

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Ю.А. Дубоссарская¹, В.Н. Гончаренко

¹Днепропетровский медицинский институт народной медицины, Украина
Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

РЕЗЮМЕ

Предложена терапия психосоматических расстройств в перименопаузальном периоде у женщин с экстрагенитальной патологией, предусматривающей применение адаптола, которая позволяет снизить степень тяжести климактерических расстройств, проявление депрессивности, тревожности, (составляющих психосомато-климактерическое расстройство) и уровень их взаимного влияния.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: климактерический период, психосоматические расстройства, Адаптол

Инволюционный период с его биологической и социальной перестройкой является этапом манифестации соматических заболеваний, которые подготавливают почву для развития психогенных расстройств. Состояние психического равновесия у женщины, ее способность противостоять различным пси-хогениям зависит не только от наличия или отсутствия органических изменений головного мозга, но и от его функционального состояния. В результате реагирования женщин на возникающие у них симптомы климактерических расстройств в клинической практике регистрируются астенические, истерические, ипохондрические и тревожно-депрессивные нарушения с формированием в дальнейшем соответствующих форм поведения [1, 3, 6].

Эффективность лечения больных с климактерическим синдромом, включающим нервно-психические проявления, зависит от того, насколько данные проявления влияют на уровень лабильности высших нервных центров, расположенных в гипоталамусе. Любой отрицательный фактор действует на патогенетическое звено гипоталамических структур головного мозга [2, 4, 8].

Терапия климактерического синдрома (КС) должна включать в себя применение различных групп лекарственных средств и подразумевать комплексность и индивидуальный подход. Этот подход учитывает в первую очередь психосоматическую картину заболевания, направленность вегетативно-сосудистых реакций, а также наличие или отсутствие сопутствующих патологическому климаксу соматических болезней [5, 7].

Тяжелая соматическая болезнь зачастую провоцирует коморбидную (сосуществующую) патологию – психогенно-депрессивную реакцию, чаще протекающую с преобладанием тревожных опасений пациенток за свое здоровье.

Адаптол не вызывает поведенческой токсичности, улучшает качество жизни, оказывает селективное анксиолитическое действие, обладает выраженной вегетокорректирующей активностью. Метаболиты адаптола не обладают фармакологической активностью, не кумулируются, период полувыведения препарата составляет 8 часов.

Целью исследования явилось определение степени взаимовлияния проявлений, составляющих психосомато-климактерическое расстройство (ПСКР), и его фармакологическая коррекция. Для фармакологической коррекции ПСКР нами применялся препарат адаптол, значительно улучшающий вариабельность сердечного ритма, обладающий эффектом профилактики вегетативных нарушений в современном стрессогенном обществе.

Работа выполняется в рамках научно-исследовательской работы кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО ДГМА «Возрастная эндокринология репродуктивной системы женщины, профилактика и лечение болезней «эстрогенного дефицита» (госрегистрационный № 0199U002124).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 73 (100%) женщин с климактерическими расстройствами длительностью от 6 до 12 месяцев в возрасте от 45 до 55 лет. Из них 38 (52,05%) страдали патологией гепатобилиарной системы- холецисто-холангитом и хроническим панкреатитом, и 35 (47,95%) – гипертонической болезнью. Больные с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом получали базисную медикаментозную терапию (хофитол, креон), а больные с гипертонической болезнью – базисную антигипертензивную терапию (антагонисты кальция, бета-адрен-облокаторы).

Оценка клинического состояния

пациенток и тяжести климактерических расстройств проводилась по индексу Куппермана, а оценка тревожных и депрессивных проявлений регистрировалась по шкалам Айзенка. Гамильтона до лечения, через 6, 12 месяцев после лечения.

В зависимости от форм поведения женщин в ответ на появление климактерических расстройств были определены четыре группы. Женщины с пассивным отношением к появлению климактерических расстройств вошли в первую группу – 18 (24,65%). В этой группе с низким образованием и социальным положением было 17 пациенток, которые не состояли в браке или имели напряженные отношения в семье. Для них были характерны черты эмоциональной неустойчивости-, повышенной возбудимости, носящей в ряде случаев характер акцентуаций. Уровень по шкале тревоги Айзенка был высоким, по шкале Гамильтона $29,32 \pm 0,92$ баллов.

Вторую группу составили 19 (26,02%) женщин, воспринимавших появление климактерических расстройств трагично, как неизбежное наступление старости, несмотря на высокий интеллектуальный уровень. Высшее образование имели 14 пациенток, они с большим трудом приспосабливались к изменяющимся условиям труда, быта, к своему старению, обострению или дебюту экстрагенитальной патологии. В этой группе преобладали истерические, психастенические, эмоционально-лабильные личности. Появление вегетативно-эндокринных расстройств усугубляло имеющиеся личностные особенности и приводило к формированию психопатологического синдрома. При этом преобладали астенические и аффективные расстройства. Пациентки довольно часто были склонны к самостоятельному приему психотропных средств, вместе с тем охотно шли на контакт с врачом, принимали предложенную схему лечения, но при отсутствии немедленного эффекта легко впадали в панику и требовали изменения в обследовании и лечебной тактике. Наблюдаемые не предпринимали попыток скрыть наступление климактерических расстройств, напротив, они их манифестировали. Уровень тревожно-депрессивных расстройств соответствовал по оценочным шкалам Айзенка: – $34,6 \pm 2,80$ балла, Гамильтона – $24,5 \pm 2,20$ балла.

Третью группу составили 17 (23,28%) женщин с высоким образовательным и социальным уровнем, работающие на ответственных постах и имеющие успешный

частный бизнес.

На момент обследования были замужем или имели сексуальных партнеров 17 пациенток. Появление климактерических расстройств они воспринимали как серьезную помеху в работе и активно пытались скрыть свое плохое самочувствие от окружающих. Психические нарушения проявлялись выраженной раздражительностью, склонностью к кратковременным депрессивным реакциям, нарушениями сна, желанием экстраполировать свое состояние на окружающих. Пациентки легко принимали предложенную схему лечения, но ставили условием достижение быстрого выздоровления. Состояние по оценочным шкалам Айзенка $31,2 \pm 2,71$ балла, Гамильтона $25,70 \pm 2,15$ баллов.

Четвертую группу составили 19 (26,03%) пациенток так называемого адекватного приспособления которые характеризовались высоким уровнем образования и социального положения, но ни одна из них не занимала руководящих постов и не имела частного бизнеса, все имели хорошие семьи или постоянных партнеров, у них были любящие, заботливые дети. Пациентки адекватно оценивали свое состояние и находили поддержку среди своих близких. В этой группе преобладали гармонические личности, адекватно оценивающие свое состояние, своевременно обращающиеся к врачу и тщательно соблюдающие схемы лечения. Появление психогенных расстройств, (а они носили кратковременный характер в виде астенических и депрессивных реакции) было обусловлено психогенными влияниями или экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, патология гепатобилиарной системы). Состояние женщин по шкале Айзенка оценивалось $24,62 \pm 1,90$ балла. Гамильтона – $23,11 \pm 1,92$ балла.

Доза Адаптола подбиралась индивидуально в зависимости от состояния пациенток (300-500 мг 3 раза в сутки). Препарат назначали в течении 6 месяцев с перерывом на 3 недели после каждого двухмесячного курса приема.

Нами было уточнено состояние больных женщин с непсихотическими расстройствами, возникшими у них впервые в период появления климактерических расстройств после консультации психолога, психотерапевта. Терапия проводилась амбулаторно и стационарно больным с использованием биопсихосоциального под-

хода.

Статистическая обработка полученных

данных проводилась с помощью программного пакета Excel с оценкой среднего (M) и его ошибки (m).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До лечения климактерические расстройства легкой степени тяжести (по индексу Куппермана) имели 11 (15,07%) женщин, средней степени тяжести – 30 (41,09%) женщин и высокой степени тяжести – 32 (43,84%) пациентки. Изучение преморбидных особенностей показало, что 67 (91,78%) женщин отмечали в анамнезе повышенную эмоциональную возбудимость, склонность к сомато-вегетативным нарушениям, 45 (61,64%) – наличие в детском возрасте, невропатической конституции. Среди характерологических особенностей преобладали акцентуации характера по астеническому, психастеническому по эмоционально-лабильному типу.

Беременности и родов не было у 69 (94,5%) пациенток, у 4 (5,4%) были самоаборты, нарушение менструальной функции в анамнезе отмечалось у 49 (67,12%) пациенток, состояли в браке на момент обследования 43 (58,90%), разведены 27 (36,98%). Не состояли в браке 3 (4,11%), курили и злоупотребляли алкоголем 28 (38,36%), употребляли более 5 чашек кофе в день 49 (67,12%) пациенток, напряженные отношения в браке отмечались у 24 (32,87%) женщин.

Проведенные нами исследования показали, что ранняя диагностика и своевременно начатое лечение психосоматических нарушений приводит к стабилизации состояния пациенток, способствует более быстрому восстановлению трудоспособности, снижению количества приливов, потливости, улучшению настроения, адаптации и улучшению качества жизни женщин всех четырех групп.

Пациентки сообщали, что после приема адаптола у них снижалась интенсивность головной боли, улучшалось качество сна, снижалось эмоциональное напряжение, раздражительность, улучшалось настроение. Вместе с тем было отмечено, что наметившаяся тенденция к улучшению была нестойкой и быстро исчезала после прекращения приема препарата.

Стабильное улучшение состояния регистрировалось у пациенток всех четырех групп через 30-60 дней приема препарата. Снижались явления астении, раздражительность, слезливость, потливость, головные боли, кардиалгии, частота и тяжесть приливов, эмоциональные нарушения, улучшалось качество сна,

значительно снижалась выраженность нарушений гепатобилиарной системы.

Динамика психологических показателей при лечении адаптолом через 6 месяцев по опроснику Гамильтона – 27,34±2,14 баллов, во второй группе соответственно – 17,22±1,40 баллов, в третьей группе – 15,11±1,50 баллов, и в четвертой группе – 14,01±0,93 баллов.

Через 12 месяцев указанные показатели не претерпевали достоверных изменений при соблюдении пациентками режима лечения.

Применение комплексной терапии (адаптол и базисная терапия) приводило к стабилизации психосоматического состояния (хороший эффект) у 86,50% женщин первой и второй групп и у 91,67% женщин третьей и четвертой групп через три месяца после лечения.

На фоне положительной динамики психосоматических расстройств, наблюдалось снижение степени тяжести климактерических расстройств. Через 12 месяцев после приема адаптола климактерические расстройства легкой степени регистрировались у 64 (87,67%) пациенток, средней степени – у 7 (9,59%) женщин, а климактерические расстройства тяжелой степени – только у 2 (2,71%) женщин, не соблюдавших выработанный для них план обследования и лечения.

Наиболее заметные положительные изменения наблюдались в первой и второй группах, которые выражались в нормализации психосоматического состояния, от-сутствии нарушениями сердечного ритма, снижении рецидивов холецисто-холангита и панкреатита и показателей артериального давления (на 30-40 мм рт.ст.).

Это создавало объективные условия для значительного снижения объема базисной терапии, отрицательного взаимного влияния психовегетативных климактерических и соматических расстройств, формирования современного качества жизни.

Положительное влияние проводимой терапии в третьей и четвертой группах не носило столь выраженного характера. Вместе с

тем происходило улучшение гемодинамических показателей на 10-20 мм.рт.ст., снижению частоты и тяжести приступов холецистита и гипертонических кризов, что вело к уменьшению объема базисной терапии и отрицательного взаимовлияния психо-вегетативных, климактерических и

соматических расстройств, улучшению самочувствия и повышению работоспособности и качества жизни.

ВЫВОД

Предложенная нами терапия психосоматических расстройств в перименопаузальном периоде у женщин с экстрагенитальной патологией, предусматривающая применение адаптола, позволяет снизить степень тяжести климактерических расстройств, проявление депрессивности, ревожности,

(составляющих психосомато-климактерическое расстройство) и уровень их взаимного влияния, что приводит к улучшению качества жизни этого распространенного контингента гинекологических больных.

Перспектива дальнейшего исследования состоит в разработке концептуальной модели патофизиологического обоснования индивидуализации гормональной терапии в пери- и постменопаузе для профилактики системных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артеріальна гіпертензія у жінок в перименопаузі: особливості діагностики, диференційована тактика лікування (метод. рекомендації). - Київ. - 2000. - 25 с.
2. Кулаков В.Н. Красинов В.Н., Юрєнева С.В. и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2003. - Т. 2. - № 1. - С. 3-6.
3. Атснер J.S. // The millenium rewіu. - 2000. - P. 127-139.
4. Clark D.A., Arek P.C., Chaouat G. // Am J Report Immunol. - 1999. - Vol. 41. - P. 5-22.
5. Fournier A., Berrino F., Riboli E. et al. // Int J Cancer. - 2005. - Vol. 114. - P. 448-454.
6. Franke H.R., Kole S., Ciftci Z., et al. // Cancer Lett. - 2003. - Vol. 190. - P. 113-118.
7. Halbreich U. // Neurology. - 1997. - Vol. 48. - P. 16-25.
8. Pearlstein N., Rosen K., Sone A. // Endocrinol. Metab.Clin.North. Am. - 1997. - Vol. 26. - P. 279-294.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Ю.О. Дубоссарська¹, В.М. Гончаренко

¹Дніпропетровський медичний інститут народної медицини, Україна
Дніпропетровська державна медична академія, Україна

РЕЗЮМЕ

Запропонована терапія психосоматичних розладів у перименопаузальному періоді у жінок з екстрагенітальною патологією, що передбачає застосування Адаптолу, який дозволить знизити ступінь важкості климактеричних розладів, проявів репресивності, неспокою (складових психосомато-климактеричних розладів) та рівень їх взаємного впливу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: климактеричний період, психосоматичні розлади, Адаптол

COMPLEX THERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PERIMENOPAUSAL PERIOD

Yu.A. Doubossarskaya¹, V.N. Goncharenko

¹Dniepropetrovsk medical institute of Folk medicine, Ukraine
Dniepropetrovsk State Medical Academy, Ukraine

SUMMARY

A therapy for psychosomatic disorders of perimenopausal women with extragenital pathology, with use of Adaptol which allows to decrease symptoms of climacteric disorders, depression and anxiety (which form psychosomatic climacteric disorders) and level of their mutual influence.

KEY WORDS: climacteric period, psychosomatic disorders, Adaptol