

# Роль психологических и вегетативных нарушений в генезе климактерического синдрома

**И. Т. Кишакевич**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин с проявлениями климактерических расстройств имеют место психосоматические нарушения, возникающие на фоне повышенной тревожности, увеличения нейротизма и эмоциональных расстройств. Кроме того, определена роль психологического и вегетативного факторов в развитии климактерического синдрома, влияние которого отражается на соматическом состоянии женского организма, и приводит к формированию, в первую очередь, психосоматических нарушений на фоне дисфункции вегетативной нервной системы. Полученные результаты позволяют расширить имеющиеся данные о патогенезе климактерических нарушений, что следует учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** психологические и вегетативные нарушения, климактерический синдром.

Современные женщины в течение более 1/3 жизни пребывают в периоде климактерия, поэтому в настоящее время серьезное внимание уделяется вопросам, определяющим качество жизни женщин этого возраста [1, 2]. Прежде всего, это касается диагностики, профилактики и коррекции нарушений, которые проявляются психоэмоциональными и нейровегетативными симптомами климактерического синдрома (КС), а также пременопаузальными дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК) [3, 4].

Патологические проявления КС нарушают профессиональную деятельность женщин, снижают социальную активность, изменяют межличностные отношения [5]. При прогрессировании клинических проявлений КС, особенно в сочетании с вегетативными и психоэмоциональными нарушениями, происходит трансформация КС в осложненную форму, что необходимо учитывать при подборе тактики его лечения.

Несмотря на давность изучения патогенеза и клинических проявлений, до сих пор в проблеме климактерических расстройств остается много спорных и нерешенных вопросов [1–5]. По-прежнему отсутствует оценка многих факторов в плане возможности их влияния на развитие климактерических расстройств. Прежде всего это касается психологических особенностей личности, типа нервной системы, генетической предрасположенности и др. [1–5].

Женский организм в силу своей специфичности высокочувствителен к воздействию различных эколого-профессиональных факторов, экстремальным воздействиям, эмоциональным нагрузкам, которые приводят к развитию длительного психоэмоционального напряжения [2, 3].

Развитие психосоматического направления и внедрение информативных методик обследования вызывают интерес к роли психических факторов в возникновении климактерических расстройств [4, 5]. Этот подход получил на-

звание психосоматического, а его проявления стали рассматривать как психосоматические. Психосоматический подход к диагностике и лечению различных психосоматических нарушений показал, что наибольшее значение он имеет на ранних стадиях их развития.

Наличие в климактерический период у женщин психосоматических нарушений, сложность адекватной оценки и коррекции их позволяют считать этот вопрос одним из важных на современном этапе [1–5].

В то же время, коррекцию климактерических расстройств невозможно проводить без учета постоянного влияния на женский организм факторов социальной среды, играющих немаловажную роль в психогенно-вегетативных нарушениях [1–5].

Все изложенное выше определило цель настоящего исследования – изучить особенности психологических и вегетативных нарушений у женщин в климактерический период.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования проведено изучение показателей общесоматического и акушерско-гинекологического анамнеза, а также клиническое и инструментальное обследование женщин с климактерическими расстройствами. Дополнительную информацию о соматическом и акушерско-гинекологическом статусе обследованных женщин получали из историй болезни и амбулаторных карт. Для каждой женщины составляли специальный индивидуальный протокол/анкету, в который были внесены данные, отражающие условия жизни и особенности развития женского организма, начиная с антенатального периода. Данные заносили напрямую в электронную таблицу (MSExcel 7.0), формируя таким образом массив для статистического анализа.

Основную группу обследованных составили 240 женщин в возрасте 42–55 лет с проявлениями климактерических расстройств. Группу сравнения составили 69 женщин с нормальным течением климактерического периода. Сравнимые группы сопоставимы по акушерско-гинекологическому анамнезу, имеющейся экстрагенитальной патологии и другим эпидемиологическим характеристикам.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в период с 46 до 50 лет больше половины обследованных (59,6%) женщин отмечали появление первых симптомов КС, следовательно, этот интервал можно характеризовать как «критический» срок проявления КС.

Среди женщин с проявлениями КС каждая вторая (50%) имеет сильный неуравновешенный тип высшей нервной деятельности и каждая пятая (22,6%) – слабый тип. Сильный уравновешенный подвижный тип, характеризующийся равными по силе возбудительными и тормоз-

ными процессами, и сильный уравновешенный инертный тип высшей нервной деятельности наблюдали одинаково часто соответственно у 10,4% и 9,4% женщин. То есть, более половины женщин с проявлениями КС (72,6%) принадлежат к крайним типам высшей нервной деятельности, которые не устойчивы к действию сильных раздражителей внешней и внутренней среды. Они подвержены «срывам» нервных процессов, что приводит к снижению активности адаптационных механизмов и служит причиной для развития климактерических расстройств.

Изучение роли личности женщины, ее позиции по отношению к своему состоянию, терапии, нарушенным социальным связям имеет большое значение. Отношение к болезни всегда существенно, а, следовательно, оказывает влияние и на другие системы отношений личности. Определяется это различными факторами: преморбидными особенностями, микросоциальным окружением, медико-социальными, медико-биологическими, медико-организационными и др.

Обследование женщин с проявлениями КС позволило выделить три блока их отношения к проявлениям КС. Первый блок содержит гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы реагирования. Ко второму блоку относились ипохондрический, меланхолический, тревожный, неврастенический и апатический типы реагирования. В третий блок вошли эгоцентрический и сенситивный типы отношения к КС.

Первый блок составляют 20,2% женщин с социальной адаптацией к КС, второй блок формируют 74,5% женщин с дизадаптивными типами реагирования на КС с интрапсихической направленностью, третий блок включил в себя 5,7% женщин с дизадаптивными типами реагирования на проявления КС с интерпсихической направленностью.

Во втором блоке у 39,6% женщин основным типом отношения к КС является тревожный тип. Для этих женщин характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения КС, убежденность в неэффективности и даже опасности лечения, поиск новых способов лечения и жажда дополнительной информации о проявлениях КС. При этом у них было угнетенное, тревожное состояние, воображаемая опасность волновала их больше, чем реальная. Второй по частоте встречаемости был неврастенический тип. Поведение 32,0% женщин этого типа можно охарактеризовать «раздражительной слабостью», для которой характерны вспышки раздражительности, нередко изливающиеся на первого попавшегося и завершающиеся раскаянием и слезами.

В группе женщин с проявлениями КС преобладали духовный (36,8%) и просоциальный (50,9%) уровни смысловой сферы личности. Это женщины в основном с высшим образованием и активной жизненной позицией. Преобладающее большинство из них в течение жизни занималось общественной или административной работой, считались принципиальными, честными, справедливыми людьми. Для них высокозначимыми и наполненными глубоким смыслом являются такие моральные ценности, как совесть, честь, личное достоинство. Разрушение и утрата этих ценностей в общественном сознании за последние годы для этих женщин было болезненной морально-психологической травмой, которая воспринималась как удар по их собственной личности, как разрушение смысла жизни.

При исследовании психосоматических нарушений и тревожности у женщин с проявлениями КС и у женщин с нормальным течением климактерия выявлены достоверные различия по всем качественным и количественным характеристикам. У женщин с проявлениями КС показатели таких нарушений, как фобические, депрессивные, психоа-

стенические расстройства, а также беспокойство и напряжение были в 4–6 раз выше, чем в группе женщин с нормальным течением климактерия. По сексуальным и ипохондрическим расстройствам показатели были еще выше – в 8 раз; по неврастеническим, истерическим, соматовегетативным и двигательным расстройствам, а также уровню невротичности – в 12–15 раз. По нарушению сна показатели в группе женщин с КС были выше в 25 раз. Значения реактивной и личностной тревожности в группе женщин с проявлениями КС были 44,6 и 37,8 балла соответственно, что более чем в 1,5 раза выше, чем в группе женщин с нормальным течением климактерического периода (28,3 и 23,2 балла соответственно).

Интересным представляется рассмотрение показателей психосоматических нарушений у женщин с таким видом климактерических расстройств, как пременопаузальные ДМК. Так, по фобическим, депрессивным, неврастеническим, сексуальным, ипохондрическим расстройствам, трудностям в общественных контактах, беспокойству, напряжению и уровню невротичности они в 2,5–4,5 раза превышали показатели у женщин с физиологическим течением климактерия, а по нарушению сна, соматовегетативным и двигательным и истерическим расстройствам в 10 и более раз. Показатели реактивной и личностной тревожности также в 1,5 раза были выше у женщин с пременопаузальными ДМК, что также свидетельствует о психогенезе развития этих кровоточений.

Как известно, при физиологическом течении климактерия состояние симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) сбалансировано. Результаты исследования свидетельствуют, что при КС преобладают симпатические влияния и возрастает размах колебаний ИК. Повторные измерения выявили более высокую, чем при физиологическом течении климактерия, лабильность ВНС. Разница между средними значениями индекса Кредо (ИК) при первичном и повторном измерениях оказалась статистически достоверной. Значения ортостатического рефлекса также свидетельствовали об активации симпатического отдела ВНС. При повторном измерении выявлен статистически достоверный рост данного параметра, подтверждающий нестабильность и лабильность функционирования ВНС при КС.

При оценке состояния вегетативного тонуса при различных клинических проявлениях климактерических расстройств установлено, что, при нейровегетативных и психоэмоциональных проявлениях КС вегетодистония проявлялась в основном симпатикотонией. Вегетодистония у женщин с пременопаузальными ДМК была обусловлена возбуждением преимущественно парасимпатического отдела.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин с проявлениями климактерических расстройств имеют место психосоматические нарушения, возникающие на фоне повышенной тревожности, увеличения нейротизма и эмоциональных расстройств. Кроме того, определена роль психологического и вегетативного факторов в развитии климактерического синдрома, влияние которого отражается на соматическом состоянии женского организма и приводит к формированию, в первую очередь, психосоматических нарушений на фоне дисфункции вегетативной нервной системы. Полученные результаты позволяют расширить имеющиеся данные о патогенезе климактерических нарушений, что следует учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Роль психологічних і вегетативних порушень у генезі клімактеричного синдрому**

**I.Т. Кишакевич**

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з проявами клімактеричних розладів мають місце психосоматичні порушення, що виникають на тлі підвищеної тривожності, збільшення нейротизму і емоційних розладів. Крім того, визначена роль психологічного і вегетативного чинників в розвитку клімактеричного синдрому, вплив якого відбивається на соматичному стані жіночого організму, і призводить до формування, в першу чергу, психосоматичних порушень на тлі дисфункції вегетативної нервової системи. Отримані результати дозволяють розширити наявні дані про патогенез клімактеричних порушень, що слід враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

**Ключові слова:** психологічні і вегетативні порушення, клімактеричний синдром.

**Role of psychological and vegetative infringements in genesis a climacteric syndrome**

**I.Т. Kishakevich**

Results of the spent researches testify that at women with displays of climacteric frustration the psychosomatic infringements arising against raised uneasiness, increase neurotisme and emotional frustration take place. The role of psychological and vegetative factors in development of the climacteric syndrome which influence is reflected in a somatic condition of a female organism is besides defined, and leads to formation, first of all, psychosomatic infringements against dysfunction of vegetative nervous system. The received results allow to expand available data about patogenesis of climacteric infringements that it is necessary to consider by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Key words:** psychological and vegetative infringements, a climacteric syndrome.

**Сведения об авторе**

Кишакевич Ирина Тарасовна – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (067) 764-30-95. E-mail: iryna ky@gmail.com

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщин в климактерии. Монография. – М.: Литера, 2010. – 244 с.
2. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2008. – № 1. – С. 5–8.
3. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблемы климаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
4. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пери- і постменопаузальних порушень у жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 94–98.
5. Шмелева С.В. Метаболические изменения у женщин в климактерическом периоде // Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов. – 2005. – № 1 (2). – С. 7–10.

Статья поступила в редакцию 06.02.2013

**Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы**

**ИДЕНТИФИЦИРОВАНА ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ОДНОГО ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

Приблизительно 7-8 младенцев на каждую 1 000 новорожденных появляются на свет с врожденными пороками сердца. Несмотря на заметные успехи в лечении этих болезней, причины их все еще не известны, хотя новое открытие проливает некоторый свет на проблему.

Группа английских ученых совершила важное открытие в области изучения генетических факторов, способных приводить к развитию у плода одной из наиболее распространенной разновидности врожденных пороков сердца - дефекте межпредсердной перегородки.

Авторы исследования, сотрудники университетов двух английских городов - Манчестера и Ньюкасла (University of Manchester and Newcastle University) обследовали более 2

000 жителей Великобритании, страдавших этой формой врожденного порока сердца.

В контрольной группе было 5 600 здоровых участников, которые также были тщательно обследованы.

Было собрано и изучено более 500 000 генетических маркеров, извлеченных из образцов крови, которые были получены от участников исследования из обеих групп.

Ученые сообщают, что у носителей особого варианта гена Msx1 был значительно повышен риск развития всех основных форм дефекта межпредсердной перегородки.

"Мы считаем, что не менее 10% случаев ДМП непосредственно связаны с изменением гена Msx1", - сообщает соавтор этого исследования про-

фессор Бернард Кивни (Bernard Keavney).

Это открытие имеет большое значение, так как позволяет определить риск рождения ребенка страдающего дефектом межпредсердной перегородки у носителей этого гена и у тех потенциальных отцов и матерей, которые сами появились на свет с подобным пороком сердца.

Такие открытия случаются нечасто - к настоящему времени ученые достоверно знают лишь о нескольких генетических факторах, резко повышающих риск рождения ребенка с тем или иным пороком сердца.

Так, например, трисомия по хромосоме 21 (синдром Дауна) связана с 5% врожденных пороков сердца.

<http://www.health-ua.org>