

Assessment intellectual-mental abilities of women of menopausal age
Zhilgeldina N.
Оценка интеллектуально-мнестических способностей у женщин менопаузального
возраста
Жилгельдина Н. З.

*Жилгельдина Назгуль Зашитовна / Zhilgeldina Nazgul Zashitovna - руководитель отдела параклиники,
Корпоративный фонд «University Medical Center»,
Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Республика Казахстан*

Аннотация: изучено состояние интеллектуально-мнестических способностей у женщин в период менопаузы. Результаты исследования свидетельствуют, что у женщин менопаузального возраста есть преддементно-когнитивные нарушения проявляющееся снижением внимания и памяти. Заместительная гормональная терапия препаратом, содержащим 1 мг эстрадиола валерата и 2 мг дроспиренона, положительно влияет на интеллектуально-мнестическую способность женщин.

Abstract: examined the state of intellectual-mental abilities of women in the period of a menopause. The results of a study testify that in the women of menopausal age that manifesting by reduction in the attention and memory is cognitive disturbances. The substitute hormonal therapy by preparation containing 1 mH of estradiol of valerate and 2 mH of drospirenona favorably affects the intellectual-mental ability of the women.

Ключевые слова: менопауза, когнитивная функция, мозг, старение, менопаузальная гормональная терапия.

Keywords: menopause, cognitive function, brain, aging, menopausal hormonal therapy.

Как известно, продолжительность жизни женщин в нашей стране, как и в других странах мира, превышает таковую у мужчин, поэтому сохранение у них с увеличением возраста интеллектуально-мнестических функций привлекает все большее внимание исследователей [1]. У женщин снижение когнитивной эффективности, особенно памяти и внимания происходит одновременно с развитием эстрогенного дефицита в климактерии. Безусловно, нельзя недооценивать вклад собственно возрастных изменений головного мозга в когнитивную дисфункцию, но, принимая во внимание значительное влияние половых гормонов на структуру, функцию и метаболизм головного мозга, полагают, что в определенной мере эти процессы взаимосвязаны [2].

Легкое снижение памяти не является патологией для пожилого и старческого возраста. Нормальные возрастные изменения памяти происходят в промежутке от 40 до 65 лет и не нарастают в дальнейшем. Они никогда не приводят к существенным затруднениям в повседневной жизни. Для нормального старения не характерна гипомнезия на текущие или отдаленные события жизни [3].

В неврологии и нейропсихологии под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, необходимые для осуществления процесса рационального познания мира. К таким функциям относятся восприятие информации (гнозис), её анализ и обработка (так называемые исполнительные функции), хранение информации (память) и передача информации (праксис и речь). О когнитивных нарушениях говорят в тех случаях, когда отмечается ухудшение в одной или более из вышеуказанных сфер по сравнению с преморбидным уровнем, то есть снижение мнестико-интеллектуальных способностей относительно индивидуально нормы для данного пациента [4].

Цель исследования: изучение состояния интеллектуально-мнестических способностей у женщин в период менопаузы.

Материал исследования: исследованы 100 женщин в период менопаузы с различными проявлениями климактерического синдрома. Средний возраст пациенток составил 53,2±1,2 года. Период менопаузы составил от 3 до 5 лет, в среднем 3,7±1,2 года. Степень тяжести климактерического синдрома (КС) определяли по модифицированному менопаузальному индексу предложенной Уваровой-Купперман. При сумме баллов выраженности симптомов 15-20 диагностировался легкий, 20-35 баллов средней тяжести и более 35 баллов – тяжелый климактерический синдром. Пациенткам проводили комплексное неврологическое исследование, а также детальное нейропсихологическое обследование с использованием краткой шкалы оценки психического статуса – КШОПС (Mini-Mental State Examination) [5], батареи тестов на лобную дисфункцию – БТЛД (Frontal Assessment Battery) [6] теста на зрительную и слухоречевую память шкалы деменции Маттиса, теста рисования часов – ТРЧ (Clock Drawing Test) [7], а также теста на внимание – проба Шульте [8]. Нейропсихологическое тестирование выполняли всем пациентам при включении в исследование и далее через 6 мес. в течение 18 мес. Коррекцию КС проводили менопаузальной гормональной терапией (МГТ) препаратом, содержащим 1 мг эстрадиола валерата и 2 мг дроспиренона.

Результаты исследования: из 100 обследованных женщин на момент исследования имели легкую степень выраженности КС 17 пациенток (17,0±1,3%), средняя степень КС выявлено у 61 женщин (61,0±2,3%), и тяжелая степень 12 женщин (12,0±1,5%). Через 6 мес. терапии легкая степень выявлена у 58 пациенток (58,0±1,2%), средняя степень КС выявлена у 39 женщин (39,0±1,7%), и тяжелая степень не выявлена ни у одной из обследованных женщин. Через 12 мес. наблюдения в когорте обследованных выявлена только легкая степень КС у 23 пациенток (23,0±1,3%), а через 1,5 года лечения жалобы на явления КС не предъявляла ни одна пациентка. Данные нейропсихологического тестирования представлены в табл. 1.

Таблица 1. Результаты нейропсихологического тестирования женщин в период менопаузы и на фоне заместительной гормональной терапии

Тест	Исходно	6 мес.	12 мес.	18 мес.
КШОПС Общий балл	25,2±2,4	25,1±1,3	26,4±2,1	28,1±1,5*
КШОПС Ориентация балл	6,7±2,1	6,9±1,1	7,8±2,1	8,2±1,1
КШОПС Память балл	0,9±0,6	1,0±0,3	1,2±0,6	2,3±0,9*
КШОПС Счет балл	2,6±1,7	3,1±1,1	3,2±1,2*	3,5±1,0
БТЛД Общий балл	13,9±1,2	14,1±1,3	14,7±0,9	15,3±1,7
БТЛД Праксис, балл	1,2±0,9	1,5±1,3	2,0±1,1*	2,5±0,7*
БТЛД Реакция выбора, балл	2,2±1,0	2,7±1,1	3,0±1,2*	3,0±0,9
ШДМ зрительная память, балл	2,2±0,7	2,1±0,7	2,3±0,9*	2,3±0,9*
Тест рисования часов, балл	8,1±1,2	8,8±1,7	8,7±1,6	8,8±1,9
Проба Шульте, с	139,3±13,5	121,2±41,3	112,3±21,3	99,3±12,7
* - $p < 0,05$ при сравнении до и после лечения.				

Когнитивные нарушения в исследуемой когорте пациенток представлена снижением слухоречевой памяти и внимания. В целом по группе общий балл КШОПС исходно составил 25,2±2,4 балла, что соответствует предметно-когнитивным нарушениям. По данным разных исследователей (7,8) результат теста 25-27 у пожилых лиц нельзя считать однозначно патологическим, тем не менее, на фоне приема препарата ЗГТ в течение 18мес результаты теста достоверно ($p < 0,05$) повысились на 2,9 балла, что соответствовало интерпретации «отсутствие когнитивных нарушений». При проведении корреляционного анализа выявлена прямая связь ($r = 0,5$) между степенью тяжести КС и общим баллом КШОПС.

При анализе отдельно составляющих шкалы КШОПС выявлено, что через 12 мес. после начала приема МГТ у пациенток в менопаузе достоверно улучшились такие показатели, как ориентация, способность к счету, запоминание слов и выполнение команд. Анализ показателей БТЛД показал, что на фоне лечения улучшилось выполнение реакции выбора, проб на динамический праксис ($p < 0,05$). Также отмечено достоверное нарастание скорости динамических процессов (уменьшение времени выполнения пробы Шульте, $p < 0,05$). Проведенный корреляционный анализ выявил незначительную связь ($r = 0,4$) внимательности с длительностью менопаузы. При оценке данных ШДМ на фоне терапии МГТ улучшилась слухоречевая память. Следует отметить, что у обследованных женщин глубокого снижения

зрительной памяти не выявлено. Ухудшение состояния и нарастания выраженности когнитивных нарушений на фоне приема МГТ не отмечено.

Многочисленные экспериментально-психологические работы показывают, что здоровые лица пожилого возраста хуже усваивают новую информацию и испытывают определенные трудности извлечения из памяти адекватно заученной информации по сравнению с молодыми людьми [4].

Таким образом, выполненное исследование указывает на то, что у женщин менопаузального возраста есть предметно-когнитивные нарушения проявляющееся снижением внимания и памяти. Заместительная гормональная терапия препаратом, содержащим 1 мг эстрадиола валерата и 2 мг дроспиренона, положительно влияет на интеллектуально-мнестическую способность женщин в этом возрасте, повышает когнитивную эффективность, что, безусловно, улучшает соответственно качество жизни данных пациенток.

Литература

1. Медицина климактерия. М., Медицина, 2006. 840с.
2. *Winblad B, Wimo A, Mobius H-J et al.* Severe dementia: a common condition entailing high costs at individual and societal levels. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999. № 14. С. 911-4.
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association 1994. С.143-7.
4. *Roman G.C, Tatemichi T.K., Erkinjuntti T et al.* Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *//Neurology* 1993. №43. С. 250-60.
5. *Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.* Mini-Mental State. A practical method for the clinician. *//J. Psychiatr Res* 1975. №12. С. 189-98.
6. *Dubois B, Slachevski A, Litvan I, Pillon B.* A frontal assessment battery at bedside. *//Neurology.* 2000. №55. С.1621-6.
7. *Mattis S* Dementia Rating Scale. (Odessa, Psychological Assessment Resources, Inc, 1988).
8. *Wolf-Klein G.R. Silverstone F.A. Levy A.P.* et al. Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *//J Amer Geriatr Soc* 1989. №37. С. 730-4