

ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ

№4

2009

Депрессия и сексуальные
расстройства у женщин в естественной
и хирургической менопаузе

Депрессия и сексуальные расстройства у женщин в естественной и хирургической менопаузе

к.м.н. А.Я. Перехов,

*доцент кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ,
доцент кафедры психологии ФГУ*

Резюме: В статье дается патогенетическое обоснование развитию депрессий и сексуальных расстройств у женщин в климактерическом периоде. Рассматриваются подходы к терапии. Принципы терапии включают в себя лечение антидепрессантами, частое, но не обязательное применение транквилизаторов, психотерапию. Оправданно назначение местной или системной эстрогензаместительной терапии в качестве патогенетической терапии. Однако, при эндогенной депрессии традиционная эстрогено-гестагеновая терапия не влияет на снижение либидо и может утяжелять состояние. В этих условиях для терапии депрессивных расстройств в менопаузе может применяться ткане-селективный регулятор эстрогенной активности тиболон (Ливиял®).

Ключевые слова: менопауза, депрессия, сексуальные расстройства, тиболон, ГЗТ.

Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной функции [1].

По мнению многих исследователей, климакс является одновременно и нормой, и болезнью: нормой потому, что климакс – в женском организме явление закономерное, а болезнью потому, что это стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном счете к снижению жизнеспособности организма.

На частоту и выраженность симптомов климакса, как естественного, так и хирургического, существенно влияют биологические (в первую очередь эндокринные), индивидуально-психологические, а также культуральные и социально-экономические факторы. К последним относятся: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придают циклическим ежемесячным кровянистым выделениям и освобождение от стигмы «менструации»; б) значимость бездетности; в) социальное положение женщины в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы, как к сексуальному партнеру; д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины и

возможность выполнения ею новых или альтернативных функций; ж) доступность качественной медицинской помощи в связи с симптомами пери- и постменопаузы (по В.Д.Менделевичу, 1998).

Особенно тяжело переживается наступление менопаузы женщинами с гиперфемининной позицией, видевших цель своей жизни «быть только замужем», а также в задаче рождения и воспитания детей. Самым неблагоприятным образом менопауза протекает у женщин, подошедших к инволюционному возрасту с нерешенными проблемами, особенно у одиноких. На фоне возникающих психологических, психопатологических и психосоматических проблем климакс воспринимается как катастрофа. При этом возможны различные варианты поведения: безразличие, приспособление, постоянное невротическое реагирование и активное преодоление. Последний вариант связан с обращением за помощью к врачам (эндокринологам, гинекологам, реже психотерапевтам и психиатрам) и к психологам. Особо тяжело переносится многими женщинами гистерэктомию (с полной или частичной овариэктомией), которая влияет на самооценку женщины, чаще всего из-за предполагаемого сексуального дефекта. Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и, нередко, символической значимостью удаленных органов. В связи с низкой сексуальной и медицинской культурой большинства женщин возникают

Депрессии, связанные с менструальным циклом и репродуктивной функцией у женщин

Период	Психические расстройства
Климактерический	<ul style="list-style-type: none"> • Эпидемиологическая депрессия • Психогенная депрессия • Эндогенная депрессия • Ипсилонивная депрессия (в постменопаузе)
Искусственный климактерий (хирургическая менопауза)	<ul style="list-style-type: none"> • Постастрикционный синдром • Постгистерэктомический синдром (без симптомов вострой гистерэктомии)

переживания, связанные с «интимной неполноценностью».

Картина климактерического синдрома складывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов.

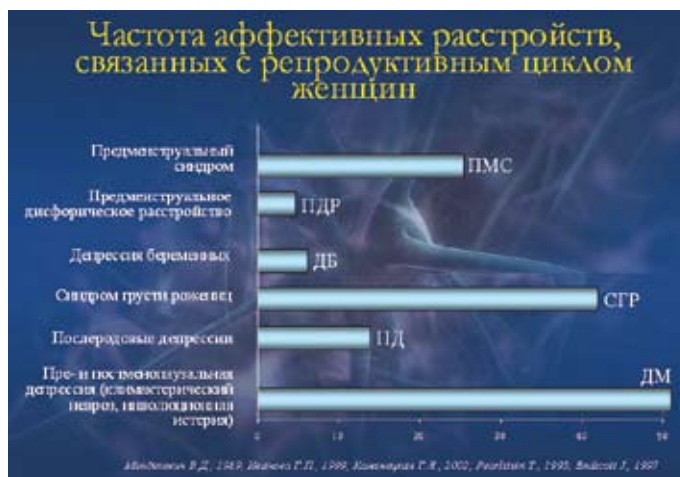
Традиционно психопатология представлена астеническими, тревожно-депрессивными, сенестопихондрическими и истерическими симптомами, а также сексуальными расстройствами в виде аноргазмии и алибидемии. Очень часто депрессия протекает в соматизированной форме под видами различных соматических дисфункций (синдром раздраженного толстого кишечника, мигрени и др.)

Высокая распространенность депрессий у женщин определяется наличием сугубо женских, социально-психологических и семейных проблем. Дискриминация женщин, одиночество, бесплодие, разводы, проблемы у детей, неравноправие с мужчинами – частые причины развития таких состояний.

Изменения эмоционального состояния женщин многие ученые связывают с менструально-генеративной функцией. И, как правило, именно депрессивные состояния характерны для «слабого пола» и характеризуются лучшей выявляемостью и коррекцией.

Самыми частыми являются депрессии именно в менопаузе, и это дает право считать данную проблему актуальной и заслуживающей внимание врачей различных специальностей (гинекологов, психиатров, эндокринологов и терапевтов) [2].

Высокая распространенность ДМ (депрессии менопаузы) отражает уязвимость женщин 40–45 лет к аффективной патологии. Кроме того, картина ДМ определяется различной



степенью тяжести и характеризуется резистентностью к терапии. У женщин, не имевших в прошлом ПМС, ДБ (депрессии беременных), ПД (послеродовые депрессии) повышаются шансы пережить менопаузу без аффективной патологии.

Эндогенная депрессия в период климактерия характеризуется следующими параметрами:

- Манифестация: в пре- или перименопаузе.
- Причина – эндогенное заболевание с наследственной предрасположенностью.
- Наследственность отягощена психической патологией.
- Не зависит от выраженности климактерических симптомов.
- Психогенные факторы могут провоцировать начало первого приступа, но не влияют на дальнейшее течение заболевания.
- С нарастанием тяжести эндогенной депрессии приливы жара исчезают и появляются вновь, на выходе из депрессии.
- Нарушение засыпания из-за тревоги, раннее пробуждение, утрата чувства сна.
- Снижение аппетита, потеря вкусовых ощущений, похудание.
- Половое влечение снижается или совсем исчезает.
- Состояние хуже утром.
- Характерны идеи самообвинения и самоуничижения, суицидальные мысли.
- Гормональная терапия (гестагены) выявляют или обостряют депрессивную симптоматику.



Психогенная депрессия

- Манифестация: пременопауза, реже – постменопауза
- Причины – психогенные (потеря, утрата)
- Наследственность отложена личностными и психогенными расстройствами, алкоголизмом
- Тяжесть депрессии не зависит от выраженности соматовегетативных расстройств
- Психогенная депрессия может провоцировать начало климактерической дисфункции или способствовать ее развитию
- Содержание психической травмы отражается в климактерической картине заболевания
- Снижение аппетита, потеря веса (особенно в начале болезни)
- Климактерические вегетативно-сосудистые нарушения отходят на второй план (дезактуализуются) и становятся актуальными в разрешительной ситуации или затухающем остром переживании
- Чувство собственной вины и раскаяния связано с психогенным фактором. Реже бывают суицидальные попытки
- Нарушено засыпание из-за постоянных воспоминаний, связанных с ситуацией, сон поверхностный
- Состояние ухудшается обычно к вечеру (чувство одиночества, утрата, ревность)
- Гормональные препараты не влияют на течение депрессии либо усугубляют ее

Климактерическая депрессия

- Манифестация: пременопауза (39-56 лет)
- Причины – дефицит эстрогенов, нарушение адаптационных механизмов в нейроэндокринной системе
- Наследственная предрасположенность преимущественно к патологическому течению климактерия (климактерический синдром, ранний, до 42 лет, менопауза) и сердечно-сосудистым заболеваниям
- Выраженность и динамика депрессии зависят от тяжести соматовегетативных нарушений и продолжительности климактерия
- Отрицательное воздействие психоэмоциональных и культуральных факторов может усиливать депрессивные проявления
- Нарушена сон связана с ночными приливами жара
- Аппетит не изменяется или повышается. Чисто отмечается прибавка в весе. Извращение вкусовых ощущений, непродолжительное желание употребить некоторые продукты питания (в том числе алкоголя)
- Половое влечение не изменяется или повышается
- Отсутствие суточных колебаний настроения
- Преобладает тревога, пессимизм, общность, нищенская настроенность, страх смерти
- Положительный эффект терапии эстрогенами

Сексуальные расстройства у женщин в этот период жизни встречаются часто, наиболее частым является снижение либидо, вплоть до его исчезновения, притупление или отсутствие оргазма. Многовариантность сексуальных женских расстройств в климаксе обусловлена разными причинами: психологическим состоянием, злоупотреблением психоактивных веществ, аффективными расстройствами (в первую очередь, различными вариантами депрессии), гормональными нарушениями. В случае дефицита эстрогенов на первый план выступают сексуальные нарушения, не связанные с либидо, а имеющие отношение к проведению сексуальных действий – сухостью слизистой влагалища, диспареунией, а также вазомоторные расстройства [3,4].

У многих женщин проводимая эстрогеновая заместительная терапия редуцирует эти симптомы, но на снижение либидо никак не реагирует. Наоборот, классическая заместительная терапия (сочетание эстрогенов с гестагенами для профилактики нежелательных явлений в эндометрии, молочных железах и в костной ткани) приводит, достаточно часто сама по себе, к депрессивно-дисфорическим состояниям и нарушениям сексуального влечения. Практически при

всех вариантах депрессий – эндогенных, соматизированных, психогенных – сексуальное влечение снижается.

Принципы терапии депрессивных нарушений у женщин в естественной и хирургической менопаузе включают в себя обязательное лечение антидепрессантами, частое, но не обязательное применение транквилизаторов, психотерапию, а также гормональную терапию.

При климактерической депрессии, по данным литературы, назначение эстрогензаместительной терапии является патогенетическим, наряду с антидепрессантами.

При психогенной депрессии обязательно проведение психотерапии. Гормональная терапия показана, если присутствуют любые другие признаки патологического климакса (собственно эндокринные и вегетативные).

При эндогенной депрессии назначение эстрогенов либо не оказывает существенного действия, либо даже утяжеляет (в случае эстрогено-гестагеновой терапии) состояние.

Однако, эволюция заместительной гормональной терапии в виде появления ткане-селективного регулятора эстрогенной активности – тиболона (Ливиала®), возможно, изменит отношение к терапии депрессивных расстройств в менопаузе.

Тиболон имеет высокое сродство к эстрогеновым рецепторам, высоким аффинитетом к рецепторам прогестерона и частично стимулирует андрогенные рецепторы [5]. Использование тиболона в терапии не только климактерической, но и психогенной, и даже эндогенной депрессии в виде лекарства, усиливающего действие антидепрессантов, возможно, но только в том случае, если необходима по эндокринно-гинекологическим показаниям. Тиболон не обладает собственным выраженным антидепрессивным эффектом, он снижает предрасположенность женщин к депрессивным расстройствам. Необходимо указать, что пока нет достоверных данных о связи между низким уровнем тестос-

стерона и депрессии у женщин, исследования использования тестостерона при лечении депрессии пока не рандомизированы. Однако, есть достоверные исследования у мужчин о соотношении тяжести депрессии с низким уровнем биодоступного тестостерона.

В случае хирургической менопаузы добавление тестостерона к терапии эстрогенами приводит к уменьшению симптомов депрессии, причем выяснено, что это происходит через повышение уровня бета-эндорфина в гипофизе и плазме крови. Существующие данные позволяют указать на благоприятные эффекты препарата при лечении депрессии, которые достоверно выраженнее, чем у плацебо, и, возможно, более выраженные, чем у заместительной терапии эстрогенами [6].



Сексуальные нарушения в период менопаузы, как уже говорилось выше, имеют множество причин, причем чаще всего они взаимосвязаны.

Гормональная терапия, даже самая современная, не решит тяжелые психологические проблемы, не вылечит от тяжелой эндогенной депрессии, однако, даже в этих случаях может способствовать успешной психофармакотерапии и психотерапии. Если снижение сексуального желания первично, связано с патологическим климаксом (особенно в случаях гистерэктомии с овариэктомией), из-за явного снижения уровня тестостерона, то назначение заместительной терапии тиболоном, учитывая комплексное воздействие не только на эстрогены,



но и на андрогены, может оказать прямое патогенетическое влияние на либидо [7].

Главное в современной медицине – не лечение отдельных симптомов, синдромов и даже болезней, как самоцель. Главное – это дать возможность пациенту через избавление от болезни иметь высокое качество жизни.

При естественной и хирургической менопаузе больше всего мешают получать удовольствие от жизни сниженное настроение (депрессия, тревога), а также нарушение таких витальных функций, как аппетит, сон, сексуальное влечение. Отношение к сексуальности у современной женщины разительно отличается от таковой у женщин прежних поколений. Сексуальное желание и удовлетворение для женщины имеют не меньшее значение, чем для мужчин [8].

Особого внимания требуют женщины, перенесшие гистерэктомию и овариэктомию, так как при хирургической менопаузе все возможные патологические последствия возникают остро, быстро, гораздо тяжелее переносятся женщинами из-за более раннего срока




возникновения менопаузы, дополнительных психотравмирующих переживаний, связанных с семейно-сексуальными переживаниями, комплексами «женской неполноценности» [9].

Такие пациентки нуждаются не только в лечении современными средствами гормональной терапии (тиболоном), но и, при недостаточном их эффекте – в психотерапии, психотерапии, консультации психиатров, сексопатологов, психологов. Безусловно, и психиатрам необходимо обращать внимание на особенности течения аффективных и сексуальных расстройств у женщин в период естественной и хирургической менопаузы, при необходимости решать с гинекологами и эндокринологами вопрос о назначении современной гормональной терапии.

Ливиял® - уникальная возможность для пациенток, ЧТОБЫ ЖИТЬ ПОЛНОЙ ЖИЗНЬЮ!

Что хочет женщина?

- > Быть любимой
- > Желанной
- > Красивой
- > Сексуальной



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сметник В.П. Медицина климактерия. Москва, Литера, 2006, 847 с.
2. Гальцев Е.В., Казенашев В.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстроген-обусловленными урогенитальными расстройствами. ОРЖИН, 2007, № 2, с. 4-9.
3. Davis S. Влияние тиболона на настроение и либидо. (The effects of tibolone on mood and libido). Menopause 2002; 9(3):162-70.
4. Egarter Ch., et al. Tibolone versus conjugated estrogens and sequential progesterone in the treatment of climacteric complaints. Maturitas 1996 Feb;23(1):55-62.
5. Сметник В.П. Индивидуализация подбора заместительной гормонотерапии. Климактерий, 2002, № 2.
6. Genazzani A.R., Pluchino N., et al. Beneficial effect of tibolone on mood, cognition, well-being, and sexuality in menopausal women. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2006;2(3) 299-307.
7. Nathorst-B s J., Hammar M. Effect on sexual life – a comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. Maturitas 1997 Jan;26(1):15-20.
8. Castelo-Branco C., et al. Maturitas 2000 Feb 15; 34(2):161-8.
9. Доброхотова Ю.Э. Ливиял как средство реабилитации после гистерэктомии. Гинекология, 2003. № 2.