения и эффективного применения препарата Танакан®.

Актуальность этой проблемы объясняется тем, что для лечения ГТР рекомендованы препараты с различными, порой противоположными, фармакологическими и клиническими эффектами. В настоящее время прослеживаются отчетливые различия отдельных вариантов тревожных синдромов, выделяемых в зависимости от типа течения тревожных состояний: кратковременное, ситуационно обусловленное расстройство; хроническое, порой многолетнее течение ГТР; тревога, спаянная с личностью (в частности, в виде тревожного типа темперамента, предложенного Akiskal [32]). Нередко встречается также ГТР, имеющее рекуррентное течение с наличием «светлых» промежутков [33]. Однако данные находки пока еще не имеют существенного значения для выбора терапевтической тактики. Гораздо меньше внимания уделялось психопатологической гетерогенности тревоги, обусловленной личностными характеристиками. Именно это направление представляется наиболее перспективным, обеспечивающим связь психопатологической и клинико-психологической диагностики и дифференцированной терапевтической тактики тревожных расстройств.

Таким образом, вопрос эффективности Танакана® при генерализованном тревожном синдроме остается недостаточно изученным. В настоящее время не вызывает сомнений успешное применение препарата при умеренно выраженных тревожных состояниях у пожилых пациентов, имеющих когнитивные нарушения цереброваскулярной природы. Однако выраженный стимулирующий эффект Танакана® требует осторожности в его назначении при тревожном синдроме: в частности, малых начальных суточных доз с постепенным их увеличением при отсутствии признаков усиления тревоги. В связи с этим актуальной проблемой остается выделение психопатологических признаков тревожного синдрома, определяющих положительный прогноз лечения с применением препарата Танакан®.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anseau M., Dierick M., Buntinx F. et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Dis* 2004;78:49—55.
2. Sansone R.A., Hendricks C.M., Gaither G.A. Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic: a pilot study. *Depress Anx* 2004;19:133—6.
3. Allgulander C., Bandelow B., Hollander E. et al. World Council of Anxiety. WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Spectrums* 2003;8(Suppl. 1):53—61.
4. Вельтишев Д.Ю. Диагностика и фармакотерапия тревожного варианта расстройств адаптации. *Врач* 2009;5:67—70.
5. Strain J.J., Smith G.C., Hammer J.S. et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:139—49.
6. Semaan W., Hergueta T., Bloch J. et al. Etude transversale de la prevalence du trouble de l'adaptation avec anxierter en merdecine gernerale [Cross-sectional study of the prevalence of adjustment disorder with anxiety in general practice]. *L'Encerphale* 2001;27:238—44.
7. Chan D.C., Kasper J.D., Black B.S., Rabins P.V. Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:174—82.
8. Forsell Y., Palmer K., Fratiglioni L. Psychiatric symptoms/syndromes in elderly persons with mild cognitive impairment. Data from a cross-sectional study. *Acta Neurol Scand* 2003;107(Suppl. 179):25—8.
9. Lyketsos C.G., Lopez O., Jones B. et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment. Results from the cardiovascular health study. *J Am Med Assoc* 2002;288:1475—83.
10. Montgomery S.A. Pregabalin for the treatment of GAD. *Expert Opin Pharmacother* 2006;7(15):2139—54.

11. Roy-Byrne P.P., Bystritsky A., Russo J. et al. Use of herbal medicine in primary care patients with mood and anxiety disorders. *Psychosomatics* 2005;46:117—22.
12. Birks J., Grimley Evans J. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4.
13. Le Bars P.L., Katz M.M., Berman N. et al. North American EGB Study Group. A placebo-controlled, double-blind randomized trial of an extract of Ginkgo biloba for dementia. *J Am Med Assoc* 1997;278:1327—32.
14. Oken B.S., Storzbach D.M., Kaye J.A. The efficacy of Ginkgo biloba on cognitive function in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1998;55:1409—15.
15. Mix J.A., Crews W.D. A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of Ginkgo biloba extract EGB 761 in a sample of cognitively intact older adults: neuropsychological findings. *Human Psychopharm Clin Exp* 2002;17:267—77.
16. Eckmann F., Schlag H. Kontrollierte Doppelblind-Studie zum Wirksamkeitsnachweis von Tebonin forte bei Patienten mit zerebrovaskulärer Insuffizienz. *Fortschritte Med* 1982;100:1474—8.
17. Hoerr R. Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): effects of EGB 761. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(Suppl. 1):S56—S61.
18. Porsolt R.D., Martin P., Fromage S. et al. Anti-stress effects of EGB 761 in rodent models. In: Y. J. Cristen, J. Costentin, M. Lacour (eds). Effects of Ginkgo biloba extract (EGB 761) on the central nervous system. Elsevier, 1992;135—45.
19. Ward C.P., Redd K., Williams B.M. et al. Ginkgo biloba extract: cognitive enhancer of antistress buffer. *Pharmacol Biochem Behav* 2002;72:913—22.
20. Rapin J.R., Lamproglou I., Drieu K. Demonstration of the «anti-stress» activity of an extract of Ginkgo biloba (EGB 761) using a discrimination learning task. *Gen Pharmacol* 1994;25:1009—16.
21. Marcilhac A., Dakine N., Bourhim N. et al. Effect of chronic administration of Ginkgo biloba extract or ginkgolide on the hypothalamic—pituitary—adrenal axis in the rat. *Life Sci* 1998;62:2329—40.
22. Stroehle A., Holsboer F. Stress responsive neurohormones in depression and anxiety. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(Suppl. 3):S207—14.
23. Holsboer F. CRHR1 antagonists as novel treatment strategies. *CNS Spectrums* 2001;6:590—4.
24. Jezova D., Duncko R., Lassanova M. et al. Reduction of rise in blood pressure and cortisol release during stress by Ginkgo biloba extract (EGB 761) in healthy volunteers. *J Physiol Pharmacol* 2002;53:337—48.
25. Woelk H., Arnoldt K.H., Kieser M., Hoerr R. Ginkgo biloba special extract in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res* 2007;41:472—80.
26. Woelk H., Kapoula O., Lehrs S. et al. Behandlung von Angst-Patienten. Doppelblindstudie: Kava-Spezialextrakt versus Benzodiazepine. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 1993;69:271—7.
27. Allgulander C., Dahl A.A., Austin C. et al. Efficacy of sertraline in a 12-week trial for generalized anxiety disorder. *Am J Psych* 2004;161:1642—9.
28. Meoni P., Hackett D., Lader M. Pooled analysis of venlafaxine XR efficacy on somatic and psychic symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder. *Depress Anx* 2004;19:127—32.
29. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000;496.
30. Краснов В.Н., Вельтишев Д.Ю. Неврастения как вариант астенического синдрома: фармакотерапевтический анализ на модели терапии танаканом. *Журн неврол и психиатр им. С.С. Корсакова* 1999;99(7):37—40.
31. Незнамов Г.Г., Телешова Е.С., Сюняков С.А. и др. Влияние танакана на психофизиологическое состояние больных с астеническими расстройствами. *Экспер клин психофармакол* 2002;1:22—8.
32. Akiskal H.S. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(Suppl. 3):66—73.
33. Angst J., Gamma A., Bienvenu O. et al. Varying temporal criteria for generalized anxiety disorder: prevalence and clinical characteristics in a young age cohort. *Psychol Med* 2006;36(9):1283—92.
34. Cieza A., Maier P., Poeppel E. Effects of Ginkgo biloba on mental functioning in healthy volunteers. *Arch Med Res* 2003;34:373—81.
35. de Jonghe F., Swinkels J., Tuynman-Qua H. A comparative study of suriclone, lorazepam and placebo in anxiety disorder. *Pharmacopsychiatry* 1989;22:266—71.

В издательстве «ИМА-ПРЕСС» вышла книга «КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ» под редакцией акад. З.А. Суслиной и проф. А.В. Фонакина.

Монография посвящена актуальному направлению современной медицины — кардионеврологии. Систематизированы основные научно-практические разделы кардионеврологии, отражающие тесную взаимосвязь мозга и сердца на всех этапах сердечно-сосудистого континуума — от факторов риска до тяжелых церебральных и кардиальных осложнений. Рассмотрены современные стратегии первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, базирующиеся на единстве общетерапевтических подходов. На основе мировых данных и результатов собственных исследований детально представлены вопросы патогенеза кардиогенных инсультов. Проанализированы клинические и инструментальные проявления цереброкardiaльного синдрома и уточнены особенности антигипертензивной, антиаритмической и антиангинальной терапии в остром периоде инсульта. Впервые продемонстрированы оригинальные данные о взаимосвязи церебральных кардиальных нарушений, особенностей очагового церебрального поражения, хронической кардиальной патологии и неврологической динамики в остром периоде ишемического инсульта. Особое внимание уделено состоянию сердечной деятельности при хронических формах цереброваскулярной патологии, на основании авторских разработок продемонстрирована общность кардиocereбральных патогенетических процессов. В разделе, посвященном хирургическим методам лечения, рассмотрена проблема защиты мозга при операциях на открытом сердце, а также профилактики кардиальных нарушений, связанных с проведением реконструктивных вмешательств на артериях головы. Отдельная глава посвящена актуальным вопросам определения, классификации, диагностики и лечения синкопальных состояний.



Книга адресована врачам различных специальностей — неврологам, терапевтам, кардиологам, сердечно-сосудистым хирургам, специалистам по рентгенохирургическим методам исследования и лечения заболеваний сердца и сосудов, функциональной и ультразвуковой диагностике.

По вопросам приобретения книги обращайтесь по тел.: 8 903 721 48 20.