

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

*Тарасевич Е. В., Таболина А. А., Шукалович М. С.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск*

**Актуальность.** Перименопауза представляет собой физиологический этап жизни женщины. У 60–80 % пациенток он сопровождается климактерическим синдромом (КС). В структуре КС психопатологические нарушения занимают ведущее место, существенно снижая качество жизни, трудоспособность и социальную адаптацию.

До 45 % женщин в перименопаузе обращаются к врачам первичного звена с жалобами тревожно-депрессивного спектра, при этом зачастую не получают своевременной психиатрической помощи, так как традиционно климактерический синдром рассматривается гинекологами и эндокринологами через призму вазомоторных и соматических симптомов. Психопатологические проявления (аффективная лабильность, диссомния, тревога, снижение когнитивных функций) нередко трактуются как «норма возрастных изменений» или «характерологические особенности». Это приводит к позднему выявлению пограничных психических расстройств и хронификации состояний.

**Цель исследования.** На основе анализа клинических случаев и литературных данных систематизировать основные формы психопатологических нарушений у женщин с климактерическим синдромом в перименопаузе и предложить алгоритм их терапии в междисциплинарном формате.

**Результаты и обсуждение.** Психоэмоциональная дестабилизация в перименопаузе имеет полиэтиологическую природу, где ведущую роль играет не столько дефицит эстрогенов, сколько их хаотичная флюктуация: нейроэндокринный механизм, нейровоспаление, хронофизиологические нарушения, что приводит к истощению адаптационных ресурсов организма.

Структура психоэмоциональных нарушений отличается от классических психических расстройств преобладанием атипичных и соматизированных форм. Аффективные расстройства: атипичная депрессия, характеризуется не столько гипотимией, сколько дисфорией, астенией, гиперсомнией и повышенным аппетитом. Тревожные расстройства: доминирует генерализованная тревога с соматическими эквивалентами. Частота дебюта панических расстройств в перименопаузе увеличивается в 2,5 раза. Когнитивные нарушения: включают жалобы на снижение концентрации внимания, ухудшение вербальной памяти и трудности подбора слов. Важно: эти нарушения носят функциональный характер, связаны с перегрузкой рабочей памяти тревогой и дефицитом нейростероидов, не являются предиктором деменции при отсутствии дополнительных факторов риска. Нарушения сна: инсомния в перименопаузе вторична по отношению к вазомоторным симптомам и тревоге.

Лечение должно быть этиопатогенетическим и персонализированным. Базовые компоненты: модификация образа жизни (регуляция сна, физическая активность, нутритивная поддержка); психофармакотерапия при умеренных и тяжелых расстройствах; гормональная терапия (МГТ) при наличии вазомоторных симптомов и отсутствии противопоказаний; психотерапия, как обязательный компонент реабилитации. Препаратами выбора при тревожно-депрессивных расстройствах в перименопаузе являются СИОЗС и СИОЗСН. При выраженной диссомнии и тревоге коротким курсом — ГАМК-ергические препараты или низкие дозы нейролептических средств. Бензодиазепины назначаются ситуационно (до 7–10 дней) из-за риска зависимости и миорелаксации. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) эффективна при КС с ведущими вазомоторными симптомами и сопутствующими аффективными колебаниями, особенно если психопатология появилась впервые именно в перименопаузе. Когнитивно-поведенческая терапия эффективна для коррекции катастрофизации симптомов, поведенческой гиперактивации и дисфункциональных убеждений. Методы релаксации, регулярная аэробная нагрузка снижают уровень кортизола и улучшают нейропластичность.

**Выводы.** Психоэмоциональные нарушения в перименопаузе представляют собой сложный нейроэндокринно-психосоциальный синдром, требующий междисциплинарного подхода. Своевременная диагностика и комбинированная терапия (сочетание менопаузальной гормональной терапии, психофармакотерапии и психотерапии) позволяют достичь редукции симптомов у 80–85 % пациенток, предотвратить хронизацию расстройств и восстановить качество жизни.