

Бездетко П.А., Абдула А.М.Д., Щадных М.А. *Морфометрические и аккомодационные особенности переднего отрезка глаза у пресбиопов с первичной открытоугольной глаукомой.*

На основании исследования рефракции, объема и резервов аккомодации а также морфометрических показателей 114 глаз пресбиопов с ПОУГ и 139 глаз с пресбиопией без ПОУГ было выявлено уменьшение толщины цилиарного тела в 1500 и 2000 мкм от склеральной шпоры до 0,41 и 0,29 мм при эмметропии, до 0,49 и 0,38 мм при гиперметропии и до 0,35 и 0,22 мм при миопии. При ПОУГ наблюдалось уменьшение толщины цилиарного тела в 2000 мкм от склеральной шпоры до 0,38 мм при эмметропии и до 0,28 мм при гиперметропии и уплощением цилиарного тела в 1500 и 2000 мкм от склеральной шпоры до 0,38 и 0,25 мм при миопии. При всех видах рефракции при подъеме офтальмотонуса выше 21 мм рт. ст. наблюдается уменьшение толщины хрусталика и увеличение перизонулярного пространства. Выявлено снижение объема аккомодации на 20% и резервов аккомодации на 40% (при миопии на 20%) у больных с ПОУГ сравнительно с пресбиопами без ПОУГ. Установлено, что при одинаковом объеме аккомодации возраст больных с ПОУГ был на 3 года меньше, чем у пресбиопов без ПОУГ. Полученные данные указывают на важную роль снижения аккомодационной функции и толщины цилиарного тела в патогенезе развития первичной открытоугольной глаукомы. Обнаруженное преждевременное развитие пресбиопии у больных с ПОУГ позволяет рассматривать его как предвестник или ранний признак глаукомы.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, пресбиопия, объем аккомодации, резервы аккомодации, ультразвуковая биомикроскопия, морфометрические показатели.

Summary

Bezditko P.A., Abdoola A.M.D., Shchadnykh M.O. *Morphometric and accommodative features of the anterior segment of the eye at presbiopic patients with primary open-angle glaucoma.*

At the basis of study of refraction, volume and reserve of accommodation and morphological metrics 114 presbiopic eyes with POAG and 139 eyes with presbyopia without POAG revealed thinning of the ciliary body in 1500 and 2000 microns from the scleral spur to 0.41 and 0.29 mm at emetropiyi to 0.49 and 0.38 mm for hyperopia and 0.35 and 0.22 mm for myopia. In POAG decreased thickness of the ciliary body in 2000 microns from the scleral spur to 0.38 mm at emetropiyi and to 0.28 mm for hyperopia with the flattening of the ciliary body in 1500 and 2000 microns from the scleral spur to 0.38 and 0.25 mm at myopia. With all kinds of errors when lifting ophtalmotonous above 21 mm Hg. century. decrease the thickness of the lens and increase perizonulyarnoho space. Decrease of the amount of accommodation by 20% and reserve accommodation at 40% (the myopia of 20%) in patients with POAG compared with presbiopamy without POAG. Found that at the same volume accommodation age of patients with POAG was 3 years less than in presbiopic without POAG. These data indicate the important role of accommodative function and decrease the thickness of the ciliary body in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma. Discovered premature development of presbyopia in patients with POAG can be considered as a forerunner or an early sign of glaucoma.

Key words: primary open-angle glaucoma, presbyopia, volume accommodation, reserve accommodation, ultrasound biomicroscopy, morphometric parameters.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня

ОСОБЕННОСТИ БОЛИ В ГРУДИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

В.И. Волков, М.Н. Вовченко, А.С. Исаева, Т.А. Струк

ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАНМ Украины» (Харьков)

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение

Боль в груди является одной из самых частых жалоб и причин обращения к врачу у женщин, находящихся в периоде перименопаузы. Так, у этой категории пациенток торакалгия чаще всего является симптомом ишемической болезни сердца, гастроэзофагоной рефлюксной болезни и дисметаболической (климактерической) кардиомиопатии. Например, в России у каждой восьмой женщины в возрасте 45–54 лет имеется клиническая картина ИБС, главным проявлением которой являются, те или иные неприятные ощущения в грудной клетке [1]. По данным *Blumel J.E.*, в перименопаузе дискомфорт в перикардиальной области отмечают 23,1% женщин, не испытывающих приливы, и 61,1% женщин, страдающих от приливов [2]. Наиболее распространенной причиной некардиальной боли является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), на ее долю приходится до 60% обращений [3]. Ранее ГЭРБ у женщин чаще всего связывали с периодом беременности, но в последнее время было замечено, что симптомы ГЭРБ, такие как изжога и боль в груди чаще встречаются у женщин в периоде перименопаузы. По мнению *Arora A.S.* 70% женщин страдают теми или иными проявлениями ГЭРБ [4]. Так же, американские авторы при обследовании популяции женщин от 25 лет до 60 лет выявили, что у женщин в периоде перименопаузы значительно чаще выявляли ГЭРБ по сравнению с женщинами молодого возраста. При этом 80% этих пациенток никогда не были обследованы в связи с наличием заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [5]. Ситуация осложняется тем, что ИБС у женщин очень часто проявляется атипичной ангинозной болью, затрудняя дифференциальный диагноз между этими заболеваниями. Кроме того, эти заболевания могут сочетаться.

Хотя из всех описанных выше заболеваний, сопровождающихся торакалгией, только ИБС может значимо снижать продолжитель-

ность жизни, но на качество жизни влияют и ИБС и ГЭРБ и климактерические расстройства, сопровождающиеся болью в груди.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работы выполнены согласно плану научно-исследовательских работ (НИР) ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАНМ Украины» и Харьковской медицинской академии последиplomного образования и является фрагментом НИР: «Разработать алгоритм дифференциальной диагностики поражения миокарда у женщин в климактерическом периоде» (№ государственной регистрации 0106U000603).

Целью настоящей работы было изучить качество жизни у женщин в перименопаузе с болью в груди при ишемической болезни сердца и гастроэзофагальной рефлюксной болезни.

Материалы и методы исследования

За весь период наблюдения было скринировано 130 пациенток в периоде перименопаузы, обратившихся за медицинской помощью в ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины» за 2009 – 2011 гг. в связи с болевыми ощущениями в грудной клетке. После обследования в исследование было включено 104 пациентки, у которых боль была связана с ИБС, ГЭРБ или климактерическим расстройством.

В исследование не включались пациентки с острым коронарным синдромом, сердечной недостаточностью III-IV ф.к., тяжелой артериальной гипертензией (артериальное давление >180/110 мм рт. ст.), сахарным диабетом средней и тяжелой степени, нарушениями гормонпродуцирующей функции щитовидной железы, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваниями легких, онкологической патологией, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сопровождающимися нарушением его функции, заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни до 1 года. ИБС считали доказанной в том случае, если в анамнезе было указание на перенесенный Q-инфаркт миокарда, имелись соответствующие данные коронарографии или тестов с дозированной физической нагрузкой.

Диагноз ГЭРБ устанавливали в случае положительной пробы с ингибиторами протонной помпы и наличии характерных изменений слизистой пищевода при видеофиброгастроуденоскопии.

В том случае, если диагноз ИБС, ГЭРБ не подтверждали, но у пациентки сохранялся болевой синдром, имелась четкая связь между манифестацией заболевания и началом перименопаузы, отсут-

ствовали факторы риска ИБС, на ЭКГ имелись изменения конечной части желудочкового комплекса, боль в груди расценивали как обусловленную климактерическим расстройством (КР).

Особое внимание уделяли анализу болевого синдрома. Как типичную ангинозную боль расценивали в том случае, если она соответствовала всем трем нижеперечисленным критериям: типичная загрудинная локализация, четкая связь с физической нагрузкой, положительный эффект от нитроглицерина. Если боль соответствовала всем трем приведенным признакам, то ее считали типичной, если двум – атипичной, если имелся только один из признаков, то боль расценивалась как неспецифическая для поражения коронарных артерий.

Диагноз перименопаузы устанавливали в том случае, если пациентки отмечали изменение частоты и продолжительности менструаций, и/или отмечалось снижение ФСГ менее 32 МЕ/л. Содержание ФСГ в сыворотке проводили иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Гонадотропин ИФА-ФСГ производства ООО «Компания АлкорБио» (Российская Федерация). У женщин с сохраненной менструальной функцией материалом для исследования была тощаковая сыворотка крови, забор крови проводили в первые 3 дня менструального цикла.

Оценка симптомов перименопаузы и качества жизни проводилась до начала какой-либо терапии. Для мониторинга степени тяжести климактерического синдрома использовали модифицированный менопаузальный индекс Kupermenn (модификация менопаузального индекса Е.В. Уваровой). Для анализа КЖ использовали кардиологическую версию II опросника Ferranese & Power, который позволяет оценить как общий индекс качества жизни, так и его отдельные составляющие: индекс здоровья, социально-экономический индекс, индекс психического здоровья и удовлетворенности семьей и близкими.

Полученные результаты были обработаны с использованием методов вариационной и параметрической статистики медико-биологического профиля с помощью пакета статистических программ Excel for Windows и IBM SPSS 19.0. Анализ зависимости между показателями качества жизни и различными клиническими и биохимическими характеристиками исследуемой популяции проводился методом пошаговой регрессии. Достоверности различий оценивали с помощью критерия Стьюдента (t) для 95% доверительного интервала.

Полученные результаты и их обсуждение

Клиническая характеристика обследованной популяции пациенток. Средний возраст обследованных пациенток составил 55,3±0,49 года. Во всей группе пациенток, вошедших в исследование, гипертоническая болезнь (ГБ) была выявлена у 71 (78,8%) пациенток, 16 женщин (17,7%) курили и у 16 обследованных (17,7%) был сахарный диабет (СД). У 30 (33,3%) обследованных была доказана ИБС.

Основной причиной обращения за медицинской помощью у всех пациенток была торакалгия, при этом у 14 (13,5%) болевые ощущения имели типичный для стенокардии характер; у 66 (63,4%) боли не соответствовали типичной характеристике и у 24 (23,07%) были расценены как неспецифичные. Характеристика боли достоверно отличалась в группах. Так, пациентки из группы 3 достоверно чаще отмечали атипичный болевой синдром по сравнению с пациентками из группы 1 (p=0,00001) и группы 2 (p=0,0006). После проведенного обследования у пациенток были выявлены следующие причины болей в груди.

Таблица 1

Причины боли в груди у обследованных пациенток

	ИБС 35 (33,6%)	ГЭРБ 28 (26,9%)	КР 41 (39,4%)
Типичная боль	14 (40%)	0	0
Атипичная боль	19 (54,28%)	19 (67,85 %)	28 (68,29%)
Неспецифичная	2 (5,7%)	9 (32,14%)	13 (31,7%)

При сравнении групп 1 (пациентки с ИБС), 2 (пациентки с ГЭРБ) и 3 (пациентки без ИБС и ГЭРБ) были выявлены определенные различия. Пациентки в группе 3 (пациентки с КР) были моложе, чем пациентки в группе 1 и 2 (p=0,002). Несмотря на то, что во всех группах была установлена избыточная масса тела, индекс массы тела (ИМТ) достоверно не отличался между группами (29,7кг/м², 29,69кг/м² и 30кг/м²), хотя в группе 3 он был несколько выше, и соответствовал ожирению I степени.

В группах было оценено соотношение таких факторов риска как гипертоническая болезнь, курение, сахарный диабет и уровень холестерина. В группе 1 было достоверно больше пациенток с гипертонической болезнью по сравнению с группой 2 и 3, но различия не достигли статистической достоверности. Уровни общего холестерина (ОХС) и липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) в груп-

пах достоверно не различались. У пациенток из группы 1 был достоверно ниже уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), чем у пациенток из группы 2 (p=0,04) и группы 3 (p=0,01). В группе 3 уровень триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) был достоверно выше, чем в группе 2 (p=0,01). Длительность эстрогендефицита, которую отражало время от начала менопаузы, достоверно не отличалась в группах, хотя и была выше в группе 1, чем в группах 2 и 3.

Таблица 2

Клиническая характеристика пациенток в исследуемых группах

Характеристика	ИБС 35 (33,6%)	ГЭРБ 28 (26,9%)	КР 41 (39,4%)
Средний возраст, годы, M±m	56,89±0,44	56±0,47	51,52±1,06
ИМТ, кг/м ² , M±m	29,7±0,44	29,69±0,61	30±0,99
Общий холестерин, ммоль/л, M±m	4,9±0,42	5,4±0,5	5,48±0,18
Триглицериды, ммоль/л, M±m	1,32±0,42	1,11**±0,5	1,48**±0,09
Холестерин ЛПНП, ммоль/л, M±m	3,28±0,42	3,67±0,5	3,57±0,18
Холестерин ЛПОНП, ммоль/л, M±m	0,59±0,42	0,5**±0,05	0,66**±0,04
Холестерин ЛПВП, ммоль/л, M±m	1,07**±0,42	1,22**±0,5	1,24±0,04
Коэффициент атерогенности, M±m	3,77±0,42	3,59±0,5	3,59±0,2
САД, мм рт. ст., M±m	148,46*±0,45	131,5*±0,51	139±5,59
ДАД, мм рт. ст., M±m	86,15±0,45	83,25±0,51	87±1,41
ЧСС, уд в мин., M±m	73,89±0,44	78,63±0,52	76,3±2,39
Фракция выброса, %, M±m	49,8***±0,46	60,39***±0,59	61,13****±0,7
Гипертоническая болезнь, n (%)	28(93%)	15 (62,5%)	28 (77,7%)
Курение, n (%)	3(10%)	6(25%)	7(19,4%)
Сахарный диабет, n (%)	8 (26,6 %)	3 (12,5 %)	5 (13,9%)
Хирургическая менопауза, n (%)	1.37±0,44	1,26±0,48	1,21±0,07
Время от начала менопаузы	11,7±0,46	9,7±0,48	9,1±1,23

Примечание: *p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001.

У пациенток в группе 1 (с ИБС) фракция выброса была достоверно ниже, чем у пациенток в группе 2 (p=0,000018) и в группе 3 (p=0,001).

Оценка симптомов климакса в группах. Степень выраженности симптомов климакса достоверно не отличалась в группах. Так, менопаузальный индекс (МИ) в группе 1, 2 и 3 составил 40,35±0,44, 37,5±0,53 и 37,3±1,94 баллов, соответственно, но в 1 группе МИ был несколько выше, чем во 2 и 3 группах (рис. 1).

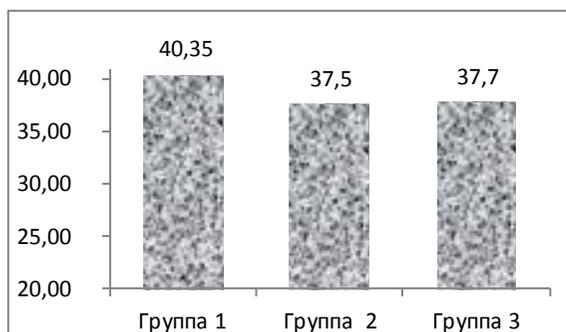


Рис. 1. Менопаузальный индекс (МИ) Купшерна в модификации Уваровой Е.В. у пациенток с ИБС, ГЭРБ и симптомами менопаузы.

Качество жизни обследованных пациенток в зависимости от причин боли в груди. Пациентки с ИБС и ГЭРБ имели достоверно более низкий уровень здоровья, чем пациентки с КР. Пациентки с ишемической болезнью сердца имели достоверно более низкий общий индекс качества жизни ($p=0,01$), за счет индекса здоровья ($p=0,005$). Такие сферы как социально-экономическое, психическое и семейное благополучие достоверно не отличались, хотя соответствующие индексы были несколько ниже в группах с ИБС и ГЭРБ.

Таблица 3

Индекс качества жизни пациенток в исследуемых группах

	ИБС 35 (33,6%)	ГЭРБ 28 (26,9%)	КР 41 (39,4%)
общий индекс	18,04*	19,8	20,7*±0,62
индекс здоровья	16,8**	18,9	20,04**±0,65
социально-экономический	19,3	20,9	21,29±0,7
психический	17,7	19,4	19,9±0,76
семейный	20,3	20,2	22,5±0,8

Примечание: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Наши данные подтверждают, что у большинства пациенток в перименопаузе обратившихся за медицинской помощью в связи с болью в грудной клетке, болевые ощущения имели атипичный

либо неспецифичный характер. Такую боль достаточно сложно интерпретировать. Наибольшее нарушение качества жизни было в группе пациенток, у которых была подтверждена ИБС. Так, проведенное исследование показало, что у пациенток с ИБС был значительно ниже общий индекс качества жизни, индекс здоровья, социально-экономическое, психическое и семейное благополучие, чем у пациенток только с климактерическим расстройством.

Многие исследования демонстрируют, что симптомы менопаузы негативно влияют на качество жизни женщин [6, 7, 8, 9]. Результаты Kinmen Women's-Health Investigation (KIWI) исследования демонстрируют, что у женщин в перименопаузе и постменопаузе значительно хуже состояние здоровья по сравнению с женщинами в пременопаузе [10]. В большом латиноамериканском исследовании, целью которого было оценить распространенность и тяжесть симптомов менопаузы и их влияние на качество жизни среди женщин в возрасте 40-59 лет, было выявлено, что симптомы менопаузы появляются уже вначале пременопаузы, при этом значительно ухудшая качество жизни женщин, и сохраняются еще 5 лет после менопаузы [11]. А в 5 летнем исследовании STRIDE было доказано, что связанное со здоровьем качество жизни женщин ухудшается в период менопаузы не зависимо от симптомов менопаузы [12].

Тем не менее, наше исследование показывает, что само по себе климактерическое расстройство значительно меньше оказывает влияние на все показатели качества жизни в сравнении с ИБС и ГЭРБ. Учитывая сложность интерпретации болевого синдрома, у женщин в перименопаузе, пациентки с болью в груди и значительным снижением качества жизни должны быть более глубоко и детально обследованы даже в случае атипичной и неспецифической боли в груди.

Выводы

1. У пациенток с верифицированной ИБС у 40% болевые ощущения носили типичный характер, у 54,28% - атипичный и у 5,7% неспецифичный для заболеваний сердечно - сосудистой системы характер.

2. ИБС приводит к наибольшему снижению качества жизни за счет всех его составляющих (индекс здоровья, социально-экономический индекс, психический индекс и семейный).

3. Пациентки с атипичной и неспецифической болью в груди в периоде перименопаузы должны быть более детально обследованы для исключения ИБС и ГЭРБ.

4. Перспективы дальнейших исследований: данная проблема требует дальнейшего более детального изучения, т.к. количество женщин в пери- и постменопаузе будет прогрессивно возрастать. Оценку качества жизни можно использовать как для прескрининга пациенток для более детального медицинского обследования, так и для оценки эффективности терапии. Особое внимание в дальнейшем необходимо для оценки качества жизни у пациенток получающих ЗГТ в связи симптомами климактерия и, особенно, в группе пациенток имеющих сопутствующую соматическую патологию.

Литература

1. Маколкин В.И. Оптимизация лечения стабильной стенокардии / В.И. Маколкин // *Consilium Medicum*. – 2007. – № 5. – С. 8-44.
2. *Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study* / J.E. Blümel, P. Chedraui, G. Baron [et al.] // *Climacteric*. – 2012. – Vol. 15, № 6. – P. 542-551.
3. *Comparison of one-week and two-week empirical trial with a high-dose rabeprazole in non-cardiac chest pain patients* / J.H. Kim, D.H. Sinn, H.J. Son [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2009. – Vol. 24, № 9. – P. 1504-1509.
4. *Medical therapy for gastroesophageal reflux disease* / A.S. Arora, D.O. Castell [et al.] // *Mayo Clin Proc.* – 2001. – Vol. 76, № 1. – P. 102-106.
5. *Infantino M. J. The prevalence and pattern of gastroesophageal reflux symptoms in perimenopausal and menopausal women* / M.J. Infantino // *Am. Acad. Nurse Pract.* – 2008. – Vol. 20, № 5. – P. 266-72.
6. *Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life* / E. Daly, A. Gray, D. Barlow [et al.] // *Br. Med. J.* – 1993. – Vol. 307. – P. 836-840.
7. *Nisar N. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey* / N. Nisar, N.A. Soho // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2009. – Vol. 59, № 11. – P. 752-756.
8. *Kronenberg F. Hot flashes: Phenomenology, quality of life, and search for treatment options* / F. Kronenberg // *Exp. Gerontol.* – 1994. – Vol. 29, № 3. – P. 319-336.
9. *Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the heart and estrogen/progestin replacement study (HERS) trial* / M.A. Hlatky, D. Boothroyd, E. Vittinghoff [et al.] // *JAMA*. – 2002. – Vol. 287, № 5. – P. 591-597.
10. *Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island* / J.L. Fuh, S.J. Wang, S.J. Lee [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2003. – Vol. 12, № 1. – P. 53-61.
11. *Quality of life after the menopause: A population study* / J.E. Blümel, C. Castelo-Branco, L. Binfa [et al.] // *Maturitas*. – 2000. – Vol. 34, № 1. – P. 17-23.

12. *The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study* / R. Hess, R.C. Thurston, R.D. Hays [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2012. – Vol. 21, № 3. – P. 535-544.

Резюме

Волков В.И., Вовченко М.Н., Исаева А.С., Струк Т.А. Особенности боли в груди у женщин в периоде перименопаузы.

В статье изучено качество жизни у женщин в перименопаузе с болью в груди при ишемической болезни сердца и гастроэзофагальной рефлюксной болезни. В исследование было включено 104 пациентки, у которых боль была связана с ИБС, ГЭРБ или климактерическим расстройством. Основной причиной обращения за медицинской помощью у всех пациенток была боль в груди, при этом у 14 (13,5%) болевые ощущения имели типичный для стенокардии характер; у 66 (63,4%) боли не соответствовали типичной характеристике и у 24 (23,07%) были расценены как неспецифичные. Пациентки с ИБС и ГЭРБ имели достоверно более низкий уровень здоровья, чем пациентки с климактерическим расстройством. Пациентки с ишемической болезнью сердца имели достоверно более низкий общий индекс качества жизни ($p=0,01$), за счет индекса здоровья ($p=0,005$). Таким образом, боль в груди у пациенток в перименопаузе чаще носит атипичный и неспецифичный характер для ИБС, ГЭРБ и КР. ИБС приводит к наибольшему снижению качества жизни за счет всех его составляющих (индекс здоровья, социально-экономический индекс, психический индекс и семейный). Пациентки с атипичной и неспецифической болью в груди в периоде перименопаузы должны быть более детально обследованы для исключения ИБС и ГЭРБ.

Ключевые слова: перименопауза, ишемическая болезнь сердца, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисметаболическая (климактерическая) кардиомиопатия.

Резюме

Волков В.И., Вовченко М.М., Исаева Г.С., Струк Т.А. Особливості болю в грудях у жінок в періоді перименопаузи.

У статті вивчено якість життя у жінок в перименопаузі з болем у грудях при ішемічній хворобі серця і гастроэзофагальної рефлюксної хвороби. У дослідження було включено 104 пацієнтки, у яких біль була пов'язана з ІХС, ГЕРХ або клімактеричним розладом (КР). Основною причиною звернення за медичною допомогою у всіх пацієнток була біль у грудях, при цьому у 14 (13,5%) болюві відчуття мали типовий для стенокардії характер; у 66 (63,4%) біль не відповідала типовій характеристиці і у 24 (23,07%) були розцінені як неспецифічні. Пацієнтки з ІХС та ГЕРХ мали достовірно більш низький рівень здоров'я, ніж пацієнтки з КР. Пацієнтки з ішемічною хворобою серця мали достовірно нижчий загальний індекс якості життя ($p = 0,01$), за рахунок індексу здоров'я ($p = 0,005$). Таким чином, біль у грудях у пацієнток в перименопаузі частіше носить атипичний і неспецифічний характер для ІХС, ГЕРХ та клімактеричного розладу. ІХС призводить до найбільшого зниження якості життя за рахунок усіх його складових (індекс здоров'я, соціально-економіч-

ний індекс, психічний індекс і сімейний). Пацієнтки з атиповим і неспецифічним болем у грудях в періоді періменопаузи мають бути більш детально обстежені для виключення ІХС та ГЕРХ.

Ключові слова: періменопауза, ішемічна хвороба серця, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, дисметаболічна (клімактерична) кардіоміопатія.

Summary

Volkov V.I., Vovchenko M.N., Isaeva A.S., Struk T.A. *Features of chest pain in women during perimenopause.*

It was studied the quality of life in perimenopausal with coronary artery disease and gastroesophageal reflux disease chest pain in. The study included 104 patients whose pain has been linked to coronary heart disease, or GERD and menopausal disorder (MD). The main reason for seeking of medical care for all patients was chest. So, in 14 (13.5%) had pain typical of angina character, in 66 (63.4%) pain was atypical, and in 24 (23,07 %) were considered as not-specific for CHD. Patients with coronary artery disease and GERD had significantly lower levels of health than patients with MD. Patients with ischemic heart disease had a significantly lower total index of quality of life ($p = 0.01$), due to health index ($p = 0.005$). Thus, chest pain in perimenopausal patients is often atypical and not-specific nature of CHD, GERD and menopausal disorders. CHD leads to the greatest reduction in quality of life through all its components (index of health, socio-economic index, mental index, and family). Patients with atypical and non-specific chest pain in the perimenopausal period should be more thoroughly investigated to exclude coronary artery disease and GERD.

Key words: perimenopause, coronary heart disease, gastroesophageal reflux disease, dysmetabolic (climacteric) cardiomyopathy.

Рецензент: *д.мед.н., проф. Л.М. Іванова*

УДК 615.272:616.248+616.12-008.331.1

ПОКАЗНИКИ ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ДОДАТКОВОМУ ЗАСТОСУВАННІ ПРЕПАРАТУ ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЕПАДОЛУ У ХВОРИХ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОЄДНАНОЮ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

А.О. Гаврилов, Г.П. Победьонна, В.О. Шупер, І.О. Лавринчук
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Чисельність хворих на бронхіальну астму (БА) постійно зростає, причому збільшується питома вага пацієнтів, в яких БА сполучається з хронічною патологією інших внутрішніх органів, причому супутні захворювання надають помітний негативний вплив на стан хворих, обтяжуючи перебіг БА [8]. При цьому значну розповсюдженість має сполучення БА із захворюваннями серцево-судинної системи, які сприяють зростанню ступеня тяжкості БА [1, 11]. Найчастіше всього зустрічається поєднання БА і гіпертонічної хвороби (ГХ) [3]. Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування ГХ сприяє прогресуванню порушень внутрішньосерцевої гемодинаміки та системи мікрогемодинаміки, та внаслідок цього, порушенням гемодинаміки у великому колі кровообігу і сприяє формуванню синдрому взаємного обтяження [6]. Наявність сполученої патології ускладнює лікування хворих, адже сучасні Протоколи ведення хворих із БА [Наказ МОЗ № 128] та ГХ [Наказ МОЗ № 54] не містять рекомендації для хворих із коморбідністю. Останнім часом у пульмонології і кардіології важливе значення приділяється ω -3 поліненасиченим жирним кислотам (ПНЖК) [2, 4, 10]. Поряд з гіполіпідемічними, антиагрегантними, антикоагулянтними властивостями, ω -3 ПНЖК мають властивість поліпшувати клінічний перебіг хронічних захворювань бронхолегеневої системи, зокрема, БА [5]. Застосування омега-3 ПНЖК надавало позитивний вплив на профіль артеріального тиску у хворих із гіпертонічною хворобою [7].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконувалось відповідно до основного плану науко-