

3. При високому ступені короткозорості значно підвищуються еластотонічні властивості судинного тракту і мають місце виражені зміни гемодинаміки.

4. Вагітність є чинником ризику для прогресування міопії, у зв'язку з чим рекомендується включати в комплекс офтальмологічного обстеження вагітних з міопією різного ступеня реоофтальмографію як метод, що дає об'єктивну оцінку стану гемодинаміки.

Література. 1. *Аветисов Э.С.* Близорукость.-М.: Медицина, 1986.-240 с. 2. *Аветисов Э.С.* Руководство по детской офтальмологии. -М.: Медицина, 1987.-496 с. 3. *Ващилко С.Л., Сафронова Л.А.* Реоофтальмография при позднем токсикозе беременных //Акушерство и гинекология.-1976. - №6. - С.41-44. 4. *Друкман А.Б.* Реографические показатели при миопии // Вестник офтальмологии.-1976.-№3.-С.32-34. 5. *Кацнельсон Л.А.* Реография глаза. -М.: Медицина, 1977.-120 с. 6. *Мустафина Ж.Г., Курганбекова Н.С., Темцова Т.С. и др.* Исследование гемодинамики цилиарного тела при близорукости // Офтальмологический журнал. - 1998. -№1. - С.35-37. 7. *Омаров С.-М.А., Мамедов Т.Г.* Реоофтальмография при позднем токсикозе беременных // Акушерство и гинекология. - 1972.- №3. -С. 23-26. 8. *Раденко А.К.* Применение функциональных методов исследования для диагностики степени тяжести миопии // Заболевания оптических сред глаза: Материалы Пленума Правления научного общества офтальмологов /Алма-Ата, 1984г./.- Алма-Ата, 1984.- С. 52-54. 9. *Фетисов А.А.* Региональная гемодинамика глаза при осевой миопии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. -Москва, 1980. -25 с.

HAEMODYNAMIC EYE CONDITION OF PREGNANTS SUFFERING FROM EMMETROPIA AND MYOPIA

O.M. Ivahnenko

Abstract. The work includes the data of a reoophthalmological examination of 96 pregnant women with emmetropia and myopia of a various degree against a background of aphysiological course of pregnancy. The examination was performed during terms I, II, III an analysis of rheograms. Showed a considerable change in the vascular system of the eye. The longer the pregnancy term of the women having emmetropia and myopia is, proportionally the higher are the temporal characteristics, and the lower are the quantative indices. Pregnancy is a risk factor for myopia progressing and the latter substantiates the necessity for including of reoophthalmography into the complex of an ophthalmological examination of pregnant women with myopia.

Key words: rheoophthalmography, pregnant women, emmetropia, myopia.

State Institute of Advanced Training for Doctors (Zaporozhia)

УДК 616.127-005.4-02:616.12-009.72

*І.І.Ілащук, Т.О.Кулик, П.Р.Іванчук, О.Ю.Поліщук,
О.С.Полянська, В.К.Ташук*

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ШЕМІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ У СТАТЕВОМУ РОЗПОДЛІ

Кафедра госпітальної терапії №2 та ЛФК (зав.- проф. В.К. Ташук)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Обстежено 107 хворих на стабільну та нестабільну стенокардію з аналізом результатів холтерівського моніторингу ЕКГ. Вивчалась частота виявлення

ішемічних епізодів, а також їх добова кількість, загальна тривалість та глибина зміщення сегмента ST при різних типах міокардальної ішемії залежно від статі. Встановлено особливості клініки, анамнезу, показників больової та безбольової ішемії міокарда.

Ключові слова: стать, стенокардія, больова та безбольова ішемія міокарда.

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є широко поширеним захворюванням і в більшості економічно розвинутих країн займає провідне місце серед всіх причин захворюваності, смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності [2,6,11]. Упродовж останніх п'яти років в Україні ці показники мають тенденцію до зростання: відзначається збільшення захворюваності та смертності від ІХС відповідно на 26,0 та 32,6 % [4].

Статевий і віковий вплив на розвиток ІХС є безумовним [5,7,13]. Так, у чоловіків виражений атеросклероз вінцевих судин виникає приблизно на 10 років раніше, а ІХС, у тому числі інфаркт міокарда, спостерігається у 2-3 рази частіше, що призвело до недооцінки цієї проблеми в жіночій популяції і більшість клінічних досліджень проведені з участю чоловіків середнього віку. Водночас, у віці після 60 років поширеність ІХС у чоловіків та жінок не має суттєвих відмінностей, а клінічний прогноз і показники летальності, зокрема внаслідок інфаркту міокарда, гірші серед жінок [2,9].

Мета дослідження. Вивчити особливості клініки та показників холтеровського моніторування у хворих на стенокардію залежно від статі.

Матеріали і методи. Обстежено 107 хворих, віком від 32 до 74 років (у середньому $51,3 \pm 0,6$ років) з гострими та хронічними формами ІХС: нестабільну стенокардію (НС) діагностовано в 42 (39,3%), стабільну стенокардію (СС) - у 65 (60,7%) випадках. Всі пацієнти за статевою ознакою були розділені на дві групи, зіставлені у віковому та нозологічному розподілі: I група - чоловіки (57 пацієнтів, 53,3%, середній вік – $51,7 \pm 0,6$ років), серед яких було 35 (61,4%) хворих на СС та 22 (38,6%) – на НС; II група - жінки (50 хворих, 46,7%, середній вік – $50,9 \pm 0,9$ років), серед них: 30 (60,0%) хворих на СС та 20 (40,0%) - на НС. Проведено комплексне клініко-функціональне обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу та 24-годинне моніторування ЕКГ за Холтером. Для статистичної обробки отриманих даних використані програми DBase та Fox Pro. Достовірність аналізувалась за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Основною скаргою хворих при надходженні був біль у ділянці серця. У пацієнтів I групи частіше відмічався стискальний та давлячий біль. Рідше спостерігались больові відчуття іншого характеру: пекучі, ниючі та колючі. У хворих II групи больовий синдром також частіше носив стискальний та давлячий характер, при меншій частоті пекучого, ниючого та колючого болю. Частота розвитку стискального та давлячого болю в пацієнтів I та II груп суттєво не відрізнялась; пекучий больовий синдром достовірно частіше відмічався у хворих I групи в порівнянні з II, при зворотній тенденції для ниючих та колючих болей. Аналіз локалізації болю показав, що чоловіки порівняно з жінками достовірно частіше зазначали за груднинний біль, для розвитку больових відчуттів у лівій половині грудної клітки спостерігалась зворотна спрямованість. Розподіл характеру та локалізації больового синдрому залежно від статі наведений в таблиці 1.

Оцінка причин больової реакції показала, що частота виникнення болю у пацієнтів I групи достовірно переважає порівнянно з II групою у спокої ($29,8 \pm 6,1$ і $4,0 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) та в нічний час ($22,8 \pm 5,6$ і $10,0 \pm 4,2\%$, $p < 0,05$), а

Характер та локалізація болю в пацієнтів I та II груп

Група пацієнтів	Характер болю					Локалізація болю	
	стискальний, %	давлячий, %	пекучий, %	ниючий, %	колючий, %	за грудниною, %	зліва, %
I (n=57)	33,3±6,2	31,6±6,2	17,5±5,0	8,8±3,8	8,8±3,8	70,2±6,1	29,8±6,1
II (n=50)	34,0±6,7	32,0±6,6	4,0±2,8	14,0±4,9	16,0±5,2	40,0±6,9	60,0±6,9
P _{I-II}	>0,5	>0,5	<0,01	>0,2	>0,2	<0,001	<0,001

фізичне та емоційне навантаження спричиняють больові відчуття з однаковою ймовірністю в обох групах: ходьба (40,3±6,5 та 40,0±6,9%), підйом по сходах (28,4±6,0 та 28,0±6,3%), емоції (29,8±6,1 та 30,0±6,5%).

Жінки в порівнянні з чоловіками вірогідно частіше зазначали задишку (40,0±6,9 та 22,8±5,6%, $p<0,05$), при зворотній спрямованості для скарг на серцебиття (10,0±4,2 і 28,1±6,0%, $p<0,01$); перебоїв в роботі серця пацієнти обох груп відчували однаково часто (12,0±4,6 та 12,3±4,3%).

За даними анамнезу, кількість чоловіків, які перенесли інфаркт міокарда, значно переважала в порівнянні з жінками (21,1±5,4 та 2,0±1,9%, відповідно, $p<0,001$). Для гіпертонічної хвороби відмічена зворотна тенденція: у пацієнтів II групи це захворювання спостерігалось дещо частіше, ніж у I групі- 22,0±5,8 проти 12,3±4,3% ($p>0,1$). Поширеність цукрового діабету була достовірно більшою у хворих II групи порівняно з I (12,0±4,6 і 3,5±2,4%, $p<0,05$), при зворотній тенденції для ожиріння (8,0±3,8 і 14,0±4,6%, $p>0,2$) та обтяженої спадковості (4,0±2,8 і 17,5±5,0%, $p<0,01$).

Вивчення поширеності міокардіальної ішемії (МІ) в обстежених хворих за даними холтерівського моніторування (ХМ) залежно від статі свідчить, що епізоди зміщення сегмента ST ішемічного типу достовірно частіше реєструвались у пацієнтів I групи в порівнянні з II групою (82,5±5,0 проти 56,0±7,0%, $p<0,001$). Число хворих I групи з виявленою МІ, в яких спостерігались виключно епізоди больової ішемії міокарда (БІМ) становило 6,4±3,6% і цей показник достовірно не відрізнявся порівняно з пацієнтами II групи (7,1±4,9%, $p>0,5$). Ізольована безбольова ішемія міокарда (ББІМ) частіше реєструвалась у жінок (85,8±6,5%) проти чоловіків (55,3±7,2%, $p<0,001$), при зворотній спрямованості для поєднання обох типів ішемії (7,1±4,9 та 38,3±7,0%, $p<0,001$), як наведено на рис. 1.

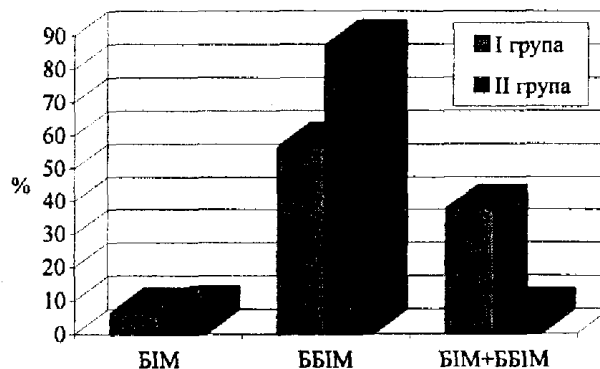


Рис 1. Поширеність різних типів міокардіальної ішемії залежно від статі.

Оцінка кількості епізодів БІМ протягом доби, їх загальної тривалості та глибини депресії сегмента ST свідчить про переважання цих показників у хворих I групи порівняно з II групою. Така ж закономірність реєструється для безбольових епізодів депресії сегмента ST. У пацієнтів I групи зареєстровано різницю у кількості та тривалості епізодів депресії сегмента ST при різних варіантах МІ: ці показники достовірно переважали при ББІМ порівняно з БІМ, хоча глибина депресії була дещо більшою при БІМ. У II групі кількість епізодів, тривалість та глибина депресії сегмента ST при БІМ та ББІМ суттєво не відрізнялись. Показники ХМ для пацієнтів обох груп наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Характеристика епізодів БІМ та ББІМ за даними ХМ в обстежених пацієнтів у статевому розподілі

Група хворих	БІМ			ББІМ		
	кількість епізодів	тривалість (хв)	глибина ↓ST (мм)	кількість епізодів	тривалість (хв)	глибина ↓ST (мм)
	1	2	3	1*	2*	3*
I	2,3±0,3	37,8±6,0	2,1±0,1	3,5±0,3 p _{1-1*} <0,001	66,6±10,9 p _{2-2*} <0,001	1,9±0,1 p _{3-3*} >0,1
II	1,5±0,3	6,5±1,5	1,5±0,2	1,6±0,2 p _{1-1*} >0,5	6,4±1,5 p _{2-2*} >0,5	1,6±0,1 p _{3-3*} >0,5
p _{I-II}	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,02

Отже, чоловіки, у порівнянні з жінками, характеризувались більшою частотою виявлення епізодів МІ, а також переважанням кількості та тривалості ББІМ; при чому переважно безбольова форма ІХС частіше відмічалась у жінок, а поєднання епізодів БІМ та ББІМ було характерним для чоловіків. За даними літератури [1,3], при зіставленні результатів коронароангіографії та ХМ встановлено, що безбольові форми ІХС найчастіше виявляються при мінімальному ураженні коронарного русла, а для пацієнтів, у яких поряд з ББІМ відмічається БІМ, характерне значне пошкодження вінцевих судин і втягнення у процес двох та більше коронарних артерій. Кількість епізодів та сумарна тривалість ББІМ за добу також залежить від поширеності та вираженості атеросклеротичних змін і є максимальною при ураженні кількох вінцевих артерій [4,8]. Таким чином, за нашими даними, можна судити про більш виражене пошкодження коронарного русла в чоловіків у порівнянні з жінками. Існує гіпотеза [2], згідно якої більш рідкий розвиток атеросклерозу в жінок зі збереженим менструальним циклом пов'язаний із захисним ефектом естрогенів, але проти цього накопичується все більше контраргументів [5,10,13]. Виявилось, що естрогени, які застосовуються в якості замісної терапії в менопаузі, збільшують частоту серцево-судинних захворювань у жінок. Автори вважають, що статеві відмінності частоти розвитку атеросклерозу обумовлені особливостями секреції інших гормонів – стероїдів, які виробляються корою наднирників. Певну резистентність жінок до атеросклерозу порівняно з чоловіками пов'язують з більш високим рівнем антиатерогенних ліпопротеїдів у плазмі крові. За даними інших дослідників [7,12], не було знайдено різниці в частоті ІХС у чоловіків і жінок, у тому числі і до початку клімактеричного періоду. Це пояснюється тим, що для чоловіків більш характерні розгорнуті форми ІХС, які мають важчий перебіг і частіше призводять до фатальних наслідків.

Висновки.

1. Чоловіки у порівнянні з жінками характеризуються більш поширеним та вираженим ураженням коронарного русла.

2. Клініко-функціональні характеристики хворих на стенокардію свідчать про особливості реалізації ішемії міокарда залежно від статі і можуть бути базою для розробки адекватної терапевтичної тактики.

Література. 1. Кондратьев В.В., Кокурина Е.В., Бочкарева Е.В. Безболевая ишемия миокарда, современное состояние проблемы и клинически значимые аспекты ее развития. Распространенность и прогностическая значимость безболевого ишемии миокарда// Кардиология. – 1997. - №1. – С. 72-81. 2. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, внезапная смерть. Факторы риска, предвестники, профилактика. – Санкт-Петербург: “Специальная литература”, 1997. – 192с. 3. Лутай М.І., Борсук Ю.Ю. Ангінозний біль: сучасний погляд на генез «старого» симптому// Український кардіологічний журнал. – 1998. - №10. – С. 71-75. 4. Лутай М.І., Соколов Ю.М., Борсук Ю.Ю., Соколов М.Ю., Циж О.В. Роль поширення ішемії міокарда в генезі ангінозного болю// Український кардіологічний журнал. – 1999. - №5. – С. 5-7. 5. Органов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике// Кардиология. – 1999. - №2. – С.4-10. 6. Сидоров П.И., Коробицын А.А., Ушничкова Г.И. Динамика первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца среди трудоспособного населения// Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. - №3. – С.44-48. 7. Adams M.G., Pelter M.M., Wung S.F., Taylor C.A., Drew B.J. Frequency of silent myocardial ischemia with 12-lead ST segment monitoring in the coronary care unit: are there sex-related differences?// Heart Lung. – 1999. – V. 28, №2. – P. 81-86. 8. Bugiardini R., Conni C.R. Unstable angina: prognosis of the individual patient// Clin. Cardiol. – 1998. – V. 21, №10. – P. 706-710. 9. Forslund L., Hjemdahl P., Held C., Bjorkander I., Eriksson S.V., Rehnqvist N. Ischemia during exercise and ambulatory monitoring in patients with stable angina pectoris and healthy controls. Gender differences and relationships to catecholamines// Eur.Heart J. – 1998. – V. 19, №4. – P. 578-587. 10. Kinne G., Droste C., Fahrenberg J., Roskamm H. Symptomatic myocardial ischemia and everyday life: implications for clinical use of interactive monitoring// J. Psychosom Res. – 1999. –V. 46, №4. – P. 369-377. 11. Lerner D.J., Kannel W.B. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26 year follow-up of the Framingham population// Am. Heart J. – 1986. – V. 111, №5. – P.383-390. 12. Meinertz T., Zehender M. Risk assessment in coronary heart disease: ventricular arrhythmias, myocardial ischemia and sudden cardiac death// Z. Kardiol. – 1998. – V. 87. – Suppl. 2. – P.106-115. 13. Thomas J., Braus P. Coronary artery disease in women// JAMA. – 1998. – V. 158, №2. – P.333-337.

CLINICAL AND FUNCTIONAL PECULIARITIES OF THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL ISCHEMIA IN PATIENTS WITH ANGINA IN SEXUAL DISTRIBUTION

*I.I. Ilashchuk, T.O. Kulyk, P.R. Ivanchuk, O.U. Polishchuk,
O.S. Polianska, V.K. Tashchuk*

Abstract. 107 patients with stable and unstable angina have been studied with the analysis of results of Holter ECG monitoring. The frequency of detecting ischemic episodes, their 24-hour quantity, total duration and depth of ST-displacement have been studied under different types of myocardial ischemia depending on sex. The peculiarities of the clinical picture, anamnesis, indices of painful and silent myocardial ischemia have been defined.

Key words: sex, angina, painful and silent myocardial ischemia.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)