

7. Robson D., Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper // *Int. J. Nurs. Stud.* – 2007. – V. 44 (3). – P. 457–466.
8. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness / S. D. Rosenberg, L. A. Goodman, F. C. Osher et al. // *American Journal of Public Health.* – 2001. – V. 91, № 1. – P. 31–37.
9. Dinwiddie S. H., Shicker L., Newman T. Prevalence of hepatitis C among psychiatric patients in the public sector // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – V. 160 (1). – P. 172–174.
10. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature / L. N. Campos, M. D. Guimaraes, R. A. Carmo et al. // *Cad. Saude Publica.* – 2008. – V. 24. – Suppl. 4. – P. 607–620.
11. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients / O. Lingjaerde, U. G. Ahlfors, P. Bech et al. // *Acta. Psychiatr. Scand. Suppl.* – 1987. – № 334. – P. 1 – 100.
12. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1987. – V. 13 (2) – P. 261–276.
13. Масловский С. Ю., Козловский В. Л. Измерение качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* – 2009. – № 3. – С. 29–32.
14. Логвинович Г. В., Семке А. В., Бессараб С. П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1992. – 170 с.
15. Логвинович Г. В., Семке А. В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1995. – 212 с.

Транслитерация русских источников

1. Shizofreniya: uyazvimost – diatez – stress – zabolevanie / A. P. Kotsyubinskiy, A. I. Skorik, I. O. Aksenova i dr. – SPb. : Gippokrat, 2004. – 336 s.
2. Muhametshina Z. F. Sotsialnoe funkcionirovanie i kachestvo zhizni bolnykh shizofreniy (kliniko-sotsialnye i psihologicheskie aspekty) : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2009.
3. Burkovskiy G. V., Levchenko E. V., Berkman A. M. Ob issledovaniyah zdorovya i kachestva zhizni // *Obozrenie psichiatrii i med. psihologii im. V. M. Behtereva.* – 2004. – T.1, N 1. – S. 27–28.
4. Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Storozhakova Ya. A. Psihosotsialnaya terapiya i psihosotsialnaya reabilitatsiya v psichiatrii. – 2-e izd. – M. : ID «Medpraktika-M», 2007. – 492 s.
5. Semke A. V., Rahmazova L. D., Lobacheva O. A. i dr. Klinicheskie i biologicheskie faktory formirovaniya adaptatsii bolnykh shizofreniy // *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii.* – 2006. – N 3 (42). – S. 17–21.
6. Semke A. V., Maltseva Yu. L. Somaticheskie rasstroystva pri shizofrenii. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedo-rov», 2009. – 180 s.
13. Maslovskiy S. Yu., Kozlovskiy V. L. Izmerenie kachestva zhizni bolnykh shizofreniy pri provedenii podderzhivayushey terapii // *Obozrenie psichiatrii i meditsinskoj psihologii im. V. M. Behtereva.* – 2009. – N 3. – S. 29–32.
14. Logvinovich G. V., Semke A. V., Bessarab S. P. Negativnyie rasstroystva i adaptatsionnyie vozmozhnosti u bolnykh shizofreniy v remissiyah. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 1992. – 170 s.
15. Logvinovich G. V., Semke A. V. Pervichnyie i vtorichnyie narusheniya adaptatsii pri shizofrenii. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 1995. – 212 s.

УДК 651.851:613.99:618.17-008.8
ББК Р64-57+Р715

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бронфман С. А.^{*}, Агарков В. А.,
Кудаева Л. М., Божко С. А.,
Лаукарт Е. Б., Цветкова У. Н.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗСР России
119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

В статье показана высокая эффективность антидепрессантов из группы СИОЗСН и краткосрочной психодинамической психотерапии у пациенток с функциональными расстройствами менструального цикла (на примере психогенной аменореи). Благодаря полученным данным о клинико-психопатологических, характерологических и психологических особенностях пациенток с данной патологией становится возможным выделение различных групп больных, что позволяет использовать индивидуально подобранные схемы лечения и значительно повышает эффективность лечебных мероприятий. **Ключевые слова:** функциональные нарушения менструального цикла, ранний репродуктивный возраст, вторичная нормогонадотропная функциональная аменорея, краткосрочная психодинамическая психотерапия, антидепрессанты из группы СИОЗСН.

THE EFFICIENCY OF SHORT-TERM PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE MENSTRUAL CYCLE IN PATIENTS AT EARLY REPRODUCTIVE AGE. Bronfman S. A., Agarkov V. A., Kudaeva L. M., Bozhko S. A., Laukart E. B., Tsvetkova U. N. I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. 119992, Moscow, Trubetskaya Street, 8, Building 2. This study demonstrates a high efficiency of SSRI antidepressants and short-term psychodynamic psychotherapy in patients with functional disorders of the menstrual cycle (in this study, patients with psychogenic amenorrhea). The data that has been collected about the patients' clinical psychopathological, characterological and psychological traits enables classification of patients and use of customized treatment schemes, which are significantly more effective. **Key words:** functional disorders of menstrual cycle, early reproductive age, secondary normogonadotropic functional amenorrhea, short-term psychodynamic psychotherapy, SSRI antidepressants.

Введение. По мере развития цивилизации отмечается тенденция к росту заболеваемости функциональными расстройствами репродуктивной функции среди молодых женщин (1, 2, 3, 4). Одним из этиологических факторов этих расстройств является снижение качества жизни. По мнению Э. К. Айламазяна (1), репродук-

^{*} Бронфман Светлана Ароновна, к. м. н., врач-психиатр, психотерапевт, клин. психолог, с.н.с. лаб. по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ. 84955184787.Chernenko@mtu-net.ru

ция является маркером состояния ноосферы. Центральное угнетение репродуктивной функции у животных в неблагоприятных для размножения условиях является хорошо знакомым биологам фактом. Это – эволюционно закрепленная защитная реакция, предохраняющая организм от нецелесообразных энергетических затрат в неподходящих для размножения условиях. Угнетение репродукции продолжается до тех пор, пока окружающий мир не улучшится до такой степени, что шанс на успешное выживание потомства станет максимальным. Естественно предполагать, при более длительной беременности и высокой степени незрелости новорожденного роль эволюционно закрепленных нейроэндокринных механизмов выключения репродуктивной функции в неблагоприятных условиях должна быть значительно выше. Угнетение репродукции также можно рассматривать как полезный психонейроэндокринный механизм, предотвращающий возможность неблагоприятных воздействий окружающей среды на новый организм (3, 1).

Мы бы добавили, что менструальный цикл, в отличие от эстрального, свойственного всем млекопитающим, кроме высших приматов, впервые в процессе эволюции предполагает ежемесячную возможность зачатия и является, как и новая кора, ярким примером качественного скачка, «эволюционного сдвига», что и определяет, по нашему мнению, наибольшую уязвимость к воздействиям неблагоприятных факторов. Наиболее существенными из них, по мнению ряда авторов, являются, прежде всего, психологический стресс, реже – несбалансированное питание вследствие соблюдения «косметических» диет (3, 4, 5, 6). Последнее, по нашему мнению, в абсолютном большинстве случаев связано с недовольством собственным телом. Это может свидетельствовать о бессознательном отрицании женственности и взросления или о чувстве стыда из-за несоответствия придуманному «идеальному телу», что говорит о наличии тревожных и депрессивных тенденций у этой группы больных. Так, например, известно, что в анамнезе у значительного числа больных с психогенной аменореей имеются указания на стрессорирующие события, связанные с психосексуальными и социальными аспектами жизни, перед началом полового созревания или во время него (3, 4).

Вторичная нормогонадотропная функциональная аменорея (ВНФА), или психогенная вторичная аменорея (функциональная гипоталамическая аменорея (ФГА) в терминах, принятых за рубежом) является ярким примером таких нарушений. Однако многие вопросы алгоритма диагностики и лечения пациенток с этим диагнозом в настоящий момент остаются нерешенными.

Распространенность стойкой вторичной аменореи – прекращение менструаций на срок не менее 6 месяцев – у здоровых молодых женщин, т. е. исчезновение менструальных циклов при отсутствии клинически явных нарушений в системе «гипоталамус – гипофиз – яичники» или в других эндокринных системах составляет не менее 2 %, а среди студенток вузов – от 3,5 до 5 % (3, 4).

По мнению большинства исследователей, основным патогенетическим звеном формирования вторичной нормогонадотропной функциональной аменореи являются центральные нейротрансмиттерные изменения, приводящие к расстройству импульсной секреции гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) гипоталамусом. Это расстройство проявляется в первую очередь в снижении частоты и амплитуды импульсов лютеинизирующего гормона (ЛГ). Содержание остальных тропных гормонов гипофиза у пациенток с ВНФА соответствует нормальным показателям (3, 4, 5).

Однако механизм уменьшения импульсов ГнРГ при ВНФА остается неясным. Наиболее вероятным механизмом считается возможное ингибирующее воздействие на гонадолиберин-овые клетки избытка таких нейромедиаторов, как дофамин и эндорфины, при недостатке серотонина и норадреналина, обычно наблюдающееся при депрессивных и тревожных расстройствах. С этой гипотезой согласуются клинические наблюдения, указывающие на стресс и дезадаптацию, сопровождающуюся депрессивной и/или тревожной симптоматикой, как наиболее частую причину развития ВНФА (3, 5, 6).

Есть и другая точка зрения на возможный механизм расстройства импульсной секреции ГРГ. Так, в исследованиях последних лет обнаружено увеличение количества кортизола в плазме крови больных ВНФА. Однако недавно было показано, что оно не сопровождается увеличением суммарной продукции кортикостероидов за сутки. Повышение количества кортизола говорит не о гиперфункции надпочечников, а, вероятно, о снижении порога чувствительности к стрессу и истощении адаптационных ресурсов (5). Другие исследователи склонны считать, что повышение уровня кортизола у больных ВНФА, как и у больных депрессией, возможно, связано с уменьшением количества или снижением функции центральных глюкокортикоидных рецепторов в гиппокампе и гипоталамусе, что, в свою очередь, связывают с длительными стрессовыми воздействиями, перенесенными в раннем возрасте, в сенситивный период, когда формируются центральные механизмы регуляции ГГН-системы. Повышенный уровень кортизола, в свою очередь, снижает активность и значительно уменьшает количество серотониновых рецепторов (5HT₁ рецепто-

ров), что и является одним из вероятных механизмов возникновения депрессии. Кроме того, в ряде исследований выявлено снижение концентрации серотонина в тромбоцитах пациенток с ВНФА, которая, по мнению многих авторов, коррелирует с концентрацией серотонина в лимбической системе, гипоталамусе и гипофизе, что подтверждает гипотезу о возможном присутствии депрессивной симптоматики у пациенток с этой патологией (7, 8, 10).

Эти данные подтверждаются в исследованиях психологических и личностных особенностей больных ВНФА. Так, S. L. Berga, M. Marcus (6) было показано, что пациентки с этим диагнозом отмечали значимо больше депрессивных симптомов, чем женщины с нормальной менструальной функцией. Кроме того, были выявлены такие личностные особенности пациенток с ВНФА, как перфекционизм, излишняя озабоченность мнением других людей, потребность в одобрении, низкая интроцептивная осознанность (осознание телесных ощущений и потребностей), свидетельствующие о депрессивных и тревожных тенденциях у пациенток с ВНФА.

Одним из важнейших этиологических факторов возникновения ВНФА, как было указано выше, является также снижение массы тела вследствие соблюдения «косметических диет» или повышенных физических нагрузок.

По мнению многих зарубежных авторов, атипичные расстройства пищевого поведения, диагностика которых представляется непростой задачей, а распространенность значительно превосходит типичные, являются частыми спутниками ВНФА (11, 5, 6). Необходимо отметить, что всем пациенткам, страдающим расстройствами пищевого поведения, в том числе атипичными, свойственно «непомерное влияние фигуры и массы тела на самооценку» (DSM-IV), связанное с неудовлетворенностью собственным телом. Таким образом, можно говорить о доминирующем значении самооценки для пациенток с этим заболеванием, а неудовлетворенность с телом отражает недостаточное самоуважение, которое может за этим скрываться, тем самым указывая на возможное наличие депрессивных симптомов. В подтверждение этого предположения многие авторы отмечают повышенную частоту встречаемости среди пациенток с расстройствами пищевого поведения депрессивных и тревожных расстройств, расстройств личности (11).

На сегодняшний день общепринятыми методами лечения пациенток с ВНФА в нашей стране является циклическая витаминотерапия (ЦВТ), нейротропная терапия (по показаниям), а в случае неэффективности проводимого негормонального лечения в течение не менее 6 месяцев – заместительная гормональная терапия (ЗГТ) препаратами натуральных эстрогенов

и прогестагенов в течение 3 месяцев (при отсутствии эффекта допустимо продолжение терапии в течение последующих 3 месяцев) (4, 2). Однако эффективность этих видов терапии при данной патологии остается низкой.

По мнению большинства исследователей, первым этапом в лечении пациенток с ВНФА является выявление и устранение этиологического фактора – стресса и/или депрессии. Необходимо также вовремя диагностировать и справиться с расстройствами пищевого поведения, что само по себе, как правило, является довольно сложной задачей (12, 13, 5).

В силу изложенных выше причин пациентки с ВНФА проявляют особую чувствительность к стрессорным факторам, что делает маловероятным исчезновение подобных ситуаций из повседневной жизни больных с этой патологией. Диагностика расстройства пищевого поведения представляет серьезную проблему в связи с упорным сокрытием большинством пациенток симптомов заболевания. В некоторых случаях диссимуляция, являющаяся постоянным симптомом всех расстройств пищевого поведения, усугубляется вследствие непонимания связи нарушений менструального цикла с пищевым расстройством, но чаще всего сильный стыд и чувство собственной неадекватности не позволяют пациенткам с этим страданием довольно долгое время обратиться за помощью к специалисту или открыть перед ним свое «истинное лицо» (13, 11, 14).

По данным зарубежных единичных пилотажных исследований, в лечении ВНФА высокоэффективны психотерапевтические методы. В исследовании S. L. Berga (9) когнитивно-бихевиоральная ПТ в группе пациенток с ВНФА показала значительно более высокую эффективность в сравнении с группой пациенток с ВНФА, не получавших ПТ. W. Tschugguel (15) была показана высокая эффективность гипнотерапии в лечении пациенток с ВНФА. Для пациенток с ВНФА, страдающих депрессивным расстройством или атипичным расстройством пищевого поведения, по нашему мнению, более эффективна краткосрочная психодинамическая ПТ, направленная на понимание и устранение бессознательных конфликтов, связанных с установками относительно женственности и сексуальности.

Цель исследования – сравнение эффективности различных методов лечения вторичной нормогонадотропной функциональной аменореи и разработка рекомендаций по их применению у разных групп больных с этой патологией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 106 пациенток в возрасте от 18 до 25 лет, обратившихся с жалобой на отсутствие самостоятельных менструаций в течение не менее 6 месяцев.

В исследовании также приняли участие 16 соматически и психически здоровых девушек такого же возраста без нарушений менструального цикла, вошедших в группу контроля для сравнительной оценки гормональных показателей, а также данных психологического исследования.

Критерии включения: 1) отсутствие других гинекологических заболеваний, экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии, психических заболеваний; 2) нормальная или незначительно сниженная масса тела (ИМТ от 17 до 25); 3) нормальный уровень гонадотропинов в сыворотке крови; 4) отсутствие какого-либо лечения, в том числе гормонального, в период не менее 3 месяцев до включения в настоящее исследование.

В исследование не включались пациентки, профессионально занимающиеся спортом или балетом, для исключения аменореи, связанной со значительно повышенными физическими нагрузками.

Методы исследования: клинико-anamnestический, клинико-диагностический, клинико-психопатологический, психологический.

Врач-психотерапевт проводил подробное диагностическое интервью как с пациенткой, так и клиническую беседу с пациенткой и её матерью. По результатам клинического интервью врач-психотерапевт оценивал каждую пациентку по шкалам Гамильтона (шкала депрессии и шкала тревоги).

Для изучения психологических и личностных особенностей пациенток и девушек контрольной группы использовались следующие психологические методики: ММРІ, шкала измерения личностной и ситуативной тревожности Спилбергера–Ханина, опросник-анкета травматического опыта (LEQ-2), шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС).

Результаты и их обсуждение. Ни у одной из пациенток не было жалобы на невозможность забеременеть, так как данная проблема была для пациенток исследуемой группы неактуальна. Однако тревожные опасения по поводу проблем с фертильностью в будущем высказывали 25 % пациенток.

Данные нашего исследования свидетельствуют, что пациентки с ВНФА представляют собой неоднородную группу. У 20 % пациенток на первый план выходит депрессивная симптоматика разной степени выраженности, которую можно отнести к рубрикам по МКБ-10: 1) дистимия (хроническая тревожная депрессия или невротическая депрессия) (F34.1); 2) нарушение адаптации в форме пролонгированной депрессивной реакции (F43.21). Из атипичных расстройств пищевого поведения по МКБ-10 (F50.1, F50) у пациенток с ВНФА можно выделить: атипичную нервную анорексию (ограничи-

тельную – 24,6 %), атипичную нервную булимию без очистительных процедур (20 %), атипичную нервную булимию с очистительными процедурами (15,4 %). У 71,8 % больных ВНФА с атипичными расстройствами пищевого поведения наблюдается коморбидная депрессивная симптоматика. Лишь у 20 % пациенток с ВНФА можно говорить об аменорее неуточненного генеза (5 %) или связанной с воздействием стрессовой ситуации (15 %).

Таким образом, ВНФА у пациенток раннего репродуктивного возраста с нормальной (или незначительно сниженной) массой тела, без повышенных физических нагрузок в большинстве случаев является одним из проявлений (симптомом) депрессивных и тревожных расстройств разной степени тяжести и атипичных расстройств пищевого поведения. Лишь у 15 % пациенток была выявлена связь между возникновением аменореи и предшествовавшей стрессовой ситуацией, а у 5 % пациенток причина аменореи так и осталась невыявленной.

Несмотря на то что по данным нашего исследования, около 80 % больных с ВНФА имели депрессивную и тревожную симптоматику, тем не менее к врачу-психотерапевту самостоятельно не обратилась ни одна из пациенток. За психологической помощью до начала настоящего исследования обращались 5 пациенток. Подобная тенденция может объясняться как отсутствием доступной психотерапевтической помощи в медицинских учреждениях первичного звена (женские консультации), так и настороженностью большей части населения по отношению к специалистам такого профиля, сложившейся в силу исторических и социальных причин.

В личностных профилях ММРІ у пациенток с ВНФА пиковые значения наблюдались по шкалам депрессии (2) и психастении (7).

Исследование личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности по шкалам Спилбергера–Ханина показало достоверно ($p < 0,05$) более высокий уровень ЛТ и СТ у пациенток исследуемой группы в сравнении со здоровыми девушками.

Результаты исследования по методикам LEQ и ШОВТС обнаружили, что при достоверно ($p < 0,05$) меньшем количестве потенциально психотравмирующих ситуаций в индивидуальном опыте у пациенток с ВНФА в сравнении со здоровыми девушками балл ШОВТС в 2 раза превышал средние значения здоровых девушек, что подтверждает гипотезу о низкой способности справляться с потенциально психотравмирующими событиями, т. е. о низком уровне стрессоустойчивости пациенток с ВНФА.

Таким образом, при меньшем опыте психотравмирующих ситуаций пациентки исследуемой группы демонстрируют подпороговый уро-

вень симптомов ПТСР, тем самым подтверждая гипотезу о том, что у пациенток с ВНФА снижен порог чувствительности к стрессу, т. е. можно говорить об «особой уязвимости» пациенток с ВНФА в ситуации потенциально психотравмирующих событий.

На первом этапе исследования все пациентки (106 чел.) были рандомизированы на 3 группы: больным 1-й группы была назначена циклическая витаминотерапия (ЦВТ) на период 6 месяцев, во 2-й группе на этот же период времени – антигомотоксическая терапия (АГТ) (гормель, овариум композитум, коэнзим композитум и др.), в 3-й группе (контроль) – даны рекомендации по изменению образа жизни и режима питания, но никакого лечения не назначалось. Критерием эффективности было наступление одной (или более) самостоятельной менструации в течение данного промежутка времени.

На втором этапе исследования сравнивалась по эффективности терапия антидепрессантом из группы СИОЗСН (дулоксетин), краткосрочная психодинамическая терапия и заместительная гормональная терапия (ЗГТ) (общепринятый метод лечения при этой патологии).

На первом этапе выявлено, что эффективность лечения в группе пациенток, применявших ЦВТ, практически совпадала по эффективности с самостоятельным восстановлением менструального цикла в течение 6 месяцев (21 и 19 %), однако эффективность АГТ превосходила ЦВТ в 1,8 раза (38 %), хотя различия в эффективности лечения и не были статистически значимыми.

При анализе предикторов успешности АГТ при лечении пациенток с ВНФА было выявлено следующее: совокупность таких факторов, как отсутствие депрессивных симптомов, небольшая длительность заболевания (не более 1 года), а также соотношение гонадотропинов (ЛГ/ФСГ) более 0,6 может являться предиктором успешности лечения антигомотоксическими препаратами у пациенток с ВНФА.

На втором этапе, в соответствии с определенными нами предикторами неэффективности АГТ, наблюдались пациентки с депрессивной симптоматикой и длительностью заболевания более 1 года. Пациентки (60 чел.) были рандомизированы на 3 сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. Пациентки 1-й группы принимали антидепрессант (АД) из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) (дулоксетин – 60 мг/сут) в течение 6 месяцев; во 2-й группе – проходили сеансы краткосрочной психодинамической ПТ с частотой 2 раза в неделю; пациенткам 3-й группы в течение такого же промежутка времени назначалась общепринятая ЗГТ препаратом фемостон 2/10.

По результатам второго этапа выявлено, что прием АД оказался эффективным у 85 % пациенток с ВНФА, эффективность краткосрочной психодинамической ПТ составила 67 %, а ЗГТ была эффективна в 37 % случаев.

Однако, как показала оценка отдаленных исходов восстановительного лечения пациенток с ВНФА по результатам наблюдения в течение 6 месяцев после окончания исследования, хотя эффективность антидепрессантов в лечении пациенток исследуемой группы была сравнима по эффективности с краткосрочной психодинамической ПТ, регулярный менструальный цикл установился только у 20 % пациенток, для которых терапия АД оказалась эффективной. У остальных пациенток менструальный цикл оставался нерегулярным, со склонностью к опсо- и олигоменорее (скудным и редким менструациям), с задержками от 10 до 35 дней. Напротив, у пациенток, для которых оказалась эффективной психотерапия, в 67 % случаев наблюдался регулярный менструальный цикл практически с момента его восстановления.

Пациентки, для которых терапия ЗГТ в течение первых 3 месяцев оказалась неэффективной, в дальнейшем также не получили эффекта от ЗГТ (в течение последующих 3 месяцев).

Таким образом, краткосрочная психодинамическая ПТ – высокоэффективный и патогенетически обоснованный метод лечения больных с вторичной нормогонадотропной функциональной аменореей раннего репродуктивного возраста, сравнимый по эффективности с применением АД из группы СИОЗСН и достоверно превосходящий эффективность заместительной гормональной терапии. Однако результаты отдаленных наблюдений показывают достоверно более высокую ($p < 0,05$) эффективность краткосрочной психодинамической ПТ в восстановлении регулярного менструального цикла в сравнении с применением антидепрессантов.

Л и т е р а т у р а

1. Айламазян Э. К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды // Журн. акушерства и женских болезней. – 1997. – Вып. 1. – С. 6–10.
2. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков : руководство для врачей. – СПб. : ИКФ «Фолиант», 2000. – 278 с.
3. Репродуктивная эндокринология : в 2-х т. / пер. с англ. / под ред. С. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. – М. : Медицина. – 1998. – Т. 2. – 432 с.
4. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология : руководство для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : «МИА», 2006. – 632 с.
5. Зеленина Н. В., Бескровный С. В., Карпищенко Ж. М., Ильин А. Б. Нейроэндокринные изменения и их роль в патогенезе функциональной гипоталамической аменореи // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Т. 9, № 3. – С. 9–15.
6. Berga S. L., Yen S. S. C. Reproductive failure due to central nervous system-hypothalamic-pituitary dysfunction / J. Strauss, R. Barbieri (eds.) // Yen and Jaffe's reproductive endocrinology: physiology, pathophysiology, and clinical

- cal management. – Philadelphia : Elsevier Saunders, 2004. – P. 564–569.
7. Кочетков Я. А. Депрессия и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система: новые стратегии изучения // Совр. пробл. психиатр. эндокринологии. – М., 2004. – С. 160–175.
 8. Погорелая С. П. Психоэмоциональное состояние женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей : автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2005.
 9. Berga S. L., Marcus M. D., Loucks T. L., Hlastala S., Ringham R., Krohn M. A. Recovery of ovarian activity in women with functional hypothalamic amenorrhea who were treated with cognitive behavior therapy // Fertil. Steril. – 2003. – V. 80 – P. 976–981.
 10. Языков К. Г., Семке В. Я., Корнетов Н. А. Характеристики транспорта и депонирования тромбоцитарного серотонина при психических расстройствах // Сб. науч. трудов к 20-летию ТНЦ СО РАМН. – Томск, 1999. – С. 125–127.
 11. Brown E., Bain G., Lerner P. et al. Psychological, hormonal and weight disturbances in functional amenorrhoea // Can. J. Psych. – 1998. – V. 28 – P. 624–628.
 12. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей – М. : МИА, 2007. – 256 с.
 13. Вейн А. М. Лечение депрессии в неврологической клинике // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 5. – С. 185–188.
 14. Крылов В. И. Психопатология пищевого поведения: нервная анорексия и нервная булимия // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 2.
 15. Tschugguel W., Berga S. L. Treatment of functional hypothalamic amenorrhea with hypnotherapy // Fertil. Steril. – 2003. – V. 80 – P. 982–985.

Транслитерация русских источников

1. Aylamazyan E. K. Reproaktivnoe zdorove zhenshiny kak kriteriy bioekologicheskoy diagnostiki i kontrolya okruzhayushey sredy // Zhurn. akusherstva i zhenskikh bo-lezney. – 1997. – Vyip. 1. – S. 6–10.
2. Gurkin Yu. A. Ginekologiya podrostkov : rukovodstvo dlya vrachey. – SPb. : IKF «Foliant», 2000. – 278 s.
3. Reproaktivnaya endokrinologiya : v 2-h t. / per. s angl. / pod red. S. S. K. Yena, R. B. Dzhafe. – M. : Meditsi-na. – 1998. – T. 2. – 432 s.
4. Smetnik V. P., Tumilovich L. G. Neoperativnaya ginekologiya : rukovodstvo dlya vrachey. – 3-e izd., pererab. i dop. – M. : «MIA», 2006. – 632 s.
5. Zelenina N. V., Beskrovnyiy S. V., Karpischenko Zh. M., Ilin A. B. Neyroendokrinnyie izmeneniya i ih rol v patogeneze funktsionalnoy gipotalamicheskoy amenorei // Ros. vestnik akushera-ginekologa. – 2009. – T. 9, N 3. – S. 9–15.
7. Kochetkov Ya. A. Depressiya i gipotalamo-gipofizarno-nadpochechnikovaya sistema: novyye strategii izucheniya // Sovremennyye problemy psichiatricheskoy endokrinologii. – М., 2004. – С. 160–175.
8. Pogorelaya S. P. Psihoemotsionalnoe sostoyanie zhenshin s vtorichnoy normogonadotropnoy amenoreey i oligomenoreey : avtoref. dis. ... k.m.n. – Томск, 2005.
10. Yazykov K. G., Semke V. Ya., Kornetov N. A. Harakteristiki transporta i deponirovaniya trombositarnogo serotonina pri psichicheskikh rasstroystvah // Sbornik nauchnykh trudov k 20-letiyu TNTs SO RAMN. – Томск, 1999. – С. 125–127.
12. Smulevich A. B. Depressii v obschey meditsine : rukovodstvo dlya vrachey – М. : MIA, 2007. – 256 s.
13. Veyn A. M. Lechenie depressii v neurologicheskoy klinike // Psichiatriya i psichofarmakoterapiya. – 2002. – N 5. – S. 185–188.
14. Kryilov V. I. Psichopatologiya pischevogo povedeniya: nervnaya anoreksiya i nervnaya bulimiya // Psichiatriya i psichofarmakoterapiya. – 2007. – N 2.

УДК 616.12-008.331.3:616.831:616-073.756.8
ББКР62-327+Р410

СВЯЗЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Семке Г. В. *, Мордовин В. Ф.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН
634012, Томск, ул. Киевская, 111А

Изучено состояние функциональной активности мозга у больных артериальной гипертензией (АГ) по данным компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) и топографического картирования в сопоставлении с результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Выделено 4 типа картограмм, отражающих стабильность формирования нарушений электрической активности мозга у больных АГ без признаков неврологического дефицита. Показано, что прогрессирование сосудистой гипертонической энцефалопатии по данным МР-томографии у больных АГ сопровождается изменением мощности ритмов ЭЭГ: снижением индекса α -ритма, сглаживанием его межполушарных различий, повышением индекса медленной активности по всем областям мозга. Увеличение индекса медленной активности и снижение индекса альфа-ритма можно рассматривать в качестве маркеров структурных изменений мозга – прежде всего, нарушения ликвородинамики и перивентрикулярного лейкоараиоза в соответствующих регионах мозга. **Ключевые слова:** артериальная гипертензия, топографическое картирование мозга, магнитно-резонансная томография.

ASSOCIATION OF ELECTRIC ACTIVITY AND STRUCTURAL CHANGES OF THE BRAIN IN HYPERTENSIVE PATIENTS. Semke G. V., MORDOVIN V. F. FSBI «RI Cardiology» SB RAMS. 634012, Tomsk, Kievskaya Street, 111a. The relation between state of functional activity of the brain according to computer electroencephalography compared with results of magnetic resonance imaging (MRI) of the brain were investigated in hypertensive patients. It is shown that the progression of vascular hypertensive encephalopathy according to MR imaging in hypertensive patients accompanied by a decrease of the index of the alpha rhythm, a violation of its hemispheric differences, and increased the index slow activity in all areas of the brain. Increase of the index of slow activity and decrease of index of alpha rhythm may be considered as markers of structural changes in the brain – a violation of liquorodynamics and periventricular leukoaraiosis. **Key words:** arterial hypertension, structural brain changes, topographic mapping of the brain.

Введение. Наименее изученным аспектом проблемы хронической цереброваскулярной патологии при артериальной гипертензии (АГ) является функциональное состояние головного мозга. В настоящее время используется принципиально новая возможность объективизации стандартной оценки ЭЭГ с помощью картирования электрической активности мозга и преобразования полученных данных в графики и топографические карты с помощью различного

* Семке Галина Владимировна, отд. артериальных гипертензий, телефоны: 8-(382-2)558125, 558122. E-mail: semke@cardio.tsu.ru