

УДК 615.015.32

**И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь¹, П.Д. Цветкова², А.Е. Табачников,
Н.В. Побережная, И.Б. Рымарь, Л.А. Барлова**
**КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ И СЕКУСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН
В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

¹Харьковская медицинская академия последипломного обучения

²Софийский институт экспериментальной морфологии и антропологии

Ключевые слова: менопауза, психоэмоциональные расстройства, копулятивная дисфункция, лечение, верона, интеллан

По прогнозам ВОЗ, в 2015 г. в мире удельный вес женского населения в перименопаузальном периоде достигнет 46%. Современные исследования указывают, что у 40-80% из них под действием негативных социальных и природных факторов на фоне гуморального стресса течение данного периода приобретает патологические признаки [2]. Изменения, прежде всего, гормонального фона приводят к серьезным нарушениям цикличности физиологических процессов во всех тканях организма (в том числе и центральной нервной системы), которые являются органами-мишенями для гормонов.

Несмотря на многочисленные исследования, в настоящее время вопрос о первичности эстрогенов или андрогенов в возникновении климактерического симптомокомплекса остается дискуссионным [3]. Так, классические клинические проявления, характерные для данного возраста (вазомоторные расстройства, сухость слизистой влагалища и урогенитальных тканей, развитие остеопороза), обусловленные дефицитом эстрогенов, у многих женщин устраняются при применении традиционной эстроген/гестагенной заместительной терапии.

Однако использование подобной терапии не всегда нормализует психо-эмоциональные и сексуальные нарушения. В то же время, заместительная терапия с включением андрогенов либо андрогенкстимулирующих препаратов нормализует настроение, повышает половое желание, способствует достижению сексуального удовлетворения, повышению качества жизни у женщин данной возрастной группы, налаживанию гармоничной атмосферы в семейно-брачных отношениях [6].

Клинические исследования демонстрируют, что эффекты ЦНС при менопаузе не ограничиваются вазомоторной лабильностью, они проявляются изменением поведенческих реакций, познавательных интересов, психо-астеническими и депрессивными эпизодами. Недостаток прогестерона также приводит к дисфории настроения и эмоциональной нестабильности [5]. При этом дополнение заместительной гормональной терапии андрогенами позволяет в целом нормализовать у женщин климактерического периода не только психо-эмоциональный фон, но также либидо и оргастические ощущения [3].

Андрогены могут проявлять эффекты прямо через андрогенный рецептор, служить гормонами предшественниками для эстрадиола в некоторых тканях (жировой клетчатке, костной и сосудистой ткани, головном мозге), а также влиять на снижение уровня глобулина, связывающего половые стероиды.

Высокие концентрации эстрадиола и тестостерона у женщин выявлены в преоптической зоне гипоталамуса, причем концентрации тестостерона в 10 раз выше, чем концентрация эстрадиола. К 50-летнему возрасту у женщин уровень андрогенов снижается на 50% по сравнению его с уровнем у девушек в 20-летнем возрасте, и на 70% - в течение 24 часов после удаления яичников. Следует отметить, что низкие концентрации тестостерона крови наблюдаются также при гипопитуитаризме, преждевременном снижении продукции гормонов яичниками и надпочечниками, экзогенном поступлении кортикостероидов, заместительной эстроген-терапии, способствующей повышению концентрации глобулина, связывающего половые стероиды и подавлению продукции гонадотропина [3]. В то же время, гиперандрогения обуславливает развитие гирсутизма, лежит в основе симптомокомплекса поликистозной дегенерации яичников. Резкое повышение уровня андрогенов способствует вспышкам агрессивного поведения либо приступам депрессии у лиц обоего пола, что важно учитывать при назначении лечения [6].

Механизмы нормализации функции полового удовлетворения у женщин менопаузального периода окончательно не установлены. Однако, в литературе имеется достаточно данных об эффективном сочетанном применении андрогенов с эстрогенами для коррекции сексологических проблем. Приблизительно 0,4-0,6 нанограмм/л тестостерона в плазме крови обеспечивают гомеостаз и физиологическое функционирование органов и систем у женщин. Более низкие его концентрации обуславливают депрессию, остеопороз, снижение либидо, диспареунию и ожирение [2; 3]. В то же время, наличие эстрогендефицитарного состояния также может привести к подобной ситуации.

Для индивидуальной адаптации заместительной гормональной терапии важно учитывать корреляцию уровней эстрадиола и тестостерона с вероятными соматическими состояниями:

- низкие уровни эстрогенов и тестостерона – с остеопорозом, депрессией и ожирением;

- высокие уровни эстрогенов и низкие тестостерона – с ожирением, сексуальной дисфункцией;

- низкие уровни эстрогенов и высокие тестостерона – с агрессией, повышением либидо, депрессией, токсикоманией;

- высокие уровни эстрогенов и высокие тестостерона – с риском развития диабета типа 2, рака молочной железы и сердечнососудистых заболеваний.

Указанные взаимосвязи позволяют дифференцированно подходить к выбору терапии, которая может обеспечить женщине не только психо-эмоциональное и сексуальное удовлетворение, но также защитить от развития неблагоприятных осложнений либо нормализовать ряд соматических состояний (остеопороз, ожирение, сахарный диабет и т.п.), высокая степень риска которых вероятна в период менопаузы.

Традиционным лечением подобных состояний остается гормональная заместительная терапия (ГМТ). Однако, в ряде случаев назначение гормонов не дает ожидаемых результатов, их действие недостаточно либо имеет кратковременный эффект при наличии серьезных побочных расстройств, которые также требуют своей коррекции [6;7]. Известно, что ГМТ не может плавно сбалансировать гомеостаз половых гормонов, колебания которых усугубляют имеющиеся нарушения и не способствуют стабилизации положительных эффектов.

Исследования последних лет (А.В.Любарского (2007), О.В.Ромашенко и др. (2004), Т.Ф.Татарчука и др. (2008), А.Аdimoelja (2000) указывают на альтернативные пути коррекции психо-эмоциональных и сексуальных расстройств у женщин климактерического периода с помощью негормональных растительных препаратов, содержащих надземную часть якорцов стелющихся (*Tribulus terrestris* L.). Активной субстанцией данного растения являются стероидные сапонины фурастанолового типа, среди которых преобладает протодиосцин. Протодиосцин метаболизируется в организме до дегидроэпиандростерона (ДГЭА), играющего важную роль в метаболизме холестерина и синтезе стероидных гормонов, включая, тестостерон и эстрадиол. Другие активные фурастаноловые сапонины, входящие в состав экстракта *Tribulus terrestris* L., вероятно, модулируют эффект протодиосцина, благоприятно влияя также на иммунитет, целостность клеточной мембраны и метаболизм холестерина (гиполипидемический эффект). Активирующее действие вещества на ряд ферментов оказывает выраженное влияние на аденилатциклазу и синтез циклического АМФ, который, в свою очередь, является одним из звеньев образования гормонов [8].

С учетом вышеизложенного, для коррекции психо-эмоциональных и сексуальных нарушений у женщин в климактерический период, особый интерес вызывает использование негормонального полового стимулятора растительного происхождения «Верона», Herbion.

Каждая капсула «Вероны» содержит экстракты: якорца стелющегося 300 мг, зимней вишни 100 мг, мукины жгучей 25 мг, аргиреи красивой 60 мг. Якорцы стелющиеся стимулируют выброс лютеинизирующего гормона, активизируют гипофиз, повышают половое влечение, снижают уровень холестерина в крови, способствуют нормализации веса, нормализуют обмен веществ, уменьшают раздражительность, утомляемость, увеличивают работоспособность [4;5;6]. Зимняя вишня обладает иммуномодулирующим, адаптогенным, антистрессовым, антиоксидантным действием, улучшает оргастические ощущения. Мукуна жгучая тонизирует, повышает либидо, регулирует половые функции. Аргирея красивая замедляет процессы преждевременного старения организма, обладает общеукрепляющим, адаптогенным, тонизирующим эффектом.

С учетом фармакологических свойств Вероны (снижение астено-невротических реакций, увеличение тестостерона и лютеинизирующего гормона до физиологического уровня без нарушения гормонального баланса организма) препарат рекомендуют по 2 капсулы дважды в день в течение 60 дней. После улучшения состояния доза уменьшается до 2 капсул в день в течение еще 30 дней (поддерживающая доза). Так как после резкого уменьшения или отмены эффективной дозы возможно повторное проявление климактерического симптомокомплекса. Поэтому переход от терапевтической к поддерживающей дозе должен быть постепенным.

В качестве базисной терапии женщинам в менопаузальный период традиционно назначают ноотропы и нейростимуляторы.

Цель работы – исследовать влияние и безопасность природного негормонального полового стимулятора Верона, Herbion и растительного нейростимулятора Интеллан, Herbion в комплексной коррекции психо-эмоциональных и сексуальных расстройств у женщин с климактерическим синдромом.

Материалы и методы. В открытое рандомизированное исследование, основанное на клинко-терапевтическом подходе, было включено 37 женщин в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст – $51,2 \pm 1,3$) с диагнозом «климактерический синдром» и выраженными психо-эмоциональными (нарушениями сна, депрессивные проявления, раздражительность, тревога, астенический синдром) и половыми (снижение либидо и половой активности, отсутствие оргастических ощущений, сухость во влагалище) расстройствами.

Женщины с алкогольной зависимостью, тяжелыми соматическими заболеваниями, на фоне приема антидепрессантов были исключены из исследования.

Общее состояние больных до и после лечения оценивали с помощью Менопаузальной рейтинговой шкалы – MRS (ZEG); особенности состояния эмоциональной сферы – тестированием по Люшеру; степень депрессивных проявлений – при помощи шкалы Гамильтона [1].

В качестве базисной терапии всем пациентам, согласно показаниям, рекомендовали ноотропное и нейростимулирующее растительное средство Интеллан, Herbion, каждая капсула которого содержит экстракты гинко, центелы, херпестиса, кориандра, амомумы и эмблики лекарственной. Интеллан положительно влияет на процессы обмена и кровообращения в коре головного мозга, улучшает регионарное кровоснабжение ишемизированных зон мозга, регулирует состояние сосудов (артерий, вен, капилляров); стимулирует мыслительные функции, память, внимание; антиоксидантное действие способствует защите нервной системы от негативного влияния свободных радикалов; антикоагулянтное действие противодействует фактору агрегации тромбоцитов (анти-PAF). Препарат эффективен при ослаблении памяти, возрастных нарушениях концентрации внимания, мышления, хронических стрессовых ситуациях, нервном напряжении, быстрой утомляемости, приливах, обмороках, чувстве тревоги, астено-депрессивных состояниях. При этом также учитывали сообщение F.Esfamann (1990), что гинко имеет свойство афродизиака – увеличивает циркуляцию крови в половых органах, усиливая либидо и чувственный компонент. Назначали по 1 капсуле два раза в день в течение 3-х месяцев.

Наблюдаемые женщины были рандомизированы на две группы, не отличающиеся по возрасту (средний возраст составил 51,2±1,3 года) и степени тяжести климактерических проявлений. Женщины 1-ой группы (n=17) принимали только базисную терапию (Интеллан, Herbion); в во 2-й группе (n=20) – принимали Интеллан, Nerebion в комбинации с Вероной, Herbion

по указанным схемам в течение 3 месяцев.

Результаты исследований и их обсуждений. Период менопаузы в среднем составил 1,2±0,4 года (от 1 до 2 лет). Признаки климактерического синдрома в 35,14% случаев (13) появились через 1-6 мес. От начала нарушений месячных циклов, в 64,86% (24) – после прекращения менструаций. При этом, согласно Международной рейтинговой шкалы (MRS), наиболее часто у женщин отмечались психо-эмоциональные, вегетососудистые и сексуальные нарушения: ощущение приливов и раздражительность (37); астенические проявления, чувство тревоги, снижение умственной и физической работоспособности (30; 81,08%); депрессивные эпизоды (29; 78,38%); нарушения сна (23; 61,16%); жалобы со стороны сердечнососудистой системы (19; 51,35%). Также у всех пациенток отмечались нарушения копулятивного цикла в виде снижения либидо, сексуальной активности и чувства удовлетворения.

На сухость слизистой оболочки влагалища жаловались 15 (40,54%) женщин, на дизурические проявления 3 (8,11%).

Психологическое тестирование дополнило собранные данные. Результаты исследования по методике Люшера (выбор сочетания цветов) во всех случаях указывал на нестабильность психоэмоциональной сферы у обследованных женщин обеих групп – раздражительность, тревожность, ипохондрию, чувство страха. Согласно теста Гамильтона астено-депрессивный синдром диагностирован у 18 (48,65%) пациенток: легкая степень (7-16 баллов) у 10 (27,03%), средняя (до 25 баллов) – у 6 (16,22%); тяжелая (более 25 баллов) – у 2 (5,41%).

Таблица 1

Показатели Менопаузальной рейтинговой шкалы (MRS) до и после проведенного лечения

Клинические проявления:	1-я группа (n=17)		2-я группа (n=20)	
	до лечения	после	до лечения	после
приливы	17 (100%)	7 (41,18%)	20 (100%)	3 (15%)
нарушения ССС	9 (52,94%)	3 (8,11%)	10 (50%)	3 (15%)
боли в суставах и мышцах	2 (11,76%)	1 (5,88%)	3 (15%)	1 (5%)
нарушение сна	13 (76,47%)	4 (23,53%)	10 (50%)	2 (10%)
депрессия	8 (47,06%)	4 (23,53%)	10 (50%)	2 (10%)
раздражительность	17 (100%)	5 (29,41%)	20 (100%)	2 (10%)
тревога, внутреннее беспокойство	12 (70,59%)	4 (23,53%)	18 (90%)	6 (30%)
астения	13 (76,47%)	3 (8,11%)	17 (85%)	1 (5%)
нарушения копулятивной функции	17 (100%)	10 (58,82%)	20 (100%)	2 (10%)
нарушения мочеиспускания	2 (11,76%)	1 (5,88%)	1 (5%)	-
сухость влагалища	6 (35,29%)	4 (23,56%)	9 (45%)	2 (10%)

Наблюдение за пациентами обеих групп в течение 6 мес. после проведенной терапии показали, что использование только растительного нейростимулятора Интеллан способствовало частичному снижению психо-эмоционального напряжения и вегето-сосудистых расстройств, тогда как комплексное лечение с Вероной дало более выраженный и стойкий терапевтический эффект по всем клиническим проявлениям климактерического синдрома. Стабилизации психо-эмоциональных нарушений способствовало улучшение качества жизни, повышение самооценки в результате нормализации проявлений копулятивного цикла. По данным теста Люшера эмоциональное состояние стабилизировалось в 1-ой группе у 50-70% женщин, во 2-ой у 60-90%. Оценка по шкале Гамильтона в 1-ой группе выявлено снижение депрессивных эпизодов на 50%, а во 2-й – в 5 раз. Побочных явлений и реакции идиосинкразии мы не наблюдали. Закрепление полученных позитивных результатов также способствовали консультации психотерапевта, беседы о гигиене, здоровом образе жизни, назначении чайных сборов с валерианой, пустырников, зверобоем, использование лубрикантов при половой близости.

Выводы

Таким образом, применение негормонального природного полового стимулятора Верона, Herbion в комбинации с растительным нейростимулятором Интеллан, Herbion показало высокую, продолжительную терапевтическую эффективность и безопасность в лечении основных проявлений климактерического синдрома у женщин – психоэмоциональных, вегетососудистых и сексуальных расстройств. Важно отметить,

что улучшение общего самочувствия и устранение сексуальных дисгармоний существенно повлияло на повышение качества жизни пациентов в данной возрастной группе.

Проведенные исследования свидетельствуют, что употребление данных препаратов должно быть длительным – не менее 3 месяцев.

Литература:

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., Люшер М. Энциклопедия психологических тестов.-М.: Медицина, 1997.-С.179-181.
2. Любарский А.В. Некоторые эволюционно-биологические подходы к сексуальному здоровью женщин зрелого возраста // *Здоров'я України*.-2007.-№23 (180).-С.10-14.
3. Резников А.Г. Эндокринологические аспекты // *Международ. Эндокринологический журнал*.-2007.-№ 4 (10).-С.103-111.
4. Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Влияние андрогенов на сексуальную функцию женщины в период менопаузы // *Здоровье мужчины*.-№3.-2004.-С.186-189.
5. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.О., Тутченко Т.М. Альтернативні шляхи корекції психоемоційних порушень у період періменопаузи // *Репродуктивное здоровье женщины*.-№4 (38).-2008.-С.10-14.
6. Adimoelja A. Photochemical and the breakthrough of traditional herbs in the management of sexual dysfunctions // *Intern. J.Androl*.-200.-Vol.23 (Suppl. 2).-P.82-84.
7. Davison S.L., Davis S.R. Androgens in women // *J.Steroid Biochem. Mol. Biol*.-2003.-Vol.85.-N2-5.-P.363-366.
8. Meston C.M., Heiman J.R. Acute dehydroepiandrosteron effects on sexual arousal in premenopausal women // *J.Sex.Marital.Ther*.-2002.-Vol.28.-N 1.-P.4-5.
9. Morley J.E. Testosterone replacement in older men and women // *J.gend.specif.Med*.-2001.-Vol.4.-N2.-P.49-53.
10. Blumel J.E., Araya H., Riquelme R. et al. Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replace therapy // *Rev.Med.Chil*.-2002.-Vol.130.-N10.-P.1131-1138.

КОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНОЇ ТА СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

І.О. Бабюк, Є.В. Кришталь, П.Д. Цветкова, О.Ю. Табачников, І.Б. Римар, Н.В. Побережна, Л.О.Барлова

В статті наведено аналіз даних літератури щодо порушення гормонального балансу в періменопаузальний період у жінок. Теоретично обґрунтовано та клінічно продемонстровано позитивний ефект використання препарату Верона в корекції психоемоційних та сексуальних розладів у жінок в період менопаузи.

Ключові слова: менопауза, психоемоційні розлади, сексуальна дисфункція у жінок, лікування, Верона, Интеллан

CORRECTION OF PSYCHIC AND SEXUAL DYSFUNCTION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

I.A. Babiuk, Ye.V. Krishtal, P.D. Tzvetkova, A.Ye. Tabachnikov, I.B. Rimar, N.V. Pobereznaya, L.A. Barlova

In article the analysis of literary data about the role of hormonal disturbances during the peripostmenopause is presented. The positive effect of using the medicine Verona for the restoration of indicators of psychic and sexual health of women during the period of menopause is theoretical explained and clinically demonstrated.

Keywords: menopause, psychic and sexual dysfunctions, therapy, Verona, Intellan