

# Кардіальні і психовегетативні порушення у клімактеричний період та можливості їхньої терапевтичної корекції

**І.П. Катеренчук**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**Мета дослідження:** вивчення особливостей кардіальних та вегетативних проявів у жінок у клімактеричний період та визначення ефективності Мексиприму у корекції виявлених порушень.

**Матеріали та методи.** Були обстежені 62 пацієнтки перименопаузального та постменопаузального періоду життя віком від 48 до 67 років (середній вік – 51,2±7,42 року). Жінки контрольної групи (n=32) отримували традиційну терапію згідно стандартів (нітрати, бета-блокатори, інгібітори АПФ, статини). Жінки дослідної групи (n=30) на тлі базової терапії додатково отримували Мексиприм (STADA, Німеччина) (діюча речовина 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат) по 5 мл внутрішньовенно один раз на день, 5 уведень, потім перорально по 1 таблетці (0,125 г) 3 рази на день протягом 1 міс.

**Результати.** Результати проведених досліджень засвідчили наявність у клімактеричному періоді порушень ліпідного обміну, клінічних проявів стенокардії, наявність артеріальної гіпертензії та психовегетативних порушень.

**Заключення.** Застосування у комплексній терапії хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), поєднаною з артеріальною гіпертензією, у клімактеричний період препарату Мексиприм сприяє нормалізації показників ліпідного обміну, зменшенню клінічних проявів ІХС, зниженню артеріального тиску. Одночасно призначення Мексиприму сприяє усуненню проявів соматовегетативного та психовегетативного синдромів, що сприятливо позначається на якості життя пацієнток.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, психовегетативні порушення, Мексиприм.

Одним з аспектів, що ускладнюють фізіологічний перебіг пери- та постменопаузи, є клімактеричний синдром. Як відомо, навіть необтяжений клімактеричний період спричинює зростання серцево-судинних захворювань серед жінок відповідної вікової групи [4].

Функціонування організму у клімактеричний період, розвиток соматичних та психовегетативних порушень визначають наступні фактори:

- природні процеси старіння, які значною мірою визначаються загибеллю клітин нервової системи, медіаторними і рецепторними змінами, зниженням рухової активності, загостренням депресивних процесів, наростанням когнітивних порушень та ін.;

- наявність соматичних і нервово-психічних хвороб (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, атеросклероз, перенесені епізоди депресії, тривожні розлади), якими «обростає» до цього віку людина в силу генетичної схильності, а також впливу факторів зовнішнього середовища;

- безпосередній вплив гормональних змін клімактерію (припливи жару, урогенітальні розлади) на периферійні і центральні структури, який визначає клімакс як морфо-

функціональну перебудову центральної нервової системи з розвитком психовегетативних, ендокринно-обмінно-мотиваційних та когнітивних порушень;

- психосоціальний статус жінки (професійний і фінансовий статус, «синдром порожнього гнізда», наявність чи відсутність сексуального партнера, дисгармонії в інтимній сфері, особливості самовідчуття і сприйняття себе як жінки).

Загальновідомо, що серцево-судинні захворювання посідають перше місце серед усіх причин смертності серед жінок. У структурі загальної смертності вони становлять 46%, з них 50% припадає на частку ішемічної хвороби серця (ІХС). За даними Фремінгемського дослідження, 40% з усіх коронарних подій у жінок закінчується фатально, причому в 67% випадків їм не передував анамнез будь-яких серцево-судинних захворювань (ССЗ).

ССЗ є провідною причиною смертності жінок в Україні [10]. Ризик смерті від ССЗ у 5 разів вище, ніж ризик смерті від раку грудної залози. Особливо цей ризик зростає у період постменопаузи. За даними статистики, відносний ризик ІХС у жінок в постменопаузі приблизно у 2,7 разу вище, ніж у жінок того самого віку, але зі збереженою функцією яєчників. Якщо у пременопаузі серед жінок частота гіпертензії дорівнює 8,2%, то в постменопаузі – 52,4%. І, на жаль, без негативних наслідків і ускладнень цей період переживають лише 10% представниць прекрасної статі [18].

ІХС у жінок розвивається у середньому на 7–15 років пізніше, ніж у чоловіків. Це пояснюється, у тому числі і кардіопротективною дією жіночих статевих гормонів (переважно естрогенів) у період пременопаузи. Останнім часом відзначається зростання інтересу до проблем постменопаузального періоду у зв'язку з тенденцією до збільшення тривалості життя жінок.

На сьогодні демографічна ситуація характеризується значним збільшенням частки жінок старших вікових груп [8, 13], що привертає пильну увагу до ІХС, поширеність якої після настання менопаузи збільшується [2, 8, 14].

Смертність з приводу ІХС у жінок стабільна [2, 10, 14], але прогнозується її зростання у зв'язку зі старінням населення. У структурі смертності в Європі ССЗ складають 55% у жінок та 43% – у чоловіків. Значну частину життя жінка проводить у період постменопаузи в стані дефіциту статевих гормонів. Поріг менопаузи переступають 60% жінок, що визначає актуальність медичних і соціальних проблем, пов'язаних з цим періодом життя. Саме тому особливого медико-соціального значення набувають аспекти, що визначають якість життя жінок цього віку, призначення у комплексному лікуванні таких медикаментозних засобів, які впливають на провідні патогенетичні ланки та провідні клінічні синдроми, визначають якість та тривалість життя.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей кардіальних та вегетативних проявів у жінок у клімактеричний період та визначення ефективності Мексиприму у корекції виявлених порушень.

Динаміка показників ліпідного обміну у пацієнток у клімактеричний період до та після лікування Мексипримом

Показники ліпідного обміну	Контрольна група, n=32		Дослідна група, n=30	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Загальний холестерин, ммоль/л	6,73±1,32	5,84±1,41	6,48±0,96	5,32±0,66
ЛПНЩ, ммоль/л	3,24±0,78	2,82±0,76	3,38±0,67	2,18±0,48
ЛПВЩ, ммоль/л	1,78±0,18	1,79±0,20	1,62±0,27	1,74±0,14
ТГ, ммоль/л	2,78±0,42	2,31±0,54	2,87±0,32	2,11±0,18*
Індекс атерогенності	3,14±0,76	2,88±0,78	3,18±0,62	2,46±0,48

Примітка: \* – p<0,05; ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності, ЛПВЩ – ліпопротеїди високої щільності, ТГ – тригліцериди.

Оцінка ефективності застосування Мексиприму (за зменшенням кількості нападів стенокардії)

Група	Кількість нападів стенокардії за тиждень		
	До лікування	Після лікування	p
Контрольна	7,4±0,88	4,6±0,22	<0,01
Дослідна	7,6±0,67	2,3±0,33	<0,001

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 62 пацієнтки перименопаузального та постменопаузального періоду життя віком від 48 до 67 років (середній вік – 51,2±7,42 року). Наявність клімактеричного синдрому та ступінь вираженості його клінічних проявів оцінювали з використанням Міжнародного менопаузального індексу (ММІ); аналізували нейровегетативні, обмінно-ендокринні і психоемоційні порушення, оцінюючи кількість балів у кожній групі симптомів, а також розподіл частот ступенів тяжкості, використовуючи менопаузальний індекс Куппермана у модифікації Е.В. Уварової. Кожен симптом оцінювали за ступенем вираженості від 0 до 3 балів, після чого за загальною сумою балів визначали ступінь тяжкості клімактеричного синдрому.

У дослідження увійшли жінки, яким діагностували ІХС: стабільну стенокардію І–ІІІ функціонального класу, поєднану з артеріальною гіпертензією (АГ) (гіпертонічною хворобою ІІ стадії 1–2 ступеня), які залежно від призначеної терапії були розподілені на дві групи. Жінки контрольної групи (n=32) отримували традиційну терапію згідно стандартів (нітрати, бета-блокатори, інгібітори АПФ, статини). Жінки дослідної групи (n=30) на тлі базової терапії додатково отримували Мексиприм (STADA, Німеччина) (діюча речовина 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат) по 5 мл внутрішньовенно один раз на день, 5 уведень, потім перорально по 1 таблетці (0,125 г) 3 рази на день протягом 1 міс.

Мексиприм належить до групи гетероароматичних антиоксидантів, діючою речовиною його є етилметилгідрокси-піридину сукцинат. Препарат має широкий спектр фармакологічної активності з переважаючою антиоксидантною мембранопротекторною дією [5, 6]. Він пригнічує перекисне окислення ліпідів, підвищує активність супероксиддисмутаз, зменшує в'язкість мембрани, збільшує її плинність. Також препарат модулює активність мембранозв'язаних ферментів (кальційнезалежної фосфодіестерази, аденілатциклази).

Метою призначення Мексиприму є активація синтезу енергії, інгібування оксидантного стресу і підвищення резистентності нервових клітин до гіпоксії та ішемії.

Обстеження проводили за допомогою анкетування, яке включало:

- загальні дані (вік, сімейний стан, освіта, професія, рід діяльності, особливості роботи, фізична активність, загальний анамнез, історія захворювання, акушерський і гінекологічний анамнез);
- оцінку клімактеричних скарг за ММІ;
- оцінку тривожності та депресії із застосуванням госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [23].

Проводили оцінку АТ, моніторування добового профілю АТ, визначення показників варіабельності серцевого ритму методом фазографії.

Для знаходження відмінностей між якісними показниками використовували метод  $\chi^2$  з поправкою Єйтса на безперервність, для обчислення якого вдавалися до побудови сітки «2x2», а також точний критерій Фішера для невеликих вибірок.

Статистично значущими вважалися відмінності за p<0,05 (95% рівень значущості) і за p<0,01 (99% рівень значущості).

З метою оцінювання ефективності Мексиприму у комплексній терапії ІХС і АГ у клімактеричний період пацієнткам до лікування та після його закінчення проведені дослідження:

- оцінка клінічного статусу (клінічний перебіг, кількість та тривалість нападів стенокардії, кількість використаних таблеток нітрогліцерину);
- оцінка змін величини артеріального тиску (АТ);
- оцінка показників ліпідного спектру крові;
- оцінка тривоги та депресії за шкалою HADS.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З настанням менопаузи спостерігається підвищення рівнів загального холестерину, тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Рівень холестерину підвищується у менопаузі приблизно на 15%, що пов'язано з підвищенням рівня холестерину, ЛПНЩ (близько 25%) та апопротеїну-В. Тобто на тлі дефіциту естрогенів змінюється ліпідний спектр крові, а саме зміна ліпідного спектру крові відіграє величезну роль у виникненні атеросклерозу. Порушення ліпідного обміну значно підвищує ризик розвитку основних ССЗ [6, 9].

У проведеному дослідженні в основній і контрольній групах до лікування відзначали помірні порушення ліпідного обміну у вигляді гіперхолестеринемії, гіпертригліцеридемії, помірного підвищення ЛПНЩ та ліпопротеїдів дуже низької щільності. На тлі проведеного лікування в основній і контрольній групах відзначається позитивна динаміка (табл. 1).

Так, рівень загального холестерину у дослідній групі знизився з 6,48±0,96 ммоль/л до 5,32±0,66 ммоль/л, а в контрольній групі – з 6,73±1,32 ммоль/л до 5,84±1,41 ммоль/л. Рівень ЛПНЩ знизився у дослідній групі з 3,38±0,67 ммоль/л до 2,18±0,48 ммоль/л, у контрольній групі – з 3,24±0,78 ммоль/л до 2,82±0,76 ммоль/л. Різні темпи нормалізації основних показників ліпідного обміну спостерігалися в основній і контрольній

Таблиця 3

**Оцінка ефективності застосування Мексиприму (за зменшенням тривалості нападів стенокардії)**

Група	Тривалість нападу стенокардії, хв		
	До лікування	Після лікування	p
Контрольна	4,48±0,45	3,36±0,78	>0,05
Дослідна	4,62±0,55	1,12±0,38	<0,001

Таблиця 4

**Оцінка ефективності застосування Мексиприм (за зменшенням кількості таблеток нітрогліцерину)**

Група	Кількість таблеток нітрогліцерину за тиждень		
	До лікування	Після лікування	p
Контрольна	8,3±2,8	6,4±2,7	>0,1
Дослідна	10,2±2,5	2,2±1,3	<0,001

Примітка: p – достовірність різниці показників до і після лікування.

Таблиця 6

**Психовегетативна симптоматика у жінок у клімактеричний період та її зміни залежно від терапії**

Симптом	Контрольна група, n=32		Дослідна група, n=32	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Зниження настрою	32 (100,0%)	26 (81,2)	30 (100,0%)	15 (50,0%)*
Втрата інтересу до власної особистості і до оточуючих	24 (75,0%)	14 (43,7%)	22 (73,3%)	10 (33,3%)
Підвищена стомлюваність,	28 (87,5%)	15 (46,9%)	26 (86,7%)	12 (40,0%)
Зменшення активності	25 (78,1%)	10 (31,2%)	25 (83,3%)	4 (13,3%)
Невмотивована тривога	12 (37,5%)	4 (12,5%)	14 (46,7%)	2 (6,7%)
Занепокоєння	22 (68,7%)	12 (37,5%)	18 (60,0%)	4 (13,3%)
Постійне відчуття внутрішнього напруження	26 (81,2%)	18 (56,2%)	24 (80,0%)	9 (30,0%)*
Страх перед старістю	30 (93,7%)	21 (65,6%)	29 (96,7%)	13 (43,3%)
Тривожні побоювання за своє здоров'я	32 (100,0%)	24 (75,0%)	30 (100,0%)	13 (43,3%)*
Підвищена вразливість	25 (78,1%)	22 (68,7%)	24 (80,0%)	12 (40,0%)*
Образливість	8 (25,0%)	0	6 (20,0%)	1 (3,3%)
Надлишкова чутливість	28 (87,5%)	18 (51,4%)	29 (96,7%)	12 (40,0%)
Лабільність настрою	32 (100,0%)	16 (50,0%)	29 (96,7%)	12 (40,0%)
Плаксивість	10 (31,2%)	4 (12,5%)	8 (26,7%)	1 (3,3%)
Дратівливість	12 (37,5%)	6 (18,7%)	10 (33,3%)	3 (10,0%)
Агресивність	3 (9,4%)	0	4 (13,3%)	0

Примітка: \* – p<0,05.

групах при дослідженні рівня ТГ і коефіцієнта атерогенності (див. табл. 1). Отримані дані засвідчують очевидну ефективність Мексиприму у корекції порушень ліпідного обміну.

Ймовірно, що порушеннями ліпідного обміну зумовлені клінічні прояви ІХС – стенокардії напруження. Традиційна терапія визначає суттєвий терапевтичний ефект, однак додаткове включення Мексиприму у стандартні схеми лікування стабільної стенокардії II–III функціонального класу позитивно позначається на клінічному перебігу стенокардії, покращує метаболізм міокарда. У пацієток обох груп статистично вірогідно зменшувалась кількість нападів стенокардії по завершенні лікування, однак у жінок дослідної групи це зниження було суттєвим і статистично достовірно відрізнялось від зниження кількості нападів у контрольній групі (табл. 2).

Одночасно зі зменшенням кількості нападів стенокардії зменшувалась середня тривалість нападів. Так, якщо перед початком лікування середня тривалість нападів практично не відрізнялась між собою, то по завершенні лікування середня тривалість нападів у контрольній групі втричі перевершувала тривалість нападів у пацієток дослідної групи (табл. 3).

Найбільш значимим було зменшення числа таблеток нітрогліцерину, які вимушені були вживати пацієтки протягом

тижня. Так, пацієтки контрольної групи до початку терапії вживали у середньому до 8 таблеток нітрогліцерину протягом тижня, а пацієтки дослідної групи – 10 таблеток. По завершенні лікування протягом тижня пацієтки контрольної групи вживали 6 таблеток, дослідної групи – 2 таблетки. Тобто кількість вжитих таблеток пацієтками контрольної групи зменшилась на 25,0%, тоді як пацієтками дослідної групи – на 80,0% (табл. 4).

Жінки у період менопаузи поряд із збільшенням вмісту атерогенних ЛПНЩ і зниженням рівня антиатерогенних ЛПВЩ, що спричинює прогресування атеросклерозу, часто відзначають підвищення АТ. Підвищується також активність фібриногену, збільшується в'язкість крові і, як правило, виникає інсулінорезистентність, порушується метаболізм інсуліну. Усе це прискорює прогресування ССЗ [1, 3].

АТ у жінок характеризується в основному тими самими закономірностями, що і у чоловіків, але має цілий ряд особливостей, які необхідно враховувати для підвищення ефективності лікувальних заходів і, що не менш важливо, нівелювання можливого негативного впливу лікарської терапії [7].

Під час вивчення добового індексу АТ встановлено, що у порівнянні з чоловіками, у жінок у 2 рази частіше спос-

Соматовегетативна симптоматика у жінок у клімактеричний період та її зміни залежно від терапії

Симптом	Контрольна група, n=32		Дослідна група, n=32	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Серцебиття	24 (75,0%)	18 (56,2%)	26 (86,7%)	8 (26,7%)*
Відчуття перебоїв у серці	16 (50,0%)	10 (31,2%)	18 (60,0%)	4 (13,3%)*
Дискомфорт у лівій половині грудної клітки	18 (56,2%)	8 (25,0%)	20 (66,7%)	3 (10,0%)
Коливання АТ	28 (87,5%)	14 (43,7%)	24 (80,0%)	8 (26,7%)
Відчуття нестачі повітря	12 (37,5%)	6 (18,7%)	14 (46,7%)	4 (13,3%)
Диспепсичні розлади	10 (31,2%)	4 (12,5%)	8 (26,7%)	1 (3,3%)
Озноб	6 (18,7%)	1 (3,1%)	4 (13,3%)	0
Тремтіння	14 (43,7%)	4 (12,5%)	13 (43,3%)	2 (6,7%)
Пітливість	16 (50,0%)	12 (37,5%)	18 (60,0%)	8 (26,7%)
Порушення сну	22 (68,7%)	10 (31,2%)	21 (70,0%)	7 (23,3%)

Примітка: \* – p<0,05.

Оцінка ефективності застосування Мексиприму (за шкалою тривожності і депресії)

Група	Сумарна середня кількість балів за шкалою HADS до та після лікування	
	До лікування	Після лікування
<i>За шкалою тривожності</i>		
Контрольна	17	12
Досліджувана	16	5
<i>За шкалою депресії</i>		
Контрольна	15	10
Досліджувана	14	6

терігається значне підвищення систолічного АТ, значення добового індексу перевищує 20% [16, 17, 19], а також значно підвищується варіабельність АТ [15, 16].

Порівняння добового профілю АТ у жінок при збереженій менструальній функції і після менопаузи свідчить, що у пацієнок у постменопаузі добовий профіль АТ характеризується достовірно вищими значеннями варіабельності АТ протягом доби, в денні та нічні години, а також достовірно вищою величиною ранкового підйому АТ [21]. Динаміка циркадного ритму у жінок змінюється з віком – знижується значення добового індексу. Це свідчить про те, що АТ підвищується у нічні години, що клінічно є небажаним фактором [20].

Менопауза спричинює погіршення перебігу АГ, а також прискорює розвиток інших серцево-судинних факторів ризику, таких, як інсулінорезистентність, дисліпедія і ожиріння [12].

У динаміці лікування відзначено зниження АТ як у пацієнок дослідної, так і у пацієнок контрольної групи. Через 4 тиж від початку лікування у пацієнок контрольної групи систолічний АТ знизився з 174,4±7,2 мм рт.ст. до 168,7±6,8 мм рт.ст., діастолічний – з 95,3±4,6 мм рт.ст. до 92,2±4,4 мм рт.ст. відповідно.

У пацієнтів дослідної групи за аналогічний період лікування систолічний АТ знизився з 178,6±6,6 мм рт.ст. до 148,4±7,8 мм рт.ст., діастолічний АТ – з 96,6±4,6 мм рт.ст. до 84,4±4,2 мм рт.ст.

Цільового рівня АТ вдалось досягти у 13 пацієнок дослідної групи та у 7 жінок контрольної групи. Імовірно, що для подальшого досягнення цільового рівня АТ потрібна тривала терапія з індивідуальним підбором та титруванням доз антигіпертензивних засобів.

Багато жінок відзначають зміну настрою, депресію, порушення сну, нервозність, порушення пам'яті, недовлік енергії, мотивації [14, 32]. Нерідко спостерігається емоційна нестійкість.

Клімактерична депресія, що розвивається у структурі клімактеричного синдрому, зазвичай супроводжує сомато-

вегетативні розлади. Вона може виявлятися різними емоційно-афективними симптомами.

Був проведений аналіз різноманітних симптомів та особливості їхніх змін у пацієнок контрольної та дослідної груп (табл. 6).

Психовегетативна симптоматика, як правило, поєднується з емоційними порушеннями і одночасним розвитком і появою низки соматовегетативних синдромів (табл. 7).

Одночасно з нормалізацією показників ліпідного обміну та зменшенням клінічних проявів стенокардії, зниженням АТ, усуненням психо- та соматовегетативних проявів клімактеричного синдрому призначення Мексиприму позитивно впливає на функціонування мозкових структур, сприяючи при цьому зменшенню у пацієнтів тривожності та депресії.

Якщо врахувати, що тривожність і депресія є незалежними факторами ризику кардіоваскулярних ускладнень, то включення Мексиприму до схеми лікування забезпечує покращення якості життя пацієнок з одночасним зменшенням кардіоваскулярного ризику. Свідченням позитивного впливу на показники тривожності і депресії є отримані результати даного дослідження (табл. 8).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, застосування у комплексній терапії хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), поєднаною з артеріальною гіпертензією у клімактеричний період препарату Мексиприм сприяє нормалізації показників ліпідного обміну, зменшенню клінічних проявів ІХС, зниженню артеріального тиску. Одночасно призначення Мексиприму сприяє усуненню проявів соматовегетативного та психовегетативного синдромів, що сприятливо позначається на якості життя пацієнок. З урахуванням високого профілю безпеки, різноманітних механізмів дії на серцево-судинну і вегетативну нервову системи Мексиприм може з успіхом застосовуватися у терапії хворих з кардіальними і психовегетативними порушеннями у клімактеричний період.

**Кардиальные и психовегетативные нарушения в климактерический период и возможности их терапевтической коррекции**  
**И.П. Катеринчук**

**Cardiac and pschy-autonomic abnormalities during menopause period and the ways for their therapeutic correction**  
**I.P. Katerenchuk**

**Цель исследования:** изучение особенностей кардиальных и вегетативных проявлений у женщин в климактерический период и определение эффективности Мексиприма в коррекции выявленных нарушений.

**Материалы и методы.** Были обследованы 62 пациентки перименопаузального и постменопаузального периода жизни в возрасте от 48 до 67 лет (средний возраст – 51,2±7,42 года). Женщины контрольной группы (n=32) получали традиционную терапию согласно стандартам (нитраты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины). Женщины основной группы (n=30) на фоне базовой терапии дополнительно получали Мексиприм (STADA, Германия) (действующее вещество 3-гидрокси-6-метил-2-этилпиридина сукцинат) по 5 мл внутривенно один раз в день, 5 введений, затем перорально по 1 таблетке (0,125 г) 3 раза в день в течение 1 мес.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований показали наличие в климактерический период нарушений липидного обмена, клинических проявлений стенокардии, наличие артериальной гипертензии и психовегетативных нарушений.

**Заключение.** Применение в комплексной терапии больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), совмещенной с артериальной гипертензией в климактерический период препарата Мексиприм способствует нормализации показателей липидного обмена, уменьшению клинических проявлений ИБС, снижению артериального давления. Одновременно назначение Мексиприму способствует устранению проявлений соматовегетативного и психовегетативного синдромов, что благоприятно сказывается на качестве жизни пациенток.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, психовегетативные нарушения, Мексиприм.

**The objective:** to study the features of cardiac and autonomic symptoms in women in climacteric period and determination of the effectiveness of Maksipim in the correction of violations.

**Patients and methods.** There were examined 62 patients perimenopausal and postmenopausal period of life between the ages from 48 to 67 years (average age of 51.2±7.42 years). Women in the control group (n=32) received conventional therapy according to the standards (nitrates, beta-blockers, ACE inhibitors, statins). Women of the controlled group (n=30) on the background of basic therapy were receiving additional Maksipim (STADA, Germany) (active substance 3-hydroxy-6-methyl-2-ethylpyridine succinate) for 5 ml intravenously once a day, 5 injections, then orally 1 tablet (0.125 g) 3 times a day for 1 month.

**Results.** The results of these studies showed that menopause lipid disorders, clinical manifestations of angina, presence of hypertension and pschy-vegetative disorders.

**Conclusion.** Application in complex therapy of patients with coronary heart disease (CHD) combined with arterial hypertension in the menopausal period of the drug Maksipim, helps normalize lipid metabolism, reduce the clinical manifestations of CHD, decrease of blood pressure. Concurrent use Maksipim helps to eliminate manifestations of somatic vegetative and pschy-vegetative disorders, which favorably affects the quality of patients' life.

**Key words:** coronary heart disease, arterial hypertension, pschy-vegetative disorders, Maksiprim.

**Сведения об авторе**

**Катеринчук Иван Петрович** – ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (095) 558-60-09

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

- Бобров В.О., Жарінов О.Й., Давидова І.В. Артеріальна гіпертензія в осіб літнього віку: особливості діагностики, диференційоване лікування: Методичні рекомендації. – К., 2000. – 20 с.
- Гаспарян Н.Д., Королева А.В. Перименопауза – критический период в жизни женщины // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 3. – С. 23–26.
- Зуева Н.А. Основные принципы лечения артериальной гипертензии при метаболическом синдроме // Здоров'я України. – 2004. – № 6. – С. 12.
- Катеринчук І.П. Артеріальна гіпертензія у жінок різного віку. – Полтава. – 2013. – 268 с.
- Костенко Е.В., Петрова Л.В., Зайцев К.А и др. Опыт применения антиоксидантной терапии (мексиприм) при лечении больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта полушарной локализации // РМЖ. – 2010. – № 18. – С. 1–5.
- Кукес В., Шиллер Л., Хаджиева Б., Беляева С. Применение препарата Мексиприм в терапии цереброваскулярной болезни // Врач. – 2008. – № 3. – С. 55–61.
- Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Артериальная гипертензия. Практическое руководство. – К.: Морион, 2001. – 527 с.
- Сметник В.П., Шестакова И.Г. Современные представления о менопаузальном метаболическом синдроме // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, № 9. – С. 543–546.
- Федин А.И. Оксидантный стресс и применение антиоксидантов в неврологии // Атмосфера. Нервные болезни. – 2002. – № 2. – С. 2–12.
- Шальнова А.С., Оганов Р.Г., Девев А.Д. Оценка и управление суммарным риском сердечнососудистых заболеваний у населения России // Кардиоваск. терапия и профил. – 2004. – № 4. – С. 4–11.
- Avis N.E., Brambilla D., McKinlay S.M., Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts women's Health Study // Ann. Epidemiol. – 1994. – Vol. 4, – N 3. – P. 214–220.
- Bainton D., Miller N., Bolton C.H. et al. Plasma triglyceride and high density lipoprotein cholesterol as predictors of ischemic heart disease in British men // Br. Heart J. – 1992. – Vol. 68. – P. 60–66.
- Barford A., Dorling D., Smith G.D., Shaw M. Life expectancy: women now on top everywhere // British Medical Journal. – 2006. – V. 332. – P. 1095–1096.
- Cho G.J., Park H.T., Shin J.H. e.a. The relationship between reproductive factors and metabolic syndrome in Korean postmenopausal women: Korea National Health and Nutrition Survey 2005 // Menopause. – 2009. – V. 16. – P. 998–1003.
- Gardin J.M., Wagenknecht L.E., Anton-Culver H e.a. Relationship of cardiovascular risk factors to echocardiographic left ventricular mass in healthy young black and white adult men and women. The CARDIA study Coronary Artery Risk Development in Young Adults // Circulation. – 1995. – V. 92. – P. 380–387.
- Grohé C., Kahlert S., Löbber K., Vetter H. Expression of oestrogen receptor alpha and beta in rat heart: role of local oestrogen synthesis // J. Endocrinol. – 1998. – V. 156. – P. 1–7.
- Grohé C., Kahlert S., Löbber K. e.a. Cardiac myocytes and fibroblasts contain functional estrogen receptors // FEBS Lett. – 1997. – V. 416. – P. 107–112.
- Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension– European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2003. – V. 21. – P. 1011–1053.
- Jiang C., Poole-Wilson P.A., Sarrel P.M. e.a. Effect of 17 beta-oestradiol on contraction, Ca<sup>2+</sup> current and intracellular free Ca<sup>2+</sup> in guinea-pig isolated cardiac myocytes // Br. J. Pharmacol. – 1992. – V. 106. – P. 739–745.
- Lobo R.A. Менопауза: сучасні терапевтичні підходи // Медицина світу. – 2011. – Т. 11. – С. 295–309.
- Rosano G.M.S., Sarrel P.M., Cheirchia S.L.e.a. Beneficial effect of estrogen on exercise-induced myocardial ischemia in women with coronary artery disease // Lancet. – 2000. – V. 342. – P. 133–136.
- Schmidt P.J., Roca C.A., Bloch M., Rubinow D.K. The perimenopause and affective disorders // Semin Reprod Endocrinol. – 1997. – V. 15. – № 1. – P. 91–100.
- Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – V. 67. – P. 361–370.

Статья поступила в редакцию 26.10.2016