



# Как понять женщину? Взаимовлияние психологических, соматических и сексуальных аспектов на здоровье и эмоциональное благополучие

*В рамках XVII Съезда психиатров России 15 мая 2021 г. состоялся сателлитный симпозиум компании «Эгис», посвященный различным аспектам женского здоровья. Ведущие специалисты в области психиатрии, сексологии и кардиологии обсудили актуальные вопросы психосоматической терапии при различных заболеваниях у женщин. Особое внимание эксперты уделили выбору лекарственных препаратов для снижения уровня тревожности и вегетативных проявлений. Они представили доказательные данные об эффективности и профиле безопасности препарата тофизолам (Грандаксин) при психовегетативных нарушениях.*

## Тревоги женщин: избы, кони, пандемии

Главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель международного отдела Национального медицинского исследовательского центра (НМИЦ) психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н. Анна Владимировна ВАСИЛЬЕВА открыла симпозиум докладом об особенностях тревожных расстройств у женщин.

Понятие истерии известно со времен Гипократа. Долгое время считалось, что истерия – эмоциональное психовегетативное нарушение у женщин, развивающиеся из-за «блуждания» матки по организму и сдавливания различных органов. Как следствие – многообразие труд-

нообъяснимых и изменчивых симптомов.

В XIX в. французский врач-психиатр Жан-Марен Шарко, всесторонне изучив психогенную природу истерии, выделил ее в самостоятельную нозологическую единицу.

Сегодня, в период пандемии коронавируса, частота тревожных расстройств значительно возросла. По словам классика когнитивно-поведенческой стратегии Аарона Бека, тревожно-депрессивные расстройства – универсальные реакции, возникающие в ситуациях реальной или воображаемой потери жизненного источника, исключения из референтной группы или потери имеющегося социального статуса. Пандемия как чрезвычайная ситуация создает почву для развития тревожно-депрессивных расстройств.

Во время первой волны пандемии в России С.Н. Ениколопов изучал реакцию на стресс

мужчин и женщин. В ходе исследования женщины показали высокую корреляцию между восприятием безнадежности будущего и выраженностью восприятия стресса. Если у мужчин после снятия ограничений уровень стресса снижался, то у женщин он продолжал возрастать. Это во многом объясняется гендерными различиями в мышлении. Женщины в большей степени ориентированы на решение конкретных практических задач.

Увеличение уровня стресса и эмоциональной нестабильности в период пандемии подтверждено и данными международных эпидемиологических когортных исследований. Так, в исследовании с участием 17 452 человек выявлено значительное преобладание психического дистресса в апреле 2020 г. (27,3%) по сравнению с 2018–2019 гг. (18,9%). Наиболее уязвимыми оказались молодые люди в группах 18–24 и 25–34 лет, женщины и женщины с маленькими детьми<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Pierce M., Hope H., Ford T. et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population // Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7. № 10. P. 883–892.



## Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

Женщин отличает и отношение к эффективному способу борьбы с пандемией инфекционного заболевания – массовой вакцинации. В исследования взаимосвязи демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации женщины продемонстрировали неготовность к вакцинации и озабоченность связанными с ней побочными эффектами<sup>2</sup>.

Если пандемию рассматривать как ситуацию стресса, то сначала развиваются субсиндромальные, тревожные расстройства, которые впоследствии переходят в смешанные состояния тревоги и депрессии. В перспективе можно ожидать увеличения частоты депрессивных расстройств. Тревожные расстройства обусловлены безуспешными попытками контролировать будущее. В свою очередь депрессия направлена в прошлое с фиксацией на ошибках и промахах.

Накопленные данные показывают, что частота тревожных расстройств у женщин значительно выше, чем у мужчин. Женщины реагируют с выраженными вегетативными компонентами, антипатиционной тревогой, причем не только на негативные, но и на положительные события в жизни. В ряде случаев женщинам при кратковременном воздействии стрессогенного фактора в качестве краткосрочной стресс-протекции может быть назначен тофизолам (Грандаксин), снижающий проявления тревоги и вегетативных расстройств. Как показали результаты плацебо-контролируемого исследования с участием 63 пациентов в возрасте 19–23 лет с повышенным

уровнем реактивной тревожности, уже через 60 минут после приема одной таблетки Грандаксина уровень тревоги снижается на 28%<sup>3</sup>.

Таким образом, тофизолам обеспечивает достаточно быстрый клинический эффект (в отличие от отсроченного действия антидепрессанта) и уменьшает тревожное напряжение.

Рассматривая проблему тревоги в социально-психологическом аспекте, можно отметить, что у женщин повышается риск развития тревожных переживаний в различных возрастных периодах в зависимости от жизненных ситуаций. В частности, среди ведущих причин повышения тревожности – кризисы идентичности, посттравматические стрессы. Женщины чаще становятся объектами сексуального и бытового насилия, что обуславливает формирование экзогенных психических расстройств. Сегодня, в условиях пандемии, повышается частота развития посттравматических стрессовых расстройств, связанных с переживанием угрозы жизни.

Недовольство собственной внешностью – причина развития тревожных расстройств, характерная именно для женщин. К подобным нарушениям относятся нервная анорексия, психогенные переживания, разнообразные нехимические аддикции.

Нозогенные реакции тревожно-депрессивного спектра у женщин вызывают проблемы бесплодия, реакции на лечение, например экстракорпоральное оплодотворение. В ряде случаев имеет место самостигматизация, связанная с калечащими операциями и ле-

чением, такими как мастэктомия у пациенток с опухолью молочной железы, поздние дискинезии, эссенциальный тремор.

Для снижения уровня тревоги при подготовке к хирургическим операциям, болезненным обследованиям, вспомогательным репродуктивным технологиям на подготовительном этапе можно использовать препарат Грандаксин по одной таблетке три раза в день в течение всего стрессогенного периода.

Процессы формирования тревожных расстройств связаны с репродуктивным циклом женщины. Предменструальный синдром (ПМС) – циклический симптомокомплекс, возникающий у многих женщин. ПМС характеризуется психоэмоциональными, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. При тяжелой форме (предменструальное дисфорическое расстройство) симптомы ПМС крайне негативно сказываются на качестве жизни. Применение тофизолама циклами во время ПМС значительно облегчает состояние женщины. На фоне терапии тофизоламом снижается уровень выраженности болевого синдрома, тревоги, депрессии, улучшается качество сна<sup>4</sup>.

Еще один сложный этап в жизни женщины – периоды пременопаузы и собственно менопаузы, сопровождающиеся колебаниями настроения, повышенной тревожностью, бессонницей, приступами «приливов» жара и потливости, повышением уровня артериального давления. В это время женщине свойственны социофобические переживания по поводу выхода в обществен-

<sup>2</sup> Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Яковлев А.В. Исследование взаимосвязи демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации. М., 2020.

<sup>3</sup> Арушанян Э.Б., Байда (Мастягина) О.А., Мастягин С.С., Попов А.В. Хронобиологические особенности влияния тофизолама на вариабельность сердечного ритма у человека // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2005. Т. 68. № 4. С. 36–39.

<sup>4</sup> Соловьева А.Д., Буячинская А.И. Грандаксин в лечении предменструального синдрома // Лечение нервных болезней. 2001. Т. 2. № 3 (5). С. 29–31.



ные места и публичных выступлений из-за опасений развития «приливов», а также страхи в отношении гормонзаместительной терапии. Альтернативой последней в период пре- и менопаузы может быть назначение тофизопама.

Показано, что Грандаксин в комплексной терапии артериальной гипертензии в периоде пременопаузы оказывает вегетостабилизирующий эффект, способствует нормализации уровня артериального давления, улучшает психическое здоровье и жизненную активность женщины<sup>5</sup>.

Не секрет, что люди по-разному относятся к собственному здоровью. Встречается патологическое отношение к имеющимся болезням: ипохондрическое (уход в болезнь) и анозогнозическое (отрицание болезни). Эти состояния характеризуются широким спектром психических реакций – неврастеническими, тревожно-фобическими, депрессивными расстройствами. Пандемия подарила новую нозофобию – страх заболеть коронавирусом, или коронафобию. Развитию коронафобии способствует обилие противоречивой и негативной информации о коронавирусной инфекции в средствах массовой информации. Грандаксин показан при невротических состояниях, которые могут быть вызваны различными ограничительными факторами, например окружающей обстановкой в период пандемий, изоляцией, вынужденным переселением. Кроме того, препарат может быть рекомендован при длительных психосоматических заболеваниях.

На возникновение и течение психосоматических заболеваний

влияют личностный и психосоциальный факторы. При включении в комплексную терапию психосоматических заболеваний анксиолитических препаратов, в частности Грандаксина, отмечается стойкий терапевтический эффект.

По словам профессора А.В. Васильевой, в клинической практике для скрининговой диагностики тревожно-депрессивных нарушений можно использовать мобильное приложение Neuroscanner для врачей, разработанное специалистами НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. Приложение включает основной набор тестовых методик для выявления тревожно-депрессивных нарушений. К его основным преимуществам относится простота применения. Пациент в ожидании приема врача может заполнить опросники для выявления тревожно-депрессивных расстройств. После этого анкету сканирует врач и в течение непродолжительного периода времени получает заключение. Таким образом, мобильное приложение Neuroscanner помогает быстро получить суммарный балл по шкалам тестов, подробную информацию о результатах тестирования, предоставляет возможные варианты лечения и обоснование установленного диагноза и назначенного лечения.

При диагностированном тревожном расстройстве основными препаратами остаются анксиолитики, прежде всего бензодиазепины. Однако сегодня процедура получения рецепта на эти препараты достаточно сложная.

Грандаксин (тофизопам) – атипичный бензодиазепин с вегетокорректирующей активностью

имеет уникальную химическую формулу. Он не вызывает зависимости, привыкания и не требует строгого учета. Данные об эффективности, благоприятный профиль безопасности и удобство применения Грандаксина позволяют широко использовать данный препарат при тревожных расстройствах<sup>6</sup>.

Показано, что Грандаксин способствует нормализации психоэмоционального фона и поддерживает вегетативный баланс организма. Его отличает широкий спектр применения: лечение психических (невротических) и психосоматических расстройств, сопровождающихся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами, апатией, усталостью и подавленным настроением, алкогольный абстинентный синдром.

Рекомендованная доза Грандаксина у пациентов с тревожным расстройством – одна-две таблетки два-три раза в день. Длительность терапии – два-три месяца. Рекомендован индивидуальный подбор суточной дозы препарата в зависимости от состояния больного, клинической формы заболевания и индивидуальной чувствительности к препарату. При нерегулярном применении можно принимать по одной-две таблетки<sup>7</sup>.

В заключение профессор А.В. Васильева подчеркнула, что задача терапии тревожных расстройств – купирование патологической тревоги при сохранении сигнальной функции тревоги. Оптимальный алгоритм лечения предусматривает комбинацию психотерапии и фармакотерапии. При этом основными мишенями когнитивно-поведен-

<sup>5</sup> Пасечников В.Д., Глухова Т.В., Уманская И.Ю., Сента И.Г. Коррекция психосоматических расстройств в комплексной терапии артериальной гипертензии у женщин в перименопаузальном периоде // Южно-Российский медицинский журнал. 2002. № 3. С. 26–32.

<sup>6</sup> Szegő J., Somogyi M., Papp E. Excerpts from the clinical-pharmacologic and clinical studies of Grandaxin // Acta Pharm. Hung. 1993. Vol. 63. № 2. P. 91–98.

<sup>7</sup> Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Грандаксин.



## Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

ческой терапии служат низкая толерантность к неопределенности, позитивные убеждения относительно беспокойства, отсутствие ориентации на реше-

ние проблем и когнитивное избегание. В свою очередь лекарственные препараты позволяют уменьшить симптомы депрессии и тревоги, улучшают когнитив-

ное функционирование. На фоне терапии улучшается способность пациентов к адаптации, открываются возможности поиска новых жизненных стратегий.

### Женские хронические болевые синдромы: психосоматический подход

По мнению профессора кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н. Анны Игоревны ФЕДОРОВОЙ, хронические болевые синдромы представляют собой распространенную проблему у женщин. При этом женскими хроническими болевыми синдромами называют состояния, связанные с женской мочеполовой системой. Среди них – диспареуния, вульводиния, синдром хронической тазовой боли, вагинизм, синдром болезненного мочевого пузыря. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, диспареуния – постоянные или периодически возникающие болевые и неприятные ощущения в половых органах, обусловленные вагинальным проникновением и/или половым актом. Выделяют диспареунию как болезнь мочеполовой сферы, связанную с основным заболеванием урогенитальной сферы, и диспареунию неорганической природы (психогенную). При психогенной диспареунии явные причины боли при половом акте отсутствуют и значение могут иметь эмоциональные факторы. Данные статистики свидетельствуют, что 23,8% американских женщин испытывают боль практически при каждом эпизоде половой близости<sup>8</sup>.

По определению Международного общества по изучению вульвовагинальных заболеваний (The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD), вульводиния – дискомфорт в области вульвы, проявляющийся жжением, жгучей болью, раздражением или саднением в отсутствие явно видимых изменений и клинически диагностируемых неврологических расстройств. В развитии вульводинии общепризнанным считается участие психических факторов. Вульводиния – комплекс необъяснимой боли в области вульвы, сексуальной дисфункции и психической нестабильности.

По данным анкетирования, 15% пациенток гинекологических клиник страдает вульводинией<sup>9</sup>. Другим распространенным хроническим болевым синдромом у женщин является синдром тазовой боли. Это болезненное состояние, обычно проявляющееся хронической, упорной, изнуряющей болью внизу живота и в пояснице, которую женщина безошибочно определяет как боль, связанную с половой сферой, и которая наблюдается в отсутствие рутинной гинекологической патологии или при ее минимальной выраженности. Патогенез синдрома тазовой боли носит ярко выраженный психосоматический характер. В целом женские болевые синдромы необходимо рассматривать исходя из оценки соматических, психических и социальных

факторов, в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой. Кроме того, хроническая боль отличается от острой боли. При хронической боли сигналы проходят через сложно организованную иерархию восходящих проекций и структур головного мозга: ретикулярную формацию, гипоталамус, лимбическую и стриопаллидарную системы. В хронизацию боли вклад вносят многие компоненты – сознание, ощущения, память, мотивация, эмоции, вегетативные, соматические и поведенческие реакции. Хроническая боль сопровождается множеством висцеромоторных, вегетативных, эмоциональных, аффективных и психических переживаний<sup>10</sup>. Важный момент: хроническая боль может возникать без какой-либо афферентной стимуляции при различных аффективных состояниях. В периферических тканях боль воспринимают свободные нервные окончания, сложные рецепторы боли, а также альгогенные субстанции и биологически активные вещества. Продукция таких веществ повышается на фоне разнообразных процессов, в том числе в отсутствие повреждающего фактора, в стрессовых ситуациях. Не случайно в большинстве случаев хроническая боль у женщин имеет нейропатический характер. Это боль, вызванная первичным поражением или дисфункцией нервной системы в любом ее отделе – от периферических волокон и нервов до коры головного мозга. Нейропатическую боль отличает

<sup>8</sup> Glatt A.E., Zinner S.H., McCormack W.M. The prevalence of dyspareunia // *Obstet. Gynecol.* 1990. Vol. 75. № 3. Pt. 1. P. 433–436.

<sup>9</sup> Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle // *J. Sex. Med.* 2012. Vol. 9. № 8. P. 2077–2092.

<sup>10</sup> Баринов А.Н. Лечение хронической боли // *Лечащий врач.* 2005. № 6.



коморбидность с другими болезнями синдромами, в том числе мышечной болью, синдромом раздраженного кишечника<sup>11</sup>.

В последнее время особое внимание уделяется феномену катастрофизации как важному фактору нарушения ноцицептивной системы. Феномен катастрофизации – психопатологический процесс, характеризующийся дезадаптивной, негативной оценкой определенных симптомов и повышенным вниманием к ним. Уровень катастрофизации в значительной степени выступает предиктором боли. Выделяют три компонента катастрофизации: постоянное размышление о собственной боли, преувеличение тяжести заболевания, ощущение безнадежности ситуации. Биологическую основу феномена катастрофизации составляют нейротрансмиттерные нарушения, нейроэндокринные и иммунологические механизмы, а также генетические процессы<sup>12</sup>. В клинической практике хроническая боль нередко наблюдается у матери и дочери, склонных к катастрофизации.

Кроме того, у женщин часто сочетаются хроническая тазовая боль, диспареуния, вульводиния и сексуальная дисфункция. Страх боли, катастрофические мысли и симптомы депрессии – важные механизмы развития и поддержания сексуальной боли<sup>13</sup>.

В зависимости от соотношения психического и соматического компонентов женский генитальный болевой синдром можно условно разделить на три следующие группы:

- 1) соматизированные психические реакции – соматические симптомы, не имеющие органической основы и возникающие на фоне коморбидных психических расстройств;
- 2) соматопсихические реакции (нозогении) – следствие влияния на психику заболевания половой сферы и связанных с ним симптомов, ограничений, жизненных и семейных перспектив;
- 3) психосоматические расстройства – сочетание психической и соматической патологии с образованием общих симптомокомплексов, в основе которых лежит стресс.

При нозогении важны не только выраженность и продолжительность боли, но и значимость заболевания для жизни, репродуктивного здоровья. Дело в том, что женская половая сфера четко связана с репродуктивной функцией, которая зачастую рассматривается как основное предназначение женщины независимо от того, готова она к этому или нет.

Безусловно, в основе развития женского болевого синдрома лежит стресс – связующее звено между психологической и соматической сферой.

Согласно транзактной концепции Р. Лазаруса, стресс – процесс столкновения индивида с окружающим миром, начинающийся со специфической оценки какого-либо события и собственных ресурсов по его преодолению. Восприятие стрессовой ситуации опосредуется типом личности, ее специфическими установками, задачами и ожиданиями.

К развитию хронической боли и нарушению сексуальной функции у женщин могут приводить незаметные на первый взгляд стрессоры, связанные с нереализованными ожиданиями и планами. Это касается выбора партнера, сексуальной и семейной жизни.

Механизм стресса имеет четкую биологическую основу и реализуется через повышенный выброс кортизола, усиление биохимических процессов, нейротоксическое воздействие на гиппокамп.

Результаты исследований подтверждают тесную связь между психическим стрессом, иммунологическими нарушениями и хроническим воспалением. Нередко стресс лежит в основе изменений пластичности клеток заднего рога спинного мозга, хронический стресс приводит к аллодинии<sup>14</sup>.

Профессор А.И. Федорова акцентировала внимание коллег на одной из частых причин хронической тазовой боли у женщин – эндометриозе. Это широко распространенное заболевание, в развитии которого значительную роль играют генетические мутации и эпигенетические факторы, в частности факторы внешней среды. Сегодня эндометриоз все чаще регистрируется у молодых женщин, что обусловлено увеличением стрессовых нагрузок.

Многие женщины с хроническим болевым синдромом тазового или генитального характера проходят лечение у врачей соматического профиля. Но при диагностике соматических при-

<sup>11</sup> Arnold L.D., Bachmann G.A., Rosen R. Vulvodinia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life // *Obstet. Gynecol.* 2006. Vol. 107. № 3. P. 617–624.

<sup>12</sup> Burri A., Hilpert P., Williams F. et al. Pain catastrophizing, fear of pain, and depression and their association with female sexual pain // *J. Sex. Med.* 2020. Vol. 17. № 2. P. 279–288.

<sup>13</sup> Agarwal S.K., Soliman A.M., Pokrzywinski R.M. et al. Clinically meaningful reduction in dyspareunia is associated with significant improvements in health-related quality of life among women with moderate to severe pain associated with endometriosis: a pooled analysis of two phase III trials of elagolix // *J. Sex. Med.* 2020. Vol. 17. № 12. P. 2427–2433.

<sup>14</sup> Buske-Kirschbaum A., Geiben A., Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview // *Psychother. Psychosom.* 2001. Vol. 70. № 1. P. 6–16.



## Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

чин хронической тазовой боли часто возникают трудности. Выявление заболевания еще не означает, что именно оно, а не сопутствующие трудно диагностируемые причины стали источником хронической тазовой боли. Соматоформные и соматогенные боли трудно дифференцировать. Как следствие, пациентки попадают в поле зрения сексологов, психиатров, психотерапевтов поздно, не ранее чем через год после обращения к специалистам с жалобами на тазовую боль.

Диагностический подход к лечению женщин с хронической болью должен быть мультидисциплинарным, включать сбор анамнеза, изучение сопутствующих симптомов, сбор сексуального анамнеза. Женщины с хроническим болевым синдромом нередко выражают разочарование в половой жизни. Они недовольны своей ролью в отношениях с партнерами, не достигают желаемых сексуальных реакций, не испытывают должного полового влечения и проч.

Среди дифференциально-диагностических признаков включения психогенного компонента можно выделить несоответствие выраженности и характера боли клиническим проявлениям, неэффективность стандартной терапии, нехарактерную динамику болевого синдрома, зависимость выраженности от жизненных ситуаций и настроения женщины, чрезмерность, страх ожидания боли, пессимистическую оценку перспектив. Чем ярче характеристика болей, представленная пациенткой, тем наиболее вероятен их психогенный характер.

Важным этапом лечения хронического болевого синдрома считается своевременная эффективная терапия его

соматических компонентов. Продолжительность болевого синдрома коррелирует с его выраженностью и формированием дополнительных патогенетических психосоматических механизмов. Таким образом, чем раньше будет устранена причина боли, в частности при эндометриозе, тем выше вероятность, что боль не станет хронической и к ней не присоединится психогенный компонент. Однако данные исследований показывают, что после хирургического лечения при эндометриозе у 30% женщин боль не исчезает даже в отсутствие рецидива эндометриоза<sup>15</sup>.

В данном аспекте важными представляются стратегии снижения уровня стресса. У женщин с хроническим болевым синдромом следует обращать внимание на невидимые симптомы, ведь психический компонент часто не распознается своевременно. Кроме того, необходимо разъяснять природу заболевания, формировать у пациенток реалистичные ожидания от терапии, обсуждать отсроченный терапевтический эффект, наглядно демонстрировать положительные изменения по визуальной аналоговой шкале.

Итак, лечение хронического болевого синдрома основано на трех основных методах: психотерапии и коррекции сексуальной дисфункции и дисгармонии.

Применение психофармакотерапии у женщин с хроническим болевым синдромом оправданно, поскольку во всех случаях диагностируются астенический и психовегетативный синдромы, вегетативная дистония различной степени выраженности. Степень психоэмоциональных нарушений и тяжесть болевого

синдрома тесно взаимосвязаны. Необходимо воздействовать на тревогу и сопровождающие ее соматовегетативные проявления.

При психоэмоциональных расстройствах у женщин с хронической болью может быть использован препарат Грандаксин (тофизопам). Показано, что данный препарат способствует устранению тревоги, страха, эмоционального напряжения, может быть назначен врачом акушером-гинекологом, урологом на ранних этапах развития болевого синдрома. Грандаксин оказывает анксиолитическое действие, является психовегетативным регулятором, устраняет различные формы вегетативных нарушений. Грандаксин относится к дневным анксиолитикам. В терапевтических дозах он не вызывает развития физической, психической зависимости и синдрома отмены, не мешает вождению транспорта. Грандаксин действует как стресспротектор, устраняя проявления острого и хронического стресса.

У женщин с хроническим болевым синдромом на фоне применения тофизопама повышается работоспособность, купируется сопутствующая боль, в частности связанная с предменструальным синдромом, снижается частота болевых абдоминальных кризов<sup>16</sup>.

В 2020 г. в клинические рекомендации по лечению эндометриоза включены нейромодуляторы. Они назначаются пациенткам с эндометриозом и нейропатической болью в качестве эмпирической медикаментозной терапии в отсутствие кистозных форм эндометриоза и других опухолей и опухолевидных образований гениталий. Кроме того, при наличии жалоб на из-

<sup>15</sup> Kappou D., Matalliotakis M., Matalliotakis I. Medical treatments for endometriosis // Minerva Ginecol. 2010. Vol. 62. № 5. P. 415–432.

<sup>16</sup> Линева О.И., Муравец Е.Н. Коррекция психовегетативной составляющей синдрома хронических тазовых болей у женщин с использованием Грандаксина // Проблемы репродукции. 2007. № 2. С. 77–80.



менение психоэмоционального фона и сексуальные нарушения пациенток рекомендуется направлять на консультацию к медицинскому психологу, врачу-сексопатологу<sup>17</sup>.

### Особенности сердечно-сосудистых заболеваний женщины: как их учесть при терапевтической курации

Заведующий кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, главный врач группы клиник «СОГАЗ МЕДИЦИНА», д.м.н., профессор Андрей Григорьевич ОБРЕЗАН рассказал о распространении и лечении сердечно-сосудистых заболеваний с позиции полового диморфизма. Основными причинами сердечно-сосудистой смерти являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт, инсульт и другие цереброваскулярные заболевания. Причем, вопреки привычному представлению, частота сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин не меньше, чем у мужчин. Так, ССЗ ответственные за 43% летальных исходов у мужчин и 55% у женщин. ИБС регистрируется у 21% мужчин и 23% женщин. Среди факторов, влияющих на увеличение частоты заболеваемости ССЗ среди женщин, можно отметить большую по сравнению с мужчинами продолжительность жизни, а также наступление менопаузы, во время которой резко возрастает риск развития ССЗ и осложнений.

Существуют гендерно-специфические особенности сердечно-сосудистой системы. У женщин меньше размер сердца и коронарных сосудов, а частота сердечных сокращений (ЧСС) на 8–10 ударов в минуту выше. У женщин больше процент жировой ткани, но ниже масса тела. Кроме того, у женщин ниже уровни гломеру-

Таким образом, алгоритм лечения хронического болевого синдрома у женщин предполагает междисциплинарный подход с участием гинеколога, психотерапевта и сексо-

лога, а также психофармакотерапию с использованием препарата Грандаксин (тофизопам) с анксиолитическим и психоэмоциональным эффектами.

Гипоэстрогемия у женщин в постменопаузе приводит не только к избыточному накоплению жира, инсулинорезистентности, но и повышению уровней холестерина, артериального давления, увеличению риска тромбообразования. При гипоэстрогемии продолжительная активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы становится повреждающей. Развиваются гипертрофия артериальной стенки и атеросклероз. Почечные и гормональные эффекты приводят к увеличению объема циркулирующей крови и фиброзу, а блокада фибринолитической системы способствует развитию тромбозов и прогрессированию поражения сосудов.

Накопленный клинический опыт позволяет выделить гендерные особенности течения АГ у женщин, которые необходимо учитывать при назначении терапии. До наступления менопаузы течение АГ характеризуется повышением ЧСС в покое, увеличением сердечного выброса. После менопаузы снижается сердечный выброс, но возрастает общее периферическое сопротивление. Сказанное означает, что у женщин разных возрастных групп подходы к лечению АГ различны.

Наиболее частой причиной развития вторичной АГ у женщин считается прием пероральных контрацептивов. Кроме того, одним из частых факторов, благоприятствующих развитию АГ, является ожирение.

Возникновение и течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) отличаются в женской и мужской популяциях. Среди

<sup>17</sup> Dunselman G.A.J., Vermeulen N., Becker C. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis // Hum. Reprod. 2014. Vol. 29. № 3. P. 400–412.



# Грандаксин®

Таблетки 50 мг №20 и №60

ТОФИЗОПАМ

**АНКСИОЛИТИК И  
ВЕГЕТОКОРРЕКТОР  
БЕЗ СЕДАЦИИ И  
МИОРЕЛАКСАЦИИ<sup>1</sup>**

## ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА Грандаксин®

РН П N013243/01. МНН: тофизопам. Торговое наименование: Грандаксин®. Лекарственная форма: таблетки. Состав: 1 таблетка содержит 50 мг действующего вещества – тофизопам. Фармакотерапевтическая группа: анксиолитическое средство (транквилизатор). КОД АТХ: N05BA23. Фармакологические свойства. Фармакодинамика. Тофизопам является мягким анксиолитиком с кратковременным действием и широким терапевтическим индексом. Точный механизм действия неизвестен. Как по химической структуре, так и по клинико-фармакологическому эффекту тофизопам отличается от других 1,4-бензодиазепинов. Препарат эффективен при лечении тревожных расстройств, в том числе сопровождающихся вегетативными проявлениями, усталостью, апатией. В отличие от других бензодиазепинов, тофизопам не обладает седативным, снотворным, миорелаксирующим и противосудорожным действием. Препарат не оказывает неблагоприятного действия на память, психомоторную и когнитивную функцию, но обладает умеренной стимулирующей активностью. При длительном применении тофизопам не вызывает развитие физической или психической зависимости. Показания к применению. Лечение психических (невротических) и психосоматических расстройств, сопровождающихся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами, апатией, усталостью и подавленным настроением. Алкогольный абстинентный синдром. Противопоказания: – повышенная чувствительность к тофизопаму, другим производным группы бензодиазепина, а также другим компонентам препарата; – детский возраст до 18 лет; – беременность; – период грудного вскармливания; – состояния, сопровождающиеся выраженным психомоторным возбуждением, агрессией или выраженной депрессией; – декомпенсированная дыхательная недостаточность; – синдром обструктивного апноэ; – кома; – одновременное применение с такролимусом, сиролимусом, циклоспорином; – дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозы моногидрат). С осторожностью. Не декомпенсированная хроническая дыхательная недостаточность, острая дыхательная недостаточность в анамнезе, закрытоугольная глаукома, эпилепсия, органические поражения головного мозга (например, атеросклероз). Пожилые пациенты и пациенты с нарушением функции печени или почек. Совместное применение с опиоидами. Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение этого препарата при беременности противопоказано. Не рекомендуется его применять во время грудного вскармливания. Способ применения и дозы. Взрослые. Обычно рекомендуемая доза: 1–2 таблетки от 1 до 3 раз в день (общая суточная доза от 50 до 300 мг). При нерегулярном применении можно принять 1–2 таблетки. Максимальная доза составляет 300 мг. Постепенное повышение дозы обычно не требуется – лечение можно начинать с необходимой дозы, т.к. препарат хорошо переносим и во время его приема обычно не наблюдается уменьшение активности и психического бодрствования. Побочное действие: Нарушения психики: Частота неизвестна: возбуждение, повышенная раздражимость, ощущение психического напряжения, ухудшение аппетита. Нарушения со стороны нервной системы: Бессонница, очень редко препарат может провоцировать судорожные припадки у пациентов с эпилепсией. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: Угнетение дыхания. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: Тошнота, рвота, запор, метеоризм, сухость во рту. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: Экзантема, скарлатиноподобная экзантема. Нарушения со стороны костной, мышечной и соединительной ткани: Напряжение мышц, боль в мышцах. Общие расстройства и нарушения в месте введения: Головная боль, кожный зуд. Влияние на способность управлять автотранспортом и работать с механизмами: В период применения препарата запрещено вождение транспортных средств и/или работа со сложными механизмами, требующими повышенной концентрации внимания. Условия отпуска. Отпускают по рецепту.



**ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО  
ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ  
ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Инструкция по медицинскому применению  
лекарственного препарата Грандаксин



Организация, принимающая претензии потребителей: 000 «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



## XVII Съезд психиатров России

женщин преобладают больные ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка. У женщин превалирует диастолическая сердечная недостаточность<sup>18</sup>.

Наиболее распространенными причинами развития ХСН у женщин являются АГ, ИБС, сахарный диабет и пороки сердца. Анемия усугубляет течение ХСН у женщин. ХСН как следствие ИБС у женщин манифестирует позднее, чем у мужчин. В то же время инфаркт миокарда как первое проявление ИБС и внезапная сердечная смерть у женщин случаются реже, чем у мужчин<sup>19</sup>.

На сегодняшний день актуальным остается выявление особенностей течения коронавирусной инфекции у женщин. Последние наблюдения свидетельствуют, что бремя коронавирусной инфекции у женщин меньше, чем у мужчин. Тем не менее у женщин также развиваются нарушения сердечного ритма и тромботические осложнения.

Докладчик остановился на особенностях развития психосоматических расстройств у женщин. Он отметил, что в кардиологической практике значение имеют раннее выявление и коррекция психосоматических нарушений. Кроме того, кардиолог должен контролировать получаемую больными терапию, поскольку многие группы препаратов для лечения сопутствующих заболеваний влияют на функционирование сердечно-сосудистой системы. Среди множества психосоматических расстройств выделяют семь наиболее известных: эссенциальную гипер-

тензию, бронхиальную астму, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, тиреотоксикоз. В последние годы перечень психосоматозов расширился. В него вошли такие заболевания, как ИБС, мигрень, сахарный диабет 2-го типа, ряд урогенитальных заболеваний, синдром раздраженного кишечника, миома матки<sup>20</sup>.

Безусловно, алгоритм лечения женщин должен строиться на принципах гендерного диморфизма.

Эффективность препарата Грандаксин (тофизопам) была изучена в мужской и женской популяциях. Препарат известен практикующим врачам с 1970-х гг. как нетипичный транквилизатор. Грандаксин, хотя и относится к группе бензодиазепинов, действует только на омега-2-рецепторы, что в терапевтических дозах обеспечивает анксиолитический и вегетокорректирующий эффект, не вызывает побочных нежелательных явлений классических бензодиазепинов.

Грандаксин часто используется в кардиологической практике, особенно в комплексной терапии нарушений сердечного ритма. Препарат лишен седативного и миорелаксирующего эффектов, не вызывает привыкания и зависимости.

Возможна комбинация Грандаксина с другими препаратами, поэтому он может включаться в комплексную программу лекарственной терапии различных заболеваний.

В российском исследовании эффективности тофизопама в комплексной терапии АГ у женщин в период менопаузы добавление Грандаксина 50 мг два раза в день в течение трех недель к ингибитору ангиотензинпревращающего фермента эналаприлу приводило к более выраженному снижению тревожности и вегетативных симптомов по сравнению с монотерапией эналаприлом. Грандаксин в комплексной терапии АГ у женщин в периоде менопаузы улучшал 24-часовой профиль АГ, снижал нагрузку от АГ, улучшая качество жизни<sup>5</sup>.

В отечественных исследованиях оценивали эффективность тофизопама 100 мг/сут в комплексной терапии ИБС. По данным холтеровского мониторирования, Грандаксин сокращал суммарное время ишемии за сутки на 53%<sup>21, 22</sup>. Подводя итог, профессор А.Г. Обрезан подчеркнул необходимость учета гендерных различий в формировании персонализированного лечения. При индивидуальном подходе к терапии необходимо принимать во внимание наличие коморбидных состояний, возрастные и гендерные особенности. Крайне важным представляется учет гендерного диморфизма в курации пациентов с ССЗ. Кроме того, у женщин могут развиваться негативные эффекты в отношении сердечно-сосудистой системы на фоне заместительной гормональной терапии. Назначение препарата Грандаксин с вегетостабилизирующим эффектом в комплексной терапии ССЗ считается клинически доказанным методом лечения женщин. \*

<sup>18</sup> Бахшалиев А.Б., Дадашова Г.М., Бахшалиева Г.И. Гендерные особенности факторов риска развития, возрастные и половые различия по тяжести и генезу хронической сердечной недостаточности // Терапевтический архив. 2015. Т. 87. № 4. С. 13–18.

<sup>19</sup> Murabito J.M., Evans J.C., Larson M.G., Levy D. Prognosis after the onset of coronary heart disease. An investigation of differences in outcome between the sexes according to initial coronary disease presentation // Circulation. 1993. Vol. 88. № 6. P. 2548–2555.

<sup>20</sup> Волчанский М.Е., Деларю В.В., Болучевская В.В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы // Вестник ВолГМУ. 2012. Вып. 2 (42). С. 3–5.

<sup>21</sup> Сухотина Н.В., Слуцкая Н.П., Кулагина С.В. и др. Грандаксин в коррекции экстрасистолии у больных ИБС и нейроциркуляторной дистонией // Здоровоохранение Дальнего Востока. 2004. № 2. С. 11–12.

<sup>22</sup> Скворцов Г.Ю., Головачева Т.В. Эффективность тофизопама (Грандаксина) в лечении ИБС: клинико-инструментальное подтверждение // Журнал неврологии и психиатрии. 2008. № 12. С. 53–55.