

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Фельдман Д. А.

Наук. керівники: д-р філос.наук, проф. **Карпенко К. І.**,
академік АН Вищої освіти України, засл. діяч науки і техніки України,
д-р мед. наук, проф. **Кравчун П. Г.**

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є найбільш актуальною проблемою охорони здоров'я більшості країн світу і в XXI столітті, незважаючи на безперервне вдосконалення методів діагностики та лікування кардіологічних хворих. На сучасному етапі розвитку медицини смертність хворих протягом року після перенесеного гострого інфаркту міокарду (ГІМ) залишається досить високою та складає 9,1%. В Україні смертність від серцево-судинних захворювань в останні роки стабільно висока. Вона становить 61% у загальній структурі смертності [8, 14, 15].

Встановлено, що в Україні рівень смертності від серцево-судинних хвороб у жінок за останні 12 років збільшився на 14%, не дивлячись на досягнені успіхи з модифікації основних факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Зберігає актуальність проблема статевих особливостей перебігу, діагностики і терапії ГІМ [1, 6]. Традиційно ішемічна хвороба серця (ІХС) розглядається як хвороба чоловіків середнього віку, що часто призводить до недооцінки її ризику у жінок [3, 4, 7].

Добре відомо, що наявність передчасної ІХС в родині збільшує ризик захворюваності на цю патологію у чоловіків. У жінок сімейний характер ІХС також є незалежним фактором ризику, хоча значимість його нижча, ніж у чоловічої статі. Наявність раннього ГІМ у одного з батьків збільшує відносний ризик ІХС у жінок в 2,8 рази [9].

Мета дослідження. Виявити гендерні особливості перебігу серцево-судинних захворювань у чоловіків та жінок різних вікових груп.

Завдання дослідження:

1. Виявити вікові групи чоловіків та жінок, які найбільш схильні до розвитку

серцево-судинних захворювань.

2. Дослідити статистичні дані щодо індивідуальних особливостей розвитку хвороб кровообігу, ішемічної хвороби серця та гострого інфаркту міокарда за період 2013-2017 років у Харківській області.

3. Проаналізувати особливості клінічного перебігу гострого інфаркту міокарда залежно від статі.

Об'єкт дослідження. Хворі на ішемічну хворобу серця. **Предмет дослідження.** Гендерні особливості перебігу ішемічної хвороби серця у хворих різних вікових груп.

Методи дослідження: клініко-анамнестичні, інструментальні, лабораторні та статистичні.

Результати дослідження. За даними американських дослідників, в популяції у віці до 60 років захворюваність та смертність від кардіоваскулярної патології превалює у чоловіків, після 60 років – у жінок. У більшості випадків розвиток ГІМ у чоловіків припадає на 50-69 років, у жінок – 60-79 років. Безумовно, ці дані свідчать про значущість гендерних особливостей в популяції кардіологічних пацієнтів в різні вікові періоди.

Встановлені гендерні відмінності в частоті визначення модифікованих і немодифікованих факторів ризику розвитку ІХС. Більш ніж у 80% жінок середнього віку виявляють один та більше фактор ризику, при цьому з них значно частіше, ніж у чоловіків, зустрічається поєднання двох та більше факторів ризику (82 в порівнянні з 56,1%) [13].

Наявність взаємозв'язку між гормональним статусом та поширеністю ІХС дозволило висунути теорію захисного ефекту естрогенів у патогенезі атеросклерозу. Кардіопротекторний ефект естрогенів реалізується через специфічні естрогенні рецептори, які знаходяться в кардіоміоцитах, фібробластах та коронарних артеріях.

Якщо аналізувати вплив менопаузи на ризик виникнення ССЗ у жінок, то ризик виникнення кардіоваскулярної патології у віці 40-50 років значно вищий у жінок з передчасною та ранньою менопаузою, а також хірургічною менопаузою, ніж у жінок з фізіологічно виниклою менопаузою у віці 50-51 рік.

До віку заступлення менопаузи холестерин (ХС) ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) нижчий у жінок, ніж у чоловіків. Після заступлення менопаузи рівень ХС ЛПНЩ починає зростати, і пізніше стає вищим, ніж у

чоловіків. Після настання менопаузи рівень ХС ЛПНЩ починає зростати, і пізніше стає вищим, ніж у чоловіків. Рівні тригліцеридів (ТГ) також зростають, тоді як концентрація ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) знижується після менопаузи. В цілому, в жіночій популяції, рівень ХС ЛПВЩ залишається вищим впродовж усього життя. Підвищення рівню ХС ЛПНЩ після менопаузи може бути пов'язаним зі зниженням активності рецепторів до ХС ЛПНЩ [2, 11] .

Серед показників ліпідного обміну найбільш значимим фактором ризику ІХС у жінок вважається низький рівень ЛПВЩ. Високий рівень загального ХС і ТГ однаково передбачають розвиток ІХСу представників обох статей, хоча деякі дослідники відмічають більшу значимість підвищення ТГ для жінок. Високий рівень ТГ часто пов'язаний з іншими факторами ризику – надмірною вагою, стресами, вживанням алкоголю. Вміст ХС ЛПНЩ є потужним предиктором розвитку ГІМ у жінок [3] .

Дефіцит статевих гормонів у постменопаузі у жінок обумовлює порушення ліпідного обміну: підвищує рівень атерогенних фракцій ліпопротеїдів в крові – загального холестерину на 15%, ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) на 25%; знижує рівень антиатерогенних фракцій ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ).

З точки зору кардіології, для жінок немає кращого кардіопротективного (антигіпертензивного, протиішемічного та антидіабетичного) засобу, ніж її природні статеві полові гормони – естрогени. Механізми кардіопротективної дії ендогенних жіночих статевих гормонів реалізуються за рахунок впливу на метаболізм ліпідів, прямої дії на біохімічні процеси у стінці судин через специфічні рецептори до естрогенів, опосередкованого впливу через метаболізм глюкози, інсуліну, гомоцистеїну, систему гемостазу, розподіл жирової тканини по андрійному типу.

Як тільки починає знижуватися репродуктивна функція та настає період менопаузи періменопаузи (особливо, якщо це відбувається різко, коли проведено хірургічне втручання (гістероваріоектомія або оваріоектомія), підвищується ризик розвитку кардіоваскулярної патології.

Середній вік жінок, які перенесли ГІМ у реєстрі - $(67,8 \pm 5,2)$ року, чоловіків - $(59,5 \pm 3,6)$ року ($<0,05$). Тобто, у жінок пік розвитку ГІМ припадає на 10 років пізніше, ніж у чоловіків, коли теоретично збільшується кількість

супутньої патології [5, 10, 17]. Максимальна летальність реєструється у жінок у віці 70-79 років та є на 30% вищою, ніж у чоловіків ($<0,001$).

Аналіз статистичних даних за 2013 рік по захворюваності на ССЗ по Харківській області продемонстрував наступні результати:

Зареєстровано хвороб системи кровообігу – 780437; з них у чоловіків – 283215; у жінок – 497222. За 2013 рік, вперше, зареєстровано 102097 випадків хвороб системи кровообігу, з них у чоловіків – 36212; у жінок – 65885.

ІХС. Зареєстровано – 272755 випадків ; з них у чоловіків – 98574; у жінок – 174181. За 2013 рік, вперше, зареєстровано 30077 випадків на ІХС, з них у чоловіків – 10561; у жінок – 19516.

ГІМ. Зареєстровано – 1825 випадків ГІМ; з них у чоловіків – 1043; у жінок – 742.

Аналіз статистичних даних за 2014 рік по захворюваності на ССЗ по Харківській області продемонстрував наступні результати:

Зареєстровано хвороб системи кровообігу – 779495; з них у чоловіків – 284502; у жінок – 494993. За 2014 рік, вперше, зареєстровано 97970 випадків хвороб системи кровообігу, з них у чоловіків – 36465; у жінок – 61505.

ІХС. Зареєстровано – 272375 випадків ; з них у чоловіків – 96566; у жінок – 175809. За 2014 рік, вперше, зареєстровано 26240 випадків на ІХС, з них у чоловіків – 8937; у жінок – 17303.

ГІМ. Зареєстровано – 1937 випадків ГІМ; з них у чоловіків – 1119; у жінок – 818.

Аналіз статистичних даних за 2015 рік по захворюваності на ССЗ по Харківській області продемонстрував наступні результати:

Зареєстровано хвороб системи кровообігу – 792181; з них у чоловіків – 284544; у жінок – 507637. За 2015 рік, вперше, зареєстровано 91729 випадків хвороб системи кровообігу, з них у чоловіків – 29907; у жінок – 61822.

ІХС. Зареєстровано – 274680 випадків ; з них у чоловіків – 99162; у жінок – 175518. За 2015 рік, вперше, зареєстровано 24473 випадків на ІХС, з них у чоловіків – 8719; у жінок – 15754.

ГІМ. Зареєстровано – 2046 випадків ГІМ; з них у чоловіків – 1235; у жінок – 811.

Аналіз статистичних даних за 2016 рік по захворюваності на ССЗ по Харківській області продемонстрував наступні результати:

Зареєстровано хвороб системи кровообігу – 794751; з них у чоловіків – 288766; у жінок – 505985. За 2016 рік, вперше, зареєстровано 90844 випадків хвороб системи кровообігу, з них у чоловіків – 30501; у жінок – 60343.

ІХС. Зареєстровано – 275252 випадків ; з них у чоловіків – 97870; у жінок – 177382. За 2016 рік, вперше, зареєстровано 23853 випадків на ІХС, з них у чоловіків – 8139; у жінок – 15714.

ГІМ. Зареєстровано – 1905 випадків ГІМ; з них у чоловіків – 1111; у жінок – 794.

Аналіз статистичних даних за 2017 рік по захворюваності на ССЗ по Харківській області продемонстрував наступні результати:

Зареєстровано хвороб системи кровообігу – 774869; з них у чоловіків – 272981; у жінок – 501888. За 2017 рік, вперше, зареєстровано 87079 випадків хвороб системи кровообігу, з них у чоловіків – 29346; у жінок – 57733.

ІХС. Зареєстровано – 272460 випадків; з них у чоловіків – 94244; у жінок – 178216. За 2017 рік, вперше, зареєстровано 25285 випадків на ІХС, з них у чоловіків – 7776; у жінок – 17509.

ГІМ. Зареєстровано – 1680 випадків ГІМ; з них у чоловіків – 978; у жінок – 702.

Пацієнтки з ІХС - жінки мають суттєві відмінності в клінічній картині захворювання, у них спостерігаються певні особливості діагностики, що при низькій націленості на цю патологію створює ще більші діагностичні труднощі. Інша проблема – те, що переважно рекомендації щодо лікування ІХС одержано для хворих чоловічої статі, і не до кінця відомо, чи можуть одержані дані екстраполюватись в жіночу популяцію [12,16].

При аналізі варіантів клінічного перебігу ГІМ встановлено, що класичний, або ангінозний, варіант спостерігається лише у 60% жінок, тоді як серед чоловіків - у 86% ($<0,05$). У жінок достовірно частіше, ніж у чоловіків, виявляють такі варіанти клінічного перебігу ГІМ, як астматичний, церебральний та безсимптомний. Наявність у 40 % жінок атипового перебігу ГІМ уповільнює діагностичний пошук і, поряд з іншими факторами, негативно впливає на строки госпіталізації та збільшує летальність серед них. Лише кожна третя жінка госпіталізується в перші шість годин від початкових клінічних проявів ГІМ.

У жінок ускладнений перебіг ГІМ реєструється частіше, ніж у чоловіків, - відповідно у 53 и 45% ($<0,05$). У чоловіків частіше, ніж у жінок, реєстрували такі ускладнення, як гостра аневризма лівого шлуночка та фібриляція шлуночків, тоді як у жінок – кардіогенний шок, гостра серцева недостатність та розрив міокарда ($<0,05$).

Висновки:

1. У більшості випадків розвиток серцево-судинних захворювань у чоловіків припадає на вікову групу 50-69 років, у жінок - 60-79 років. Тобто, у жінок пік розвитку ГІМ припадає на 10 років пізніше, ніж у чоловіків, коли теоретично збільшується кількість супутньої патології.
2. За період 2013-2017 років аналіз статистичних даних по Харківській області показав, що хвороби системи кровообігу, ішемічна хвороба серця, частіше, зустрічаються у жінок, гострий інфаркт міокарда – у чоловіків.
3. Клінічна картина гострого інфаркту міокарду у жінок має особливості, бо у 40% випадків перебіг гострого інфаркту міокарда є атиповим. Ускладнений перебіг гострого інфаркту міокарда у жінок реєструють частіше, ніж у чоловіків.

Література:

1. Беялов Ф.І. Психосоматичні аспекти ішемічної хвороби серця. *Кардіологія*. 2002. № 8. С. 63-67.
2. Ваулин Н.А. Сучасні рекомендації з профілактики ускладнень атеросклерозу. *Consilium medicum*. 2003. №11. С.604-609.
3. Волков В.І., Строна В.І. Гендерні та вікові особливості ішемічної хвороби серця. *Здоров'я України*. 2007. № 12 / 1. С. 33-35.
4. Евсеева М.Е., Батурина М.В., Иванюк А.В. и др. Представленность некоторых факторов риска сердечно-сосудистого риска среди лиц трудоспособного возраста г. Ставрополя. *Тезисы VII съезда кардиологов ЮФО*. 2008. С. 101.
5. Гафаров В.В., Благиня М.Ю. Смертність від гострого інфаркту міокарда (епідеміологічне дослідження на основі програм ВООЗ «єгістр гострого інфаркту міокарда», МОНІКА). *Кардіологія*. 2005. № 5. С. 49-51.
6. Гуревич В.С, Буд Ю.І., Бельгії А.Ю Деякі фактори ризику атеросклерозу у юнаків з ожирінням. *Клін. Медицина*. 1996. № 4. С. 49-50.

7. Жилова І.І. Інфаркт міокарда серед водіїв автотранспорту: частота, психосоціальні чинники, особливості клініки, реабілітація та професійна працездатність. *Дисертація к.м.н.* 2007. С. 150.
8. Кардангушева А.М. Питание и факторы риска основных сердечно-сосудистых заболеваний. *Автореф. дис. канд. мед. наук.* Нальчик, 2002. С. 25.
9. Кицьева А.А. Функция эндотелия у больных острым инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста. *Автореф. дис. канд. мед. наук.* Ростов-на-Дону, 2004. С. 25.
10. Коваленко В.М. серцево-судинні захворювання у Жінок: підводна Частина айсбергу. *Нова Медицина.* 2005 . № 4. С. 12-13.
11. Малацківська О.В. Дінаміка профілю ризику серцево-судинних захворювань у жіночій популяції за 25-Річний Період. *Кровообіг та гемостаз.* 2006. №3. С. 49-52.
12. Caimi G., Hoffmann E., Montana M. Haemorheological pattern in young adults with acute myocardial infarction. *Clin. Hemorheol. Microcirc.* 2003. Vol:29(1). P. 11 -18.
13. Скибицкий В.В. Факторы риска и структура кардиоваскулярной патологии у женщин в климаксе различного генеза. *Проблема женского здоровья.* 2007. №3 (2). С. 21-28.
14. Elliott M.A., Hand M., Armstrong P.W. et al. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2008. № 117. P. 296-329.
15. Gotsman I., Lotan C., Mosseri M. Clinical manifestations and outcome of acute myocardial infarction in very young patients. *Isr. Med. Assoc. J.* 2003. Sep. Vol. 5 (9). P. 633-636.
16. Jollis J.G., Roettig M.L., Aluko A.O. et al. Implementation of a statewide system for coronary reperfusion for ST-segment elevation myocardial infarction. *JAMA.* 2007. № 20. P. 2371 -2380.
17. Milcent C., Dormont B., Durand-Zaleski I., Steg PG Gender differences in hospital mortality and use of percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction: microsimulation analysis of the 1999 Nationwide french hospitals database. *Circulation.* 2007. № 115. P. 833-839.