

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  $940 \pm 96$  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 ( $940 \pm 96$  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.