

**Т.Е. Лопатина, О.Ю. Ширяев, К.М. Резников**  
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОРРЕКЦИИ**  
**ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЖЕНЩИН С**  
**КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Каф. психиатрии с наркологией, каф. фармакологии ВГМА им. Н.Н.  
Бурденко*

**Резюме.** В работе представлены материалы об эффективности сертралина в разных дозах и amitриптилина при тревожно-фобических расстройствах женщин с климактерическим синдромом. Показано, что сертралин более эффективен, чем amitриптин, при этом его применение в дозе 100 мг/сут. быстрее способствует редукции симптоматики, но может вызывать побочные эффекты после 3-х недель лечения.

**Ключевые слова:** коррекция тревожно-фобических расстройств, климактерический синдром, сравнительный анализ.

**Актуальность.** В жизни женщины одним из критических периодов является климактерический период, который приходится на самое социально-активное время женщины, и если в 17 веке до этого возраста доживали не более 28% европейских женщин, то в настоящее время в развитых странах около 95% достигают возраста менопаузы (Тювина Н.А. и др., 1999). По прогнозам ВОЗ к 2015 году 46% мировой популяции женщин окажется старше 45 лет (Bruls E., 2000). Менделевич В.Д. (1996) приводит данные, согласно которым средний возраст наступления климакса у женщин равен 45-47 годам и зависит от ряда конституциональных, профессиональных и социальных факторов. В этот период, наряду с угасанием активности репродуктивной системы, происходят возрастные изменения в других органах и системах, что ограничивает адаптивные возможности организма и являются основой для возникновения заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной систем, а также появлению психических расстройств (Крымская М.Л., 1989.; Казей Н.С., 1990.; Герман С.В., 1993). Нередко естественное течение климакса осложняется климактерическим синдромом, характеризующимся нейро-психическими, вазо-моторными нарушениями. Частота его возникновения составляет от 26 до 48% (Вихляева Е.М., 1980, 1995; Серов В.Н., 1993). По данным Дюковой Г.М. и др. (2001) женщин с активными жалобами на различные симптомы климактерического синдрома характеризует большая тяжесть психовегетативного синдрома (высокий уровень депрессии и актуальной тревоги) и ухудшение качества жизни при среднем уровне психосоциального стресса. Все вышеизложенное приводит к социальной дезадаптации больных.

Поэтому, целью настоящего исследования было повышение эффективности терапии тревожно - фобических расстройств у женщин в климактерическом периоде на основе применения сертралина.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 80 женщин с диагнозами по МКБ-10 F 40.0, F 41.1, F 41.0, F 41.2, F 06.4, F 60.6, в климактерическом периоде; из которых 20 женщин составили контрольную группу - женщины в возрасте доклимактерического периода, 60 женщин с климактерическим синдромом, из них: 19 получали психофармакотерапию с назначением антидепрессанта сертралина в дозе 100 мг/сут., 21 женщин в дозе 50 мг/сут и 20 женщин – amitриптин в средней суточной дозе 100 мг. Средний возраст женщин климактерического периода -

50,25, женщин доклимактерического периода - 28,60 лет. Длительность заболеваний в среднем 5,05 лет, количество поступлений в среднем 3,10. Длительность менопаузы пациенток составила 4,36 лет, с началом менопаузы в возрасте 45,03 лет и последней менструацией в 48,13 лет. Гинекологическое обследование женщин проводилось по общепринятой схеме: уточнялись жалобы, собирались анамнестические сведения (возраст, время появления первых менструаций, их регулярность, длительность, время прекращения) проводился гинекологический осмотр. Уточнялась сопутствующая патология. Определялся климактерический симптомокомплекс на основе данных модифицированного менопаузального индекса – ММИ (Манухин И.Б., 2001), что соответствовало: 35-58 баллов – климактерический синдром средней степени тяжести (85% пациенток), более 58 баллов – тяжелый климактерический синдром (15% пациенток). В работе использованы клиничко-психопатологический (сбор анамнестических сведений, жалоб наличие вредностей и сопутствующих заболеваний) и экспериментально-психопатологические (стандартизированные шкалы тревоги Гамильтона, Цунга, ИСАС - для оценки страхов) методы. Оценку психического и соматического состояния пациенток производили при поступлении (Д0), через неделю после начала лечения (Д7), через две (Д15), и в конце лечения (Д30).

Наиболее характерными симптомами были: сердцебиения (98,14%), приливы потливости (90,2%), приливы жара (86,27%), тахикардия (88,24%), головокружение (66,67%). У женщин в менопаузе выявлены: ампутация мат-ки (15,69%), миома матки (11,76%), экстерпация матки (9,8%), фиброма мат-ки (9,8%), а также такие сопутствующие заболевания как гастрит (27,45%), церебральный атеросклероз (27,45%), энцефалопатия (27,45%), вегето-сосудистая дистония (23,53%), гипертоническая болезнь (21,57%), черепно-мозговая травма (в анамнезе) - 21,57%, панкреатит (13,73%). Наиболее значимыми жалобами были: тревога у 96,08% женщин, головокружение 92,16%, слабость у 88,24%, бессонница у 79,55%, ухудшение памяти у 68,63%, плохой аппетит у 66,67%, сенестопатии у 60,78%, страх заболевания у 59,98%, головные боли у 47,06%, страх смерти у 43,14%, тоска у 41,18%, плаксивость у 39,22%, сниженное настроение 35, 29%, страх будущего у 31,37%, ком в горле у 27, 45%, боль в груди у 25,49%, страх людской толпы, общественных мест у 17,65%, чувство жжения у 15,69%, раздражительность у 11,76%, волнение у 11,76%.

Обработка материала и представление результатов проводились на ПЭВМ класса Pentium III с помощью пакета статистического анализа SPSS и электронной таблицы Excel 7 в операционной среде Windows .

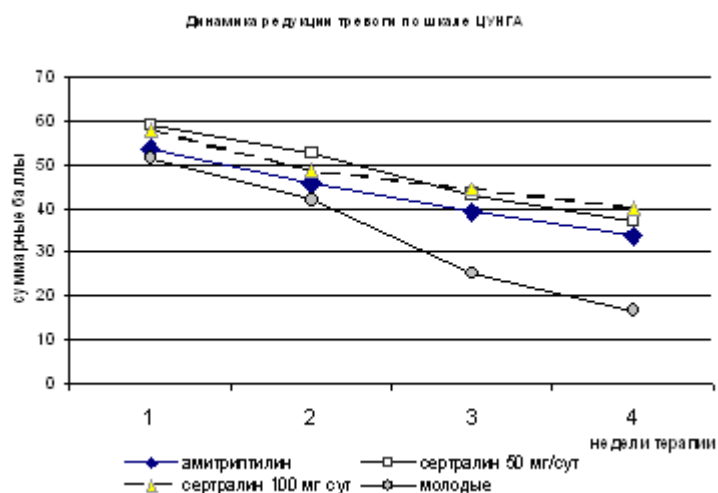
**Полученные результаты и их обсуждение.** Клинические исследования по сравнительной эффективности антидепрессантов у женщин с тревожно-фобическими расстройствами в климактерическом периоде по шкале Гамильтона (суммарный балл более 25) продемонстрировали, что в первую неделю терапии у группы больных, получавших сертралин, отмечается более выраженное снижение показателей тревоги в сравнении с группой, получавшей amitriptilin. К концу лечения наилучший эффект редукции тревожной симптоматики наблюдался в группе больных, получавших сертралин в дозе 50 мг/сут. (табл.1).

**Таблица 1**

***Динамика суммарных показателей тревоги по шкале Гамильтона при различных видах терапии (\*p<0,05)***

Группы больных	Сроки исследования (сут.)			
	Исх.	7	15	30

Амитриптилин	29,90±4,30	26,35±3,58	20,75±3,08*	18,40±3,20*
Сертралин 50мг	32,00±3,80	24,00±2,60*	19,20±1,66*	14,40±2,50*
Сертралин 100мг	34,73±3,80	24,28±2,64*	20,82±2,79*	17,48±2,19*
Молодые	29,60±3,18	22,20±2,56*	14,00±2,00*	9,67±1,36*



**Рис. Динамика редукции тревоги по шкале Цунга при разных видах терапии**

Из рисунка видно, что и по шкале для оценки тревоги Цунга, в группе больных, получавших сертралин в суточной дозе 50 мг выявлено более медленная редукция тревожной симптоматики в начале лечения и более и более эффективное его действие в конце 4-й недели, по сравнению с назначением сертралина в суточной дозе 100 мг, который показал себя более эффективным только в конце первой недели терапии.

Для объективизации сравнительной характеристики используемых режимов лечения нами рассчитана скорость редукции аффективной симптоматики по шкалам для каждого режима лечения. Для этого разницу в баллах суммарного показателя между исходным уровнем и 7 сутками лечения, 7-ми сутками и 15-ми сутками, 15-ми и 21-ми делили на 7, а между 15 и 30-ми делили на 14. Таким образом, полученная величина отражала скорость редукции суммы симптомов за 1 сутки.

Скорость редукции симптоматики в группе пациентов, леченых амитриптилином представлена в таблице 2.

**Таблица 2.**

**Скорость редукции суммы симптомов (баллы/день) по количественным шкалам при коррекции тревожно-фобических расстройств амитриптилином (1-молодые, 2-КС)**

Шкала	Сроки					Средняя ск.
	Гр.	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя	
ШГ	1	1,06	1,17	0,69	-	0,95
	2	0,58	0,80	-	0,17	0,52
ШТЦ	1	1,33	2,37	1,23	-	1,64
	2	1,12	0,89	-	0,40	0,80
ИСАС	1	2,22	3,38	4,95	-	3,52
	2	2,30	1,60	-	0,84	1,58

Материалы таблицы показывают, что выявленная ранее более быстрая редукция симптоматики при использовании amitriptilina обусловлена более высокой скоростью снижения выраженности суммы симптомов у пациенток без явлений климактерического синдрома. Особенно это проявляется в течение 2-й и 3-й недель лечения.

Скорость снижения выраженности симптомов различна и при применении сертралина в различных дозах. Эти данные представлены в таблице 3.

**Таблица 3.**

**Скорость редукции суммы симптомов (баллы/день) по количественным шкалам при коррекции тревожно-фобических расстройств сертралином (1- 50 мг/сут., 2- 100 мг/сут.)**

Шкала	Сроки				
	Гр.	1 неделя	2 неделя	4 неделя	Средняя ск.
ШГ	1	1,14	0,69	0,34	0,72
	2	1,49	0,50	0,24	0,74
ШТЦ	1	0,89	1,37	0,42	0,89
	2	1,32	0,56	0,31	0,74
ИСАС	1	2,16	1,87	1,24	1,76
	2	3,33	1,33	0,89	1,85

Частота побочных эффектов при приеме сертралина и amitriptilina была различной. При назначении amitriptilina, у одной больной наблюдалась задержка мочи, сонливость проявилась у 7 больных, нарушение зрения у 1 больной, сухость во рту у 6, неусидчивость у 2, тошнота у 2, слабость у 1, задержка мочи у 1, запор у 1. Также было отмечено делириозное расстройство на 2 неделе лечения у одной пациентки. При назначении сертралина только в дозе 100 мг/сут. у 2-х больных отмечались признаки «серотонинового синдрома» через 3 недели лечения.

**Выводы.** Сертралин превосходит по эффективности amitriptilin, действует в дозе 100 мг/сут. уже на первой неделе применения, что регистрируется оценочными шкалами, и значительно реже вызывает побочные эффекты. Показано, что доза сертралина 50 мг/сут является эффективной у больных с тревожно-фобическими расстройствами в климактерическом периоде. Таким образом, сертралин – эффективное прототревожное средство, хорошая переносимость и безопасность которого позволяют широко применять его у больных с данной патологией.

#### **Литература**

1. Вихляева Е.М. Гинекологическая эндокринология / – М., 1980. – 185 с.
2. Вихляева Е.М. Постменопаузальный синдром и стратегия заместительной гормональной терапии. /Е.М. Вихляева // Акушерство и гинекология. – 1995. - №5. – С.51–56.
3. Герман С.В. Мелатонин у человека // Клиническая медицина, 1993. - №3. – С. 22-29.
4. Дюкова Г.М. Состояние психовегетативной и сексуальной сферы женщин в менопаузе /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.
5. Казей Н.С. Климактерический синдром: Лекции. /Н.С. Казей – М., 1990. - 36 с.
6. Крымская М.Л. Климактерический период /М.Л. Крымская. – М., 1989. – 271 с.
7. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия / Казань, 1996. – 125 с.

8. Серов В.Н. Неоперативная гинекология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская. – М.: Медицина, 1993. – 286 с.
9. 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.
10. Bruls E. Melatonin II. Physiological and therapeutic effects / E. Bruls, M.Crasson, O. Van Reeth, J.J. Legros // Rev. Med. Liege/ - 2000. – Vol. 55, N 9. –P. 862-870.

Abstract

**T.E. Lopatina, O.Yu. Shiryaev, K.M. Reznikov**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF VARIOUS VARIANTS OF CORRECTION OF ALCOHOL-FOBAL DISORDERS OF WOMEN WITH CLIMACTERIC SYNDROME**

**Voronezh State Medical Academy**

Summary. The paper presents materials on the effectiveness of sertraline in different doses and amitriptyline in anxiety-phobic disorders of women with menopausal syndrome. It is shown that sertraline is more effective than amitriptyline, while its use in a dose of 100 mg / day. faster contributes to the reduction of symptoms, but can cause side effects after 3 weeks of treatment.

Key words: correction of anxiety-phobic disorders, climacteric syndrome, comparative analysis.

References:

1. Vikhlyaeva E.M. Gynecological endocrinology / - M., 1980. - 185 p.
2. Vikhlyaeva E.M. Postmenopausal syndrome and the strategy of hormone replacement therapy. /EAT. Vikhlyaeva // Obstetrics and Gynecology. - 1995. - № 5. -С.51-56.
3. German S.V. Melatonin in humans // Clinical medicine, 1993. - №3. - P. 22-29.
4. Dyukova G.M. The state of psycho-vegetative and sexual sphere of women in premenopausal / GM. Dyukova, V.P. Smetnik, N.A. Nazarova // Manual on menopause: Systemic changes, prevention and correction of climacteric disorders / Ed. IN AND. Kulakov. - М .: Honey. inform. agency. - 2001. - P. 361-383.
5. Kazey N.S. Climacteric syndrome: Lectures. / N.C. Kazey - M., 1990. - 36 p.
6. Crimean M.L. Menopause / M.L. The Crimean. - M., 1989. - 271 p.
7. Mendelevich V.D. Gynecological psychiatry / Kazan, 1996. - 125 p.
8. Serov V.N. Non-operative gynecology / V.N. Serov, V.N. Prilepskaya. - Moscow: Medicine, 1993. - 286 p.
9. Tyvina N.A. Features of the clinic and the differential diagnosis of mental disorders in women during menopause / NA. Tyuvin, V.V. Balabanova // Medical aid. - 1999 - №6. -FROM. 18-21.
10. Bruls E. Melatonin II. Physiological and therapeutic effects / E. Bruls, M.Crasson, O. Van Reeth, J.J. Legros // Rev. Med. Liege / - 2000. - Vol. 55, N 9.-P. 862-870.

Сведения об авторах: Ширяев Олег Юрьевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии с наркологией; Резников Константин Михайлович, д.м.н., профессор кафедры фармакологии.