

## ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 616.12-008.331.1-055.2

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ЖІНОК

Барна О.М., Гребеник М.В.

*Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль; Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м.Київ***Ключові слова:** інфаркт міокарда, статеві особливості перебігу, фактори ризику

**Вступ.** Хвороби системи кровообігу в Україні є причиною смертності приблизно 60% населення, що перевищує на третину летальність у країнах Європи і на 60% – у Північній Америці (Канаді). При цьому одним з найбільш грізних захворювань залишається інфаркт міокарда (ІМ), він призводить до високої смертності та інвалідизації, а деякі доведені за ефективністю методи його лікування (тромболізіс, хірургічні методики відновлення коронарного кровотоку) використовуються в нашій країні вкрай рідко.

Інший аспект даної проблеми, який активно дискутується в останні роки – статеві особливості перебігу ІМ, зокрема, робиться наголос на більш детальному обговоренні цієї патології у жінок. Загальновідомим є той факт, що жінки молодого віку значно рідше хворіють на ішемічну хворобу серця (ІХС) у порівнянні з чоловіками [9, 12]. З іншої сторони, вже зразу після досягнення періоду менопаузи експонента захворюваності жінок на ІХС починає різко зростати, практично наздоганяючи чоловіків при досягненні віку 70 років [10]. Тобто, серед осіб старшого віку хворі на ІМ – жінки – становлять значний % даної когорти. Разом з тим в багатоцентрові дослідження щодо ІМ жінки включаються вкрай мало (беручи до уваги особливості верифікації діагнозу). Слід врахувати, що встановлена клінічна неоднорідність перебігу однакових нозологічних форм в різних популяціях і доводиться, що рекомендації, одержані для однієї популяції, не завжди можуть бути успішно трансформовані на іншу групу населення. І фактично рекомендації щодо лікування ІМ стосуються в основному чоловіків. При цьому застосування їх у жінок за результатами лікування не завжди дає той самий ефект, що і у чоловіків [11].

З наведеного вище актуальність вибраної нами проблеми не викликає сумніву [1, 8] і обґрунтовує необхідність більш детального аналізу особливостей перебігу вказаної патології в жіночій популяції.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано 311 випадків госпіталізації в блоки інтенсивної терапії та реанімації Тернопільської обласної кардіологічної клініки та Центральної дорожньої лікарні (м.Київ). Для

аналізу використано комп'ютерну базу даних, яка накопичується на магнітних носіях з 1998 року за розробленою спеціальною програмою. В контрольні карти внесено паспортні, антропометричні дані, фактори ризику, особливості початку і виявлення захворювання, час транспортування в стаціонар, основні клінічні синдроми, верифікаційні критерії діагнозу, ускладнення (час виникнення, прояви, верифікаційні ознаки), лабораторно-інструментальні дослідження в динаміці (загальні та біохімічні показники крові, ЕКГ, холтеровського моніторингу, В-доплер-ехокардіографію, рентгенографію органів грудної порожнини), лікувальні та реабілітаційні заходи, функціональні класи при виписуванні зі стаціонару, а також протоколи аутопсії. Впровадження таких карт дає можливість ретроспективного аналізу даної нозології за будь-якими з вивчених параметрів з наступним виявленням певних закономірностей, розробкою рекомендацій і впровадженням їх в практику, що робить організацію кардіологічної допомоги при ІМ більш плановою і дозволяє враховувати не лише загальноприйняті, світові рекомендації, але й певні популяційні особливості.

Верифікація діагнозу гострого коронарного синдрому (ГКС) та ІМ, їх ускладнень, визначення основних факторів ризику опиралися на загальновизнані стандартизовані методики [1, 2, 4, 8].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналіз одержаних результатів встановив, що протягом року було госпіталізовано 311 хворих з ГКС, серед них у 222 (73,4%) верифіковано ІМ. Серед останніх – 157 чоловіків (70,7%) і 65 жінок (29,3%) віком 28-80 років. У хворих з первинним ІМ (80,2%) Q-інфаркт діагностувався в 4 рази частіше, ніж ІМ без зубця Q (142 і 36 випадків відповідно). Частота повторного ІМ також була у 4 рази меншою, ніж первинного.

При первинному ІМ у обстежених хворих переважали випадки з передньою локалізацією ІМ (в три рази частіше). Лише у двох випадках встановлено циркулярний ІМ, причому в обидвох – у жінок.

Спостерігалось закономірне зростання частоти інцидентів хвороби з віком. При цьому чоловіки



досягали піку захворюваності на 6-му десятку життя, а жінки – після 70 років. Відмітимо, що до 40-річного віку ІМ зустрічався виключно у чоловіків. Окремі випадки ІМ у жінок реєструвалися після досягнення 40 років, але у віковій декаді до 50 років жінки хворіли вкрай рідко – в 10 разів менше, ніж чоловіки. На шостому десятку життя спостерігалось поступове вирівнювання поширеності ІМ в обидвох групах. На статево-вікові особливості ІМ у старших осіб було вказано вище. Отримані результати корелюють з багатьма іншими дослідженнями, визнані закономірними і тому не вимагають глибшого аналізу та пояснень.

Варто зауважити, що ІМ у жінок значно відрізнявся не лише за віковою структурою, але й за глибиною некрозу, локалізацією, ускладненнями, на чому варто зупинитись докладніше, тим більше, що це питання активно обговорюється в сучасній літературі [3, 7].

Передній ІМ у чоловіків і жінок розвивався приблизно в однаковій відсотковій структурі, тоді як нижній ІМ у 2 рази частіше зустрічався у чоловіків. Вище вже було вказано, що циркулярний ІМ серед обстежених осіб був діагностований лише у жінок, однак при цьому, незважаючи на обширність інфаркту, летальність становила 0 %. Повторні ІМ розвивалися дещо частіше у чоловіків.

ІМ у жінок віком 50-60 років характеризувався яскравою вегетативною симптоматикою, дрібно-вогнищевим некрозом, високою питомою вагою факторів ризику. Так, артеріальна гіпертензія (АГ) виявлялась в 1,5, а цукровий діабет (ЦД) – в 1,3 рази частіше, ніж у чоловіків. Досить характерною для жінок була сукупність клінічних проявів, які трактуються як метаболічний синдром Х. З інших відомих факторів ризику частіше зустрічались у жінок гіперхолестеринемія (58% проти 49% у чоловіків).

Досить значимим фактором ризику ускладнень ІМ слід вважати вік. Дійсно, крім зростання обширності, глибини ІМ у старших вікових групах достовірно збільшувалась відсоток ускладненого його перебігу. Так, розвиток кардіогенного шоку спостерігався переважно після 70 років. Він переважав як у чоловіків, так і в жінок. З віком посилювалися прояви серцевої недостатності від СН I-II в 50-59 років до гострої лівошлуночкової недостатності і набряку легень на 7-му десятку життя.

Ми отримали цікаві дані щодо взаємозв'язку летальності при ІМ від наявності тих чи інших факторів ризику та супутніх захворювань. Особливо поширеними та значимими виявились АГ, хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) та ЦД, питома вага яких склала відповідно 41,0%, 11,3% та 4,0%. На фоні гіпертензивного кризу ІМ передньої локалізації розвинувся у 5,6%, повторні ІМ – у 4,5%, ІМ без зубця Q – у 13,9%. Летальність серед хворих на ІМ у поєднанні з АГ була відносно невисокою – 6,6%, дещо вищою – при ХОБ (8%) і найвищою – при ІМ на фоні ЦД – 33,3 %.

Окремо проаналізувавши групу хворих на ІМ з

ЦД, ми встановили, що дебют захворювання у всіх обстежених супроводжувався малоінтенсивним ангінозним синдромом на фоні вираженої загальної слабкості, підвищеного потовиділення та задишки. В ряді випадків такий стан був розцінений пацієнтами як прояв гіпоглікемії, що сприяло пізній госпіталізації хворих. Звертає на себе увагу також виявлена при ІМ з ЦД гіперкреатинемія та достовірне підвищення сечовини (можливо як наслідок декомпенсації діабетичної нефропатії при виникненні ІМ). За даними ЕКГ, у цієї категорії хворих об'єм некрозу був вищим, ніж без супутнього ЦД. УЗД-дослідження серця виявляло виражену діастолічну дисфункцію лівого шлуночка і помірну легенеvu гіпертензію, причому наявність їх не залежала від тяжкості діабету.

Серед ускладнень переважав кардіогенний шок, який і був основною причиною високої летальності від ІМ серед пацієнтів з ЦД. Частими ускладненнями у даній категорії обстежених були також розвиток аневризми серця, серцевої астми і набряку легень.

У випадку поєднання при ІМ ЦД з АГ, ожирінням і гіперліпідемією смертність та кількість ускладнень різко зростали. Це підтверджує доцільність виділення метаболічного синдрому Х, відомого в літературі як “смертельний квартет”. Перебіг ІМ при ЦД мав затяжний перебіг з частим рецидивуванням, хоча чітких ознак постінфарктної стенокардії не було. ЕКГ-динаміка ІМ також була сповільнена. Своєчасна активна корекція вказаних факторів ризику може значно покращити життєвий прогноз у хворих на ІМ з ЦД.

Досить несподіваними виявились дані щодо високої летальності ІМ на фоні ХОБ. Даний супутній стан перевищив за значимістю навіть АГ. Разом з тим, розуміння деяких механізмів компенсації при цих станах роблять даний факт більш зрозумілим. Відомо [6], що в компенсації правошлуночкової дисфункції (при хронічних обструктивних захворюваннях легень) бере участь міжшлуночкова перетинка (МШП) і задня стінка лівого шлуночка (ЗЛШ). Навпаки, при лівошлуночкової дисфункції як механізм компенсації включається МШП і вільна стінка правого шлуночка. Кінетика МШП відрізняється залежно від переважного ураження ПШ чи ЛШ. В умовах бівентрикулярної недостатності, яка розвивається при ІМ лівого шлуночка на фоні ХОБ, компенсаторні можливості шлуночків виснажуються. Детальне вивчення у таких пацієнтів міжшлуночкової взаємодії за даними ультразвукового дослідження встановило, що така ситуація зумовлює, з однієї сторони – розвиток і прогресування лівошлуночкової недостатності, з іншої – погіршення симптомів перебігу бронхіту на фоні прогресування правошлуночкової недостатності, а дискінез МШП сприяє частішому виникненню механічних ускладнень ІМ у таких хворих.

**Висновки.** 1. Встановлено значні статеві та вікові особливості перебігу ІМ, що вимагає диференційованих підходів до вибору тактики лікування. З факторів ризику ІМ більш характерними



для жінок у порівнянні з чоловіками є артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, підвищений рівень холестерину.

2. Найбільш агресивними прогностичними маркерами у хворих на ІМ виявились наявність у них ІЦД, ХОБ та АГ.

3. Перспективним напрямком для зниження

показників летальності та розвитку загрозливих для життя ускладнень слід вважати широке впровадження сучасних діагностичних технологій – коронарографії, ЕКГ-холтер-моніторингу, детального ферментного та лабораторного аналізу, а також врахування статевих особливостей перебігу ІМ.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні питання діагностики та лікування гострого інфаркту міокарда / За ред. проф.В.З.Нетяженка. – Київ, 1995. – 93 с.
2. Амосова Е.Н. Острая сердечная недостаточность при инфаркте миокарда // Журнал практич. врача. – 1996. – № 1. – С. 13-16.
3. Доборджинидзе Л.М., Нечаев А.С., Грацианский Н.А. Метаболические факторы риска у женщин с преждевременной ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 1999. – Т.39, № 9. – С. 31-39.
4. Пархоменко А.Н. Выявление угрожающих жизни аритмий у больных инфарктом миокарда // Журнал практич. врача. – 1996. – № 1. – С. 19-21.
5. Планування потреби в наданні різних видів спеціалізованої кардіологічної допомоги хворим на інфаркт міокарда та хронічні форми ІХС / М.Швед, М.Гребеник, Л.Охримович та ін. // Здобутки клінічної та експериментальної медицини, збірник наукових праць. – Тернопіль, “Укрмедкнига”, 1999. – С.186-190.
6. Потабашний В.А. Значение желудочковых взаимоотношений в прогрессировании хронической сердечной недостаточности у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких и при их сочетании с системной артериальной гипертензией и постинфарктным кардиосклерозом // Тези доповідей республіканської конференції “Некоронарогенні хвороби серця: сучасні підходи до класифікації, нові напрямки діагностики і лікування”, – Київ, 6-8 жовтня 1999 року. – С.111.
7. Сметник В.П., Шестакова И.В. Менопауза и сердечно-сосудистая система // Тер. Архив. – 1999. – № 10. – С. 61-65.
8. Сучасна діагностика та лікування гострого інфаркту міокарда / За ред. Ю.А.Іваніва. – Львів, 1994. – 91 с.
9. Barrett-Connor E. Sex differences in coronary heart disease. Why are women superior? The 1995 Ancel Keys Lecture // Circulation. – 1997. – V.95. – P.252-64.
10. Rich-Edwards J.W., Manson J.E., Stampfer M.J., Colditz G.A. et al. Height and the risk of cardiovascular disease in women // Am. J. Epidemiol. – 1995, V.142. – P.909-17.
11. Rosenfeld. J. A. Heart disease in women. Gender-specific statistics and prevention strategies for a population at risk // Postgrad.Med. – 2000, Vol.107, N 6. – P.78-82.
12. Tunstall-Pedoe H., Morrison C., Woodward M., Fitzpatrick B., Watt G. Sex differences in myocardial infarction and coronary deaths in the Scottish MONICA population of Glasgow 1985-91: presentation, diagnosis, treatment and 28-day case fatality of 3991 events in men and 1551 events in women // Circulation. – 1996. – V. 93. – P.1981-92.

### SUMMARY

#### SOME PECULIARITIES OF CLINIC AND RISK FACTORS OF MYOCARDIAL INFARCTION IN WOMEN

**Barna O.M., Grebenyk M.V.**

311 standard computer files of patients with myocardial infarction were analysed. Analysis shows significant gender and age differences in MI development and prognosis. More important in women are such risk factors as hypertension, diabetes mellitus and high level of cholesterol. The most serious prognostic markers in patients with MI are: diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary diseases, hypertension. Implementation of coronarography, ECG-holter-monitoring, fermentative and laboratory tests can reduce the mortality and the development of life-threatening complications.

**Key words:** myocardial infarction, gender differences, risk factors