

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА У ЖЕНЩИН И ИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИПРАМИЛОМ

Профессор В.И. ТАЙЦЛИН, к.м.н. В.А. КОРШНЯК

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков

Рассмотрены непсихотические нервно-психические нарушения, включающие состояние депрессии и вегетативно-сосудистые расстройства у женщин в климактерический период. Показана эффективность курсового применения препарата ципраamil в их лечении.

Возрастные изменения, характеризующиеся как состояние климакса, связаны прежде всего с регуляторными нарушениями в гипоталамусе, приводящими к прекращению выработки в яичниках женских половых гормонов — эстрогенов и к наступлению менопаузы. Различают физиологический и патологический климакс. Первый возникает в различном возрасте (в среднем в 43–52 года), при этом, кроме прекращения менструаций, не отмечается каких-либо изменений самочувствия или они незначительны и не мешают работоспособности и качеству жизни женщины. Второй отмечается у значительного числа женщин — частота его, по разным данным, колеблется от 10 до 70–80% [1]. Патологический климакс может протекать с нервно-психическими нарушениями, проходя этапы от невротоподобных до невротических и даже психотических, в результате которых больные становятся пациентами психиатрических клиник. Однако чаще впервые в жизни в период климакса у женщин возникают непсихотические нервно-психические расстройства, сопровождающиеся выраженными вегетативно-сосудистыми проявлениями, что соответствует представлениям о так называемом патологическом (дисгормонально протекающем) климаксе [2].

Вегетативно-сосудистые проявления в климактерическом периоде характеризуются ощущением прилива жара в лице и голове, иногда и во всем теле. Во многих случаях это ощущение сопровождается действительным расширением сосудов кожи, вследствие чего кожа лица или всего тела делается розовой и горячей. Часто одновременно выступает обильный пот. Почти всегда отмечается учащенное сердцебиение. Пульс нередко учащен и напряжен. При объективном исследовании выявляется повышение артериального давления. Подобные состояния появляются в виде приступов, которые могут продолжаться от нескольких минут до нескольких часов. Частота приступов также варьирует: у одних больных они возникают много раз в день, у других — изредка, при волнении, усталости и т.п. Наряду с пароксизмальными проявлениями, в том числе «приливами», вегетативно-сосудистыми симпатоадреналовыми кризами или вегетативными расстройствами по смешанному типу, у женщин в климактерический период отмечаются и перманентные изменения психического состояния: чрезвычайная раздражительность, слезливость, склонность к дурному настроению или к быстрой смене настроений, астенический синдром, состояние тревоги и страха, нарушение сна, депрессивные, особенно астенодепрессивные и депрессивно-ипохондрические состояния [3].

Нами с помощью специального опросника и схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений, рассчитанных в баллах, была выявлена у женщин с патологическим климаксом значительно большая (в 2–4 раза и более) общая сумма баллов, чем у здоровых лиц (до 15 баллов по опроснику и до 25 — по схеме), что свидетельствует о наличии выраженного синдрома вегетативной дистонии [4].

В структуре вегетативных кризов, наиболее ярких проявлений синдрома вегетативной дистонии, обозначаемых в последние годы как панические атаки, наблюдаются полисистемные вегетативные расстройства в сочетании с эмоционально-аффективными нарушениями. Некоторые вегетативно-соматические симптомы могут проявляться как во время вегетативно-висцеральных кризов, так и вне их: локальная потливость, усиленная головная боль, затруднение дыхания (нехватка воздуха), появление тревоги и страха. По МКБ-10 панические расстройства относятся к рубрикам тревожных расстройств — F40 и F41, которые входят в класс невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (F40–F48).

Синдром вегетативной дистонии (СВД) на фоне патологического климакса связан с цереброваскулярной недостаточностью. Основной причиной ранних вазомоторных и психоэмоциональных симптомов в климактерический период является снижение, а затем полное прекращение выработки эстрогенов. Установлена генетически обусловленная в женском организме защитная роль эстрогенов, дефицит которых служит фактором повышенного риска заболеваний сосудов сердца и головного мозга в постменопаузальный период. Эстрогены оказывают гиполипидемическое, антиатерогенное действие, влияют на реакцию гладкой мускулатуры церебральных сосудов, на гемодинамику в разных сосудистых областях, на физиологические и биохимические механизмы регуляции сосудистого тонуса, вызывают увеличение содержания кальцийзависимой синтазы оксида азота в клетках эндотелия, обладают свойствами антиоксидантов и антагонистов кальция, вызывают дилатацию сосудов сердца и мозга.

Однако объяснить все патологические проявления в клинике при патологическом климаксе влиянием гормонов на эмоциональную, волевою сферу и на поведение невозможно. Многие женщины неправильно относятся к естественному возрастному периоду, воспринимают прекращение менструаций как катастрофу и наступление старости, и очень часто у них развивается депрессивное состояние, в основном ответственное

за патологически протекающий климакс [5]. Депрессия, сочетающаяся с паническими атаками и невротической тревогой, в зависимости от временного фактора может иметь первичный или вторичный характер.

Так, на фоне панических атак и ощущения климакса как жизненной катастрофы развивается вторичная депрессия. Но возможно и развитие первичной депрессии, особенно «маскированной» — до появления панических атак в соответствующем, переходном к климаксу возрасте. В отличие от больных эндогенной депрессией, преобладающих в психиатрических клиниках, чаще среди населения и в общей медицинской практике встречаются реактивные депрессии, возникшие в результате психического неблагополучия, психических травм и обозначаемые как скрытые, маскированные, ларвированные депрессивные расстройства [5].

В соответствии с критериями депрессии (DSM-IV, 1994; МКБ-10, раздел V, ВОЗ, 1996) у женщин с патологическим климаксом ее можно констатировать при наличии основных и отдельных дополнительных симптомов, выходящих за пределы психиатрии. К ним относятся: подавленное или пониженное настроение, утрата трудоспособности, утрата интересов или чувства удовольствия, а также нарушения сна, утомляемость или снижение активности, трудность сосредоточения, концентрации внимания, снижение полового влечения, расстройства аппетита и др. При этом наряду с вторичной депрессией у одной и той же женщины может наблюдаться и первичная, маскированная, депрессия.

Наиболее благоприятные результаты при лечении женщин в климактерический период дает сочетание гормональной терапии, психотерапии и антидепрессантов [5]. Однако прием только гормонов, содержащих эстрогены, далеко не всегда снимает вегетативные и другие нервно-психические нарушения. Вместе с тем доказана эффективность антидепрессантов, применяемых самостоятельно или в сочетании с другими препаратами для лечения психовегетативных расстройств, панических атак, связанных с недостаточностью глубинных, неспецифических структур мозга, с поражением лимбико-ретикулярного комплекса, пароксизмального и/или перманентного характера.

Начиная с 50-х годов XX ст., когда появились первые антидепрессанты, в последующие десятилетия их количество пополнялось новыми препаратами. В соответствии с современной концепцией депрессии эффект антидепрессанта заключается в устранении дефицита моноаминов, в основном серотонина, в центральной нервной системе. Доказано, что в основе различных состояний и расстройств при депрессии лежат общие патогенетические механизмы, связанные с недостаточностью центральных серотонинергических систем [6].

Основной причиной развития депрессивного состояния является дефицит серотонина (S_1) в синаптическом пространстве, в связи с чем назначают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране (СИОЗС). Одним из наиболее активных антидепрессантов последнего поколения является циталопрам (ципрамил), зарегистрированный в России в 1997, а в Украине — в 1999 г. Его клиническая эффективность связана с селектив-

ностью, достаточным клиническим действием, обеспечивающим редукцию депрессивной и коморбидной с ней тревожно-фобической симптоматики, незначительными побочными эффектами и минимумом интеракций с другими препаратами; препарат имеет пролонгированное действие с длительностью периода полувыведения более 24 ч, что позволяет назначать его один раз в сутки. Выпускается в таблетках по 10, 20 и 40 мг в форме гидробромида циталопрома. Оптимальная терапевтическая доза — 20 мг (1 таблетка в день). С учетом симптомов и индивидуальной реакции, например при панических расстройствах, можно начинать лечение с 10 мг, увеличивая дозу через неделю до 20 мг и более, ежедневно (максимально до 60 мг в сутки), курс во избежание рецидива — несколько месяцев. Необходимый эффект отмечается обычно к концу первых двух недель лечения. Ципраamil относится к препаратам первого ряда при лечении амбулаторных больных, пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, больных с общесоматической патологией. Имеются работы о применении ципрамила в неврологической практике [7, 8].

Нами было обследовано 16 женщин с патологическим климаксом в возрасте от 43 до 52 лет, которые ранее проходили лечение у гинеколога и/или у невропатолога без заметного улучшения. Длительность заболевания после прекращения менструаций составила у них от 5–7 мес до 2 лет. Жалобы включали наличие вегетативно-висцеральных кризов, в структуре которых возникали нарушения дыхания (нехватка воздуха), ритма сердца (учащенное сердцебиение), головная боль, локальная потливость (влажность ладоней, стоп, подмышечных впадин), ознобopodobный гиперкинез, чувство тревоги и страха, повышалось артериальное давление. Некоторые из указанных симптомов отмечались и вне пароксизмальных состояний: головная боль, локальная потливость, особенно во время частых «приливов» к лицу и голове, лабильные цифры АД и лабильность сердечного ритма. Независимо от кризов определялись и другие вегетативные нарушения: расстройство сна, общая утомляемость (упадок сил), нарушение аппетита (повышение или снижение), изменение окраски кожных покровов (мраморность) кистей, кожи лица (пятнистая гиперемия), плохая переносимость жары и духоты, ухудшение самочувствия при смене погоды, у отдельных женщин — повышение температуры до субфебрильных цифр (37–37,2°C) и др.

Ввиду отсутствия улучшения вегетативного статуса и наличия панических атак с депрессией, отсутствия эффекта от приема антипароксизмальных препаратов, аденоблокаторов, седативных средств всем больным впервые был назначен ципраamil по 10 мг 2 раза в сутки (утром и вечером). Курс лечения составил от 30 до 50 дней, у трех женщин — до 8 мес.

К концу второй недели приема ципрамила у больных был отмечен значительный положительный эффект: существенно реже и меньше их беспокоило сердцебиение, более редкими и менее выраженными стали «приливы» (особенно ночью), улучшился сон, значительно уменьшились головные боли, тревога и страхи, стабилизировались показатели АД. В кон-

Динамика вегетативных нарушений у женщин с патологическим климаксом при лечении ципрамилом (данные в%)

Вегетативные симптомы	До лечения	После лечения	P
Вегетативно-висцеральные кризы	100-6	31±12	< 0,001
Лабильность АД	100-6	38±12	< 0,001
Лабильность сердечного ритма	100-6	43±13	< 0,001
Локальная потливость	100-6	38±12	< 0,001
Затруднение при дыхании (чувство нехватки воздуха)	94±6	12±8	< 0,001
Расстройство сна	94±6	19±10	< 0,001
Астенические явления	94±6	25±11	< 0,001
Плохая переносимость холода, жары, духоты	94±6	43±13	< 0,01
Головная боль	88±8	19±10	< 0,001
Изменение окраски кистей, стоп (мраморность)	88±8	43±13	< 0,01
Ухудшение самочувствия при смене погоды	81±10	31±12	< 0,01
Наличие тревоги, страха	75±11	43±13	< 0,1
Ознобopodobный гиперкинез	69±12	25±11	< 0,02
Нарушение аппетита	62±12	12±8	< 0,01
Склонность к покраснению лица	56±13	19±10	< 0,1
Повышение температуры тела	12±8	6±6	> 0,1

це третьей недели после начала лечения ципрамилом при выписке из стационара у большинства пациенток отмечалось достоверное улучшение состояния, что видно из данных таблицы.

Побочные эффекты при лечении ципрамилом наблюдались у 4 (25+11%) больных в виде тошноты на протяжении 5–7 дней, в последующем регрессировавшей. После окончания курса лечения у трех пациенток возобновились симптомы прежнего состояния, депрессия, не позволявшая, по их словам, полноценно работать и жить. Им было предложено продолжить прием ципрамила в дозе 30 мг в сутки, и через 10 дней

депрессия и другие симптомы у них полностью регрессировали, женщины вновь приступили к работе. Несмотря на продолжающиеся в этот и последующий периоды эмоционально-психогенные стрессовые ситуации как на работе, так и дома, самочувствие этих женщин оставалось стабильным: сон был нормальным, АД не превышало средних величин, сохранялась нормальная работоспособность.

Таким образом, проведенное исследование дает основание рекомендовать ципрамил для лечения не только депрессивных состояний, но и других нейрогуморальных нарушений, связанных с климаксом.

Литература

1. Менделевич В.Д. Психопатология климакса.— Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1992.— 168 с.
2. Баранов В.Г. Климакс и патогенез некоторых нарушений климактерического периода // Клини. мед.— 1960.— № 12.— С. 18–23.
3. Гринштейн А.М. Заболевания эндокринно-вегетативного аппарата // Учебник нервных болезней. Т. II.— М; Л.: Госмедиздат, 1934.— С. 576–577.
4. Заболевания вегетативной нервной системы: Руковод. для врачей / Под ред. проф. А.М. Вейна.— М.: Медицина, 1991.— С. 48–51.
5. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.А. Голубев, Г.М. Дюкова.— М.: Мед. информ. агентство, 2002.— 157 с.
6. Van Praad. Serotonin precursors in the treatment of depression // Biol. psychiatr.— N.Y.: Raven Press, 1982.— P. 259–286.
7. Гехт А.Б., Боголенова А.Н., Сорокина И.Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.— 2002.— № 5.— С. 36–39.
8. Дюкова Г.М., Васильчиков Н.В., Воробьева О.В. Ципрамил в лечении вегетативных кризов (панических атак) // Лечение нервных болезней.— 2001.— № 2.— Т. 2.— С. 37–38.

Поступила 30.06.2004

PSYCHOVEGETATIVE MANIFESTATIONS OF PATHOLOGICAL CLIMAX IN WOMEN AND THEIR TREATMENT WITH CIPRAMILE

V.Y. Taytslin, V.A. Korshnyak

Summary

Non-psychotic neuropsychic disorders including depressive state and vegetative vascular manifestations in women of a climacteric period are discussed. The efficacy of course administration of Cipramile for their therapy was demonstrated.