

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ
АДМІНІСТРАЦІЇ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



Науково-практична конференція з міжнародною участю

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У
КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**присвячена 100-річчю від Дня народження
професора Самсон Олени Іларіонівни**

15-16 квітня 2021 року

м. Чернівці

УДК 616.127-005.8-036.1:616.132.2-089.819.5]-055.1/.2

ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ В ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО

Q-ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІСЛЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ

Кисельов С.М., Савченко Ю.В.

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, zsmu@zsmu.zp.ua

Актуальність. Ризик виникнення гострого інфаркту міокарда (ІМ) та подальших ускладнень у жінок і чоловіків суттєво відрізняється. Показник захворюваності чоловіків на гострий ІМ в 1,75 рази вищий ніж серед жінок. Зазвичай жінки є старшими за чоловіків, коли в них вперше виникає ІМ. Жінки мають більші ризики кровотеч та рестенозів після інвазивних втручань упродовж першого року. Пацієнти обох статей отримують лікування з приводу гострого ІМ згідно діючих рекомендацій, в яких не враховується статевий диморфізм. Є доцільним більш глибоке вивчення особливостей клінічних проявів, перебігу, факторів ризику розвитку ІМ з метою розробки і вдосконалення методів лікування хворих з урахуванням гендерних особливостей.

Мета дослідження: виявити особливості перебігу гострого періоду Q-інфаркту міокарда (QІМ) після стентування інфарктзалежної коронарної артерії (КА) в залежності від статі пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження виконане на клінічних базах кафедри внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини Запорізького державного медичного університету. У зрізовому одноцентровому дослідженні було проаналізовано дані клініко-інструментального обстеження 58 пацієнтів із Q-ІМ в гострому періоді після стентування інфарктзалежної КА. Хворі розподілені на 2 групи за гендерною ознакою: 1 група (n=33) – чоловіки, медіана віку 61,00 (55,00; 69,00) років, 2 група (n=25) – жінки, медіана віку 69,00 (63,00; 78,00) років.

Хворим проведено ЕКГ, коронароангіографію, трансторакальну ехокардіоскопію, лабораторне обстеження. Статистичну обробку виконано за допомогою пакета програм Statistica 10.0 (StatSoft, Inc., США). Оцінку достовірності розподілення якісних бінарних ознак проведено з застосуванням критерію «Хі-квадрат». Наявність відмінностей між двома незалежними кількісними змінними оцінювали, використовуючи U-критерій Манна-Уїтні.

Для виявлення відмінностей між групами по виділенім якісним градаціям будь-якої ознаки застосовували двосторонній варіант точного критерію Фішера.

Аналіз кореляційного зв'язку проводився за методом Спірмена. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. Між групами відмічалась статистично значуща різниця у віці. Чоловіки були молодші за жінок в середньому на 8 років (на 11,5%, $p=0,01$). В групі 1 виявлено вірогідно меншу кількість пацієнтів з гіперхолестеринемією (на 30,31%, $p=0,0006$). Слід відмітити тенденцію до

переваги частоти виявлення цукрового діабету в групі жінок (на 20,8%, $p=0,06$).

У чоловіків мала місце тенденція до більшої частоти артеріальної гіпертензії на 5,29% ($p=0,41$), ІМ в анамнезі на 9,21% ($p=0,28$) та переважання кількості пацієнтів з гострою лівошлуночковою недостатністю (ГЛШН) на 13,3% ($p=0,2$) в порівнянні з жінками.

Під час порівняння клініко-біохімічних показників встановлено, що у чоловіків був достовірно вищий рівень лейкоцитів (на 24,7%, $p=0,02$) та нижчий рівень ШОЕ на (39,28%, $p=0,01$) ніж у жінок. Враховуючі різні референтні значення ШОЕ проведена оцінка достовірності розподілення ознаки із застосуванням критерію «Хі-квадрат», різниці між групами за кількістю хворих із підвищеною ШОЕ не отримано. Достовірно вищий рівень калію в сироватці крові (на 8,02%, $p=0,016$) відмічався у чоловіків. При оцінці ліпідного спектру у чоловіків виявлено достовірно нижчий вміст в плазмі крові ліпопротеїдів низької щільності (на 30,9%, $p=0,007$). В обох групах відмічено різке зростання МВ-КФК впродовж першої доби від надходження до стаціонару, але статистично значущої різниці між групами не відмічалось. Мала місце тенденція до більш високої концентрації цього маркера при надходженні в стаціонар у чоловіків (на 41,0%, $p=0,11$).

У жінок встановлено достовірно більший розмір задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) (на 7,31% $p=0,02$) порівняно з чоловіками та тенденцію до переважання товщини міжшлуночкової перетинки (на 7,46%, $p=0,1$), при цьому кінцево-діастолічний та кінцево-систолічний розмір ЛШ мали тенденцію до переважання у чоловіків (на 2,41%, $p=0,47$ та на 7,81%, $p=0,19$ відповідно), що свідчить про схильність до формування ексцентричного типу ремоделювання ЛШ у чоловіків та концентричного – у жінок хворих на гострий Q-ІМ після реваскуляризації. Але спостерігалась тенденція до переважання кількості хворих із ексцентричною гіпертрофією міокарда ЛШ серед чоловіків на 71,42 %, $p=0,19$. У чоловіків виявлено більш низьку швидкість піку А (на 23,37%, $p=0,007$) та відповідно більше співвідношення Е/А (на 52,27%, $p=0,009$).

В групі жінок спостерігали тенденцію до більш частого формування діастолічної дисфункції (ДД) ЛШ ніж у чоловіків на 28,57% ($p=0,08$). В структурі ДД ЛШ відмічена достовірно більша кількість ДД 1 типу (порушення релаксації ЛШ) серед жінок (на 61,53%, $p=0,003$) в порівнянні з чоловіками.

Серед чоловіків, в порівнянні з жінками, відмічена тенденція до переваги ДД 2 типу (псевдонормальний) на 75,0%, $p=0,31$. Виявлена тенденція до більшої кількості випадків формування зон акінезії ЛШ в групі чоловіків (на 61,5%, $p=0,09$) та зниження фракції викиду (ФВ) ЛШ (на 11,6%, $p=0,31$). У чоловіків достовірно рідше зустрічався кальциноз стулок аортального (на 25%, $p=0,03$) та мітрального (на 25%, $p=0,03$) клапанів. А також спостерігалась тенденція до більшої кількості хворих з регургітацією на мітральному клапані (на 23,8%, $p=0,92$) в порівнянні з групою 2. Серед жінок достовірно частіше зустрічалась регургітація на аортальному клапані (на 60%, $p=0,01$).

Висновки. У чоловіків, на відміну від жінок, в гострому періоді Q-інфаркту міокарда після реваскуляризації частіше відмічається схильність до формування ексцентричного типу ремоделювання, зниження систолічної функції лівого шлуночка, гостра лівошлуночкова недостатність та прояви системного запалення. У жінок порівняно з чоловіками частіше виявляється концентричний тип ремоделювання ЛШ, відносно збережена систолічна функція лівого шлуночка, порушення діастолічної функції ЛШ за першим типом.