

УДК 616.58:616-002.44.-089.81
DOI 10.23648/UMBJ.2018.31.17214

НОВЫЕ ПОДХОДЫ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.И. Кательницкий¹, И.И. Кательницкий¹, А.В. Божко¹,
Е.С. Ливадняя¹, М.Н. Дурицкий²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия;

²ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

e-mail: livadnyaya@mail.ru

Цель – улучшить прогноз и течение заболевания при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей атеросклеротического генеза путем разработки алгоритма выбора оптимального способа медикаментозного, нефармакологического или оперативного лечения.

Материалы и методы. 159 пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей были разделены на 2 группы. I группу (77 чел.) составили пациенты, которые находились под диспансерным наблюдением хирурга поликлиники и не систематически проходили курсы лечения. К пациентам II группы (82 чел.) применена усовершенствованная тактика выбора индивидуальных методов лечения и ведения больных на амбулаторном этапе на основании разработанной шкалы риска развития критической ишемии.
Результаты. Через 2 года после лечения отмечена различная динамика показателей в двух

группах в сравнении с исходными данными. В обеих группах отмечено статистически значимое улучшение показателей работоспособности, физического состояния и снижение интенсивности болевого синдрома. Повышение социальной роли, улучшение психического состояния и эмоционального фона зафиксированы только у больных II группы, а в I группе наблюдалось снижение данных показателей. Анализ выживаемости по Каплану–Мейеру с учетом групп риска ампутации показал, что данный показатель выше в первой группе: 26 % пациентов на конец периода наблюдения против 13 % во второй. Выживаемость по Каплану–Мейеру с учетом групп риска повторных операций наиболее высока в первой группе (37 % пациентов на конец периода наблюдения), однако на протяжении исследования частота исходов в обеих группах совпадает.

Выводы. Эффективность лечения пациентов в условиях дневного стационара поликлиники оценивают по показателям выживаемости больных и сохранности конечности. Преимущество

в ведении в стационаре и на амбулаторном этапе позволяет вести динамическое наблюдение за больными, а при ухудшении состояния направлять на оперативное лечение с целью сохранения конечности.

Ключевые слова: стационарзамещающие технологии, критическая ишемия, реконструктивные операции, тромбоз.

Введение. Большинство пациентов поступает в сосудистый стационар с уже необратимыми изменениями в конечностях [1, 2]. Учитывая такой фактор развития заболевания, как недостаточная физическая активность, которая ведет к усугублению нарушений липидного спектра крови, ухудшению функционального состояния эндотелия, патофизиологически целесообразно будет использовать в комплексном лечении пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей метод тренировочной (дозированной) ходьбы и близкий ему по механизму действия метод контрлатеральной компрессии. Кроме того, высока роль физической активности – лечебной физкультуры [3–6]. Внедрение индустриальных технологий управления качеством в стационаре или поликлинике приводит к уменьшению затрат на лечение и улучшению его результатов [2, 7–10]. Смысл данного принципа ведения больных заключается в использовании алгоритма действий, включающего выполнение только тех работ, которые объективно влияют на исход заболевания и отдаленные результаты лечения.

Цель исследования. Улучшение прогноза и дальнейшего течения заболевания при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей у больных облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей путем

разработки алгоритма выбора оптимального способа медикаментозного, нефармакологического или оперативного лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач проведен анализ 159 амбулаторных карт пациентов, находящихся в дневном стационаре МБУЗ «Городская поликлиника № 1 г. Ростова-на-Дону» (клиническая база Ростовского государственного медицинского университета) с окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей с 4-й степенью ишемии по Покровскому–Фонтейну.

Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и сопутствующей патологии. В I группу вошли 77 пациентов, которые находились под диспансерным наблюдением хирурга поликлиники и не систематически проходили курсы лечения. Во II группу вошли 82 пациента, к которым была применена усовершенствованная тактика выбора индивидуальных методов лечения и ведения больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на амбулаторном этапе на основании разработанной шкалы риска развития критической ишемии. Для второй группы пациентов использовали систему диагностических и лечебно-профилактических мероприятий: диспансерные осмотры с прохождением

инструментальных и лабораторных методов обследования, обеспечивающих контроль течения заболевания и прогнозирование его дальнейшего развития и прогрессирования, а также проведение курса лечения с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

В программу комплексного консервативного лечения пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей входят гиполипидемическая диета; медикаментозная терапия с учетом стадии заболевания и сопутствующей патологии; физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, лазеротерапия, массаж); уход за кожей стоп и ногтями; лечебная физкультура; санаторно-курортное оздоровление.

Консервативная терапия включала:

Схема № 1:

1. Сирдалуд (мидокалм) – 150 мг в/м 2 р. или per os 30 сут.
2. Ксантинола никотинат – 2,0 в/м 2 р. или per os 30 сут.
3. Трентал – 5 мл в/м 1 р. № 15 или 400 мг × 3 р. per os.
4. Гиполипидемическая терапия.
5. Физиотерапевтические процедуры.
6. Симптоматическая терапия.

Схема № 2:

1. Сирдалуд (мидокалм) – 300 мг № 15–20.
2. Ксантинола никотинат – 2–4 мл.
3. Трентал 5,0.
4. Физраствор (реополиглюкин) – 500 мл.
5. По показаниям фраксипарин (клесан) – 60 мкг 1 р. п/к.
6. Вазопростан – 20 мкг в/в 1 р. № 15–20.

Схема № 3:

1. Полиоксидоний – 6 мг 1 р. в сут № 10.
2. Галавит – 100 мг в/м № 5, затем 100 мг в/м через 1 день № 15.

Для оценки степени хирургического риска применяли классификацию Американского общества анестезиологов.

В нашем исследовании 43 пациента имели 3–7-ю степени хирургического риска из-за тяжелой сопутствующей патологии, что делало невозможным проведение оперативного лечения.

Для анализа операционного риска и смертности пациентов использовали шкалу Vascular-POSSUM, которая предполагает балльную оценку физиологических параметров, степени тяжести предполагаемого оперативного вмешательства и степени риска неблагоприятного исхода [11–14].

Для анализа результатов лечения применяли шкалу оценки состояния больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, предложенную R.V. Rutherford et al. [3, 4, 15–17].

Общее состояние пациентов до, во время, после лечения, а также в отдаленные сроки оценивали, используя следующие методики: опросник качества жизни SF-36 Health Status Survey [18–20], который является неспецифическим опросником для оценки качества жизни; таблица оценки качества жизни, предложенная В.В. Савиным (2001). При оценке отдаленных результатов учитывали также сроки сохранения конечности и выживаемость пациентов.

Результаты. Проведен анализ состояния пациентов по истечении 24 мес. в двух группах (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение частот встречаемости признаков по прошествии одного и двух лет, n (%)

Выполнение оперативного вмешательства	I исследуемая группа			II исследуемая группа		
	1-й год	2-й год	p	1-й год	2-й год	p
Повторные операции						
Проводились	66 (87)	58 (76)	0,18	62 (90)	58 (84)	0,48
Не проводились	10 (13)	18 (24)		7 (10)	11 (16)	

Ампутации						
Не выполнялись	66 (87)	66 (87)	0,07	65 (94)	63 (91)	0,08
Большая ампутация	7 (9)	10 (13)		2 (3)	2 (3)	
Малая ампутация	3 (4)	0 (0)		2 (3)	4 (6)	

Примечание. Значения представлены в виде частот; сравнение осуществлялось с помощью точного теста Мак-Немара.

Через 2 года после лечения наблюдалась различная динамика показателей в двух группах в сравнении с исходными данными. В обеих группах отмечено статистически значимое улучшение показателей работоспособности, физического состояния и снижение интенсивности болевого синдрома. Однако повышение социальной роли, улучшение психического состояния и эмоционального фона зафиксированы только у больных II группы; в I группе наблюдалось снижение данных показателей.

Анализ выживаемости был проведен с помощью метода Каплана–Мейера [1, 21]. Графиком оценки функции выживаемости по методу Каплана–Мейера является убывающая ступенчатая линия, которая приближает реальные значения функции выживаемости для данной задачи (рис. 1). Как видно из графика, риск ампутации наиболее высок в первой группе: на конец периода наблюдения 26 % пациентов в первой группе против 13 % во второй.

Как видно из графика анализа выживаемости Каплана–Мейера, риск повторных операций наиболее высок в первой группе – 37 % пациентов на конец периода наблюдения, однако на протяжении исследования частота исходов двух групп совпадает (рис. 2).

Обсуждение. Возможность прогнозирования сохранения нижней конечности достигается использованием индивидуальной тактики ведения пациентов на амбулаторном этапе и ведет к улучшению показателей, характеризующих качество жизни.

Большое значение имеет определение «малых» признаков воспаления, которые определяются у 95 % пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Применение нестероидных противовоспалительных средств в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей подавляет системную воспалительную реакцию и ведет к отказу от ампутации, сохранению жизни пациентов.

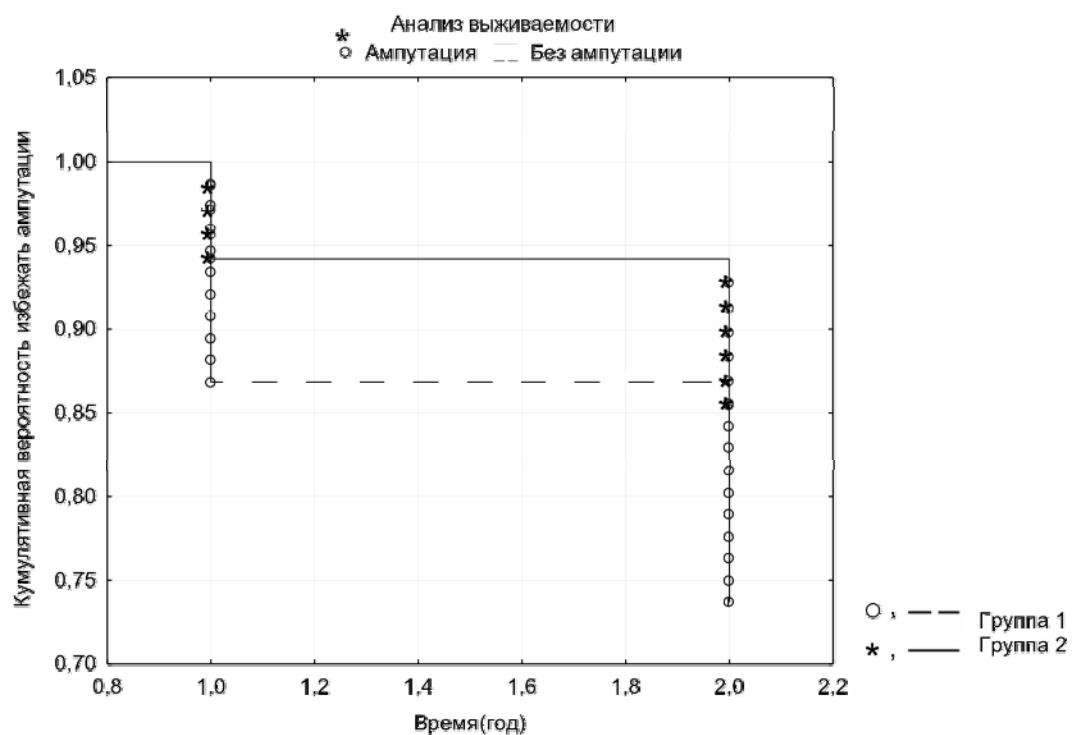


Рис. 1. Анализ выживаемости (исход – ампутация)

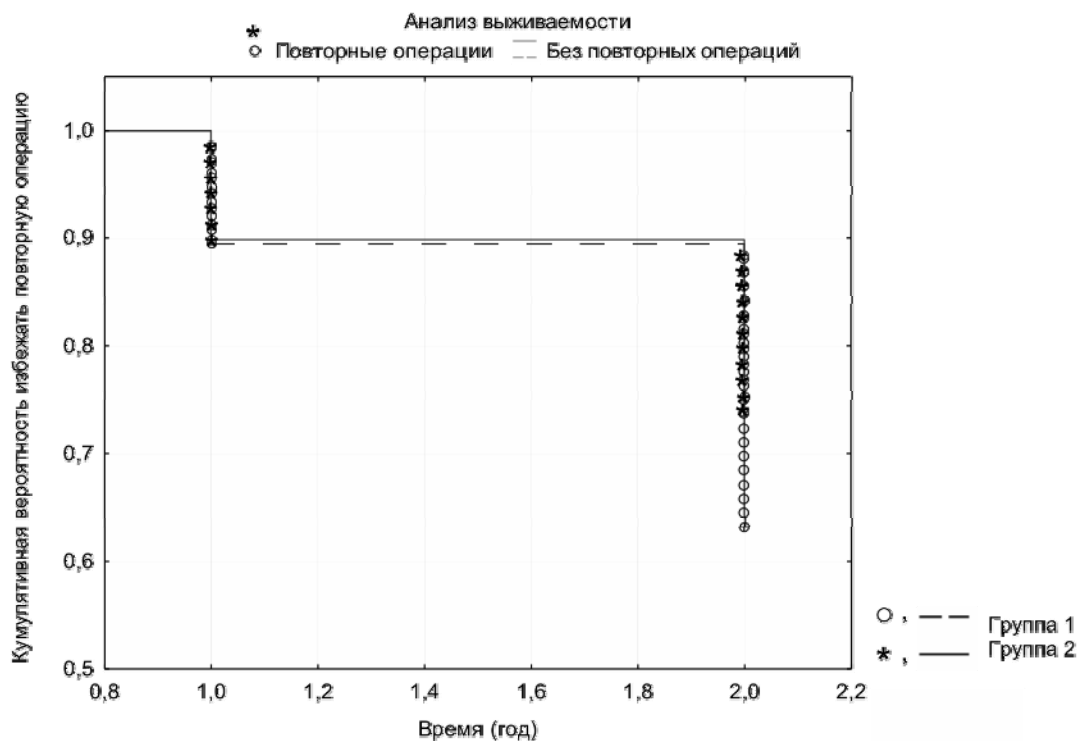


Рис. 2. Анализ выживаемости (исход – повторные операции)

По завершении курса лечения в дневном стационаре поликлиники пациенту необходимо динамическое наблюдение ангиохирурга поликлиники, регулярное

прохождение обследования и курсов консервативного лечения, по показаниям – курсы санаторно-курортного оздоровления. Преемственность в ведении пациента в стационаре и на амбулаторном этапе достигается динамическим наблюдением за больным после выполнения реконструктивной операции, диагностикой и лечением в условиях дневного стационара поликлиники с использованием усовершенствованных стационарзамещающих технологий.

Выводы:

1. Разработаны и внедрены схемы консервативного лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, позволившие отсрочить или избежать оперативного лечения у данной категории па-

циентов.

2. Эффективность лечения пациентов в условиях дневного стационара поликлиники оценивают по показателям выживаемости больных и сохранности конечности.

3. Преемственность в ведении пациента в стационаре и на амбулаторном этапе позволяет вести динамическое наблюдение за больными, а также при ухудшении состояния направлять их на оперативное лечение с целью сохранения конечности.

4. Важную роль в прогнозировании дальнейшего течения заболевания и выборе тактики лечения у больных с критической ишемией играет использование «малых» признаков системной воспалительной реакции.

Литература

1. Максимов А.В., Корейба К.А., Нуретдинов Р.М., Садыков Р.Р., Хизриев С.М. Критическая ишемия нижних конечностей у пациентов отделения гнойно-септической хирургии. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2016; 22 (2): 152–155.
2. Покровский А.В. Состояние сосудистой хирургии в России в 2008 году. М.; 2009. 86.
3. Савин В.В. Сравнение показателя качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей после сосудисто-реконструктивных операций и ампутаций. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2001; 7 (1): 54–60.
4. Soden P.A., Zettervall S.L., Ultee K.H., Landon B.E., O'Malley A.J., Goodney P.P., DeMartino R.R., Arya S., Schermerhorn M.L. Dual antiplatelet therapy is associated with prolonged survival after lower extremity revascularization. Society for Vascular Surgery Vascular Quality Initiative. *J. Vasc. Surg.* 2016; 64 (6): 1633–1644.
5. Wand S., Baro D., Baecker C., Meybohm P., Schmitz-Rixen T., Zacharowski K., Mutlak H., Weber C.F. Response to dual antiplatelet therapy in patients with peripheral artery occlusive disease suffering from critical limb ischemia. *Clin. Lab.* 2014; 60 (10): 1601–1607.
6. Martini R. Trends of the treatment of Critical Limb Ischemia during the last two decades. *Clin. Hemorheol. Microcirc.* 2018; 1: 18–22.
7. Вардосанидзе С.Л. Методологические основы антикризисного управления больницей (безопасность, измерения, качество): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2003. 58.
8. Коваленко В.И., Темрезов М.Б., Климович Л.Г., Борсов М.Х. Факторы риска тромботических осложнений у больных с критической ишемией нижних конечностей. *Российский медицинский журнал*. 2014; 1: 34–37.
9. Andrews S.L. QA vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care. *J. Quality Assurance*. 1991; 38: 14–15.
10. Price S.A. Health Care Resource Management. Present and Future Challenges. Mosby; 1998. 214.
11. Brown J., Lethaby A., Maxwell H. Antiplatelet agents for preventing thrombosis after peripheral arterial bypass surgery. *The Cochrane Collaboration*. 2009; 3: 5.
12. Krishna S.M., Omer S.M., Golledge J. Evaluation of the clinical relevance and limitations of current pre-clinical models of peripheral artery disease. *Clin. Sci. (Lond)*. 2016; 130 (3): 127–150.
13. Williams K.J., Babber A., Ravikumar R., Davies A.H. Non-Invasive Management

- of Peripheral Arterial Disease. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2017; 906: 387–406.
14. Momot A., Taranenko I., Tsyvkina L. The risk factors of thrombogenic, thrombophilia, and the principle for heparin prophylaxis in personalized medicine. *Anticoagulation Therapy.* 2016; 3: 47–67.
 15. Krishna S.M., Moxon J.V., Golledge J. A review of the pathophysiology and potential biomarkers for peripheral artery disease. *Int. J. Mol. Sci.* 2015; 16 (5): 11–22.
 16. Shen S.K., Wu D.M., Wang C.G., Zhang L.K., Gang Q.W. Meta analysis of clinical safety and efficacy evaluation of peripheral arterial disease patients with critical limb ischemia who accepted bypass surgery or endovascular therapy. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2017; 97 (30): 2372–2378.
 17. Katsanos K., Al-Lamki S.A., Parthipun A., Spiliopoulos S., Patel S.D., Paraskevopoulos I., Zayed H., Diamantopoulos A. Peripheral Stent Thrombosis Leading to Acute Limb Ischemia and Major Amputation: Incidence and Risk Factors in the Aortoiliac and Femoropopliteal Arteries. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2017; 40 (3): 351–359.
 18. Назаренко Г.И. Управление качеством медицинской помощи. М.; 2000. 132.
 19. Hu P., Jones S. Antithrombotic Therapy After Peripheral Vascular Intervention. *Curr. Cardiol. Rep.* 2016; 18 (3): 26.
 20. Peacock M.R., Shah N.K., Farber A., Lee S.Y., Kalish J.A., Rybin D., Doros G., Siracuse J.J. Index complications predict secondary complications after infrainguinal lower extremity bypass for critical limb ischemia. *J. Vasc. Surg.* 2017; 65 (5): 1344–1353.
 21. Казаков Ю.И., Лукин И.Б., Соколова Н.Ю., Страхов М.А. Оценка хирургического риска у больных с критической ишемией нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2016; 22 (3): 139–144.

NEW APPROACHES OF INPATIENT-CARE-REPLACING TECHNOLOGIES IN TREATING PATIENTS WITH CRITICAL ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES

I.I. Katel'nitskiy¹, I.I. Katel'nitskiy¹, A.V. Bozhko¹,
E.S. Livadnyaya¹, M.N. Duritskiy²

¹Rostov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia;
²Rostov Research Institute of Oncology, Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

e-mail: livadnyaya@mail.ru

The purpose of the paper is to improve the prognosis and development of chronic arterial insufficiency of the lower extremities of atherosclerotic genesis by developing an algorithm for choosing the optimal method for drug-induced, non-pharmacological or surgical treatment.

Materials and Methods. The authors examined 159 patients with chronic obliterating diseases of lower limb arteries, who were divided into 2 groups. Group 1 (77 patients) was under regular medical check-up of a surgeon but did not undergo treatment systematically. Group 2 (82 patients) were the subjects of a novel individual treatment. A newly developed critical ischemia risk scale was used to treat them as outpatients.

Results. Two years after the treatment, the index dynamics in Group 1 and Group 2 was different in comparison with the initial data. Both groups showed a significant improvement in performance measures, physical condition and decrease of pain syndrome. Advances in social role, improvement of the mental and emotional state were recorded only in Group 2, whereas Group 1 demonstrated decrease in these indicators. Taking into account the amputation risks, the analysis of survival data according to Kaplan-Meier estimator showed that at the end of the follow-up period this indicator was higher in Group 1 (26 % of patients), than in Group 2 (13 % of patients). Taking into account the reoperation risks, survivability at the end of the follow-up period according to Kaplan-Meier estimator was higher in Group 1 (37 % of patients). However, throughout the study the frequency of outcomes in Group 1 and Group 2 was the same.

Conclusion. Treatment efficacy in outpatients is assessed according to survival rates and limb preservation. Continuity in the inpatient and outpatient care allows physicians to monitor the patients more effectively, and in case of recrudescence to administer surgical treatment and save the limb.

Keywords: inpatient care replacing technologies, critical ischemia, reconstructive surgery, thrombosis.

References

1. Maksimov A.V., Koreyba K.A., Nuretdinov R.M., Sadykov R.R., Khizriev S.M. Kriticheskaya ishemiya nizhnikh konechnostey u patsientov otdeleniya gnoyno-septicheskoy khirurgii [Critical ischemia of the lower limbs in patients of purulent-septic surgery department]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2016; 22 (2): 152–155 (in Russian).
2. Pokrovskiy A.V. *Sostoyanie sosudistoy khirurgii v Rossii v 2008 godu* [Vascular surgery in Russia in 2008]. Moscow; 2009. 86 (in Russian).
3. Savin V.V. Sravnenie pokazatelya kachestva zhizni u bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s kriticheskoy ishemiyei nizhnikh konechnostey posle sosudisto-rekonstruktivnykh operatsiy i amputatsiy [The quality of life index in elderly and old patients with critical lower limb ischemia after vascular reconstructive surgery and amputations]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2001; 7 (1): 54–60 (in Russian).
4. Soden P.A., Zettervall S.L., Ultee K.H., Landon B.E., O'Malley A.J., Goodney P.P., DeMartino R.R., Arya S., Schermerhorn M.L. Dual antiplatelet therapy is associated with prolonged survival after lower extremity revascularization. Society for Vascular Surgery Vascular Quality Initiative. *J. Vasc. Surg.* 2016; 64 (6): 1633–1644.
5. Wand S., Baro D., Baecker C., Meybohm P., Schmitz-Rixen T., Zacharowski K., Mutlak H., Weber C.F. Response to dual antiplatelet therapy in patients with peripheral artery occlusive disease suffering from critical limb ischemia. *Clin Lab.* 2014; 60 (10): 1601–1607.
6. Martini R. Trends of the treatment of Critical Limb Ischemia during the last two decades. *Clin. Hemorheol. Microcirc.* 2018; 1: 18–22.
7. Vardosanidze S.L. *Metodologicheskie osnovy antikrizisnogo upravleniya bol'nitsey (bezopasnost', izmereniya, kachestvo)* [Methodological principles of anti-crisis hospital management (safety, tests, quality)]: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow; 2003. 58 (in Russian).
8. Kovalenko V.I., Temrezov M.B., Klimovich L.G., Borsov M.Kh. Faktory riska tromboticheskikh oslozhneniy u bol'nykh s kriticheskoy ishemiyei nizhnikh konechnostey [Risk factors for thrombotic complications in patients with critical lower limb ischemia]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 1: 34–37 (in Russian).
9. Andrews S.L. QA vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care. *J. Quality Assurance*. 1991; 38: 14–15.
10. Price S.A. *Health Care Resource Management. Present and Future Challenges*. Mosby; 1998. 214.
11. Brown J., Lethaby A., Maxwell H. Antiplatelet agents for preventing thrombosis after peripheral arterial bypass surgery. *The Cochrane Collaboration*. 2009; 3: 5.
12. Krishna S.M., Omer S.M., Golledge J. Evaluation of the clinical relevance and limitations of current pre-clinical models of peripheral artery disease. *Clin. Sci. (Lond)*. 2016; 130 (3): 127–150.
13. Williams K.J., Babber A., Ravikumar R., Davies A.H. Non-Invasive Management of Peripheral Arterial Disease. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2017; 906: 387–406.
14. Momot A., Taranenko I., Tsyvkina L. The risk factors of thrombogenic, thrombophilia, and the principle for heparin prophylaxis in personalized medicine. *Anticoagulation Therapy*. 2016; 3: 47–67.
15. Krishna S.M., Moxon J.V., Golledge J. A review of the pathophysiology and potential biomarkers for peripheral artery disease. *Int. J. Mol. Sci.* 2015; 16 (5): 11–22.
16. Shen S.K., Wu D.M., Wang C.G., Zhang L.K., Gang Q.W. Meta analysis of clinical safety and efficacy evaluation of peripheral arterial disease patients with critical limb ischemia who accepted bypass surgery or endovascular therapy. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2017; 97 (30): 2372–2378.
17. Katsanos K., Al-Lamki S.A., Parthipun A., Spiliopoulos S., Patel S.D., Paraskevopoulos I., Zayed H., Diamantopoulos A. Peripheral Stent Thrombosis Leading to Acute Limb Ischemia and Major Amputation: Incidence and Risk Factors in the Aortoiliac and Femoropopliteal Arteries. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2017; 40 (3): 351–359.
18. Nazarenko G.I. *Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshchi* [Quality management in medical care]. Moscow; 2000. 132 (in Russian).
19. Hu P., Jones S. Antithrombotic Therapy After Peripheral Vascular Intervention. *Curr. Cardiol. Rep.* 2016; 18 (3): 26.
20. Peacock M.R., Shah N.K., Farber A., Lee S.Y., Kalish J.A., Rybin D., Doros G., Siracuse J.J. Index

complications predict secondary complications after infrainguinal lower extremity bypass for critical limb ischemia. *J. Vasc. Surg.* 2017; 65 (5): 1344–1353.

21. Kazakov Yu.I., Lukin I.B., Sokolova N.Yu., Strakhov M.A. Otsenka khirurgicheskogo riska u bol'nykh s kriticheskoy ishemiey nizhnikh konechnostey [Assessment of surgical risk in patients with critical ischemia of the lower extremities]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya.* 2016; 22 (3): 139–144 (in Russian).

УДК 618.17-008.8:616.89-06-07-085

DOI 10.23648/UMBJ.2018.31.17215

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОЕ ДИСФОРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

М.Е. Шляпников¹, Н.П. Портянникова¹, О.И. Линева², О.Б. Неганова¹

¹Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Россия;

²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

e-mail: shme@samtel.ru

Цель – оценить результаты применения микродозированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон, и селективного ингибитора обратного захвата серотонина в терапии предменструального дисфорического расстройства.

Материалы и методы. В исследование включены 43 женщины с предменструальным дисфорическим расстройством, которые были разделены на 2 группы: I группа (n=22) – женщины, нуждавшиеся в контрацепции и принимавшие микродозированный оральный контрацептив, содержащий дроспиренон; II группа (n=21) – пациентки, получавшие препарат флуоксетин 20 мг утром с периодичностью 1 раз в 3 дня. Оценку эффективности лечения проводили с помощью статистической обработки анкет-опросников до начала терапии, через 3 и 6 мес. терапии.

Результаты. Через 6 мес. на фоне терапии наблюдалось улучшение состояния пациенток, при этом в I группе сохранились следующие основные симптомы: депрессия – у 5 пациенток (22,7 %), агрессия – у 5 (22,7 %), беспокойство – у 4 (18,2 %), нарушение самоконтроля – у 4 (18,2 %) (p<0,05). Во II группе также отмечалась выраженная динамика по основным симптомам: беспокойство имело место у 4 женщин (19,0 %), лабильность настроения – у 4 (19,0 %), нарушение самоконтроля – у 4 (19,0 %), повышение аппетита – у 4 (19,0 %) (p<0,05).

Выводы. Результаты исследования показали эффективность и безопасность микродозированного комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон, и селективного ингибитора обратного захвата серотонина для лечения предменструального дисфорического расстройства у женщин позднего репродуктивного возраста. Побочные эффекты встречались относительно редко, носили кратковременный характер и, как правило, не требовали дополнительных мер коррекции.

Ключевые слова: предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство, психоэмоциональные расстройства, микродозированный оральный контрацептив с дроспиреноном, селективный ингибитор обратного захвата серотонина.

Введение. Конец XX столетия отмечен выделением психических заболеваний, специфических для женщин [1, 2]. Это связано с наличием в их жизни периодов, когда риск возникновения психических расстройств достаточно высок. В стремительном XXI в. симптомы депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний встречаются практически с одинаковой

частотой, зачастую усугубляя течение друг друга. При этом женщины в большей степени, чем мужчины, подвержены депрессивным расстройствам, так как чаще испытывают гормональные сбои, отвечающие за настроение. В настоящее время женщина берет на себя все больше социальных ролей, что не может не сказаться на ее психоэмоциональном состоянии.