



# Персоніфікована терапія депресивних розладів у жінок в період менопаузи

Г.М. Кожина

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

**Анотація. Мета:** оцінка ефективності системи комплексної терапії депресивних розладів у жінок в період менопаузи. **Об'єкт дослідження:** депресивні розлади, асоційовані з менопаузою. **Методи дослідження:** клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження з використанням шкали депресії Бека, шкали тривоги та депресії Гамільтона, Госпітальної шкали тривоги та депресії, шкали Symptom Check List-90-Revised. **Результати.** Згідно з результатами психодіагностичного дослідження, після проведеного лікування відзначено чітку позитивну динаміку емоційного стану за психодіагностичними шкалами: достовірне зниження показників депресії за шкалою депресії Бека й показників тривоги та депресії за шкалою Гамільтона й Госпітальною шкалою тривоги та депресії. За шкалою Symptom Check List-90-Revised відмічали зниження рівня соматизації, депресії, тривоги та міжособистісної сенситивності. Виявлено хорошу переносимість венлафаксину пролонгованої дії, невисоку вираженість та частоту побічних ефектів, особливо щодо вищих психічних функцій. Побічні дії препарату відзначені у 5,7% хворих, виникали у перші 2 тиж прийому препарату та були представлені зниженням апетиту, незвичними сновидіннями, зниженням лібідо, головним болем, нудотою. У жодному випадку цей факт не спричинив відміни застосування препарату. **Висновок.** Отримані в ході дослідження дані свідчать про ефективність застосування венлафаксину пролонгованої дії у терапії депресивних розладів, асоційованих з менопаузою.

**Ключові слова:** тривога, депресія, період менопаузи, венлафаксин.

## Вступ

Для населення України в сучасних умовах повномасштабного вторгнення відбувається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно впливає на рівні як індивідуального психосоматичного стану, так і громадського здоров'я [1, 2].

За прогнозами Міністерства охорони здоров'я України, з кожним днем кількість осіб, які будуть відчувати негативні наслідки для власного психічного здоров'я, зростатиме. Навіть на тих, хто стійко впорався в перші місяці повномасштабного вторгнення, чекає ментальне виснаження, тому що адаптація до постійного і тривалого перебування в умовах війни також може досить негативно вплинути на психічне здоров'я [3, 4].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів, які відмічають у практиці лікаря-психіатра. Розуміючи, що ми знаходимося сьогодні в умовах війни, яка відбувається зараз в Україні, ймовірність появи і розвитку депресії зростає в рази. Головні причини цього — постійний стрес, страх за власне життя та життя своїх рідних. Моральні і фізичні страждання мирного населення під час бойових дій стають вагомим тригером, що викликає як нові випадки депресії, так і загострення/рецидиви у людей, в яких раніше, ще до початку повномасштабного вторгнення, відмічали епізоди цієї хвороби [5, 6].

Депресія є найпоширенішим психічним розладом та стає причиною непрацездатності частіше, ніж будь-яке інше захворювання, є однією з вагомих причин непрямих та прямих витрат на медичне обслуговування. Зростання важливості проблеми депресії зумовлене її поширеністю та може бути пояснене істотним впливом депресії на такі важливі складові життя, як соціальне функціонування людини та якість життя, а також найвагомішим серед усіх психічних розладів рівнем суїцидів, що скоюють пацієнти із депресивними розладами (ДР) [7, 8].

Також варто зауважити, що ДР мають істотні гендерні особливості, що виявляються у психосоціальній дезадаптації, клініко-психопатологічній феноменології та проявах аутодеструктивної поведінки. Вищезазначене зумовлює необхідність диференційованих психотерапевтичних та лікувально-реабілітаційних втручань [9, 10].

Важливо пам'ятати, що у жінок ДР відмічають в 1,5–2 рази частіше, ніж чоловіків. Згідно з даними ВООЗ, поширеність уніполярної депресії становить 1,9% для чоловіків і 3,2% для жінок; ДР протягом 12 міс виявляють у 5,8 та 9,5% відповідно. ДР у жінок старшого віку нерідко асоційовані з менопаузою, фізіологічний перебіг якої в 18–50% випадків ускладнюється розвитком клімактеричного синдрому, для якого характерні вазомоторні та емоційно-вегетативні прояви [11–13].

Нааявність ДР в період клімактерію пояснюють зниженням рівня моноамінів, моноаміноксидази, ендорфінів, що може бути наслідком вікового зменшення вмісту естрогенів, викликаного, у свою чергу, порушенням регуляції в системі «гіпоталамус — гіпофіз — кора надниркових залоз». Однак виникнення емоційних розладів залежить не тільки від біологічних, а й від психологічних і соціальних факторів [14, 15].

Реалії сьогодення потребують розробки персоніфікованих підходів до терапії ДР, асоційованих з клімактеричним періодом у жінок.

Вищевикладене зумовило актуальність нашого дослідження, мета якого — розробка та оцінка ефективності системи комплексної терапії ДР у жінок в період менопаузи.

## Об'єкт і методи дослідження

Об'єкт дослідження: ДР, асоційовані з менопаузою. У ході роботи використані наступні методи дослідження: комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження з використанням: шкали Бека (Beck Depression Inventory), шкали тривоги та депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г.П. Пантелеева, 1988), Госпі-

тальної шкали (Hospital Anxiety and Depression Scale), шкали Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R).

Проведено комплексне обстеження 97 жінок (середній вік  $53,6 \pm 2,7$  року) з ДР, асоційованими з менопаузою.

## Результати та їх обговорення

Як свідчать результати дослідження, клінічній картині ДР у обстежених хворих притаманні знижений фон настрою, відчуття смутку, печалі (88,9% жінок), безнадії (67,9%), внутрішньої напруги, тривоги (68,7%), відчуття власної непотрібності, малоцінності (65,6%), звуження кола інтересів (58,6%), втрата енергії та занепад сил (65,9%), ангедонія (68,3%), дратівливість (41,2%), підвищена образливість, надмірна чутливість щодо зауважень на свою адресу (31,7%), погіршення пам'яті (36,2%) та концентрації уваги (38,9%), розлади сну (67,1%) у поєднанні з вазомоторними симптомами: «припливами» (76,9%), нічною пітливістю (46,3%), тахікардією (44,7%) та лабільністю артеріального тиску (56,2%).

Клінічна структура ДР представлена тужливим (33,1% обстежених), сенестоіпоходричним (30,5%), тривожним (21,8%) та апатоадинамічним (14,6%) варіантами психопатологічної симптоматики.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження, у обстежених хворих відмічається тяжка (25,1%), виражена (38,4%) та помірна (36,5%) депресія за шкалою Бека (Beck Depression Inventory); тяжкий (41,3%) депресивний та тяжкий (40,9%) тривожний епізоди; помірний депресивний (41,2%) та тривожний (43,5%) епізоди за шкалою тривоги та депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г.П. Пантелеєва, 1988); клінічно (61,9%) та субклінічно (38,1%) виражена депресія за Госпітальною шкалою (Hospital Anxiety and Depression Scale). За шкалою SCL-90-R у обстежених хворих відмічено високі рівні депресії (63,4%), тривоги (42,3%), соматизації (51,5%) та міжособистісної сенситивності (38,2%).

На підставі отриманих у ході роботи даних розроблена й апробована комплексна система терапії ДР у жінок в період менопаузи з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії, психологічної підтримки, психоосвіти, яка, перш за все, базувалася на салютотенному підході та розвитку резилентності.

Психофармакологічна стратегія ґрунтувалася на основі таких клінічних протоколів лікування ДР: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder. Section 3. Pharmacological Treatments, 2016; Depression in adults: recognition and management. Guidelines by NICE, 2018; Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 р. № 1003), відповідно до яких одним із препаратів вибору в лікуванні ДР, асоційованих з менопаузою, є венлафаксин.

Венлафаксин — селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, який виявив високу ефективність у лікуванні депресії, асоційованої з тривогою та фобічною симптоматикою, сприяє поліпшенню когнітивних показників, підвищенню психофізичної активності пацієнтів.

Венлафаксин пролонгованої дії має унікальний дозозалежний ефект молекули, а саме у низьких дозах (до 150 мг на добу) виявляє властивості селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну; при підвищенні дози до 225 мг включається норадренергічна дія; подальше підвищення дози до 375 мг зумовлює появу дофамінергічного ефекту. Механізм «перемикання», що не потребує заміни препарату і ре-

алізований лише зміною дози, вигідно виділяє венлафаксин серед інших антидепресантів.

У нашому дослідженні застосовували венлафаксин пролонгованої дії у дозі 75 мг 1 раз на добу.

Психотерапевтичний комплекс включав диференційоване персоніфіковане використання когнітивно-поведінкової терапії, біосугестивної терапії (О. Стражний, 1996), терапії прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy (ACT) та арт-терапії.

Важливою складовою розробленої лікувальної програми була персоніфікована психоосвіта, спрямована на надання пацієнтам знань щодо особливостей ДР та специфіки клімактерії; зниження рівня стигматизованості та самостигматизованості.

Як показали результати дослідження, на тлі проведення розробленої персоніфікованої терапевтичної програми у більшості обстежених на 3-му тижні терапії відмічали позитивну динаміку емоційного стану — редукцію депресивної (у 71,2% обстежених) та тривожної (73,5%) симптоматики, зникнення афекту туги (77,4%), внутрішньої напруги (73,1%), різноманітних страхів і побоювань (66,9%), іпохондричних проявів (66,2%). Відмічали достовірне зниження частоти і тяжкості вазомоторних симптомів, пов'язаних із менопаузою: зменшення «припливів» (61,2%), нічної пітливості (52,2%), стабілізацію артеріального тиску (57,4%) та серцевого ритму (56,3%). Поведінка хворих ставала більш упорядкованою, зростала їх психофізична активність, відновлювався звичайний руховий режим. До кінця 9-го тижня прийому препарату помітно покращувалися когнітивні показники з акцентом на позитивну динаміку функцій нейродинаміки, уваги та мислення. Усе вищезазначене сприяло успішній психосоціальній адаптації хворих.

Згідно з результатами психодіагностичного дослідження, відзначено чітку позитивну динаміку емоційного стану за психодіагностичними шкалами: достовірне зниження показників депресії за шкалою Бека та показників тривоги та депресії за шкалою Гамільтона та Госпітальною шкалою (таблиця).

За шкалою SCL-90-R на тлі проведеної терапії отримані наступні зміни: зниження рівня соматизації (з 1,63 до 1,32 бала),

**Таблиця** Динаміка показників тривоги та депресії за основними психодіагностичними шкалами (%)

Вираженість тривоги і депресії	До терапії	Після терапії
<b>Шкала депресії Бека</b>		
Відсутність депресивних симптомів	0	38,4
Легка депресія	0	36,7
Помірна депресія	36,5	22,9
Виражена депресія	38,4	1,0
Тяжка депресія	25,1	1,0
<b>Шкала Гамільтона</b>		
Відсутність	тривоги	0
	депресії	46,2
Легкий епізод	тривоги	0
	депресії	44,2
Помірний епізод	тривоги	15,6
	депресії	33,3
Тяжкий епізод	тривоги	17,5
	депресії	37,8
Помірний епізод	тривоги	43,5
	депресії	19,5
Тяжкий епізод	тривоги	41,2
	депресії	17,8
Тяжкий епізод	тривоги	40,9
	депресії	1,0
Тяжкий епізод	тривоги	41,3
	депресії	0,8
<b>Госпітальна шкала тривоги та депресії</b>		
Відсутність	0	54,5
Субклінічні прояви	38,1	43,4
Клінічні прояви	61,9	2,1



депресії (з 1,22 до 0,61 бала), тривоги (з 1,07 до 0,50 бала) та міжособистісної чутливості (з 1,43 до 1,12 бала).

На 12-му тижні терапії у 87,5% хворих відзначали чітку позитивну динаміку, депресивна симптоматика редукувалася, вазомоторна симптоматика була слабо вираженою, відзначено активацію соціального функціонування, а також можливість подолання ситуацій, які раніше викликали емоційний дискомфорт.

У ході дослідження відмічено хорошу переносимість венлафаксину пролонгованої дії, невисоку вираженість та частоту побічних ефектів, особливо щодо вищих психічних функцій. Побічні дії препарату відзначені у 5,7% хворих, виникали в перші 2 тиж прийому препарату та були представлені зниженням апетиту, незвичними сновидіннями, зниженням лібіді, головним болем, нудотою. У жодному випадку це не спричинило відміни застосування препарату. Решту випадків побічних ефектів можна вважати передбачуваними (типовими для застосовуваного класу препаратів), які в цілому швидко минають при продовженні лікування і доступні для швидкої корекції.

У сучасній науковій літературі є достатня кількість статей щодо лікування ДР препаратами з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, а саме венлафаксину. Однак у них розглядають лікування ДР різного ступеня тяжкості [16], також є робота, присвячена лікуванню вазомоторної симптоматики на тлі менопаузи [17]. Однак немає жодної роботи, яка би розглядала питання ДР, асоційованих з менопаузою, на тлі лікування венлафаксином.

## Висновок

Отримані в ході дослідження дані свідчать про ефективність застосування венлафаксину пролонгованої дії у терапії ДР, асоційованих з менопаузою.



UA-LAFA-PUB-102023-017

## Список використаної літератури

- Чабан О.С., Хаустова О.О. (2022) Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Укр. мед. часопис, 4(150). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
- Хаустова О.О. (2022) Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Здоров'я України, 4: 22–24.
- www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psiichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko.
- Орос М.М. (2023) Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. Укр. мед. часопис, 2(154): 93–97.
- vysh.gov.ua/psychichne-zdorov-ya-ta-stavleniya-ukrayintsiv-do-psyhologichnoy-dopomogy-pid-chas-vijny/.
- Юр'єва Л.М., Шустерман Т.Й., Ліхолетов Є.О. (2019) Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. Медичні перспективи, 24(4): 112–120.
- Маркова М.В. (2019) Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків, «Мадрид», 492 с.
- Марута Н.О., Панько Т.В., Каленська Г.Ю. (2019) Особливості порушень психічного здоров'я та механізми їх формування у внутрішньо переміщених осіб. Укр. вісн. психоневрол., 27(4)(101): 45–51.
- Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У 2-х томах (2017) Пер. з англ. «Наш формат», Київ, Т. 1, 579 с.
- Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A. et al. (2018) Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol. Med., 48(9): 1560–1571.
- <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547697>
- Зеленська К.О., Кольцова Г.Г. (2017) Клініко-психопатологічний аналіз сучасних депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою у жінок. ScienceRise: Medical Science, 12(20): 39–42.
- Baune B.T., Christensen C.M. (2019) Differences in Perceptions of Major Depressive Disorder Symptoms and Treatment Priorities Between Patients and Health Care Providers Across the Acute, Post-Acute, and Remission Phases of Depression. Front. Psychiatr., 10: 335.
- Татарчук Т.Ф., Де Вільєрс Т. (2016) Національний консенсус щодо ведення пацієнтів із клімактеричними розладами. Мед. асп. здоров'я жінки, 2–1(99).
- Татарчук Т.Ф., Педаченко Н.Ю. (2018) Менопауза: оптимальні методи для покращення якості життя жінки. Медична газета «Здоров'я України».
- Furukawa T.A., Cipriani A., Cowen P.J. et al. (2019) Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis. Lancet Psychiatr., 6(7): 601–609.
- Crandall C.J., Mehta J.M., Manson J.E. (2023) Management of Menopausal Symptoms: A Review. JAMA, 329(5): 405–420.

## Personalized therapy of depressive disorders in women during menopause

H.M. Kozhyna

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Abstract.** The aim of the study is to evaluate the effectiveness of the complex therapy of depressive disorders in women during menopause. **The object of the study:** depressive disorders associated with menopause. **Research methods:** clinical-psychopathological and psychodiagnostic evaluation using Beck Depression Inventory Scale, Hamilton's Anxiety and Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Symptom Check List-90-Revised. **Results.** After the treatment, a clear positive dynamics of emotional state on psychodiagnostic scales was noted: a significant decrease in depression on a Beck Depression Inventory Scale and anxiety and depression on a Hamilton's and Hospital Anxiety and Depression Scales. On a Symptom Check List-90-Revised Scale noted a decrease in levels of somatization, depression, anxiety and interpersonal sensitivity. The study revealed a good tolerability of long-acting venlafaxin, low severity and frequency of side effects, especially for higher mental functions. Side effects of the drug were noted in 5.7% of patients, occurred in first two weeks of drug administration, and were represented by a decrease in appetite, unusual dreams, decreased libido, headache, nausea. In no case did this fact have caused the cancellation of the drug. **Conclusion.** The data obtained in the study indicate the effectiveness of the use of venlafaxine prolonged action in the treatment of depressive disorders associated with menopause.

**Key words:** anxiety, depression, menopause, venlafaxin.

## Information about the author:

Kozhyna Hanna M. — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine.  
E-mail: amkozhyana888@gmail.com

## Відомості про автора:

Кожина Ганна Михайлівна — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, Харків, Україна.  
E-mail: amkozhyana888@gmail.com

Надійшла до редакції/Received: 24.10.2023

Прийнято до друку/Accepted: 25.10.2023



# Розмалюй життя в яскраві кольори



## ЛАФАКСИН® XR АСІНО

венлафаксин



- ◆ Препарат вибору в терапії тяжких та резистентних форм депресій<sup>1-3</sup>
- ◆ Доведена біоеквівалентність оригінальному венлафаксину<sup>4</sup>
- ◆ Зручність прийому — 1 раз на добу<sup>3</sup>

**Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЛАФАКСИН® XR АСІНО.** Склад: діюча речовина: венлафаксину гідрохлорид; 1 таблетка містить венлафаксину гідрохлориду 84,85 мг або 169,70 мг, що еквівалентно венлафаксину основи 75 мг або 150 мг. **Лікарська форма.** Таблетки пролонгованої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антидепресанти. Код АТХ N06A X16. **Фармакологічні властивості.** Механізм антидепресивної дії венлафаксину у людей вважається пов'язаним із його потенціюванням нейротрансмітерної активності в центральній нервовій системі. Венлафаксин та його основний метаболіт О-деметилвенлафаксин є інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну; він також слабо інгібує захоплення дофаміну. Венлафаксин та його активний метаболіт скорочують β-адренергічну реактивність після одноразового (прийому однієї дози) і тривалого застосування препарату. **Показання.** Лікування великих депресивних епізодів. Профілактика рецидивів великих депресивних епізодів. Лікування генералізованих тривожних розладів. Лікування соціального тривожного розладу (соціальної фобії). Лікування панічного розладу з або без агорафобії. **Протипоказання.** Гіперчутливість до венлафаксину або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Супутнє лікування незворотними інгібіторами моноаміноксидаз (інгібітори MAO) протипоказано через ризик розвитку серотонінового синдрому з такими симптомами, як збудження, тремор та гіпертермія. Прийом венлафаксину не можна розпочинати протягом принаймні 14 днів після припинення лікування незворотними інгібіторами MAO. Лікування венлафаксином необхідно припинити щонайменше за 7 днів до початку терапії незворотними інгібіторами MAO. **Побічні реакції.** Зниження апетиту, безсоння, сплутаність свідомості, деперсоналізація, незвичні сновидіння, нервовість, зниження лібідо, збудження, аноргазмія, головний біль, запаморочення, седация, акатизія, тремор, парестезія, дисгевзія, порушення зору, порушення акомодатції, включаючи затуменіння зір, мідріаз, дзвін у вухах, тахікардія, відчуття серцебиття, гіпертензія, приливи, задишка, позікання, нудота, сухість у роті, запор, діарея, блювання, гіпергідроз (включаючи нічну пітливість), висипання, свербіж, гіпертонус, утруднений початок сечовипускання, затримка сечовипускання, часте сечовипускання, меноррагія, метрорагія, еректильна дисфункція, порушення еякуляції, слабкість, астенія, озноб, зменшення маси тіла, збільшення маси тіла, підвищення рівня холестерину у крові (розділ скорочено для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Дексель Лтд./Dexel Ltd. ЛАФАКСИН® XR АСІНО 75 мг Р. П. МОЗ України: UA/13444/01/01 №428 від 03.03.2023. ЛАФАКСИН® XR АСІНО 150 мг Р. П. МОЗ України: UA/13444/01/01 №428 від 03.03.2023. Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1. Barak Y, Swartz M, Barcuch Y. Venlafaxine or a second SSRI: switching after treatment failure with an SSRI among depressed inpatients: a retrospective analysis // Progr. Neuropsychopharmacol. & Biol. Psychiat. – 2011. – Vol. 35. – P. 1744-1747. 2. Benkert O, Grunder G, Wetzel H. et al. A randomized, double-blind comparison of a rapidly escalating dose of venlafaxine and imipramine in inpatients with major depression and melancholia // J. Psychiat. Res. – 1996. – Vol. 30. – P. 441-451. 3. Інструкція для медичного застосування препарату ЛАФАКСИН® XR АСІНО 75 мг Р. П. МОЗ України: UA/13444/01/01 №428 від 03.03.2023. ЛАФАКСИН® XR АСІНО 150 мг Р. П. МОЗ України: UA/13444/01/01 №428 від 03.03.2023. 4. Bioequivalence Study Number – 411-DX-03-05-0000, Clin report April, 2004.

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна  
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua