

# Сердечно-сосудистые заболевания у женщин в зависимости от гормонального континуума: профилактика и стратегии лечения

*И.В. Давыдова, С.Н. Мымренко, Н.А. Перепельченко, Л.И. Конопляник*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

На сегодня не вызывает сомнений тесная взаимосвязь функционирования сердечно-сосудистой и половой систем у женщин. Для более успешного решения проблемы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин требуется междисциплинарный подход и интеграционные усилия как кардиологов, так и гинекологов.

Термин «гормональный континуум женского здоровья» включает оценку развития факторов риска, диагностику, меры профилактики и стратегию лечения ССЗ в зависимости от гормонального статуса и состояния половой сферы женщины в разные периоды ее жизни.

Одной из наиболее характерных психологических особенностей пациенток в менопаузальный период с сопутствующей гипертонической болезнью является высокий уровень тревоги, а негативное эмоциональное состояние сказывается на течении заболевания, эффективности лечения, качестве жизни больных. Наличие тревожно-депрессивного состояния повышает риск развития ССЗ и их осложнений. Следовательно, эффективная терапия пациенток с гипертонической болезнью включает не только снижение артериального давления до целевых уровней, но и в ряде случаев – терапию тревожных расстройств и депрессии.

Коррекция ранних симптомов климактерических расстройств с помощью препарата Валесан может сыграть существенную роль в профилактике ССЗ.

**Ключевые слова:** кардиоваскулярные заболевания, гормональный континуум, артериальная гипертензия у женщин, психосоматические нарушения, лечение.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются лидирующей причиной смертности у женщин в Украине. Риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, чем риск смерти от рака грудной железы. Особенно этот риск возрастает в постменопаузальный период. По данным статистики относительный риск ишемической болезни сердца у женщин в постменопаузальный период приблизительно в 2,7 раза выше, чем у женщин того же возраста, но с сохраненной функцией яичников. Если в пременопаузальный период среди женщин частота гипертензии равна 8,2%, то в постменопаузе она равна 52,4%. И, увы, без негативных последствий и осложнений этот период переживают всего 10% представительниц прекрасного пола [8, 21].

Еще одна актуальнейшая проблема для женщин нашей страны – ранняя и преждевременная менопауза. Так, в Европе средний возрастной показатель начала климакса – 51 год, а у нас – 48! У каждой пятой женщины (20%) он начинается до 45 лет, у 8% – даже до сорока. У молодых женщин после овариоэктомии и с преждевременной менопаузой в 5 раз возрастает риск развития ССЗ [19].

Недооценка риска возникновения ССЗ у женщин сменилась в последние годы бурным ростом интереса к проблемам женского здоровья. В 2005 г. Европейское общество кардиологов (ЕОК) предложило новую инициативу – программу

«Женщины в Сердце» (Women at Heart), которая привлекла внимание медиков к росту ССЗ у женщин и оказала содействие в улучшении их выявления и лечения.

На сегодня не вызывает сомнений тесная взаимосвязь функционирования сердечно-сосудистой и половой систем у женщин. Для более успешного решения проблемы ССЗ у женщин требуется междисциплинарный подход и интеграционные усилия как кардиологов, так и гинекологов, семейных врачей, психоневрологов и др. [10].

В литературе часто употребляется термин «гормональный континуум женского здоровья» [15, 18]. Это широкое понятие, которое включает оценку развития факторов риска, диагностику, меры профилактики и стратегию лечения ССЗ в зависимости от гормонального статуса и состояния половой сферы женщины в разные периоды ее жизни.

## Репродуктивный период

Как известно, при естественном физиологическом развитии женский организм проходит различные периоды. Один из этих периодов – репродуктивный. Риск возникновения ССЗ у женщин в репродуктивный период относительно невелик, однако данное утверждение справедливо лишь при отсутствии серьезных нарушений функции половой системы. Гиперандрогения может являться причиной повышения АД. Известно, что у женщин с синдромом поликистозных яичников или вирилизирующей опухолью надпочечников, которые характеризуются избыточным содержанием тестостерона в крови, как правило, выявляют артериальную гипертензию (АГ) [5, 16]. Гиперандрогения у женщин находится в тесной взаимосвязи с инсулинорезистентностью. Увеличение уровня андрогенов является сильным и независимым фактором, увеличивающим риск развития сахарного диабета (СД) 2-го типа, ССЗ и общей смертности [6].

Особым этапом у женщин репродуктивного возраста является беременность, характеризующаяся значительными гормональными и гемодинамическими изменениями. С точки зрения гормонального континуума историю течения беременности можно назвать индикатором кардиоваскулярного риска у женщины в более поздний период [11]. Необходимо отметить, что и у здоровых женщин беременность становится «стресс-тестом» для сердечно-сосудистой системы, углеводного и липидного обмена [12].

Все изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, могут повлечь за собой нарушение адаптационных процессов и привести к развитию гестационных АГ или СД. Считалось, что эти состояния, проявления которых исчезают после родов, не влияют на дальнейшее здоровье женщины и требуют внимания со стороны врачей лишь во время беременности. Однако современные исследования по долгосрочному наблюдению за женщинами с гестационными АГ и СД беременных свидетельствуют о значительном увеличении у них частоты ССЗ. У па-

циенток с гестационным СД частота выявления СД 2-го типа в дальнейшем выше на 30%. Гестационная АГ в анамнезе повышает риск развития АГ у женщин в 2 раза, а преэклампсия – в 3 раза [4, 14].

Беременные с ССЗ, выявленными ранее, требуют еще более тщательного наблюдения, так как для этой популяции гестационный период сам по себе является фактором риска развития осложнений.

### Перименопауза и постменопауза

Следующий период – климактерический, для которого характерно доминирование инволюционных процессов в репродуктивной системе. Интересно, что в переводе с греческого climakter означает «ступень лестницы».

Климактерический период начинается в среднем за 8 лет до начала менопаузы и является переходным между репродуктивной и нерепродуктивной фазой в жизни женщины. В норме у женщин в постменопаузальный период изменения деятельности различных систем обеспечивают адекватную реакцию для реализации адаптационного поведения организма. Однако возникновение даже минимальных нарушений в центральных регулирующих механизмах на фоне возрастных нарушений деятельности гипоталамуса и лимбической системы может служить основой для дезадаптации организма («срыва адаптации») в окружающей среде, то есть проявления болезни, как это отмечается при климактерическом синдроме [20].

Половые гормоны оказывают влияние на функции различных органов и систем организма, так как эстрогенные рецепторы расположены не только в ткани матки и влагалища, но и находятся в других местах (клетках мышц тазового дна, сердца и артерий мозга, кожи, костей, в грудных железах, мочеиспускательном канале, мочевом пузыре, слизистых оболочках рта, конъюнктивы, гортани и пр.). На фоне дефицита эстрогенов в менопаузе могут возникать их патологические состояния: при гипозэстрогении со временем развиваются климактерический синдром, депрессивные состояния, сенильные психозы, остеопороз, гормональная кардиопатия. Поэтому с проблемой климактерических расстройств приходится сталкиваться врачам многих специальностей: терапевтам, кардиологам, эндокринологам, геронтологам, ортопедом-травматологам, невропатологам, психиатрам, стоматологам, дерматологам, семейным врачам и др. [1, 2].

Недостаток эстрогенов отрицательно влияет на метаболизм ионов кальция, уменьшая его попадание в миоциты, повышая тонус гладких мышц сосудов, увеличивая скорость кровотока и, как результат, повышая АД. Самостоятельное значение в дальнейшем повышении уровня АД имеют возраст и прогрессирующее увеличение массы тела [13].

С наступлением менопаузы повышается инсулинорезистентность, что может привести к развитию инсулиннезависимого СД («диабет пожилых»). Как известно, инсулинорезистентность – это фактор риска развития коронарной болезни сердца [3].

По характеру проявлений и времени появления расстройства климактерического синдрома принято разделять на три группы [23].

Первая группа – «ранние» симптомы: вазомоторные (приливы жара, повышенная потливость, головная боль, гипо- или гипертензия, озноб, частое сердцебиение); эмоционально-психические (раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, невнимательность, снижение либидо).

Вторая группа – средневременные: урогенитальные нарушения, которые возникают у каждой второй женщины в

климактерический период вследствие атрофии слизистых оболочек (цистит, уретрит, никтурия, недержание мочи, атрофический кольпит, выпадение матки и расстройства половой жизни), а также атрофические изменения кожи и ее придатков (волосы, ногти).

Третья группа – поздние обменные нарушения: сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз и болезнь Альцгеймера (генетически обусловленные дегенеративные изменения в нейронах головного мозга на фоне эстрогенодефицитных состояний).

Несмотря на то что самыми опасными являются поздние нарушения, больше всего женщины страдают от ранних расстройств, связанных с утратой не только здоровья, но и женственности, привлекательности. Субъективная симптоматика климактерического периода воспринимается по-разному, почти каждая двадцатая женщина становится нетрудоспособной, а каждая третья женщина предъявляет разнообразные жалобы. На первом месте стоят вегетативные симптомы, причем здесь особо выделяются приливы, наступающие обычно по ночам и охватывающие верхнюю половину тела. Нельзя недооценивать и жалобы на боль в области сердца, нервозность, депрессии и забывчивость. Прогрессирующая раздражительность, головная боль, усталость и головокружение также являются признаками климактерических гормональных изменений.

После 60 лет возникают наиболее выраженные клинические проявления остеопороза, в первую очередь, перелом шейки бедренной кости.

АГ, в частности систолическая, отмечается у 50% женщин в климактерический период и у 80% пациенток в возрасте более 75 лет. В менопаузальный период риск возникновения инфаркта миокарда постепенно возрастает и через 10 лет приближается к такому, как и у мужчин. Если менопауза у женщины обусловлена гистерэктомией, риск возникновения инфаркта миокарда возрастает очень быстро независимо от возраста [17].

Предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний является важнейшей государственной задачей, так как именно эти заболевания составляют основу смертности населения.

К сожалению, в нашей стране большая часть населения привыкла обращаться к врачу только в случае появления серьезных симптомов заболевания. Если их нет, человек не считает нужным провести обследование с целью профилактики возникновения заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы. А ведь именно это является необходимым условием для своевременного оказания медицинской помощи.

Кроме установления диагноза необходимо выполнять профилактические мероприятия, позволяющие беречь организм. Так, например, снизить риск развития заболеваний сердца можно, если избегать стрессовых ситуаций, правильно питаться (ввести в ежедневный рацион больше овощей и фруктов), отказаться от пассивного образа жизни (выполнять физические упражнения), избавиться от пагубных привычек (курения и употребления в большом количестве алкоголя), поддерживать нормальную массу тела.

Люди не задумываются над тем, что при лечении тяжелых заболеваний затраты на лекарства и восстановление организма намного выше тех средств, которые человек мог бы потратить на профилактику и предотвращение болезни. Тем более, люди не принимают во внимание тот факт, что ССЗ очень часто приводят к необратимым нарушениям (инфаркту, инсульту) и даже смерти.

Особенностью для Украины является то, что на фоне высоких уровней традиционных факторов риска (курение,

злоупотребление алкоголем, АГ и др.) значительное влияние на здоровье населения оказывают психосоциальные факторы. Особое влияние оказывают тревожно-депрессивные состояния на больных с сердечно-сосудистой патологией. Так, у женщин моложе 55 лет наличие депрессии/тревожности ассоциировано с повышением риска острого коронарного синдрома, сердечно-сосудистой смерти или потребности в проведении процедуры реваскуляризации в 2,17 раза [7].

В мае 2012 года в журнале «Hypertension» был опубликован обзор, основанный на обследовании 22 367 пациентов в течение 9,6 года, где было доказано, что депрессия увеличивает риск развития АГ (ОР 1,46; 95% ДИ 1,09 – 1,86;  $p=0,009$ ) [9].

Как видно, наличие тревожно-депрессивного состояния повышает риск развития ССЗ и их осложнений.

В последнее время кардиологи и врачи-психотерапевты обсуждают серьезную общую проблему в лечении пациентов в климактерический период. Характерной психологической особенностью таких женщин, особенно на фоне повышенного уровня АД, является высокий уровень тревоги. Тревожные расстройства выявляют у 45–80% пациенток с установленным диагнозом гипертонической болезни [1].

Вторым по частоте психическим синдромом при АГ является депрессия. При депрессии ощущение тревоги усугубляется, нарушается сон. Развивается порочный круг: длительное существование тревоги и депрессии провоцирует стойкое повышение АД, а наличие этого симптома в свою очередь усиливает тревожное расстройство. Сочетание тревоги и депрессии отмечают у 70% пациентов [5]. Известно, что Американская ассоциация сердца (АНА) внесла депрессию в список факторов риска развития ССЗ.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что нормализация психологического состояния у людей с гипертонической болезнью в значительной степени снижает реакцию сердечно-сосудистой системы на стрессовые ситуации. Своевременное выявление и коррекция этих расстройств позволяет быстрее достичь терапевтического эффекта у пациенток, испытывающих резкое повышение АД.

Чтобы такая профилактика стала реальностью, необходимо решить множество проблем, часть из которых связана непосредственно с лекарственными препаратами – доказанностью их действия и качеством.

Почему наши пациентки не хотят лечиться? Подавляющее большинство опрошенных женщин боятся последствий от приема препаратов, не задумываясь о возможном повышении риска сердечно-сосудистых осложнений. Так, 32% опрошенных женщин ответили, что это вредно для печени, 19% – что это все химия...

В настоящее время в клинической практике для коррекции тревожно-депрессивных состояний наиболее часто применяют антидепрессанты. Однако данный вариант лечения сопряжен с большими сложностями. Необходимость применения лекарственного препарата в течение длительного периода ( $\geq 0,5$  года) может привести к таким нежелательным последствиям, как снижение концентрации внимания и скорости реакции. Это отрицательно сказывается на социальной и профессиональной сферах жизни человека и повышает вероятность несоблюдения больными предписанного режима лечения (то есть снижает комплаентность), вплоть до отказа от приема лекарственного средства. В результате антидепрессанты применяют либо в заведомо неэффективных дозах, либо короткими курсами, что неизменно приводит к низкому терапевтическому эффекту и возможности повторного возникновения тревожных расстройств.

*Существуют ли доступные и эффективные методы профилактики, которые будут воспринимать пациентки?* У пациенток с низким или умеренным сердечно-сосудистым риском можно начать терапию с естественного препарата, а не синтетического. И таким препаратом является Валесан компании Valartin pharma, состоящий из сухого экстракта корня валерианы (150 мг) и сухого экстракта семян гриффонии, являющегося источником L-5-гидрокситриптофана (100 мг).

Исследования валерианы продолжаются и по сегодняшний день, и каждый раз это растение, название которого в переводе с латинского языка звучит так жизнеутверждающе – «будь здоровым!», открывает свои новые секреты. Уникальный состав валерианы не имеет аналогов среди составов других лекарственных растений. Так, корни этого растения содержат около сотни индивидуальных веществ, в число которых входят и эфирные масла, спирты, алкалоиды, дубильные вещества, органические кислоты, сапонины, гликозиды, витамины А, В, С и даже два ранее не известных науке кетона.

Благодаря такому многообразному содержанию полезных веществ сфера воздействия этого растения на человеческий организм также многогранна. Отмечают, что это растение обладает свойством угнетать центральную нервную систему, снижать пороги возбудимости, уменьшать спазмы мышц. Эфирное масло валерианы ослабляет судорожные спазмы, снижает возбудимость и даже продлевает эффект действия снотворных препаратов, повышает функциональную подвижность процессов в коре головного мозга. Целебные свойства валерианы регулируют деятельность сердечно-сосудистой системы, улучшают процессы кровообращения, усиливают процессы желчеотделения, повышают секрецию пищеварительного тракта. Но основное свойство этого растения, конечно же, седативное.

Вторая составляющая Валесана – сухой экстракт семян гриффонии. Гриффония способствует выработке гормона серотонина («гормона счастья»), который играет важную роль в организме – успокаивающе влияет на нервную систему, повышает настроение, регулирует аппетит и улучшает сон.

Препарат показан для нормализации сна, функционального состояния ЦНС при стрессе, нервных и умственных перегрузках, при депрессии, а также в предменструальный период и при климактерических проявлениях.

Представляет большой интерес разнонаправленное действие препарата в дневное и ночное время (регулятор «день-ночь»). Так, днем Валесан создает ощущение приподнятого настроения, эмоционального и душевного комфорта. У пациенток повышается уровень работоспособности, стимулируется познавательная активность (в том числе в стрессовых ситуациях). В условиях повышенных умственных и эмоциональных нагрузок препарат способствует сохранению эмоциональной устойчивости (самообладанию), снижается раздражительность, агрессивность, устраняется чувство тревоги, страха, эмоционального напряжения.

А в ночное время Валесан помогает легко и быстро заснуть, улучшая глубину и качество сна, устраняя проблему прерывистого сна. Такое действие препарата позволяет пациенткам полноценно выспаться и отдохнуть за более короткое время.

Клинически доказано, что длительное применение препарата не приводит к существенному изменению социальной активности пациенток и не требует профессиональных ограничений. Валесан можно сочетанно применять с антигипертензивными, сосудистыми, кардиологическими, противодиабетическими и другими средствами, нередко необходимыми пациентам по жизненным показаниям. При этом установлено, что он не вызывает привыкания или зависимости.

В исследовании S. Taavoni (20) было убедительно доказано, что экстракт корня валерианы значительно улучшает сон, особенно у женщин в период менопаузы.

Эффективность и переносимость экстракта валерианы в сравнении с оксазепамом при лечении бессонницы неорганической этиологии продемонстрирована в исследовании G. Ziegler и соавторов [22]. В нем приняли участие 202 пациента в возрасте от 18 до 73 лет в 24 исследовательских центрах Германии. Одной группе назначили 600 мг в день экстракта валерианы, второй – 10 мг в день оксазепам. В результате исследования выявлено, что экстракт корня валерианы при бессоннице неорганической этиологии не менее эффективен, чем оксазепам.

*В чем преимущество Валесана? Зачем возвращаться к «давно забытому» старому? У Валесана, по данным исследований, значительно реже возникают побочные эффекты по сравнению с синтетическими препаратами подобного действия.*

Благодаря отличной переносимости, положительному влиянию на показатели сна, функциональное состояние ЦНС при стрессе, нервных и умственных перегрузках, при депрессии, а также в предменструальный период и при климактерических проявлениях – это хорошая перспектива профилактики ССЗ для пациенток с низким и умеренным кардиоваскулярным риском.

#### **В каких дозах назначается Валесан?**

Исторически сложившееся на территории бывшего СССР применение водно-спиртовых настоек валерианы в объеме 20–30 капель или широко распространенных таблеток, содержащих от 20 до 60 мг экстракта валерианы, противоречит современным представлениям об эффективности и безопасности этого лекарственного растения, а также выводам, сделанным в ноябре 2007 г. Комитетом по лекарственной продукции растительного происхождения ЕМЕА. В настоящее время терапевтическая доза экстракта валерианы составляет от 300 мг до 1 г на 1 прием. **Дозы менее 100 мг оказывают эффект плацебо!**

### **Серцево-судинні захворювання у жінок залежно від гормонального континууму: профілактика і стратегії лікування**

**I.V. Давидова, С.М. Мимренко, Н.А. Перепельченко, Л.І. Конопляник**

На сьогодні не викликає сумнівів тісний взаємозв'язок функціонування серцево-судинної та статеві систем у жінок. Для більш успішного вирішення проблеми серцево-судинних захворювань (ССЗ) у жінок потрібен міждисциплінарний підхід та інтеграційні зусилля як кардіологів, так і гінекологів.

Термін «гормональний континуум жіночого здоров'я» включає оцінювання розвитку факторів ризику, діагностику, заходи профілактики та стратегію лікування ССЗ залежно від гормонального статусу та стану статевої сфери жінки в різні періоди її життя. Однією з найбільш характерних психологічних особливостей жінок у менопаузальний період з супутньою гіпертонічною хворобою є високий рівень тривоги, а негативний емоційний стан позначається на перебігу захворювання, ефективності лікування, якості життя хворих. Наявність тривожно-депресивного стану підвищує ризик розвитку ССЗ та їхніх ускладнень.

Отже, ефективна терапія пацієнток з гіпертонічною хворобою включає не тільки зниження артеріального тиску до цільових рівнів, але і в низці випадків – терапію тривожних розладів та депресії. Корекція ранніх симптомів клімактеричних розладів за допомогою препарату Валесан може зіграти істотну роль у профілактиці ССЗ.

**Ключові слова:** кардіоваскулярні захворювання, гормональний континуум, артеріальна гіпертензія у жінок, психосоматичні порушення, лікування.

Для купірування синдромів стресса і при легких формах неврозів рекомендовано застосовувати дорослим по 1 капсулі 2 рази в день або 2 капсули 1 раз в сутки. При порушеннях сну – 1 капсула за 30 мин до сну або 2 капсули в течение вечера: 1 капсулу за 2–3 ч до сну і 1 капсулу за 30 мин до сну.

### **ВЫВОДЫ**

Одной из наиболее характерных психологических особенностей пациенток в менопаузальный период с сопутствующей гипертонической болезнью является высокий уровень тревоги, а негативное эмоциональное состояние сказывается на течении заболевания, эффективности лечения, качестве жизни больных. Следовательно, эффективная терапия пациенток с гипертонической болезнью включает не только снижение артериального давления до целевых уровней, но и в ряде случаев терапию тревожных расстройств и депрессии. Применение Валесана (комбинация экстракта корня валерианы с триптофаном) является еще и патогенетически обоснованным, поскольку экстракт корня валерианы оказывает седативное действие, способствует нормализации сна, уменьшает раздражительность, нормализует эмоциональное состояние, а триптофан влияет на нейротрансмиттерные системы, которые играют значительную роль в развитии депрессии и других нейропсихических нарушений, присущих климактерическому периоду.

Независимо от успехов в области медицинских высоких технологий основное снижение смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) будет достигнуто за счет профилактики. Коррекция ранних симптомов климактерических расстройств с помощью Валесана может сыграть существенную роль в профилактике ССЗ. И тогда перед нами не будет стоять вопрос – как помочь женщинам в климактерический период справиться с тревожно-депрессивным синдромом для улучшения качества жизни и эффективности терапии.

### **Cardiovascular disease in women depending on hormonal continuum: prevention and treatment strategies**

**I.V. Davidova, S.M. Mymrenko, N.A. Perepelchenko, L.I. Konoplyanik**

To date, no doubt the close relationship between the functioning of the cardiovascular and reproductive systems in women. For more successful solution of the problem of cardiovascular diseases in women required a multidisciplinary approach and integration efforts as cardiologists and gynecologists.

The term «hormonal continuum of women's health» includes the evaluation of development risk factors, diagnosis, prevention and treatment strategy for CVD depending on the hormonal status and the condition of the sexual sphere of women in different periods of her life. One of the most characteristic psychological features of patients in menopausal period with concomitant hypertensive disease is high levels of anxiety, and negative emotional state affects the course of disease, effectiveness of treatment, quality of life of patients. The presence of anxiety and depression increases the risk of cardiovascular diseases and their complications.

Therefore, effective therapy of patients with hypertension include not only reduction of blood pressure to target levels, but in some cases the treatment of anxiety disorders and depression.

Correction of «early» symptoms of climacteric disorders with Alesana can play a significant role in the prevention of cardiovascular diseases.

**Key words:** cardiovascular disease, hormonal continuum of hypertension in women, psychosomatic disorders, treatment.

Сведения об авторах

**Давыдова Ирина Владимировна** – Кафедра кардиологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 5; тел.: (044) 275 67 69. E-mail: iryna\_davydova@mail.ru

**Мырненко Сергей Николаевич** – Кафедра кардиологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 5; тел.: (044) 275-67-69

**Перепельченко Наталья Анатольевна** – Кафедра кардиологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 5; тел.: (044) 275-67-69. E-mail: nataliap@ukr.net

**Конопляник Лариса Ивановна** – Кафедра кардиологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 5; тел.: (044) 275-67-69

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазян Т.А. (2002) Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни. Атмосфера. Кардиология, 1(2).
2. Андрущенко К.В. Быть настоящей женщиной всегда // Здоров'я України. – 2003. – № 19 (80). – С. 27.
3. Бобров В.О., Давыдова І.В., Венціківський Б.М. Артеріальна гіпертензія у жінок в період менопаузи: особливості діагностики, диференційоване лікування / Методичні рекомендації. – К., 2000. – 25 с.
4. Зуева Н.А. Основные принципы лечения артериальной гипертензии при метаболическом синдроме // Здоров'я України. – 2004. – № 6. – С. 12.
5. Морозов П.В. (2005) Терапия депрессии и тревожных расстройств в современной психиатрии. Consilium medicum, 3.
6. Руководство по климактерию / Под ред. В.П. Сметрик, В.И. Кулакова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 685 с.
7. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Артериальная гипертензия. Практическое руководство. – К.: МОРИОН, 2001. – 527 с.
8. Строковская Н. Менопауза: сделай паузу – съешь гормон // Сегодня. – 2004. – № 38. – С. 3.
9. Amit J. Shah et al. Sex and Age Differences in the Association of Depression With Obstructive Coronary Artery Disease and Adverse Cardiovascular Events / J Am Heart Assoc. – 2014 Jun; 3(3): e000741.
10. Burkman R.T. The hormone continuum accrual of women's health benefits Am J Obstet Gynecol 2001, 185 (2 Suppl) S1-3.
11. Dahlof B., Lindholm L.N., Hansson L. et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). Lancet, 1991, 338: 1281–1285.
12. Grodstein F., Clarkson T.B., Manson J.E. Understanding the divergent data on postmenopausal hormone therapy // N Engl J Med. – 2003. – Vol. 348, № 7. – P. 645–650.
13. Guidelines Committee. 2013 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2013. – Vol. 21. – P. 1011–1053.
14. Jiang C., Poole-Wilson P.A. Effects of 17β oestradiol on contraction, Ca<sup>2+</sup> in guinea-pig isolated cardiac myocytes. Br J Pharmacol 2002; 106:739–45.
15. Lirm E.S., Kaumtz A.M., Schnare S., Taylor M. The hormone continuum accrual of women's health benefits // Int J Fertil Womens Med 2001,46 (2) 60–72.
16. Lobo R.A. Менопауза: сучасні терапевтичні підходи // Медицина світу. – 2001. – Т. XI, № 6. – Грудень 2001. – С. 295–309.
17. Meg L., Chen D., Yang Y. et al. Depression increases risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort study// Journal of Hypertension. – 2012. – Vol. 30. – P. 842–851.
18. Sattar N., Greer I.A. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk opportunities for intervention and screening // Br Med J. – 2002. – Vol. 325. – P. 157–160.
19. Soranno D., Prasad V., Oberfield D.R., Greco A., Sivaraman N., Drucker W. Hypertension and virilization caused by unique dexamethasone and androgen-secreting adrenal adenoma // J Pediatr Endocrinol Metab. – 1999. – № 12. – P. 215–220.
20. Taavoni S., Ekbatani N., Kashaniyan M., Haghani H. Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial.
21. Talbot E., Guzick D., Clenci A., Berga S., Detre K., Weimer K., Kuller L. Coronary heart disease risk factors in women with polycystic ovary syndrome // Arterioscler Thromb Vasc Biol. – 1995. – № 15. – P. 821–826.
22. Ziegler G., Ploch M., Miettinen-Baumann A., Collet W. Efficacy and tolerability of valerian extract LI 156 compared with oxazepam in the treatment of non-organic insomnia-a randomized, double-blind, comparative clinical study. 2002
23. Wilson B.J., Watson M.S., Prescott G.J. et al Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life results from cohort study // Br Med J. – 2003. – Vol. 326. – P. 845–849.

Статья поступила в редакцию 20.05.2016