

УДК:618:616.89-616.43

© Коллектив авторов, 2014.

ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

И.Е. Брауде, Л.Л.Корсунская, А.О.Митрохина*ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»,
кафедра акушерства и гинекологии №2 КГМУ им. С.И. Георгиевского.*

PSYCHOGENIC DISORDERS OF THE MENSTRUAL FUNCTION AND THEIR CORRECTION IN ADOLESCENT GIRLS

I.E. Braude, L.L. Korsunskaya, A.O. Mitrokhina

SUMMARY

In providing the human life, the ratio of psychic processes and somatic ones is expressed clearly enough through the relationship of the central nervous system (CNS) and the endocrine system. The endocrine system controls, to a certain extent, the CNS and provides, along with the central and autonomic nervous systems, maintenance of homeostasis in the body.

Ключевые слова: нарушение менструального цикла, лечение, диагностика.

Во многих исследованиях, посвящённых этой проблеме, отмечается значительная и даже определяющая роль психогенных воздействий в возникновении различных расстройств, в т.ч. и репродуктивной системы у женщин. В детско-подростковой практике соотношение психических и эндокринных расстройств при нарушении репродуктивных функций чаще учитывается, исходя из приоритета последних. В целом, роль эмоциональных (аффективных) расстройств в большинстве своем сводится к провоцирующему воздействию и почти не учитывается их участие в патогенезе эндокринной патологии. Вместе с тем, частота эндокринных нарушений в подростковом возрасте велика. В структуре гинекологической заболеваемости подростков нарушения менструального цикла занимают ведущее место и составляют 61-63 %. В основе этих нарушений лежит расстройство деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Незрелость центральных механизмов регуляции менструальной функции у девочек-подростков и высокая чувствительность к воздействию различных неблагоприятных факторов в период ее становления обуславливают отсутствие циклического ритма секреции гормонов, характерного для взрослых женщин. Внешние и внутренние раздражители могут легко нарушать регуляторный механизм менструальной функции, препятствуя установлению ее стереотипа и вызывая различные расстройства. Перед подростковыми врачами, детскими гинекологами и эндокринологами ежедневно встает вопрос об оказании медицинской и психологической помощи девочкам-подросткам с психогенно обусловленными расстройствами эндокринной системы. При этом возникает главная сложность – потребность дифференцировать возрастные изменения, как вариант нормы, от патологических, выходящих за ее преде-

лы. Отсутствует и дифференцированный подход к назначению различных методов коррекции.

В настоящее время для лечения некоторых нарушений менструального цикла у девочек-подростков обоснованно применяются гормональные препараты. Однако, во многих случаях, если речь о неврогенных формах, бесконтрольное назначение гормонов влечет массу негативных явлений. Некоторые побочные эффекты гормональной терапии (особенно прибавка массы тела) настораживают родителей и подростков, вызывая всевозможные психопатологические реакции у последних. Следует помнить, что гормональная терапия у подростков, как правило, должна назначаться с лечебной целью и только тогда, когда исчерпаны негормональные методики коррекции нарушений менструальной функции. В связи с этим, проблема лечения и профилактики, психогенно обусловленных нарушений менструальной функции у подростков является весьма актуальной. Поиск новых альтернативных методов лечения остается в центре внимания детских психиатров. Требования к фармакотерапии в подростковой психиатрии определяются, прежде всего, широким диапазоном риска, связанного с назначением синтетических препаратов. Применение препаратов растительного происхождения представляется наиболее перспективным, поскольку является абсолютно безопасным. Особенности действия природных факторов заключаются в полифункциональности, мягкости действия, наличии эффекта последствия, отсутствии развития синдрома отмены препарата. Лекарственные растения могут использоваться в составе как основной, так и фоновой, восстановительной и профилактической терапии. Оправдан поиск препаратов растительного происхождения с комбинирован-

ным действием, что особенно важно в детско-подростковой практике.

Одним из наиболее эффективных средств в лечении нарушений репродуктивной системы у женщин является препарат Мастодинон, обладающий уникальными многокомпонентными свойствами. Наряду с основным действующим компонентом – плодами Авраамова дерева или Витекса священного (*Vitex Aqnus castus*), в состав Мастодинона включены в гомеопатических разведениях экстракты фиалки альпийской, касатика разноцветного, стеблелиста василистниковидного, лилии тигровой, а также чилибуха игнация. Комплексное воздействие фитопрепаратов способствует устранению психо-вегетативных кризов, психических расстройств и восстановлению менструального цикла. Мастодинон обладает допаминэргической активностью, воздействуя на D2 – рецепторы гипоталамуса и тем самым снижая повышенные уровни пролактина. Он устраняет существующий дисбаланс между эстрогенами и прогестероном путем нормализации недостаточности функции желтых тел. При нормализации уровня пролактина происходит восстановление ритмичной выработки и соотношения гонадотропных гормонов, ликвидируется дисбаланс между эстродионом и прогестероном, что способствует восстановлению менструального цикла. Препарат положительно воздействует на психические симптомы.

В практике подростковых гинекологов Мастодинон успешно применяется в целях устранения супрафизиологического уровня пролактина у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла.

Целью данной работы явилось изучение структуры психопатологических расстройств у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла, и оценка клинической эффективности препарата Мастодинон при психогенно обусловленных нарушениях менструальной функции у них.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинко-психологическое обследование 62 девочек-подростков с различными формами нарушений менструального цикла (табл. 1) в возрасте от 12 до 18 лет.

Психическое состояние больных оценивали с помощью клинко-патологического анализа и оценочных шкал. Оценка уровня тревоги проводилась по шкале самооценки тревоги Спилбергера-Ханина (детско-подростковый вариант) с определением коэффициента тревожности и по шкале самооценки тревоги Шихана. Для оценки тяжести симптомов депрессии использовали 21-пунктовую шкалу депрессии Гамильтона (НАМ-Д) и опросник депрессии Бека (шкала самооценки состояния). Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по опроснику А.М. Вейна.

Таблица 1

Формы нарушений менструального цикла у исследуемых подростков.

Группы	Абс. ч.	%
1. Гипоменструальный синдром	29	46,77
– гипоменорея	11	17,74
– олигоменорея	4	6,45
– опсоменорея	14	22,58
2. Вторичная аменорея	21	33,87
– вследствие потери массы тела (нервная анорексия)	5	8,06
– психогенная (вследствие стрессовых расстройств)	13	20,97
– синдром поликистозных яичников	3	4,84
3. Ювенильные маточные кровотечения	12	19,36
ВСЕГО:	62	100

Все больные разделены на 3 клинические группы. Первую клиническую группу составили 37 подростков, принимающих в качестве монотерапии препарат Мастодинон. Сочетание Мастодинона с Гелариумом апробировано у 13 исследуемых, имеющих тревожно-депрессивные нарушения к моменту обследования и входящих во вторую клиническую группу. К третьей клинической группе отнесены 12 подростков, принимающие в качестве монотерапии Золофт. По клиническим проявлениям нарушений менструального цикла, формам психопатологических расстройств, уровням тревоги и депрессии, 2-я и 3-я группы были практически равноценными.

Мастодинон назначался в каплях, в дозе по 30 капель два раза в день на протяжении 3-6 месяцев (в зависимости от нозологической формы психопатологического расстройства) в непрерывном режиме.

Терапевтический эффект препарата оценивался по его влиянию на устранение комплекса вегетососудистых расстройств и нормализации менструального цикла. К моменту начала лечения Мастодиноном все исследуемые не получали никаких дополнительных препаратов. В случае же, если они применялись ранее – следовала отмена препарата за две недели до начала приема Мастодинона. Оценка эффективности лечения включала анализ состояния по критериям шкалы «Общее клиническое впечатление» (CGI). Оценку психического и соматического состояния больных производили в первый день терапии, а затем ежемесячно в течение всего периода лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных в ходе исследования анамнестических данных показал, что острые или хронические стрессовые ситуации имели место практически у каждой девочки-подростка с нару-

шениями менструальной функции, причем, хронические психогении зарегистрированы у 36 (58,06%) обследуемых. Чаще всего в качестве провоцирующего фактора выступали конфликтные ситуации в семье, школе, со сверстниками. На повышенные умственные и физические перегрузки жаловались 39 (62,9%) подростков. Структура психических расстройств исследуемых приведена в таблице 2.

Как видно из таблицы, почти у половины (46,77%) девочек-подростков с нарушением менструального цикла диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция (чаще – по смешанному типу). Из других психических расстройств зарегистрированы расстройства настроения (аффективные расстройства), эмоциональные, поведенческие, посттравматическое стрессовое, острая реакция на стресс и другие. У 5 исследуемых причиной вторичной аменореи явилась первая анорексия.

Результаты исследования показали, что, тревога различной степени выраженности присутствовала у всех больных. Изучение уровня ситуационной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности зарегистрировало ее высокий уровень (45 баллов и более) у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями и нервной анорексией. Умеренно выраженная тревога (от 31 до 44 баллов) отмечалась у больных с синдромом поликистозных яичников, вторичной (психогенной) аменореей. Низкий уровень тревоги (менее 30 баллов) был характерен подросткам с гипоменструальным синдромом. В настоящее время многие исследователи отмечают увеличение частоты гипоменструального

синдрома в структуре нарушений менструального цикла у подростков. Настораживает тот факт, что за медицинской помощью обращаются в случаях первичной или вторичной аменореи, тогда как гипоменорею, олигоменорею и опсоменорею большинство подростков и их родителей считают обычным явлением, не требующим коррекции. Запущенность данных расстройств в подростковом возрасте может способствовать переходу функциональных нарушений в органические и быть причиной гормонально обусловленных заболеваний в репродуктивном возрасте. По тесту самооценки тревоги Шихана получены аналогичные данные. Наиболее высоким уровнем тревожности характеризовались больные с ювенильными маточными кровотечениями, причем тревога нарастала прямо пропорционально времени ожидания следующих месячных. У 41 (66,13%) подростков диагностированы различной степени выраженности депрессивные проявления (от субдепрессии до средне-выраженной депрессии). По шкале НАМ-Д при ювенильных маточных кровотечениях она оценивалась в 17-25 баллов, что соответствует депрессии средней тяжести. У остальных больных суммарный результат колебался в пределах 7-14 баллов и укладывался в рамки легкой депрессии. При анализе исходного вегетативного тонуса у обследуемых выраженность вегетативных нарушений составила $40,3 \pm 0,53$ балла.

Результаты применения Мастодиона в качестве монотерапии в лечении психогенно обусловленных нарушений менструального цикла у девочек-подростков приведены в таблице №3.

Таблица 2

**Структура психических расстройств
у девочек-подростков с нарушением менструальной функции.**

Шифр (МКБ-10)	Психические расстройства	Число подростков (n=62)	
		Абс.	%
F3	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	7	11,29
F32.01	Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами	5	8,06
F32.10	Кратковременный депрессивный эпизод	2	3,23
F4	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	42	67,74
F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	3	4,84
F43.0	Острая реакция на стресс	4	6,45
F43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство	6	9,68
F45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	29	46,77
F5	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	5	8,06
F50.0	Нервная анорексия	5	8,06
F9	Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.	8	12,91
F92.8	Смешанное расстройство поведения и эмоций	8	12,91
	ВСЕГО:	62	100

Эффективность Мастодинона в лечении менструального цикла у девочек-подростков.

Вид нарушений менструального цикла	К-во больных к началу лечения		К-во больных к концу лечения		P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	
1. Гипоменструальный синдром	25	67,57	4	10,81	<0,05
– гипоменорея	11	29,73	2	5,41	<0,001
– олигоменорея	4	10,81	–	–	–
– опсоменорея	10	27,03	2	5,41	<0,001
2. Вторичная аменорея	10	27,03	3	8,10	<0,05
– вследствие потери массы тела	1	2,70	1	2,70	> 0,05
– психогенная	8	21,63	1	2,70	<0,001
– синдром поликистозных яичников	1	2,70	1	2,70	> 0,05
3. Ювенильные маточные кровотечения	2	5,40	1	2,70	> 0,05
ВСЕГО:	37	100	8	21,62	

Наибольшая эффективность препарата отмечена у больных с гипоменструальным синдромом и вторичной (психогенной) аменореей. Следует подчеркнуть, что Мастодинон хорошо переносился всеми больными. Ни в одном случае побочных реакций зарегистрировано не было. Говорить о неэффективности препарата у больных нервной анорексией, синдромом поликистозных яичников, ювенильными маточными кровотечениями преждевременно из-за малой выборки (по 1 человеку в каждой группе), тем более что в комбинации с Гелариумом была отмечена достаточно высокая эффективность препарата.

Субъективно все исследуемые к концу первого, началу второго месяца (через 4-6 недель) приема препарата субъективно отметили уменьшение чувства тревоги и раздражительности, улучшение настроения и нормализацию сна. С улучшением общего самочувствия исчезли жалобы на головные боли, головокружения, происходила нормализация менструального цикла (ритм и объём).

Максимальный эффект Мастодинона отмечен к концу третьего месяца лечения (87,6 % наблюдений). Следует отметить, что у больных с ювенильными маточными кровотечениями длительность назначения препарата достигала 6 месяцев. На фоне лечения Мастодиномом показатели оценочных шкал существенно улучшились, что свидетельствовало о стабилизации психического состояния обследуемых. Практически у всех подростков произошло снижение показателей тревожности (личностной и ситуативной), уровня депрессии и вегетативной дисфункции. В тех случаях, когда показатели оценочных шкал улучшались медленно, требовались более длительные курсы применения препарата.

Восстановление психологического статуса объективно выражалось нормализацией менструального цикла.

Подросткам, которые характеризовались наиболее высокими показателями тревожности и депрес-

сии (2-я клиническая группа) препарат Мастодинон назначался в комплексе с препаратом Гелариум. Основные действующие вещества последнего – гиперицин и гиперфорин (компоненты, выделенные из экстракта зверобоя) – обладают антидепрессивной и анксиолитической активностью. Проведённые нами ранее исследования показали высокую эффективность Гелариума при тревожно-депрессивных состояниях в детско-подростковом возрасте, коррекции вегетативной дисфункции. Получены позитивные изменения динамики когнитивных процессов. Комбинация препаратов Мастодинона и Гелариума оказалась эффективной при лечении отдельных форм вторичной аменореи (вследствие потери массы тела и синдроме поликистозных яичников) и ювенильных маточных кровотечениях.

Третья группа пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами получала Золофт (сертралин), антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в суточной дозе 25-50 мг в течение 4-6 недель.

Клинические испытания показали, что ингибиторы обратного захвата серотонина и Vitex agnus castus являются эффективными средствами в лечении предменструальных дисфорических нарушений (ПМДН) [2]. В литературе имеются указания на то, что триггером предменструальных нарушений является снижение уровня прогестерона и эстрадиола в плазме крови во время лютеиновой фазы [4]. Выдвинута гипотеза, что ПМДН возникают вследствие недостаточности стероидных гормонов. А в экспериментах на животных и в клинических исследованиях предполагалось, что раздражительность и агрессия могут усиливаться под влиянием андрогенов.

Кроме того, основные симптомы предменструальных нарушений (раздражительность, депрессия и др.) также регулируются серотонэргической нейротрансдукцией и могут быть связаны с серотонэргической системой. А между стероидными гормонами и серотонэргической системой существует ряд взаимодействий.

Плоды *Vitex agnus castus* содержат смесь иридоидов и флавоноидов, а некоторые компоненты, сходные по структуре с половыми гормонами были выделены из листьев и цветов растения. С другой стороны, было доказано, что СИОЗС ингибируют активность серотониновой передачи. Учитывая все эти аргументы, нами проведено сравнительное исследование эффективности применения Золофта и комбинации препаратов «Мастодинон + Гелариум», как натуральных препаратов выбора при нарушениях менструального цикла у девочек-подростков.

Уровни оценки по шкалам статистически значимых различий между группами не выявили. Больные с нарушениями менструальной функции дали одинаково хороший эффект как на Золофт, так и на комбинацию препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Показали эффективность Золофта при высоких значениях тревоги и депрессии у подростков. В процессе терапии Золофтом отмечалось прерывистое снижение суммарного балла по шкале Гамельтона. Соматическая и психическая тревога уходила неравномерно. Первой, к концу второй недели уходила психическая тревога, и только к концу 3-4 недели лечения – соматическая. Соразмерный и гармонично-синхронный характер они приобретали к 6-й неделе лечения. Среди побочных явлений преобладали сонливость, сухость во рту, тошнота. При лечении комбинацией препаратов (Мастодинон + Гелариум) снижение тревоги у девочек-подростков было непрерывным, значимым, соразмерным и гармонично-синхронным. Соматическая и психическая тревога редуцировались практически одновременно. Особенно ощутимым для подростков был уход соматической тревоги. Снижение показателей тревоги зарегистрировано к концу первой недели, а к концу 3-4 недель нормализация показателей наступила у 2/3 больных. Побочных эффектов от приема препаратов не отмечалось.

Особое внимание следует обратить на эффективность комбинации этих препаратов у больных нервной анорексией после достижения ими весового порога менструации. У 3 из 5 больных нервной анорексией месячные появились через 1,5 – 2 месяца от начала их приема.

У нас имеется опыт назначения Мастодинона в сочетании с Гелариумом при нарушениях менструальной функции у подростков с бронхиальной астмой и дермо-респираторным синдромом. Учитывая, что методика психофармакотерапии тревожно-депрессивных расстройств у этих пациентов должна быть максимально щадящей (из-за количества препаратов базисной терапии и их побочных эффектов) и простой, использование фитопрепаратов с широким спектром психотропной активности весьма актуально.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного исследования можно констатировать:

1. Психофармакотерапия тревоги и депрессии у подростков с психогенно обусловленными нарушениями менструальной функции должна быть строго индивидуализированной, максимально щадящей и простой.

2. Применение Мастодинона у девочек-подростков с психогенно обусловленными нарушениями менструальной функции показало возможность использования его в качестве альтернативной терапии по отношению к гормональным препаратам.

3. По данным нашего исследования, в подавляющем большинстве случаев, Мастодинон может использоваться в качестве монотерапии при психогенно обусловленных нарушениях менструального цикла у подростков.

4. Высокоэффективным в лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с нарушениями менструальной функции является назначение Мастодинона в сочетании с Гелариумом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуркин Ю.А. гинекология детей и подростков. – СПб., 1998.
2. Башмакова Н.В. и соавт. // Русск. Мед. журн. – 2000. – Т.8, №11. – С.468 – 472.
3. Бурдина Л.М. //Акушерство и женские болезни. – 2000. – Т.XLIX. – С.39-41.
4. Летягин В.П. //Гинекология. – 2000. – Т. 2, №3. – С. 84 – 89.
5. Можейко Л.Ф. расстройства менструальной функции у девочек-подростков. Метод. реком. – 2001. – 26 с.
6. Охрана репродуктивного здоровья подростков (Сб. науч.-практ. м-лов) / Под общ. ред. Г.А. Шишко. – Мн., 2000.-112с.
7. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М., 1997. – 765 с.
8. Burd, C., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Lystad, C., & Crow, S. (2009). An assessment of daily food intake in participants with anorexia nervosa in the natural environment. *International Journal Of Eating Disorders*, 42(4), 371-374.
9. Pietrowsky R, Krug R, Fehm HL, Born J (2002). «Food deprivation fails to affect preoccupation with thoughts of food in anorexic patients». *The British Journal of Clinical Psychology* 41 (Pt 3): 321–6.
10. Bozzato A, Burger P, Zenk J, Uter W, Iro H (2008). «Salivary gland biometry in female patients with eating disorders». *European Archives of Oto-rhino-laryngology* 265 (9): 1095–102. http://en.wikipedia.org/wiki/Digital_object_identifier