

**С.А. Чумак**, к.м.н., старший научный сотрудник отдела радиационной психоневрологии ГУ «Научный центр радиационной медицины АМН Украины», г. Киев

# Особенности течения депрессии у женщин в климактерическом периоде

В жизни женщины выделяют два основных критических биологических периода: пубертат с менархе и становлением детородной функции и климактерий, характеризующийся угасанием детородной функции. Особенностью этих фаз является психосоматическая лабильность и уязвимость, определяющие возникновение разнообразных психических нарушений [5, 6], на которые с давних времен обратили внимание психиатры.

## Климактерический период — норма или патология?

Климактерий — физиологическое явление, тем не менее у 75–80% женщин отмечаются патологические отклонения, составляющие так называемый климактерический синдром (КС) [1]. Симптомы климактерия можно разделить на три основные группы: соматовегетативные, эндокринные и психоэмоциональные [2].

По данным современных исследователей [7], изучавших клинические проявления климакса у женщин в возрасте 45–54 лет с продолжительностью заболевания в пределах 5 лет, самый высокий уровень нарушений был отмечен в психоэмоциональной сфере — 78,4%, в то время как соматовегетативные и эндокринные изменения выявлялись соответственно лишь у 63,6% и 46,6% женщин, что указывает на значительный удельный вес психопатологии в клинике климактерических расстройств у женщин.

## Многогранность климактерического синдрома

Психические проявления патологически протекающего климакса многообразны [14, 15]. Это плохое настроение, пониженная способность получать удовольствие, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность, нарушение концентрации внимания, обидчивость, раздражительность, плохой контроль над любыми эмоциями, тревожность, мнительность, ранимость, чувствительность, слезливость, агрессия и враждебность. Неблагополучие в психической сфере, как правило, сочетается с многочисленными вегетативными расстройствами: сердцебиением, колебаниями артериального давления, повышенной потливостью (особенно ночью), нехваткой воздуха, плохой переносимостью холода и жары, ознобами, дрожью. Наиболее типичное проявление патологически протекающего климакса — приливы. Их частота и выраженность прямо связаны со степенью психических расстройств. Чем грубее нарушения в эмоционально-личностной сфере, тем чаще возникают и тяжелее протекают приливы [12].

## Возможности терапии. Что выбрать?

Лечение климактерической депрессии предполагает обязательное сочетание немедикаментозных и медикаментозных средств. Из первых необходимо уделить особое внимание изменению режима дня и питания. Очень важную роль при лечении играют различные виды психотерапевтического лечения [13].

Фармакологическое лечение включает две основные группы препаратов: гормональную терапию и психотропные средства. Назначение гормональной терапии — прерогатива гинекологов-эндокринологов. Однако гормональная терапия не всегда может устранить многочисленные психические и психовегетативные расстройства. Кроме того, следует помнить, что некоторые прогестины могут обострять депрессию [1]. Несмотря на кажущиеся преимущества заместительной терапии, она не получила широкого распространения в связи с большим числом пациенток, имеющих противопоказания к этой терапии (миома матки, эндометриоз, фиброзно-кистозная мастопатия и др.), большим количеством побочных эффектов и недостаточной эффективностью в отношении психоэмоциональных расстройств. Для их купирования часто необходимо назначать психофармакологическое лечение и сочетать его с курсами психотерапии [13].

## Требования к психофармакотерапии

При проведении психофармакотерапии желательнее использовать антидепрессанты, обладающие вегетотропной активностью, способные купировать климактерические проявления. Эти препараты должны быть хорошо переносимыми и обладать минимумом побочных эффектов, чтобы исключить фармакологическое потенцирование соматоэндокринных проявлений патологического климактерия. В связи

с большой представленностью тревоги в структуре климактерической депрессии, необходим антидепрессант с анксиолитическим компонентом действия. Важно также иметь в виду частоту соматической патологии у женщин в период климактерия и возможность проведения заместительной гормональной терапии по поводу специфических климактерических расстройств, что предполагает хорошую сочетаемость антидепрессанта с соматотропными и гормональными препаратами. Многие женщины в этот период стремятся к сохранению работоспособности и социального статуса, поэтому им назначают препарат, не снижающий когнитивные функции и не обладающий седативным эффектом [2].

## Коаксил — значительные преимущества в лечении тревожно-депрессивных состояний у женщин в климактерическом периоде

Из современных антидепрессантов всем перечисленным требованиям отвечает Коаксил [2].

В результате проведенных исследований эффективности Коаксила у женщин с депрессивными расстройствами в климактерическом периоде были получены данные, подтверждающие его высокую антидепрессивную эффективность, активность в отношении тревожных расстройств, выраженный вегетотропный эффект и хорошую переносимость.

## Высокая антидепрессивная эффективность

По результатам исследования Н.А. Тювиной и др. с участием 57 женщин с депрессией в климактерическом периоде, через 6 недель терапии 8 из 10 женщин полностью избавляются от депрессии [2]. В двойном слепом сравнительном исследовании L. Chaby et al. с участием 83 женщин с депрессивным состоянием в климактерическом периоде сравнивалась эффективность Коаксила и мапротилина (четырёхциклический антидепрессант с анксиолитическим эффектом). Через 6 недель терапии 7 из 10 женщин ответили на терапию Коаксилом в отличие от группы мапротилина, в которой таких женщин было лишь 47% (рис.) [16].



**Рис. Коаксил статистически достоверно ( $p=0,031$ ) более эффективен, чем мапротилин при лечении депрессии у женщин в климактерическом периоде**

При этом Коаксил статистически достоверно ( $p=0,035$ ) был более эффективен в воздействии на тревогу в сравнении с мапротилином.

Терапия Коаксилом не вызывала сонливости, вялости, миорелаксации, в то время как анксиолитический эффект мапротилина был обусловлен в большей степени седацией.

## Уменьшение выраженности вегетосоматических жалоб

У женщин с климактерической депрессией Коаксил оказывает также вегетотропный эффект в отношении приливов и сопутствующих им соматовегетативных симптомов [2]. Это может быть объяснено непосредственным влиянием препарата на патогенетические механизмы развития КС как болезни нарушенной адаптации, т.е. на систему гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Подтверждением данного предположения является зависимость эффективности терапии от стадии формирования КС.

На начальных этапах болезни (длительность климактерических проявлений до 1 мес) и при

легкой выраженности соматовегетативных расстройств Коаксил оказывает очень быстрое и стабильное действие. При более длительном течении заболевания улучшение состояния происходит медленнее, с постепенной редукцией тяжести и частоты приливов и сопутствующих им аффективных расстройств [2].

## Хорошая переносимость

Учитывая тот факт, что многие женщины стремятся к сохранению работоспособности и социального статуса, необходима хорошая переносимость терапии. В исследовании L. Chaby Коаксил показал лучшую переносимость, чем мапротилин. Частота возникновения побочных эффектов (седативный эффект, сухость во рту, увеличение массы тела) была достоверно ниже ( $p<0,001$ ) в группе женщин, получающих Коаксил, в отличие от получающих мапротилин.

Коаксил не нарушает уровень бодрствования. Исследования ЭЭГ показывают, что Коаксил не приводит к увеличению активности медленных волн, т.е. не снижает уровень бодрствования [3, 4].

## Восстановление нейропластичности

Существует еще одна существенная особенность климактерического периода, на которую следует обращать внимание при выборе антидепрессанта. Важно помнить о том, что климактерий — это болезнь нарушенной адаптации. Гормональные перестройки в этот период всегда сопровождаются более выраженной уязвимостью к стрессу. В результате — даже незначительные стрессовые ситуации способны вызвать нарушение и сбой адаптивных механизмов, что



С.А. Чумак

приводит к повышению уровня глутамата в головном мозге до токсических концентраций и сопровождается морфологическими и функциональными изменениями структур головного мозга [24, 25]. Эти процессы получили название «изменения нейрональной пластичности». Являясь глутаматергическим модулятором, Коаксил снижает повышенный уровень глутамата и при дальнейшей терапии препятствует его повышению [19, 20]. Благодаря этому его применение приводит к восстановлению нейропластичности, а значит, к увеличению нейрогенеза и восстановлению объема гиппокампа. При этом препарат не только предотвращает сокращение числа и длины апикальных дендритов, но и способствует полному восстановлению исходно сокращенных дендритов [21–23]. Благодаря коррекции структурных изменений в мозге, Коаксил получает дополнительные преимущества перед другими средствами лечения депрессии, основные эффекты которых ограничиваются воздействием на симптомы депрессии.

\*\*\*

Таким образом, Коаксил является высокоэффективным антидепрессантом с анксиолитическим и вегетотропным эффектом, имеющим уникальный механизм действия, основанный на восстановлении нейропластичности структур головного мозга. При этом препарат практически лишен побочных эффектов и безопасен в применении. Это позволяет рекомендовать его применение при терапии женщин с депрессией в климактерическом периоде.

Список литературы находится в редакции. 3

Первый глутаматергический модулятор среди антидепрессантов

# КОАКСИЛ

ТИАНЕПТИН

## Больше, чем лечение симптомов депрессии

### Для женщин с депрессией в климактерическом периоде

- ✓ Высокая антидепрессивная эффективность<sup>1</sup>
- ✓ Уменьшение выраженности вегетосоматических жалоб<sup>1,2</sup>
- ✓ Восстановление нейропластичности структур головного мозга<sup>3-6</sup>
- ✓ Хорошая переносимость терапии<sup>1,7</sup>

Для дополнительной информации посетите сайт [www.servier.ua](http://www.servier.ua)

SERVIER

1. Chaby L, Grinshain A, Weitzman J, Bodnar C, Dogans V. Tianeptine versus maprotiline in menopausal anxiety and depression: double-blind efficacy and acceptability study. *Phyto Med.* 1995; 22: 1132-1138. 2. Тювина Н.А., Володарская И.А. Место Коаксила в терапии депрессивных расстройств климактерического периода у женщин. *Психиатрия в психофармакологии.* Том 4, №2, 2002, стр. 62-64. 3. McEwen BS, Olin JP. Neurobiology of mood, anxiety and emotions as revealed by studies of a unique antidepressant: tianeptine. *Mol Psychiatry.* 2005; 10: 525-537. 4. McEwen BS, Chatterjee S. Molecular mechanism of neuroplasticity and pharmacological implication: the example of tianeptine. *Eur Neuropharmacol.* 2004; 14 (Suppl 3): 497-502. 5. Magarinos AM, Desautels A et al. Effects of antidepressants and neuroleptin treatments on the dendritic structure of CA3 pyramidal neurons after chronic stress. *Eur J Pharmacol.* 1999; 371: 113-122. 6. Chao B, Michaels T, Watabane T et al. Stress-induced changes in cerebral metabolism, hippocampal volume, and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with tianeptine. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2001; 98(12): 12796-12801. 7. Chazy P, Guay C, Guay R, Michel JP, Perreault M, Moray C. One-year open study of tianeptine in 180 elderly patients with depression. *Phyto Med.* 1991; 20 (Suppl 3): 1844-1852. P/С МЗ України № ІІА/4325/01/01 от 22.03.04.