

Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс

Д.м.н. А.В. Васильева^{1,2}

¹ ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Развитие и совершенствование персонализированного подхода в медицине определяют интерес к гендерному фактору. Женское психическое здоровье является сложной мультидисциплинарной темой, ее выделение во многом определено социальными изменениями последнего столетия. Женщины примерно в 2 раза чаще страдают тревожно-депрессивными расстройствами, в стрессовых ситуациях более склонны к интрапунитивным реакциям, чрезмерно считая себя ответственными за неблагоприятный исход, что приводит к срывам адаптационных механизмов. Женское психическое здоровье тесно взаимосвязано с такой акушерско-гинекологической патологией, как бесплодие, невынашивание и осложнения беременности и родов. Онкологические заболевания репродуктивной системы оказывают многоплановое психотравмирующее воздействие на психику женщины. Отдельного внимания заслуживает рассмотрение взаимовлияния психологических и соматических составляющих при психосоматических заболеваниях. Связь между половыми гормонами и системами эмоциональной регуляции головного мозга, успехи современной репродуктологии диктуют необходимость тесного взаимодействия специалистов и разработки комплексных программ помощи пациентам. Высокая частота тревожных расстройств среди женщин, как собственно невротических, так и нозогенных, связанных с реакцией личности на болезнь, требует их прицельной диагностики и своевременного лечения с использованием эффективных и безопасных средств.

Ключевые слова: женское психическое здоровье, тревожные расстройства, коморбидность, транквилизаторы, вспомогательные репродуктивные технологии, рак молочной железы.

Для цитирования: Васильева А.В. Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 10. С. 51–56.

ABSTRACT

Female mental health issues — interdisciplinary perspective

A.V. Vasilieva^{1,2}

¹ Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg

² Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg

Development and improvement of a personalized approach in medicine determine the interest in the gender factor. Female mental health is a complex multidisciplinary topic, and its selection is largely determined by the social changes of the last century. Women are about 2 times more likely to suffer from anxiety-depressive disorders, in stressful situations they are more prone to intrapunitive reactions, overly constituting themselves responsible for an unfavorable outcome, which leads to disruptions in adaptive mechanisms. Women's mental health is closely interrelated with such obstetric and gynecological pathologies such as infertility, miscarriage and complications of pregnancy and childbirth. Oncology diseases of the reproductive system have a multifaceted traumatic effect on the mental health of a woman. Special mention should be made of the consideration of the mutual influence of psychological and somatic components in psychosomatic diseases. A relationship between sex hormones and systems of emotional regulation of brain, a success of modern reproductive medicine dictate the need for close interaction of specialists and the development of comprehensive programs to help patients. The high frequency of anxiety disorders among women, both neurotic and nosogenic, associated with the personal response to the disease, requires their targeted diagnosis and timely treatment using effective and safe agents.

Key words: female mental health, anxiety disorders, comorbidity, tranquilizers, assisted reproductive technologies, breast cancer.

For citation: Vasilieva A.V. Female mental health issues — interdisciplinary perspective // RMJ. Medical Review. 2018. № 10. P. 51–56.

ВВЕДЕНИЕ

Женское психическое здоровье было объявлено приоритетным направлением деятельности Всемирной психиатрической ассоциации на период 2017–2020 гг. в программном выступлении ее президента проф. Х. Херрман (Мельбурн, Австралия). Интерес к этой теме неслучаен, поскольку эпидемиологические исследования указывают на то, что жен-

щины примерно в 2 раза чаще страдают тревожно-депрессивными расстройствами, в стрессовых ситуациях более склонны к интрапунитивным реакциям, чрезмерно считая себя ответственными за неблагоприятный исход, что приводит к срывам адаптационных механизмов [1]. Часто отдавая приоритет заботе о других членах семьи, они пренебрегают проблемами собственного здоровья. По данным ВОЗ, толь-

ко 2 из 5 пациентов, страдающих аддиктивной патологией или аффективными расстройствами, получают профильную медицинскую помощь в течение первого года заболевания [2]. Большая часть пациентов в первую очередь обращается к врачам общей практики и другим специалистам, в зависимости от преобладающего характера соматовегетативных проявлений тревожно-депрессивных расстройств. Это определяет необходимость налаживания междисциплинарного диалога, более внимательного отношения к коморбидной психической патологии у соматических больных. Одновременно развитие персонализированного подхода в медицине помимо учета индивидуальных генетических особенностей в процессе выбора терапии требует также делать акцент на личностных особенностях пациента, их роли во внутренней репрезентации заболевания, развитии нозогенных реакций, страха прогрессирования заболевания, приверженности лечению. Значимым является учет социального контекста, в котором развилось заболевание [3]. Кардинальные общественные изменения, произошедшие в XX в., принятие в 1918 г. новой конституции Российской Федерации, которая дала равноправие женщинам и мужчинам, а затем в 1968 г. студенческие революции в Европе, одним из важных следствий которых стало изменение положения женщины в обществе, определили ситуацию двойной социальной нагрузки, сочетающей новые, традиционно мужские социальные роли, связанные с карьерным ростом, при сохранении исконных обязанностей поддержания семейного комфорта и воспитания детей. Таким образом, женский организм оказался в ситуации длительной повышенной нагрузки, часто сопровождающейся внутренними противоречиями в ценностных ориентациях и системе значимых отношений, что может рассматриваться в качестве почвы для развития адаптационных расстройств, сопровождающихся соматовегетативными нарушениями.

Расстройство приспособительных реакций (F43.2) проявляется кратковременными и пролонгированными аффективными нарушениями тревожно-депрессивного характера, диссомнией, астенизацией, снижением работоспособности. В случае выраженной соматизации — склонности переживать психологическое неблагополучие на соматическом уровне — речь может идти о соматизированном (F45.0) или соматоформном (F45.1) расстройстве; соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3). Отдельного внимания в связи с распространенностью в общей медицинской сети и гиподиагностикой заслуживает неврастения (F48.0). К сожалению, традиционное определение неврастения, сформулированное в отечественной психиатрии, как заболевания психогенной (преимущественно конфликтной) природы, возникающего в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии между возможностями, средствами индивида и требованиями действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе, в МКБ-10 утрачено. Клиника нервно-психического срыва проявляется в специфических, непсихотических клинических астенических, эмоционально-аффективных, волевых и соматовегетативных расстройствах. Рассматривая гиперстеническую форму неврастения, следует сделать акцент на том, что в ее основе лежат скорее не биологические конституциональные факторы, ограничивающие переносимость нагрузок, а психосоциальные. Главными патогенетическими факторами в наш стремительный век

становятся непомерный объем информации, ограниченное время для ее переработки при одновременно существующей выраженной мотивацией высоких достижений. Подобная ситуация может рассматриваться как экспериментальный невроз по И.П. Павлову в современных условиях. Нарастающая гиперфатигация (повышенная усталость) и истощение приводят к мобилизации всего волевого контроля личности и аффективной перегрузке. Заболевание, как правило, манифестирует головными болями напряжения с ощущениями «несвежей головы». Преобладающий сидячий образ жизни с длительной работой за компьютером, поскольку большинство больных неврастениями имеют высшее образование и относятся к категории служащих, приводит к еще большему застойному напряжению мышц верхнего плечевого пояса и усилению симптоматики. Имея преимущественно соматоцентрическую внутреннюю картину болезни, эти пациенты в первую очередь обращаются к неврологам, которые рассматривают головную боль напряжения в качестве самостоятельного диагноза, наиболее часто вида первичных головных болей. Игнорирование психогенного компонента состояния больных часто приводит к увеличению длительности нетрудоспособности и присоединению ипохондрического компонента.

У женщин имеет место сочетание гендерной специфики и особенностей личности в виде категоричности, стеничности, повышенной ответственности, гипербдительности, стремления к контролю за происходящим, ориентации на высокие достижения, при одновременном игнорировании биологических границ переносимости нагрузок. Это со временем приводит к перенапряжению, особенно в случаях многозадачной деятельности. Повторные усилия по выполнению больших объемов работы приводят к нарушению ритма сна — бодрствования, когда чрезмерная навертывающая активность в вечернее время еще больше усугубляет нарушения засыпания. Сон становится поверхностным, прерывистым, с тревожными сновидениями, отражающими беспокойство, без чувства отдыха по утрам. Падает работоспособность, увеличивается количество ошибок в работе, усиливаются трудности сосредоточения, становится трудно довести начатое дело до конца. Основным фактором в патогенезе неврастенических расстройств выступает отрицание сигнальной функции утомления как команды о необходимости прекратить деятельность. В ответ на это прикладываются дополнительные волевые усилия, что приводит к аффективному и интеллектуальному истощению. Отмечаются эмоциональная лабильность, плаксивость, чувство неуверенности в себе, в своих силах. Часто имеются сердечно-сосудистые вегетативные расстройства в ответ на негативные эмоциональные события, вплетающиеся в структуру тревожного синдрома. С учетом влияния стрессового прессинга на менструальные циклы женщины возможны присоединение дисменореи, олиго- или аменореи, утяжеление синдрома предменструального напряжения [4].

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Здоровье женщины во многом зависит от функционирования гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси, определяющей как развитие специфических психических нарушений, связанных с репродуктивным циклом, так и стресс-обусловленные гормональные нарушения. В настоящее время установлена связь между структурами го-

ловного мозга, отвечающими за эмоциональную регуляцию, и половыми гормонами. Моноаминовые системы и прежде всего серотонин, а также норадреналин и дофамин находятся под влиянием циклического изменения уровня эстрогенов за счет широкого распространения рецепторов к эстрогену в различных структурах головного мозга, включая миндалину, гиппокамп и гипоталамус — основные центры эмоциональной и вегетативной регуляции. Прогестерон может ингибировать возбуждение ГАМК-ергических нейронов (гамма-амино-масляная кислота — это основной тормозный медиатор центральной нервной системы), а его метаболит аллопрегналон работает как позитивный аллостерический модулятор А-типа ГАМК-рецепторов. Имеются данные, что падение концентрации прогестерона в головном мозге стимулирует нарастание тревоги, что отражается в развитии психоэмоциональных нарушений в перименопаузальном периоде и в синдроме предменструального напряжения [5, 6]. В исследовании 700 пациенток, обратившихся к врачу по поводу различных гинекологических проблем, только 17,14% женщин были полностью психически здоровы, около половины обследованных имели пограничные психические нарушения с преобладанием тревожных состояний разной степени выраженности, 45,65% обследованных отметили психотравмирующее действие гинекологического диагноза в связи с его особой значимостью для самооценки и женской идентичности. Пациентки с острой и хронической воспалительной патологией репродуктивной системы имели чаще коморбидные психические расстройства по сравнению с больными нейроэндокринными и пролиферативными заболеваниями [7, 8].

Женское психическое здоровье тесно взаимосвязано с такой акушерско-гинекологической патологией, как бесплодие, невынашивание и осложнения беременности и родов. Стрессовая нагрузка и психотравмирующие переживания могут вносить значительный вклад в рецидивирующие потери беременности из-за снижения выработки прогестерона, негативных иммунных изменений в организме матери [9]. Современная классификация ВОЗ выделяет 18–23 лет (ранний репродуктивный период), 24–35 лет (репродуктивный период), 36–45 лет (поздний репродуктивный период). Однако в нашей медицине и социуме до сих пор активно используется определение «старая первородящая» для женщин старше 28 лет, что само по себе может быть триггером для развития ятрогенных адаптационных расстройств. В случае диагноза «бесплодие» у женщины могут возникать чувства неполноценности и вины, формирующие почву для реактивных тревожно-депрессивных расстройств. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) сегодня могут помочь многим женщинам обрести счастье материнства. С учетом особой значимости этого события в системе отношений у пациенток часто возникают тревожные переживания, в ряде случаев приобретающие навязчивый сверхценный характер. По данным Д.Ф. Хритинина и его учеников, основным содержанием тревожных руминаций становятся сомнения в удачном исходе применения ВРТ, при ЭКО могут возникать сомнения в достаточном количестве созревших ооцитов, страхи, связанные с синдромом гиперстимуляции, многоплодной беременностью, замершей беременностью, внематочной беременностью, рождением недоношенного ребенка или с генетической патологией и пороками развития. Тревожные переживания могут касаться изменений в образе жизни после рождения малыша, страха одиночества [10].

Онкологические заболевания репродуктивной системы оказывают многоплановое психотравмирующее воздействие на психику женщины. Переживания угрозы жизни, связанные с неблагоприятным прогнозом, инвазивным лечением, химиотерапией при злокачественном заболевании тесно переплетаются с субъективной оценкой последствий хирургического лечения, изменений в социальном функционировании и сексуальной жизни, связанных с мастэктомией и утратой фертильности. В ряде случаев именно они определяют отказ женщин от рекомендованного лечения, позднее обращение к специалистам. Многие исследователи отмечают у онкологических пациенток высокую распространенность коморбидных тревожных расстройств, требующих назначения хорошо переносимых анксиолитических препаратов для их лечения. В ряде случаев в связи с особо сильным психотравмирующим воздействием случившегося может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В качестве одной из основных злокачественных нозологий с коморбидным ПТСР выделяют рак молочной железы. Вопреки успехам в лечении этой формы онкопатологии, в связи с ее особой значимостью для самооценки и самооценки женщины в плане собственной феминности и ценности для партнера, риск развития коморбидного ПТСР и самостигматизации, особенно при хирургическом лечении (мастэктомии), значительно повышается. Учитывая его неблагоприятное влияние как на приверженность лечению пациенток, так и на функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и качество жизни пациенток, необходимы использование психосоциальных интервенций и лекарственных препаратов для его лечения, своевременное назначение противотревожной терапии для его профилактики и уменьшения интенсивности психотравмирующих переживаний [11–13].

Отдельного внимания заслуживает рассмотрение взаимовлияния психологических и соматических составляющих при психосоматических заболеваниях. К примеру, ревматоидный артрит относится к заболеваниям, которые, с одной стороны, чаще встречаются у женщин, с другой стороны, имеет особую субъективную значимость. В обществе, где имеются высокие требования к внешнему облику женщин, суставные изменения, косметические дефекты, отказ от обуви на каблучке субъективно тяжело переживаются пациентками, имеют стигматизирующее воздействие и могут быть причиной вторичных тревожно-депрессивных расстройств. Амбивалентное переживание болезни часто запускает аффективные вспышки, «немотивированные» реакции раздражительности, приступы разочарования, которые могут влиять на приверженность пациенток назначенному лечению. Учитывая значимую роль психологических факторов на всех этапах хронического течения заболевания, целесообразным является использование комплексных моделей лечения, включающих длительную психотерапию и назначение психофармакотерапии в период обострений [14, 15].

Возможности КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Сегодня тревожные расстройства невротического уровня являются одним из наиболее частых коморбидных психических нарушений, встречающихся в практике врачей различных специальностей. Их своевременная диагностика и адекватная терапия могут в значительной степени

повысить уровень оказываемой медицинской помощи и снизить затраты на лечение, предотвратив превращение таких больных в «пациентов врачебного лабиринта». Транквилизаторы, получившие свое название от латинского глагола *tranquillo* — «успокаивать», являются основной группой препаратов, используемых для лечения психических и вегетосоматических проявлений тревоги. Преимущества их использования, в отличие от других групп противотревожных средств, определяются в первую очередь направленным на патогенетические механизмы тревоги действием и быстрым наступлением терапевтического эффекта [16].

Бензодиазепиновые транквилизаторы относятся к наиболее известным, часто применяемым средствам, ставшим «золотым стандартом» терапии, препаратам, с которыми сравниваются в клинических исследованиях новые анксиолитики. Механизм их действия обусловлен аллостерической модуляцией ГАМК-трансмиссии и усилением синаптической задержки. Включение бензодиазепиновых рецепторов обуславливает усиление сродства ГАМК к рецептору и открытие хлорных каналов. Приток и повышение концентрации хлора внутри нейрона вызывает гиперполяризацию пресинаптического и постсинаптического нейронов, что определяет их устойчивость к возбуждению и блокирование развития тревожного ответа в миндалине головного мозга и связанных с ней структурах. В амигдаларном комплексе бензодиазепины усиливают ингибирующее действие ГАМК-ергических вставочных нейронов на его возбуждающие нейроны, препятствуя выбросу глутамата. Седативная активность бензодиазепинов обуславливает уменьшение психоэмоционального напряжения, мышечное расслабление, вегетотропное действие, они обладают также противосудорожным и спазмолитическим действием, возможны снижение концентрации внимания и общая седация. Известно, что специфический профиль действия транквилизаторов, выраженность того или иного эффекта, вероятность развития зависимости и синдрома отмены зависят от их механизма действия, селективности в отношении трех основных групп бензодиазепиновых рецепторов. Классические препараты (феназепам, диазепам, клоназепам, альпразолам) обладают хорошим противотревожным эффектом, отличаются риском формирования зависимости, имеют седативный и миорелаксирующий эффект, могут вызывать синдром рикошета при быстрой отмене; их следует назначать лишь в ряде случаев, на специальном рецептурном бланке [17].

Препаратом выбора для назначения противотревожной и вегетостабилизирующей терапии в комплексном лечении пациентов в общемедицинской практике препаратом первого ряда может быть атипичный бензодиазепиновый транквилизатор **тофизопам (Грандаксин)**. Его действие на ГАМК-рецепторы и активация бензодиазепиновых рецепторов, локализующихся в ретикулярной формации ствола и вставочных нейронах в боковых рогах спинного мозга, приводят к снижению возбудимости подкорковых структур, таких центров вегетативной и эмоциональной регуляции, как лимбическая система, таламус, гипоталамус; одновременно подавляются полисинаптические спинальные рефлексы. Противотревожный эффект достигается воздействием на амигдаларный комплекс лимбической системы (основные структуры головного мозга, ответственные за формирование тревожных реакций), дополнительный тормозной эффект в отношении ретикулярной формации и неспецифических ядер таламуса головно-

го мозга проявляются уменьшением психоэмоционального напряжения, навязчивой обеспокоенности своим состоянием, снижается интроцептивная бдительность, таким образом, разрывается «порочный круг», когда пациенты за счет чрезмерного внимания к своим телесным ощущениям и их катастрофической тревожной интерпретации усиливают вегетосоматические проявления тревоги по принципу «обратной связи», а затем воспринимают их как признаки ухудшения соматического заболевания. Тофизопам, отличаясь от классических бензодиазепинов иной локализацией нитрогенной группы, обладает рядом уникальных свойств, а именно отсутствием риска формирования зависимости, что обусловлено тем, что у него нет взаимопотенцирующего действия с алкоголем. За счет селективности своего эффекта (действие на $\omega 2$ -подтип бензодиазепиновых рецепторов) он не обладает миорелаксирующим действием, которое часто субъективно переживается пациентами как состояние вялости, он не влияет на когнитивное функционирование, т. е. может назначаться пациентам в амбулаторной практике и в ситуациях, требующих концентрации внимания и принятия правильных решений [18]. Отличительными характеристиками являющиеся быстрое наступление эффекта, положительное влияние на коронарный кровоток и отсутствие кардиотоксичности, что расширяет возможности его применения в различных возрастных группах, при наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний [17, 19, 20].

Назначение грандаксина в дозе 100 мг/сут положительно влияет на проявления синдрома предменструального напряжения. Это касается как эмоциональных расстройств, тревоги, дисфории, так и специфических гормональных проявлений, нагрубания и болезненности молочных желез, болей внизу живота, общей отечности [21].

В зависимости от терапевтических задач и сферы применения возможно вариабельное назначение тофизопам — например, коротким курсом на несколько дней в суточной дозировке 100–200 мг, разделенной на два приема, в случае предстоящих диагностических или лечебных оперативных вмешательств или на весь срок ожидания результатов анализов или проведения дифференциальной диагностики, в тех случаях, когда подтверждение диагноза может существенно повлиять на качество или продолжительность жизни пациента. При коротком стрессогенном воздействии целесообразно однократное назначение в дозировке 50–100 мг, что может быть рекомендовано к использованию, к примеру, в комплексных программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Если на момент обращения у пациентки уже развилось адаптационное расстройство невротического уровня, то применение тофизопам должно быть более длительным — в течение 1,5–3 мес., с индивидуальным подбором дозы от 50 до 150 мг/сут. При наличии конкретной психотравмирующей ситуации или если установлено, что личностные особенности и типичные способы реагирования вносят существенный вклад в состояние пациентки, целесообразно направить ее на психотерапевтическое лечение.

Психосоматические нарушения, в манифестации и течении которых значимая роль принадлежит психосоциальным факторам, являются труднокурабельными состояниями в медицине. Здесь речь идет как о классических психосоматических заболеваниях, к которым относятся гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, ревматоидный артрит и др., так и об изменениях личности вследствие хрониче-



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

ского заболевания. Использование психофармакотерапии и психотерапии в комплексном лечении этих состояний позволяет значительно повысить его эффективность. Целеобразно применение тофизопама в дозе от 50 до 300 мг у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями в перименопаузальном периоде, что позволяет стабилизировать артериальное давление, уменьшить эмоциональные и психовегетативные нарушения, сгладить переживания относительно возрастных изменений [22–25].

В онкологии тофизопам может быть препаратом выбора, поскольку не влияет на основное противоопухолевое лечение, не усиливает седации и астенических проявлений. Он может назначаться с целью коррекции тревожных нарушений, уменьшения выраженности страха по поводу прогрессирования заболевания, нормализации сна, повышения общего уровня продуктивной активности. Препарат может назначаться вне зависимости от основного онкологического диагноза, на разных стадиях злокачественного процесса, как при моно-, так и при комбинированной терапии рака. При эпизодических тревожных нарушениях, связанных с определенными диагностическими и лечебными процедурами, возможно однократное назначение тофизопама в дозе 50–100 мг, в случае персистирования тревоги, при многообразии триггерных факторов лечение должно быть длительным. Особенно это касается комплексного лечения злокачественных новообразований репродуктивной системы. С учетом того, что утрата фертильности, мастэктомия имеют сильное психотравмирующее и стигматизирующее воздействие, затрагивающее систему значимых отношений, применение психофармакотерапии становится важным компонентом лечения. В случае гистерэктомии с развитием «посткастрационного синдрома», обусловленного дефицитом эстрогенов, положительный вегетотропный эффект может значительно улучшить состояние пациенток, назначение тофизопама может быть длительным — 3 мес. и более с индивидуальным подбором дозы от 50 до 300 мг/сут [26, 27].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поддержание женского психического здоровья, во многом определяющего здоровье нации, является важной медицинской задачей, требующей согласованной работы специалистов различного профиля. Своевременная диагностика коморбидных психических расстройств в общесоматической сети и широкое внедрение консультативной психиатрической помощи, психотерапии и психологической коррекции в общемедицинскую практику могут обеспечить реализацию мультидисциплинарного подхода в практическом здравоохранении и воздействовать как на психологические механизмы заболевания, так и на восприятие пациентками своего состояния, повышая мотивацию к лечению, улучшая приверженность терапии. Своевременное выявление и дифференциальная диагностика психических расстройств, детальное психологическое обследование пациенток с использованием новых подходов и технологий, разработанная эффективных моделей оказания помощи, основанной на персонализированном подходе, с учетом гендерной специфики, определяет обоснованность консолидации усилий специалистов различного профиля в лечении больных и поддержании женского психического здоровья.

Литература

1. Мартынихин И.А. Эпидемиология, особенности и специфические факторы риска расстройств депрессивного и тревожного спектра у женщин // Женское психическое здоровье. От истерии к гендерно-сенситивному подходу / под ред. Н. Г. Незнанова, А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой. СПб.: Алеф-Пресс, 2018. 304 с. [Martynikhin I.A. Epidemiologiya, osobennosti i spetsificheskiye faktory riska rasstroystv depressivnogo i trevozhnogo spektra u zhenshchin // Zhenskoye psikhicheskoye zdorov'ye. Ot isterii k genderno-sensitivnomu podkhodu / pod red. N. Neznanova, A. Vasil'yevoy, T. Karavayevoy. SPb.: Alef-Press, 2018. 304 s. (in Russian)].
2. International Consortium of Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: results from the WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology // Bulletin of the World Health Organization. 2000. Vol. 78. P. 195–205.
3. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова и Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. 528 с. [Klinicheskaya psikhoterapiya v obshchey vrachebnoy praktike / pod red. N.G. Neznanova i B.D. Karvasarskogo. SPb.: Piter, 2008. 528 s. (in Russian)].
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012. № 4. С. 81–88 [Vasil'yeva A.V., Karavayeva T.A., Poltorak S.V. Zatyazhnyye formy nevroticheskikh rasstroystv: kliniko-psikhopatologicheskiye aspekty i voprosy terapii // Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2012. № 4. S. 81–88 (in Russian)].
5. Депрессия и риск развития соматических заболеваний / под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо, А.О. Кибитова. М.: Медицинская книга, 2018. 248 с. [Depressiya i risk razvitiya somaticheskikh zabolevaniy / pod red. N.G. Neznanova, G.E. Mazo, A.O. Kibitova. M.: Meditsinskaya kniga, 2018. 248 s. (in Russian)].
6. Мазо Г.Э., Горобец Л.Н. Предменструальный синдром: взгляд психиатра // Психические расстройства в общей медицине. 2017. № 03–04. С. 31–36 [Mazo G.E., Gorobets L.N. Predmenstrual'nyy sindrom: vzglyad psikhiatra // Psikhicheskkiye rasstroystva v obshchey meditsine. 2017. № 03–04. S. 31–36 (in Russian)].
7. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты) // Женское психическое здоровье. От истерии к гендерно-сенситивному подходу / под ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой. СПб.: Алеф-Пресс, 2018. 304 с. [Nasyrova R.F. Psikhicheskoye zdorov'ye zhenshchin s ginekologicheskoy patologiyey (kliniko-patogeneticheskii, sotsial'no-psikhologicheskii i rehabilitatsionnyy aspekty) // Zhenskoye psikhicheskoye zdorov'ye. Ot isterii k genderno-sensitivnomu podkhodu / pod red. N.G. Neznanova, A.V. Vasil'yevoy, T.A. Karavayevoy. SPb.: Alef-Press, 2018. 304 s. (in Russian)].
8. Щеглова И.Ю. Паническое расстройство у больных с гинекологической патологией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995. № 1. С. 98–101 [Shcheglova I.Yu. Panicheskoye rasstroystvo u bol'nykh s ginekologicheskoy patologiyey // Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 1995. № 1. S. 98–101 (in Russian)].
9. Бобров А.Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 1. С. 98–103 [Bobrov A.Ye. Problema psikhosomaticheskikh otnosheniy i nekotorykh metodologicheskikh voprosov psikhopatologii // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2017. № 1. S. 98–103 (in Russian)].
10. Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе суррогатного материнства в рамках лечения методом экстракорпорального оплодотворения // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 4. С. 17–19 [Khrutin D.F., Gardanova Zh.R., Kulakova Ye.V. Pogranichnyye psikhicheskkiye rasstroystva u zhenshchin s besplodiyem v programme surrogatnogo materinstva v ramkakh lecheniya metodom ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya // Psikhicheskkiye rasstroystva v obshchey meditsine. 2008. № 4. S. 17–19 (in Russian)].
11. Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях // Вопросы онкологии. 2016. № 6. С. 774–784 [Lukoshkina Ye.P., Karavayeva T.A., Vasil'yeva A.V. Etiologiya, epidemiologiya i psikhoterapiya sopushtvuyushchikh psikhicheskikh rasstroystv pri onkologicheskikh zabolevaniyakh // Voprosy onkologii. 2016. № 6. S. 774–784 (in Russian)].
12. Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациенток с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб.: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. 350 с. [Karavayeva T.A., Vasil'yeva A.V., Lukoshkina Ye.P. Razvitiye posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva u patsiyentov s onkologicheskimi zabolevaniyami // Onkopsikhologiya dlya vrachey-onkologov i meditsinskikh psikhologov. Rukovodstvo / Red. A.M. Belyayev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. SPb.: Izdatel'stvo ANO «Voprosy onkologii». 2017. 350 s. (in Russian)].
13. Сирота Н.А., Москвиченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. № 4. С. 86–91 [Sirota N.A., Moskvchenko D.V. Psikhodiagnostika strakha progressirovaniya zabolevaniya: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoy versii oprosnika strakha progressirovaniya zabolevaniya // Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2014. № 4. S. 86–91 (in Russian)].

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