

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Антонова А.А.

*ГБОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, e-mail: 64antonova@gmail.com*

Проведено исследование с участием 130 женщин в возрасте от 45 до 55 лет с непсихотическими психическими расстройствами в периоде перименопаузы. Группу контроля составили 50 женщин в перименопаузе с физиологическим течением климактерия и без психической патологии соответствующего возраста. В ходе исследования был проведен анализ динамики и сравнительный анализ эффективности лечения непсихотических психических расстройств у женщин в перименопаузе по показателям качества жизни шкалы SF-36. Подход к лечению основной группы был дифференцирован в зависимости от степени климактерического синдрома (КС): женщины с легким КС получали лечение агомелатином 25–50 мг на ночь, при КС умеренной выраженности к агомелатину добавляли алимемазин 5–10 мг вечером. В группе сравнения женщинам назначался классический антидепрессант amitriptyline 25–75 мг/сутки, с целью коррекции выраженной тревоги — феназепам 0,5–3 мг/сутки. В результате дисперсионного анализа установлено, что у работающих пациенток жизненная активность (VT при оценке SF-36) снижается из-за семейных трудностей: болезни или смерти близких, проблем с детьми или между супругами. У женщин с непсихотическими психическими расстройствами в перименопаузе дифференцированная психофармакотерапия была эффективнее классической терапии на 4-й и 8-й неделе лечения по показателям качества жизни: «Жизненная активность», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психическое здоровье».

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, качество жизни, климактерический синдром, агомелатин

## COMPARATIVE ANALYSIS OF THERAPY NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN MENOPAUSE WOMEN IN TERMS OF QUALITY OF LIFE

Antonova A.A.

*Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia, e-mail: 64antonova@gmail.com*

A study involving 130 women aged 45 to 55 years, with non-psychotic mental disorders in perimenopausal period. The control group consisted of 50 perimenopausal women with physiological menopause and without mental pathology appropriate age. The study analyzed the dynamics and comparative analysis of the effectiveness of treatment of non-psychotic mental disorders in perimenopausal women in terms of quality of life scale of the SF-36. The approach to the treatment of the main group was differentiated depending on the degree of the climacteric syndrome (CS): Women with mild CS treated with agomelatine 25-50 mg at night, when the COP to moderate severity agomelatine added alimemazi 5–10 mg in the evening. In the comparison group of women appointed classic antidepressant amitriptyline 25–75 mg / day, and for the correction of severe anxiety Phenazepamum 0,5–3 mg / day. As a result of analysis of variance revealed that the working life activity of patients (VT when assessing the SF-36) is reduced because of family difficulties: illness or death of loved ones, problems with children or between spouses. Women with non-psychotic mental disorders in perimenopausal differentiated psychopharmacotherapy was effectively the classical treatment for 4 and 8 weeks of treatment in terms of quality of life: «The life activity», «role functioning due to emotional state», «Mental Health» and the general terms of «psychological components of health» measured on a scale of the SF-36.

Keywords: non-psychotic mental disorders, quality of life, menopause, agomelatine

Актуальность исследования определяется высоким уровнем патологических вариантов течения климактерического синдрома в перименопаузе у женщин. Доля непсихотической патологии в России за последнее время возросла в основном за счет увеличения психоэмоциональных нагрузок, что привело к снижению качества жизни населения [9]. Для женщин с непсихотическими психическими нарушениями в

перименопаузе характерны депрессивные, ипохондрические, психосоматические и соматоформные расстройства [4, 6, 7, 8]. Возникновение климактерического симптомокомплекса в перименопаузе связано дисфункцией гипоталамических структур в период перестройки нейроэндокринной системы на фоне прогрессирующего угасания функции яичников [5].

Показатель качества жизни является одним из показателей эффективности тактики здравоохранения и входит в национальные медицинские программы многих стран. Многочисленные исследования указывают на выраженное снижение показателей качества жизни пациентов с психическими расстройствами в сравнении с пациентами общемедицинских стационаров. Выделены специфические нарушения определенных параметров качества жизни при различных психических расстройствах. Например, у пациентов с выраженной тревогой больше всего страдает психическое здоровье и снижается социальная активность; у пациентов с нарушениями пищевого поведения снижается социальная активность; у пациентов с аффективными нарушениями происходит снижение всех параметров качества жизни [10].

В вопросах лечения климактерического симптомокомплекса необходимо придерживаться индивидуальных подходов при выборе методов лечебного воздействия, этапного ее оказания смежными специалистами. В качестве подходов альтернативных заместительной гормонотерапии в лечении и реабилитации непсихотических психических расстройств в перименопаузе исследователями были предложены модели фармакотерапии, психотропные препараты и фитопрепараты, здоровый образ жизни, фитоэстрогены, магнитотерапия.

Установлено, что мелатонин оказывает подавляющее действие непосредственно на гипофиз, уменьшая освобождение лютеинизирующего гормона и фолликулстимулирующего гормона [3]. Поэтому дальнейшее изучение роли мелатонина в возникновении климактерического синдрома позволит понять возможности психофармакотерапии рассматриваемых расстройств [1, 2].

Таким образом, сохраняется актуальность разработки дифференцированных подходов лечения непсихотических психических расстройств у женщин в периоде перименопаузы с учетом качества жизни пациенток.

### **Цель исследования**

Проведение сравнительного анализа эффективности лечения непсихотических психических расстройств по показателям качества жизни у женщин в перименопаузе.

### **Материалы и методы исследования**

В исследование вошли 130 женщин в возрасте от 45 до 55 лет (в среднем  $50,5 \pm 3,5$  года) с непсихотическими психическими расстройствами в периоде перименопаузы, а в группу контроля — 50 женщин в перименопаузе с физиологическим течением климактерия и без психической патологии (средний возраст  $50,4 \pm 3,1$  года). Длительность климактерических нарушений варьировала от начала нерегулярного цикла в течение 5 месяцев до отсутствия менструального цикла в течение 2 лет.

Исследование проводилось с использованием шкалы для оценки качества жизни — «SF-36 Health Status Survey». Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (Ver. 12.0).

После включения пациенток в исследование в соответствии с программой женщины с непсихотическими психическими расстройствами и климактерическим синдромом (КС) случайным образом были разделены на две группы. Лечение в основной группе (62 женщины) проводилось дифференцированно в зависимости от степени выраженности КС (при оценке по менопаузальному модифицированному индексу). Пациентки с легким течением КС получали агомелатин 25–50 мг за 30–40 мин до сна. А женщинам с КС средней степени тяжести дополнительно к 25–50 мг агомелатина назначался алимемазин 5–10 мг вечером первые три дня, затем при необходимости прием алимемазина переносился на утро. В группе сравнения (68 женщин) назначался классический антидепрессант amitриптилин 25–75 мг/сутки, и с целью коррекции выраженной тревоги — феназепам 0,5–3 мг/сутки.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Для оценки качества жизни женщин использовалась шкала SF-36. На рисунке 1 представлена диаграмма, на которой видно, что в отличие от группы контроля женщины с психопатологической симптоматикой и климактерическим синдромом достоверно отличались по компонентам как психологического, так и физического здоровья ( $p < 0,05$ ). У пациенток выявлялись достоверные различия по всем показателям, кроме шкалы физического функционирования (PF) и интенсивности боли (BP). Ниже средних значений опустились показатели по шкалам «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ( $p < 0,05$ ); «Общее состояние здоровья» ( $p < 0,05$ ); «Жизненная активность» ( $p < 0,05$ ); «Социальное функционирование» ( $p < 0,05$ ); «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ( $p < 0,05$ ); «Психическое здоровье» ( $p < 0,05$ ).

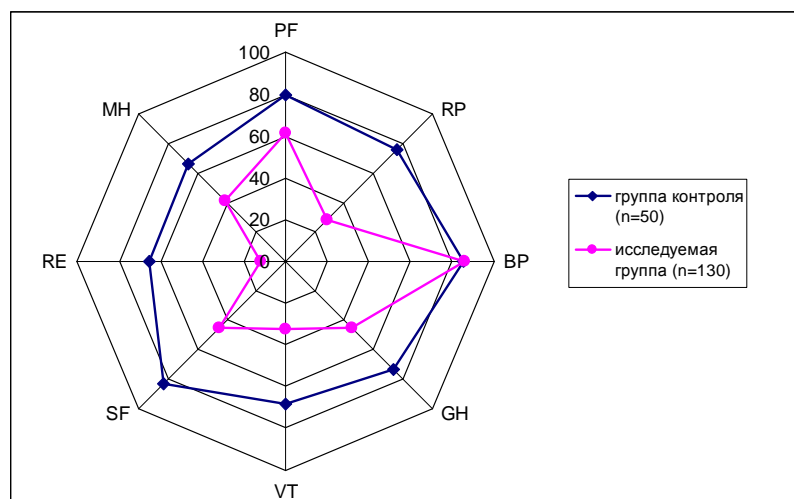


Рис. 1. Распределение показателей качества жизни по компонентам здоровья у женщин в перименопаузе

Примечание: PF – Физическое функционирование (Physical Functioning), RP – Роль физическое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning), BP – Интенсивность боли (Bodily pain), GH – Общее состояние здоровья (General Health), VT – Жизненная активность (Vitality), SF – Социальное функционирование (Social Functioning), RE – Роль эмоциональное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional), MH – Психическое здоровье (Mental Health)

В результате дисперсионного анализа качества жизни женщин с НППР достоверными оказались зависимость изменений показателей «Интенсивность боли» и «Жизненная активность» от действия психотравмирующего события ( $\lambda$  Уилкса = 0,36,  $p=0,02$ ). У неработающих женщин качество жизни достоверно снижено по шкале «Интенсивность боли» вследствие отсутствия работы ( $p<0,05$ ), по шкале «Жизненная активность» ( $p=0,04$ ) — вследствие развода или измены супруга, а у работающих женщин жизненная активность снижается из-за семейных трудностей: болезни или смерти близких, проблем с детьми или между супругами.

Анализ динамики и сравнительный эффективности лечения по показателям качества жизни

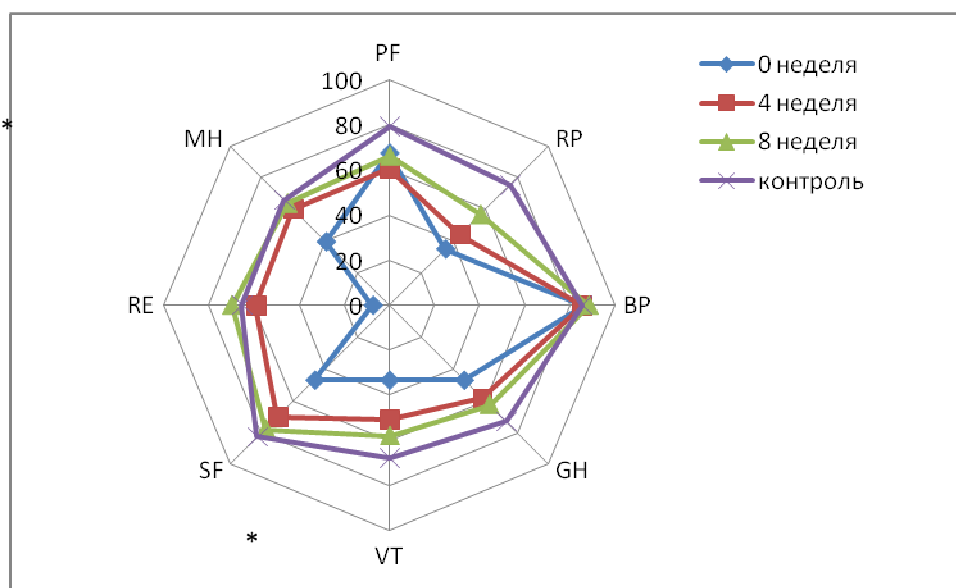


Рис. 2. Динамика показателей SF-36 в основной группе на различных этапах лечения

Примечание: PF – Физическое функционирование, RP – Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – Интенсивность боли, GH – Общее состояние здоровья, VT – Жизненная активность, SF – Социальное функционирование, RE – Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – Психическое здоровье.

Примечание: \* - сравнительная эффективность доказана по показателям VT, RE, MH

На рисунке 3 представлены показатели качества жизни в динамике на 4-й и 8-й неделе в группе сравнения с учетом исходных значений и показателей контрольной группы.

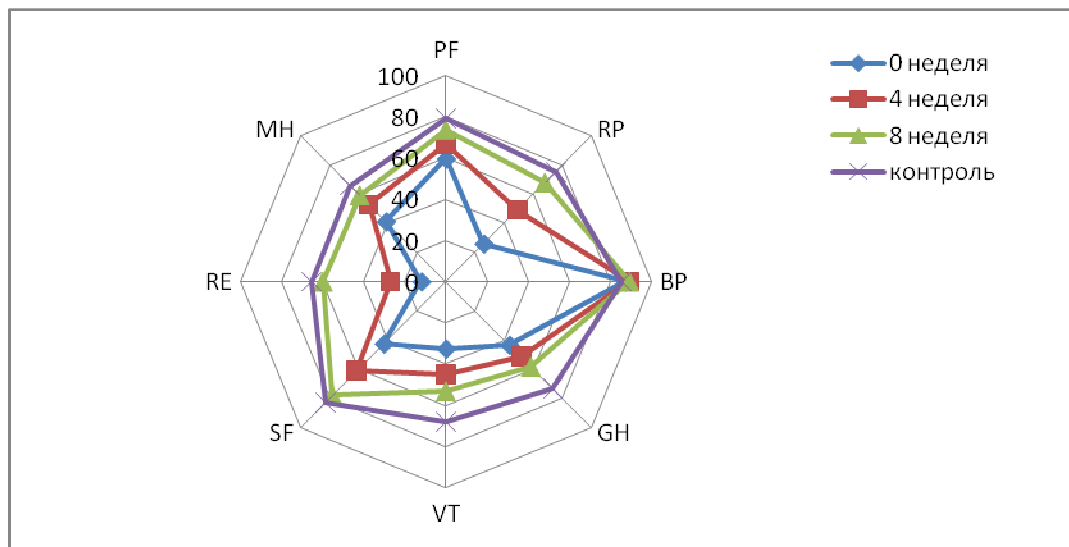


Рис. 3. Динамика показателей SF-36 в группе сравнения на различных этапах лечения.

Примечание: эффективность не доказана, при  $p > 0,05$ .

Примечание: PF – Физическое функционирование, RP – Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – Интенсивность боли, GH – Общее состояние здоровья, VT – Жизненная активность, SF – Социальное функционирование, RE – Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – Психическое здоровье

На 4-й неделе лечения достоверные межгрупповые различия выявлялись по общему показателю «Психологический компонент здоровья», «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психическое здоровье». В основной группе на 4-й неделе по общему показателю «Психологический компонент здоровья» баллы в основной группе повысились в среднем до уровня 43,27, в группе сравнения этот показатель был ниже — 35,64 баллов ( $p=0,0003$ ). По шкале «Жизненная активность» в основной группе значения повысились до уровня 50,83 баллов, а в группе сравнения — 45,34 баллов ( $p=0,04$ ). По шкале «Социальное функционирование» в основной группе повышение показателей составило 70,22 баллов, в группе сравнения этот показатель был значительно ниже — 61,40 баллов ( $p=0,02$ ). По шкале «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» значения в основной группе выросли до уровня 59,39 баллов ( $p=0,0001$ ), а в группе сравнения составили лишь 26,75. По шкале «Психическое здоровье» на 4-й неделе лечения в основной группе рост баллов дошел до уровня в 60,56 баллов, а в группе сравнения — 52,78 баллов ( $p=0,0003$ ).

На 8-й неделе достоверные межгрупповые различия были выявлены по общим показателям «Психологический компонент здоровья» и «Физический компонент здоровья», а

также по подшкалам «Жизненная активность» (VT), «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Психическое здоровье» (MH).

В основной группе по общему показателю «Психологический компонент здоровья» баллы выросли до уровня 47,62, в группе сравнения показатель был несколько ниже — 51,06 ( $p=0,03$ ). По общему показателю «Физический компонент здоровья» в основной группе балл составил 48,49, в группе сравнения — 43,43 ( $p=0,01$ ). По шкале «Жизненная активность» на 8-й неделе терапии в основной группе изменения составили 58,06 баллов, в группе сравнения — 53,12 баллов ( $p=0,008$ ). По шкале «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» выявляется некоторое преимущество в показателях основной группы — 72,23 баллов, в группе сравнения — 59,65 баллов ( $p=0,0001$ ). И по показателю «Психическое здоровье» в основной группе уровень достиг 64,11 баллов, в группе сравнения — 59,13 ( $p=0,02$ ).

По результатам сравнительного анализа на 4-й неделе лечения  $t$ -критериям можно доверять по показателям «Жизненная активность», «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психическое здоровье» и общему показателю «Психологический компонент здоровья».

Таким образом, доказано, что на 4-й неделе лечение в основной группе превосходит по эффективности лечение в группе сравнения по показателям качества жизни: «Жизненная активность», «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психическое здоровье» и общему показателю «Психологический компонент здоровья».

По результатам сравнительного анализа по окончании курса терапии на 8-й неделе лечения однородность дисперсий выявляется по тем же показателям, что и на 4-й неделе лечения: по показателю «Жизненная активность», «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психическое здоровье» и общему показателю «Психологический компонент здоровья». Таким образом, результатам  $t$ -критерия можно доверять.

## **Выводы**

1. Качество жизни женщин с непсихотическими психическими расстройствами резко отличается от женщин климактерического возраста без психопатологической симптоматики. Физическая активность и повседневная деятельность значительно ограничены вследствие физического упадка и ухудшения эмоционального состояния. Пациентки не только низко оценивают состояние собственного здоровья в настоящий момент, но и пессимистичны к

перспективам лечения. Низкие показатели по шкале «Психическое здоровье» свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

2. Установлено, что пациентки чувствуют себя обессиленными, утомленными, жизненная активность у работающих женщин снижена вследствие семейных психогений: болезни или смерти близких, проблем с детьми или между супругами.

3. Доказано, что дифференцированная психофармакотерапия в зависимости от выраженности климактерического синдрома на 4-й и 8-й неделе лечения эффективнее по показателям качества жизни: «Жизненная активность», «Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психическое здоровье» и общему показателю «Психологический компонент здоровья» при оценке по шкале SF-36.

### Список литературы

1. Антонова А.А. Современный взгляд на проблему развития психических расстройств у женщин в перименопаузе / А.А. Антонова, Е.В. Бачило, Ю.Б. Барыльник // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. — № 2. – С. 379–383.
2. Барыльник Ю.Б. Особенности терапии психических расстройств у женщин в периоде менопаузы (обзор литературы) / Ю.Б. Барыльник, А.А. Антонова, Е.В. Бачило // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013. – № 6. – С. 23–31.
3. Комаров Ф.И. Суточные ритмы в клинике внутренних болезней / Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт, Н.К. Малиновская // Клиническая медицина. – 2005. – Т. 83. — № 8. – С. 8–12.
4. Медведев В.Э. Терапия непсихотических депрессий в рамках инволюционной истерии (опыт применения вальдоксана) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 4. – С. 14–18.
5. Сметник В. П. Руководство по климактерию: учебное пособие. – М.: МИА, 2001. – С. 685.
6. Смулевич А.Б. Типология ипохондрических развитий в соматической клинике / А.Б. Смулевич, Б.А. Волель // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы российской конференции. – 2007. – С. 87–88.
7. Тарицина Т.А. Психотерапевтическая коррекция психических нарушений у женщин в климактерическом периоде: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 157 с.
8. Тювина Н.А. Депрессии у женщин в период климактерия и их лечение / Н.А. Тювина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 1. – С. 36–39.

9. Цыганков Б.Д. Роль группотрированной психотерапии в комплексном лечении психогенно-обусловленных нарушений климактерического периода / Б.Д. Цыганков, Ю.Т. Джангильдин, Т.А. Тарицина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение. – С. 299–300.

10. Цыганков Б.Д. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / Б.Д. Цыганков, Я.В. Малыгин, Ю.В. Добровольская, А.Н. Ханнанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 6. – С. 91–94.

**Рецензенты:**

Оруджев Н.Я., д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград;

Каледа В.Г., д.м.н., «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН, г. Москва.