

УДК 616.89-616.173

## Диагностика и лечение «климактерических масок» аффективных расстройств у женщин пожилого возраста



Дзеружинская Н. А.

**Дзеружинская Н. А.**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

**Резюме.** Проведено дослідження жінок похилого віку з «клімактеричними» скаргами. При психопатологічному обстеженні пацієнток виявлено депресивні, тривожно-депресивні та тривожно-фобічні розлади, які розцінено як «клімактеричні маски» афективних розладів. Розглянуто питання терапії цих станів.

**Ключові слова:** жінки, похилий вік, «клімактеричні» скарги, афективні порушення.

### Diagnostic and treatment of climacteric masks of affective disorders in older women

**Dzeruzhinskaya N.A.**

Bogomolets National medical university

**Resume.** Investigation of older women with climacteric complaints was carried out. As a result of psychopathological examination depressive, anxiety-depressive and anxiety-phobic disorders were detected. They were evaluated as climacteric masks of affective disorders. Therapy problems of these states were regarded.

**Keywords:** women, old age, climacteric complaints, affective disorders.

В настоящее время не ослабевают интерес к изучению менопаузы у женщин. Появляется большое количество статей и монографий, посвященных различным аспектам этой проблемы. Бурное развитие фармакологии в области заместительных гормональных препаратов привело к неоправданно широкому их использованию в медицинской практике.

Переходный период в жизни женщины является естественным этапом сомато-эндокринно-психической перестройки организма, связанным с угасанием репродуктивной функции, и проявляется симптоматикой различной степени выраженности, и обозначается как перименопауза или климакс. Возраст перименопаузы колеблется между 45-55 годами [1]. По мнению проф. Н.В. Свечниковой с соавт., климакс не имеет знака беспредельности [2], этот период, по данным разных авторов, длится от 1-2 до 10-12 лет [3]. У большинства женщин климакс имеет физиологическое течение и не вызывает патологических расстройств, у 40-70% женщин патологическое течение климакса приводит к развитию климактерического синдрома [4]. Клиническая картина этого состояния складывается из трех групп симптомов:

- 1) вегетативно-сосудистые проявления (приливы жара, потливость, колебания артериального давления, сердцебиения, ощущения нехватки воздуха, ознобы, и пр.);
- 2) эндокринно-обменные (дисгормональная гиперплазия молочных желез, изменение

функции щитовидной железы, ожирение, атрофия половых органов и др.);

- 3) психические расстройства (нарушение сна, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, плаксивость, субъективное ощущение снижения памяти и др.).

Часто к врачам разных специальностей с аналогичными жалобами обращаются женщины более старшего возраста, климактерический период у которых можно считать завершенным. Пожилой возраст с соответствующими ему изменениями в физиологической сфере, структурах головного мозга и личности способствует более легкому возникновению психических нарушений. Снижение общей реактивности человека, потеря эмоциональной гибкости, повышенная чувствительность и ранимость, снижение приспособительных возможностей на фоне даже незначительной психогении могут привести к развитию депрессивного состояния [5]. Депрессивные расстройства у женщин развиваются в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. Свою лепту в развитие аффективной патологии у пациенток пожилого возраста вносит и соматическая отягощенность. Церебральная сосудистая патология в виде гипертонической болезни или атеросклероза может стать причиной развития сосудистой депрессии. Из-за коморбидности депрессии с соматическими заболеваниями аффективные расстройства остаются нераспознанными. Такие пациенты часто подвергаются длительному безуспешному

лечению у интернистов. Депрессивные состояния позднего возраста имеют тенденцию к затяжному течению. Осложнением депрессии являются суициды, причиной которых может стать утрата эмоционального контакта с близким окружением.

Все вышеизложенное обуславливает актуальность данного исследования. Целью работы является изучение клинических особенностей и структуры аффективных расстройств у данной категории женщин пожилого возраста.

### Материал и методы обследования

Обследовано 94 женщины в возрасте 56-70 лет (средний возраст  $64,3 \pm 5,6$  года). Все пациентки обратились по поводу жалоб «климактерического характера» к врачам разных специальностей (терапевтам, невропатологам, гинекологам, эндокринологам), затем в связи с малой успешностью терапевтических усилий они были направлены к психиатру. Всем женщинам было проведено клиническое обследование (соматический, гинекологический, неврологический статус), исследование уровня гормонов (щитовидной железы, надпочечников, женских половых гормонов), клинико-психопатологическое обследование с применением клинических опросников. Использовались следующие методики:

1. Шкала депрессии Бека (уровень депрессии выше 19 баллов расценивался как клиническое расстройство),
2. Шкала самооценки тревоги Шихана (уровень тревоги выше 30 баллов оценивался как клиническое расстройство).

Из общего количества пациенток отобрано 67 человек, не наблюдавшихся ранее у психиатра, соответствующих следующим критериям:

1. наличие жалоб «климактерического характера»;
2. длительность постменопаузы более 10 лет;
3. отсутствие тяжелой соматической патологии, способной обуславливать подобные жалобы;
4. отсутствие выраженной эндокринной патологии (заболеваний щитовидной железы, надпочечников, гипопаратиреоза).

### Результаты исследования и обсуждение

Все пациентки обратились за помощью в связи с возобновлением «климактерических» проявлений. Они активно предъявляли жалобы на приливы жара, сопровождающиеся потливостью, ознобом, ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, слабостью, дурнотой, онемением кончиков пальцев кистей и стоп, на головные боли, головокружения, длительный субфебрилитет, шум в ушах, повышенную

раздражительность, плаксивость, бессонницу. Менопауза у этих женщин наступала в возрасте 42-56 лет и проявлялась вышеописанной симптоматикой. По анамнестическим данным у 14 пациенток (20,9%) протекание менопаузы оценивалось как физиологический климакс, у 53 (79,1%) — как патологический. У 12 женщин (17,9%) из последней группы менопауза была обусловлена хирургическим вмешательством. У 57 (85%) обследованных женщин в анамнезе отмечался предменструальный синдром. 53 (79,1%) пациентки отмечали наличие в постменопаузальном периоде таких симптомов психических расстройств, как нарушения сна (в виде частых ночных пробуждений, трудностей засыпания либо ранних пробуждений), повышенная психическая утомляемость либо постоянное чувство усталости с раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, плаксивостью, чувство внутреннего напряжения, тревога, страх смерти, потери контроля, неопределенная подавленность, сниженное настроение, тоска, обида и др. Эти женщины отмечали снижение жизненного тонуса, отсутствие радости жизни, внутренний дискомфорт, повышенную ранимость, обидчивость, снижение качества жизни. Почти половина из этих женщин (32 чел.) обращалась за медицинской помощью и получала лечение: седативными, сосудистыми препаратами — 27 чел., гормональными препаратами — 11 чел.

На момент обращения за консультацией к психиатру все пациентки констатировали наличие «светлого промежутка» — периода отсутствия прежних жалоб. Длительность этого периода была различной и составляла от 1 года до 8 лет. Причиной возобновления описанных жалоб служили чаще всего эмоционально-стрессовые факторы (смерть супруга или близких людей, конфликты в семье либо на работе и др.) — 70%, перенесенные острые респираторные заболевания — 10,4%, сердечно-сосудистые нарушения (гипертонический криз, приступ стенокардии, нарушения ритма сердечной деятельности) — 14,9%, в 4,7% случаев видимой причины установить не удалось. Состояние гормонального фона соответствовало возрасту женщин.

Таблица 1

Структура аффективных расстройств у женщин пожилого возраста

Синдром	Количество женщин	
	Абс.	отн. (%)
Депрессивный	7	17,9
Тревожно-депрессивный	49	65,7
Тревожно-фобический	11	16,4
Всего	67	100

После клинического психопатологического обследования женщин были диагностированы следующие симптомокомплексы: 1 — депрессивное расстройство — 7 чел.(17,9%), 2 — тревожно-депрессивное расстройство — 49 чел.(65,7%), 3 — тревожно-фобическое расстройство — 11 чел.(16,4%).

В двух первых подгруппах стержневой являлась депрессивная симптоматика. Пациентки отмечали пониженное настроение, нарушения сна и аппетита, колебания веса, чаще в сторону его снижения, запоры, обилие соматических жалоб, иногда с явной фиксацией на них, вялость, повышенную утомляемость, недовольство собой и окружающими, недовольство, ворчливость, чувство незаслуженных обид, ранимость, слезливость. Если в первой подгруппе преобладали некоторая заторможенность пациенток, замедленность движений и речи, то во второй — тревожные проявления различной степени выраженности: тревожная окраска сниженного настроения, наличие внутреннего беспокойства, суетливость, агитация, тревожные опасения ипохондрического содержания. Нарушения сна носили самый разнообразный характер, касались как длительности, так и глубины ночного сна, ранние пробуждения встречались лишь у четверти пациенток. Трудности засыпания и частые ночные пробуждения сопровождались ощущением поверхностности либо полного отсутствия сна. У многих женщин отмечалась дневная сонливость, которая иногда сочеталась с тревожным ожиданием ночи. Суточные колебания депрессивной симптоматики отмечались редко.

Следует отметить некоторое своеобразие депрессивной симптоматики, наблюдаемой у этих женщин. Характерная для депрессий сниженная самооценка и идеи виновности встречались редко, заменяясь на депрессивные идеи отношений и даже параноидности, с преобладанием опасений за состояние своего здоровья и страхом материального неблагополучия. Клиническая симптоматика носила характер стертости, незавершенности.

Уровни депрессии по шкале Бека варьировали от 15 до 23 баллов, средний балл составил  $19,2 \pm 3,72$ . Клинически значимой депрессия (уровень выше 19 баллов) была у 42 (62,7%) пациенток. Уровень выявленной тревоги составлял от 23 до 41 балла. Средний уровень тревоги составил  $32,6 \pm 6,2$  балла. Клинически значимый уровень тревоги отмечался у 58 (86,5%) больных.

Практически все пациентки предъявляли жалобы на снижение памяти различной степени выраженности. После проведения исследования по MMSE (Mini-Mental State

Exsamination) у 6 женщин были выявлены когнитивные расстройства соответствующие преддементным когнитивным нарушениям (24-27 бал.), которые впоследствии нивелировались под влиянием проведенного курса лечения антидепрессантами.

У обследованных женщин третьей подгруппы ведущей симптоматикой были различной выраженности тревожные проявления. Особенно яркими и многообразными были вегетативные расстройства, носящие пароксизмальный характер. Вегетативные кризы сопровождались тревогой, выраженность которой колебалась от ощущения дискомфорта до паники, страха сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок, иногда с явлениями дереализации и деперсонализации. У 7 женщин было выявлено избегающее поведение (агорафобия). В клинической симптоматике отмечалось наличие навязчивых мыслей и тревожных опасений ипохондрического характера, обилие соматических жалоб, преувеличение тяжести своего состояния, стремление к получению медицинской помощи.

Своевременная диагностика аффективного расстройства позволяет осуществить адекватный подбор патогенетической терапии. Лечение аффективных нарушений у женщин пожилого возраста преследует следующие цели:

- 1) улучшить качество жизни пациентки и ее семьи;
- 2) уменьшить риск негативных последствий для здоровья;
- 3) минимизировать потерю трудоспособности;
- 4) сократить свои расходы на медицинское обслуживание [6].

Все пациентки после проведения клинического обследования получали лекарственную терапию в соответствии с выявленной симптоматикой. Первая группа больных получала лечение флуоксетином в суточной дозе 20-40 мг. Пациентки второй группы принимали мirtазапин в суточной дозе 15-30 мг с, в отдельных случаях к терапии добавлялся соннапакс в суточной дозе 25-50 мг. Женщины третьей группы получали лечение ципраamilом в суточной дозе 20-40 мг. Курс лечения пациенток составлял от 3 до 6 месяцев в зависимости от степени тяжести клинической картины. В результате проведенной терапии у 47% пациенток наблюдалась стойкая ремиссия, у 44% — ремиссия с резидуальными проявлениями (усиление органической симптоматики, астенические явления), у 9% пациенток наблюдался переход в хроническое течение с ипохондризацией. Катамнестическое наблюдение после завершения лечения — от 6 месяцев до 2-х лет.

**Выводы**

Обилие полиморфных сомато-вегетативных проявлений с ретушированием собственно аффективных расстройств ведет к гиподиагностике депрессивных состояний у женщин пожилого возраста.

Выявленные в ходе исследования аффективные расстройства неоднородны по своей структуре. Чаще всего наблюдались тревожно-депрессивные, реже собственно депрессивные и тревожно-фобические расстройства. Депрессия была клинически значимой у 62,7% женщин. Клинически значимый уровень тревоги выявлялся у 86,5% пациенток. Аффективные расстройства сопровождались снижением когнитивного функционирования,

которое нивелировалось после проведенной терапии антидепрессантами.

Возникновение климаксоподобной симптоматики у женщин пожилого возраста требует тщательной дифференциальной диагностики и адекватного лечения. В случае безуспешной терапии сомато-вегетативных нарушений у таких пациенток следует заподозрить наличие психических расстройств. При создании терапевтической стратегии необходимо учитывать функциональные способности пациенток и наличие коморбидной патологии. Патогенетическая терапия с учетом ведущей психопатологической симптоматики позволит избавить женщин от тягостного состояния и улучшить качество их жизни.

**Литература:**

1. Хархарова М.А. Комплексная терапия депрессивных расстройств непроцессуального генеза у больных с климактерическим синдромом: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01. — Москва, 2007. — 140 с.
2. Свечникова Н.В., Макаренко А.Ф., Саенко-Любарская В.Ф., Динабург А.Д. Физиология и патология переходного периода женщины. — Киев, «Наукова думка», 1967. — 368 с.
3. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (клиника, диагностика, терапия). — Казань, 1996. — 337 с.
4. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии [Текст]: монография / Т.Н. Колгушкина. — Минск: Выш. шк., 2000. — 332 с.
5. Критерии диагностики депрессивных состояний, впервые возникших в позднем возрасте: Метод. рекомендации / Сост. А.Д. Доильницына. — С.-Пб., 1996. — 12 с.
6. Reynolds C.F.III, Kupfer D.J.: Depression and aging: a look to the future//Psychiatr.Serv. —1999. — Vol.50. — P. 1167-1172.