

## RETROSPECTIVĂ ASUPRA STATUSULUI PSIHOSOMATIC ȘI VEGETATIV ÎN MENOPAUZĂ

*Lidia COJOCARI\*, Aurelia CRIVOI*

*\*Universitatea de Stat din Tiraspol  
Universitatea de Stat din Moldova*

La pacientele cu sindrom de menopauză și la femeile cu evoluție fiziologică normală a menopauzei au fost determinate deosebiri veridice în statusul psihosomatic. S-a estimat o labilitate funcțională a sistemului nervos vegetativ, mai cu seamă a componentei simpatice.

**Cuvinte-cheie:** sindrom de menopauză, menopauză cu evoluție fiziologică normală, status psihosomatic, anxietate, indicele Kerdo, reflex ortostatic, sistem nervos vegetativ.

### THE STATUS RETROSPECTION CONCERNING THE PSYCHOSOMATIC AND VEGETATION MENOPAUSE

Veridical differences in psychosomatic status were determined for patients with postmenopausal syndrome and women with normal physiological evolution of menopause. The menopausal syndrome was estimated the SNV functional liability, especially sympathetic component.

**Keywords:** menopause syndrome, normal physiological menopause evolution, psychosomatic status, anxiety, Kerdo index, orthostatic reflex, vegetative nervous system.

### Introducere

Menopauza, perioadă fiziologică în viața femeii, focalizează în ultimii ani numeroase studii ce privesc o problematică de cercetare diversă: de la patologia endocrină, metabolică, cardiovasculară, urogenitală, osteo-articulară a disfuncțiilor psihologice până la importante aspecte psihosociale [8,13,15].

Modificările structurii demografice a societății și creșterea longevității vieții la hotarul secolului XXI au adus la sporirea în populație a cotei femeilor în grupa de vârstă înaintată. Conform datelor OMS, actualmente în lume sunt 500 milioane de femei având vârsta peste 50 de ani și, prin urmare, mai mult de 1/3 din viață femeile o petrec în postmenopauză. Menopauza, nefiind de fapt o maladie, duce la tulburarea echilibrului endocrin în organism [2].

Menopauza sau climacteriul este perioada din viața fiecărei femei marcată de dispariția permanentă a menstruației din cauza reducerii secreției hormonale ovariene, ce apare natural sau este indusă prin chirurgie, chimioterapie, iradiere.

Menopauza naturală se recunoaște după o perioadă de 12 luni de amenoree, care nu este asociată cu o altă patologie. Vârsta medie a menopauzei este de 51 ani, cu variații individuale între 35 și 55 ani [4,15].

După E.M. Vihleeva (1998), menopauza este o perioadă în viața fiecărei femei, care începe în medie la 45 de ani. Este o etapă ireversibilă a procesului de îmbătrânire ce implică sistemul reproductiv al femeii după încetarea menstruației. Menopauza se caracterizează prin restructurarea ritmului funcționării sistemelor de reglare a organismului și, în primul rând, a sistemului endocrin care intervine în reglarea sistemului reproducător [9].

Menopauza corespunde încetării activității secretorii a ovarelor la vârsta de 45-50 de ani, când s-a epuizat stocul de foliculi primordiali, capabili de maturare sub influența foliculostimulentului (FSH) hipofizar. Pe măsură ce numărul foliculilor primordiali scade, ciclul ovarian devine neregulat, iar secreția insuficientă de estrogeni și progesterone nu mai poate inhiba eliberarea succesivă de FSH și luteinizant (LH) hipofizar, necesară activității secretorii ciclice a ovarelor. În lipsa hormonilor ovarieni, complexul hipotalamo-hipofizar continuă să secrete mari cantități de gonadotrofine, fără răspuns uterin generator de flux menstrual [3,12].

Prin urmare, mecanismul de producere a menopauzei are la bază reducerea numărului de foliculi ovarieni, acești foliculi fiind mai puțin sensibili la acțiunea hormonilor gonadotropi (FSH, LH), mai ales a FSH, proces ce duce la scăderea concentrației de estradiol și, implicit, la scăderea proliferării endometriului și, în final, la absența menstruației. În rezultat, are loc restructurarea sistemului endocrin din regim ciclic în regim monofazic [10].

Transformările biologice complicate care au loc în organismul feminin pe fondalul de vârstă, diminuarea consecutivă și deconectarea funcțiilor ovarelor induc modificări în activitatea sistemului nervos vegetativ, care derulează deficiul, deoarece sistemul a funcționat o perioadă îndelungată – 30-35 de ani – în conformitate cu eliberarea ciclică a hormonilor sexuali. Dereglarea echilibrului endocrin determină schimbări în secreția substanțelor biologice active și neurotransmițătorilor – catecolamine, serotonină, acetilcolină etc., care sunt în strânsă legătură cu sistemul nervos vegetativ (SNV) și pot induce apariția dereglărilor vegetative cu caracter generalizat. Astfel de modificări însemnate induc restructurarea funcțională a întregului organism și aceste modificări caracterizează sindromul de menopauză [3,6,10,12].

Sindromul de menopauză are anumite regularități în evoluția sa. Se disting manifestări precoce, care includ simptome vasomotorii și psihovegetative: bufeuri, transpirații abundente, cefalee, tahicardie, labilitate a tensiunii arteriale, iritabilitate, anxietate, slăbiciune, somnolență, uitare, lipsă de concentrare, scăderea libidoului, depresie. Aceste semne apar în premenopauză și în primii unu–doi ani de postmenopauză [5,7,13].

Dereglări medii în timp se constată la 2-5 ani de la suprimarea menstruației și se caracterizează prin simptome ca: uscăciune vaginală, prurit, micțiuni dureroase și frecvente, incontinență urinară. De asemenea, se urmărește pielea uscată, riduri, unghii fragile etc.

Peste 5-10 ani se dezvoltă modificări patogenetice, complicații, ca osteoporoză și ateroscleroză.

Potrivit datelor din literatura de specialitate, sindromul de menopauză se întâlnește la 26-28% din femei [17]. Sindromul climacteric se manifestă prin trei grupe de simptome [1,7,9]:

- somatovegetative (amețeli, tahicardie, valuri de căldură, transpirații nocturne);
- psihoemoționale (plaxivitate, iritabilitate, depresie, tulburări ale somnului);
- endocrino-metabolice (obezitate, osteoporoză, dereglări funcționale ale glandei tiroide, hemoragii uterine disfuncționale).

Menopauza determină și alte modificări somatice care au impact asupra sănătății pe termen lung: boala vasculară coronariană și cerebrală; osteoporoză; deteriorarea funcțiilor nervoase superioare: anxietate, depresie, tulburări ale memoriei, tulburări de concentrare și alte inconstanțe cu frecvență variabilă.

În menopauză manifestările sunt cauzate nu doar de schimbările fiziologice din organism, dar și, într-o mare măsură, de influența particularităților premorbidului, de factorul psihic, afecțiunile ginecologice, somatice, particularitățile de personalitate și caracter, particularitățile socioculturale, nivelul de studii la momentul apariției sindromului climacteric. Toate elementele enunțate mai sus pot favoriza adaptarea organismului femeilor sau pot complica evoluția ulterioară a perioadei climacterice.

**Scopul:** cuantificarea statusului psihosomatic și vegetativ la pacientele cu sindrom de menopauză.

### Material și metode

În investigații au fost incluse 81 de femei cu vârsta cuprinsă între 45 și 59 de ani, dintre care 38 paciente cu sindrom de menopauză, vârsta medie fiind de  $53,44 \pm 0,69$  ani și 43 femei cu evoluție fiziologică normală a menopauzei, vârsta medie fiind de  $51,36 \pm 1,72$  ani.

Statusul psihosomatic a fost cuantificat prin intensitatea reacțiilor anxioase, depresive, fobice, ipocondrice etc. după scala Spielberger-Hanin și chestionarul de diagnostic Alexandrovici [11]. Starea sistemului nervos vegetativ a fost monitorizată în baza probei ortostatice, determinării indicelui vegetiv Kerdo. Expresivitatea simptomelor patologice ale sindromului de menopauză au fost cuantificate după indicele menopauzei Kuperman, modificat de E.V. Uvarova.

### Rezultate și discuții

Evaluarea manifestărilor clinice la pacientele cu sindrom de menopauză au scos în evidență mai multe simptome psihoemoționale și neurovegetative (Fig.1). Dintre manifestările psihoemoționale la 76,3% din persoanele cu sindrom de menopauză s-a înregistrat diminuarea capacității de muncă, la 71,1% – stare tensionată, la 81,6% – iritabilitate, la 65,7% – plaxivitate și la 73,8% – agresivitate. Dintre simptomele neurovegetative menținem că bufee au acuzat toate femeile cu sindrom de menopauză, hiperhidroză – 89,4%.

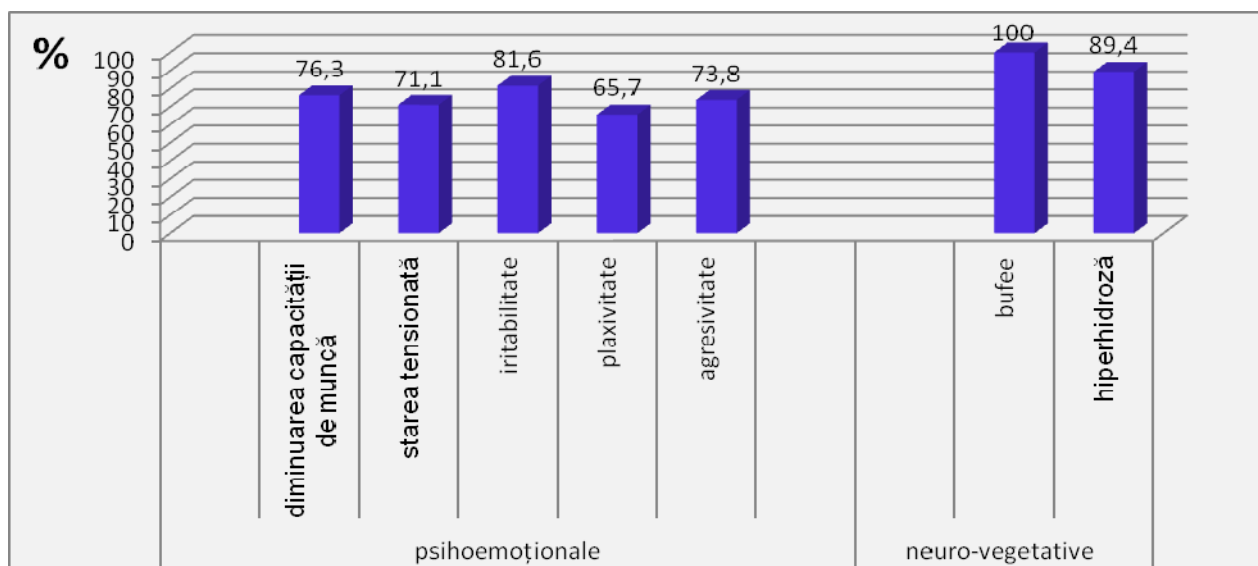


Fig.1. Frecvența simptomelor sindromului de menopauză.

Cuantificarea gradului de evoluție a sindromului de menopauză în baza indecelui modificat menopauzal (IMM), care se axează pe evaluarea complexului de simptome neuro-vegetative, psihoeemoționale a vizat distribuția pacienților cu sindrom de menopauză în trei grade (*a se vedea* Tabelul).

Tabelul

#### Distribuția pacienților în dependență de gradul evoluției sindromului de menopauză și IMM

Gradul evoluției sindromului de menopauză	Coraportul procentual, %	Complexul simptomatic neurovegetativ	Complexul simptomatic psihoeemoțional, metabolic
ușor	31,57	15,01±0,22	2,77±0,51
mediu	52,63	24,9±0,36	10,1±0,06
grav	42,1	37,4±0,17	21,03±0,48

Evaluând statusul psihosomatic la femeile cu evoluție fiziologică normală a menopauzei și la cele cu sindrom de menopauză, am stabilit deosebiri veridice ( $p < 0,001$ ) atât cantitative, cât și calitative. După toate simptomele, punctajul acumulat de femeile cu sindrom de menopauză s-a estimat de câteva ori mai mare decât la femeile cu perioada climacterică fiziologic normală.

La femeile cu sindrom de menopauză s-a estimat predominarea dereglărilor de somn 50,83±1,21; dereglărilor neuroastenice 35,99±1,09; dereglărilor isterice 29,97±1,26; dereglărilor somatovegetative și motorii 24,99±1,71, anxietate 24,04±0,81 și, într-o măsură mai mică, tulburări fobice 22,44±0,51; depresie 19,77±0,85; dificultăți de comunicare socială 17,44±0,76; dereglări sexuale 16,7±1,25 și ipocondrice 16,47±0,99 și altele (Fig.2).

La femeile cu evoluție fiziologică a sindromului climacteric nu s-a evidențiat predominarea cărorva dereglări ale statusului psihosomatic (Fig.2). Tulburările estimate sunt neesențiale, poartă un caracter slab pronunțat, ceea ce se explică prin modificările adaptative etative și ale capacităților de adaptare a organismului la schimbarea factorilor mediului înconjurător.

Anxietatea reprezintă o entitate psihologică ce poate fi descrisă ca o trăsătură afectivă vagă, difuză, de neliniște, de apăsare, de tensiune, îngrijorare, de teamă nemotivată, neavând un obiect precis sau factori obiectivi care să condiționeze această stare [5]. Anxietatea provoacă disconfort psihic, dar care, la nivel scăzut, este necesară pentru că acționează motivator pentru acțiuni. Dincolo de acest nivel, când anxietatea atinge un grad de intensitate și durată, aceasta poate marca o persoană, afectându-i viața de zi cu zi, fie prin faptul că impune anumite restricții, fie că o umbrește cu totul. Toate acestea ne-au determinat să monitorizăm scorurile anxietății situaționale și reactive după scala Spielberg-Hanin.

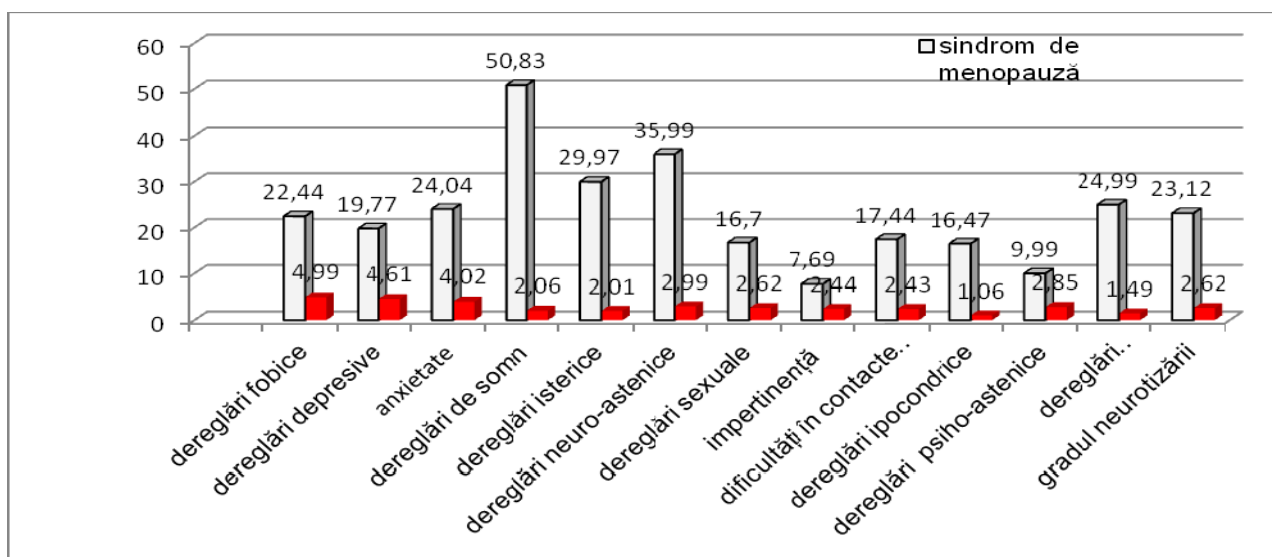


Fig.2. Statusul psihosomatic.

Scorurile anxietății situaționale și personale s-au dovedit a fi mai sporite la pacientele cu sindrom de menopauză ( $45,64 \pm 2,72$  și  $38,18 \pm 1,03$ ,  $p < 0,01$ ) comparativ cu indicii înregistrați în cadrul derulării normale fiziologice a menopauzei ( $27,32 \pm 0,84$  și  $24,08 \pm 1,345$ ), care se află în limitele normei.

Astfel, la femeile cu sindrom de menopauză și cu evoluție fiziologică normală a menopauzei am determinat deosebiri veridice ale statusului psihosomatic.

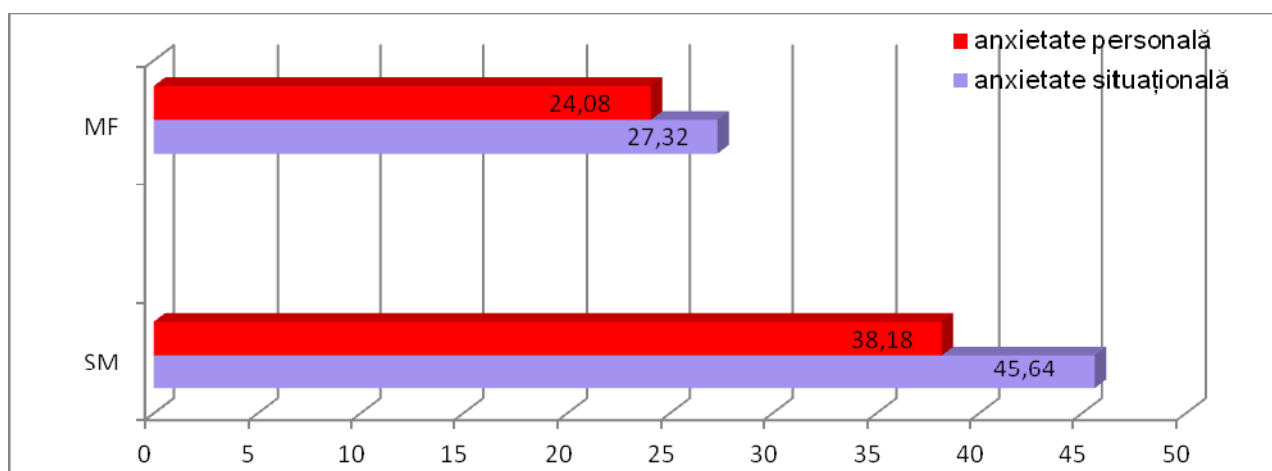


Fig.3. Scorurile anxietății.

Este cunoscut că evoluția fiziologică normală a menopauzei se caracterizează prin echilibrul simpatic și parasimpatic al sistemului nervos vegetativ, cu predominare neesențială a simpaticului [16], ceea ce am constatat și în cazul studiului nostru. Indicele Kerdo (IK) a variat în diapazonul 2,7 - 5,2 un. c. Valoarea medie a indecelui Kerdo a fost de  $2,3 \pm 0,1$  un. c. Reflexul ortostatic (RO) a estimat o deviere nesemnificativă de la valorile norme ( $4,4 \pm 0,3$  un. c. și  $4,8 \pm 0,4$  un. c.), care denotă starea sistemului nervos vegetativ. Măsurările repetate au scos în evidență stabilitatea stării SNV după acești parametri (IKerdo  $2,4 \pm 0,3$  un. c.; RO  $3,9 \pm 0,5$  un. c.).

La pacientele cu sindromul de menopauză pe fondul predominării influenței sistemului nervos vegetativ simpatic s-au înregistrat oscilații în limite mai mari ale indecelui Kerdo ( $-7,7 - +5,7$  un. c.), valoarea medie fiind de  $3,4 \pm 0,3$  un. c. ( $p < 0,01$ ). Măsurările repetate au vizat o labilitate mai mare a SNV la femeile cu sindromul de menopauză, spre deosebire de cele cu o evoluție fiziologică normală ( $-8,9 - +6,2$  un. c.), valoarea medie fiind de  $4,1 \pm 0,4$  un. c. Valorile reflexului ortostatic au evidențiat o activare a sistemului nervos vegetativ simpatic ( $6,6 \pm 0,7$  un. c.). Măsurările repetate au scos în evidență o creștere veridică a acestui parametru ( $8,0 \pm 0,4$ ;  $p < 0,05$ ), care caracterizează instabilitatea, labilitatea funcțională a SNV în sindromul de menopauză.

### Concluzii

La pacientele cu sindrom de menopauză și la femeile cu evoluție fiziologică normală a menopauzei au fost determinate deosebiri veridice în statusul psihosomatic. S-a estimat o labilitate funcțională a SNV, mai cu seamă a componentei simpatice.

### Bibliografie:

1. BROMBERGER, J.T.; Assmann, S.F. et al. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. In: *Am. J. Epidemiol.*, 2003, vol.158, no.4.
2. GRIB, L. Sindromul metabolic la femei în postmenopauză. În: *Buletinul de reinatologie* (Chișinău), 2009, nr.1(41), p.47-51. ISSN 1810-5289
3. HĂULICĂ, I. *Fiziologie umană*. București: Editura Medicală, 2000. 1386 p. ISBN 973-39-0267-5
4. LENCU, C., SUCIU, S. și al. Implicarea stresului oxidativ în tulburările psihocomportamentale la femei în postmenopauză. În: *Chujul Medical*, 2009, no.82(3), p.398-402.
5. SAGSOZ, N., OGUZTURK, Ö. et. al. Anxiety and depression before and after the menopause. In: *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2001, no.264, p.199-202.
6. SIMON, J.A., HSIA, J. et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of stroke: the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). In: *Circulation*, 2001, no.103, p.638-642.
7. АГАРОНОВ, А.М. Климактерические неврозы после операции по поводу фибромиомы матки и их лечение. В: *Медицинские науки*, 1961, том.1, 2, с.63-68. Изд.-во Академии Наук Армянской ССР.
8. БУТАРЕВА, Л.Б. *Клинико-гормональные особенности климактерического синдрома*: Автореф. канд. мед. наук. (Москва), 1988, с.23-28.
9. ВИХЛЯЕВА, Е.М. *Климактерический синдром*: Руководство по эндокринной эндокринологии. Москва: МИА, 1998, 765 с. ISBN 5-9704-0112-9
10. ВИХЛЯЕВА, Е.В. *Руководство по эндокринной гинекологии*. Москва: ООО Медицинское информационное агентство, 2006. 784 с. ISBN 5-89481-395-6
11. ИСТРАТОВА, О.Н., ЭКСАКУСТО, Т.В. *Психодиагностика. Коллекция лучших тестов*. Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. 375 с. ISBN 978-5-222-15161-7
12. КРЫМСКАЯ, М.Л. *Климактерический период*. Москва: Медицина, 1989. 267 с.
13. ЛЕДОЩЮК, О.Б. Климактерий – начало нового периода в жизни женщины. В: *Мир медицины*, 2005, №4, с.29.
14. ЛЮБАРОВА, И.Б. Когнитивные нарушения в климактерическом периоде. В: *Клиническая геронтология*, 2007, том 13, №8, с.18-21.
15. ПЛАЩИНСКАЯ, Л.И. Климактерический период в жизни женщины: душа в поисках гармонии. В: *Медицинские знания*, 2006, №6, с.10-15.
16. *Руководство по климактерию* / Под ред. В.П. СМЕТНИК, В.И. КУЛАКОВА. Москва: ООО «МИА». 2001. 685 с. ISBN 5-89481-076-0
17. СМЕТНИК, В.П., ТУМИЛОВИЧ, Л.Г. *Неоперативная гинекология*. Москва: МИА, 2006. 632 с. ISBN 5-89481-165-1

Prezentat la 27.03.2014