

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОРРЕКЦИИ СЕРТРАЛИНОМ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Кафедры психиатрии с наркологией и фармакологии
Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко*

Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин приобрели в последнее время особую актуальность, которая обусловлена показателями качественного и количественного воспроизводства населения, ухудшающимися характеристиками здоровья детей и матерей [3]. Климактерический период приходится на самое социально активное время женщины и часто сопровождается патологическим климактерическим синдромом (КС), с нейроэндокринными, вегетативными и психопатологическими расстройствами, в частности тревожно-фобического спектра [1, 2, 4]. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных проблемам КС, многие вопросы остаются дискуссионными. Существование общих нейротрансмиттерных механизмов регуляции эндокринных и психических функций открывает возможности использования психотропных средств, особенно препаратов избирательного действия, в качестве регуляторной терапии больных с нейроэндокринными расстройствами [6]. Для разработки алгоритма коррекции тревожно-фобических расстройств (ТФР) у женщин с КС нами на основании анализа данных литературы и вследствие неизученности при указанной патологии был выбран сертралин.

Материалы и методы исследования

В изученную выборку вошли 90 женщин, из которых 20 пациенток – женщины в возрасте доклимактерического периода ($n=10$ – здоровые лица, $n=10$ – страдающие тревожно-фобическими расстройствами), 70 женщин с ТФР в климактерическом периоде. Средний возраст женщин климактерического периода – 50,25, женщин доклимактерического периода – 28,60 года. Длительность заболеваний в среднем 5,05 года, количество поступлений в среднем 3,10. Длительность менопаузы пациенток составила 4,36 года с началом менопаузы в возрасте 45,03 года и последней менструацией в 48,13 года. Больные в зависимости от применяемой терапии были распределены на следующие группы: 1-я ($n=20$, контрольная группа), получавшая

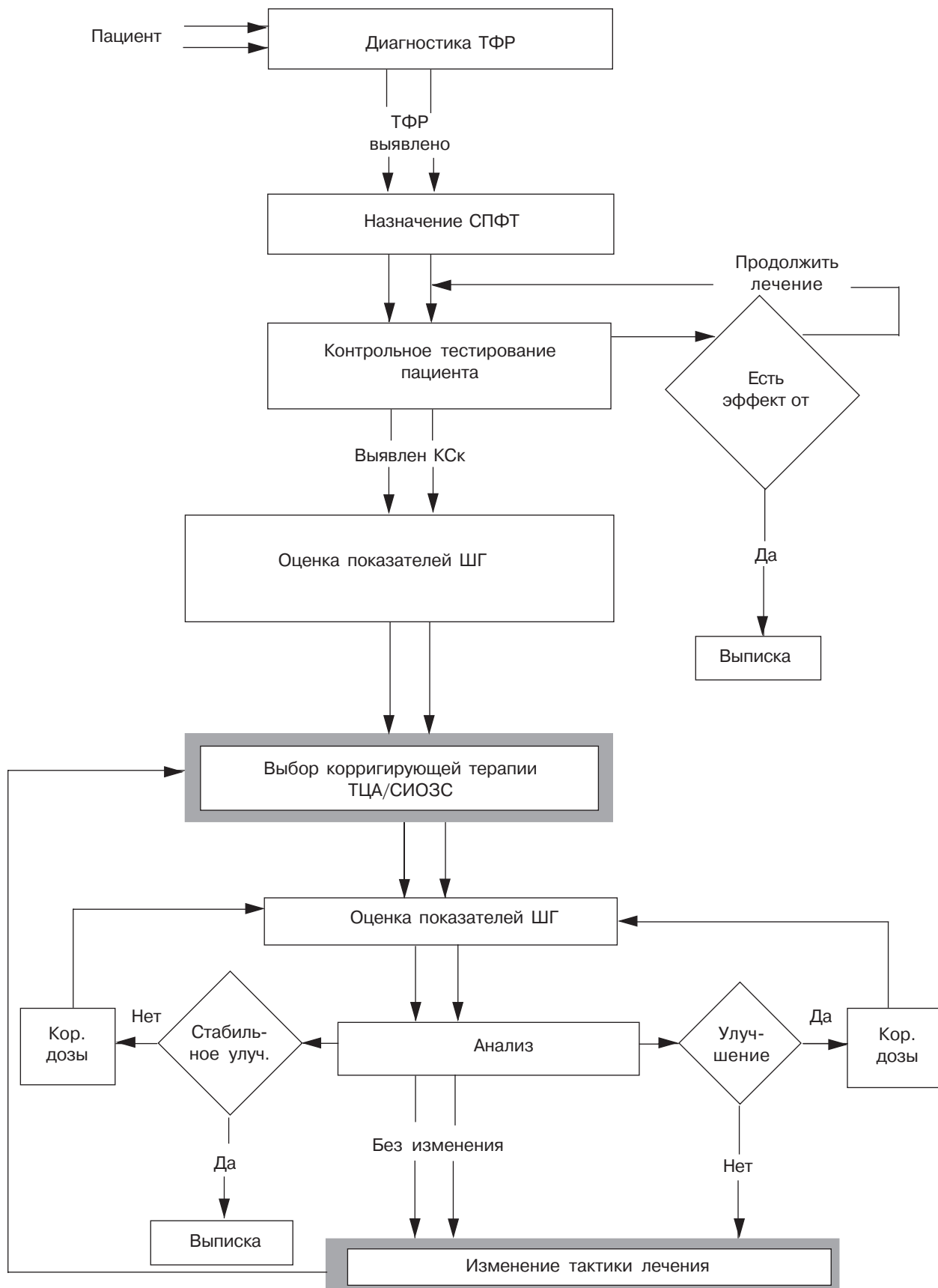
стандартную психофармакотерапию (СПТФ) с использованием антидепрессанта амитриптилина в дозе 100 мг/сут. (Ам); 2-я группа ($n=21$) – лечение сертралином в дозе 50 мг/сут. (Сн50); 3-я группа ($n=19$) – лечение сертралином в дозе 100 мг/сут. (Сн100). В процессе исследования появилась необходимость апробации новой схемы лечения сертралином, что было реализовано на 10 пациентках с ТФР на фоне КС. В работе использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, включающий в себя стандартизованную шкалу тревоги Гамильтона (ШГ) [5]. Клиническая эффективность терапии регистрировалась перед исследованием, а также на 7, 15 и 30-е сутки. Научные данные обработаны статистически, достоверность устанавливалась с применением критерия Вилькоксона [7]. При проведении исследования были соблюдены этические нормы, изложенные в Хельсинской декларации 1964 года, модифицированной 41-й Всемирной Ассамблеей, Гонконг, 1989 г.

Результаты исследования

Установлено, что сертралин вызывает существенную редукцию основной симптоматики ТФР при его использовании как в дозе 50 мг/сут., так и в дозе 100 мг/сут. При этом препарат в большей дозе вызывает этот эффект гораздо быстрее, чем в меньшей дозе, при этом у ряда больных к 3-й неделе лечения возникли признаки серотонинового синдрома. Анализ динамики развития лечебного действия сертралина показал, что можно предложить новую схему назначения этого препарата: 1-я неделя – сертралин в дозе 100 мг/сут., 2-я неделя – 50 мг/сут., 3-я неделя – 100 мг/сут., 4-я неделя – 50 мг/сут. Для установления критерия изменения дозировки сертралина и сравнительной характеристики используемых режимов лечения нами рассчитана скорость редукции аффективной симптоматики по ШГ в разных группах. Для этого разницу в баллах суммарного показателя между исходным уровнем и 7-ми сутками лечения, 7-ми и 15-ми сутками делили

Скорость редукции суммы симптомов (баллы/день) по количественной шкале Гамильтона при коррекции тревожно-фобических расстройств сертралином (1 – 50 мг/сут., 2 – 100 мг/сут., 3 – новый режим назначения)

Группы	Сроки			
	1-я неделя	2-я неделя	3–4-я недели	Средняя скорость
1	1,14	0,69	0,34	0,72
2	1,49	0,50	0,24	0,74
3	2,19	1,43	0,51	1,03



Алгоритм принятия решения при выборе терапевтической тактики лечения ТФР

на 7, а между 15-ми и 30-ми делили на 14. Таким образом, полученная величина отражала скорость редукции суммы симптомов за 1-е сутки.

Изменение скорости снижения выраженности симптомов по ШГ было выявлено для всех групп пациентов, леченных сертралином (таблица). Наивысшая ско-

рость редукции симптомов была в 3-й группе больных, где доза антидепрессанта изменялась каждую неделю. По всем шкалам установлено, что наибольшее снижение выраженности симптомов в баллах происходит в первую неделю лечения, особенно это касается тех случаев, когда сертралин использовался

в дозе 100 мг/сут. Однако применение сертралина только по схеме 100:50:100:50 вызывает 50%-ное снижение показателей ШГ начиная с 15-х суток. При всех других вариантах лечения такой эффект наблюдался только на 30-е сутки и не по всем показателям. На основании анализа всех полученных данных нами предпринята попытка разработать алгоритм подбора дозировки сертралина и предложить алгоритм принятия решения при выборе терапевтической тактики при лечении ТФР женщин с КС. Этот алгоритм представлен на рисунке. После диагностики ТФР у женщин без наличия КС может быть использована СПТФ с применением антидепрессанта амитриптилина в дозе 100 мг/сут. В этом случае значительный лечебный эффект достигается через 3 недели назначения препарата, и больные могут быть переведены на амбулаторное лечение амитриптилином.

Если установлено, что у женщин с КС возникло ТФР, то следует оценить их состояние с помощью количественной шкалы ШГ и назначить сертралин в дозе 100 мг/сут. В дальнейшем в конце каждой недели лечения проводится обследование с помощью ШГ и на основании изменения показателя суммы симптомов в баллах принимается решение об изменении дозы сертралина. Если сумма баллов снижается более чем на 1,0 балла за неделю, то доза сертралина уменьшается до 50 мг/сут., что и происходит у наибольшего количества пациенток к концу 1-й недели. Если сумма баллов снижается меньше чем на 0,75–0,85 балла за неделю, что мы наблюдали в конце 2-й недели, то доза увеличивается до 100 мг/сут. Такое контрольное тестирование проводится и в конце 3-й недели, что в основном приводило к снижению дозировки сертралина до 50 мг/сут. на 4-ю неделю лечения. Такой подход позволял переводить пациентов на амбулаторное лечение.

Обсуждение

Селективный ингибитор обратного захвата серотонина сертралин предпочтителен для коррекции ТФР у женщин с КС. Его применение требует динамического контроля уровня снижения симптоматики для своевременного изменения дозировок. Рекомендуемый диапазон доз препарата: 50–100 мг/сут. Его следует

назначать в соответствии с разработанной методикой мониторингирования качества лечения на основе суммы показателей шкалы тревоги Гамильтона.

Поступила 10.11.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян А. В. Нарушение гипоталамической регуляции репродуктивной функции при воздействии нейротоксического соединения и мелатонина / А. В. Арутюнян, М. Г. Степанов, Г. О. Керкешко, Э. К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. 2003. Вып. 2. С. 77–84.
2. Дюкова Г. М. Состояние психовегетативной и сексуальной сферы женщин в пременопаузе / Г. М. Дюкова, В. П. Сметник, Н. А. Назарова // Руководство по климактерию: Системные изменения, профилактика и коррекция климактерических расстройств / Под ред. В. И. Кулакова. М.: Мед. информ. агентство. 2001. С. 361–383.
3. Коколина В. Ф. Репродуктивное здоровье девочек и девушек-подростков в современных условиях // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006. № 1. С. 6–11.
4. Тювина Н. А. Особенности клиники и дифференциальной диагностики психических нарушений у женщин в период климактерия / Н. А. Тювина, В. В. Балабанова // Медицинская помощь. 1999. № 6. С. 18–21.
5. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50–55.
6. Morrison A. S. 8 Internac. Congress on Menopause section "Brain Functional an HRT". Sydney, 1996.
7. Wilcoxon F. Individual Comparison by Ranking Methods // Wilcoxon F. Biometrika Bulletin, 1945. № 1. P. 80–83.

**T. E. LOPATINA,
K. M. REZNIKOV, O. Y. SHIRYAEV**

ALGORITHM OF CORRECTION OF WOMEN'S ANXIETY DISORDERS IN THE CLIMACTERIC WITH SERTRALIN

90 women with anxiety disorders were examined in the climacteric after sertraline and amitriptylin had been prescribed for them. The algorithm of the sertraline's dosage was elaborate and the logic model of the psychopharmacotherapy of women's anxiety disorders in the climacteric was made.

Key words: anxiety, phobias, psychopharmacotherapy, climacteric syndrome.

A. M. МАНУЙЛОВ, М. П. РАЛКА

ПРЕЦИЗИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

*Кафедра хирургии, урологии, травматологии и ортопедии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

У каждого третьего онкологического больного независимо от локализации первичной опухоли обнаруживается метастатический рак печени (МРП), а при локализации первичного очага в системе воротной вены (ВВ) выявляется более чем у половины больных [4].

Без лечения медиана выживаемости находится в пределах 2–6 месяцев [2, 5]. Хирургическое ле-

чение является золотым стандартом у больных с МРП, но резекция возможна менее чем у 40% пациентов [1, 3].

Мы видим перспективу в широком применении экономных, органосохраняющих резекций при лечении больных с МРП и сочетанном использовании прецизионных хирургических технологий (ПХТ).