

Д.Л. Шаповалов, О.Ю. Ширяев, Т.Ю. Борисенко
**ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ И ПСИХОЭНДОКРИННЫХ
РАССТРОЙСТВ НА ФОРМИРОВАНИЕ УРОВНЯ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАТЯЖНОЙ ФОРМОЙ
КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава»

Резюме. В статье рассматривается вопрос о влиянии цереброваскулярных и психоэндокринных расстройств на формирование качества жизни женщин, страдающих затяжными формами климактерического синдрома. Показано, что основной вклад в формирование уровня качества жизни женщин с данной патологией вносят тревожно-депрессивные расстройства психоэндокринного генеза, но не сосудистый когнитивный дефицит. Сделан вывод о необходимости данного контингента больных в терапии антидепрессантами II генерации.

Ключевые слова: климактерический синдром, тревога, депрессия, качество жизни.

Актуальность. Одной из ведущих демографических тенденций современности является рост доли лиц пожилого и старческого возраста в общем населении, происходящий преимущественно за счет пожилых женщин. Известно, что у пожилых женщин часто (18- 25% в общем населении, по данным разных авторов) встречаются пограничные психические расстройства, среди которых основное место занимают органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с начальной стадией цереброваскулярной болезни и тревожно-депрессивные состояния невротического уровня, имеющие различную природу. Соответственно, вопросы повышения эффективности лечения данных расстройств имеют особое значение не только для психиатрической практики, но и для здравоохранения в целом.

Одной из частых причин развития непсихотических тревожно-депрессивных расстройств у женщин в возрасте инволюции является климактерический синдром (КС)- болезнь нарушенной адаптации вследствие патологически протекающей гормональной перестройки. В структуру КС входят психические расстройства в виде тревоги, депрессии, эмоциональной лабильности, заострения преморбидных особенностей личности, расстройств влечений (повышение аппетита, повышение либидо), нейровегетативные нарушения в виде «приливов», лабильности АД, обменно-эндокринные расстройства в виде нарушения толерантности к глюкозе, дисфункции щитовидной железы, гиперхолестеринемии и урологические расстройства. КС наблюдается у 18–50% женщин соответствующей возрастной группы.

Непсихотическая тревожная и депрессивной симптоматика в структуре КС часто сочетается с астеническими, ипохондрическими и конверсионными расстройствами, что позволяет выделять астенический, тревожно-депрессивный, сенесто-ипохондрический и истероподобный варианты психических расстройств при КС. По

структуре психических нарушений КС может рассматриваться как один из вариантов психоэндокринного синдрома по E. Bleuler.

Взаимосвязи цереброваскулярных расстройств и климактерического синдрома носят реципрокный характер. С одной стороны, органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области в связи с развившейся до наступления менопаузы цереброваскулярной болезнью предопределяет снижение способности гипоталамической нейросекреции адаптироваться к гормональной перестройке и тем самым способствуют развитию КС. С другой стороны, дефицит эстрогенов и нейровегетативные расстройства в структуре КС способствуют утяжелению клинических проявлений артериальной гипертензии и атеросклероза. С третьей стороны, реактивная лабильность, обусловленная психическими расстройствами в структуре КС, способствует неадекватному ответу сосудистого тонуса на эмоциональный стресс, а тем самым- утяжелению клинических проявлений артериальной гипертензии. Представляется обоснованным говорить о синдроме взаимного отягощения цереброваскулярных и психоэндокринных расстройств у женщин в периоде инволюции.

При отсутствии адекватного лечения симптомы КС у 25-30% больных сохраняются в течение 10 и более лет, что позволяет выделять затяжную форму КС. Синдром взаимного отягощения цереброваскулярных и психоэндокринных расстройств у данных пациенток максимально выражен, в силу чего у них одновременно присутствуют аффективные расстройства, неврозоподобные симптомы и когнитивный дефицит.

Вопросы клиники и терапии психических расстройств при затяжной форме КС в существующей литературе разработаны недостаточно. В том числе, остается неясным, какая из составляющих состояния больных- сосудистый когнитивный дефицит или тревожно- депрессивные расстройства психоэндокринного генеза- оказывает большее влияние на уровень качества их жизни (далее – КЖ).

Цель – выяснение степени влияния тревожно-депрессивной симптоматики и когнитивного дефицита на КЖ женщин, страдающих затяжными формами КС.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 30 пациенток врача общей практики в возрасте постменопаузы (58–78 лет, средний возраст $70,8 \pm 7,9$ года, средняя длительность постменопаузы- $17,5 \pm 4,7$ года), страдавших затяжной формой КС. Основаниями для ее диагностики были: 1) одновременное возникновение психопатологических расстройств и симптомов менопаузы (по данным анамнеза); 2) наличие характерных для КС вегетативных расстройств в виде «приливов» на момент обследования; 3) непсихотический характер симптоматики; 4) длительность постменопаузы, превышающая 10 лет. До начала

исследования всем пациенткам в доступной форме были разъяснены риски и выгоды участия в исследовании, после чего пациентки подписали информированное согласие.

В ходе обследования у 6 пациенток были обнаружены когнитивные расстройства в виде нарушений памяти, внимания и понимания письменной речи, не достигавших уровня деменции, но не позволявших понять и правильно заполнить опросник SF-36, который следовало заполнять без каких-либо указаний со стороны исследователей. Таким образом, исследование завершили 24 пациентки, данные по которым и включены в анализ.

Нами использовались следующие методы исследования:

1. Клинико – психопатологический - индивидуальная беседа с больной с уточнением жалоб, сбором анамнеза, оценкой психического статуса.

2. Психометрический- оценка выраженности симптомов тревоги и депрессии с использованием стандартизированных оценочных шкал депрессии (далее- HDRS) и тревоги (далее- HARS) Гамильтона.

3. Экспериментально- психологический- оценка выраженности когнитивного дефицита, которая проводилась с использованием Теста рисования часов. Результаты Теста рисования часов отражают непосредственно нарушения высших корковых функций, обусловленные цереброваскулярными расстройствами, исключив те компоненты когнитивного дефицита, которые могут быть обусловлены тревогой и депрессией.

4. Квалиметрический - проводился с использованием опросника «Short Form 36 Health Quality Survey» (далее- SF- 36). Опросник позволяет определить 8 основных показателей качества жизни- Физическое функционирование (далее- ФФ); Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (далее- РФ); Интенсивность боли (далее- ИБ), Общее состояние здоровья (далее- ОЗ); Жизненная активность (далее- ЖА); Социальное функционирование (далее- СФ); Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (далее- РЭ) и Психическое здоровье (далее- ПЗ). Показатели КЖ больных сравнивались с локальными нормами для г. Воронежа.

5. Статистическая обработка- проводилась стандартными методами описательной статистики. Для определения взаимосвязей изучаемых показателей рассчитывался непараметрический коэффициент корреляции τ по Kendall.

Полученные результаты и их обсуждение. Структура психического статуса обследованных больных была достаточно сходной. В жалобах доминировали такие симптомы, как общая слабость, снижение памяти на текущие события, элементы амнестической афазии, потеря интереса к окружающему, быстрое утомление в процессе общения, эмоциональная лабильность, тревожное восприятие обычных жизненных событий, стойкая бессонница в виде затрудненного засыпания и частых

ночных пробуждений, временами- острая, беспричинная душевная тоска с чувством стеснения в груди, жалости к себе, желание плакать навзрыд. Нередко отмечались такие соматические симптомы тревоги, как сердцебиение в покое, ознобоподобная дрожь в теле, чувство тяжести в голове, «затуманенности» зрения. В психическом статусе у части больных доминировала угрюмая подавленность с нарастающим раздражением в ходе беседы, нарочитой малословностью, демонстративным пессимизмом- «все равно не поможете, к чему все это?». У других пациенток доминировали скорее астения и адинамия – они охотно вступали в контакт, подробно описывали свое состояние, но по мере беседы становились все более малословными, стремились отделаться общими фразами: «да, да, у меня все это есть», «это же положено по возрасту», и затем прекращали общение, ссылаясь на усталость и головную боль. У всех больных можно было отметить вязкость, обстоятельность мышления, слезливость при упоминании эмоционально значимых ситуаций, путаницу в датах при изложении событий последних нескольких лет.

Таким образом, у обследованных нами больных различия между вариантами психических расстройств, описанными в литературе при КС, были стерты. Состояние определялось сочетанием хронизированных, «сплавившихся» с характером непсихотических тревожно- депрессивных расстройств, личностных изменений (ипохондрическая фиксация, тенденция к избеганию социальных контактов) и цереброваскулярных нарушений- астении и когнитивного дефицита.

Результаты оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики с использованием стандартизированных шкал представлены на рис.1. и рис.2.

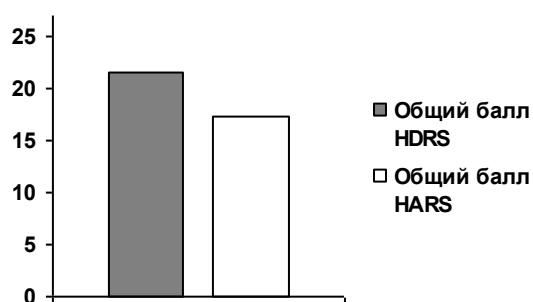


Рис.1. Средние значения общих баллов HDRS и HARS у больных с затяжными формами КС.

Из представленных на рис.1 данных видно, что средний балл HDRS составил $21,6 \pm 1,2$ балла (что соответствует «умеренной депрессии» в стандартной интерпретации данной шкалы), а средний балл HARS- $17,4 \pm 1,3$ балла (что соответствует «симптомам тревоги» в стандартной интерпретации данной шкалы). Депрессивная симптоматика у обследованных нами больных была несколько более выражена, чем тревожная.

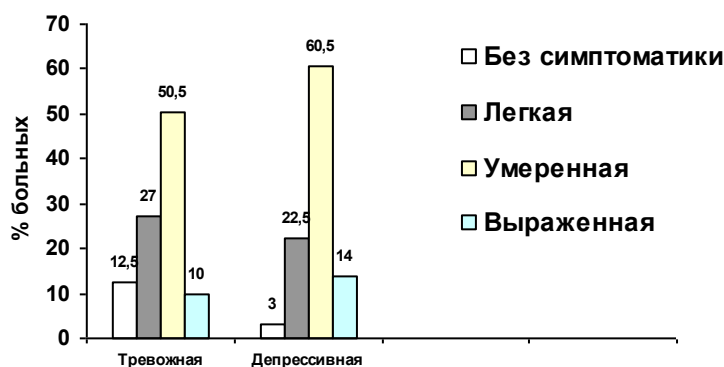


Рис.2. Распределение больных с затяжными формами КС по выраженности симптомов тревоги и депрессии.

Из представленных на рис.2 данных что у 97% обследованных больных имелась депрессивная симптоматика различной выраженности, а у 87,5% обследованных больных одновременно присутствовала как тревожная, так и депрессивная симптоматика. Наиболее часто встречалась как депрессивная, так и тревожная симптоматика умеренной выраженности.

При оценке тяжести когнитивного дефицита с использованием теста рисования часов было установлено, что из 24 больных только 3 человека (12,5%) выполнили данный тест с оценками 9 или 10 баллов, что соответствует норме. Средняя оценка по группе составила $7,31 \pm 1,03$ балла, что соответствует умеренной выраженности когнитивного дефицита. Таким образом, у 87,5% обследованных больных затяжной формой КС имелся клинически значимый когнитивный дефицит цереброваскулярной природы.

Результаты оценки показателей качества жизни больных с затяжной формой КС представлены на рис.3.

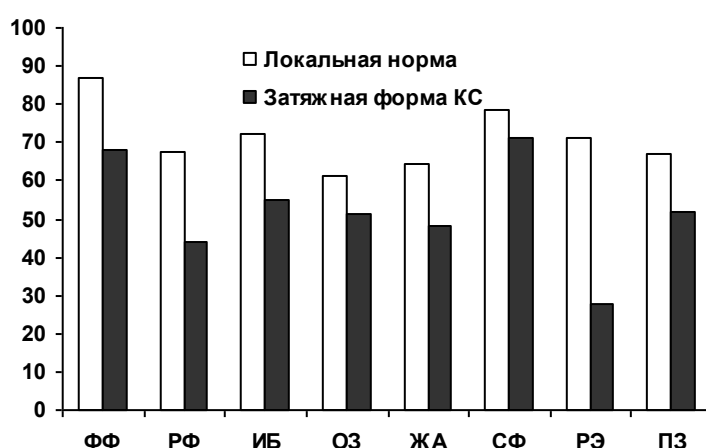


Рис.3. Показатели качества жизни больных затяжной формой КС в сравнении с локальной нормой. Обозначения названий показателей см. Методика.

Из представленных на рис.3 данных видно, что все показатели качества жизни у обследованных нами пациенток с затяжными формами КС существенно ниже, чем в общей выборке населения г. Воронежа. В наибольшей степени снижен показатель

«Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»- на 60,8% от локальной нормы, что может быть поставлено в прямую связь с имеющейся у больных тревожно- депрессивной симптоматикой, тенденциями к избеганию социальных контактов.

Статистически значимые ($p < 0,05$) корреляционные взаимосвязи, полученные при обработке полученных данных, представлены в таблице.

Таблица.

Результаты анализа взаимосвязей показателей качества жизни, тяжести тревожной и депрессивной симптоматики и когнитивного дефицита.

Корреляционная пара	τ
Общий балл HDRS- РЭ	0,565
Общий балл HARS- РЭ	0,531
Общий балл HDRS- ЖА	0,621
Общий балл HARS- ИБ	0,433
Общий балл HARS- ПЗ	0,375
Общий балл HARS- Тест рисования часов	0,368

Обозначения показателей опросника SF- 36 см. Методика

Из представленных данных видно, что как тревожная, так и депрессивная симптоматика вносят существенный вклад в формирование ряда показателей физической и психологической составляющей качества жизни больных с затяжной формой климактерического синдрома- «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Жизненная активность», «Интенсивность боли», «Психическое здоровье». Напротив, выраженность когнитивного дефицита не имеет статистически значимых взаимосвязей с уровнем качества жизни больных с затяжной формой КС. Выраженность когнитивного дефицита взаимосвязана с тяжестью тревожной симптоматики, что позволяет расценивать повышенную тревожность части больных как реакцию на когнитивную несостоятельность.

Выводы.

Качество жизни больных затяжной формой КС в большей мере определяется тревожно- депрессивной симптоматикой психоэндокринной природы, чем цереброваскулярным когнитивным дефицитом.

Больные затяжной формой КС нуждаются в активной терапии тревожно- депрессивных расстройств, в силу отягощенности их соматического фона, более предпочтительно использование антидепрессантов второй генерации.