

Эффективность препарата эсциталопрам (Ципралекс) в лечении панических атак

К. м. н, в. н. с. О.А. Шавловская

Эсциталопрам (Ципралекс) – высокоселективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) с доказанной эффективностью в отношении панических расстройств. Антидепрессанты группы СИОЗС вследствие избирательности своего действия обладают значительно меньшим количеством побочных эффектов и степенью их выраженности в сравнении с препаратами предшествующего поколения – трициклическими антидепрессантами. Антидепрессивное действие эсциталопрама было продемонстрировано в клинических испытаниях, в том числе и плацебо-контролируемых, в основном на пациентах с депрессивными расстройствами.

Эсциталопрам представляет собой S-энантиомер СИОЗС циталопрама – рацемического соединения, состоящего из двух изомеров (S- и R-). Установлено, что способность S-изомера ингибировать обратный захват серотонина более чем в 100 раз выше, чем у R-изомера. S-циталопрам

был выделен в самостоятельный препарат, который превосходит циталопрам в скорости развития клинического эффекта и степени его выраженности.

Так, в ранее проведенных исследованиях при использовании эсциталопрама с фиксированной дозой 10 мг/сутки наблюдалось такое же улучшение по ключевым параметрам антидепрессивной эффективности, как и при использовании 40 мг циталопрама. Ранний и стойкий антидепрессивный эффект эсциталопрама достигается при использовании доз в интервале 10–20 мг/сут. при исключительно хорошей переносимости [11]. Согласно многоцентровым исследованиям, проведенным в США, в 76% случаев отмечена хорошая переносимость эсциталопрама независимо от дозы. Прекращение приема эсциталопрама вследствие побочных явлений было зафиксировано у 4,2% принимавших препарат в дозе 10 мг/сут. и у 10,4% – в дозе 20 мг/сут. [16]. Тяжесть нежелательных явлений, возникавших при терапии, не превышает 2 баллов по шкале побочных эффектов терапии (UKU), что свидетельствует об отсутствии существенного влияния на состояние и функционирование больного. Динамика нежелательных явлений имеет регрессирующий характер, т. е. к концу 2-й недели лечения большинство проявлений слабо выражено и утрачивает как объективную, так и субъективную значимость [3].

Панические атаки (ПА) – наиболее выраженная форма тревожных рас-

стройств, приводящих к тяжелой дезадаптации [14], имеющая хроническое течение с обострениями и ремиссиями [4]. ПА представляют собой дискретные периоды, в которых имеет место внезапно начинающееся сильное беспокойство, страх или ужас, часто ассоциирующиеся с чувством неминуемой гибели. Эти приступы характеризуются такими симптомами, как одышка, пульсация, боль или дискомфорт в грудной клетке, ощущение удушья и страх «сойти с ума» или «потерять контроль» [5]. Диагностическими критериями для панической атаки (ПА) являются пароксизмальность, полисистемность вегетативных симптомов, наличие эмоциональных расстройств, выраженность которых может колебаться от «ощущения дискомфорта» до «паники».

Цель исследования

Оценивались эффективность и переносимость 10-недельного курса эсциталопрама (фирма Lundbeck) в дозе 5–10 мг/сут. в лечении панических расстройств по данным динамики клинических характеристик и психометрических показателей, а также выделение предикторов эффективности терапии. Основная оценка эффективности производилась по частоте панических атак на 10-й неделе лечения по сравнению с фоновыми показателями (до начала лечения) и влиянию препарата на коморбидные состояния. Эффективность эсциталопрама верифицировалась статистиче-



ски значимым урежением панических атак, снижением уровня тревоги, депрессии.

Материал исследования

Сорок амбулаторных пациентов, удовлетворяющие критериям DSM-IV (1994) и МКБ-10 (1995) [13, 17] для панического расстройства с агорафобией или без нее. Все обследованные имели типичные ПА – индекс типичности равен 0,68 [3]. Среди обследованных пациентов были 27 (67,5%) женщины и 13 (32,5%) мужчин. Средний возраст больных в целом по группе на момент обращения – 35,9 ± 9,1 лет (от 24 лет до 61 года). Средний возраст дебюта ПА составил 33,8 ± 8,1 года (от 23 до 57 лет), при этом 33,3% находились в рамках возрастного предела 25–35 лет, 33,3% – в пределах 35–40 лет и 14,8% – в пределах 30–35 лет. Т. е. все обследованные лица были активного, трудоспособного возраста. Длительность заболевания в среднем по группе составила 1,1 ± 1,1 года (от 1 месяца до 4 лет). Популяция пациентов представлена в таблице 1.

Среди обследованных пациентов 29,6% страдали агорафобией. Эти пациенты были не в состоянии самостоятельно ездить в метро, водить собственную машину (только в сопровождении близких). 25,9% имели ограничительное поведение, которое включало в себя плохую переносимость гипермаркетов, рынков, других общественных мест, провоцирующих приступы ПА из-за «мелькания перед глазами людей и множества товаров». Среди наблюдаемых пациентов 11 являются автовладельцами, но из-за приступов ПА они были вынуждены отказаться от самостоятельного вождения машины. В процессе терапии пациенты вновь стали водить машину без каких-либо субъективных затруднений, что свидетельствует в пользу хорошей переносимости эсциталопрама на фоне выраженного эффекта повышения концентрации внимания.

Профессиональная представленность

В группах пациентов были представители разных профессий, среди них 81,5% имели постоянную работу (менеджер, начальник эксплуатации стройки, администратор фирмы, врач, зам. гендиректора предприятия, веду-

Таблица 1. Популяция пациентов

Показатель	Значение	
Представленность по полу (ж/м)	2:1	
Средний возраст больных по группе в целом (лет)	35,9 ± 9,1	
Средний возраст больных (лет)	Женщин	35,1 ± 8,3
	Мужчин	33,8 ± 10,8
Средний возраст дебюта по группе в целом (лет)	33,8 ± 8,1	
Средний возраст дебюта (лет)	Женщин	34,5 ± 7,3
	Мужчин	32,5 ± 9,9

Таблица 2. Предшествующие диагнозы

Ранее поставленные диагнозы	Число больных	
Панические атаки	6	
Недифференцированное психо-вегетативное расстройство	Вегето-сосудистая дистония	13
	Соматоформное расстройство	1
Соматическое расстройство	Гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия	3
	Дискинезия желчевыводящих путей	2
Диагноз отсутствовал	15	
Всего	40	

щий специалист по региональным поставкам, бухгалтер, директор фирмы, экономист, банковский служащий, бизнесмен, провизор, продавец супермаркета, дизайнер по шторам, личный повар) и 18,5% не работали (домохозяйка, пенсионер). Только одна пациентка ушла с работы из-за начавшегося у нее заболевания, остальные – в связи с соматическими заболеваниями или возрастом. Высшее образование имели 51,8%, среднее специальное – 48,2%. Как видно из перечня профессий, подавляющее большинство исследуемых пациентов занимают руководящие и ответственные посты, требующие максимального внутреннего напряжения.

Оказалось, что более чем у половины больных наблюдалось сочетание клинических синдромов: вегетативной дисфункции, алгических проявлений, мотивационных и инсомнических нарушений.

В 30% случаев наблюдались головные боли. Характеристика головной боли у больных ПА имела отчасти признаки головной боли напряжения (локализация в лобно-теменно-височной области, давящего характера, средняя интенсивность по ВАШ достигала 4–5 баллов) и отличалась от последней сопровождающимися симптомами: ощущением «тяжести в голове», «ухудшением слуха», ощущением того, что «слышится биение сердца», «что-то натянуто в голове». Поскольку голов-

ные боли возникали только в сопровождении других симптомов, данные характеристики могут свидетельствовать в пользу того, что головная боль была составной частью психо-вегетативного комплекса.

Большая часть пациентов (63%), обратившихся за помощью, имели предшествующие диагнозы, которые или отражали несостоятельность в соматической сфере, или не имели четкой нозологической направленности; 37,5% не имели никакого диагноза вообще и только 15% имели соответствующий диагноз – ПА (таблица 2). Полученные данные свидетельствуют о гиподиагностике панического расстройства в общесоматической практике.

Предшествующее лечение

Все пациенты безуспешно или недостаточно эффективно (эффект сохранялся несколько дней или, реже, 1 месяц) принимали ряд препаратов, не получая должного терапевтического воздействия.

Дизайн и методы исследования

Обследование больных проводилось в фоне, на 2, 4, 6 и 10-й неделях непрерывной терапии эсциталопрамом. Для оценки статуса пациентов были использованы следующие методы:

- клинико-неврологическое обследование согласно протоколу опроса для больных ПА с оценкой индекса типичности панической атаки [5];

наших

- психометрическое тестирование с использованием шкалы тревоги Шихана (Sheehan, 1983), опросников депрессии Бека (Beck, 1961) [2] и качества жизни при панических атаках [5], шкалы жизненных событий Holmes T.M. [18], 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для самооценки общего самочувствия (где 0 баллов – наихудшие, 10 баллов – наилучше представление о состоянии здоровья) (по S. Walker, R. Roser, 1993) [2];
- субъективная оценка эффективности терапии эсциталопрамом по 5-балльной шкале (где 0 баллов – отсутствие эффекта, 5 баллов – выраженный эффект).

Фооновые показатели

При первичном осмотре пациенты исследуемой группы предъявля-

ли жалобы на учащенное сердцебиение, колебания артериального давления, нарушение дыхания (гипервентиляция, «приступы удушья», «несостоятельности вдоха», «ком в горле»), головные боли по типу головных болей напряжения, повышенную тревожность и внутреннюю дрожь, фиксацию на состояние своего здоровья, снижение работоспособности и ощущение беспомощности, липотимию («потемнение перед глазами»), нарушение сна (трудности засыпания, ранние пробуждения), «звон в ушах». В приступе у каждого из пациентов имелось несколько симптомов. Основные симптомы, сопровождающие приступ, представлены в таблице 4.

В дебюте у 9 пациентов были настолько сильно выражена тревога

и страх смерти, что приходилось вызывать «скорую помощь» или неоднократно имела место госпитализация. Оценка «первой паники» представлена в таблице 5.

Неврологический статус

У подавляющего большинства больных в неврологическом статусе были выявлены следующие особенности: оживление сухожильных рефлексов с рук и ног с расширением рефлексогенных зон, с непостоянными патологическими кистевыми знаками (р. Россоло, р. Гоффмана), диссоциация рефлексов по оси (с ног живее, чем с рук), симптом Хвостека I–II степени, влажность кистей, нистагм в крайних отведениях, легкая асимметрия (сглаженность) носогубных складок.

Таблица 3. Группы препаратов, использовавшиеся в качестве терапии

Группы	Препарат	Число больных*
Антидепрессанты	Амитриптилин, коаксил, анафранил, паксил, лудиомил, леривон, флуоксетин, рексетин	15
Снотворные	Радедорм	12
Нейролептики	Эглонил, флюанксол, соннапакс	6
Анксиолитики	Атаракс, альпрозолам, грандаксин, реланиум, седуксен, лоразепам, клоназепам, феназепам	7
β-адреноблокаторы	Обзидан, анаприлин	4
Нефармакологическое воздействие	Гипноз, психотерапия	4
Травяные сборы, настойки, препараты разных групп	Пустырник, коньяк, глицин, беллотаминал, деприм, фенотропил, дормиплант, стрессплант, новопассит, экстракт валерианы, витаминотерапия, персен, валокордин	17
Терапия ранее не проводилась		1

Всего обследовано 40 больных, некоторые принимали 2 препарата и более

Таблица 4. Основные жалобы в приступе ПА

Признак	Представленность признака
Нарушения дыхания (гипервентиляция, затрудненный вдох, «ком в горле»)	74,1%
Учащенное сердцебиение	66,7%
Страх смерти, страх сойти с ума	51,9%
Головокружение	51,9%
Тревожность, внутренняя дрожь	44,4%
Дискомфорт в левой половине тела, грудной клетки	44,4%
Нарушение работоспособности, слабость, недомогание, беспомощность, вялость	33,3%
Головные боли (по типу ГБН)	29,6%
Нарушение сна (ранние пробуждения, трудности засыпания)	25,9%
Потливость (общая, локальная)	22,2%
Онемение в различных частях тела (пальцах, лице)	22,2%
Липотимии, «пелена перед глазами»	18,5%
Абдоменалгии, «пульсация» в эпигастрии	18,5%
Похудание более чем на 10 кг	11,1%
«Дурные», навязчивые мысли	11,1%
Колебания артериального давления	11,1%
Частое мочеиспускание	3,7%



Анализ мнений пациентов по поводу провоцирующего фактора развития заболевания показал, что большинство пациентов (37,5%) указали на стрессовые ситуации дома и/или на работе как на основные факторы, спровоцировавшие развитие первого приступа ПА (таблица 6). Но следует заметить, что нередко имело место сочетание нескольких факторов.

Результаты лечения

Результаты исследования показали, что из 40 пациентов 33 (82,5%) прошли полный 10-недельный курс терапии эсциталопрамом. Субъективно существенно снизились частота (от 14 до 0–1 приступов в неделю) и интенсивность приступов (от высокой, с вызовом скорой помощи, до полного отсутствия), длительность одного эпизода (от 24 ч до нескольких минут), количество симптомов в приступе (от 13 до 1) в конце курса терапии.

На начальном этапе лишь у незначительной части пациентов использовались корректоры терапии: анаприлин, сонопакс, альпрозолам, флюанксол.

Эффективность терапии оценивалась нами по качественным характеристикам приступа и их динамики, по объективным оценочным шкалам, сравнивалась эффективность в группах пациентов, ранее принимавших и не принимавших антидепрессанты (таблица 3). В таблице 7 представлены качественные характеристики приступа.

Обращает на себя внимание большая длительность приступа, которая у некоторых пациентов достигала нескольких часов. Это обстоятельство связано тем, что за длительность приступа пациенты принимали сочетание событий, включавших в себя собственно приступ, постприступное состояние в виде астенизации, тревожности, раздражительности, головных болей и пр., или серию приступов с короткими временными промежутками.

Все пациенты (100%) до начала терапии имели ежедневные как развернутые, так и abortивные приступы. В процессе приема препарата имела следующая динамика: постепенное урежение приступов и укорочение их длительности, снижение интенсивности до полного прекра-

Таблица 5. Оценка первой паники

Диагноз, по мнению пациента	Число больных
Сердечная недостаточность, сердечный приступ («не в порядке с сердцем»), реакция на стресс с развитием кардиальных проявлений	17
Сосудистый криз («сужение сосудов на нервной почве»), наследственная сосудистая патология	13
«Опухоль» горла	1
Патология ЖКТ	2
Ранний климакс	4
Не дали никакой оценки	3

Таблица 6. С чем, по мнению пациента, связано развитие заболевания

Признак	Число больных
Стресс на работе, дома,	15
Неудачи в личной жизни, предательство, развод	9
Смерть или болезнь близкого человека	7
Затруднились ответить	4
Болезнь члена семьи	4
Прием алкоголя	1

Таблица 7. Характеристика приступов

Признак	В фоне	Через 10 недель
Частота ПА в неделю в среднем (дни)	5,2 ± 2,7*	0,1 ± 0,3
Длительность приступа в среднем (часы)	9,7 ± 10,8	–
Количество симптомов в приступе (n=)	7,7 ± 1,9*	1,0 ± 0

Достоверные различия между показателями в фоне и через 10 недель; p < 0,00001.

Таблица 8. Динамика приступов

Показатель	Число больных
Прекращение приступов на 2 неделе	–
Прекращение приступов на 3 неделе	7
Прекращение приступов на 4 неделе	6
Прекращение приступов на 5 неделе	6
Прекращение приступов на 6 неделе	7
Прекращение приступов на 7 неделе	3
Прекращение приступов на 8 неделе	3
Сохранение единичных приступов после 10 недель*	9
Всего	40

Ситуационные, неразвернутые приступы.

щения, повышение самоконтроля в приступе. Динамика приступов представлена в таблице 8.

В фоновом исследовании все пациенты (100%) имели как спонтанные, так и ситуационные (100%) приступы ПА. В конце терапии спонтанные приступы ни у одного пациента отмечены не были, ситуационные сохранялись у 6 пациентов и носили abortивный характер (единичный моносимптомный приступ незначительной интенсивности, быстро разрешающийся). В связи с указанным обстоятельством эти пациенты продолжили прием эсциталопрама после проведенного 10-недельного курса терапии.

Схемы назначения препарата у тех пациентов (n=33), которые прошли полный курс терапии, были следующими:

1. Начальная доза 1,25 мг/сут. в течение 10 дней, последующие 10 дней по 2,5 мг/с, оставшиеся дни по 5 мг/сут. (n=1);
2. Начальная доза 2,5 мг/сут. в течение 2–3 недель с последующим переходом на дозу 5 мг/сут. (n=3);
3. Начальная доза 5 мг/сут. в течение 3 недель с последующим переходом на 10 мг/сут. (n=2);
4. Начальная доза 5 мг/сут. в течение 1 недели с последующим переходом на 10 мг/сут. (n=27).

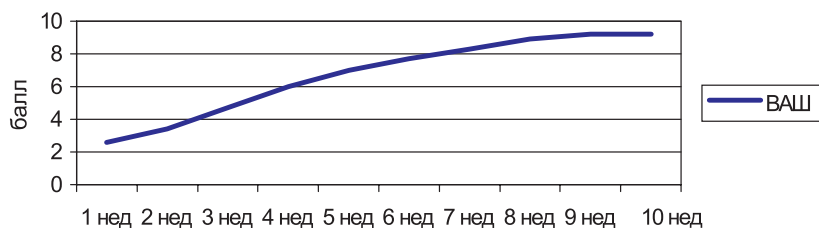


Рис. 1. Ежедневная самооценка состояния по ВАШ за 10 недель

Большинство пациентов использовали 4-ю схему лечения при хорошей переносимости препарата. Однако при назначении эсциталопрама следует учитывать, что некоторым пациентам необходима определенная индивидуальная схема терапии 1, 2 или 3.

Причины, по которым были назначены нестандартные схемы лечения, следующие. У пациентки, лечившейся по схеме 1 после однократного приема 5 мг наблюдались выраженная слабость, расширение зрачков, подъем артериального давления – доза была снижена до 2,5 мг, что также привело к усилению симптомов паники. Было принято решение о дальнейшем снижении дозы до 1,25 мг, которая хорошо переносилась пациенткой. Последующее повышение дозы не вызвало каких-либо побочных явлений. Пациенты, переведенные на схему 2, также оказались чувствительны к дозе в 5 мг, доза 2,5 мг переносилась ими хорошо. Пациентка, принимавшая препарат по схеме 3, после недельного курса не смогла перейти на дозу 10 мг, ей потребовался более длительный адаптационный период.

Переносимость препарата в целом оценена пациентами как хорошая. Субъективно в течение 2 недель

отмечено: урежение приступов и снижение их интенсивности, повышение самооценки общего самочувствия по ВАШ (рис. 1), улучшенные настроения, нормализация сна. Объективно все показатели тестов достоверно изменились в лучшую сторону (таблица 9).

Данные субъективной оценки (по 5-балльной шкале) терапии эсциталопрамом пациентами, прошедшими 10-недельный курс лечения, представлены в таблице 10. Большинство пациентов оценили препарат на 5 баллов. Средний суммационный балл составил 4,57.

Переносимость препарата включала в себя побочные эффекты, парадоксальные реакции, отказ от препарата. Почти все пациенты в 1–3 сутки сообщали о наличии побочных эффектов разной степени выраженности: головокружении, «сонливости», снижении концентрации внимания, усилении тревожности. Парадоксальные реакции развивались, как правило, в течение первой недели (на 3-5-7 день терапии в дозе 5 мг/сут. или при переходе на дозу в 10 мг/сут.): выраженная слабость, подъем артериального давления, резкое усугубление всех симптомов ПА, нарушение сна (инсомнии, сонливость), судороги

в ногах. Это послужило причиной отказа от терапии эсциталопрамом у 7 (17,5%) пациентов (5 женщин, 2 мужчин). Большинство пациентов в последующие дни препарат переносился хорошо.

Заключение

В ходе исследования показана высокая эффективность Эсциталопрама в терапии панического расстройства за 10-недельный курс. Пациенты, прошедшие курс лечения полностью, субъективно высоко оценили как эффективность препарата, так и его переносимость.

Антипанический эффект проявляется на 2–3-й недели терапии, в первую очередь регрессу подвергаются развернутые атаки. Бесспорным достоинством Эсциталопрама является его эффективность в отношении сопутствующих агорафобических и депрессивных нарушений. Динамика обратного развития депрессивных симптомов и симптомов агорафобии соответствует регрессу панических атак. Симптомы агорафобии оказались наиболее устойчивыми к лечению. У пролеченных пациентов, сохранивших ПА к окончанию курса лечения, наблюдались только ситуационные ПА (маркер агорафобии). При наличии выраженной агорафобии и тяжелого панического расстройства могут быть рекомендованы более продолжительные курсы лечения – от 3 до 5 месяцев.

Таким образом, можно рекомендовать эсциталопрам в качестве монотерапии или базисного препарата при политерапии для лечения панического расстройства. ✨

Литература
→ 60 с.

Таблица 9. Динамика показателей тестов за 10 недель

Показатели	Недели	Фон	2-я неделя	4-я неделя	6-я неделя	10-я неделя
Шкала жизненных событий		191 ± 160				
Индекс типичности ПА		0,68				
Уровень депрессии по Беку		20,3 ± 12,5*	12,7 ± 6,5*	7,8 ± 5,0*	4,6 ± 3,1	3,5 ± 2,2
Уровень тревоги по Шихану		49,7 ± 18,1°	31,6 ± 17,8°	17,1 ± 9,4°	10,1 ± 7,0	7,0 ± 5,4
Качество жизни при ПА		434 ± 182 •				167 ± 95

* Достоверные различия между группами (по Беку): показателями в фоне и на 2-й неделе; между показателями на 2 и 4-й неделе; между показателями на 4 и 6-й неделе; p < 0,01–0,05.
 ° Достоверные различия между группами (по Шихану): показателями в фоне и на 2 неделе; между показателями на 2 и 4-й неделе; между показателями на 4 и 6-й неделе; p < 0,0006–0,01.
 • Достоверные различия между группами по качеству жизни в фоне и на 10-й неделе; p < 0,000002.

Таблица 10. Субъективная оценка терапии эсциталопрама больными с ПА

Показатель	5 баллов	4 балла	3 балла	1-2 балла
Количество пациентов (n = 33)	21	10	2	0



Ципралекс – мощно действует на ЯДРО депрессии,

не оставляя никого в беде

Регистрационный номер: П № 015653/01 от 7 мая 2004 г.

Торговое название: Ципралекс.

Международное непатентованное название: эсциталопрам.

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой, по 10 мг.

Фармакологические свойства: Ципралекс является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Показания к применению: депрессивные эпизоды любой степени тяжести, панические расстройства с/без агорафобии.

Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату или его компонентам, детский возраст (до 15 лет), одновременный прием с ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), беременность, период грудного вскармливания.

Способ применения и дозы: Ципралекс назначают один раз в сутки вне зависимости от приема пищи.

Депрессивные эпизоды: обычно назначают 10 мг один раз в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут.

Панические расстройства с/без

агорафобии: в течение первой недели лечения рекомендуется доза 5 мг/сут, которая затем увеличивается до 10 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут.

Пожилые пациенты (старше 65 лет): рекомендуется использовать половину обычно рекомендуемой дозы (т.е. всего 5 мг/сут.) и более низкую максимальную дозу (10 мг/сут.).

Упаковки: 10 мг – 14 и 28 таблеток.

За более подробной информацией о препарате Ципралекс обращайтесь в Представительство компании Лундбек в России:

123007, Москва, Хорошевское шоссе, 32А

Тел.: (495) 380 31 97; факс: (495) 380 31 96

Реклама

Lundbeck



Ciprallex®
escitalopram

А.Б. Данилов

Терапия боли. Диагностика и лечение фибромиалгии

1. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol.* 2005; 32 Suppl. 75: 6–21.
2. Smythe H.A., Moldofsky H. Two contributions to understanding of the «fibrositis» syndrome. *Bull Rheum Dis.* 1977; 28: 928–931.
3. Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33 (2): 160–72.
4. Jones K.D., Adams D., Winters-Stone K. et al. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health Qual Life Outcomes.* 2006; 4: 67–73.
5. Hauser W., Bernardy K., Uceyler N. et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a metaanalysis. *JAMA* 2009; 301 (2): 198–209.
6. Zijlstra T.R., Barendregt P.J., van de Laar M.A. Venlafaxine in fibromyalgia: results of a randomized, placebocontrolled, double-blind trial (abstract). *Arthritis Rheum.* 2002; 46: 105.
7. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol.* 2005; 23 (5): 154–62.
8. Arnold L.M., Rosen A., Pritchett Y.L. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain.* 2005; 119 (1–3): 5–15.
9. Choy E.H.S., Mease P.J., Kajdasz D.K. et al. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials. *Clin Rheumatol.* 2009; 28 (9): 1035–44.
10. Vitton O., Gendreau M., Gendreau J. et al. A double-blind placebo-controlled trial of milnacipran in the treatment of fibromyalgia. *Hum Psychopharmacol.* 2004; 19(1):27–35.
11. Mease P.J., Clauw D.J., Gendreau R.M. et al. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol.* 2009; 36 (2): 398–409.
12. Crofford L.J., Rowbotham M.C., Mease P.J. et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52 (4): 1264–73.
13. Crofford L.J., Mease P.J., Simpson S.L. et al. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin. *Pain.* 2008; 136: 419–31.
14. Arnold L.M., Russell I.J., Diri E.W. et al. A 14-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled monotherapy trial of pregabalin in patients with fibromyalgia. *J Pain.* 2008; 9: 792–805.
15. Mease P.J., Russell I.J., Arnold L.M. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of pregabalin in the treatment of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2008; 35: 502–514.
16. Hauser W., Bernardy K., Uceyler N. et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain* 2009; 145 (1–2): 69–81.
17. Straube S., Derry S., Moore R., McQuay H. Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports. *Rheumatology.* 2010; 49: 706–715.
18. Arnold L.M., Goldenberg D.L., Stanford S.B. et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum.* 2007; 56 (4): 1336–44.
19. Tofferi J.K., Jackson J.L., O'Malley P.G. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2004; 51 (1): 9–13.
20. Xiaoy Y., Michalek J.E., Russell I.J. Effects of tizanidine on cerebrospinal fluid substance P in patients with fibromyalgia. In: Saper J.R., editor. *Alpha-2 adrenergic agonists: evidence and experience examined.* Worcester, UK: The Royal Society of Medicine Press, The Trinity Press, 2002: 23–8.

О.А. Шавловская

Эффективность препарата эсциталопрам (Ципралекс) в лечении панических атак

1. Аверкина Н.А. Коморбидность панических атак с болевыми синдромами. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2000. С. 24
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники для медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных сотрудников. М., Ангидор. 439 С.
3. Бородин В.И., Канаева Л.С., Миронова Н.В., Захарова К.В. Клиническая эффективность и переносимость препарата Ципралекс (эсциталопрам) при терапии легких и умеренно выраженных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Том 7. № 5.
4. Васильчикова Н.В. Соотношение ЭЭГ-характеристик с клиническими особенностями панического расстройства, вопросы лечения // Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2003, 19 С.
5. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. Руководство для врачей. Эйдос Медиа. 2004. 403 с.
6. Верещинин Н.В., Реброва О.Ю. Методы лечения в зеркале доказательной медицины // Лечение нервных болезней. 2000. Том 1. № 1. С. 33–36.
7. Вознесенская Т.Г. Антидепрессанты в неврологической практике // Лечение нервных болезней. 2000. Том 1. № 1. С. 8–14.
8. Вознесенская Т.Г., Фадеев А.В. Стимулотон в лечении больных с паническими атаками // Лечение нервных болезней. 2004. Том 5. № 1(13). С. 28–32.
9. Воробьева О.В. Профлузак в лечении панического расстройства // Лечение нервных болезней. 2000. Том 1. № 1. С. 26–29.
10. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром // Лечение нервных болезней. 2004. Том 5. № 1(13). С. 7–12.
11. Горман Дж.М., Коротцер А., Су Г. Сравнение эффективности эсциталопрама и циталопрама при лечении большого депрессивного расстройства: анализ обобщенных данных плацебо-контролируемых исследований // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 4.
12. Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Васильчикова Н.В. Ципрамил в лечении вегетативных кризов (панических атак) // Лечение нервных болезней. 2001. Том 2. № 2. С. 37–39.
13. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Женева, ВОЗ. 1995.
14. Рябконов И.В. Особенности нарушений в когнитивной сфере у больных паническими атаками. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2004. 26 с.
15. Филатова Е.Г. Тревога в неврологической практике // Лечение нервных болезней. 2005. Том 6. № 1(15). С. 7–14.
16. Burke W., Gergel I., Bose A. Изучение эсциталопрама в фиксированных у больных депрессией в амбулаторных условиях (расширенный реферат) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004. № 4.
17. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 1994.
18. Holmes T.N., Rahe R.N. Short-term intrusions into the life style routing // J. Psychosom. Res. 1967. Vol. 11. № 2. P. 213–18.