



необходимых знаний поистине огромен, но лично я — и, думаю, многие коллеги меня поймут и согласятся со мной — испытываю огромное удовольствие, когда мы можем помочь человеку. Это самое главное в работе врача.

Что, по вашему мнению, представляет собой клиника внутренних болезней сегодня? Это совокупность множества специалистов узкого профиля, или необходимо присутствие также и терапевтов, обладающих широкими знаниями?

Современная клиника внутренних болезней — это сложная структура, сложное научное учреждение, в котором, как правило, проводится большая диагностическая и лечебная работа, ведутся научные исследования и, конечно же, обучаются студенты. Поэтому классические образцы клиники, которые дали нам предшественники, выдающиеся клиницисты как российские, так и зарубежные, в частности французские и английские, обязательно должны использоваться. Главный смысл их был госпитализировать больных, заниматься диагностикой и изучением клинических вариантов и обучать. Эти принципы и сегодня нельзя терять. Конечно, в наше время каждая клиника имеет некоторые особенности в работе, например, есть клиники, где преимущественно занимаются проблемами кардиологии или гастроэнтерологии. Но если учреждение называется клиникой внутренних болезней, в нем обязательно должен быть широкий список кафедр, представляющих клинические службы терапевтического профиля. Наша клиника, по моему мнению, как раз и соответствует этому стандарту. У нас представлены отделения нефрологического, гастроэнтерологического, гепатологического профиля, мы занимаемся лечением легочных патологий, системных заболеваний соединительной ткани и т.д.

Современная клиника — множество специалистов, каждый из которых знает какую-то деталь в конкретной проблеме. Конечно же, такие специалисты очень ценны, но не надо замыкаться только на од-

ной специальности. Нельзя без конца углубляться в специальность, не зная, что происходит вокруг. Например, сейчас очень актуален кардиоренальный синдром, когда одновременно выходят на поверхность проблемы с сердцем и почками. Его лечение требует совместной работы кардиологов и нефрологов. Целый ряд маркеров выявляют проблемы этих систем. И чем раньше врач обратит внимание на тот или иной маркер, тем эффективнее окажется его помощь заболевшему (у которого, кстати, еще нет стандартных признаков заболевания почек). Иногда врач может даже предвосхитить болезнь, если задумается, почему у человека появился этот маркер, где начинает развиваться неблагополучие.

Не могу не отметить, что и наша клиника, и я лично стремимся к тому, чтобы молодой специалист не замыкался только на профессиональной сфере. Важно следить за тем, чтобы общий кругозор сотрудников и студентов был широк. В клинике довольно часто проводятся музыкальные вечера, на которых выступают и именитые музыканты, и начинающие, например, недавно состоялось выступление студентов московской консерватории. На концерты мы приглашаем и пациентов.

Таким образом, вы еще расширяете кругозор и пациентов?

Вполне допускаю, что и так. Кроме того, такое общение делает отношения врача и пациента более доверительными, успокаивает, помогает адаптироваться, ведь пребывание в стационаре — существенный стресс для каждого человека.

Иногда даже наши научные конференции начинаются с небольшого музыкального выступления. Это также помогает настроиться на определенный лад.

Помимо концертов, в клинике проводятся вернисажи, на которых можно не только полюбоваться на картины, но и пообщаться с художниками. Знаю, что очень многие сотрудники и студенты — частые посетители московских художественных музеев (потому что, бывает, сталкивался с ними там). И приятно думать, что любовь к живописи привита им в том числе нашей клиникой. ^А



Российское научное медицинское общество терапевтов, президент РНМОТ Ю.Б. Белоусов и редакция журнала «Архивъ внутренней медицины» от всей души поздравляют Николая Алексеевича Мухина с 75-летием и избранием академиком Российской академии наук!

В.А. Гуров¹, В.Э. Медведев^{2*}

УДК [615.214Фенорелаксан:616.891.6-07-08](045)

¹ Президиум Российского научного медицинского общества терапевтов, Москва

² ФГОУ ВПО Российский университет дружбы народов, факультет повышения квалификации медицинских работников, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Москва

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: АСПЕКТЫ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ

Резюме

Своевременная диагностика и раннее начало адекватной терапии расстройств тревожного спектра (тревожные расстройства, ТР) остается одной из актуальных задач современной медицины, что определяется высокими показателями распространенности и значимым влиянием ТР на качество жизни не только соматически ослабленных пациентов, но и физически здоровых людей. В статье рассмотрены аспекты диагностики и лечения ТР в общей медицинской сети, в частности описаны рекомендуемые в настоящее время схемы применения препарата Фенорелаксан и преимущества этого лекарственного средства.

Ключевые слова: тревожные расстройства, симптомы тревоги, бензодиазепины, Фенорелаксан.

Abstract

Early diagnosis and early initiation of adequate therapy in the spectrum of anxiety disorders (AD) is one of the pressing problems of modern medicine, which is determined by the high prevalence and significant impact on quality of life of AD is not only burdened with somatic patients, but also physically healthy people. The article deals with aspects of diagnosis and treatment of TS in the general medical network, in particular, describes the currently recommended regimen of the drug Phenorelaxan and benefits of this drug.

Key words: anxiety disorders, symptoms of anxiety, benzodiazepines, Phenorelaxan.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ТР относятся к первым десяти самым значимым проблемам общественного здравоохранения [4, 16]. Так, согласно результатам исследований, проводившихся в 27 европейских странах, у 12–27% представителей популяции в возрасте от 18 до 65 лет на протяжении только одного (последнего перед исследованием) года имел место хотя бы один эпизод ТР (генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство). При этом пожизненная распространенность ТР составляет около 21–30% среди всего населения. В других популяционных исследованиях клинически очерченные формы ТР выявляются у 6,5% населения, а в течение жизни — у 25–50%. Отдельные симптомы тревоги или субсиндромальные ТР регистрируются у 76% населения [17–19].

Тревожные расстройства в общей практике

ТР остаются одними из самых распространенных психопатологических состояний у пациентов с соматической (кардиологической, дерматологической, онкологической, гастроинтестинальной и др.) патологией. У пациентов, наблюдающихся в учреждениях общей лечебной сети, встречаемость ТР достигает

23–78%, среди контингента амбулаторных больных — в среднем 45,9% [2, 13]. Например, среди ТР у больных с наиболее распространенной в мире соматической патологией — сердечно-сосудистыми заболеваниями — чрезвычайно высока встречаемость невротических, связанных со стрессом, и соматизированных (по терминологии МКБ-10) симптомокомплексов. Страх наличия кардиологического заболевания и сопряженного с ним летального исхода (кардиофобия) диагностируются у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся по поводу болей в области сердца [17]. У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) тревожные ипохондрические реакции выявляются у 28,2%, соматизированные — у 3%, тревожно-фобические — у 2,9%. Гетерогенные нозогенные ТР регистрируются у 98,6% больных с артериальной гипертензией и у 89,6% пациентов с хронической сердечной недостаточностью [1]. По данным Американской психиатрической ассоциации, частота раннего генерализованного ТР у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, достигает 27%, позднего (спустя 3 месяца) — 23% [15].

Значение расстройств, коморбидных с соматическими заболеваниями (СЗ), определяется не только их высокой распространенностью и подчас трудностью диагностики. Данные психопатологические состояния и СЗ находятся в реципрокных соотношениях: каждое из них способствует прогрессированию

* Контакты. E-mail: melkorcard@mail.ru. Телефон: (495) 350-28-75

и утяжелению другого. Например, обострение СЗ может провоцировать наступление очередного пароксизма тревоги [7, 10]. В свою очередь ТР рассматриваются как независимый фактор риска развития, неблагоприятного течения и исхода СЗ, а также смертности [8]. Длительное персистирование тревожной симптоматики, даже со сравнительно легкой степенью тяжести психопатологических проявлений, существенно повышает суицидальный риск [5].

Наконец, тревога, усложняя клиническую картину СЗ и затрудняя их диагностику, отрицательно коррелирует с показателями качества жизни, комплаентности и адаптационных возможностей пациентов, что связано с отказом следовать рекомендациям врача, усилением зависимости от табакокурения, злоупотреблением психоактивными веществами, недооценкой методов реабилитации и т.п. [9, 12, 14]. Данные некоторых исследований демонстрируют, что наличие повышенной тревожности повышает вероятность внезапной смерти в 4,5 раза [13].

Необходимо также заметить, что фармакоэкономические исследования свидетельствуют: 33% от всех затрат на лечение психических заболеваний в целом приходится на лечение тревоги [3, 6].

Этиология и клинические особенности тревожного расстройства

Возникновение ТР может быть обусловлено наличием как острого или хронического психического заболевания (циклотимия, дистимия, шизофрения), так и психотравмирующей ситуацией. В последнем случае психопатологические расстройства обычно связаны с нестабильностью в сфере профессиональной трудовой деятельности (конфликты с руководством или подчиненными, смена работы, понижение должностного статуса, необходимость решения нестандартных задач, расширение круга обязанностей), семейными неурядицами (болезнь, утрата близкого, финансовая нестабильность, криминогенная ситуация) или развиваются в результате эмоционально неблагоприятного воздействия манифестации или обострения соматического заболевания. При этом выраженность тревожных симптомокомплексов может варьировать в зависимости от длительности и/или типа соматического заболевания [7].

Вопреки распространенному мнению, исключительную опасность представляют субсиндромальные тревожные состояния, длительное персистирование которых без терапии может со временем достигать уровня развернутых психопатологических расстройств. Кроме того, изучение качества жизни пациентов с субсиндромальной тревогой демонстрирует, что по параметрам профессиональной и

социальной активности снижение качества жизни у них сопоставимо с пациентами, имеющими развернутое тревожное расстройство, и достоверно хуже по сравнению со здоровыми лицами [6, 9, 17]. Таким образом, своевременное выявление симптомов тревоги позволяет улучшить социальную адаптацию пациентов, уменьшить риск развития или прогрессирования не только психической, но и соматической патологии.

К сожалению, ограничение времени для приема пациентов, особенно в амбулаторных условиях, обычно не позволяет использовать диагностические шкалы (шкалы Гамильтона, Кови, Шихана, Бека и др.), применяемые в клинических исследованиях и требующие специальной подготовки врача. Некоторым подспорьем для скрининга больных с симптомами тревоги могут служить валидизированные опросники для самооценки (шкалы Тэйлора, Спилбергера, Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии), которые заполняются пациентом, например, во время ожидания приема врача.

К общим симптомам тревоги, которые наиболее часто регистрируются на приеме врачом или вербализируются пациентами в виде жалоб, традиционно относят [7]:

- чувство беспокойства и нервозности;
- быструю утомляемость, раздражительность;
- возбуждение и неусидчивость;
- непроизвольные движения;
- нетерпеливость;
- тревожные мысли;
- снижение концентрации внимания;
- нарушения сна, ночные кошмары.

Среди разнообразных симптомов преобладают соматизированные (соматовегетативные) признаки тревоги:

- трудности засыпания, чуткий поверхностный сон, ночные пробуждения;
- раздражительность по отношению к шуму, яркому свету;
- нарушение внимания;
- изменение аппетита;
- идиопатические кардиалгии;
- тахикардия, головокружение;
- приступы жара и озноба;
- гипергидроз, гипотермия конечностей;
- сухость во рту, ощущение кома в горле;
- чувство нехватки воздуха;
- полиурия;
- миалгия;
- тремор, повышение тонуса скелетной мускулатуры.

По данным современных исследований, врачи общей практики наиболее часто сталкиваются с начальными или развернутыми симптомами фобических (F40), панических (F41), соматоформных (F45) и ипохондрических расстройств (F45.2).

Фобические расстройства характеризуются тревогой и страхом, возникающими преимущественно или исключительно в определенных ситуациях (кардиофобия, канцерофобия, танатофобия) или рядом с некоторыми объектами, которые в настоящее время не являются опасными (животные, явления природы, социальные контакты, места обитания и др.). В общей медицине фобические расстройства реализуются страхом смерти или ухудшения состояния, возникающими преимущественно на фоне уже имеющегося соматического заболевания, протекающего с болевым синдромом, приступами аритмии, гипертермией или после уже перенесенных соматических катастроф (острый коронарный синдром, гипертонический криз, пароксизм фибрилляции предсердий с синкопальным состоянием, транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения). У пациентов перед инвазивными обследованиями (эзофагогастродуоденоскопия, лапароскопия, коронарография) и хирургическими операциями отмечаются фобии возможных осложнений или летального исхода. Фобии нередко сочетаются с паническими атаками.

Паническое расстройство реализуется учащенным сердцебиением, болями в груди, чувством нехватки воздуха, головокружением, мельканием «мушек» перед глазами, «онемением» и/или гипотермией конечностей, гипергидрозом и другими описанными выше соматовегетативными симптомами тревоги. Обычно панические атаки сопровождаются вторичным страхом смерти в результате резкого ухудшения здоровья (появление онкологического заболевания, развитие инфаркта миокарда или нарушение мозгового кровообращения), а также опасениями потерять самоконтроль или сойти с ума.

У пациентов с фобиями и паническими приступами постепенно формируется «избегающее» поведение, направленное на исключение соприкосновения с факторами, провоцирующими, по мнению больного, ТР (например, замкнутые, открытые, многолюдные, безлюдные, возвышенные, подземные пространства, просмотр тревожных, сентиментальных телепередач и т.п.), вплоть до агорафобии — страха покидать дом или оставаться в нем в одиночестве.

Основным признаком **соматизированного расстройства (органный невроз)** является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся симптомов, аналогичных таковым при реальной соматической патологии, но не имеющих под собой органической природы, установленной объективными клинико-инструментальными и лабораторными методами.

Ипохондрическое расстройство характеризуется чрезмерной и утрированной озабоченностью своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям

и объективизированным данным медицинских обследований. При этом степень убежденности в наличии соматического заболевания может быть различной или меняться с течением времени, достигая уровня психотических расстройств. В случае развития ипохондрического расстройства больные часто посещают врачей различных специальностей, настаивают на повторных консультациях, драматизируют результаты обследований, зачастую занимаются самолечением, посещают экстрасенсов, знахарей.

К категории ТР, провоцируемых соматическим заболеванием, относятся нозогении (психогенные реакции на болезнь). Нозогении представлены ипохондрическими реакциями и развитиями. Ипохондрические (нозогенные) реакции включают две основные составляющие: психогенную (семантика диагноза, представления о неизлечимости болезни, страх грядущей потери трудоспособности и т.п.) и биологическую, детерминированную соматически измененной почвой (тяжелые, субъективно трудно переносимые проявления болезни).

Лечение тревожных расстройств

Заподозрив наличие у пациента ТР, врач общей практики обычно направляет больного на консультацию к специалисту — психиатру или психоневрологу. Психотерапевтические методики подбираются индивидуально в зависимости от личностных характеристик пациента, продолжительности и тяжести стрессового воздействия и других факторов. На современном этапе развития психофармакотерапии для купирования и профилактики тревожных расстройств у больных используются препараты всех групп: анксиолитики (бензодиазепиновые и другие транквилизаторы), антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и т.д.), антипсихотики, ноотропы. В общей медицинской сети для купирования актуальных ТР широко назначаются производные бензодиазепина [9, 11]. Одним из представителей этого класса препаратов является Фенорелаксан — анксиолитическое средство, активным веществом которого является бромдигидрохлорфенилбензодиазепин.

Фенорелаксан обладает широким спектром психотропного действия. В частности, анксиолитический эффект Фенорелаксана обусловлен его влиянием на миндалевидный комплекс лимбической системы и проявляется в уменьшении эмоционального напряжения, ослаблении тревоги, страха, беспокойства. Седативный эффект препарата обусловлен влиянием на ретикулярную формацию ствола головного мозга и неспецифические ядра таламуса и проявляется уменьшением симптоматики невротического происхождения (соматовегетативные симптомы). Снотворное действие Фенорелаксана сопряжено с угнетением клеток ретикулярной формации ствола головного

мозга. Препарат уменьшает воздействие эмоциональных, вегетативных и моторных раздражителей, нарушающих механизм засыпания. Противосудорожный эффект лекарственного средства реализуется путем усиления пресинаптического торможения, что приводит к подавлению распространения судорожного импульса. Центральное миорелаксирующее действие препарата реализуется торможением полисинаптических спинальных афферентных тормозящих путей (в меньшей степени моносинаптических).

Фенорелаксан действует синергично гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК, gamma-aminobutyric acid, GABA) и усиливает ее ингибирующее действие на передачу нервных импульсов, стимулирует бензодиазепиновые рецепторы, расположенные в аллостерическом центре постсинаптических ГАМК-рецепторов восходящей активирующей ретикулярной формации ствола мозга и вставочных нейронов боковых рогов спинного мозга. Препарат уменьшает возбудимость подкорковых структур головного мозга (лимбическая система, таламус, гипоталамус) и тормозит полисинаптические спинальные рефлексы. После приема внутрь препарат хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта. Период максимального накопления активного вещества в плазме крови составляет 1–2 ч. Фенорелаксан метаболизируется в печени. Период полувыведения (T_{1/2}) достигает 6–18 ч, что позволяет назначать препарат 1 раз в сутки. Выводится препарат в основном почками в виде метаболитов.

В клинической практике для быстрого купирования страха, тревоги, психомоторного возбуждения, а также при панических атаках (вегетативных пароксизмах) и психотических состояниях препарат назначается в дозе 0,5–1 мг (средняя суточная доза 3–5 мг) внутримышечно или внутривенно (струйно или капельно). Для лечения невротических, психопатических, невротоподобных и психопатоподобных состояний применяется таблетированная форма Фенорелаксана: начальная доза – 0,5–1 мг 2–3 раза в день. Через 2–4 дня с учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 4–6 мг/сут. При выраженной ажитации, страхе, тревоге лечение начинают с 3 мг/сут, быстро наращивая дозу до достижения терапевтического эффекта.

Во избежание развития лекарственной зависимости при курсовом лечении продолжительность применения Фенорелаксана составляет 2 недели (в отдельных случаях длительность лечения может быть увеличена до 2 месяцев). При отмене дозу препарата уменьшают постепенно.

Среди нежелательных явлений, сопровождающих прием Фенорелаксана, в начале лечения отмечают сонливость, чувство усталости, головокружение, снижение концентрации внимания. Другие побочные эффекты отмечаются значительно реже, что, несомненно, выделяет этот препарат в ряду других



Блынская Евгения Викторовна,
старший научный сотрудник
ГУ НИИ фармакологии
им. В.В. Закусова РАМН, к.ф.н.

Ведущая роль в разработке целевой терапевтической стратегии, направленной на устранение или ослабление тревожной симптоматики, принадлежит анксиолитикам — средствам, уменьшающим выраженность или полностью подавляющим тревогу, страх, беспокойство, эмоциональное напряжение. В настоящее время, исходя из длительного опыта лечения тревожных расстройств, сформулирован ряд требований к препаратам анксиолитического действия, включающий в себя сочетание выраженной фармакологической активности, безопасности, а также высокого комплаенса. Поэтому, невзирая на достаточно широкий выбор современных психотропных средств, среди них не так много препаратов, полностью отвечающих критериям оптимальности применения в неврологии, таких как Фенорелаксан («Мосхимфармпрепараты им. Н.А. Семашко»).

Фенорелаксан является первым отечественным анксиолитиком бензодиазепинового ряда. Он воздействует на ключевой этап формирования тревожных расстройств — ГАМК-эргическую систему, так как именно нарушения ГАМК-зависимых процессов в центральной нервной системе опосредуют дисфункцию серотонин-, катехоламин- и пептидергических систем, приобретающих в дальнейшем, при последующем развитии тревожных расстройств, роль самостоятельных механизмов. Фенорелаксан усиливает ингибирующее действие ГАМК на передачу нервных импульсов, оказывает анксиолитическое, снотворное и седативное действие, что проявляется в уменьшении эмоционального напряжения, ослаблении тревоги. Подобное комплексное воздействие обеспечивает мультивекторный подход к фармакотерапии тревожных расстройств в совокупности с выраженностью и направленностью действия Фенорелаксана, а также его безопасностью, оценка которой базируется на сопоставлении клинической эффективности и переносимости препаратов.

К преимуществам Фенорелаксана в клинической практике можно отнести высокий комплаенс, вызванный, с одной стороны, отсутствием необходимости частого приема вследствие фармакокинетических особенностей, а с другой — значимым уровнем сформировавшегося доверия врачей и пациентов вследствие длительного и успешного применения в области терапии тревожных расстройств.

Таким образом, Фенорелаксан зарекомендовал себя не только как проверенный временем препарат с доказанной безопасностью и высокой эффективностью, но и как лекарственное средство, отвечающее всем современным требованиям и стандартам терапии.

психотропных средств. Следует также помнить, что при одновременном применении Фенорелаксана с антигипертензивными средствами возможно усиление антигипертензивного эффекта, что в ряде случаев позволяет снизить дозировку соматотропного средства.

Таким образом, Фенорелаксан на сегодняшний день является одним из популярных бензодиазепиновых анксиолитиков. С точки зрения психофармакологии препарат обладает высокой эффективностью, мультифокальной направленностью действия и оптимальным профилем безопасности. Поэтому Фенорелаксан, с успехом применяемый в клинической практике, можно рекомендовать к более широкому использованию в общей медицинской сети.



Список литературы

1. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л., Ющук Е.В. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность при сердечно-сосудистых заболеваниях. М., 2008.
2. Виссарионов В.А., Медведев В.Э., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2011. № 3. С. 60–4.
3. Довженко Т.В. Расстройство депрессивного спектра с кардиальгическим синдромом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (клиника, диагностика, терапия). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ, 2002.
5. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях. Дис. ... д-ра мед. наук, М. 2000.
6. Дробижев М.Ю., Дробижева К.Ю. Клинико-экономический анализ программы КОМПАС // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. М.В. Бехтерева. 2006. Т. 1. № 3. С. 12–7.
7. Медведев В.Э. Диагностика и лечение тревожных расстройств // Вопросы врачебной практики. 2011. № 2. С. 52–55.
8. Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Троснова А.П. и др. Психосоматические соотношения при кризовом течении гипертонической болезни // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 1. С. 10–3.
9. Серединин С.Б., Бадыштов Б.А., Незнамов Г.Г. и др. Прогноз индивидуальных реакций на эмоциональный стресс и бензодиазепиновые транквилизаторы. М., 2001.
10. Смуглевич А.Б., Волель Б.А., Медведев В.Э. и др. Развитие личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии) // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 3–11.
11. Смуглевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Транквилизаторы производные бензодиазепина в психиатрии, психосоматике и общей медицине. М., 2005.
12. Смуглевич А.Б., Медведев В.Э. Психические расстройства у больных с инфарктом миокарда. В кн. Острый коронарный синдром. А.Л. Сыркин, Н.А. Новикова, С.А. Терехин. М.: МИА, 2010. С. 123–36.
13. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психокardiология. М., 2005.
14. Тимофеева Т.Н., Шальнова С.А., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов, влияющих на прогноз больных артериальной гипертензией, и оценка общего сердечно-сосудистого риска // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. Т. 6. Ч. 1. С. 5–9.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
16. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders // Bull. WHO. 2000. № 4. Vol. 78. С. 413–26.
17. Nielsen O.W. Patient differences related to management in general practice and the hospital: a cross-sectional study of heart failure in the community // Eur. Heart J. 2004. Vol. 25. P. 1718–1725.
18. Rudisch B., Nemeroff C.B. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression // Biol. Psychiatry. 2003. Vol. 54. № 3. С. 227–40.
19. Ustin T., Sartorius N. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. 2nd Ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1999.



ФЕНОРЕЛАКСАН®

РАСТВОР ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО И ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ 1 мг/мл

1 мл 10 ампул

Стерильно Внутривенно Внутримышечно



В 1 мл содержится: Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин - 1 мг; Вспомогательные вещества: Повидон; Глицерин; Натрия дисульфит; Твин - 80; Натрия гидроксид 1 М раствор; Вода для инъекций.

Хранить в защищенном от света месте при температуре от 15 до 25 °С. Применять по назначению врача. Отпуск по рецепту. Хранить в недоступном для детей месте. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке. Способ применения: см. инструкцию по применению.

Свидетельство на товарный знак № 337687 Регистрационное удостоверение № P N003863/01



МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ
ИМ. Н. А. СЕМАШКО

ОАО «Мосхимфармпрепараты» им. Н. А. Семашко»
ул. Б. Каменщики д. 9, г. Москва,
115172, тел./факс (495) 912-71-61

