

УДК 612.014+618.17-008.8]-06:616.891.7-08

**Т.В. Решетова**

СПбМАПО

## **Лечение психопатологических расстройств, сопровождающих патологический климакс и предменструальный синдром в общей врачебной практике**

Комплекс вегетативных расстройств и пограничных нервно-психических нарушений при климаксе и синдроме предменструального напряжения в большей или меньшей степени выражен у половины женщин, а у 5% является причиной временной потери трудоспособности. Эти нарушения имеют в генезе дисбаланс гомеостаза различных биологически активных веществ, поэтому речь идет не о поломке какого-либо органа, а о нарушении регуляции. Треть женщин прибегают к фармакологическому лечению. Однако, поскольку эмоциональная лабильность, тревожность, астения, обидчивость, нарушения внимания, утомляемость, напряженность, расстройства пищевого поведения часто не достигают выраженного уровня, женщины склонны к самолечению. Жалобы нейроэндокринного характера, вегетативная дисфункция чаще заставляют женщину обратиться к врачу. Наиболее типичными из них являются: потливость, головокружение, нарушение сна и аппетита, ознобы, парестезии. К проявлениям климактерического синдрома относятся приливы жара к лицу, голове и верхней половине туловища, расстройства сердечно-сосудистой системы: лабильность артериального давления, сердцебиение (А. В. Ледина, 2005). И в рассказах окружающих, и в интернете, и в рекомендациях медиков сейчас можно найти множество советов по лечению от биологически активных добавок до заместительной гормонотерапии. Некоторые из средств представляются небезопасными для организма, например, короткие курсы антидепрессантов. Также широк диапазон и социальных взглядов населения на климактерические и предменструальные расстройства: от некорректного распущенного поведения до серьезной болезни, требующей активной медицинской помощи.

Хорошо, что у многих современных женщин климактерические и предменструальные жалобы перестали быть «женской тайной», с которой каждая пациентка справлялась в одиночку: несколько десятилетий назад выражение «у нее климакс» было почти ругательным, а на помощь не приходилось рассчитывать.

Если о климактерическом синдроме население достаточно информировано, то синдром предменструального напряжения (или предменструальный синдром) известен гораздо меньше. Следует вспомнить еще и своеобразную стыдливость женщин, не позволяющую говорить окружающим о нарушениях половой сферы. Предменструальный синдром длится от нескольких дней до одной-двух недель в течение каждого цикла. Часто он очевиден клинически, но трудно уловим лабораторными анализами, поэтому некоторые женщины даже не подозревают, что с ними происходит, хотя негативное влияние ощущается и в семейных отношениях, и на работе. В различных странах и культурах отношение к предменструальному синдрому разное: в одних странах график работы женщин строят с учетом ее физиологических особенностей, американцы считают предменструальный синдром общепризнанной проблемой для здоровья, но в Китае жаловаться на расстройства эмоциональной сферы перед менструацией считается недопустимым. Катарина Долтон и Раймонд Грин, врачи из Англии, предложили термин «предменструальный синдром», который включает в себя как реально измеряемые расстройства (например: прибавление в весе, отеки, повышение артериального давления, увеличение размеров грудных желез), так и массу субъективных жалоб (например: на усталость, спазмы внизу живота, головную боль, раздражительность, беспричинную агрессию, обиды, плаксивость, сонливость, негативное отношение к сексу, повышение аппетита). Таким образом, в настоящее время предменструальный синдром насчитывает более 150 проявлений, не только физических, но и психоэмоциональных: это и усталость, и рассеянность, и нервозность, о которых впервые написал Р. Т. Фран из Нью-Йорка в 1931 году в своей статье «The Hormonal Causes of Premenstrual Tension». Одной из причин предменструального синдрома является дисбаланс между эстрогенами и прогестероном. Существует взгляд, что при преобладании эстрогенов женщины становятся напряженными, стеничными, агрессивными, капризными, раздражительными. Если большее влияние оказывает прогестерон, особенно на фоне дефицита витамина В<sub>6</sub>, ведущими психопатологическими симптомами будут усталость, астения и депрессия. Однако всеми исследователями безусловно признается влияние фона: внутреннего — стартового уровня биологически активных веществ в организме женщины и внешнего — психосоциальных факторов окружающей среды. Бытует социальный взгляд: не начинать важных дел перед менструацией, т.к. любые жизненные проблемы могут искаженно восприниматься женщиной, казаться более зловещими и неразрешимыми.

Впечатляют взгляды мужчин на это явление: большинство из них не верит, что в этот период растет тревожность, теряется самоконтроль и снижается волевая



регуляция поведения, многие мужья считают предменструальный синдром женской уловкой, самооправданием плохого поведения.

В социальном взгляде, особенно в мужском, на оба дисгормональные расстройства много сходства.

Клинически климактерический синдром во многом похож на предменструальный, но он не дает светлых промежутков и изматывает женщину еще больше. Если в пременопаузе частота описанных разнообразных расстройств составляет 20–30%, непосредственно после менопаузы – 35–50%, то через несколько лет снижается до 2–3%. Индивидуальная длительность климактерия может варьировать от 1 года до 15 лет (А. В. Ледина, 2005). Поэтому так актуальны исследования этих дисгормональных явлений, помогающие наметить линию диагностики, лечения, психологической поддержки. И первым звеном такого алгоритма безусловно должен быть ликбез населения об этих состояниях, выходящих за рамки здоровья (в отличие от нормально протекающих климакса или менструации). Целью данного исследования была оптимизация психологической поддержки и психофармакологической помощи женщинам с патологически протекающим климактерическим синдромом (30 человек) и пациенткам с синдромом предменструального напряжения (34 человека).

Контрольную группу составили 16 женщин сопоставимого возраста с нормально протекающим климаксом и 16 женщин, менструация у которых не сопровождалась синдромом предменструального напряжения.

До и после лечения пациентки были обследованы с помощью медико-психологических тестов (Шкала астении из Миннесотского многопрофильного личностного опросника ММП1 и шкала тревоги из Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS).

Все пациентки были обследованы до и после меся-

ца лечения Адаптолом, который назначался по 500 мг 3 раза в день.

Адаптол является производным бициклических бисмолевин и представляет собой отдельную химическую группу транквилизаторов. Особенностью механизма действия Адаптола, отличающей его от других, особенно бензодиазепиновых транквилизаторов, является то, что препарат реализует свое действие через влияние не только на ГАМК-ергические и глутаматергические рецепторы, но и на серотонин-, холин-, адренергические медиаторные системы. Важно, что при этом Адаптол не оказывает характерных адренергических побочных эффектов.

Адаптол нормализует баланс активности различных нейромедиаторных систем мозга – оказывает активирующее влияние в отношении тормозного медиатора ГАМК и ослабляющее в отношении возбуждающих нейротрансмиттеров – норадреналина и глутамата. Он также нормализует взаимоотношения адрено- и серотонинергических воздействий. Препарат действует на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс.

Важно, что прием Адаптола не вызывает выраженной поведенческой токсичности и не накладывает ограничений на профессиональную и социальную деятельность человека, связанную с повышенной концентрацией внимания, не вызывает привыкания и развития синдрома отмены. Являясь транквилизатором с выраженным седативным (успокаивающим), анксиолитическим, вегетостабилизирующим действием, Адаптол не обладает миорелаксирующим, нарушающим координацию движений и снотворным эффектами.

Препарат не взаимодействует с другими лекарственными средствами и пищей, не метаболизируется. Не происходит накопления препарата в организме, при-

**Таблица**  
**Динамика показателей астении и тревоги у пациенток с климактерическим и предменструальным синдромами**

Параметр	Патологический климакс n=48				Нормальный климакс (группа контроля) n=16		Предменструальный синдром n=50				Без предменструального синдрома (группа контроля) n=16	
	Получали Адаптол n=30		Не получали* Адаптол n=18				Получали Адаптол n=34		Не получали* Адаптол n=16			
	До	После	До	После	До	Через месяц	До	После	До	После	До	Через месяц
Астения	108,4±8,5	86,5±7,9*	102,3±9,2	98,7±8,5	87,6±9,6	89±8,7	114,3±12,8	79,1±10,2*	108,4±10,5	109,1±11,4	84±9,2	82,6±8,4
Тревога	18,2±3,9	8,3±2,8*	17,4±4,5	15,8±4,8	9,3±2,4	10,6±3,5	20,2±4,1	9,3±3,5*	19,7±4,6	16,9±3,9	9±3,9	8,7±3,6

\* Достоверность различий на уровне  $p < 0,05$

выкания к нему не отмечается, поэтому разрешаются двух-трехмесячные курсы непрерывной терапии Адаптолом. Приведенные особенности Адаптола послужили обоснованием проведения исследования для оценки возможности его применения у женщин с патологически протекающим климактерическим синдромом или с синдромом предменструального напряжения.

Результаты экспериментального психологического исследования женщин всех групп приведены в таблице.

Клинический эффект проведенного курса психотерапии подтверждается достоверной динамикой данных психологического обследования. На основании опыта применения адаптола у 64 женщин с тревожной и астенической симптоматикой на фоне дисгормональных состояний можно сделать вывод, что астения и тревожность достаточно хорошо поддаются терапии с помощью короткого (один месяц) курса Адаптола по 500 мг 3 раза в день. У пациенток после лечения уменьшились не только приведенные психопатологические показатели, также подверглись редукции наблюдаемые нарушения пищевого поведения. Адаптол повышает уровень триптофана в головном мозге, т.е. действует на тревожность, связанную с серотониновой медиацией. С ней же связано и невротическое переживание, которое на фоне климакса и предменструального синдрома нередко приводит к весьма существенной прибавке в весе. Это явление имеет сложный механизм, но следует отметить, что в результате воздействия хронического стресса на фоне дисгормонального состояния нередко происходит ослабление адаптационно-компенсаторных реакций (С. Г. Бурчинский, 2008) и формируются такие нарушения пищевого поведения, как, например, «заедаемые» тревога или агрессия.

У пациенток в данном исследовании не только снизилась тревога, но и соответственно уменьшился ее вегетативный аккомпанемент. В этом проявилось отчетливое вегетонормализующее действие Адаптола, который воздействует на различные структурно-функциональные элементы нейронов, преимущественно гипоталамуса и лимбической системы (С. Г. Бурчинский, 2008; М. Е. Стаценко, О. Е. Спорова, О. И. Колодяжная, Е. Д. Евтерева, 2009). У пациенток, принимавших Адаптол, не наблюдалось ни заторможенности, ни миорелаксации. Это связано с тем, что Адаптол близок к природным метаболитам организма — к пуринам (М. Е. Стаценко, О. Е. Спорова, О. И. Колодяжная, Е. Д. Евтерева, 2009), которые участвуют в синтезе АТФ. При приеме препарата у пациенток достаточно быстро удалось добиться снижения астенизации: физической, умственной утомляемости, так как Адаптол обладает и ноотропным, и дофаминпозитивным действием (Л. Г. Громов, Е. Л. Дудко, 2003; Д. В. Марушкин, 2007). Следует обратить внимание на то, что цифровые значения выраженности астении и тревожности у пациенток, получивших курс лечения Адаптолом, в итоге не имели достоверных отличий от аналогичных параметров женщин из групп контроля, у которых климакс протекал нормально или менструации не сопровождались синдромом предменструального напряжения.

При климактерическом синдроме такие курсы адаптола (500 мг 3 раза в день в течение одного месяца) могут повторяться при рецидиве прежней психопатологической симптоматики; при синдроме предменструального напряжения возможен дальнейший прием в режиме «по требованию» во время, предшествующее менструации (индивидуально от нескольких дней до двух недель).

В заключение необходимо сказать, что психофармакологическое лечение в нашем исследовании создало плацдарм для последующей успешной психологической коррекции. Она носила разъяснительный характер, ее целью было убрать ненужную конспирацию с этих вопросов, научить женщин самодиагностике и самопомощи при климактерическом или предменструальном синдромах. Нелишне отметить, что в психологической коррекции нередко нуждались и члены семей больных. Для родственников целесообразно было восполнить дефицит информации по поводу психопатологической симптоматики, сопровождающей исследованные женские дисгормональные расстройства. Ключевым вопросом психологической коррекции и для больных, и для их родственников было осознание границы между нормой и патологией. Переход от осуждения к психологической поддержке женщины (которую при наличии патологического климакса или синдрома предменструального напряжения никак нельзя назвать здоровой) для многих окружающих был очень непростым. Но психофармакологическое лечение с достоверным эффектом продемонстрировало, что эту психопатологическую симптоматику не надо терпеть: ее можно и нужно лечить.

## Литература

1. Бурчинский С.Г. Анксиолитики в кардиологической практике // Медицинская газета «Здоров'я України». — 2008. — № 11—1. — С. 30—31
2. Громов Л.Г., Дудко Е.Л. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы // Вестник фармакологии и фармации. — 2003. — № 10. — С. 11-17
3. Ледина А.В. Клинические аспекты применения препарата «Фемостон 1/5». — Гинекология. — 2005. — Том 07. — № 4/С. 24-26
4. Марушкин Д.В. «Новые пути фармакотерапии неврозов у детей и подростков». — Информационно-методическое письмо, Волгоградский мед. Университет, 2007. — С.4
5. Мокина Т.В., Антипенко Е.А, Густов А.В. Применение адаптола при лечении астенического синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — №6. — С.76-77
6. Стаценко М.Е., Спорова О.Е., Колодяжная О.И., Евтерева Е.Д. Эффективность применения адаптола в комплексной терапии у больных с тревожными расстройствами в раннем постинфарктном периоде // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2009. — №5. — С.18-22

# АДАПТОЛ®

Таблетки 300 мг № 20

Таблетки 500 мг № 20

**Регистрационный номер:** табл. 0,3 г № 20  
№ UA/2785/01/02; табл. 0,5 г № 20 № UA/2785/01/01.

**Химическое название:**  
(2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло-(3,3,0)октандион-3,7).

**Состав:** действующее вещество – 1 таблетка содержит 300 мг Адаптола и 500 мг Адаптола.

**Вспомогательные вещества:** метилцеллюлоза, кальция стеарат.

**Лекарственная форма:** таблетки.

**Фармакотерапевтическая группа:** анксиолитики.

Код АТС N05B X.

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА.** Адаптол® обладает умеренной транквилизирующей (анксиолитической) активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. На основании этого Адаптол® относят к дневным транквилизаторам. Снотворным эффектом не обладает, однако усиливает действие снотворных средств и улучшает сон при его нарушениях.

Адаптол® обладает антиоксидантной активностью, поэтому действует как мембраностабилизатор, адаптоген и церебропротектор при оксидантном стрессе разного генеза. В нейромедиаторном профиле действия Адаптола® присутствует дофаминопозитивный компонент. Препарат проявляет антагонистическую активность относительно возбуждения адренергической и глутаматергической систем и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМК-ергических механизмов мозга. Препарат обладает нормостеническими свойствами.

Адаптол® облегчает никотиновую абстиненцию. При пероральном приеме биодоступность составляет 77–80%. До 40% препарата связывается с эритроцитами; остальная часть – 60%, не связывается с белками крови и содержится в плазме в свободном виде, в связи с чем препарат без препятствий распространяется в организме и свободно проникает через мембраны. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 30 минут, высокий уровень сохраняется 3–4 часа, затем постепенно снижается. Препарат полностью выводится из организма с мочой в течение суток, не накапливается и не подвергается биохимическим воздействиям в организме.

**ПОКАЗАНИЯ.** Неврозы и неврозоподобные состояния, сопровождающиеся раздражительностью, эмоциональной лабильностью, чувством тревоги и страха; для улучшения переносимости нейролептиков или транквилизаторов с целью устранения вызванных ими соматовегетативных и неврологических побочных эффектов; кардиалгии различного генеза (не связанные с ИБС); облегчает течение соматовегетативных проявлений при предменструальном синдроме и менопаузе.

Адаптол® показан как церебропротектор и адаптоген при эмоциональном и оксидантном стрессе различного генеза.

В составе комплексной терапии никотиновой зависимости как средство, уменьшающее тягу к курению.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к Адаптолу® или к вспомогательным компонентам препарата. Детский возраст до 10 лет. Беременность. Период лактации.

**НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ.** Привыкание, зависимость и синдром отмены при применении Адаптола® не установлены. С осторожностью применяют при нарушении функций печени и почек, у больных с артериальной гипотензией.

**ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Применение в период беременности или кормления грудью. Адаптол® хорошо проникает во все ткани и жидкости организма. Нет достаточных данных относительно применения препарата в период беременности и кормления грудью, поэтому его не рекомендуют назначать беременным и кормящим грудью.

**Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортными средствами или при работе с другими механизмами.** Необходимо быть осторожным при управлении транспортными средствами, так как иногда применение препарата может привести к снижению артериального давления.

**Дети.** Применение препарата противопоказано детям до 10 лет.

**СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Адаптол® принимают внутрь независимо от приема пищи. Взрослым назначают по 500 мг 2–3 раза в сутки. При необходимости дозу можно увеличить. Максимальная разовая доза — 3 г, максимальная суточная — 10 г. Длительность курса лечения — от нескольких дней до 2–3 месяцев.

Детям в возрасте от 10 лет дозу определяет врач индивидуально, в среднем по 250 мг 1–3 раза в сутки.

Для лечения табачной зависимости препарат принимают по 500–1000 мг 3 раза в сутки ежедневно в течение 5–6 недель.

**ПЕРЕДОЗИРОВКА.** Адаптол® малотоксичен. При значительной передозировке возможно усиление побочных эффектов (аллергические реакции, диспептические расстройства, временное снижение артериального давления и температуры тела).

Лечение: необходимо провести общепринятые методы дезинтоксикации включая промывание желудка.

**ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.** Обычно Адаптол® переносится хорошо. Возможны аллергические реакции и диспептические расстройства после применения в высоких дозах. В этом случае прием препарата прекращают. Может снижаться АД и температура тела, которые нормализуются самостоятельно и не требуют прекращения приема препарата.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.** Адаптол® можно комбинировать с нейролептиками, транквилизаторами (бензодиазепинами), снотворными, антидепрессантами и психостимуляторами.

**УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ.** Хранить в недоступном для детей, сухом месте, при температуре 15–25°C.

**УПАКОВКА.** По 10 таблеток в блистере, 2 блистера в упаковке.

**УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** Без рецепта.

**ПРОИЗВОДИТЕЛЬ.** АО «Олайнфарм», Латвия.



**OLFA**

Фармацевтический маркетинг и дистрибуция  
тел. (044) 530-11-38 [www.olfa.kiev.ua](http://www.olfa.kiev.ua)