

Особливості депресивних порушень у жінок перименопаузального періоду

Н. П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: оцінити особливості депресивних порушень у жінок перименопаузального періоду.

Матеріали та методи. Відповідно до мети в амбулаторних і стаціонарних умовах було обстежено 105 жінок віком від 45 до 56 років. Тривалість спостереження становила від 21 до 35 днів (у середньому – $26,4 \pm 4,6$ дня) і визначалася часом перебуванням пацієнток на стаціонарному лікуванні.

Діагностика психічних розладів здійснювалася відповідно до загальних діагностичних критеріїв. Для обстеження пацієнток використовувалися наступні методи: загальноклінічний – збір скарг, анамнезу, загальний огляд; клініко-психопатологічний метод, що включає безпосереднє спостереження за хворою, ретельний опис симптомів і синдромів, а також встановлення чинників, що сприяють їх формуванню і редукції; психометричний метод – шкала для оцінки вираженості депресії М. Гамільтона HDRS-21; шкала для оцінки вираженості тривоги М. Гамільтона HARS; шкала загального клінічного враження – серйозність (тяжкість) захворювання – «Clinical Global Impression – Severity of Illness» CGI-severity; шкала загального клінічного враження – поліпшення – «Clinical Global Impression Improvement Scale» CGI-improvement; шкала самооцінки депресії А. Бека – «Beck Depression Inventory»; «шкала оцінки соціального і професійного функціонування» – «Social and Occupational Functioning Assessment Scale» SOFAS; шкала мінімальної оцінки психічного статусу (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – MMSE); шкала Янга для оцінки манії Y-MRS.

Результати. При дослідженні за шкалою тривоги М. Гамільтона (HARS) відсутність тривоги була виявлена у пацієнток з дистимією (середній бал становив $7,3 \pm 2,3$). У всіх останніх хворих наголошувався підвищений рівень тривоги, яка меншою мірою була представлена у хворих з пролонгованою депресивною реакцією ($9 \pm 0,9$ бала), депресивним епізодом легкого ступеня ($9 \pm 2,1$ бала), депресивним епізодом середнього ступеня тяжкості ($12,7 \pm 2,9$ бала). Максимальних значень показники тривоги, як психічної, так і соматичної, досягали у хворих зі змішаною тривожною і депресивною реакцією, обумовленої розладом адаптації ($16 \pm 2,6$ бала) і хворих із змішаним тривожно-депресивним розладом ($21,2 \pm 2,7$ бала), що було характерною особливістю цих клінічних груп. Під час аналізу впливу афектних порушень на рівень соціальної адаптації за шкалою оцінки соціального і професійного функціонування (SOFAS) отримані наступні дані: достовірне зниження кількості балів більшою мірою при змі-

шаному тривожно-депресивному розладі (середній бал становив $64,7 \pm 7,7$) і депресивному епізоді середнього ступеня (середній бал – $58,3 \pm 8$). За шкалою загальної клінічної оцінки найвищі показники відзначені у хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом (середній бал – $3,7 \pm 0,5$) і депресивним епізодом середнього ступеня (середній бал – $4,2 \pm 0,4$).

Висновки. Провідними формами афектної патології в обстежених пацієнток були наступні стани: змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), дистимія (F34.1), змішана тривожна і депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.22), пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.21), депресивний епізод легкого і середнього ступеня із соматичними симптомами (F32.01 і F32.11). Виявлені порушення призводять до зниження рівня соціальної адаптації хворих.

Ключові слова: перименопаузальний період, депресивні порушення, особливості.

У всьому світі спостерігається прогресуюче збільшення тривалості життя, унаслідок чого зростає число жінок, що досягли клімактеричного віку. Вік настання менопаузи на сьогодні залишається відносно стабільним і становить 50–51 рік у країнах Західної Європи і США [1, 2]. На перименопаузальний період, за даними ВООЗ, доводиться близько 7% життя жінки, а на постменопаузу – 33% [3, 4].

Гормональні зміни в клімактерії характеризуються значним зниженням концентрації естрогену в крові і підвищенням вмісту гонадотропінів (ФСГ і ЛГ) [5]. Типовим синдромом клімактеричного періоду є «приливи жару», а також нічна пітливість, вагінальна сухість [6, 7]. Крім того, від 16 до 31% жінок у перименопаузі відзначають погіршення настрою [8, 9]. У перименопаузальному періоді наголошуються істотні і непередбачувані коливання рівня статевих гормонів. Водночас погіршення настрою може бути пов'язано як з прямою дією гіпоестрогенії, так і зі здатністю естрогену змінювати біодоступність нейротрансмітерних агентів (зокрема серотоніну).

Проте дослідники, що займалися вивченням даного питання, вважали, що для розгортання депресії мало одних ендокринних змін, пов'язаних із клімаксом. Ці зміни є лише ґрунтом, на який падають психогенні або соматогенні травмуючі чинники [10]. До цього періоду з'являється безліч умовно-патогенних психічних травм, пов'язаних зі значними соціальними змінами в житті жінки [11, 12].

Поза сумнівом, з настанням менопаузи починається друга половина життя жінки з характерними для неї процесами інволюції, змінами соціальної ролі жінки, виникненням нових, вимушених альтернативних функцій, впродовж якої стани пригніченості, коливання настрою і депресивні реакції стають частішими, ніж у першій половині життя [13]. Окрім фізіологічних, у виникненні депресивних розладів мають значення і соціальні чинники [14, 15]. Представляється вкрай важливим детальне вивчення особливостей депресивних порушень у жінок перименопаузального періоду, що може дозволити удосконалити алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження: оцінити особливості депресивних порушень у жінок перименопаузального періоду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети в амбулаторних і стаціонарних умовах було обстежено 105 жінок віком від 45 до 56 років. Тривалість спостереження становила від 21 до 35 днів (у середньому – $26,4 \pm 4,6$ дня) і визначалася часом перебування пацієнток на стаціонарному лікуванні.

Критерії включення у дослідження:

- вік хворих 45–56 років;
- перименопаузальний період;
- наявність симптомів депресії на момент огляду;
- відсутність прийому гормональних препаратів протягом 6 міс до моменту включення у дослідження.

Критерії виключення з дослідження:

- шизофренія (F 20, МКХ-10);
- біполярний афектний розлад (F 31, МКХ-10);
- шизоафективні розлади (F 25, МКХ-10);
- органічне захворювання центральної нервової системи (ЦНС) (F06.3, МКХ-10);
- важка соматична патологія, включаючи наявність онкологічного захворювання в анамнезі;
- ранній прояв хвороби Альцгеймера.

Діагностику психічних розладів здійснювали відповідно до загальних діагностичних критеріїв. Для обстеження пацієнок використовували наступні методи:

- загальноклінічний – збір скарг, анамнезу, загальний огляд;
- клініко-психопатологічний – безпосереднє спостереження за хворим, ретельний опис симптомів і синдромів, а також встановлення чинників, сприяючих їх формуванню і редукції;
- психометричний – шкала для оцінки вираженості депресії М. Гамільтона HDRS-21; шкала для оцінки вираженості тривоги М. Гамільтона HARS; шкала загального клінічного враження – серйозність (тяжкість) захворювання – «Clinical Global Impression – Severity of Illness» Cgi-severity; шкала загального клінічного враження – поліпшення – «Clinical Global Impression Improvement Scale» Cgi-improvement; шкала самооцінки депресії А. Бека – «Beck Depression Inventory»; «шкала оцінки соціального і професійного функціонування» – «Social and Occupational Functioning Assessment Scale» SOFAS; шкала мінімальної оцінки психічного статусу (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – MMSE); шкала Янга для оцінки манії Y-MRS.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час роботи з пацієнтками враховувалися всілякі чинники, здатні викликати та обважнювати перебіг психопатологічних розладів, особливо перенесені протягом останнього року перед розвитком депресивних порушень психотравмуючі чинники.

Вік хворих варіював від 45 до 56 років (у середньому – $51 \pm 3,3$ року). Спадковість по соматичних захворюваннях була обтяжена у 95,2% хворих (захворювання серцево-судинної системи, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, онкологічні захворювання, гінекологічна патологія). При вивченні родинного анамнезу було виявлено, що у 54,3% пацієнок найближчі родичі страждали на психічні захворювання (алкоголізм, шизофренія, афектні розлади).

Необхідно відзначити, що у 96 (91,4%) пацієнок психопатологічні розлади розвивалися на соматично обтяженому фоні, у хворих переважали захворювання органів травлення (66,7%), серцево-судинної системи (41,9%), гінекологічні захворювання (запальні захворювання матки і придатків, міома матки, зовнішній і внутрішній ендометріоз, ектопія шийки матки). При вивченні преморбідного фону виявлено збільшення кількості інфекційно-вірусних захворювань порівняно із загальною популяцією. При порівнянні частоти дитячих інфекційних захворювань з

дослідженнями популяцій встановлено, що у жінок з депресивними розладами в 3,8 разу частіше спостерігалася краснуха, в 1,27 разу – пневмонія, в 1,7 разів частіше – грип. Отже, виявлені в обстежених пацієнток чинники могли призвести до зміни функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи і, тим самим, – до створення несприятливого фону для виникнення клімактеричного синдрому.

Під час оцінювання соціального статусу виявлений досить високий освітній рівень жінок (91,4% мали вищу або середню спеціальну освіту). Це може пояснити велику їх обізнаність і готовність до обговорення питань свого фізичного і психічного здоров'я. На формування межових психічних розладів значно впливає мікроклімат в сім'ї. Такі чинники, як сімейний стан, взаємини з дітьми і чоловіком, в клімактеричний період набувають особливої значущості.

Було проведено аналіз родинного статусу обстежених пацієнток, що призвело до наступних результатів: заміжніх пацієнток, що жили в цивільному шлюбі, було всього 53 (50,5%), тоді як відсоток самотніх (що не були в шлюбі, розведених, вдів) становив 49,5%, причому наголошувалося домінування розведених жінок (27,6%). Проведений аналіз родинних взаємин встановив, що лише 21% обстежених жінок вважали психологічний мікроклімат у своїх сім'ях сприятливим, 79% жінок знаходили його несприятливим або ж індіферентним.

Аналіз чинників, що впливали на розвиток захворювання, продемонстрував, що в 95 (90,5%) випадках на стан пацієнток впливали стресогенні чинники різного ступеня вираженості: недавнє розлучення або зрада чоловіка (21,9%), погані стосунки в сім'ї (24,8%), проблеми з дітьми (26,7%), хвороба або смерть близьких (31,4%), самотність (34,3%), проблеми на роботі або її відсутність (21%), погіршення здоров'я (32,4%).

Проведене комплексне обстеження пацієнток з афектними розладами клімактеричного періоду, дозволило виявити у них психічні порушення межового рівня. Афектні порушення відрізнялися значним поліморфізмом. Водночас з урахуванням переважаючих проявів і відповідно до діагностичних критеріїв психічних розладів і розладів поведінки Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті 10-го перегляду (МКХ-10, 1998) було виділено наступні провідні стани:

1. Змішана тривожна і депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.22), – 27,6%.
2. Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) – 22,9%.
3. Дистимія (F34.1) – 17,1%.
4. Депресивний епізод середнього ступеня тяжкості із соматичними симптомами (F32.11) – 18,1%.
5. Пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.21), – 7,6%.
6. Депресивний епізод легкого ступеня із соматичними симптомами (F32.11) – 6,7%.

Діагноз «Змішана тривожна і депресивна реакція, обумовлений розладом адаптації» було встановлено 29 (27,6%) пацієнткам. Стан характеризувався відчуттям суб'єктивного емоційного дискомфорту і розвивався протягом місяця після дії психотравми. Основною особливістю цих пацієнток були виражені тривожні і депресивні симптоми, рівень яких не вищий, ніж у змішаному тривожному і депресивному розладі (F41.2) або в іншому змішаному тривожному розладі (F41.3). Виражено було видно роль психогенії у виникненні і підтримці симптоматики. Хворі скаржилися на відчуття туги, апатію, тривожні роздуми про майбутнє через ситуацію, що сталася з ними, були схильні до песимістичного бачення завтрашнього дня, відчували

занепокоєння відносно життєвих обставин, що склалися, зниження зацікавленості до тих, що є раніше позитивним моментам способу життя і захопленням.

Діагноз «Змішаний тривожний і депресивний розлад» було встановлено 24 (22,9%) пацієнткам. Тривалість перебігу захворювання становила від 4 міс до 2,5 року. Головною особливістю цього контингенту хворих була наявність симптомів як тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші окремо не були досить вираженими і домінуючими. Серед пацієнток з тривожно-депресивною симптоматикою переважали хворі з недовірливими рисами характеру. У таких жінок у відповідь на незначні труднощі легко виникало відчуття тривоги, занепокоєння, хоча спочатку депресивне забарвлення переживань незрідка було відсутнє. Через робітників або родинних проблем у них порушувався сон, вони прагнули приховувати свої переживання від оточуючих, переживали почуття сильної тривоги, занепокоєння, «втраченості». Тривожно-депресивний настрій виражався пригніченістю і песимізмом, які супроводжувалися гнітючим відчуттям внутрішнього занепокоєння, відчуттям неясної загрози, страхом можливого нещастя з близькими пацієнтки або з нею самою, поганим передчуттями відносно майбутнього. Психічний компонент тривоги у всіх жінок супроводжувався соматовегетативними порушеннями.

У групу хворих з дистимією увійшли 18 (17,1%) пацієнток. У клінічній картині дистимії домінувала нерізно виражена субдепресивна симптоматика. Типовими афектними симптомами в даній категорії хворих були: пригнічений настрій, часта плаксивість, втрата упевненості в собі або ідеї жіночої неповноцінності, відчуття безнадійності або відчаю, песимістична оцінка життєвих перспектив. Також у структурі розладу часто був присутній астеничний симптомокомплекс. Жінки пред'являли скарги на постійне відчуття втоми, що супроводжується обтяжливим відчуттям внутрішнього дискомфорту, слабкість, тяжкість у всьому тілі. При цьому окремі епізоди депресії були недостатньо глибокі, аби досягати міри вираженості рекурентного депресивного розладу легкого і середнього ступеня (F33.0 або F33.1).

Діагноз «Депресивний епізод середнього ступеня тяжкості із соматичними симптомами» було встановлено 19 (18,1%) пацієнткам. Клінічна картина характеризувалася більш вираженим депресивним станом, ніж у хворих трьох вищеписаних груп. Депресія виявлялася пригніченим настроєм, деякою загальмованістю. Більшість хворих пред'являли скарги на відчуття туги, що періодично з'являється, нез'ясовному смутку, яке описували як «щемлячий або такий, що давить біль в ділянці серця» або «відчуття каменя на серці», що супроводжувалося серцебиттям, коливаннями артеріального тиску, приливами жару або холоду, напруженням м'язів, відчуттям браку повітря, зниженням апетиту і неприємними відчуттями в епігастральній ділянці. Пацієнтки були пасивними, безініціативними, був відсутній інтерес до раніше улюбленої справи, вони насилу заставляли себе займатися чим-небудь, концентруватися на виконуваній роботі, будь-яка дія вимагала зусиль, наголошувалося зниження рівня соціальної адаптації, підвищення частоти конфліктів з доволішніми наслідок нерозуміння ними стану пацієнтки.

Зниження здібності до зосередження особливо виявлялося в обставинах, пов'язаних з роботою, що призводило до невпевненості в погляді на завтрашній день, страху втрати роботи. Тривожна симптоматика у хворих цієї групи спостерігалася меншою мірою, ніж у пацієнток зі змішаним тривожно-депресивним розладом і проявлялась відчуттям внутрішнього занепокоєння і психічного напруження. У всіх жінок були виражені соматичні скарги: розлади сну, апетиту, зниження лібідо, відчуття болю в різних ділянках тіла (головний біль, біль у суглобах, попереку).

У 8 (7,6%) хворих з діагнозом «Пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації» стан розвивався протягом 1–2 тиж безпосередньо після психогенної дії і в тісному зв'язку з ним. Жоден із симптомів не був настільки сильно виражений, аби свідчити про більш специфічний діагноз. У стані пацієнток на перший план виходила депресивна симптоматика, виражена недостатньо сильно, аби діагностувати депресивний епізод, тривожна симптоматика була виражена у меншій мірі. Пацієнтки скаржилися на знижений настрій, що виник безпосередньо після або через невеликий проміжок часу після психотравмуючої події. Знижений настрій супроводжувався відчуттям невпевненості в собі, нерішучістю, відчуттям відсутності виходу із ситуації, що склалася, підвищеною стомлюваністю і труднощами у засинанні. Більшість пацієнток справлялися з роботою і домашніми обов'язками, хоча і відзначали, що робити це стало важче.

До групи пацієнток із депресивним епізодом легкого ступеня із соматичними симптомами увійшли 7 (6,7%) жінок. Основною особливістю була наявність у хворих на момент огляду зниженого настрою, втрати інтересів, підвищеної стомлюваності, характерних для депресії, а також порушення здібності до зосередження і уваги, зниженої самооцінки, ідей винності і самоприниження, похмурого і песимістичного бачення майбутнього. Слід зазначити, що зважаючи на відносно неглибокий рівень депресії, різкого обмеження соціальної активності виявлено не було. Найбільші зміни зачіпали індивідуальне сприйняття жінками своїх функціональних можливостей, а також соціальну реалізацію, що, зокрема, виражалося в зниженні працездатності та обмеженні міжособових контактів.

Дані психометричних методів дослідження відповідали клінічним проявам, характерним для кожного варіанту афектного розладу.

Аналіз результатів обстеження хворих за шкалою самооцінки депресії Бека (BDI) продемонстрував, що ступінь вираженості депресії коливався від легкого ступеня (19–25 балів): у пацієнток з пролонгованою депресивною реакцією середній бал становив $22,8 \pm 2,7$, у пацієнток із змішаною тривожною і депресивною реакцією – $21,8 \pm 2,2$ бала, у пацієнток з депресивним епізодом легкого ступеня – 21 ± 2 бала, у пацієнток з дистимією – $20 \pm 1,9$ бала до середнього ступеня (26–29 балів): у хворих з депресивним епізодом середнього ступеня тяжкості середній бал становив $28 \pm 1,5$, у пацієнток зі змішаним тривожним і депресивним розладом – $27,3 \pm 1,1$ бала.

При обстеженні хворих за шкалою депресії Гамільтона (HDRS-21) ступінь вираженості депресивних розладів поступово зростав від легкого ступеня (7–16 балів): у хворих з дистимією середній бал становив $12,7 \pm 2,4$, у пацієнток з пролонгованою депресивною реакцією – $14 \pm 1,9$ бала, у хворих зі змішаною тривожною і депресивною реакцією – $14,9 \pm 2,2$ бал, у хворих з депресивним епізодом легкого ступеня – $14,3 \pm 1,5$ бала, до депресії середнього ступеня (17–27 балів) у пацієнток зі змішаним тривожним і депресивним розладом – $22,5 \pm 2,2$ бала і у пацієнток з депресивним епізодом середнього ступеня тяжкості $22,9 \pm 3,7$ бала.

При дослідженні за шкалою тривоги М. Гамільтона (HARS) відсутність тривоги була виявлена у пацієнток з дистимією (середній бал – $7,3 \pm 2,3$). У всіх останніх хворих наголошувався підвищений рівень тривоги, яка меншою мірою була представлена у хворих з пролонгованою депресивною реакцією ($9 \pm 0,9$ бала), депресивним епізодом легкого ступеня ($9 \pm 2,1$ бала), депресивним епізодом середнього ступеня тяжкості ($12,7 \pm 2,9$ бала). Максимальних значень показники тривоги, як психічної, так і соматичної, досягали у хворих зі змішаною тривожною і депресивною реакцією, обумовленої розладом адаптації ($16 \pm 2,6$ бала) і хворих зі змішаним тривожно-депресивним розладом ($21,2 \pm 2,7$ бала), що було характерною особливістю цих клінічних груп.

У результаті аналізу впливу афектних порушень на рівень соціальної адаптації за шкалою оцінки соціального і професійного функціонування (SOFAS), отримані наступні дані: достовірне зниження кількості балів більшою мірою при змішаному тривожно-депресивному розладі (середній бал – $64,7 \pm 7,7$) і депресивному епізоді середнього ступеня тяжкості (середній бал – $58,3 \pm 8$).

За шкалою загальної клінічної оцінки найвищі показники відмічені у хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом (середній бал – $3,7 \pm 0,5$) і депресивним епізодом середнього ступеня тяжкості (середній бал – $4,2 \pm 0,4$).

ВИСНОВКИ

Провідними формами афектної патології в обстежених пацієнток були наступні стани: змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), дистимія (F34.1), змішана тривожна і депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.22), пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.21), депресивний епізод легкого і середнього ступеня тяжкості з соматичними симптомами (F32.01 і F32.11). Виявлені порушення призводять до зниження рівня соціальної адаптації хворих.

The women of perimenopausal period have features of the depressed violations

N. P. Sukhostavets'

The objective: to estimate the features of the depressed violations for the women of perimenopausal period.

Materials and methods. In accordance with a purpose in ambulatory and stationary terms 105 women were inspected in age from 45 to 56 years. Duration of supervision made from 21 to 35 days (on the average $26,4 \pm 4,6$ day) and determined sometimes finding of patients on stationary treatment. Diagnostics of psychical disorders was carried out in accordance with by general diagnostic criteria. For the inspection of patients the followings methods were used: general-aand-clinical: collection of complaints, anamnesis, general review; abnormal clinical-psychopathological method which includes the direct looking after a patient, detailed description of symptoms and syndromes, and also establishment of factors, contributory infringement to their forming and reduction; psychometric method: a scale is for the estimation of expressed of depression of M. Gamil'ton HDRS-21; scales are for the estimation of expressed of anxiety of M. Gamil'ton HARS; scale of the general clinical impression – seriousness (severity) of disease – «Clinical Global Impression – Severity of Illness» Sgi-severity; scale of the general clinical impression – improvement – «Clinical Global Impression Improvement Scale» Sgi-improvement; scale of self-appraisal of depression of A. Bek – «Beck Depression Inventory»; «scale of estimation of the social and professional functioning» – «Social of and of Occupational Functioning Assessment Scale» SOFAS; scale of minimum estimation of psychical status (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - MMSE); a scale of Young is for the estimation of mania of Y-MRS.

Results. At research after a scale the anxiety of M. Gamil'ton (HARS) absence of anxiety was found out for patients from dysthymia (a middle point was $7,3 \pm 2,3$). For all last patients the enhanceable level of anxiety, which in less degree was presented for patients with the prolonged depressed reaction (to a $9 \pm 0,9$ point), depressed episode of easy degree (to a $9 \pm 2,1$ point), depressed episode of middle degree of severity, was marked (to a $12,7 \pm 2,9$ point). Maximal values the indexes of anxiety, both psychical and somatic, arrived at for patients with the mixed anxious and depressed reaction, adaptation (to a $16 \pm 2,6$ point) and patients conditioned by disorder with mixed anxiously depressed by disorder (to a $21,2 \pm 2,7$ point), that was the characteristic feature of these clinical groups.

At the analysis of influence of affect violations on the level of social adaptation after a scale the estimation of the social and professional functioning (SOFAS), the followings information is got: reliable decline of amount of points in a greater degree at mixed anxiously depressed disorder (a

middle point was $64,7 \pm 7,7$) and depressed episode of middle degree (middle point $58,3 \pm 8$). After a scale a general clinical estimation the greatest indexes are marked for patients with the mixed anxious and depressed disorder (middle point $3,7 \pm 0,5$) and depressed episode of middle degree (a middle point was $4,2 \pm 0,4$).

Conclusions. For the inspected patients the followings states appeared the leading forms of affect pathology: anxious and depressed disorder (F41.2) is mixed, dysthymia (F34.1), an anxious and depressed reaction, conditioned by disorder of adaptation (F43.22), is mixed, the depressed reaction, conditioned by disorder of adaptation (F43.21), is prolonged, depressed episode of easy and middle degree with somatic symptoms (F32.01 and F32.11). The found out violations result in the decline of level of social adaptation of patients.

Keywords: *perimenopausal period, depressed violations, features.*

Відомості про автора

Сухоставець Наталія Петрівна – Сумський державний університет МОН України
ORCID: 0000-0002-2132-5037; e-mail: n.sukhostavec@gmail.com

Information about the author

Sukhostavets' Natalia P. – Sumy State University MES of Ukraine
ORCID: 0000-0002-2132-5037; e-mail: n.sukhostavec@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Anderson T. J., 2021. Pathological studies of apoptosis in the normal breast / T. J. Anderson // *Cancer*:6:9–12.
2. Ariazi E. A., 2019. Estrogen receptors as therapeutic targets in breast cancer / E. A. Ariazi, J. L. Ariazi, F. Cordera // *Curr. Top. Med. Chem.*:6:195–216.
3. Awentor H. N., 2019. The levonorgestrel intrauterine system and endometrial hyperplasia // *Gynaec. Forum.*:4:21–4.
4. Bamberger A. M., 2020. Progesterone Receptor isoforms, PR-B and PR-A, in breast cancer: Correlations with clinicopathologic tumor parameters and expression of AP-1 factors / A.M.Bamberger, K.Milde-Langosch, H.M.Schulte // *Hormone Research.*:54:1:32–7.
5. Beatson G. T., 2019. On the new treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: suggestions for a new method of treatment, with illustrative cases / Beatson G. T. // *Lancet.*:2:104–7.
6. Beenken S. W., 2022. Biomarkers for breast cancer / S. W. Beenken, K. I. Bland // *Minerva Chir.*:57:4:437–48.
7. Bilimoria M. M., 2020. The woman at increased risk for breast cancer: evaluation and management strategies / M. M. Bilimoria, M. Morrow // *CA Cancer J. Clin.*:5:263–78.
8. Brekhman G. I., 2019. Uterine myoma as a psychosomatic process and the questions of conservative therapy / G. I. Brekhman // *Contracept Fertil. Sex.*:29:164–76.
9. Cardillo M. R., 2020. Proliferating cell nuclear antigen in benign breast diseases / M. R. Cardillo, G. W. Stamp., M. Pignatelli // *Eur. J. Gynaecol. Oncol.*:16:6:476–81.
10. Chan J. K., 2019. An evaluation of peroxidase as a marker for estrogen action in normal mammary glands of mice / J. K. Chan, G. Shyamala // *Endocrinology.*:113:6:2202–9.
11. Choi Y. M., 2018. The effects of sex steroids and growth factor on the proliferation of human endometrial stromal cells / Y. M. Choi, S. Y. Ku, J. Y. Lee // *Korean. J. Obstet. Gynecol.*:39:679–87.
12. Claus E. B., 2020. Age at onset as an indicator of familial risk of breast cancer / Claus E. B., Risch N. J., Thompson W. D. // *Am. J. Epidemiol.*:131:961–72.
13. Conner P., 2021. Breast epithelial proliferation in postmenopausal women evaluated through fine-needle-aspiration cytology / P. Conner, L. Skoog, G. Soderqvist // *Climacteric.*:4:1:7–12.
14. Deligdisch L., 2018. Endometrial histopathology in 700 patients treated with tamoxifen for breast cancer / L. Deligdisch // *Gynecol. Oncol.*:78:2:181–6.
15. Dickson R. B., 2020. Growth Factors in Breast Cancer / Dickson R. B., Lippman M. E. // *Endocrine Reviews.*:16:5:559–84.