

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОЙ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АМЕНОРЕИ

© С. А. Бронфман, Е. В. Уварова,
В. А. Агарков, К. В. Самохвалова

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Кулакова Росмедтехнологий», Москва
Московская государственная медицинская академия им. И. М. Сеченова, ИП РАН, Москва

Исчезновение менструальных циклов у молодых женщин в отсутствие клинически явных анатомических нарушений в системе гипоталамус–гипофиз–яичники и других эндокринных системах представляет собой один из наиболее распространенных видов аменореи и, по данным зарубежных авторов, стойкая вторичная нормогонадотропная аменорея (функциональная гипоталамическая аменорея) в популяции составляет не менее 2% (Крусос, Толпи, 1998). Наиболее часто встречающаяся форма — психогенная аменорея, которая вызывает наибольшие трудности в попытке лечения таких пациенток традиционными средствами (циклическая витаминотерапия, нейротропная терапия, гормонально-заместительная терапия, антигомотоксическая терапия), этиология которой до сих пор остается не вполне ясной.

В нашем исследовании, проведенном на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. Кулакова (Москва), приняли участие 29 девушек возрасте 18–25 лет, обратившихся в отделение гинекологии детского и юношеского возраста (зав. отделением — профессор, д. м. н. Уварова Е. В.) с жалобой на отсутствием самостоятельных менструаций в течение не менее 6 месяцев, без сопутствующей соматической и психической патологии, не принимающие каких-либо лекарственных средств, с нормальной массой тела.

Целью данного исследования являлась разработка оптимальной индивидуально-ориентированной схемы лечения вторичной нормогонадотропной аменореи.

Задачей было как изучение особенностей гормонального статуса пациенток, так и анамнеза, в т. ч. семейного, взаимоотношений с родителями (особенно ранних взаимоотношениям с матерью), опыт психических травм, в т. ч. физического или сексуального насилия как в недавнем прошлом, так и в детском опыте, психического стату-

са и психологических особенностей для выяснения возможной связи между этими факторами и аменореей. При проведении исследования были применены следующие методики: MMPI, опросник депрессивности Бэка (BDI), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), опросник тревожности Спилбергера, шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС), опросник-анкета травматического опыта (LEQ).

Контрольную группу составили 13 здоровых девушек этого же возраста.

Результаты исследования:

1. В анамнезе исследуемых выявлены ранние сепарации с матерью в связи с семейными обстоятельствами или, предположительно, с послеродовой депрессией у матери, искусственное вскармливание, конфликты в родительской семье, развод родителей, раннее (до 3 лет) начало посещения детских дошкольных учреждений, нередко с круглосуточным пребыванием, физическое насилие в семье; из личностных особенностей — замкнутость, гиперответственность, перфекционизм. Обращает на себя внимание отсутствие опыта каких-либо отношений с противоположным полом у подавляющего большинства пациенток.
2. При более доверительном контакте с врачом, кроме жалобы на отсутствие менструаций, выявлены жалобы на головные боли, сложности с засыпанием, внутреннее напряжение, постоянно сниженное настроение, снижение аппетита или внезапные приступы «обжорства», раздражительность.
3. Исследование личностных особенностей пациенток выявило умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности (нет значимых отличий от группы нормы), однако среднее значение балла ШОВТС составило 39,4 балла (тогда как для группы нормы

22,4 балла), близкое по величине к таковому для выборок пациентов с ПТСР (Тарабрина, Агарков, 2001), что при меньшем, чем в группе нормы, опыте психотравмирующих ситуаций (по шкале LEQ) указывает на «особую» уязвимость пациенток с вторичной аменореей при воздействии потенциально психотравмирующих событий (Агарков, 2007). Шкала BDI не выявила симптомов клинически выраженной депрессии, однако по шкале депрессии Гамильтона средний балл в исследуемой группе составил 11,5, что можно интерпретировать как проявление маскированной депрессии.

Назначение антидепрессантов из группы СИОЗСН в течение 4–6 месяцев в средней терапевтической дозе, по нашим данным, показало высокую эффективность в лечении пациенток с вторичной нормогонадотропной аменореей, резистентной к традиционной терапии нарушений менструального цикла. Близка по эффективности у этой группы пациенток краткосрочная психодинамическая психотерапия в течение такого же срока с частотой 2 раза в неделю, что подтверждает гипотезу о наличии маскированной депрессии у данной группы пациенток (Бронфман, 2010).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ТЕРАПИЕЙ ОЛАНЗАПИНОМ, И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

© В. С. Буланов, Л. М. Василенко

Московский НИИ психиатрии Росздрава, Москва

Цель исследования: исследование эффективности корректирующего воздействия совместного назначения бромокриптина и метформина на метаболические и эндокринные нарушения, возникшие в процессе терапии оланзапином у больных параноидной шизофренией.

Методы. Изучено 20 пациенток, средний возраст $24,2 \pm 6,4$ лет с диагнозами по МКБ-10: параноидная шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма (F 20.1). Средняя суточная доза оланзапина — $11,3 \pm 5,7$ мг; длительность терапии — $10,4 \pm 4,8$ мес. Длительность заболевания — $4,2 \pm 2,3$ года. Методы: клинико-эндокринологический, антропометрический, биохимический, статистический. У всех больных было получено информированное согласие на участие в исследовании, которое проводилось в два этапа: до назначения корректоров (бромокриптин 0,0025 мг/сут. и метформин 1500 мг/сут.) и через 1–3 мес. приема препарата.

Результаты. У наблюдаемых в 100% случаев на фоне терапии оланзапином отмечалось достоверное ($p \leq 0,05$) повышение массы тела (МТ) в среднем с $67,4 \pm 22,3$ кг до $85,6 \pm 16,2$ кг. Средняя прибавка МТ за период приема оланзапина составила $18,2 \pm 9,8$ кг. Кроме того, у 8 пациенток (40%) отмечалась задержка менструации, ее средняя длительность — $3,8 \pm 2,2$ мес. Средний уровень пролактина на 1-м этапе иссле-

дования составлял 940 ± 96 мМЕ/л (N 70–700 мМЕ/л), уровень глюкозы в крови натощак — $5,9 \pm 1,3$ ммоль/л. После проведения корректирующей терапии, средняя длительность которой составляла $2,25 \pm 1,1$ мес., отмечалось достоверное ($p \leq 0,05$) снижение уровня пролактина (940 ± 96 мМЕ/л; $328,6 \pm 102$ мМЕ/л) и глюкозы в крови ($5,9 \pm 1,3$ ммоль/л; $4,4 \pm 0,9$ ммоль/л). Масса тела и показатели ИМТ снизились с $85,6,0 \pm 16,2$ кг до $83,9 \pm 15,3$ кг; ИМТ с $29,9 \pm 4,8$ до $28,5 \pm 3,9$ ($p \geq 0,05$); средний показатель снижения массы тела составил $1,85 \pm 0,8$ кг. Как видно, данные изменения антропометрических показателей были статистически недостоверны, и это можно частично объяснить краткосрочностью корректирующей терапии. При этом отмечающаяся тенденция не только к стабилизации массы тела, но и ее снижению была бы более достоверной в условиях длительной коррекции. Восстановление менструального цикла было отмечено у 6 из 8 пациенток; в остальных двух случаях менструации возобновились, но носили скудный и непродолжительный характер в форме олигоменореи.

Выводы. Использование комбинированной корректирующей терапии бромокриптином и метформином на фоне лечения оланзапином позволяет эффективно воздействовать на проявления как метаболических нарушений, так и синдрома гиперпролактинемии.