

Альтернативні шляхи корекції психоемоційних порушень у період перименопаузи

Т.Ф. Татарчук, О.О. Ефіменко, Т.М. Тутченко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України»

У статті представлено результати дослідження препарату Трібестан («Sofarma», Болгарія) для лікування клімактеричного синдрому в пацієнок у період перименопаузи. Установлено, що застосування препарату протягом 3 міс у складі комплексної терапії достовірно сприяє редукції психоемоційних порушень у перименопаузальний період.

Ключові слова: клімактеричний синдром, перименопауза, Трібестан, психоемоційні розлади.

За даними численних авторів, у 40–80% жінок клімактеричного віку спостерігаються тяжкі порушення стану здоров'я. Це часто призводить до зниження продуктивності праці та соціальної дезадаптації жінок у віці їх потенційно найбільшої громадської активності. Саме тому питання профілактики та лікування патології клімактеричного періоду з кожним роком не втрачає актуальності [3, 5–7].

Загальновідомо, що саме перименопауза є періодом найбільш виражених клінічних проявів клімактеричного синдрому з нейровегетативними та психопатичними розладами, які потребують вчасної адекватної терапії, яка полягає насамперед у корекції гормонального гомеостазу [3, 6, 7].

У той же час дисгормональні розлади, що зумовлюють прояви клімактеричного синдрому, з іншого боку, призводять до порушень циклічності фізіологічних процесів в усіх тканинах організму, що є органами-мишенями цих гормонів, у тому числі і в центральній нервовій системі [4].

Такі зміни призводять до виникнення тяжких порушень психічної сфери, що насамперед проявляються, з одного боку, роздратованістю, збудженістю, порушенням сну, конфліктністю, а з іншого – утратою інтересу до життя, апатією, байдужістю, а в тяжких випадках – навіть депресією [3, 4]. Слід зауважити, що саме в цей період жінка гостро переживає втрату молодості і потребує підвищеної уваги свого оточення (особливо чоловіка), визнання на роботі, соціальної значимості. Але зміни психічної поведінки значно уск-

ладнюють міжлюдські відносини і тим самим поглиблюють тяжкі симптоми клімактеричного синдрому.

Саме в цей період життя в більшості жінок з'являються проблеми і в сексуальній сфері, що разом з психоемоційними розладами призводить до зниження самооцінки та якості життя [4, 5].

Незважаючи на широке впровадження геропротекторних програм із застосуванням як негормональних методів, так і, особливо, ЗГТ, яка вважається «золотим стандартом» у лікуванні клімактеричного синдрому [3, 6, 7], ще й на сьогодні немає чітких рекомендацій та схем лікування клімактеричних порушень у жінок з психоемоційними розладами, що мають протипоказання або упереджене ставлення до застосування гормональної терапії.

Позитивний вплив препаратів, що регулюють стан центральної нервової системи, доведено як багатьма дослідниками, так і в нашій клінічній практиці. Застосування препаратів центральної дії, а саме ноофену, сприяло значній редукції психоемоційних проявів клімактеричного синдрому [2].

Нам здалося цікавим дослідити дію негормонального препарату рослинного походження Трібестану на психоемоційний стан жінок у період перименопаузи в комплексному лікуванні клімактеричного синдрому. Активні компоненти Трібестану – стероїдні сапоніни фурастонолового ряду (протодіосцин та ін.), виділені з надземної частини рослини *Tribulus terrestris* (мал. 1, 2). Існує думка, що механізм дії Трібестану пов'язаний з метаболічним перетворенням протодіосцину в дегідроепіандростерон (ДГЕА), клінічні ефекти якого полягають у:

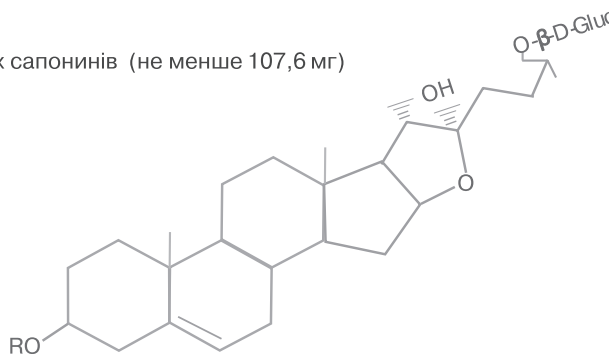
- послідовному підвищенні ДГЕА-S, тестостерону та андростендіону до нормальних рівнів;
- підвищенні інсуліноподібного фактора росту 1 та зниженні IGF-VP1, без зміни рівня IGF-VP3;
- зниженні ЛПВП;
- підвищенні фізичної та психічної активності;
- підвищенні клітинного імунітету;
- підвищенні щільності кісткової тканини [7].

Активна речовина :

Суміш з фурастонолових сапонинів (не менше 107,6 мг)

Переважаючий компонент :
ПРОТОДІОСЦИН

Не менше 45 % від загальної кількості



(Томова і Гюлеметова, 1982)

Мал. 1. Хімічна структура протодіосцину



Мал. 2. Метаболізм протодіосцину

Таким чином, приймаючи до уваги вищезазначені клінічні ефекти, ми вважали доцільним дослідити включення Трібестану до комплексної негормональної терапії клімактеричного синдрому.

Мета роботи – дослідити вплив негормональної терапії в лікуванні клімактеричного синдрому в жінок з вираженою його психоемоційною складовою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дизайн дослідження: відкрите рандомізоване в групах порівняння, основане на клініко-терапевтичному підході.

У дослідження включено 52 жінки віком від 45 до 55 років (середній вік – 48,5±1,6) з діагнозом «клімактеричний синдром». Особливістю даної групи пацієнок було переважання скарг з боку психоемоційної сфери (порушення сну, симптоми депресії, дратівливість, тривожність, фізичне та духовне виснаження, сексуальні розлади) над соматовегетативними та урогенітальними симптомами. Жінки з ознаками психопатологічної симптоматики психотичного рівня, з гострими та тяжкими хронічними соматичними захворюваннями в стадії декомпенсації, з алкогольною чи наркотичною залежністю в анамнезі або такі, що отримували терапію антидепресантами протягом останнього місяця, не були включені в дослідження.

Перебіг захворювання та динаміку зворотного розвитку симптомів оцінювали за допомогою шкали менопаузальних розладів (Menopause Rating Scale – MRS). Ця шкала була розроблена групою науково-дослідних установ, до якої ввійшли Берлінський та Мюнстерський університети, відповідно до міжнародних рекомендацій зі створення оціночних шкал. Апробація та визначення валидності були проведені за участю Берлінського центру епідеміології та дослідження здоров'я (The Berlin Center for Epidemiology and Health Research – ZEG). Досвід застосування MRS у практичній діяльності та клінічних випробуваннях становить понад 10 років. Після комп'ютерної обробки даних, отриманих за допомогою заповненої спеціальної анкети (таблиця), яка враховує клінічні прояви клімактеричного синдрому з базальною оцінкою ступеня вираженості патології, обчислюється сумарний індекс менопаузи. Ступінь вираженості кожного клінічного прояву оцінювався за п'ятибальною шкалою: відсутній (0), слабо виражений (1), помірно виражений (2), сильно виражений (3), дуже сильно виражений (4). Результати оцінювали до лікування та через 3 міс терапії.

Менопаузальна рейтингова шкала

Приливи (почуття жару, що посилюється, раптові напади пітливості)
Скарги з боку серцево-судинної системи (серцебиття, тахікардія, аритмія, почуття стискання серця)
Порушення сну (проблеми із засинанням, неспокійний сон, раннє пробудження, безсоння)
Скарги на біль у суглобах та м'язах (біль у суглобах, ревматичний біль)
Депресивний настрій (зневіра, сум, плаксивість, апатичність, різкі перепади настрою)
Дратівливість (нервозність, внутрішня напруга, агресивність)
Боязливість (внутрішній неспокій, паніка)
Фізичне та духовне виснаження (загальне зниження працездатності, зниження розумової працездатності, слабка концентрація уваги, забудькуватість)
Сексуальні проблеми (зміни сексуального потягу, поведінки та задоволення)
Порушення сечовипускання (болісне сечовипускання, часті позиви до сечовипускання, самовільне сечовипускання)
Сухість піхви (відчуття сухості та печіння в піхві, болісність під час статевих контактів)

Особливості стану емоціональної сфери визначали за допомогою короткого кольорового тесту Люшера, що ґрунтується на експериментально встановленій залежності між наданням переваги певним кольорам та його поточним психологічним станом. Методика виявляє не лише усвідомлюване суб'єктивне ставлення особистості до колірних еталонів, а переважно її неусвідомлені реакції, що дозволяє вважати метод глибинним, проєктивним [1].

Ступінь депресивних розладів оцінювали за допомогою шкали Гамільтона (Мосолов, 1995) [1].

Доцільність оцінки тяжкості депресії зумовлена тим, що симптоматика, яка входить до структури психоемоційних порушень менопаузи, практично завжди супроводжується депресивними розладами.

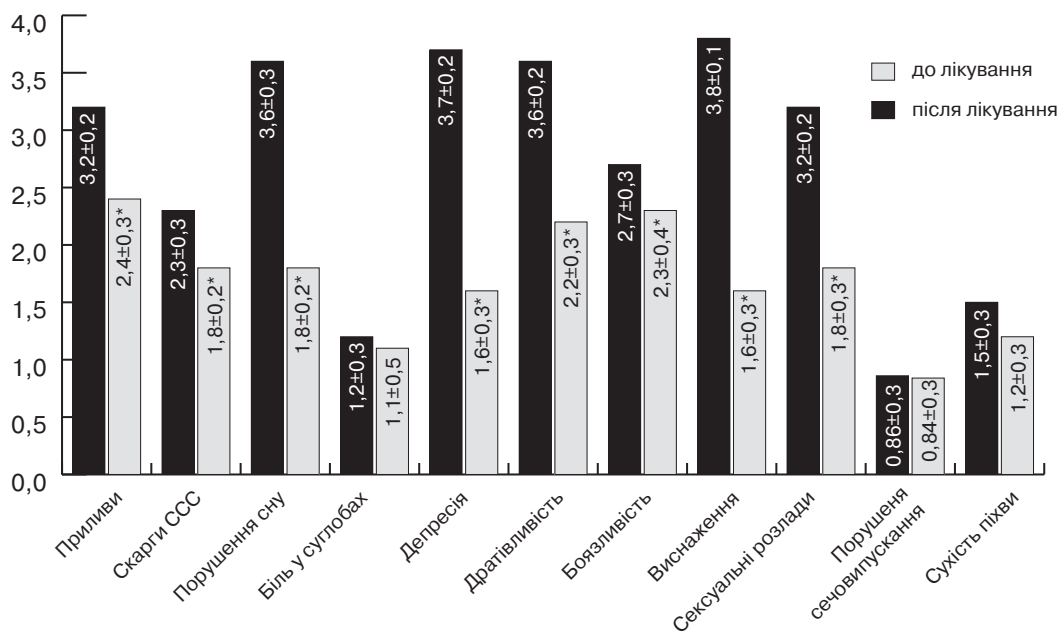
Під час обрання схеми лікувальних заходів у даного контингенту пацієнок були враховані результати проведених раніше досліджень, які доводять високу клінічну ефективність препаратів, що впливають на обмінні процеси в ЦНС, а також таких, які володіють м'яким анкіолітичним ефектом. Отже базисну терапію склали препарат гама-аміномасляної кислоти ноофен, який має потужні антигіпоксичну та антиамнестичну властивості (по 250 мг 3 рази на добу), а також гомотоксикологічний седативний препарат нервохель (по 1 таблетці 3 рази на день) протягом 3 міс.

За допомогою таблиці випадкових чисел пацієнтки були рандомізовані на 2 групи, порівняні за віком та ступенем тяжкості клімактеричного синдрому. Пацієнтки I групи (27 жінок) крім базисної терапії отримували препарат Трібестан по 1 таблетці 3 рази на день протягом 3 міс. Пацієнтки II групи (25 жінок) отримували лише базисну терапію протягом того ж терміну.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

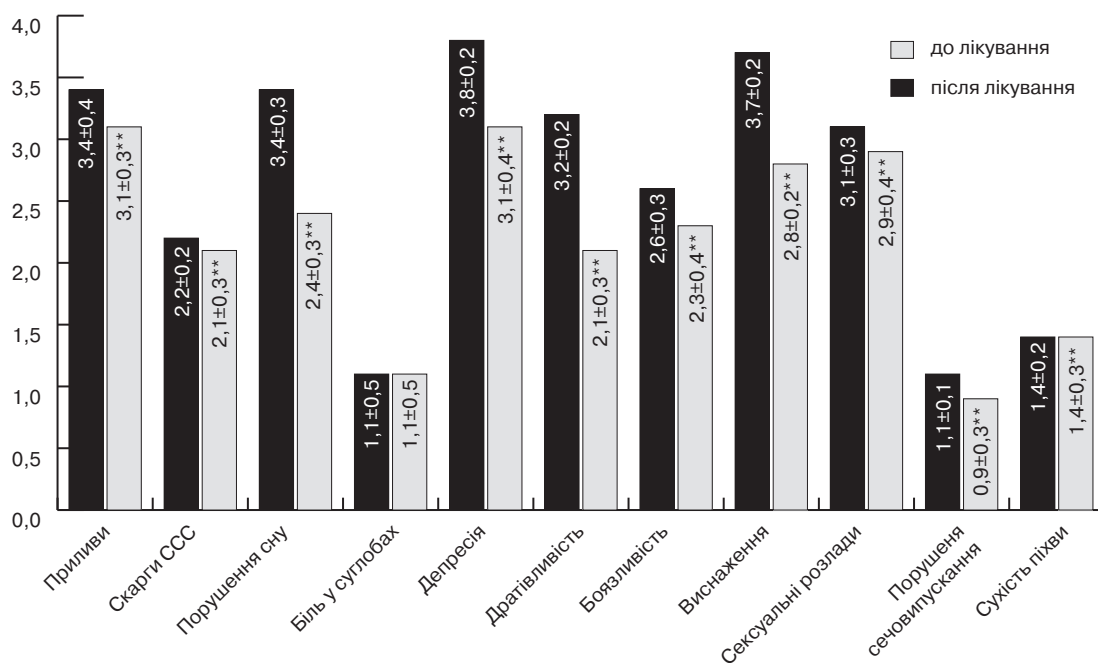
Прояви клімактеричного синдрому в 70,5% випадків (39 жінок) почалися через 1–6 міс від початку зміни менструальної функції, у 29,5% (13 жінок) – після припинення менструацій. Тривалість перименопаузи коливалася від 1 до

ГИНЕКОЛОГИЯ



Мал. 3. Дані в I групі до та після лікування

Примітка: різниця достовірна щодо показника до лікування ($p < 0,05$)



Мал. 4. Дані в II групі до та після лікування

Примітка: – різниця достовірна в межах груп ($p < 0,05$).

5 років і в середньому становила (2,3±0,6) року. За частотою домінували такі скарги: фізичне та духовне виснаження (загальне зниження працездатності, зниження розумової працездатності, зниження концентрації уваги, забудькуватість) – у 49 жінок (94,2%), дратівливість (нервозність, внутрішнє напруження, агресивність) – у 48 (90,3%), боязливість (внутрішній неспокій, паніка) – у 39 (76,9%), сексуальні розлади (зниження сексуального потягу, зміни сексуальної поведінки та задоволення) – у 45 (86,5%), депресивний настрій (зневіра, смуток, плаксивість, апатичність, різкі зміни настрою) – у 38 (73,07%), напади жару – у 36 (69,2%), пору-

шення сну – у 31 (61,5%), скарги з боку серцево-судинної системи – у 12 (23,07%), скарги на біль у суглобах та м'язах – у 3 (5,7%), порушення сечовипускання – у 2 (3,8%), сухість слизової оболонки піхви – у 4 (7,6%). Отже, як видно з викладеного вище та мал. 2, у даного контингенту жінок на першому місці стоять психоемоційні та сексуальні розлади.

У разі застосування методики Люшера в 50 жінок (96,1%) провідні позиції займали сполучення кольорів, які відображають негативні стани емоційної сфери – тривожність, роздратованість, пригніченість, страх, знижений настрій.

Незважаючи на те що скарги на депресивний настрій показали 73,07% жінок, за допомогою тесту Гамільтона депресивні розлади було діагностовано в 94,2% обстежених. При цьому у 12 жінок (23,07%) ступінь депресії був легким (7–16 балів), у переважної більшості – 37 жінок (71,1%) – середнім (17–27 балів), у 3 (5,7%) – тяжким (більше 27 балів).

Після 3 міс терапії спостерігається достовірне зниження менопаузальних розладів у пацієнток I групи: середній показник MRS у I групі після лікування становив (8,8±1,5) бала; початковий – (16,8±0,7) бала ($p < 0,05$ відносно показника до лікування). У той час як у пацієнток, які приймали тільки базисну терапію, середній показник MRS після лікування становив (11,4±0,3) бала, що менш істотно відрізняється від початкового – (15,9±0,6) бала.

Слід відзначити, що найбільш значна позитивна динаміка зареєстрована за показниками: фізичне та духовне виснаження, сексуальні проблеми, дратівливість, порушення сну, депресивні розлади, скарги з боку серцево-судинної системи (мал. 3, 4).

За даними тесту Люшера емоційний стан змінився в кращий бік у 25 жінок (92,5%) I групи та у 80% – II групи ($p < 0,05$).

У разі бальної оцінки за шкалою Гамільтона вираженість депресивних симптомів знизилась як у I, так і в II групах: у 85,1% та у 84% відповідно ($p > 0,01$).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведеного нами дослідження довели високу ефективність препарату Трибестан для лікування клімактеричних психоемоційних порушень у жінок у період перименопаузи, що свідчить про доцільність його застосування в комплексній терапії клімактеричного синдрому в цього контингенту жінок.

Альтернативные пути коррекции психоэмоциональных нарушений в период перименопаузы

Т.Ф. Татарчук, О.О. Ефименко, Т.М. Тутченко

В статье представлены результаты исследования препарата Трибестан («Sopharma», Болгария) для лечения климактерического синдрома у пациенток в период перименопаузы. Установлено, что применение препарата на протяжении 3 мес в составе комплексной терапии достоверно способствует редукции психоэмоциональных нарушений в перименопаузальный период.

Ключевые слова: климактерический синдром, перименопауза, Трибестан, психоэмоциональные нарушения.

The ways of correction psycho-emotional disturbances in perimenopausal women

T.F. Tatarchuk, A.A. Efimenko, T.M. Tutchenko

The paper deals with the research of effectiveness of Bulgarian medication Tribestan “Sopharma” for treatment of climacteric syndrome in perimenopausal patients. The study showed that application of Tribestan during three months as a component of complex therapy promotes the reduction of psycho-emotional disturbances in perimenopausal women.

Key words: climacteric syndrome, perimenopausal, Tribestan.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., Люшер М. Энциклопедия психологических тестов. – 1997.
2. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Тутченко Т.Н. Стресс и инволюция репродуктивной системы женщины // Репродуктивное здоровье женщины. – № 5 (34). – 2007. – С. 153–156.
3. Сметник В.П. Медицина климактерия. – Ярославль, 2006. – 48 с.
4. Genazzani A.R. Hormone Replacement Therapy and the Brain. – 2003. – P. 100–107.
5. Speroff L., Frits M. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. – 2005. – P. 503–506.
6. Studd J. The management of the Menopause. – 2003: 269.
7. Suvarna S khadilkar. Menopause. Current concepts. – 2006; 269.
8. Thissen J.H.H. DHEA a comprehensive review. – 1999: 167.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА

Переходный период начинается после гибели определенного количества фолликулов в яичниках.

При рождении девочки гибнет около 50% максимального пула фолликулов. Далее процессы атрезии фолликулов замедляются до достижения 40-летнего возраста. Затем следует новая волна процессов атрезии, и женщина вступает в переходный период, окончанием которого является полное истощение яичников в среднем в возрасте 51,4 года. Уменьшение количества фолликулов приводит к снижению продук-

ции ингибина В и изменению физиологии секреции ФСГ. В переходном периоде могут чередоваться обычные циклические процессы или неадекватного фолликулогенеза. В раннем переходном периоде изменяется реакция центральной нервной системы на уровни циркулирующих гормонов - уже не наблюдается преовуляторного пика ЛГ. При ежегодном исследовании ФСГ и Е" было показано, что уже в поздней стадии переходного периода показатели этих гормонов соответствуют таковым в постменопаузе. В Межна-

циональном Исследовании Здоровья Женщин (Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) у женщин ежедневно забирались образцы мочи для оценки динамики гормональных параметров. Более старший возраст и ИМТ коррелировали с ановуляторными циклами, при этом выработка гормонов также была ниже. Необходимо помнить, что вся репродуктивная система, а не только яичники, претерпевает изменения в переходном периоде.

www.gynecologia.ru