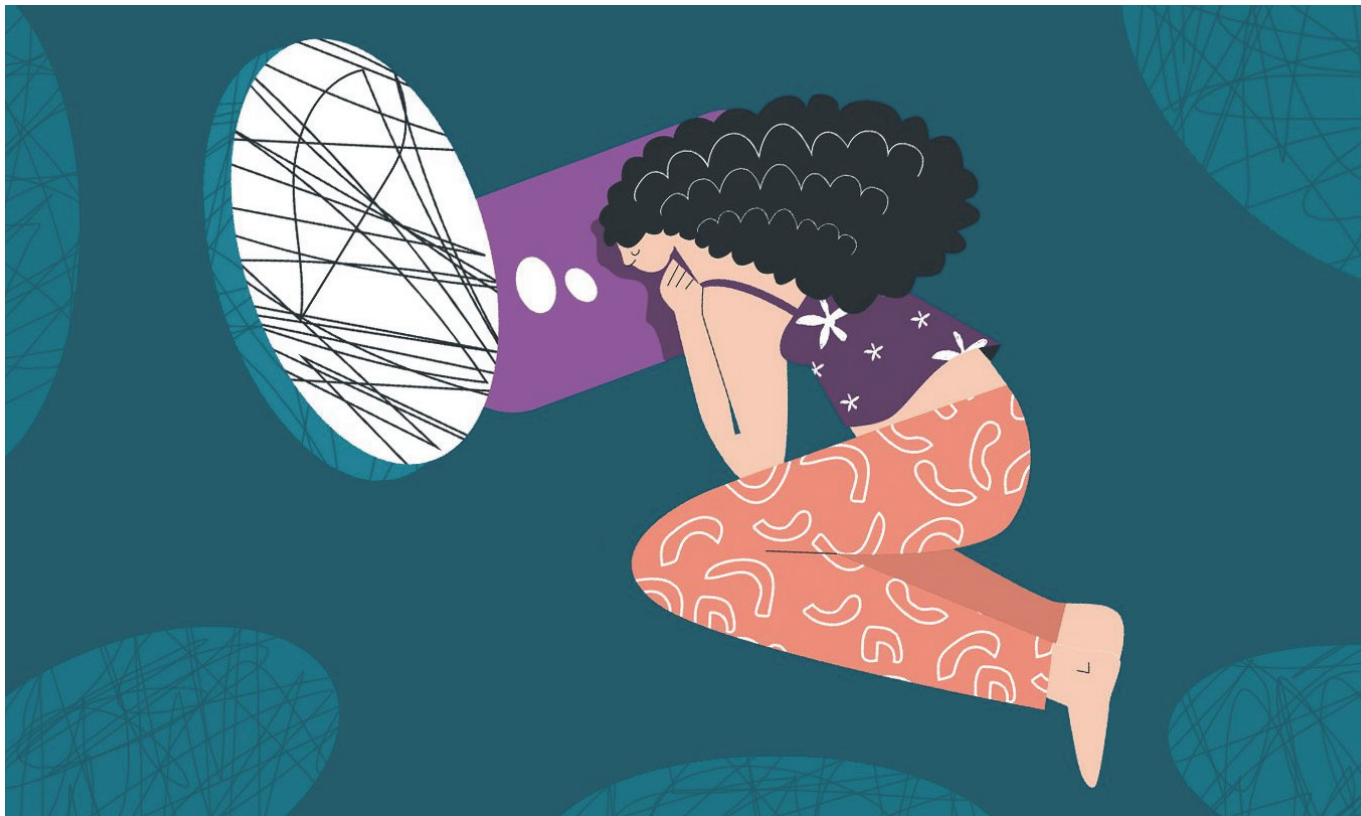


Классические и неочевидные симптомы менопаузального перехода. Часть 2



Депрессия

Период менопаузального перехода знаменуется значительными изменениями уровней репродуктивных гормонов и довольно часто сопровождается стрессовыми событиями в жизни женщины. Женщины в период менопаузы чаще подвержены депрессивным расстройствам. В исследовании SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) было продемонстрировано, что пик депрессивных изменений приходится на конец перименопаузы [1]. Женщины с депрессивным эпизодом в анамнезе имеют повышенный риск депрессивных расстройств в будущем, в то время как у женщин без упоминаний об отягощенном психическом статусе распространенность впервые возникшей депрессии во время менопаузы составляет 16% [2]. Продольные исследования показывают, что чем длиннее менопаузальный переход, тем чаще встречается депрессия [3]. Изменения гормонов и нейростероидов способствуют нарушению регуляции баланса гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в нервной системе, что увеличивает уязвимость к депрессии в этот период жизни женщин [4]. Интересно, что менопаузальная гормональная терапия (МГТ) может улучшить настроение в отсутствие значительного снижения вазомоторных симптомов (ВМС) у женщин в перименопаузе [5].

Когнитивные функции

Снижение когнитивных функций в основном связано с соматическим старением, а не с менопаузой. Несколько исследова-

ний опровергли положительное влияние эстрогенов на когнитивную функцию. В исследовании WHIMS (Women's Health Initiative Memory Study) у женщин в возрасте 65 лет и старше гормональная терапия оказывала отрицательное влияние на когнитивные функции, которое было более выражено у женщин с более низкой когнитивной функцией в начале лечения [6]. Согласно рандомизированному двойному слепому плацебо-контролируемому исследованию KEEPS-Cog не обнаружено достоверных различий в улучшении когнитивной функции у женщин, принимающих МГТ в течение четырех лет от начала менопаузы, и получающих плацебо.

Сон

Ухудшение сна связано с естественным процессом старения. Проблемы со сном ассоциированы с приливами жара, но доказательства того, что биологическое снижение функции яичников напрямую влияет на сон, ограничены и противоречивы [7]. Обследование более 12000 женщин в исследовании SWAN продемонстрировало, что почти 40% женщин сообщали о проблемах со сном, которые коррелировали со сроком перименопаузы, но не зависели от возраста. Данные нарушения сна нельзя объяснить только ВМС, так как по результатам субанализа исследования SWAN проблемы со сном наблюдались у пациенток без ВМС. Женщины, сообщающие о нарушениях сна, могут иметь сопутствующие факторы, включая депрессию и тревожность, курение, обструктивное апноэ во сне и более

низкую физическую активность [8]. Исследователи Penn Ovarian Aging Study, наблюдавшие за женщинами среднего возраста в течение 14 лет, пришли к выводу, что лишь небольшая часть женщин испытывает трудности со сном, напрямую связанные со снижением функции яичников.

Либи́до

Снижение полового влечения характерно для менопаузального перехода. Распространенность гипоактивного расстройства сексуального влечения (ГПСВ) колебалась от 9% у женщин в естественной постменопаузе до 26% у более молодых женщин в постменопаузе, подвергшихся хирургическому вмешательству. Распространенность ГПСВ была значительно выше среди женщин с хирургической менопаузой в возрасте от 20 до 49 лет, чем среди женщин в пременопаузе того же возраста [9]. Исследование PRESIDE (Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking) показало, что проблемы с половым влечением возрастают у женщин от 45 до 64 лет по сравнению с женщинами более стар-

шего и младшего возрастов [10]. Предполагается, что гипопостроения и снижение уровня тестостерона, связанные со старением, способствуют возникновению этих симптомов.

Кости

Эстрогены обладают выраженными антирезорбтивными свойствами, поэтому снижение концентрации эстрогенов во время менопаузы приводит к увеличению скорости костной резорбции. Снижение уровня эстрогенов способствует резорбции костной ткани, опосредованной остеокластами за счет активации паратиреоидного гормона. Пик минерализации костной ткани достигается примерно в возрасте 30 лет и затем постепенно снижается примерно на 0,7% в год [11]. МГТ является эффективным методом предотвращения потери костной массы, которая наиболее выражена в первые 3–5 лет постменопаузы, а также способствует сохранению качества кости и межпозвоночных дисков у женщин в постменопаузе. Эффективность МГТ доказана в отношении снижения риска перелома в популяции постменопаузальных женщин [12].

Литература

1. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) [published correction appears in Psychol Med. 2011 Oct;41(10):2238]. Psychol Med. 2011;41(9):1879-1888. doi:10.1017/S003329171100016X
2. Soares CN. Depression in peri- and postmenopausal women: prevalence, pathophysiology and pharmacological management. Drugs Aging. 2013;30(9):677-685. doi:10.1007/s40266-013-0100-1
3. Avis NE, Crawford S, Stellato R, Longcope C. Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. Climacteric. 2001;4(3):243-249.
4. Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE, et al. Ovarian hormone fluctuation, neurosteroids, and HPA axis dysregulation in perimenopausal depression: a novel heuristic model. Am J Psychiatry. 2015;172(3):227-236. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070918
5. Joffe H, Petrillo LF, Koukopoulos A, et al. Increased estradiol and improved sleep, but not hot flashes, predict enhanced mood during the menopausal transition. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(7):E1044-E1054. doi:10.1210/jc.2010-2503
6. Espeland MA, Rapp SR, Shumaker SA, et al. Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study. JAMA. 2004;291(24):2959-2968. doi:10.1001/jama.291.24.2959
7. Young T, Rabago D, Zgierska A, Austin D, Laurel F. Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women in the Wisconsin Sleep Cohort Study. Sleep. 2003;26(6):667-672. doi:10.1093/sleep/26.6.667
8. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. Menopause. 2003;10(1):19-28. doi:10.1097/00042192-200310010-00005
9. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause. 2006;13(1):46-56. doi:10.1097/01.gme.0000172596.76272.06
10. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol. 2008;112(5):970-978. doi:10.1097/AOG.0b013e3181898cdb
11. Riggs BL, Wahner HW, Melton LJ 3rd, Richelson LS, Judd HL, Offord KP. Rates of bone loss in the appendicular and axial skeletons of women. Evidence of substantial vertebral bone loss before menopause. J Clin Invest. 1986;77(5):1487-1491. doi:10.1172/JCI112462
12. Клинические рекомендации. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Российское общество акушеров-гинекологов. Минздрав России. М., 2021.