

5. Земцовский Э.В., Малев Э.Г., Реева С.В. и др. Диагностика наследственных нарушений соединительной ткани. Итоги и перспективы // Рос. кардиол. журн. – 2013; 4 (102): 38–44 [Zemtsovskiy E.V., Malev E.G., Reeva S.V. et al. Diagnostics of inherited connective tissue disorders: achievements and future directions // Russian Journal of Cardiology. – 2013; 4 (102): 38–43 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2013-4-38-43>.

6. Козлова С.И., Демикова Н.С. Наследственные синдромы имедико-генетическое консультирование: атлас-справочник. 3-е изд., перераб. и дополн. / М.: Т-во научных изданий КМК; Авторская академия, 2007; 448 с. [Kozlova S.I., Demikova N.S. Nasledstvennyye sindromy imediko-geneticheskoe konsul'tirovanie: atlas-spravochnik. 3-e izd., pererab. i dopoln. / М.: Т-во nauchnykh izdaniy KMK; Avtorskaya akademiya, 2007; 448 s. (in Russ.)].

7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Элерса–Данлоса [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu sindroma Elersa–Danlosa (in Russ.)].

8. Beington P. Ehlers–Danlos syndrome // Ann. Rheum. Dis. – 1970; 29 (3): 332–33.

9. Schalkwijk J., Zweers M., Steijlen P. et al. A recessive form of Ehlers–Danlos syndrome caused by Tenascin-X deficiency // Engl. J. Med. – 2001; 345 (16): 1167–75. DOI: 10.1056/NEJMoa002939.

10. Schwarze U., Atkinson M., Hoffman G. et al. Null alleles of the COL5A1 gene of type V collagen are a cause of the classical forms of Ehlers–Danlos Syndrome (types I and II) // Am. J. Hum. Gen. – 2000; 66: 1757–65. DOI: 10.1086/302933.

#### A CASE OF CHERNOGUBOV-EHLERS-DANLOS SYNDROME

Yu. Nefedeva<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences; Professor O. Ziganshin<sup>1</sup>, MD; E. Startseva<sup>2</sup>; V. Ivanova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>South Ural State Medical University, Chelyabinsk

<sup>2</sup>Chelyabinsk Regional Clinical Dermatovenereology Dispensary

*Ehlers–Danlos syndrome is a rare ontogenetic anomaly in the body's development, which is one of the challenges to modern medicine. Hyperelastic skin (Chernogubov–Ehlers–Danlos syndrome, imperfect desmogenesis) is a hereditary connective tissue disease caused by insufficient collagen synthesis of various etiologies. Its prevalence is between 1:5,000 and 1:560,000. The paper describes a clinical case in a patient with Ehlers–Danlos syndrome, which includes: his medical history, clinical presentations, and treatment regimen. This clinical case is of interest as a rare syndrome with typical objective signs, such as skin hyperextensibility, prolonged wound healing with scarring, and joint hypermobility.*

**Key words:** Ehlers–Danlos syndrome, skin hyperextensibility, joint hypermobility, diagnosis, treatment.

**For citation:** Nefedeva Yu., Ziganshin O., Startseva E. et al. A case of Chernogubov–Ehlers–Danlos syndrome // Vrach. – 2019; 30 (12): 46–48. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-12>

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-12>

## Использование Селанка в лечении вегетативных и психоэмоциональных расстройств при климактерическом синдроме у женщин

П. Стариков<sup>1, 2</sup>, кандидат медицинских наук,  
В. Федоров<sup>3</sup>, доктор медицинских наук, профессор  
<sup>1</sup>Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород  
<sup>2</sup>Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород  
<sup>3</sup>Ярославский государственный медицинский университет  
E-mail: starikovpavel@mail.ru

*Изучена роль Селанка в терапии вегетативных и психоэмоциональных расстройств при климактерическом синдроме у женщин.*

**Ключевые слова:** неврология, терапия, женское здоровье, климактерический синдром, психоэмоциональные расстройства, Селанк.

**Для цитирования:** Стариков П., Федоров В. Использование Селанка в лечении вегетативных и психоэмоциональных расстройств при климактерическом синдроме у женщин // Врач. – 2019; 30 (12): 48–53. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-12>

Наступление менопаузы – один из критических периодов в жизни женщины. Именно в пери- и постменопаузальном периоде у 65–80% женщин развивается климактерический синдром (КС) и появляются соматические и психические заболевания, существенно сказывающиеся на качестве и общей продолжительности жизни [2]. На сегодня >10% женщин находятся в периоде менопаузы (>50 лет), а к 2030 г. их численность составит 1,2 млрд [4, 14].

В результате угасания функций яичников женский организм в течение ряда лет функционирует в состоянии постоянно меняющегося эндокринного статуса, заканчивающегося переходом к новому гормональному гомеостазу, который резко отличается от такового в фертильном возрасте. Этот переход характеризуется дефицитом эстрогенов и прогестерона с относительным преобладанием андрогенов. Снижение уровня секреции эстрогенов и прогестерона в ткани яичников сопровождается повышением (по принципу обратной связи) синтеза гонадотропинов, снижается и продукция кальцитонина, инсулина и др. [12, 14].

Падение уровня эстрогенов способствует развитию метаболических нарушений в эстрогенозависимых органах и тканях, глубина и выраженность которых зависят от длительности пребывания женщины в условиях эстрогенного дефицита. Для климактерического периода в жизни женщины характерна определенная стадийность изменений: ранние симптомы – КС (вазомоторные и эмоционально-веге-

тативные нарушения), средневременные (урогенитальные расстройства, изменения придатков кожи, сексуальная дисфункция) и поздние обменные нарушения (сердечно-сосудистые заболевания, постменопаузальный остеопороз, остеоартриты, болезнь Альцгеймера) [6, 12, 14].

Физиологическим считается климакс, протекающий без выраженных нейрогуморальных симптомов, с постепенным угасанием менструальной функции и проявляющийся признаками, не вызывающими симптомов болезни [5]. Нередко климактерический период приобретает патологическое течение и развивается КС – своеобразный симптомокомплекс, течение которого характеризуется вазомоторными, эндокринно-обменными и нервно-психическими нарушениями [3].

Общая частота КС варьирует от 40 до 80–90%. Клинические симптомы могут проявляться с разной частотой по отношению ко времени прекращения менструации (менопауза): в пременопаузальном периоде – у 35–40% больных, сразу с наступлением менопаузы – у 39–85%, в течение 1 года после менопаузы – у 26%, через 2–5 лет после менопаузы – у 3% [18, 21]. Только у 18% женщин острые проявления КС исчезают в течение 1-го года с момента их появления. Их продолжительность до 5 лет наблюдается у 35–56%. Еще более длительное течение заболевания отмечается у 26% пациенток. Наибольшая частота и интенсивность типичных проявлений КС встречается в первые 2–3 года постменопаузы [17].

Почти у половины женщин с КС (51%) он протекает тяжело, у каждой 3-й (33%) его проявления носят умеренный характер и только в 16% случаев КС сопровождается легкими проявлениями [17, 18].

Многообразные симптомы КС можно объединить в 3 группы – нейропсихические, вегетативно-сосудистые и эндокринно-обменные [5, 14]. Соматические проявления КС включают в себя классические вазомоторные симптомы – приливы и потливость в ночные часы, ощущение жара. Приливы жара с обильным потоотделением являются наиболее ранними и специфичными симптомами угасания функции яичников [14]. Самый высокий уровень нарушений при КС отмечен в психоэмоциональной сфере (у 78,4% пациенток), в то время как нейровегетативные и метаболические изменения выявлялись соответственно лишь у 63,6 и 46,6%, что указывает на значительный удельный вес психопатологии в клинике климактерических расстройств. Наиболее частые психоэмоциональные расстройства (ПЭР) – повышенная тревожность (не менее чем у 1/2 женщин), депрессия (у 10%), неврастения (у 13%), снижение когнитивных функций (КФ) (у большинства) [3, 21]. У пациенток наблюдаются разной степени снижение настроения или его колебания, нарушения сна, тревога, ангедония, а также забывчивость, затруднения концентрации внимания, трудности принятия решений [6].

Причинами развития ПЭР у женщины в перименопаузе могут быть переживания по поводу старения, семейные и социальные дисгармонии, а также физиологические процессы, сопровождающие наступление климакса [6]. По сравнению с общей популяцией развитию депрессий в период перименопаузы способствуют развод, бездетность, потеря социального обеспечения, наличие психических расстройств, низкий уровень образования [19].

В период климакса у женщин чаще всего возникают комбинированные ПЭР: одновременно наблюдаются разной степени выраженности сниженное настроение или его коле-

бания, нарушения сна, тревога, снижение интереса к жизни, когнитивные расстройства (КР) [13].

Основная задача лечения КС – улучшение качества жизни (КЖ), которое может снижаться под влиянием неблагоприятных последствий эстрогенного дефицита. Главным направлением медикаментозной терапии является комплексная коррекция гормонодефицитных состояний на основе заместительной гормональной терапии, а при ее невозможности – применение селективных эстрогенрецепторных модуляторов, а также фитоэстрогенных препаратов [2].

Для лечения ПЭР при КС применяются в зависимости от ведущего синдрома препараты следующих классов: транквилизаторы – при тревожных состояниях, антидепрессанты – при наличии депрессии, нейролептики – при истерических проявлениях, средства с психоактивирующим действием – в случае астенического синдрома и неврастении, ноотропы – при КР (Лукьянова Е.В., 2013). Одной из основных нерешенных проблем терапии данной патологии является то, что у большинства пациентов имеет место сочетание различных ПЭР, при которых применяются комбинации психотропных препаратов разных классов. Однако подавляющее большинство этих лекарственных средств (ЛС) обладают многообразными нежелательными эффектами (включая такие как лекарственная зависимость и синдром отмены, органоспецифическая токсичность и отрицательное влияние на КФ) и выраженным межлекарственным взаимодействием [8].

Для выхода из создавшейся ситуации применяют безопасные препараты с комбинированным типом действия. Таковым является Селанк – представитель регуляторных пептидов – ЛС нового класса. Это – гептапептид, в основе структуры которого лежит олигопептид тафцин (H-Thr-Lys-Pro-Arg-OH). К тафцину с С-конца была добавлена группировка Pro-Gly-Pro (глипролин), защищающая его от быстрой деградации под действием протеолитических ферментов.

Спектр психотропной активности препарата достаточно широк. Это – анксиолитик с антидепрессивным эффектом, антиастеническим действием и активирующим влиянием на мнестические и КФ [10]. Таким образом, Селанк может заменить как минимум сразу 4 группы психотропных препаратов – транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы и антиастенические средства.

Анксиолитическое и антидепрессивное действие Селанка связано с регуляцией на уровне генома синтеза и метаболизма норадреналина, серотонина и энкефалинов в эмоциогенных зонах головного мозга [7, 10, 11, 20] и показано в ряде клинических исследований [8, 15, 16]: препарат снижает поведенческие проявления тревоги, не вызывая характерных для большинства распространенных анксиолитиков побочных эффектов (миорелаксация, седация, сонливость и др.). В то же время его анксиолитический эффект сопоставим с действием известных транквилизаторов (феназепам, альпразолам, гидазепам, медазепам) [1, 8]. Антиастеническое действие Селанка связано с регуляцией синтеза дофамина, а ноотропный эффект – с усилением нейропластических и нейротрофических влияний в ЦНС. Препарат обладает также вегетостабилизирующей и стресспротективной активностью.

Многочисленные клинические наблюдения подтвердили высокую безопасность Селанка для пациентов: он не вызывает явлений толерантности, лекарственной зависимости и синдрома отмены [1, 10]. Установлено также, что Селанк не

обнаруживает явлений токсичности при введении в дозах, в 200–500 раз превышающих терапевтическую [1, 10]. В отличие от большинства транквилизаторов Селанк не требует титрования доз и хорошо сочетается с любой психо- и нейроактивной терапией.

Отсутствие у препарата гипноседативных и миорелаксантных свойств и наличие положительного влияния на КФ позволяют применять Селанк у лиц разных профессий, в том числе связанных с повышенным вниманием и координацией движений (водители транспортных средств, операторы и т.д.).

Абсолютная биодоступность Селанка при интраназальном введении – 92,8%. Препарат быстро всасывается со слизистой носа и через 30 с обнаруживается в плазме крови, а в течение 1-й минуты – и в структурах головного мозга [9]

Важная терапевтическая «ниша» Селанка – профилактика и терапия тревожно-депрессивных состояний, возникающих на фоне тяжелых непсихических заболеваний (соматические, нервные, онкологические и др.) и значимо утяжеляющих их течение [15].

Изучена роль Селанка в терапии вегетативных расстройств и ПЭР при КС у женщин.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 30 женщин с разными проявлениями КС. Средний возраст обследованных –  $56,1 \pm 4,2$  года. Длительность КС колебалась в пределах от 3 мес до 6 лет, составляя в среднем  $2,8 \pm 1,3$  года.

Критерии включения в исследование: письменное согласие пациентки; отсутствие менструаций в течение периода не менее 1 года и не более 10 лет; наличие вегетативных проявлений КС; отсутствие в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза с удалением яичников.

Всем пациенткам проведено полное клиническое обследование, включающее в себя исследование объективно-го, гинекологического статуса, применение лабораторных

и инструментальных методов. Динамика выраженности основных симптомов КС оценивалась по 4-балльной шкале: 0 баллов – отсутствие жалоб; 1 балл – легкие проявления; 2 балла – нарушения средней тяжести; 3 балла – максимальная выраженность симптома. Для уточнения характера и выраженности вегетативных и психоэмоциональных нарушений климактерического периода проведена их оценка с применением индекса Куппермана в модификации Е.В. Уваровой (менопаузальный индекс – МПИ). Психоэмоциональную сферу оценивали по шкале личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера, шкале-опроснику Центра эпидемиологических исследований депрессии CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) и опроснику САН (самочувствие, активность, настроение).

Обследование проводили при 1-м приеме и после 14-дневной терапией Селанком. Препарат вводили интраназально по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день в течение 14 дней (0,9 мг/сут).

Для статистической обработки результатов применяли пакеты прикладных программ MS Excel, Statistica 6.0. Использовались непараметрические критерии, точный критерий Фишера и Стьюдента.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На момент 1-го обследования преобладающими жалобами были: у 100% пациенток – приливы жара, повышенная раздражительность и тревожность, снижение работоспособности; у 80% – обильное потоотделение и головная боль; у 76,3% – нарушение сна; у 66,7% – мышечная слабость; у 60% – сниженное настроение и апатия; у 40% – снижение или отсутствие либидо; у 26,7% – приступы сердцебиения, боли в сердце.

На фоне лечения Селанком выраженность проявления вегетативных нарушений и ПЭР в целом снизилась в 2,5–11,0 раз. Уменьшилось и число пациенток, у которых наблюдалась описанная симптоматика (табл. 1): приливы, обильное потоотделение и головная боль имели место у 56,7% пациенток, повышенная раздражительность и тревожность – у 50%, нарушение сна, сниженное настроение и апатия, падение работоспособности – у 46,7–40%; апатия, повышенная истощаемость – у 13,3%, мышечная слабость, снижение или отсутствие либидо, приступы сердцебиения, боли в сердце – не более чем у 10%.

При начальном обследовании МПИ в целом свидетельствовал о средней степени тяжести КС (табл. 2). Анализ отдельных параметров МПИ указывает на наибольшее изменение уровня нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматики, вплотную приблизившегося к нижней границе тяжелой степени заболевания. Распределение МПИ у отдельных пациенток выявило следующую картину: слабая степень КС (МПИ – 12–34 балла) имела место у 10 женщин, средняя – у 15, тяжелая – у 5 женщин.

Лечение Селанком снизило напряженность вегетативных нарушений и ПЭР, фактически не влияя на уровень эндокринно-метаболических сдвигов. МПИ стал соответствовать таковому при легкой степени течения КС; то же можно сказать об нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматике. Распределение МПИ изменилось: слабая степень КС стала определяться у 24 женщин (ранее – у 10); средняя – у 6 (ранее – у 15); тяжелая степень КС отсутствовала (ранее – у 5).

Опросник Спилбергера выявил у женщин с КС повышенную тревожность. В умеренной степени возрастала как ситуа-

Таблица 1

#### Динамика основных симптомов КС под влиянием Селанка (M±m); баллы

| Симптом                      | До лечения | После 14-дневной терапии Селанком |
|------------------------------|------------|-----------------------------------|
| Повышенная тревожность       | 2,67±0,21  | 0,70±0,09*                        |
| Повышенная раздражительность | 2,75±0,19  | 0,76±0,15*                        |
| Сниженное настроение         | 2,60±0,20  | 0,56±0,15*                        |
| Апатичность, безразличие     | 2,00±0,27  | 0,17±0,09*                        |
| Повышенная истощаемость      | 1,83±0,23  | 0,17±0,08*                        |
| Снижение работоспособности   | 2,13±0,17  | 0,59±0,11*                        |
| Расстройства сна             | 2,75±0,20  | 0,76±0,15*                        |
| Мышечная слабость            | 1,10±0,25  | 0,18±0,08*                        |
| Приливы                      | 1,65±0,30  | 0,47±0,10*                        |
| Потливость                   | 1,52±0,20  | 0,53±0,15*                        |
| Головные боли                | 2,33±0,21  | 0,94±0,18*                        |
| Сердцебиение, боли в сердце  | 1,55±0,26  | 0,54±0,17*                        |

**Примечание.** Здесь и в табл. 2: \* – достоверность различий с показателем до лечения ( $p < 0,05$ ).



# Издательский дом «Русский врач» предлагает подписку на журналы



Все журналы ИД «Русский врач» решением Президиума Высшей аттестационной комиссии (ВАК) включены в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Журналы включены в Российский индекс научного цитирования

Более подробную информацию вы можете найти на сайте: [WWW.RUSVRACH.RU](http://WWW.RUSVRACH.RU)



## ВРАЧ ([WWW.VRACHJOURNAL.RU](http://WWW.VRACHJOURNAL.RU))

История журнала началась более 100 лет назад. Тогда издание имело подзаголовок: «Еженедельная газета, посвященная всем отраслям медицинской науки, общественной и частной гигиене и вопросам врачебного быта». В 1988 г. по инициативе академика Е.И. Чазова на I Всесоюзном съезде врачей было принято решение о возобновлении издания. В 1990 г. вышел первый номер возрожденного журнала.

**Подписной индекс по каталогу «Роспечать» — полугодовой индекс — 71425, годовой индекс — 45863**

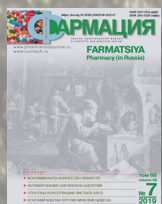
**по каталогу агентства «Пресса России» — полугодовой индекс — 44461, годовой индекс — 12146 по каталогу «Подписные издания» — П3011**



## МОЛЕКУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНА ([WWW.MOLMEDJOURNAL.RU](http://WWW.MOLMEDJOURNAL.RU))

Журнал освещает результаты научных исследований в таких областях, как исследование молекулярных и генетических основ этиологии и патогенеза социально значимых заболеваний с целью разработки новых методов диагностики и способов эффективной терапии заболеваний человека, в том числе на основе технологий ядерной медицины.

**Подписной индекс по каталогу «Подписные издания» — П7982**



## ФАРМАЦИЯ ([WWW.PHARMACIYAJOURNAL.RU](http://WWW.PHARMACIYAJOURNAL.RU))

Научно-практический журнал для провизоров и фармацевтов издается с 1952 г. Издание освещает результаты научных исследований по всем направлениям современной фармации. На страницах журнала подробно рассматриваются новые технологии, направленные на получение оригинальных препаратов, в том числе с использованием нанотехнологий, вопросы перевода экстенпоральной рецептуры в промышленное производство, результаты фармакоэкономических и фармакологических исследований.

**Подписной индекс по каталогу «Роспечать» — 71477, «Подписные издания» — П6658**



## МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ([WWW.MEDSESTRAJOURNAL.RU](http://WWW.MEDSESTRAJOURNAL.RU))

Первый в России журнал для медсестер начал выходить в свет в 1942 г.

Журнал предоставляет уникальную информацию об отечественном и зарубежном опыте сестринского дела, знакомит с современными технологиями сестринской практики, информирует о новых направлениях в сестринской науке, образовании, международном сестринском движении.

**Подписка по каталогу агентства «Роспечать» — полугодовой индекс — 47989, годовой индекс — 80883 по каталогу агентства «Пресса России» — полугодовой индекс — 44463, годовой индекс — 12147 по каталогу «Подписные издания» — П3281**



## ВОПРОСЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ХИМИИ ([WWW.VMPCJOURNAL.RU](http://WWW.VMPCJOURNAL.RU))

Журнал освещает новое в науках о жизни, включая метаболику, протеомику, разработки нанобиомедтехнологий живых систем; уделяет внимание разработкам современных биотест-систем, знакомит с достижениями по совершенствованию биообъектов, используемых в качестве средств производства для создания перспективных лекарственных технологий.

**Подписной индекс по каталогу «Подписные издания» — П7985**



## ЛАБОРАТОРНЫЕ ЖИВОТНЫЕ ДЛЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ([WWW.LABANIMALSJOURNAL.RU](http://WWW.LABANIMALSJOURNAL.RU))

Целью журнала является повышение качества экспериментальных исследований путем распространения передовых знаний о лабораторных животных и их использовании в научных целях. Журнал содержит публикации, включающие информацию о лабораторных животных, их благополучии, поведении, анатомии, физиологии и биохимии в норме, при патологии и в эксперименте.



сионная, так и личностная тревожность. Однако личностная тревожность повышалась больше, чем ситуационная, и по своим параметрам (баллам) приближалась к нижней границе тревожности высокой степени. После приема Селанка уровень тревожности становился низким, причем ситуационная и личностная тревожность (в баллах) стала практически одинаковой.

У женщин с КС обнаруживалось депрессивное состояние: шкала CES-D показала, что пациентки набрали средний балл  $24,8 \pm 3,7$ , соответствующий переходу легкой депрессии в умеренную. Распределение баллов по CES-D у отдельных пациенток выявило следующее: депрессия отсутствовала (<19 баллов) у 2 женщин, легкая депрессия (19–26 баллов) отмечалась у 16, умеренная (27–36 баллов) – у 10, тяжелая (>36 баллов) – у 2.

Селанк значимо повышал настроение и самочувствие пациенток: средний балл депрессии снизился на 40% (до <19), что позволяет говорить о достоверной инволюции депрессивного состояния. Распределение больных по степени депрессии было следующим: депрессия отсутствовала у 18 (60%) обследуемых (ранее – у 6,7%); легкая степень выявлена у 10 (33%), ранее – у 53,3%; умеренная – у 2 (6,7%), ранее – у 33%; тяжелая депрессия отсутствовала.

Опросник САН показал, что у женщин с КС значимо снижены такие важные субъективные параметры, как самочувствие, активность и настроение. Применение Селанка достоверно повысило их до нормальных значений. Наиболее значимо (в 2,2 раза) поднялось настроение, несколько менее – самочувствие (на 75%) и активность (на 70%).

Исследование выявило высокую переносимость препарата. В процессе его применения не зарегистрировано ни одного сколько-нибудь значимого побочного эффекта.

Таким образом ПЭР – обязательная клиническая компонента КС. ПЭР объективно ухудшает как течение заболевания, так и КЖ больных, а учитывая прямую связь между эмоциогенными и вегетативными центрами ЦНС, можно утверждать, что чем сильнее выраженность ПЭР, тем больше степень нейровегетативных расстройств. Однако подбор адекватной психоактивной терапии для лечения КС

представляет собой достаточно сложную задачу, поскольку требует учета многих факторов – тяжести сопутствующих заболеваний, выраженности и стадии климактерия, особенностей аффективных нарушений [6]. У большинства пациенток сочетаются различные ПЭР (тревожность, депрессия, неврастения и др.), при которых требуется применение комбинации психотропных препаратов разных классов, небезопасных для больных и зачастую имеющих противоположный характер действия.

Селанк оказывает значимое протivotревожное, антидепрессивное и антиастеническое действие, препятствует нарушению КФ [8]. Обладая высокой степенью безопасности, Селанк охватывает практически весь спектр ПЭР при климаксе. Он устраняет эмоционально-негативное напряжение, снижает влияние тревожности на вегетативный дисбаланс, повышает общую адаптацию и редуцирует повышенную истощаемость, слабость, потливость, тахикардию и другие явления психической и физической астении [8, 11]. Все это способствует редукции ПЭР при климаксе и восстанавливает объективное отношение больного к собственному состоянию.

Анализ характера и выраженности вегетативных нарушений и ПЭР в период климакса показал, что Селанк в большей степени оказывает положительное влияние на психоэмоциональный статус женщины и в несколько меньшей степени – на вегетативные проявления КС. Поскольку эмоции всегда имеют вегетативное обеспечение, можно предположить, что Селанк в первую очередь нормализует работу эмоциогенных структур ЦНС, а его вегетостабилизирующая активность вторична.

Таким образом, исследование выявило высокую клиническую эффективность Селанка в лечении нейровегетативных нарушений и ПЭР у женщин с КС, а также его хорошую клиническую переносимость.

\*\*\*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература/Reference

1. Андреева Л.А., Алфеева Л.Ю., Гривенников И.А. и др. Анксиолитическое средство и фармацевтическая композиция анксиолитического действия. Патент Российской Федерации №2155065, 2000 [Andreeva L.A., Alfeeva L.Yu., Grivennikov I.A. et al. Anksioliticheskoe sredstvo i farmatsevticheskaya kompozitsiya anksioliticheskogo deistviya. Patent Rossiiskoi Federatsii №2155065, 2000 (in Russ.)].
2. Баранов И.И., Серов В.Н. Климактоплан в терапии климактерического синдрома // РМЖ. – 2005; 1: 11–4 [Baranov I.I., Serov V.N. Klimaktoplan v terapii klimaktericheskogo sindroma // RMZh. – 2005; 1: 11–4 (in Russ.)].
3. Гависова А.А., Твердикова М.А., Балушкина А.А. Климактерический синдром: особенности терапии психоэмоциональных нарушений // РМЖ. – 2009; 20: 1408–11 [Gavisova A.A., Tverdikova M.A., Balushkina A.A. Klimaktericheskii sindrom: osobennosti terapii psikhoemotsional'nykh narushenii // RMZh. – 2009; 20: 1408–11 (in Russ.)].
4. Гурьева В.А., Карачева Ю.О. Эффективность озонотерапии и препарата цимицифуги при сочетанной патологии: дисциркуляторной энцефалопатии I–II стадии и климактерическом синдроме легкой степени тяжести // РМЖ. – 2010; 19: 1179 [Gur'eva V.A., Karacheva Yu.O. Effektivnost' ozonoterapii i preparata tsimicifugi pri sochetannoi patologii: distsirkulyatornoi entsefalopatii I–II stadii i klimaktericheskome sindrome legkoj stepeni tyazhesti // RMZh. – 2010; 19: 1179 (in Russ.)].
5. Дикевич Е.А. Некоторые вопросы коррекции психоэмоциональных расстройств, связанных с климаксом // РМЖ. – 2007; 28: 2186 [Dikevich E.A. Nekotorye voprosy korrektsii psikhoemotsional'nykh rasstroistv, svyazannykh s klimaksom // RMZh. – 2007; 28: 2186 (in Russ.)].

Таблица 2  
Динамика выраженности вегетативных нарушений и ПЭР в период климакса под влиянием Селанка (M±m); баллы

| Шкалы и опросники                  | До лечения | После терапии |
|------------------------------------|------------|---------------|
| Индекс Куппермана–Уваровой:        |            |               |
| нейровегетативные симптомы         | 29,6±3,8   | 13,8±1,2*     |
| эндокринно-метаболические симптомы | 4,0±1,4    | 3,8±0,8       |
| психоэмоциональные симптомы        | 13,2±1,9   | 4,0±0,9*      |
| МПИ                                | 46,8±4,4   | 21,6±3,8*     |
| Опросник Спилберга:                |            |               |
| ситуационная тревога               | 33,6±3,6   | 23,7±2,9*     |
| личностная тревога                 | 42,1±3,8   | 23,2±3,6*     |
| CES-D                              | 24,8±3,7   | 15,2±2,2*     |
| Опросник САН:                      |            |               |
| самочувствие                       | 2,8±0,5    | 4,9±0,4*      |
| активность                         | 2,7±0,5    | 4,8±0,4*      |
| настроение                         | 2,3±0,4    | 5,1±0,3*      |
| общий индекс                       | 2,6±0,5    | 4,9±0,4*      |

6. Дикевич Е.А., Овинникова Т.Е. Терапия депрессивных расстройств, связанных с перименопаузой // РМЖ. – 2008; 12: 1720–3 [Dikevich E.A., Ovinnikova T.E. Terapiya depressivnykh rasstroistv, svyazannykh s perimenopauzoi // RMZh. – 2008; 12: 1720–3 (in Russ.)].

7. Зозуля А.А., Кост Н.В., Соколов О.Ю. и др. Ингибирующий эффект Селанка на активность энкефалиндеградирующих ферментов как один из возможных механизмов его анксиолитического действия // Бюл. эксп. биол. мед. – 2001; 131 (4): 376–8 [Zozulya A.A., Kost N.V., Sokolov O.Yu. et al. Ingibiruyushchii effekt selanka na aktivnost' enkefalindegradiruyushchikh fermentov kak odin iz vozmozhnykh mekhanizmov ego anksioliticheskogo deistviya // Byul. eksp. biol. med. – 2001; 131 (4): 376–8 (in Russ.)].

8. Зозуля А.А., Незнамов Г.Г., Сюняков Т.С. и др. Эффективность и возможные механизмы действия нового пептидного анксиолитика Селанка при терапии генерализованного тревожного расстройства и неврастении // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2008; 108 (4): 38–49 [Zozulya A.A., Neznamov G.G., Syunyakov T.S. et al. Effektivnost' i vozmozhnye mekhanizmy deistviya novogo peptidnogo anksiolitika Selanka pri terapii generalizovannogo trevozhnogo rasstroistva i nevrastenii // Zhurn. nevrol. i psikiat. im. S.S. Korsakova. – 2008; 108 (4): 38–49 (in Russ.)].

9. Золотарев Ю.А., Дадаян А.К., Долотов О.В. и др. Равномерно меченные тритием пептиды в исследованиях по их деградации *in vivo* и *in vitro* // Биоорганическая химия. – 2006; 32 (2): 80–8 [Zolotarev Yu.A., Dadayan A.K., Dolotov O.V. et al. Evenly Tritium-Labeled Peptides in Study of Peptide *In Vivo* and *In Vitro* Biodegradation // Bioorganicheskaya khimiya. – 2006; 32 (2): 80–8 (in Russ.)].

10. Козловская М.М., Незнамов Г.Г., Кошелев В.В. и др. Результаты клинико-фармакологического исследования пептидного препарата Селанк в качестве анксиолитического средства // Соц. и клин. психиатрия. – 2003; 4: 28–36 [Kozlovskaya M.M., Neznamov G.G., Koshelev V.V. et al. Rezul'taty kliniko-farmakologicheskogo issledovaniya peptidnogo preparata Selank v kachestve anksioliticheskogo sredstva // Sots. i klin. psikiatriya. – 2003; 4: 28–36 (in Russ.)].

11. Кост Н.В. Опиоидергические механизмы тревожных расстройств и эффектов анксиолитических препаратов. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2007; 49 с. [Kost N.V. Opioidergicheskie mekhanizmy trevozhnykh rasstroistv i effektivov anksioliticheskikh preparatov. Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. M., 2007; 49 s. (in Russ.)].

12. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию / М., 2001; 685 с. [Kulakov V.I., Smetnik V.P. Rukovodstvo po klimakteriyu / M., 2001; 685 s. (in Russ.)].

13. Лобачев Л.С. Динамические тенденции депрессивных расстройств. Мат-лы I Научно-практ. конф. психиатров и наркологов. Ростов-на-Дону, 2004; с. 239–95; 29–31 [Lobachev L.S. Dinamicheskie tendentsii depressivnykh rasstroistv. Mat-ly I nauchno-prakt. konf. psikiatrov i narkologov. Rostov-na-Donu, 2004; s. 239–95; 29–31 (in Russ.)].

14. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Современные возможности диагностики и лечения климактерического синдрома // РМЖ. – 2008; 25: 1712 [Manusharova R.A., Cherkezova E.I. Sovremennye vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya klimaktericheskogo sindroma // RMZh. – 2008; 25: 1712 (in Russ.)].

15. Мясоедов Н.Ф., Иллариошкин С.Н., Журавлева Е.Ю. и др. Пептидная нейропротекция препаратом «Селанк, капли назальные 0,15%» у пациентов на ранней стадии с болезнью Паркинсона // Вестн. неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013; 6: 86–95 [Myasoedov N.F., Illarioshkin S.N., Zhuravleva E.Yu. et al. Peptide preparation neuroprotection «Selank – 0,15 % a nasal drop solution» patients with parkinson's disease at an early stage // Vestn. neurologii, psikiatrii i neurokhirurgii. – 2013; 6: 86–95 (in Russ.)].

16. Незнамов Г.Г., Сюняков Т.С. и др. Результаты клинико-фармакологического исследования ноотропных свойств Селанка – нового анксиолитика пептидной природы // Психиатрия. – 2010; 4: 26–35 [Neznamov G.G., Syunyakov T.S. et al. Rezul'taty kliniko-farmakologicheskogo issledovaniya nootropnykh svoistv Selanka – novogo anksiolitika peptidnoi prirody // Psikiatriya. – 2010; 4: 26–35 (in Russ.)].

17. Репина М.А. Проблемы менопаузального перехода: низкодозированная заместительная гормональная терапия микронизированным эстрадиолом в сочетании с дидрогестероном // Фарматека. – 2008; 14: 39–44 [Repina M.A. Problemy menopauzal'nogo perekhoda: nizkodozirovannaya zamestitel'naya gormonal'naya terapiya mikronizirovannym estradiolom v sochetanii s didrogesteronom // Farmateka. – 2008; 14: 39–44 (in Russ.)].

18. Саидова Р.А., Александян С.Г., Тропынина Е.В. Современные принципы гормональной коррекции нарушений менструальной функции в перименопаузальном периоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008; 4: 46–52 [Saidova R.A., Aleksanyan S.G., Tropynina E.V. Modern principles of hormonal correction of menstrual disorders in perimenopause // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. – 2008; 4: 46–52 (in Russ.)].

19. Сметник В.П. Медицина климактерия / Ярославль: ООО «Издательство Литера», 2006; 848 с. [Smetnik V.P. Meditsina klimakteriya / Yaroslavl: OOO «Izdatel'stvo Litera», 2006; 848 s. (in Russ.)].

20. Сюняков Т.С. Клинико-фармакологическая характеристика анксиолитического действия нового пептидного препарата селанк. Автореф. дисс. ... канд. Мед. Наук. М., 2010; 24 с. [Syunyakov T.S. Kliniko-farmakologicheskaya kharakteristika anksioliticheskogo deistviya novogo peptidnogo preparata selank. Avtoref. diss. ... kand. Med. Nauk. M., 2010; 24 s. (in Russ.)].

21. Schnatz P., Banever A., Greene J. Menopausal symptoms in clinical population: a pilot study // Menopause. – 2005; 12 (5): 623–9.

# СЕЛАНК®

БЫСТРЫЙ ОТВЕТ  
ЛЮБОМУ СТРЕССУ

ОТПУСКАЕТСЯ БЕЗ РЕЦЕПТА



- ✔ Стрессовые и тревожные состояния
- ✔ Психо-эмоциональные расстройства
- ✔ Нарушение сна
- ✔ Неуверенность в общении
- ✔ Боли, сопровождающиеся нейропатическим компонентом

- ✔ КРАТКИЙ КУРС И ДЛИТЕЛЬНОЕ ПОСЛЕДЕЙСТВИЕ
- ✔ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ЗАТОРМОЖЕННОСТИ И СОНЛИВОСТИ
- ✔ РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ ПРИ ВОЖДЕНИИ АВТОМОБИЛЯ



Российские лекарственные препараты нового поколения

СЕЛАНК.РФ