

слеродовом периоде. С учетом сопутствующей патологии все женщины были разделены на три группы: 1 гр. (19 чел.) с гипофункцией щитовидной железы, 2 гр. (13 чел.) с осложнениями в родах и раннем послеродовом периоде, 3 гр. (20 чел.) с родоразрешением операцией кесарева сечения. Обследование проводилось в первые 10 дней и через 2 месяца после родов. Для объективизации клинических данных использовались следующие психометрические шкалы: Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS), шкалы самооценки депрессии и тревоги Цунга.

Полученные данные показывают, что тревожно-депрессивные состояния часто встречаются в послеродовом периоде у женщин с различной акушерско-гинекологической и эндокринной патологией. В изучаемой группе, по данным EPDS, в первые 10 дней обследования депрессивная симптоматика отмечалась у 65% женщин, ко 2 месяцу послеродового периода у 39%. При сравнении полученных результатов по шкалам самооценки депрессии и тревоги Цунга также было зарегистрировано уменьшение частоты возникновения и выраженности аффективных нарушений на более поздних этапах послеродового периода. На 10 день депрессия регистрировалась у 34%, ко 2 месяцу — у 23% обследованных. Тревога у 67% и 34% соответственно.

Сравнение результатов, полученных на разных этапах послеродового периода, в трех изучаемых группах показало: более выраженная редукция тревожной и депрессивной симптоматики произошла в группе пациенток с осложнениями в родах. При первичном обследовании тревога отмечалась у 71%, при повторном обследовании у 28% женщин. Депрессия у 32% и 20% женщин соответственно. По данным шкалы тревоги Цунга, при повторном обследовании у пациенток, перенесших операцию кесарева сечения, отмечалось суще-

ственное снижение частоты возникновения тревожной симптоматики. В первые 10 дней тревога регистрировалась у 67% женщин, ко 2 месяцу у 36%. Менее выражена редукция депрессивной симптоматики у данной группы пациенток ко второму месяцу послеродового периода (при обследовании в первые 10 дней депрессия отмечалась у 43%, ко второму месяцу у 27% по шкале самооценки депрессии Цунга).

Наиболее стабильными аффективные нарушения были в группе женщин с гипотиреозом (при первичном обследовании тревога регистрировалась у 64%, при повторном — у 40%, депрессивная симптоматика у 34% и 21% соответственно), что совпадает с приводимыми в научных публикациях данными о задерживании тиреоидных нарушений в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств. Проведенные исследования показали, что у женщин с послеродовой депрессией часто отмечается снижение общего уровня тироксина как в послеродовом периоде, так и во время беременности. Выявленный гипотиреоз либо нижние границы нормы гормонов щитовидной железы в период беременности являются факторами риска развития послеродовой депрессии.

Описываемые тревожно-депрессивные нарушения имели легкую и умеренную степень тяжести. При этом во всех рассматриваемых случаях регистрировалось сочетание депрессии с проявлениями тревоги. Изолированных депрессивных нарушений у пациенток выявлено не было.

Мониторинг гормональных показателей в периоде беременности и выявление прочих известных факторов риска позволят с большей вероятностью определить женщин, склонных к развитию послеродовой депрессии. Что в свою очередь позволит проводить своевременную профилактику.

ФАКТОРЫ РИСКА ФАРМАКОГЕННОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

© Г. Э. Мазо, Т. М. Шманева

ГУ Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Депрессивное расстройство является общемедицинской проблемой в связи с высокой коморбидностью со многими соматическими заболеваниями, в особенности с диабетом и сердечно-сосудистыми заболева-

ниями. Имеются научные публикации, где выявлена связь депрессии и отдельных компонентов метаболического синдрома, таких как накопление висцерального жира (P. Bjorntorp, 2001), повышение уровня глюкозы (B. Weber et

al., 2000), гипертензия (K. Davidson et al., 2000; J. F. Scherrer et al., 2003) и увеличение уровня липидов крови (M. Nakao et al., 2001; P. J. Rowan et al., 2005), ожирение (S. A. Everson-Rose et al., 2004). Появление в последние десятилетия новых групп антидепрессантов не решило полностью проблемы купирования депрессивных состояний, и часто требуется использование комбинированной терапии с использованием препаратов разных фармакологических групп. Фармакотерапия вызывает ряд нейроэндокринных эффектов, к которым относятся метаболический синдром, синдром гиперпролактинемии, изменения функции щитовидной железы. Различные классы антидепрессантов оказывают разное влияние на метаболические и эндокринные функции. Особого внимания заслуживает проблема изменения массы тела — одного из нарушений, входящих в структуру метаболического синдрома. Актуальность изучения этого аспекта нейроэндокринных дисфункций обусловлена тем, что увеличение массы тела существенно повышает риск таких заболеваний, как гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа, сердечно-сосудистые заболевания. В связи с этим был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им. В. М. Бехтерева с 2003 по 2008 гг., направленный на изучение факторов риска, способствующих развитию фармакогенной прибавки в весе. Регистрация которой, производилась при увеличении массы тела более чем на 5% в процес-

се фармакотерапии (D. Allison et al., 1999). Полученные данные позволяют сделать вывод, что пол, возраст, наличие гипотиреоза являются факторами, влияющими на развитие фармакогенной прибавки веса у пациентов с депрессивным расстройством. Не менее значимое влияние оказывает фармакотерапия. Оценка прироста веса тела в зависимости от фармакотерапии показала, что наибольшая частота встречаемости фармакогенной прибавки веса тела наблюдается в группе пациентов, получавших комбинированную терапию трициклическими антидепрессантами и атипичным антипсихотиками. Далее, по снижению частоты встречаемости этого побочного эффекта, наблюдается следующая тенденция: в 75% случаев фармакогенная прибавка выявлялась в группе пациентов, получавших комбинированную терапию трициклическими антидепрессантами и типичными нейролептиками, в 66% — при терапии комбинацией антидепрессантов, в 66% — при лечении современными антидепрессантами и типичными нейролептиками, в 20% случаев — при комбинированной терапии современными антидепрессантами и атипичными антипсихотиками и в 14,2% — при монотерапии современными антидепрессантами. Результаты анализа позволяют сделать вывод, что использование комбинированной терапии способствует большему увеличению веса. А применение атипичных антипсихотиков и типичных нейролептиков увеличивает процент встречаемости фармакогенной прибавки веса, особенно при сочетании с трициклическими антидепрессантами.

ВОЗРАСТНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ (АОФС) ЭРИТРОЦИТОВ У ОБЕЗЬЯН

© В. Ю. Маренин, Н. Д. Гончарова

Учреждение РАН Научно-исследовательский институт медицинской приматологии РАН, Сочи

Целью работы явилось изучение возрастных и индивидуальных особенностей функционирования АОФС эритроцитов и надежности ее защиты в условиях психоэмоционального стресса на модели самок макак резус. Объектом исследования являлись клинически здоровые самки макак резус (*Macaca mulatta*) двух возрастных групп (молодые половозрелые 6–8 лет и старые 20–27 лет). В условиях стандартизо-

ванного острого стрессового воздействия (двухчасовой нежесткой иммобилизации в метаболических клетках), нанесенного в 15.00 ч, наблюдаются выраженные возрастные изменения функционирования АОФС. Активность глутатионредуктазы (ГР) увеличивается в большей степени у молодых, чем у старых животных; активность супероксиддисмутазы у молодых животных снижается, в то время как у половины ста-