

Применение Doppelherz® актив Меноактив у женщин с климактерическим синдромом

В.И. Волков, В.И. Строна, Т.Н. Бондарь, Т.А. Ченчик

Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, Харьков

Представлены результаты оценки гормонального статуса женщин в период менопаузы, осложненной климактерическим синдромом легкой и средней тяжести, а также изучения эффективности диетической добавки Doppelherz® актив Меноактив. Применение этого средства сопровождается уменьшением выраженности симптомов климактерического синдрома, улучшением показателей липидного обмена и качества жизни. Doppelherz® актив Меноактив может быть рекомендован как эффективное средство в комплексной терапии женщин с климактерическим синдромом.

Ключевые слова: климактерический синдром, гормональный статус, липиды, Doppelherz® актив Меноактив.

Введение



В.И. Волков

К л и м а к с (греч. klimakter — ступень лестницы) — период жизни женщины, в течение которого на фоне общих возрастных изменений организма доминируют инволютивные изменения в гормонозависимых органах, обусловленные угасанием функции яичников. Снижение стероидпродуцирующей деятельности яичников приводит к повышенной выработке гонадотропных гормонов гипофиза (по механизму отрицательной обратной связи) и широкому спектру осложнений — от умеренно выраженных нарушений (вазомоторные, психоэмоциональные, обменно-эндокринные, урогенитальные) до расстройств, угрожающих жизни (сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз) (Вихляева Е.М. (ред.), 2006; Серов В.Н., Соколова Ю.Ю., 2007).

По данным современных исследований, несовершенная адаптация организма к физиологическому выключению функции яичников в климактерический период приводит к развитию климактерического синдрома (КС) у 35–80% женщин (Schnatz P.F. et al., 2005; Сметник В.П., 2006). Одной из составляющих современной стратегии лечения КС является эффективная коррекция наиболее значимо влияющих на качество жизни нейровегетативных и психоэмоциональных климактерических расстройств и одновременно как можно более ранняя коррекция метаболических нарушений, вызывающих такое позднее осложнение постменопаузального периода, как атеросклероз (Давыдова И.В., 2006).

Следует отметить, что к настоящему времени достигнуты значительные успехи в коррекции КС с помощью заместитель-

ной гормональной терапии (ЗГТ). Однако существуют субъективные и объективные факторы, снижающие приемлемость такой терапии. К основным субъективным факторам относят отрицательную реакцию женщин на ЗГТ из-за страха возникновения рака молочной железы и матки. К объективным факторам относят большое количество противопоказаний для проведения такой терапии (Hinds L., Price J., 2010). Кроме того, значительные трудности возникают при коррекции климактерических расстройств у женщин, получающих лечение по поводу онкологических заболеваний различной локализации, тромбозов и т.д. (Wu A.H. et al., 2008). На фоне традиционной ЗГТ могут возникать побочные эффекты и непереносимость некоторых препаратов (Серов В.Н. и соавт., 2007), поэтому постоянно проводится поиск альтернативных методов лечения климактерических расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов.

В связи с этим для коррекции КС признано перспективным применение средств растительного происхождения, содержащих фитоэстрогены и фитогормоны (Crisafulli A. et al., 2005; Сметник В.П., 2006). Эти вещества способны оказывать положительные терапевтические и профилактические эффекты без риска развития онкологических заболеваний репродуктивной системы и с минимальными побочными реакциями (Atteritano M. et al., 2007).

К таким средствам можно отнести Doppelherz® актив Меноактив, который содержит изофлавоны сои, по химической структуре близкие к вырабатываемому в организме женщин эстрадиолу. Применение фитоэстрогенов обеспечивает лучшую переносимость и большую безопасность при профилактике и лечении симптомов, возникающих в процессе естественной гормональной перестройки женского организма при КС. Кроме того, указанное средство содержит тщательно подобранную комбинацию витаминов, минеральных веществ, которые оказывают общеукрепляю-

щее и тонизирующее действие, способствуют нормализации обменных процессов в организме, улучшают деятельность сердечно-сосудистой системы.

В состав Doppelherz® актив Меноактив входят основные витамины, необходимые женщине в климактерический период: витамин В₁ (тиамин), витамин В₆ (пиридоксин), витамин В₁₂ (цианокобаламин), фолиевая кислота, витамин D₃.

Витамины группы В необходимы для нормальной работы нервной системы и компенсации нарушений, которые обусловлены снижением уровня половых стероидов.

Особенно важны витамин В₉, который повышает работоспособность и концентрацию внимания, уменьшает тревожность и раздражительность у женщин в период менопаузы, оказывает положительное воздействие на работу иммунной системы; витамин В₁, играющий важную роль в обмене углеводов и жиров, а также жизненно необходимый для нормального функционирования нервной системы. В высоких дозах фолиевая кислота оказывает эстрогеноподобное действие, она может замедлить



наступление менопаузы и уменьшить выраженность ее симптомов (Ших Е.В., 2009).

Большое значение имеет наличие в составе Дюпелгерц® актив Меноактив адекватного количества кальция карбоната и витамина D₃, которые рекомендуются для применения с целью профилактики менопаузального остеопороза, а также для предотвращения его осложнений, главным образом переломов. Потери кальция у взрослого человека составляют 200–350 мг/сут и возрастают при физических нагрузках и некоторых физиологических состояниях, особенно в период менопаузы (Ребров В.Г., Громова О.А., 2003). 1 таблетка Дюпелгерц® актив Меноактив содержит 500 мг кальция карбоната, что позволяет компенсировать эти затраты.

Витамин D₃ — жирорастворимый витамин, участвующий в регуляции минерального обмена в организме; он управляет всасыванием кальция в кишечнике и способствует его попаданию в структуры костной ткани. Это имеет важное значение в период менопаузы, когда организм женщины усваивает кальций значительно хуже.

Несмотря на повышенное внимание специалистов к использованию фитоэстрогенов и фитогормонов, недостаточно исследованы их эффективность в купировании отдельных симптомов КС и механизмы влияния на атерогенные факторы у женщин с КС.

Цель исследования — оценить в динамике гормональный статус, метаболические нарушения, ассоциированные с развитием атеросклероза, и клинический эффект применения Дюпелгерц® актив Меноактив у женщин в период менопаузы, осложненной КС.

Объект и методы исследования

В рандомизированное параллельное простое слепое плацебо-контролируемое исследование были включены 52 женщины с КС легкой и средней тяжести, который развился на фоне естественной постменопаузы длительностью <5 лет (в среднем 2,8±0,4 года). Основную группу (n=36) составили женщины, принимавшие Дюпелгерц® актив Меноактив (1 таблетка в сутки во время еды) на фоне диетотерапии. В контрольную группу включили 16 женщин, которые на протяжении первоначального периода наблюдения (3 мес) ограничивались применением диетотерапии.

Группы женщин, принявших участие в исследовании, были сопоставимы по репродуктивному анамнезу, наличию гинекологических и соматических заболеваний.

Основная и контрольная группы значимо не отличались по возрасту наступления менопаузы, длительности постменопаузы, а также тяжести КС (табл. 1).

В исследование не включали женщин с манифестными формами ишемической болезни сердца и сахарного диабета, симптоматической артериальной гипертензии (АГ), с АГ, требующей медикаментозного лечения (2–3-я стадия, наличие осложнений), хронической сердечной (III–IV функциональный класс по классификации New York Heart Association — NYHA) и почечной недостаточностью, а также при продолжительности постменопаузального периода >5 лет. Критериями исключения были также онкологические заболевания любой локализации, кровотечения из половых путей невыясненной этиологии, патология эндометрия. Ни одна из женщин до участия в исследовании не принимала гормональных или негормональных препаратов для коррекции климактерических расстройств.

Женщины, составившие контрольную группу, из-за отсутствия значимого клинического эффекта через 3 мес наблюдения по этическим соображениям в дальнейшем получали соответствующее медикаментозное лечение КС.

Всем пациенткам проведена комплексная оценка климактерических нарушений с углубленным изучением вегетативных изменений.

Всем больным проводили комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование, включавшее установление жалоб и анамнеза, физикальное обследование, клинический и биохимический анализ крови. Пациентки были также осмотрены гинекологом; наличие менопаузы подтверждалось клиническими и лабораторными признаками эстрогенового дефицита.

Для количественной оценки выраженности климактерического синдрома использовали общепринятый в клинической практике менопаузальный индекс Куппермана (в модификации Е.В. Уваровой).

Уровень холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), общего ХС (ОХС), триглицеридов (ТГ) в крови определяли ферментативными методами с помощью реагентов Human (Германия).

Оценку уровня гормонов (фолликулостимулирующий гормон — ФСГ, лютеинизирующий гормон — ЛГ, эстрадиол) в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом с использованием наборов реактивов «17-Beta Estradiol» (Dima Ges. F. Diagnostica, Германия) и «Гонадотропин ИФА-ФСГ» («Алкор Био», Российская Федерация).

Исследование уровня оксидативного стресса проводили с помощью измерения концентрации тиобарбитуратреактивных продуктов (ТБРП). Определение малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови проводили по реакции с тиобарбитуровой кислотой (ТБК) (Захария Е.А., Децик Ю.И., 1989).

Данные показатели анализировали через 3 и 6 мес приема Дюпелгерц® актив Меноактив.

Для оценки психовегетативного статуса пациентки исходно и в конце терапии заполняли шкалу оценки качества жизни Short Form (SF)-36 (Новик А.А., Ионова Т.И., 2002).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «Statistica» с определением средних значений (M), ошибки средней (m), критерия достоверности Стьюдента — Фишера (t), уровня значимости (p) и критерия однородности (χ²). Различия считались статистически достоверными при p<0,05 или χ²>3,8.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали, что в первые 5 лет естественной постменопаузы КС клинически проявляется главным образом нейровегетативными (у всех 36 (100%) женщин основной группы) и психоземональными (у 31 (86%) женщины основной группы) расстройствами.

Наиболее часто у пациенток выявляли нейровегетативную симптоматику: приливы жара — у 33 (92%), которые сопровождалась последующей потливостью у 32 (89%), головную боль — у 20 (56%), повышение АД — у 27 (75%), ощущение сердцебиения — у 25 (69%), отеки — у 22 (61%), ощущение перебоев в работе сердца — у 20 (56%).

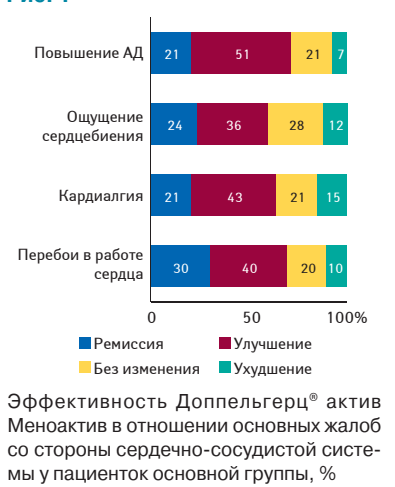
Клинический эффект Дюпелгерц® актив Меноактив в динамике проводимого лечения выражался в значительном снижении интенсивности жалоб, присущих женщинам с КС. Наиболее выраженной была динамика приливов: отмечено уменьшение числа пациенток с приливами на 47% (с 32 до 17) через 3 мес и на 53% (до 15) — через 6 мес лечения (p<0,01 для каждого периода), при этом в контрольной группе число женщин с приливами уменьшилось на фоне терапии на 12% (p>0,05). Также уменьшилась выраженность потливости (в среднем с 2,5±0,4 до 1,2±0,3 балла; p<0,01), нарушений сна (с 2,2±0,6 до 1,0±0,5 балла; p<0,05) и утомляемости (с 1,5±0,5 до 0,6±0,2 баллов, p<0,01). Не выявлено значимой динамики модифицированного менопаузального индекса (ММИ) обменно-эндокринных расстройств (8,6±2,1 балла до лечения и 5,0±1,3 балла через 6 мес лечения), что может быть связано с относительно низкой распространенностью этих расстройств (лишь 6 (19%) женщин основной группы указали на увеличение массы тела в период менопаузы).

В нашем исследовании была проведена оценка нейровегетативных жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы у женщин на фоне применения Дюпелгерц® актив Меноактив (рис. 1).

Таблица 1 Клиническая характеристика групп женщин, принявших участие в исследовании (M±m)

Показатель	Основная группа (n=36)	Контрольная группа (n=16)
Возраст, годы	51,2±2,3	52,0±2,0
Продолжительность постменопаузы, годы	2,7±0,4	2,9±0,5
Возраст наступления менопаузы, годы	48,7±0,2	49,1±0,2
Тяжесть КС (модифицированный менопаузальный индекс — ММИ), баллы	34,3±7,0	34,0±6,6
Распределение по степени тяжести КС, пациентов (%)		
Легкая	11 (30,6)	5 (31,2)
Средняя	25 (69,4)	11 (68,8)

Рис. 1

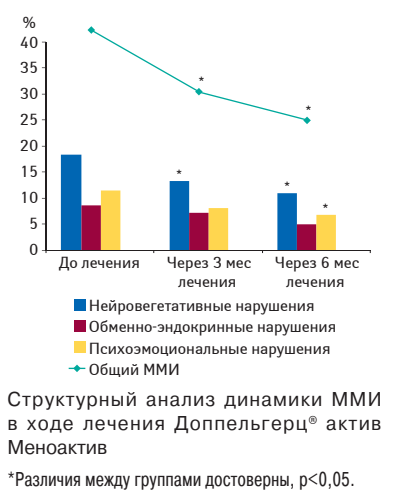


Согласно полученным данным, наиболее благоприятно Doppelgerz® актив Меноактив воздействовал на частоту ощущений перебоев в работе сердца — такие эпизоды прекратились у 6 (30%) из 20 пациенток основной группы с этим симптомом, уменьшились еще у 8 (40%) ($p < 0,05$); наименее выраженный эффект оказывал на частоту ощущения сердцебиения (без изменений — у 28% женщин, учащение сердцебиения — у 12%).

Подсчет ММИ позволил установить, что по степени тяжести клинических проявлений на момент начала лечения КС легкой степени отметили у 30,6% женщин, средней тяжести — у 69,4%. Общий средний ММИ в группе составил $38,3 \pm 3,4$ балла, что соответствует менопаузальному синдрому средней тяжести. Лечение приводило к уменьшению числа женщин с КС средней тяжести с 69,4% (25) до 44,4% (16) через 3 мес ($p < 0,05$) и до 27,7% (10) — через 6 мес ($p < 0,01$) за счет того, что у большинства пациентов отмечали трансформацию КС в более легкую форму.

Через 3 мес лечения выявлено снижение суммарного ММИ на 25,6% (с $38,3 \pm 3,4$ до $28,5 \pm 2,4$ балла; $p < 0,05$), через 6 мес — на 42,9% (до $21,9 \pm 2,1$ балла; $p < 0,01$) на фоне отсутствия значимого снижения в контрольной группе (на 8%; $p > 0,05$) (рис. 2).

Рис. 2



Наиболее эффективным Doppelgerz® актив Меноактив оказался в отношении

нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений в постменопаузальный период. На рис. 2 представлен структурный анализ динамики ММИ по основным группам симптомов. Значительный терапевтический эффект Doppelgerz® актив Меноактив зафиксирован в отношении нейровегетативных симптомов уже спустя 3 мес терапии ($p < 0,05$), достигая максимума к 6 мес лечения; нормализация в психоэмоциональной сфере наступала несколько позже — к 6-му месяцу лечения ($p < 0,05$), менее всего Doppelgerz® актив Меноактив влиял на обменно-эндокринные симптомы КС.

До лечения у женщин с КС как основной, так и контрольной группы выявлены характерные для постменопаузы повышенный уровень ФСГ ($58,8 \pm 3,89$ и $54,0 \pm 4,7$ мМЕ/л соответственно) и ЛГ ($33,79 \pm 1,89$ и $29,4 \pm 3,1$ мМЕ/л соответственно) и сниженный уровень эстрадиола ($26,81 \pm 1,68$ и $29,3 \pm 18,9$ пг/мл соответственно) относительно диапазона нормы для периода пременопаузы (табл. 2).

Сравнительная оценка гормонального статуса пациенток на фоне приема Doppelgerz® актив Меноактив позволила установить более плавное снижение уровня гонадотропных гормонов гипофиза. К 3-му месяцу лечения у больных основной и контрольной группы концентрация ФСГ снизилась на 16,9 и 9% от исходной величины соответственно, а концентрация ЛГ — на 24,6 и 12%. Через 6 мес приема снижение ФСГ в основной группе составило 27,3% ($p < 0,05$), а ЛГ — 40,5% ($p < 0,01$). Таким образом, можно говорить о преимущественном влиянии фитоэстрогенов на уровень ЛГ. Концентрация эстрадиола на протяжении всего курса терапии достоверно не изменялась и имела лишь тенденцию к повышению, что может быть связано с высоким содержанием ФСГ, оказывающего стимулирующее влияние на яичники. Со снижением уровня гонадотропинов на фоне умеренного повышения уровня эстрадиола связана эффективность Doppelgerz® актив Меноактив в отношении целого ряда нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств. Этот эффект основан на стабилизации функции гипоталамических структур, имеющих в своем составе эстрогеновые рецепторы, в результате чего нормализуются температурная, сосудодвигательная регуляция,

синтез нейромедиаторов (Грищенко О.В., Сторчак А.В., 2004).

У женщин с КС уровень ОХС в крови до лечения ($5,56 \pm 0,14$ ммоль/л) был выше оптимального, который согласно рекомендациям Ассоциации кардиологов Украины составляет $< 5,0$ ммоль/л (Мітченко О.І., Лутай М.І., 2011). По данным многочисленных многоцентровых исследований, такое повышение концентрации ОХС ассоциируется с низким риском развития неблагоприятных коронарных событий. Уровень ХС ЛПНП ($3,51 \pm 0,16$ ммоль/л) у пациенток с КС также был выше рекомендуемых величин ($< 3,0$ ммоль/л). Эти показатели в контрольной группе исходно не отличались по сравнению с основной группой.

В ходе исследования выявлено положительное влияние проводимой терапии на показатели липидного спектра крови. Применение Doppelgerz® актив Меноактив приводило к достоверному снижению уровня показателей проатерогенных фракций (табл. 3). Показатели ОХС к концу 6-го месяца терапии снизились на 14,9% — с $5,56 \pm 0,14$ до $4,73 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,05$). Кроме того, в процессе лечения отмечено прогрессирующее снижение уровня основной атерогенной фракции — ХС ЛПНП. При этом у больных основной группы уменьшение содержания ХС ЛПНП через 3 мес составляло 9,7% (с $3,51 \pm 0,16$ до $3,17 \pm 0,11$ ммоль/л), а через 6 мес — 23,4% ($p < 0,05$). Концентрация ТГ и ХС ЛПВП, которая исходно находилась в оптимальных пределах и не отличалась от соответствующих значений у женщин в менопаузальный период, не изменялась на фоне лечения.

Отмечаемая положительная динамика показателей липидного спектра крови может быть объяснена тем, что фитоэстрогены (составной компонент Doppelgerz® актив Меноактив) подавляют активность свободных радикалов и за счет этого способствуют снижению уровня ЛПНП (Nikan-de E. et al., 2004). По-видимому, фитоэстрогены увеличивают число рецепторов к ЛПНП в печени (Aubertin-Leheudre M. et al., 2007). Диетотерапия, которая проводилась у пациенток контрольной группы, не вызвала значимого снижения уровня анализируемых липидных показателей ($p > 0,05$).

Известно, что в патогенезе атеросклероза важная роль отведена оксидативному стрессу с повышенным накоплением в тканях и крови активных форм кислорода, ко-

Таблица 2

Динамика уровня половых гормонов на фоне терапии Doppelgerz® актив Меноактив (M±m)

Гормоны	Основная группа (n=36)		
	До лечения	Через 3 мес	Через 6 мес
ФСГ, мМЕ/мл	$58,8 \pm 3,89$	$48,84 \pm 3,81^*$	$42,76 \pm 3,35^*$
ЛГ, мМЕ/мл	$33,79 \pm 1,89$	$25,47 \pm 1,70^*$	$20,1 \pm 1,63^*$
Эстрадиол, пг/мл	$26,81 \pm 1,68$	$30,01 \pm 3,37$	$34,93 \pm 3,97$

В табл. 2 и 3: *показатели достоверно отличаются от исходных, $p < 0,05$.

Таблица 3

Динамика показателей липидного спектра крови на фоне применения Doppelgerz® актив Меноактив (M±m)

Показатель	Основная группа (n=36)			Контрольная группа (n=16)	
	До лечения	Через 3 мес	Через 6 мес	До лечения	Через 3 мес
ОХС, ммоль/л	$5,56 \pm 0,14$	$5,16 \pm 0,12$	$4,73 \pm 0,14^*$	$5,29 \pm 0,16$	$5,15 \pm 0,16$
ХС ЛПВП, ммоль/л	$1,25 \pm 0,06$	$1,27 \pm 0,05$	$1,36 \pm 0,06$	$1,15 \pm 0,07$	$1,11 \pm 0,07$
ХС ЛПНП, ммоль/л	$3,51 \pm 0,16$	$3,17 \pm 0,11$	$2,69 \pm 0,12^*$	$3,56 \pm 0,16$	$3,39 \pm 0,15$
ТГ, ммоль/л	$1,44 \pm 0,06$	$1,47 \pm 0,08$	$1,34 \pm 0,06$	$1,23 \pm 0,06$	$1,20 \pm 0,06$

торые вызывают перекисное окисление компонентов липопротеидов, что, в свою очередь, ведет к повреждению эндотелия кровеносных сосудов окисленными липопротеидами, в основном ЛПНП и ЛПОНП (Törmälä R.M. et al., 2006). В связи с этим у женщин с КС оценивали динамику маркера оксидативного стресса — концентрацию в плазме крови ТБРП, основную часть которых составляет конечный продукт перекисного окисления липидов — МДА. Уровень ТБРП у женщин с КС был выше, чем у пациенток с сохраненной репродуктивной функцией ($6,8 \pm 0,8$ и $3,2 \pm 0,6$ мкмоль/л соответственно, $p < 0,05$), и положительно коррелировал с тяжестью КС ($r = 0,28$; $p < 0,05$). Через 6 мес лечения концентрация ТБРП снижалась до $4,4 \pm 0,7$ мкмоль/л ($p < 0,05$), однако по-прежнему оставалась выше, чем у женщин в пременопаузальный период ($p < 0,05$).

Таким образом, у женщин с КС уже в ранний постменопаузальный период по сравнению с пременопаузальным периодом формируется комплекс системных метаболических нарушений, ассоциированных с развитием атеросклероза: повышается концентрация ОХС и ХС ЛПНП на фоне оксидативного стресса. Коррекция клинических проявлений КС с помощью Дюпелгерц® актив Меноактив, содержащего фитостероиды (лигнаны и изофлавоны), сопровождается кардиопротекторными метаболическими изменениями.

Важное значение имеет оценка влияния проводимой терапии на качество жизни этой категории женщин. Параметры качества жизни по опроснику SF-36 у пациенток обеих групп до лечения достоверно не отличались. Низкие показатели выявлены по шкалам «физическая роль» (ФР), «эмоциональная роль» (ЭР), «жизнеспособность» (ЖС), «физическая боль» (ФБ).

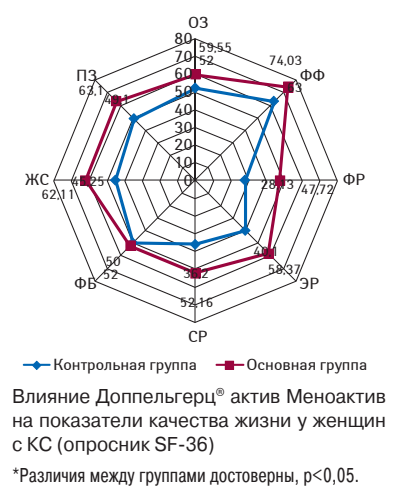
Состояние данных показателей отражает степень, в которой состояние здоровья ограничивает выполнение физических нагрузок. После лечения на протяжении 3 мес отмечена положительная динамика качества жизни у пациенток обеих групп, однако в контрольной группе достоверно повысились показатели только по шкале «общее состояние здоровья» (ОЗ) на 20,9% ($p < 0,05$), в основной группе этот показатель возрос после лечения на 26,7% ($p < 0,05$).

Кроме того, у пациенток основной группы после проведенной терапии Дюпелгерц® актив Меноактив отмечали улучшение показателей по шкалам: «физическая функция» (ФФ) — на 16,4% ($p < 0,05$); ФР — на 61,2% ($p < 0,01$); ЭР — на 31,2% ($p < 0,05$); ЖС — на 40,8% ($p < 0,05$), а также самооценки по шкале «психическое здоровье» (ПЗ) — на 28,5% ($p < 0,05$) (рис. 3).

В данной работе мы не сравнивали влияние Дюпелгерц® актив Меноактив и ЗГТ. Безусловно, ЗГТ наиболее эффективно влияет на метаболические проявления КС, остеопороз, липидный обмен. Но с учетом имеющихся противопоказаний, а также большого числа побочных реакций ЗГТ, Дюпелгерц® актив Меноактив в ряде случаев может быть альтернативой ЗГТ. Кроме того, ЗГТ мало влияет на депрессивные расстройства, а иногда

и вызывает их, в связи с чем представляется перспективным применение средств с фитостероидным действием.

Рис. 3



По данным экспериментальных исследований, фитостероиды имеют большое будущее в медицине. Длительное употребление биологически активных добавок, богатых фитостероидными и растительными волокнами, способствует уменьшению выраженности проявлений КС, способствует профилактике остеопороза, а также злокачественных опухолей молочной железы, толстого кишечника и прямой кишки, снижает частоту сердечно-сосудистых заболеваний (Hinds L., Price J., 2010). Однако многие работы в этой области требуют уточнения с проведением слепых плацебо-контролируемых исследований.

Никаких побочных эффектов при лечении Дюпелгерц® актив Меноактив в нашем исследовании не было выявлено, а следовательно, это средство обладает высокой комплаентностью.

Наши наблюдения подтверждают многогранность патогенетических механизмов лечебного воздействия Дюпелгерц® актив Меноактив на патологические процессы, формирующие клиническую картину КС, что связано с потенцированием лечебного эффекта всех компонентов данного комплексного средства.

Выводы

1. Результаты данного исследования свидетельствуют о высокой эффективности Дюпелгерц® актив Меноактив в терапии вегетососудистых и психоэмоциональных проявлений КС, а также касательно улучшения ряда показателей липидного обмена (при применении в сочетании с диетотерапией) у женщин в период пре- и постменопаузы.

2. Начальный лечебный эффект Дюпелгерц® актив Меноактив проявляется на 3-й месяц терапии, выраженный эффект — на 6-й месяц. Вопрос о продолжительности применения Дюпелгерц® актив Меноактив следует решать в каждом конкретном случае с учетом клинической ситуации.

3. Хорошая переносимость Дюпелгерц® актив Меноактив и отсутствие по-

бочных эффектов позволяют рекомендовать его как для коррекции вегетососудистых и психоэмоциональных расстройств в менопаузальный период, так и для длительного применения у женщин с КС, имеющих противопоказания к ЗГТ.

Список использованной литературы

- Вихляева Е.М.** (ред.) (2006) Руководство по эндокринной гинекологии. ООО «Медицинское информационное агентство», Москва, 784 с.
- Грищенко О.В., Сторчак А.В.** (2004) Возможность селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов растительного происхождения в терапии климактерического синдрома. Репродуктивное здоровье женщины, 2(18): 75–82.
- Давыдова И.В.** (2006) Риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в аспекте гормонального континуума. Терапия, 9: 44–48.
- Захария Е.А., Деиц Ю.И.** (1989) Лабораторная диагностика ишемической болезни сердца. Здоров'я, Київ, 190 с.
- Мітченко О.І., Лутай М.І.** (2011) Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації Асоціації кардіологів України (проект). Київ, 48 с.
- Новик А.А., Ионова Т.И.** (2002) Руководство по исследованию качества жизни в медицине. ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, Москва, 320 с.
- Ребров В.Г., Громова О.А.** (2003) Витамины и микроэлементы. Алев-В, Москва, 648 с.
- Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянников Т.В.** (2006) Гинекологическая эндокринология. МЕДпресс-информ, Москва, 528 с.
- Серов В.Н., Соколова Ю.Ю.** (2007) Климактерий: возрастные изменения и способы их коррекции. РМЖ (Русский медицинский журнал), 18: 1274–1278.
- Сметник В.П.** (2006) Альтернатива заместительной гормонотерапии. Медицина климактерия. Литера, Москва, с. 166–186.
- Ших Е.В.** (2009) Применение витаминно-минеральных комплексов лицами старшего возраста. Врач, 4: 22–27.
- Atteritano M., Marini H., Minutoli L. et al.** (2007) Effects of the phytoestrogen genistein on some predictors of cardiovascular risk in osteopenic, postmenopausal women: a two-year randomized, double-blind, placebo-controlled study. J. Clin. Endocrinol. Metab., 92(8): 3068–3075.
- Aubertin-Leheudre M., Lord C., Khalil A., Dionne I.J.** (2007) Effect of 6 months of exercise and isoflavone supplementation on clinical cardiovascular risk factors in obese postmenopausal women: a randomized, double-blind study. Menopause, 14(4): 624–629.
- Crisafulli A., Altavilla D., Marini H. et al.** (2005) Effects of the phytoestrogen genistein on cardiovascular risk factors in postmenopausal women. Menopause, 12(2): 186–192.
- Hinds L., Price J.** (2010) Menopause, hormone replacement and gynaecological cancers. Menopause Int., 16(2): 89–93.
- Nikander E., Tiitinen A., Laitinen K. et al.** (2004) Effects of isolated isoflavonoids on lipids, lipoproteins, insulin sensitivity, and ghrelin in postmenopausal women. J. Clin. Endocrinol. Metab., 89(7): 3567–3572.
- Schnatz P.F., Banerjee A.E., Greene J.F., O'Sullivan D.M.** (2005) Pilot study of menopause symptoms in a clinic population. Menopause, 12(5): 623–629.
- Törmälä R.M., Nikander E., Tiitinen A. et al.** (2006) Serum cholesterol efflux potential in postmenopausal women treated with isolated isoflavones. Menopause, 13(1): 96–101.
- Wu A.H., Yu M.C., Tseng C.C., Pike M.C.** (2008) Epidemiology of soy exposures and breast cancer risk. Br. J. Cancer, 98(1): 9–14.