

рувати увагу, зникає цікавість до сім'ї, друзів і самого життя. У кожної другої жінки розвивається депресія. Те, що ще вчора було буденністю, раптом стає великою проблемою.

Через 1-3 роки після настання менопаузи з'являються зміни в шкірі і її додатках: сухість, ламкість нігтів, випадання волосся [11,1]. Гормональний дисбаланс сприяє виникненню урогенітальних симптомів: сухість у піхві, болі при статевому акті, харксталгія. Атрофічні зміни урогенітальної системи, викликані зниженням рівня естрогенів, є однією з основних причин зростання частоти неспецифічних вагінітів. Ця проблема в менопаузі особливо актуальна для жінок з раннім клімаксом, враховуючи високу статево активність жінок у цьому періоді [3]. Такі зміни в уретрі сприяють частим рецидивам бактеріальної інфекції, що може призвести до фіброзу і розвитку "уретрального синдрому", для якого характерне часте, болюче і мимовільне сечовипускання [11, 14].

Одним із основних і серйозних ускладнень патологічного клімаксу є постменопаузальний остеопороз.

Остеопороз – найбільш розповсюджене метаболічне захворювання скелета, що характеризується низькою кістковою масою та порушенням мікроархітектури кісткової тканини, які призводять до підвищеної крихкості кісток та збільшення ризику переломів [2, 10].

Із збільшенням тривалості життя населення це питання все більше хвилює лікарів і науковців. На думку деяких авторів [15], розвитку цього захворювання сприяють негативні наслідки науково-технічного прогресу, гіподинамія, забруднення навколишнього середовища, духовне зuboжіння і ін. Для України однією з основних причин виникнення остеопорозу є різке зниження рівня кальцію у фактичному раціоні харчування. Тільки за рахунок зменшення вживання молока різко знижується щільність кісткової тканини. Ще одна характерна для нашої країни проблема – вплив екологічних чинників. Так, значне зниження кісткової маси спостерігається у жінок, які постраждали від аварії на ЧАЕС або проживають у цьому регіоні [15].

**ВИСНОВКИ** Клімактеричний синдром досі залишається загадкою людства. Він властивий усім расам і народам. Навряд чи його можна уникнути. Проте, як і при кожному захворюванні, завжди можна попередити негативні наслідки.

1. Гладун О.М. Населення України, 1994 рік. – К.: Міністерство статистики України, 1995.
2. Ефимов А.С., Боднар П.Н., Зелинский Б.Л. Эндокринология. – Киев: Вища школа, 1983. – С. 291-297.
3. Колесникова Т.Н. Патрфизиология системных изменений при преждевременном климаксе //Акушерство и гинекология. – 1990. – №12. – С. 7-10.
4. Кравченко О.В., Калоріна Н.В., Ісар С.Е. Лікування гомеопатичним препаратом клімактопланом //ПАГ. – 1998. – №1. – С. 71-72.
5. Поворознок В.В. Остеопороз в Україні: медико-соціальні проблеми та шляхи їх вирішення //Матеріали I Укр. наук.-практ. конф. – К., 1995. – С. 3-6.
6. Поворознок В.В. Сучасні принципи профілактики та лікування постменопаузального та сенильного остеопорозу //Здоров'я жінки. – 1998. – №1. – С. 44-61.
7. Прогнозування раннього клімаксу у жінок //ПАГ. – 1998. – №1 (додаток). – С. 15-19.
8. Сметник В.П. Климактерические расстройства и принципы заместительной гормональной терапии //Терапевт. арх. – 1995. – Т. 67, №10. – С. 70-74.
9. Сольський Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблема клімаксу в Україні //Акушерство та гинекологія. – 1997. – №6. – С. 72-76.
10. Татарчук Т.Ф. Онкологічні аспекти замісної гормональної терапії постменопаузальних зрушень //ПАГ. – 1998. – №1. – С. 100-106.
11. Татарчук Т.Ф. і співавт. Особливості змін мікробіоценозу вагіни у жінок в постменопаузі та шляхи їх корекції //Здоров'я жінки. – 1998. – №1. – С. 7-15.
12. Татарчук Т.Ф. Особливості перебігу клімактеричного синдрому у жінок з ранньою менопаузою //ПАГ. – 1998. – №1 (додаток). – С. 33-35.
13. Щербаківа В.В. і співавт. Роль клімонорму в терапії урогенітальних порушень у жінок з клімактеричним синдромом //ПАГ. – 1998. – №1. – С. 79-80.
14. Hunter M. The south-east England longitudinal study of the climacteric and postmenopause //Maturitas. – 1992. – V. 14. – P. 117-126.
15. Kinlay M., Brambilla D., Posner J. The normal menopause transition //Maturitas. – 1992; 14: 103-105.

Ташук В.К., Полянська О.С., Демешко М.І., Поліщук О.Ю., Гречко С.І., Ташук І.А., Висоцька В.Г., Максим'юк Л.Г., Ель-Халіфа С.М.

### СТАТЕВІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

#### Буковинська державна медична академія

СТАТЕВІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ – Представлені результати обстеження 2600 пацієнтів, серед яких було 1100 жінок і 1500 чоловіків. Пацієнтам були проведені клініко-інструментальні обстеження: ехокардіографія, чреезстравохідна електрокардіостимуляція, велоергометрія. Серед обстежених пацієнтів в 1230 випадках, відповідно до критеріїв ВООЗ, діагностовано Q-ГІМ, решта випадків припадала на гострі коронарні синдроми, стабільну стенокардію, та соматогенну вегетативну дисфункцію з яскравими клінічними проявами дестабілізації, що потребували диференційної діагностики з гострими формами ІХС. Статеві та вікові аспекти розподілу діагнозе: інфаркт міокарда переважає у жінок старшої вікової групи; нестабільна стенокардія – незалежно від статі в більш молодому віці, стабільна стенокардія – в похилому; функціональні порушення – у більш молодих жінок; коронарний резерв зменшується з віком незалежно від статі при дещо меншому рівні у чоловіків, а скоротливість міокарда більше детермінована віком у чоловіків.

**Ключові слова:** стать, вік, навантажувальні тести, коронарний резерв.

**ВСТУП** Питання дестабілізації і прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС) займають провідну ланку в кардіології з огляду на їх значну частку в структурі смертності, яка складає майже 60 % в Україні та Росії [1, 2].

Близько 20 % смертей в світі обумовлені серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), що складає на рік 12-14 млн пацієнтів [7]. При цьому в розвинутих країнах частка вище 50 %. Населення країни Європи зазнає найбільших втрат від ССЗ [8]. Так, в 51 країні Європи в 1997 р. від захворювань серця і судин померло 4 млн чоловік, що склало 49 % випадків всіх смертей (55 % серед жінок і 43 % – серед чоловіків), при цьому половина смертей викликана ІХС і третина – мозковими інсультами (рис.1).

Вивчення розподілу смертності відповідно до статі і віку скорегованих співвідношень свідчить, що щорічно в США 230000 жінок помирає від ускладнень гострого інфаркту міокарда (ГІМ) і ще 87000 – від інсульту [5], 1998). При цьому, наприклад, у США мешкає 12 % населення старше 65 років (в інших країнах – 6,5 %), з яких 20 млн жінок і 14 млн чоловіків [3, 4], з більш високою смертністю жінок від ГІМ і практично десятилітнім відставанням ризику раптової коронарної смерті [6].

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Згідно з метою, визначення впливу статевих та вікових детермінант ІХС з створенням

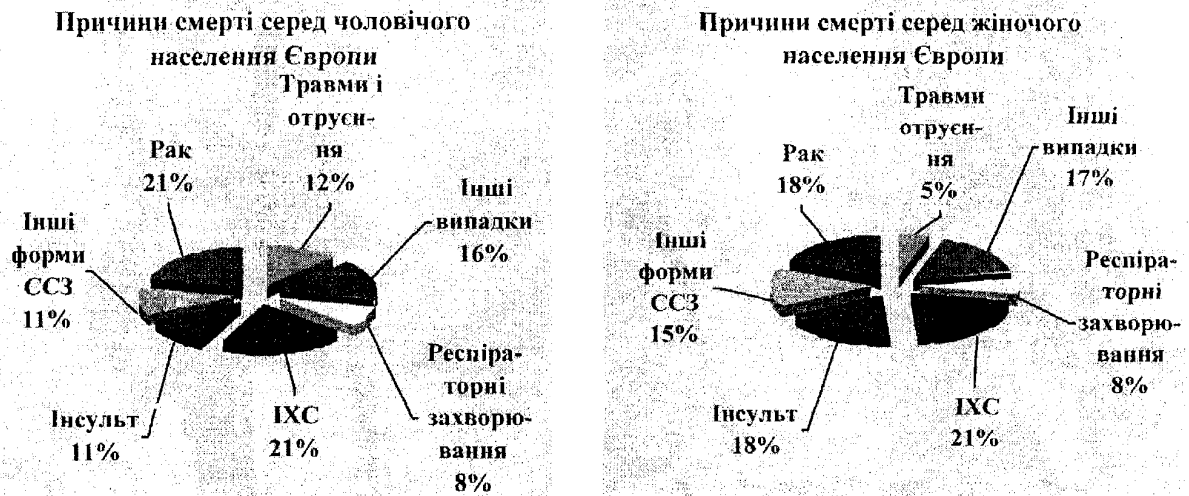


Рис.1. Причини смерті серед чоловічого і жіночого населення Європи.

реєстру Північної Буковини в клініко-функціональних аспектах обстежено 2600 пацієнтів, що поступили в клініку обласного кардіологічного диспансеру м. Чернівці з діагнозом гострої коронарної патології. В подальшому пацієнтам були проведені обстеження, що включали: всім хворим ехокардіографію (ЕхоКГ), частині пацієнтів, відповідно до розподілу діагнозів, черезстравохідну електрокардіостимуляцію (ЧСЕС), велоергометрію (ВЕМ).

Проведення ЧСЕС, що відповідало стандартному протоколу, починалося з реєстрації ЕКГ в 12 загальноприйнятих відведеннях. Після інтраназального введення в стравохід зонда-електрода його фіксували на рівні найбільш щільного контакту з лівим передсердям під контролем черезстравохідної ЕКГ, на відстані приблизно дорівнюючій 35-45 см довжини електрода. Стимуляцію починали з частоти 100 імп/хв, збільшуючи на 20 імп/хв, максимальна частота складала 160 імп/хв, тривалість кожної тестуючої частоти дорівнювала 2 хвилини. Пробу припиняли і розцінювали як позитивну при виникненні ангінозного приступу та/чи депресії сегменту ST 1-2 мм горизонтального типу. Використовували черезстравохідні електрокардіостимулятори SP-3 ("TEMED" Польща) та ПЕКС-1 (Україна), в якості реєстратора – поліграф "RFT Bioset 3000" (Німеччина).

ВЕМ виконували на апараті "BE-01" (Україна), початкова потужність залежала від результатів ЧСЕС і складала при припиненні ЧСЕС на частоті 100-120 імп/хв – 10 W, при частоті 140 імп/хв і більше – 25 W. Подальше зростання потужності відбувалось дискретно, кроковий інтервал дорівнював 10 W в першому випадку і 25 W – в другому. Критерії припинення ВЕМ були аналогічними ЧСЕС. Аналіз ЕКГ-змін проводили в 12 загальноприйнятих відведеннях. У випадках появи ЧСЕС і ВЕМ-ознак ішемії аналізували її

якісну динаміку – кількість відведень з ознаками ішемії (NST), сумарну депресію сегмента ST (EST), середню депресію сегмента ST (AST).

Стрес-ЕхоКГ проводили на апаратах "SAL 38AS" ("Toshiba", Японія), "ЕКС-02" (Литва), "Interspec XL" ("BBC Medical Electronic AB", США) в М та В-режимах, в 2- та 4-камерних зображеннях в парастернальній та апікальній проекціях з реєстрацією кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного об'ємів (КДО та КСО), фракції викиду (ФВ).

Результати обстеження аналізували з визначенням середніх величин, помилки середнього, t-критерію Стюдента з математичною обробкою даних за допомогою ЕОМ "Pentium-II" з використанням електронних таблиць "Excel-5" та програми "Statistica for Windows v.5.0" (Stat Soft, США).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

У межах створення реєстру гострого інфаркту міокарда в Чернівецькій області обстежено 2600 пацієнтів, серед яких було 1100 жінок і 1500 чоловіків. Серед обстежених пацієнтів в 1230 випадках, згідно з критеріями ВООЗ, діагностовано Q-ГІМ, решта випадків припадала на гострі коронарні синдроми (НС, неQ-ГІМ), стабільну стенокардію (СС), що вимагала активної госпіталізації, однак не завершувалась розвитком НС, гіпертонічні кризи у хворих на ІХС (ІХС+ГК) та соматогенну вегетативну дисфункцію (СВД) з яскравими клінічними проявами дестабілізації, що потребували диференційної діагностики з гострими формами ІХС. У таблиці 1 наведено розподіл всіх пацієнтів залежно від статі і віку з підозрою на дестабілізацію коронарного кровообігу, що були обстежені, за винятком хворих на Q-ГІМ і неQ-ГІМ, у випадках якого діагноз не викликав сумніву відразу з поступленням в стаціонар.

Таблиця 1. Відсотковий розподіл кардіальної патології серед обстежених хворих у статевому і віковому аспектах

| Д/З     | Всі     |      |         |      | Жінки               |      |                     |      | Чоловіки            |      |                     |      |
|---------|---------|------|---------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
|         | Вік<59р |      | Вік≥60р |      | Вік<59р<br>ІА група |      | Вік≥60р<br>ІА група |      | Вік<59р<br>ІВ група |      | Вік≥60р<br>ІВ група |      |
|         | абс.    | %    | абс.    | %    | абс.                | %    | абс.                | %    | абс.                | %    | абс.                | %    |
| неQ-ГІМ | 86      | 17,0 | 26      | 19,5 | 30                  | 14,8 | 11                  | 30,6 | 56                  | 18,4 | 15                  | 15,5 |
| НС      | 88      | 17,3 | 13      | 9,8  | 29                  | 14,3 | 3                   | 8,3  | 59                  | 19,3 | 10                  | 10,3 |
| СС      | 195     | 38,5 | 82      | 61,7 | 57                  | 28,3 | 16                  | 44,4 | 138                 | 45,2 | 66                  | 68,0 |
| СВД     | 61      | 12,0 | 1       | 0,7  | 58                  | 28,7 | 1                   | 2,8  | 3                   | 1,0  |                     |      |
| ІХС+ГК  | 77      | 15,2 | 11      | 8,3  | 28                  | 13,9 | 5                   | 13,9 | 49                  | 16,1 | 6                   | 6,2  |
| Всі Д/З | 507     | 100  | 133     | 100  | 202                 | 100  | 36                  | 100  | 305                 | 100  | 97                  | 100  |

Оскільки питання дестабілізації ІХС в статеві- і віко-скорегованих аспектах є базисними в кардіології, з огляду на збільшення ймовірності розвитку коронарної хвороби у чоловіків з відставанням на 10 років, порівняно з жінками, за умов зростання в Україні кількості людей старшої вікової категорії, отримані результати свідчать, що за розподілу діагнозів в ІА, ІВ, ІІА, ІІВ групах ІМ переважав в ІІА ( $p < 0,01$ ); нестабільна стенокардія – в ІА і ІВ ( $p > 0,2$ ); СС – в ІІА і ІІВ ( $p > 0,5$ ); функціональні порушення – в ІА ( $p < 0,001$ ); гіпертензія на фоні ІХС – в ІВ і ІІВ ( $p < 0,05$ ) групах. За даними навантажувального тесту ЧСЕС, відсоток розрахункової (160 імпл/хв) і досягнутої стимуляції визначив подібні тенденції для пацієнтів різної статі залежно від віку для ІА і ІІА (94,6+0,8 і 87,8+2,3 %,  $p < 0,01$ ) та ІВ і ІІВ (85,1+0,8 і 76,5+1,0 %,  $p < 0,001$ ) груп; на відміну від стану скоротливості міокарда за даними ЕхоКГ – так, розподіл інтегрального показника скоротливості – загальної фракції викиду (ЗФВ) – для ІА і ІІА (65,9+0,6 і 62,3+3,1 %,  $p > 0,2$ ) та ІВ і ІІВ (55,5+0,8 і 46,1+1,2 %,  $p < 0,001$ ) груп. У більш молодому віці переважає нестабільна, а в похилому – СС, розподіл не залежав від статі; ІМ спостерігався частіше у жінок старшої вікової групи, а функціональні порушення – у жінок молодшої групи; коронарний резерв зменшується з віком незалежно від статі (на меншому рівні у чоловіків), розподіл ФВ детермінований віком у чоловіків.

**ВСТУП** Отже, відповідно до статеві- і віко-скорегованих аспектів розподілу діагнозів інфаркт міокарда переважає у жінок старшої вікової групи; нестабільна стенокардія – незалежно від статі в більш молодому віці, а стабільна стенокардія – навпаки, в похилому; функціональні порушення – у більш молодих жінок; коронарний резерв зменшується з віком незалежно від статі при дещо меншому рівні у чоловіків, а скоротливість міокарда більше детермінована віком у чоловіків.

1. Коваленко В.М. Стан і напрямки розвитку кардіології в Україні // Матер. VI Нац. Конгресу кардіологів України. - Київ, 2000. - 264 с.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и возможности их решения // Российский кардиологический журнал. - 2000. - №4. - С.7-10.
3. Burt C.W. Summary Statistics for Acute Cardiac Ischemia and Chest Pain Visits to United States EDs, 1995-1996 // Am. J. of Emergency Med. - 1999. - Vol. 17, N 6. - P. 552-559.
4. Eaker E.D. Psychosocial risk factors for coronary heart disease in women // Cardiol. Clin. - 1998. - Vol. 16, N 1. - P.103-111.
5. HsIA J.A. Cardiovascular Disease in the Elderly // Cardiol. Clin. - 1999. - Vol. 17, N 1. - P. 51-64.
6. Kannel W.D., Wilson P.W.F., D'Agostino R.B., Cobb J. Sudden coronary death in women // Am. Heart J. - 1998. - Vol. 136, N 2. - P. 205-212.
7. Murray C.J., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study // Lancet. - 1997. - Vol. 24, №9064. - P.1498-1504.
8. Murray C.J., Lopez A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study // Lancet. - 1997. - Vol. 349, №9061. - 1269-1276.