

Тревога в практике гинеколога. Взгляд психиатра

Д.м.н. А.В. Васильева

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются основные группы тревожных расстройств, наиболее часто встречающиеся в повседневной практике врача-гинеколога. Современные исследования указывают на имеющуюся связь между половыми гормонами и системами эмоциональной регуляции головного мозга. Определены основные группы гинекологической патологии (предменструальный синдром, беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, климактерический период, онкогинекология), сопровождающиеся аффективными и психовегетативными нарушениями, требующими назначения психофармакотерапии в комплексном лечении. Рассмотрены основные проблемы дифференциальной диагностики при наличии общих звеньев патогенеза гинекологических и психических нарушений. Представлены возможности терапии тревожных расстройств врачом-гинекологом. Подробно описаны механизмы действия транквилизаторов, а также стратегии выбора препаратов для лечения тревожных и психовегетативных нарушений. Показано, что препаратом выбора может быть тофизопам (Грандаксин), который отличается от традиционных бензодиазепинов и обладает рядом уникальных свойств, а именно: не вызывает зависимости, не обладает миорелаксирующим действием, т. е. может назначаться пациенткам в амбулаторной практике, в т. ч. в ситуациях, требующих концентрации внимания и принятия правильных решений.

Ключевые слова: тревожные расстройства, страх прогрессирования заболевания, синдром предменструального напряжения, климактерический синдром, менопауза, транквилизаторы.

Для цитирования: Васильева А.В. Тревога в практике гинеколога. Взгляд психиатра // PMJ. 2018. № 5(1). С. 51–55.

ABSTRACT

Anxiety in the practice of a gynecologist. A psychiatrist's view
Vasileva A.V.

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg
North Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

The article considers the main groups of anxiety disorders, which are most commonly met in the everyday practice of a gynecologist. Current studies indicate that there is a relationship between sex hormones and the systems of emotional brain regulation. The article determines the main groups of gynecological pathology (premenstrual syndrome, pregnancy, assisted reproductive technologies, climacteric period, oncogynecology), accompanied by affective and psycho-vegetative disorders, requiring complex treatment and appointment of psychopharmacotherapy. The main problems of differential diagnosis are identified taking into account the common links in the pathogenesis of gynecological and mental disorders. The possibilities of treating the anxiety disorders by a gynecologist are presented. The mechanisms of the action of tranquilizers and the strategy of choosing drugs for the treatment of anxious and psycho-vegetative disorders are described in detail. It is shown that tofisopam (Grandaxin) can be used as the drug of choice: it differs from traditional benzodiazepines and has a number of unique properties, namely, it does not have the risk of the drug-dependence formation and myorelaxation effect, that is, it can be administered to patients in outpatient practice and in situations requiring concentration of attention and making the right decisions.

Key words: anxiety disorders, illness anxiety disorder, premenstrual tension syndrome, climacteric syndrome, menopause, tranquilizers.

For citation: Vasileva A.V. Anxiety in the practice of a gynecologist. A psychiatrist's view // RMJ. 2018. № 5(1). P. 51–55.

ВВЕДЕНИЕ

Тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям, манифестирующим чаще всего в период раннего взрослого возраста, в целом 30–40% населения на протяжении жизни переносят то или иное тревожное состояние. При этом известно, что женщины страдают в 2 раза чаще, чем мужчины, чаще имеют коморбидные психические расстройства и более тяжело переживают бремя заболевания [1]. Современные исследования указывают на имеющуюся связь между половыми гормонами и системами эмоциональной регуляции головного мозга. Так, циклические изменения концен-

трации эстрогенов на протяжении жизни женщины оказывают прямое влияние на функционирование моноаминовых систем, в первую очередь серотонина, а также норадреналина и дофамина за счет широкой представленности рецепторов к эстрогену в различных структурах головного мозга, включая миндалину, гиппокамп и гипоталамус — основные центры эмоциональной и вегетативной регуляции.

Прогестерон способен подавлять активность ГАМК-ергических нейронов (гамма-аминомасляная кислота — это основной тормозный медиатор центральной нервной системы), а его метаболит аллопрегналон выполняет функцию положительного аллостерического

модулятора типа А ГАМК-рецепторов. В ряде работ было показано, что при снижении концентрации прогестерона в головном мозге усиливается тревога, что вносит свой вклад в развитие психоэмоциональных нарушений в перименопаузальном периоде и при синдроме предменструального напряжения [2]. Еще в древности врачи интуитивно догадывались о существующих нейрогуморальных связях, не случайно одна из наиболее распространенных форм невротических расстройств — истерический невроз — получила свое название от болезни, описанной Гиппократом, который назвал ее «истерия» (от др.-греч. ἰστέρα — «матка»). Он считал, что эмоциональные и психовегетативные нарушения развиваются у женщин из-за «блуждания» матки по организму и сдавливания различных органов, что вызывает многообразие труднообъяснимых, изменчивых симптомов. Современное понимание истерических невротических состояний делает акцент прежде всего на их психогенном происхождении, учитывая ряд биологических конституциональных факторов. Истерическое невротическое расстройство — психогенное заболевание, проявляющееся полиморфизмом симптоматики, включающее эмоциональные и функциональные моторные, вегетовисцеральные расстройства, которые носят болезненно-адаптивный характер и обусловлены ранее сформированным стереотипом поведения. В основе нарушений находится стойкое внутреннее противоречие между потребностью во внимании и признании со стороны окружающих и неадекватной оценкой собственных возможностей и условий реальности, а также между желанием независимости и страхом ответственности, между собственными потребностями и требованиями социума, развитие симптоматики приводит к достижению временного компромисса.

В повседневной практике врачи-гинекологи довольно часто наблюдают такой феномен у пациенток: особую значимость репродуктивной системы для самооценки, противоречивое отношение к материнству, выраженный инфантилизм и эгоцентричность, стремление делегировать ответственность близким. В комплексном лечении таких больных целесообразно участие психотерапевта [3]. Наличие истерических черт в личности в преморбиде играет свою роль в развитии психосоматических заболеваний в гинекологии, к примеру синдрома хронической тазовой боли [4, 5].

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СИНДРОМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

Специфическим психосоматическим расстройством, требующим междисциплинарного понимания, безусловно является синдром предменструального напряжения (предменструальный синдром — ПМС). Возникая в лютеиновой фазе менструального цикла, он, как правило, спонтанно разрешается с наступлением менструаций. Его клиническая картина в равной степени представлена психоэмоциональными, соматовегетативными и эндокринно-обменными проявлениями. Выделяют четыре основные формы ПМС в зависимости от доминирования тех или иных симптомов: эмоционально-аффективную с преобладанием дисфории, плаксивости, субдепрессивного настроения; отечную, характеризующуюся лицевыми отеками, нагрубанием и болезненностью молочных желез, вздутием живота; цефалгическую с мигренозными или головными болями напряжения; кризовую форму, когда на первый план выступают симпатоадреналовые кризы по типу панических

атак. Однако в клинической практике часто встречаются комбинированные формы. Предменструальное напряжение может развиваться как на фоне хронического гинекологического заболевания, так и без него [6].

Единой теории патогенеза данного симптомокомплекса не существует, однако известно о вкладе нейротрансмиттерных нарушений, что определяет целесообразность назначения психофармакотерапии, прежде всего препаратов быстрого действия, влияющих на аффективную сферу и имеющих вегетотропный эффект. В последнее время появилось довольно много исследований, подтверждающих высокую коморбидность ПМС с тревожными, аффективными расстройствами и патологией зрелой личности. Дополнительной сложностью в дифференциальной диагностике является то, что практически все расстройства аффективного спектра могут обостряться перед наступлением менструации. В разграничении этих состояний важно учитывать алгоритмы диагностики тревожных расстройств. В сложных случаях, особенно при наличии в анамнезе биполярного расстройства, необходима дополнительная консультация психиатра для определения тактики ведения больной [7, 8].

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Состоянием, наиболее часто сопровождающимся тревожными расстройствами, является беременность. Этот особенный, очень значимый в жизни каждой женщины период наполнен тревожными переживаниями, которые могут усиливаться, достигая уровня клинического расстройства при тревожно-мнительном типе личности, межличностных конфликтах, осложнениях беременности. Помимо этого, развивающееся плодное яйцо воздействует на многочисленные рецепторы матки, что приводит к изменениям в нервной системе матери. В случае стрессовых или психотравмирующих воздействий, помимо гестационной доминанты, обусловленной потребностями плода, могут легко формироваться другие очаги устойчивого возбуждения, которые негативно влияют на течение беременности. Типичными являются умеренные нарушения тонуса вегетативной нервной системы — головокружения, сонливость, заторможенность. Эти проявления еще более усиливаются при осложненной беременности, особенно при гестозе, когда присоединяются раздражительность, внутреннее напряжение, тревога, нарушения сна, сниженное настроение. В клинической практике важными являются своевременная диагностика тревожных расстройств, в особенности при отягощенном психической патологией анамнезе, и определение врачебной тактики в отношении коморбидных психических нарушений. Целесообразным может быть направление пациентки к психотерапевту, в случае сохранения или нарастания тревожной симптоматики необходимо назначить противотревожную терапию с условием ее безопасности и отсутствия тератогенного эффекта [8, 9].

Современная репродуктология достигла больших успехов. Однако до сих пор в этом вопросе недостаточно внимания уделяется психосоциальным факторам. Существующие программы психологического сопровождения пар при использовании вспомогательных репродуктивных технологий пока не вошли в широкую клиническую практику, к сожалению. Для ряда женщин, особенно уже переживших неудачную беременность, наступление новой беременности переживается не просто как долгожданное событие, но приобретает характер сверхценной идеи, вокруг которой



Грандаксин®

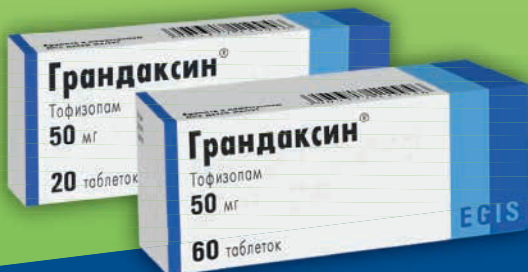
Таблетки 50 мг №20 и №60

ТОФИЗОПАМ

АНКСИОЛИТИК И ВЕГЕТОКОРРЕКТОР¹

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ГРАНДАКСИН® (тофизопам)

Торговое название: ГРАНДАКСИН®. **Международное непатентованное название:** Тофизопам. **Лекарственная форма:** таблетки. **Состав:** 1 таблетка содержит 50 мг активного вещества – тофизопам, а также вспомогательные вещества: стеариновую кислоту 1 мг, магния стеарат 1 мг, желатин 3,5 мг, тальк 2 мг, крахмал картофельный 20,5 мг, лактозы моногидрат 92 мг, целлюлозу микрокристаллическую 10 мг. **Описание:** круглые, плоские таблетки в виде диска, белого или серовато-белого цвета, с фаской, с гравировкой "GRANDAX" на одной стороне и с риской на другой стороне, без запаха или почти без запаха. **Фармакотерапевтическая группа:** анксиолитическое средство (транквилизатор). **КОД АТХ:** N05B A23. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА.** Фармакодинамика. Препарат из группы производных бензодиазепина (атипичное производное бензодиазепина), оказывает анксиолитический эффект, практически не сопровождающийся седативным, миорелаксирующим, противосудорожным действием. Является психоvegetативным регулятором, устраняет различные формы вегетативных расстройств. Обладает умеренной стимулирующей активностью. Вследствие отсутствия миорелаксирующего эффекта препарат может применяться и у больных с миопатией и миастенией. Вследствие атипичности химической структуры, в отличие от классических бензодиазепиновых производных, Грандаксин в терапевтических дозах практически не вызывает развитие физической, психической зависимости и синдрома отмены. Грандаксин относится к дневным анксиолитикам. Фармакокинетика. При приеме внутрь быстро и почти полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Максимальная концентрация в крови достигается в течение 2 часов, после чего концентрация в плазме снижается моноэкспоненциально. Тофизопам не кумулируется в организме. Метаболиты его не обладают фармакологической активностью. Выводится главным образом с мочой (60–80%) в форме конъюгатов с глюкуроновой кислотой и, в меньшей степени (около 30%), с калом. Период полувыведения составляет 6–8 часов. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Неврозы и неврозоподобные состояния (состояния, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, умеренно выраженной тревогой, апатией, пониженной активностью, навязчивыми переживаниями; Реактивная депрессия с умеренно выраженными психопатологическими симптомами; Расстройство психической адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство); Климактерический синдром (как самостоятельное средство, а также в комбинации с гормональными препаратами); Предменструальный синдром; Кардиалгии (в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами); Алкогольный абстинентный синдром; Миастения, миопатии, нерогенные мышечные атрофии и другие патологические состояния со вторичными невротическими симптомами, когда противопоказаны анксиолитики с выраженным миорелаксирующим действием. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к активному или любому другому компоненту препарата или любым другим бензодиазепинам; Состояния, сопровождающиеся выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью или выраженной депрессией; Декомпенсированная дыхательная недостаточность; I триместр беременности и период кормления грудью; Синдром остановки дыхания во сне (в анамнезе); Одновременное применение с такролимусом, сиролимусом, циклоспорином; Непереносимость галактозы, врожденная недостаточность лактазы или синдром мальабсорбции глюкозы и галактозы (препарат содержит лактозы моногидрат). **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, запор, повышенное отделение газов, тошнота, сухость во рту. В отдельных случаях возможна застойная желтуха. Со стороны ЦНС: могут наблюдаться головная боль, бессонница, повышенная раздражимость, возбуждение, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, могут возникать судорожные припадки у больных эпилепсией. **Аллергические реакции:** экзантема, скарлатиноподобная экзантема, зуд. **Опорно-двигательный аппарат:** напряжение мышц, боль в мышцах. **Дыхательная система:** угнетение дыхания. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Следует учитывать, что у пациентов с задержкой психического развития, пожилых больных, а также имеющих нарушения функции почек и/или печени, чаще, чем у других пациентов, могут наблюдаться побочные эффекты. Не рекомендуется применять тофизопам при хроническом психозе, фобии или навязчивых состояниях. В этих случаях возрастает риск суицидальных попыток и агрессивного поведения. Поэтому тофизопам не рекомендован в качестве монотерапии депрессии или депрессии, сопровождающейся тревогой. Необходима осторожность при лечении пациентов с деперсонализацией, а также органическим поражением головного мозга (например, атеросклерозом). У больных эпилепсией тофизопам может повышать порог судорожной готовности. Каждая таблетка Грандаксин® содержит 92 мг лактозы, что следует учитывать больным, страдающим непереносимостью лактозы (см. раздел Противопоказания). **Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами:** Грандаксин® существенно не снижает внимание и способность концентрироваться. **ФОРМА ВЫПУСКА.** Таблетки 50 мг. По 10 штук в блистере. 2 или 6 блистеров вместе с инструкцией по применению упакованы в картонную пачку. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ.** Хранить препарат при температуре от 15 до 25°C. Хранить в недоступном для детей месте. **СРОК ГОДНОСТИ.** 5 лет. Не использовать после истечения срока годности указанного на упаковке. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** Отпускается по рецепту.



Реклама 03_2018

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Грандаксин



Компания, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС». 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.
Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31. E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

формируются тревожно-фобические переживания, внутреннее напряжение и соматовегетативные расстройства. В таком случае встает вопрос о назначении коротким курсом психотерапии для купирования психических нарушений, создания благоприятного эмоционального фона, успешного формирования гестационной доминанты.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Окончание фертильного возраста имеет особое значение для женщины, определяя ее эмоциональный фон в этот период. Особенно травматично внезапное пресечение фертильности в связи с хирургическим лечением (аднексэктомией, пангистерэктомией). Как психоэмоциональный ответ на такое психотравмирующее событие могут развиваться тревожно-депрессивные расстройства различной глубины, которые в значительной степени ухудшают процесс реабилитации и снижают качество жизни. Эти состояния требуют назначения психотерапии, а в сложных случаях — комплексного лечения с участием психиатра и психотерапевта [10]. При нормальном наступлении климактерического периода, а затем менопаузы снижение выработки яичниками эстрогена и прогестерона негативно влияет на нейропластичность и работу центральной нервной системы. На этом фоне возникают психовегетативные нарушения, самые частые из них — приливы, потливость, озноб, сердцебиение, гипервентиляционный синдром, цефалгии, эмоциональная лабильность, тревога, внутреннее напряжение, беспокойство по несущественным поводам, диссомния [11, 12]. При возникновении тревожных состояний, панического расстройства дифференциальная диагностика особенно затруднена из-за большого количества перекрестных симптомов. Перестройка организма с гормональной дисрегуляцией провоцирует гипоталамическую дисфункцию и появление панических атак. У женщины может наступить экзистенциальный кризис, на основе которого развивается паническое расстройство. Манифестация соматических заболеваний, злокачественная патология в близком окружении могут стать причиной нозогенного панического расстройства в этот период [13]. Гипертоническая болезнь, в особенности ее кризисная форма с отсутствием или поздним выявлением соматических осложнений, может иметь схожие с паническим расстройством клинические проявления [14].

«Золотой стандарт» лечения климактерического синдрома — гормонозаместительная терапия подходит не всем пациенткам, часть женщин категорически отказываются принимать гормоны, в связи с чем встает вопрос об альтернативных вариантах помощи. Психотропные средства с выраженным вегетостабилизирующим эффектом в таких случаях могут рассматриваться как препараты второго ряда или как дополнительная терапия коморбидных аффективных расстройств [15].

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Самостоятельная группа тревожных расстройств связана с нозогенными реакциями пациенток на выявление гинекологического заболевания. В зависимости от субъективного переживания болезни и степени стигматизации могут развиваться тревожно-ипохондрические нарушения различной степени. В случае выявления онкогинекологической

патологии на фоне переживания угрозы жизни, утраты базового чувства безопасности и недостаточной социальной поддержки возможно развитие посттравматического стрессового расстройства [16, 17]. Если на фоне тревожного состояния, особенно его вегетосоматических проявлений в виде мышечного напряжения или изменений сердечно-сосудистой деятельности, пациентка приходит к выводу об ухудшении своего соматического статуса, то по принципу биологической обратной связи усиливаются тревожные переживания и телесные сенсации, так формируется порочный круг расстройств [18].

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Учитывая многообразие психоэмоциональных нарушений, встречающихся в повседневной клинической практике врача-гинеколога, важен правильный терапевтический подход. Для коррекции тревожных состояний используются различные группы специфических психотерапевтических и неспецифических препаратов, но основными считаются транквилизаторы [19]. Их название происходит от латинского глагола *tranquillo* — «успокаивать», поскольку их действие направлено против тревоги и ее вегетосоматических проявлений. Наиболее известными, ставшими «золотым стандартом» и препаратами сравнения в доказательных исследованиях являются бензодиазепиновые транквилизаторы. Механизм их действия обусловлен увеличением синаптической задержки. Активизация бензодиазепиновых рецепторов приводит к увеличению сродства ГАМК к рецепторам, открываются хлорные каналы, активный ток хлора внутрь нейрона обуславливает гиперполяризацию пресинаптического и постсинаптического нейронов, формируя их устойчивость к возбуждению. Бензодиазепины потенцируют тормозное действие ГАМКергических вставочных нейронов на возбуждающие нейроны амигдаларного комплекса (ответающего за формирование тревожного ответа) и препятствуют выбросу глутамата [20]. Таким образом развивается широкий круг седативной активности бензодиазепинов в виде редукции психоэмоционального напряжения, миорелаксации, антиконвульсивного и спазмолитического эффекта, вегетостабилизации, снижения концентрации внимания и общей седации. На сегодняшний день выделяют три основные группы бензодиазепиновых рецепторов, транквилизаторы отличаются по своей селективности и механизму воздействия на них, что определяет их клинический эффект, вероятность развития зависимости и синдрома отмены. Классические бензодиазепины (феназепам, диазепам, клоназепам, альпразолам), оказывающие выраженный противотревожный эффект, из-за риска формирования зависимости, выраженного седативного и миорелаксирующего действия и синдрома рикошета при быстрой отмене могут назначаться лишь в ряде случаев, с использованием специального рецептурного бланка.

В комплексном лечении гинекологических пациенток противотревожным препаратом выбора может быть атипичный бензодиазепиновый транквилизатор тофизопам (Грандаксин). Его действие на ГАМК и активация бензодиазепиновых рецепторов, локализующихся в ретикулярной формации ствола и вставочных нейронах в боковых рогах спинного мозга, подавляют возбудимость подкорковых структур центров вегетативной и эмоциональной регуляции (лимбической системы, таламуса, гипоталамуса),

а также полисинаптические спинальные рефлексы. Противотревожное действие (достигается воздействием на амигдаларный комплекс лимбической системы) и дополнительное тормозное действие (достигается воздействием на ретикулярную формацию и неспецифические ядра таламуса головного мозга) проявляется уменьшением психоэмоционального напряжения, обеспокоенности своим состоянием, снижением интероцептивной бдительности.

Тофизопам отличается от традиционных бензодиазепинов иной локализацией нитрогенной группы, он не вызывает зависимости, и с этим связано отсутствие взаимопотенцирующего действия с алкоголем. За счет селективности действия он не вызывает миорелаксации, которая переживается пациентками как состояние вялости, не влияет на когнитивные функции и может назначаться в амбулаторной практике, в т. ч. в ситуациях, требующих концентрации внимания и принятия правильных решений. Кроме того, он положительно влияет на коронарный кровоток и не вызывает кардиотоксического эффекта [21–24].

Тофизопам можно назначать коротким курсом на несколько дней в суточной дозировке 100–200 мг, разделенной на 2 приема, перед предстоящими диагностическими или лечебными оперативными вмешательствами, на период ожидания результатов анализов или проведения дифференциальной диагностики, когда подтверждение диагноза может существенно повлиять на качество или продолжительность жизни пациентки. При вынужденном прерывании долгожданной беременности по медицинским показаниям тофизопам назначается для уменьшения психотравмирующего переживания, а также как средство профилактики последующих реактивных психических состояний. В репродуктологии, когда переживания по поводу зачатия приобретают навязчивый сверхценный характер, применение тофизопама в подготовительном периоде поможет снизить внутреннее напряжение и тем самым увеличить вероятность успешности последующих процедур.

Назначение Грандаксина в дозе 100 мг/сут положительно влияет при синдроме предменструального напряжения, это касается как эмоциональных расстройств, тревоги, дисфории, так и специфических гормональных проявлений, нагрубания и болезненности молочных желез, болей в низу живота, общей отечности [25, 26].

У Грандаксина нет тератогенного действия, но он противопоказан в I триместре беременности. При необходимости назначения противотревожных препаратов беременным женщинам, в т. ч. при гестозе, тофизопам помогает нормализовать эмоциональное состояние, уменьшить фобические переживания, вегетативные нарушения, повысить эффективность гипотензивной терапии. Обычно используется суточная доза 25–100 мг за 2–3 приема. Отсутствие у препарата «поведенческой токсичности», мягкий стимулирующий эффект положительно сказываются на качестве жизни беременной. При патологическом прелиминарном периоде и применении медикаментозного сна-отдыха Грандаксин снижает частоту аномалий родовой деятельности, оказывает положительный эффект на дискоординированные маточные сокращения, уменьшает частоту асфиксий и нарушений мозгового кровообращения у новорожденных [27].

Психосоматические нарушения, в манифестации и течении которых значимая роль принадлежит психосоциальным факторам, являются труднокурабельными состояниями в медицине, и в частности в гинекологии [28, 29].

Психофармакотерапия и психотерапия в комплексном лечении этих состояний позволяют значительно повысить эффективность Грандаксина и улучшить состояние пациенток, снизить общие затраты на лечение. Пример таких состояний — синдром хронической тазовой боли, когда наблюдается корреляция между психоэмоциональными нарушениями и выраженностью болевого синдрома [30]. Включение Грандаксина в схему лечения поможет снизить частоту симпатоадреналовых кризов, окажет вегетостабилизирующее действие и терапевтический эффект в отношении комплекса симптомов, сопутствующих дисменорее и предменструальному напряжению. Дополнительно отмечается анальгезирующий эффект за счет редукции внутреннего напряжения, снижения частоты и интенсивности болевых абдоминальных кризов.

Учитывая, что вегетативная дистония, обусловленная дефицитом эстрогенов, является облигатным субъективно тяжело переносимым признаком климактерического и посткастрационного синдромов, назначение тофизопама может быть длительным — 3 мес. и более с индивидуальным подбором дозы от 50 до 300 мг/сут. Такой же тактики следует придерживаться в коррекции эмоциональных и психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузальном периоде. При сопутствующей сердечно-сосудистой патологии Грандаксин может дополнительно благоприятно влиять на стабилизацию артериального давления и сердечных показателей. При необходимости курс может быть продлен [31, 32].

Профессиональная деятельность врача, в особенности акушера-гинеколога, связана с высоким психоэмоциональным напряжением и стрессовыми воздействиями, что является фактором риска развития адаптационных расстройств и эмоционального выгорания. В таких ситуациях тофизопам может оказать профилактическое действие в отношении развития аффективных нарушений.

В соответствии с новыми правилами выписки рецептов при назначении длительного курса лечения Грандаксином на рецепте пишут: «для хронического больного» и ставят рядом печать врача, указывают срок действия рецепта, ставят печать для рецептов и штамп лечебно-профилактического учреждения.

В заключение следует подчеркнуть, что поддержание женского здоровья на всех этапах жизни является сложной междисциплинарной задачей, успешное решение которой требует активного взаимодействия гинекологов, эндокринологов, неврологов, психиатров и психотерапевтов.

Литература

1. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018. 1008 с. [Psichiatrija: nacional'noe rukovodstvo / Pod red. Ju.A. Aleksandrovskogo, N.G. Neznanova. 2-e izd., pererab. i dop. M.: GJEOTAR-Media. 2018. 1008 s. (in Russian)].
2. Депрессия и риск развития соматических заболеваний / Под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо, А.О. Кибитова. М.: спец. изд-во мед. кн. 2018. 248 с. [Depressija i risk razvitija somaticheskikh zabolevanij / Pod red. N.G. Neznanov, G.Je. Mazo, A.O. Kibitov. M.: spec. izd-vo med. kn. 2018. 248 s. (in Russian)].
3. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Алеф-Пресс. 2018. 438 с. [Bolezni' i zdorov'e, psihoterapija i soperezivanie / Pod obshh. red. N.G. Neznanova. SPb.: Alef-Press. 2018. 438 s. (in Russian)].
4. Щеглова И.Ю. Паническое расстройство у больных с гинекологической патологией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995. №1. С.98–101 [Shheglava I.Ju. Panicheskoe rasstrojstvo u bol'nyh s ginekologicheskoi patologiej // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behtereva. 1995. №1. S.98–101 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>