МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ГЮЛЬНАЗ МАХИР гызы ДАДАШОВА

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

3218.01 – Кардиология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание
ученой степени доктора наук по медицине

Баку – 2017

Диссертационная работа выполнена в НИИ Кардиологии им. Дж.Абдуллаева.

Научный консультант:
Доктор наук по медицине, профессор **А.Б.БАХШАЛИЕВ**

Официальные оппоненты:
Доктор медицинских наук, профессор **Ю.М.ЛОПАТИН**
Доктор наук по медицине, профессор **М.М.БАХШИЕВ**
Доктор наук по медицине, профессор **Т.Г. ГУСЕЙНОВ**

Ведущее учреждение: Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра кардиологии

Защита диссертации состоится «____» _____2017-го года, в «____» часов на заседании Диссертационного Совета D 03.012 при Азербайджанском Медицинском Университете

Адрес: AZ 1022 г.Баку, ул.А.Гасымзаде 14 (2-й этаж, конференц. зал)

Диссертационной работой можно познакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Автореферат разослан «____» _____2017-го года.

Научный секретарь
Диссертационного Совета D 03.012
Доктор наук по медицине **Н.Г. СУЛТАНОВА**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на внедрение современных стратегий профилактики сердечно-сосудистой патологии [Бабаев А.М., 2008, Джахангиров Т.Ш., 2005, Оганов Р.Г. и соавт., 2007, Shulan M. Et al., 2013, Zaya M.et al., 2012], совершенствование медикаментозного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) [Bodey F. et al., 2014, Capuano A. etal., 2015, Miranda S. etal., 2014] и коррекции факторов риска (ФР) [Азизов В.А., 2013, Collins S. et al., 2012, Das D. et al., 2014, Ford İ. et al., 2015] хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения ассоциированной с высокой заболеваемостью и смертностью.

Обращает на себя внимание, что большинство эпидемиологических и клинических исследований были проведены на мужской популяции [Hsich E. et al., 2012]. Более серьезная эпидемиологическая ситуация в плане ССЗ и смертности у мужчин привела к недооценке значимости этой проблемы у женщин [Hoekstra T. et al., 2012]. Следовательно, на первый план выходит проблема лечения ХСН у женщин [Galvao M. et al 2006]. Необходимо выявить особенности течения ХСН и ее лечения в женской популяции, установить связь тех или иных клинических проявлений с гормональным статусом женщин в различном возрастном периоде. В настоящее время сведения о гендерных различиях в эпидемиологии, этиологии, диагностике и прогнозе у больных с ССЗ сомнений не вызывают [Zsilinszka R. et al., 2015]. По данным последних лет, в популяции больных с ХСН обнаружены гендерные различия этиологических причин [Joseph S. et al., 2015, Rich M. et al., 2015]. У мужчин ИБС, перенесенный ИМ в качестве причин развития ХСН выявлялись наиболее часто. Наоборот, наличие АГ, СД 2 типа и клапанных пороков сердца выявлено чаще среди женщин [Melgaard L. et al., 2015].

Необходимо отметить что, неблагоприятные метаболические гормональные изменения сочетаются с высокой частотой отклонений в психоэмоциональной сфере [Задионченко В.С. и соавт., 2005, WuJ. et al., 2013]. Так по данным эпидемиологических исследований женщины страдают депрессией и тревогой в 2 раза чаще мужчин [Погосова Г.В., 2005,Johnson T. et al., 2012]. Вышеуказанные особенности тре-

буют прицельного исследования и формирования концепции сердечно-сосудистого континуума с учетом половых особенностей в зависимости от психоэмоционального состояния.

В свою очередь большое внимание исследователей уделяется гендерным особенностям лечения ХСН, то есть дифференцированному подходу к выбору терапии. Согласно данным проф. J. Ghali [Ghali J. et al., 2002] из Уэйнского университета по результатам проведенного исследования у пациентов с ХСН при назначении блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) у женщин были значительно ниже показатели смертности, чем при приеме ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ). Эти результаты, а также результаты других исследований [Тарловская И.И. и соавт., 2012, Klabnik A. et al., 2009, Rathor S. et al., 2002] позволяют предположить, что возможны гендерные различия между различными препаратами, в том числе между БРА и ИАПФ.

На сегодняшний день нет исследований сравнивающих гендерные особенности всех характеристик ХСН – эпидемиологии, ФР, особенностей клинической картины, качества жизни (КЖ) и психоэмоционального статуса, дифференцированных подходов терапии между мужчинами и женщинами в рамках конкурирующих рисков.

Исходя из этого, с учетом вышеуказанного выявление гендерных особенностей ХСН, а также патогенетически обоснованный подход к лечению в зависимости от пола представляется весьма обоснованным и актуальным.

Целью исследования является изучение распространенности, причины развития и профиль факторов риска, клинико-функциональные и гемодинамические особенности, качества жизни их взаимосвязь с психоэмоциональным состоянием у мужчин и женщин с ХСН с ишемическим генезом, а также оптимизация эффективности медикаментозной терапии в зависимости от пола.

Задачи исследования:

1. Выявить распространенность ХСН среди мужчин и женщин находившихся на лечении в стационаре в НИИ Кардиологии Азербайджана в 2013 году, на основании результатов госпитального этапа ретроспективного исследования в зависимости от пола и возраста.

2. Анализировать причины развития и профиль ФР в развитии ХСН в зависимости от пола в идентичных возрастных группах, опре-

делить особенности центральной гемодинамики у пациентов с подтвержденным диагнозом.

3. Определить характер лекарственной терапии, выявить гендерные и возрастные различия в лечении (частоту использования фармакологических препаратов различных классов) ХСН на госпитальном этапе наблюдения.

4. Выявить гендерные особенности перенесенного ИМ у пациентов с ХСН, анализ локализации и глубины перенесенного ИМ, а также оценка выраженности ХСН у данной группы больных.

5. Оценить гендерные и возрастные особенности клинического статуса, КЖ, уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) их взаимосвязь с психоэмоциональным состоянием у пациентов с ХСН перенесших ИМ.

6. Определить гендерные и возрастные особенности структурно-функциональных параметров сердца у пациентов с ХСН, перенесших ИМ.

7. Выявить гендерные и возрастные особенности вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов ХСН, перенесших ИМ.

8. Оптимизировать фармакотерапию больных с ХСН перенесших ИМ в зависимости от пола, изучить влияние различных вариантов 6 месячной терапии ИАПФ периндоприлом, БРА валсартаном а также их комбинацией с антидепрессантом сертралином на клинико-функциональный и психоэмоциональный статус, КЖ, уровня МНП.

9. Оценить динамику влияния различных вариантов 6-ти месячной медикаментозной терапии с включением ИАПФ периндоприлом, БРА валсартаном а также их комбинацией с антидепрессантом сертралином на показатели центральной гемодинамики у мужчин и женщин с ХСН, перенесших ИМ.

Научная новизна исследования.

– Выявлены существенные различия по этиологии ХСН у мужчин и женщин, а также у пациентов разных возрастов. Отмечена более частая встречаемость у женщин АГ, СД и клапанной патологии. Для мужчин более распространенными ФР являются ИБС и кардиомиопатии.

– Показано, что среди пациентов ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), число женщин с ХСН возрастает и это превышает аналогичный показатель у мужчин.

– Определены гендерные и возрастные особенности клиническо-

го статуса, его взаимосвязь с психоэмоциональным состоянием, КЖ, уровня МНП у пациентов с ХСН, перенесших ИМ.

– Выявлены гендерные и возрастные особенности структурно-функциональных параметров сердца у пациентов с ХСН, перенесших ИМ.

– Обнаружены гендерные и возрастные особенности ВРС у пациентов с ХСН, перенесших ИМ. Отмечена тенденция к усилению парасимпатической, подавлению симпатической активности у женщин, по сравнению с мужчинами с ХСН с ишемическим генезом, которая усиливается с возрастом.

– Проведена оптимизация фармакотерапии в зависимости от пола, показана что, ИАПФ и БРА (периндоприл и валсартан) в составе стандартной терапии эффективны и безопасны как у мужчин так и у женщин. Обнаружено, что назначение антидепрессанта сертралина в сочетании с стандартной терапией позволяет достичь дополнительного положительного влияния на клинико-функциональный и психоэмоциональный статус, КЖ, особенно у женщин.

Практическая значимость работы. Полученные данные позволяют осуществить дифференцированный подход к воздействию на ФР с учетом гендерных различий. Показано что, в программу мониторинга эффективности терапии следует включать Холтеровское мониторирование ЭКГ для выявления выраженности вегетативного дисбаланса у такой категории больных.

Предложен дифференцированный подход к ведению больных с ХСН в зависимости от пола, с учетом распространенности ФР в группе женщин, и особенности их коррекции. Представлена целесообразность включения в схему лечения антидепрессанта сертралина у больных с ХСН, особенно у женщин с целью дополнительного положительного влияния на КЖ.

Внедрение результатов работы в практику. Практические рекомендации по использованию алгоритмов медикаментозного лечения больных с ХСН в зависимости от пола внедрены в практику работы кардиологических отделений НИИ Кардиологии Азербайджана им. Дж.Абдуллаева, г.Баку, терапевтического отделения ГКБ №5 Наримановского района г.Баку, кардиологического отделения экспериментальной больницы имени М.А. Топчибашева, г.Баку. Результаты исследования внедрены в учебную программу кафедры клинической фармакологии АМУ. г. Баку. Фрагменты работы, посвященные ген-

дерным особенностям эпидемиологии ХСН в практическом здравоохранении были включены в образовательные семинары и конференции в г. Баку, а также в России и в Европе.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. На основании стандартизированной оценки клинических симптомов диагноз ХСН верифицирован у 51,4% от общего количества госпитализированных пациентов. Анализ архивного материала позволил выявить эпидемиологические различия распространенности ХСН в зависимости от половой принадлежности пациентов; в обследованной выборке у мужчин ХСН регистрировалась в 1,3 раза чаще, чем у женщин (56,8% против 43,2%, $p<0,001$).

2. Основными этиологическими факторами ХСН в обследованной популяции являются ИБС и АГ, в том числе на фоне СД. При этом установлены существенные гендерные различия по этиологии ХСН; так как для женщин наиболее значимой причиной формирования ХСН является АГ, а для мужчин ИБС. В группе женщин частота встречаемости АГ по сравнению с мужчинами составила 93,3% vs 68,1%, соответственно ($p<0,001$). Выявлена также что, среди женщин достоверно чаще встречается ожирение и СД 2-го типа по сравнению с мужчинами ($p<0,001$).

3. На госпитальном этапе лечение ХСН в целом соответствовало Национальным рекомендациям, тем не менее, недостаточно часто назначались рекомендованные при ХСН β блокаторы (в подавляющем большинстве случаев метопролол тартрат, а не сукцинат) и антикоагулянты для профилактика тромбоэмболических осложнений пациентам с фибрилляцией предсердий.

4. По данным нашего исследования пациенты с ХСН имеют гендерные и возрастные особенности структурно-функциональных параметров сердца; у женщин независимо от возраста ХСН протекает преимущественно по типу диастолической дисфункции (ДД), а ФВЛЖ остается неизменной, доля пациенток с этим вариантом ХСН превышает аналогичный показатель у мужчин в 2 раза. В сравнительном аспекте для женщин при ХСН характерна встречаемость гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и развитие прогностически неблагоприятных типов ремоделирования (КГ ЛЖ) по сравнению с мужчинами (ЭГ ЛЖ).

5. У пациентов с ХСН с увеличением возраста независимо от пола выраженность гиперсимпатикотонии нарастает; у женщин с ХСН

выявляется достоверное преобладание в спектре преимущественно в области высокочастотных колебаний по сравнению с мужчинами, что свидетельствует об увеличении парасимпатических влияний на сердце. LF/HF у женщин независимо от возраста достоверно ниже, по сравнению с мужчинами, что может привести к более высокому риску внезапной смерти.

6. ИАПФ и БРА (периндоприл и валсартан) с составе стандартной терапии ХСН одинаково эффективны и безопасны, как у мужчин, так и у женщин. Терапия обоими препаратами приводит к улучшению клинического статуса, КЖ, толерантности к физической нагрузке, независимо от половой принадлежности пациентов.

7. Пациентов с ХСН перенесших ИМ характеризует низкое КЖ, у женщин доминирующую роль играют расстройства депрессивного спектра, ассоциированная с неблагоприятным прогнозом. Существует четкая взаимосвязь между уровнем депрессии у женщин и их клиническим состоянием.

8. Прием сертралина в составе стандартной терапии ХСН с ИАПФ и БРА (периндоприл и валсартан) сопровождается антидепрессивным, анксиолитическим эффектом, позволяет достичь дополнительного положительного влияния на клинический и психоэмоциональный статус у больных с ХСН, особенно у женщин.

Связь диссертации с проблемным планом медицинских наук. Диссертационная работа является частью тематического плана научно-исследовательской работы «Оптимизация лечения и прогноз больных с ХСН с сохраненной систолической функцией» НИИ Кардиологии им. Дж. Абдуллаева (гос. регистрация № 0111400).

Апробация работы. Основные положения диссертации были доложены на XXII Международном Конгрессе по Гипертонии (Берлин 2008), на ежегодном Европейском Конгрессе по Сердечной недостаточности (Ницца, 2009), на IX Европейском Конгрессе по Гипертонии (Милан, 2009), на XX Международном Конгрессе по Гипертонии (Осло, 2010), на III Всемирном Конгрессе по Сердечной Недостаточности (Стамбул, 2012), на Научном Конгрессе (Ташкент 2014), на Объединенном Международном и Европейском Конгрессе по Гипертонии (Афины, 2014), на VII Всероссийском форуме «Вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике» (Москва, 2014), на XXV Европейском Конгрессе по Гипертонии (Милан, 2015), на ежегодном Европейском Конгрессе по Сердечной недостаточности и II Всемир-

ном конгрессе по острой сердечной недостаточности (Севилья, 2009), на IV Международном Форуме Кардиологов и Терапевтов (Москва, 2015), на V Научно-Образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа (Нальчик, 2015), на IV и V Конгрессе Азербайджанского Кардиологического Общества (Баку 2015,2016), на 4-ом Международном Конгрессе по Сердечной Недостаточности, (Париж, 2017)

Первичное обсуждение диссертации было проведено на заседании Ученого Совета НИИ Кардиологии им. академика Дж.Абдуллаева (протокол №1, от 15 января 2016 г). Второе обсуждение было проведено на заседании Апробационной Комиссии Диссертационного Совета D 03.012 при Азербайджанском Медицинском Университете (протокол №3, 08 мая 2017 г.)

Публикации. По материалам диссертации опубликованы 57 работ, в том числе 32 статьи, из которых 26- в зарубежных журналах. По теме диссертации опубликованы 10 статей в зарубежных журналах, включенных в международные базы цитирования (Scopus, PubMed, Thomson Reuters).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 284 страницах и состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, описание материала и методов исследования, 5 глав с изложением результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического списка литературы, включающего 24 отечественных и 400 зарубежных источников и приложений. Материал иллюстрирован 29 рисунком, 27 таблицами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работу вошли результаты ретроспективного анализа 3614 историй болезни пациентов госпитализированных в НИИ Кардиологии им. Дж.Абдуллаева в 2013 г., клинико-инструментального исследования 390 больных с постинфарктной ХСН II-III ФК в соответствии с рекомендациями Европейского Общества кардиологов (ESC) 2008 и с Российские рекомендациями ВНОК И ОССН 2010 года.

Исследования проводилась на базе НИИ Кардиологии им. Дж.Абдуллаева в период 2010-2015.

Исследование проводилось в 3 этапа. Дизайн исследования обусловливался поставленной целью и задачами (рис. 1).

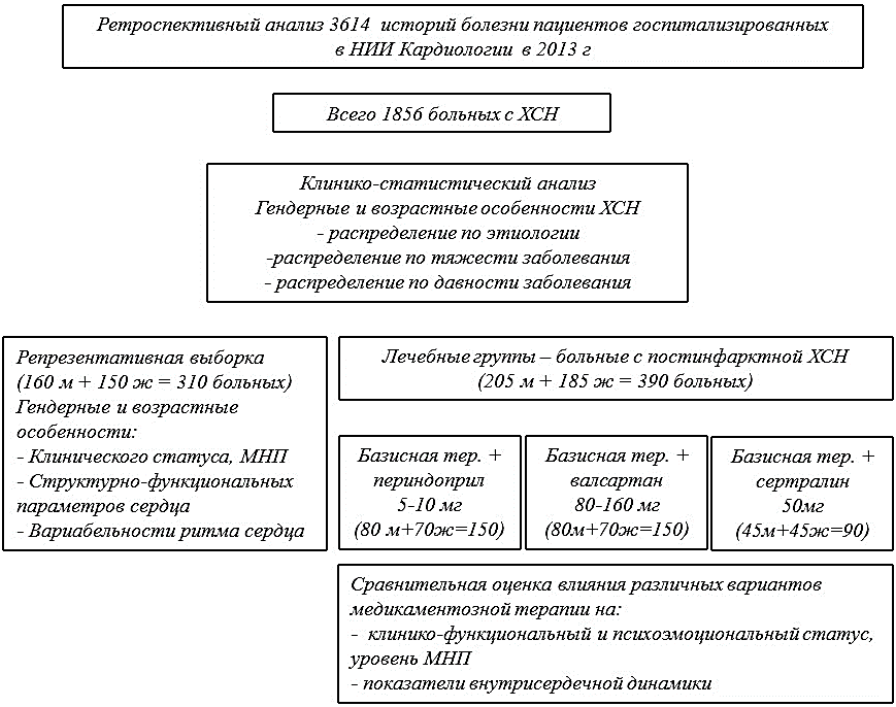

Рис. 1 Дизайн исследования.

1 этап: Изучали распространенность ХСН среди мужчин и женщин, проводился анализ традиционных ФР развития, определяли возрастные и половые различие по тяжести и генезу ХСН среди стационарных пациентов на основании ретроспективного наблюдения. Для определения распространенности ХСН среди мужчин и женщин, анализа традиционных ФР, выявления возрастных и половых различий по тяжести и генезу ХСН проводился ретроспективный анализ 3614 историй болезни пациентов, в окончательный анализ вошли данные 1856 больных, удовлетворяющих критериям включения. Полученные данные заносились в оригинальные исследовательские карты.

2 этап: определение гендерных и возрастных особенностей клинического статуса, его взаимосвязь с психоэмоциональным состоянием, с КЖ и с уровнем МНП, оценка структурно-функциональных параметров сердца и ВРС у мужчин и женщин с ХСН, перенесших ИМ.

Обследованы 310 пациентов зрелого и пожилого возраста обоего пола с ХСН перенесших ИМ: 160 мужчин и 150 женщин с ХСН II-III ФК, перенесших ИМ в анамнезе. На основании рекомендации ВОЗ с учетом возраста больных были отнесены к категориям от 45 до 60 лет-пациенты зрелого возраста, от 61 до 74 лет-пожилого. Были выделены: 1-я группа 70 мужчин зрелого возраста; 2-я группа 70 женщины зрелого возраста; 3-я группа 90 мужчин пожилого возраста, 4-я группа 80 женщин пожилого возраста.

Пациентам проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, Эхо КГ, ВРС, определение КЖ и уровня МНП. Психоэмоциональное состояние оценивали при помощи шкалы Гамильтона.

3 этап: Оценка гендерных особенностей эффективности лечения различных схем у пациентов с ХСН перенесших ИМ; изучить эффективность ИАПФ, БРА, а также антидепрессанта – селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС) в составе комплексной терапии в зависимости от пола. На 3 этап исследования были включены 205 мужчин и 185 женщин с ХСН II-III ФК перенесших ИМ. Для изучения гендерных особенностей лечения пациентов с ХСН, все обследованные методом случайной выборки были рандомизированы на 3 группы.

Больные 1 группы, получали базисную терапию (антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, диуретики, при необходимости пролонгированные нитраты, аспирин) и ИАПФ - периндоприл, в начальной дозе 2,5 мг в сутки. В последующем, через каждые две недели, решался вопрос об увеличении дозы препарата до 5 - 10 мг в сутки в зависимости от клинического состояния больных, показателей АД и ЧСС, а также переносимости препарата.

Больные 2 группы помимо базисной терапии получали препараты БРА – валсартан. Начальная суточная доза диована была 40 мг. Затем каждые 2 недели оценивали возможность повышения дозы препарата до 80-160 мг соответственно.

В схему лечения пациентов 3 группы кроме базисной терапии, получали ИАПФ – периндоприл или БРА – валсартана был включен СИОЗС - сертралин, в дозировке 50 мг в сутки.

Критерии исключения: ХСН IV ФК по Нью-Йоркской ассоциации сердца, кардиомиопатии, миокардиты, первичная легочная гипертензией или легочное сердце, острое нарушение мозгового кровообраще-

ния (в течение 6 месяцев), острая почечная и печеночная недостаточность, злокачественные новообразования (в течение последних 5 лет), аутоиммунными и эндокринными заболеваниями, тяжелое течение СД, синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярные блоки.

Динамическое наблюдение за состоянием пациентов проводилось в течение 6 месяцев. На этапе включения в исследование и через 6 месяцев лечения больным проводились контрольные исследования: оценка объективного статуса, определение клинической выраженности ХСН по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), биохимический анализ крови и Эхо КГ исследования. Определение уровня тревожности осуществлялось по шкале тревоги Гамильтона. Оценка КЖ оценивалась по Миннесотскому опроснику КЖ (MLHFQ).

Для изучения морфофункциональных особенностей сердца Эхо КГ проводили на аппарате «Vivid 3» (Япония) в стандартных позициях в М и В режимах. Диастолическая дисфункции (ДД) определялась в соответствии с нормативами Европейского общества кардиологов (ESC).

Для изучения особенностей ВРС обследуемым пациентам проводили суточное мониторирование ЭКГ с использованием мониторной неинвазивной системы «ECGproHolter» (Германия).

МНП определяли по общепринятой экспресс-методике с помощью тест-полосок. Измерение построено по принципу иммунофлюоресцентного анализа проводилось на портативном приборе в течение 15-20 минут (Triage Meter Plus. BiositeDiagnostics).

Для сравнения и вероятностной оценки различий между значениями сравниваемых групп с малым числом вариант мы воспользовались непараметрическим ранговым U-критерием Уилкоксона (Манна-Уитни) и критериями $\chi 2$-Пирсона (тетрхорический и полихорический), а также вычисляли отношение шансов (ОШ) возникновения факторов в различных подгруппах с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Для определения тесноты связи между количественными признаками проведен корреляционный анализ. Вычисления проводились на компьютере с помощью электронной таблицы EXCEL.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование проводилась на протяжении пяти лет (2010-2015) в НИИ Кардиологии Азербайджана им. Дж. Абдуллаева и состояло из трех этапов.

Клинико-статистический анализ распространенности ХСН показал что, ХСН явилась причиной госпитализации в стационар в 2013 году 1856 пациентов, что составило 51,4±0,8% от общего количества пациентов, госпитализированных в стационар (n=3614). При этом 1055 (56,8%) случаев ХСН отмечено у мужчин и 801 (43,2%) – у женщин. Средний возраст женщин с данным диагнозом достоверно выше, чем у мужчин (71,1±2,1 против 58,9±1,8, p<0,001).

Анализ клинических проявлений показал, что в возрасте 40-49 лет ХСН чаще выявлялась у мужчин, чем у женщин (5,8% против 0,9%). Однако, ситуация меняется с возрастом. У 878 (47%) пациентов с ХСН вошедших в наше исследование имелась ХСН II ФК. ХСН III ФК диагностировано в 32% (596 больных) случаев, при этом чаще выявлялась у женщин, чем у мужчин.

Как видно из табл.1 у мужчин бесспорным лидером является ИБС, формирующая 601 случаев (56,97±1,52%) ХСН. Частота ДКМП составила 178 (16,87±1,15%), АГ– 250 (23,70±1,31%), клапанных пороков – 19 (1,80±0,41%), СД -126 (11,94±1,00%). У женщин отмечается другая картина. В женской популяции основной причиной развития ХСН является АГ – 413 (51,56±1,77%) случаев ($\chi2$=1173,5; p<0,001), за ней следуют ИБС – 211 (26,34±1,56%) случаев ($\chi2$=153,9; p<0,001), клапанные пороки – 105 (13,11±1,19%) ($\chi2$=93,4; p<0,001), ДКМП – 67 (8,36±0,98%) ($\chi2$=28,8; p<0,001), СД (175 21,85±1,46%) ($\chi2$=32,9; p<0,001) (табл. 1).

Следует обратить внимание на относительно низкую частоту АГ, (ОШ=0,29; 95%ДИ: 0,24 – 0,36) и клапанных пороков сердца (ОШ=0,12; 95%ДИ: 0,07 – 0,20) как причин формирования ХСН по сравнению с женщинами (табл.1).

У пациентов женского пола напротив, ХСН развивается чаще на фоне АГ. Частота выявления АГ с возрастом у женщин возможно обусловлена неблагоприятным влиянием недостатка женских половых

гормонов в период постменопаузы.

Существенные гендерные различия были обнаружены и при анализе распределения пациентов ХСН по возрасту. Количество больных обоего пола в группе 40-49 лет -3,7%, 50-59 лет – 13,4%, 60-69 лет - 40,9%, 70-79 лет- 30,3%, 80 лет и старше -11,7% . Средний возраст мужчин с данным диагнозом составляет 58,9±1,8 года, женщин – 71,1±2,1 года. В возрасте 40-49 лет частота развития ХСН немногочисленна, но в ней преобладают мужчины. В возрасте 50-59 лет также преобладают мужчины (16,8% против 9%). В возрасте старше 60 лет находятся 40,9% от общего числа больных с ХСН. Большинство мужчин с ХСН относятся к возрастной категории 60-69 лет. Лица старше 70 лет составили 30,3% (n=562) от общего числа пациентов ХСН. Следует отметить что, группа больных с ХСН старше 80 лет составляет 11,7% от общего количества больных, и в ней больше женщин (21,1% по сравнению 4,5%).

Таблица 1

Распределение причин развития ХСН среди мужчин и женщин

Причины	Мужчины (n=1055)	Женщины (n=801)	$\chi 2$; p	ОШ 95% ДИ
ИБС	601 56,97±1,52%	211 26,34±1,56%	$\chi 2$=1173,5; p<0,001	3,70 (3,03 – 4,52)
АГ	250 23,70±1,31%	413 51,56±1,77%	$\chi 2$=153,9; p<0,001	0,29 (0,24 – 0,36)
Пороки	19 1,80±0,41%	105 13,11±1,19%	$\chi 2$=93,4; p<0,001	0,12 (0,07 – 0,20)
ДКМП	178 16,87±1,15%	67 8,36±0,98%	$\chi 2$=28,8; p<0,001	2,22 (1,65 – 2,99)
СД	126 11,94±1,00%	175 21,85±1,46%	$\chi 2$=32,9; p<0,001	0,49 (0,38 – 0,62)
Другое	7 0,66±0,25%	5 0,62±0,28%	$\chi 2$=0,01; p>0,05	1,06 (0,34 – 3,36)

Таким образом, в возрасте до 70 лет - 40-49 лет (5,8 против 0,9), 50-59 (16,8 против 9), 60-69 (55,7 против 21,5) преобладают мужчины, тогда как возрасте старше 70 лет преобладали женщины – 70-79 лет (47,6 против 17,2), старше 80 лет (21,1 против 4,5). Это свидетельствует о более позднем выявлении ХСН у женщин.

Как видно из показанных данных, большинство мужчин с ХСН находятся в трудоспособном возрасте, тогда как у женщин, наоборот,

чаще всего госпитализация по поводу ХСН происходит в более пожилом, нетрудоспособном возрасте. Эти различия, возможно связаны с физиологическими причинами — протективным действием эстрогенов у женщин до менопаузы.

По данным Эхо КГ, у 1564 (84%) больных зарегистрировано снижение ФВ ЛЖ менее 45%. У 16% пациентов ХСН была вызвана преимущественно нарушением функции диастолы (ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ). В группе с ХСН с низкой ФВЛЖ количество мужчин составляет 89% и 11% в группе с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ. Количества женщин с ХСН с низкой ФВЛЖ составила 78% , а с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ 22%. В группе мужчин ХСН с ФВ ЛЖ < 45% встречается чаще, чем в группе женщин.

Таким образом, в нашем исследовании полученные результаты свидетельствуют, что ХСН является одной из главных причин кардиоваскулярной госпитализации пациентов в стационар. Полученные результаты свидетельствуют о значимых половых различий, как в причине развития ХСН, а также частоте и течении ХСН.

В данном исследовании на госпитальном этапе лечения ХСН оценивалось применение основных групп лекарственных средств у мужчин и женщин. В данной работе мы также ретроспективно изучали у 1856 больных с ХСН II - IV ФК характер лекарственной терапии в зависимости от пола и возраста на госпитальном этапе наблюдения.

Сравнительная характеристика медикаментозной терапии госпитализированных больных (n=1856) по полу показал, что важное место в лечении занимала современная нейрогормональная терапия. Гендерные различия выявлены в отношении терапии ХСН: ИАПФ мужчины лечились чаще, чем женщины (89% и 78% соответственно, $p<0,001$).БРА II больше назначались женщинам, чем мужчинам (46,9% и 32% соответственно, $p<0,001$), антагонисты альдостерона использовались значительно реже в лечении женщин (32,9% и 42% соответственно, $p<0,001$).С увеличением возраста у женщин отмечалось значимое увеличение частоты использования спиронолактона ($p<0,05$).

У пациентов с ХСН в старших возрастных группах выявлено как у мужчин ($p<0,05$), так и у женщин ($p<0,001$) снижение применения β-адреноблокаторов и увеличение терапии антагонистами альдостерона ($p<0,05$).Несмотря на высокий процент назначения бетаблокаторов (63,9% у мужчин и 61,4% у женщин), редко назначались препараты с доказанной эффективностью, а дозы не достигали средних терапевти-

ческих. Метопролол (в подавляющем большинстве случаев метопролол тартрат, а не сукцинат) назначался мужчинам и женщинам с одинаковой частотой (49,3% и 44,9% соответственно). Частота назначения диуретиков оказалась высокой как у мужчин (92,9%), так и у женщин (84,9%; $p<0,001$). Мужчинам чаще назначались петлевые диуретики (48% и 40% соответственно, $p<0,001$), женщинам тиазидные (38,9% и 27%, $p<0,001$).

Анализ архивного материала показал что, лечение в условиях стационара на госпитальном этапе исследования в большей степени соответствовало Национальным рекомендациям. Кардиологи стационара всем пациентам с ХСН назначали препараты основной группы, отдавая предпочтение комбинированной терапии двумя и тремя препаратами (35,3% и 34,1% соответственно).

Подводя итог, анализу медикаментозной терапии ХСН следует отметить что, частота практически всех основных препаратов для лечения ХСН оказалось меньше, за исключением ИАПФ. Комбинированное лечение назначается реже, чем полагается. Учитывая полученные данные, становится очевидным, что эффективное решение повышение КЖ у пациентов ХСН указывает необходимость образовательных программ среди врачей по лечению ХСН, в частности обязательному назначению препаратов, благотворно влияющих на прогноз, широкому применению их комбинаций.

На втором этапе исследования для определения гендерных и возрастных особенностей клинического статуса, структурно - функциональных параметров и ВРС обследованы 310 пациентов зрелого и пожилого возраста обоего пола с ХСН перенесших ИМ: 160 мужчин и 150 женщин с ХСН II-III функционального класса (ФК) по классификации ОССН, перенесших ИМ в анамнезе.

По результатам второго этапа исследования были выявлены как гендерные, так и возрастные особенности среди больных ХСН, перенесших ИМ. Средний возраст мужчин анализируемой выборки составил 59,2±0,6 лет, женщины были достоверно старше – 63,2±0,7 лет ($p<0,001$). Установлено, что среди мужчин Q-позитивный ИМ встречался чаще, чем в группе женщин, 57,5 % против 42,4 % соответственно, ($p<0,001$).Причем ИМ чаще встречался у мужчин в зрелом возрасте (63,1%), реже в пожилом (36,9 %) . В то время как, женщины пожилого возраста, чаще переносили ИМ с зубцом Q, чем зрелые женщины (64,6% против 35,5%, $p<0,001$), что может быть обусловле-

но снижением кардиопротективного действия половых гормонов у женщин в этом возрасте.

Следующим важнейшим этапом нашего исследования явился анализ локализации и глубины перенесенного ИМ, а также оценка выраженности ХСН у исследуемой группы больных.

Установлено, что у мужчин ИМ передней стенки встречался в 55,4% случаев, задней стенки – в 43,1% случаев, в 1% – регистрировался ИМ других локализаций. У 68,7% женщин развивался передний ИМ, тогда как ИМ задней стенки зарегистрирован в 29,2% случаев и в 2,1% - ИМ других локализаций. У женщин с момента развития ИМ до появления клинических признаков ХСН прошло 5,62±0,31 лет, а у мужчин – 6,84±0,33 лет ($p<0,01$), что указывает на более быстрое развитие ХСН у женщин.

Как видно из рис.2, женская и мужская выборки в нашем исследовании имели избыточный средний ИМТ. В группе пожилых женщин 38 пациентов (63,3±6,2%) имели ожирение I степени, 6 пациентов (10,0±3,9%) II, 2 (3,3±2,3%) III степени, что статистически достоверно отличается от показателей соответствующей мужской группы ($\chi 2=45,3$; $pm<0,001$).

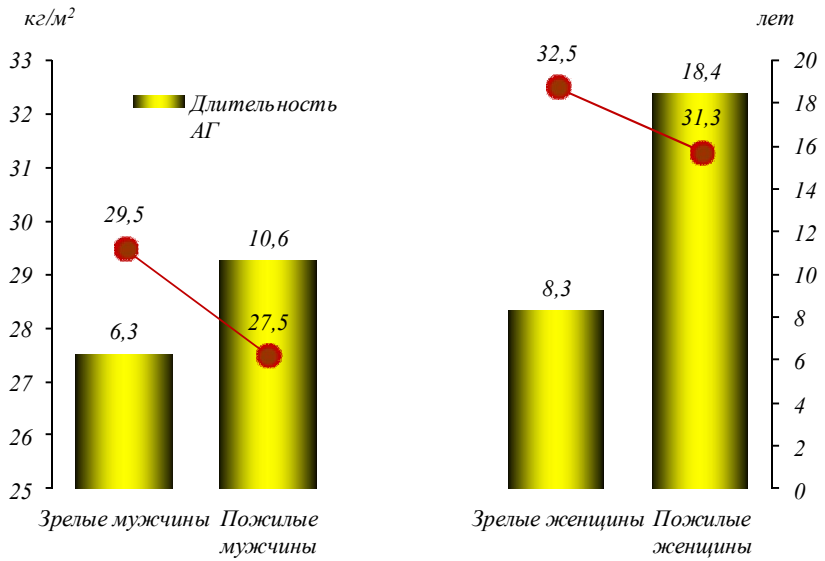

Рис. 2. Исходная характеристика пациентов.

Выявлено что, пожилые женщины 2,2 раза дольше страдали АГ, по сравнении с молодыми женщины и 1,7 раза больше по сравнении с пожилыми мужчинами (p<0,001) (рис.2).

Как видно из приведенных данных, все женщины и мужчины, включенные в исследование с ХСН, перенесшие ИМ, имели достоверно выраженные проявления сердечной недостаточности. Анализ клинического состояния больных по шкале ШОКС определил, что у зрелых женщин средний бал по шкале ШОКС был выше по сравнению с мужчинами аналогичного возраста (на 17,6%, p< 0,05) и составил 5,13±0,22, тогда как, у зрелых мужчин этот показатель составил - 4,37±0,21.

При сравнительном анализе показателей у пожилых мужчин и женщин с ХСН, развившейся после ИМ, удалось установить, что женщины имели более низкие результаты теста с ТШХ по сравнению с таковыми у мужчин с данной патологией - на 13,7% (p<0,01). В группе зрелых мужчин и женщин с ХСН различия показателей ТШХ были также достоверны, женщины на 14,1% м проходили меньшую дистанцию по сравнению с мужчинами (305,7±13,9 vs 355,8±9,7) (p<0,01). Таким образом, переносимость физических нагрузок имела гендерные различия.

КЖ пожилых женщин с ХСН по данным Миннесотского опросника была ниже и составило 58,7 ± 2,0 (p<0,001), тогда как у зрелых женщин 38,7±2,5 баллов. Данный показатель в мужской выборке составил 48,2±2,4 балла у зрелых, 57,2±2,1 (p<0,01), баллов у пожилых. Таким образом, КЖ больных ХСН у женщин достоверно хуже, чем у мужчин (рис.3).

В ходе анкетирования по шкале Гамильтона объективно выявлено, что средний уровень депрессии по шкале Гамильтона у зрелых мужчин составил 19,8±1,0баллов, у женщин – 24,3±0,5 баллов (p<0,001), у пожилых мужчин 22,6±0,6 vs 26,7±0,5 у женщин, соответственно. Уровень депрессии среди зрелых женщин, страдающих ХСН, был достоверно выше (на 23,1%, p<0,001), чем у мужчин в аналогичной группе и составил 24,3±0,5 балла по шкале Гамильтона против 19,8±1,0 у мужчин. Уровень депрессии пожилых женщин с ХСН также был достоверно выше (на 18,1%, p<0,001), 26,7±0,5 балла против 22,6±0,6 баллов у мужчин.

Следовательно, данные анализа Гамильтона показали, что депрессии достоверно чаще встречаются у женщин, страдающих ХСН, чем у мужчин (95% против 70%, p<0,001). При этом наиболее выражено данное отличие у пожилых женщин с ХСН.

Проведенный корреляционный анализ показал четкую взаимосвязь между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и клиническим состоянием больных ХСН мужчин и женщин. Установлено существование корреляционной связи у зрелых женщин (коэффициент корреляции по Z-Фишеру r= –0,30, p<0,05), у пожилых (коэффициент корреляции по Z- Фишеру r= –0,33, p<0,05). В мужской группе корреляционная связь между вышеперечисленными признаками отсутствует (коэффициент корреляции по Z- Фишеру r= –0,19, p>0,05 у зрелых, и r= –0,21, p>0,05 у пожилых).

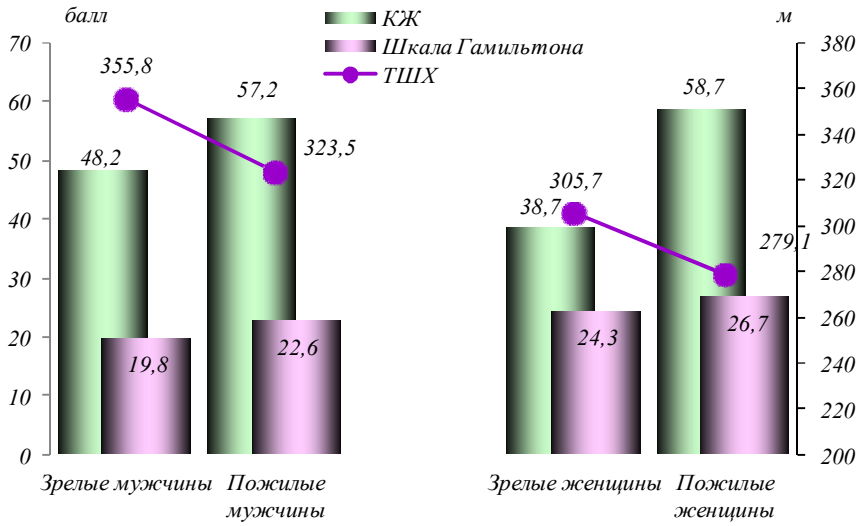

Рис. 3. Исходные клинические параметры пациентов.

По полученным нами данным стало возможным вывить особенности взаимоотношений депрессивных расстройств и гемодинамики. Обоснованно можно сделать вывод, что ДР у мужчин и женщин на этапе сердечно-сосудистого континуума без выраженной ХСН не ас-

социированы с достоверным ухудшением показателей Эхо-КГ, данные нарушения существуют параллельно без взаимного усиления друг друга. С другой стороны, необходимо рассматривать ДР у больных ИМ как, независимый фактор утяжеления ХСН.

Как мы отметили, нами выявлена высокая распространенность ДР у больных с ХСН перенесших ИМ, а также существование выраженных гендерных различий психоэмоционального состояния в виде превалирования частоты и тяжести изолированной тревоги, ДР у женщин. Так, тревога и ДР выявлены соответственно у 95% и 58% женщин против 83% и 21% среди мужчин. Учитывая, что депрессия является независимым ФР смертности в постинфарктном периоде и определяет неблагоприятный вклад в течение ИБС в виде частых госпитализаций, ведение больных ИМ должно в обязательном порядке включать оценку психоэмоционального состояния пациентов с последующей его коррекцией.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что женщины с ХСН, перенесшие ИМ, несмотря на меньший объем поражения миокарда ЛЖ, имели клинически более выраженные проявления ХСН, что, вероятно, было обусловлено спецификой ФР, спектром сопутствующих заболеваний, более быстрым прогрессированием заболевания, а также с преобладанием нарушений в психоэмоциональной сфере.

Анализ данных Эхо-КГ показал различия определенных структурно- функциональных показателей сердца у мужчин и женщин с ХСН перенесших ИМ. По полученным нами данным, в ходе анализа морфофункциональных характеристик сердца выявлено, что объемные показатели достоверно больше у мужчин. Установлено, что у мужчин с постинфарктным кардиосклерозом процессы, связанные с ремоделированием сердца, более выражены, что проявлялось в достоверно большем увеличении индексированного КСО (ИКСО) на 17,3% ($p<0,001$) в пожилом возрасте, на 22% ($p<0,001$) в зрелом возрасте, и в выраженной тенденции к увеличению на 18,4% ($p<0,001$) в пожилом возрасте, на 15,6% ($p<0,001$) в зрелом возрасте, индексированного КДО (ИКДО) по сравнению с показателями у женщин.

Обращает на себя внимание тот факт, что у мужчин выявлена более низкая ФВ ЛЖ по сравнению с женщинами ($p<0,001$). По нашему мнению, данные изменения можно объяснить гендерными особенностями перенесенного ИМ. Согласно данным архивного материала,

мужчины чаще переносят ИМ с зубцом Q, а женщины - без зубца Q. Полученные результаты говорят о том, что у мужчин с ХСН и сохраненной систолической функцией, перенесших ИМ, быстрее разовьется декомпенсация с систолической дисфункцией ЛЖ.

По полученным нами данным, при сравнительном анализе параметров, характеризующих диастолическую функцию, достоверной разницы между показателями у мужчин и женщин, перенесших ИМ, выявлено среди женщин всех возрастов, по сравнению с мужчинами. Обращает внимание увеличение частоты встречаемости ДД среди женщин пожилого возраста по сравнению с мужчинами (снижение Va на 16,6%, повышение Ve/Va на 29,1%, $p<0,001$). Данные различия объясняются высокой частотой встречаемости ожирения и АГ у женщин с ХСН пожилого возраста.

Необходимо отметить что, ДД была выявлена у обследованных пациентов с ХСН во всех исследуемых группах, независимо от пола и возраста. В нашей работе ФВ ЛЖ был снижен во всех группах. Однако, ФВ ЛЖ у зрелых женщин имели достоверно большие размеры. Это, вероятно, также одно из проявлений более тяжелого течения ХСН у мужчин. Однако в женской когорте достоверно чаще встречалась неблагоприятная в прогностическом плане КГ ЛЖ по сравнению с мужской группой.

В ходе исследования отмечена тенденция превалирования значений ИОТ среди женщин, что свидетельствует о процессах ремоделирования миокарда с преобладанием его гипертрофии. Выше указанные различия можно расценить как следствие высокой распространенности АГ среди женщин 93,3% против 68,1% в группе мужчин ($p<0,001$).

Индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) у женщин зрелого возраста был на 12,3% меньше ($p<0,001$), чем у женщин пожилого возраста, в то время как у мужчин на 6,4% меньше ($p<0,001$).

Среди женщин как у молодых, также у пожилых показатель, отражающий процессы ремоделирования ИОТ, превышал значения такового у мужчин и составил 0,46±0,002 против 0,44±0,002 (на 6,2% больше, $p<0,001$) у молодых и 0,51±0,004 против 0,44±0,003 (на 15,8% больше, $p<0,001$) у пожилых, соответственно. Значение ИОТ у женщин превышало норму 0,45 единиц, что свидетельствовало о процессах ремоделирования миокарда с преобладанием его гипертрофии (рис.4).

Таким образом, отмечена тенденция превалирования значений ИОТ среди женщин, что свидетельствует о процессах ремоделирования миокарда с преобладанием его гипертрофии. Выше указанные различия можно расценить как следствие высокой распространенности АГ среди женщин 93,3% против 68,1% в группе мужчин (p<0,001).

Как известно, при ХСН меняется геометрия ЛЖ, что приводит к формированию различных типов ремоделирования. В ходе нашего исследования, на основании значений ИММЛЖ и ИОТ определена геометрическая модель ЛЖ. При определении модели геометрии ЛЖ установлено, что по частоте встречаемости прогностически неблагоприятных типов ремоделирования ЛЖ (КГ ЛЖ и ЭГ ЛЖ) лидировали женщины, что может быть связано также с высоким процентом встречаемости частоты ожирения у женщин.

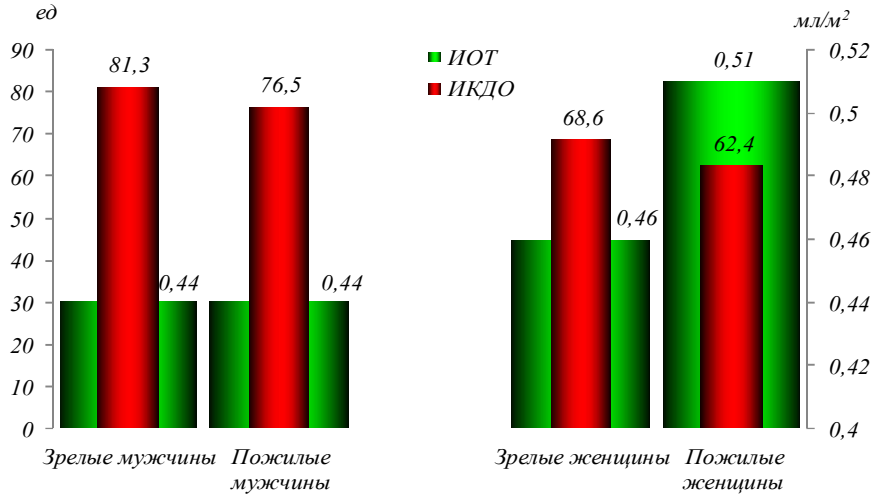

Рис. 4. Выраженность ИОТ у пациентов с ХСН перенесших ИМ в зависимости от пола и возраста.

Проведенный корреляционный анализ в группах пожилых пациентов выявил наличие достоверной отрицательной связи между МНП и ФВ: с увеличением содержания МНП, достоверно чаще выявляется снижение ФВ у пациентов мужского и женского пола -r=- 0,26,

(p<0,05) иг=-0,53 (p<0,001)соответственно. Только у пожилых пациентов МНП коррелировал с размерами КСР (r=0,45, p<0,001 у женщин, r=0,30, p<0,001 у мужчин).

В ходе анализа морфофункциональных характеристик сердца по данным Эхо-КГ у мужчин и женщин, страдающих ХСН, выявлено, что КДО, КСО, КСР, КДР достоверно больше (p<0,001) у мужчин. ФВ ЛЖ у женщин имели достоверно большие размеры. В женской когорте достоверно чаще встречалась КГЛЖ по сравнению с другими видами ремоделирования сердца.

В ходе проведенного исследования у пациентов с ХСН перенесших ИМ в зависимости от пола и возраста были установлены различные достоверные корреляционные взаимосвязи между показателями Эхо КГ и показателями клинического статуса: так в группе мужчин пожилого возраста МНП коррелировал с ТМЖ ЛЖ (r=0,45; p<0,001),ИОТ (r=0,43; p<0,001),ИММЛЖ (r=0,34; p<0,01). Кроме того, отмечалась отрицательная корреляционная связь между МНП и ФВ ЛЖ (r= -0,24; p<0,05).В то же время в отличие от мужчин в группе пожилых женщин установлена статистически значимая положительная связь между МНП и с показателями Ve/Va (r=0,61; p<0,001). Кроме того, отмечалась положительная корреляция между показателями шкалы Гамильтона и Ve/Va (r=0,35; p<0,01), уровнем ИМТ (r=0,30; p<0,05), и КЖ (r=0,38; p<0,01).

Таким образом, выявлено что, несмотря на более тяжелое клиническое течение ХСН у женщин перенесших ИМ линейные и объемные показатели достоверно больше у мужчин. ФВ ЛЖ у женщин имели достоверно большие размеры; у зрелых женщин ФВ была достоверно выше (на 10,9 %, p<0,001) по сравнению с мужчинами аналогичного возраста. ММЛЖ в группе женщин была на 10 % меньше (p<0,001)в сравнении с мужчинами (265,0±2,8 против 294,4±2,7гр.) у зрелых, и на 9,3% меньше у пожилых (267,0±3,0 против 294,2±2,9 гр.). В группе женщин в 46% случаев ИОТ превышал нормальное значение 0,45, среди мужчин доля таких пациентов равнялась 27% (p<0,001). Выявлена более высокая частота встречаемости КГ ЛЖ у женщин пожилого возраста по сравнению с мужчинами (98,3±1,7 против 26,7±5,7, p<0,001). При этом достоверно чаще среди мужчин выявлялась ЭГ ЛЖ (73,3±5,7 против1,7±1,7в группе пожилых, и 80,0±5,2 против 15,0±4,6 в группе зрелых пациентов, p<0,001).

В данной работе впервые были изучены гендерные и возрастные

особенности ВРС у больных с ХСН на основании суточных записей ЭКГ. По данным временного и частотного анализа ВРС у всех больных ХСН выявлены существенные нарушения вегетативного контроля сердечного ритма. Исследование показало, что общая ВРС (SDNN) была меньше у всех больных ХСН перенесших ИМ, что свидетельствует о нарушении автономной регуляции сердечной деятельности и коррелирует с ФК ХСН. Однако это наблюдается в большей степени среди пожилых пациентов. У пожилых пациентов обоего пола выявляется более выраженное снижение SDNN, по сравнению с группами пациентов зрелого возраста ($p<0,001$). Данные изменения могут быть обусловлены снижением вегетативной регуляции синусового узла, которая способствует также к снижению чувствительности синусового узла с возрастом. По данным проведенного нами исследования у лиц женского пола в обоих возрастных группах SDNN выше чем у мужчин; (59,5±3,87 мс и 69,4±2,30 мс соответственно, $p<0,01$) зрелыми мужчинами (59,5±3,87 мс и 85,1±3,6 мс, $p<0,001$), а также с женщинами зрелого возраста (59,5±3,87 мс и 80,8±4,8 мс соответственно, $p<0,001$). Это может быть обусловлено более частой встречаемостью АГ у женщин в обеих возрастных группах. Установлено что, LF/HF у женщин зрелого и пожилого возраста достоверно ниже, по сравнению с мужчинами, что свидетельствует о более неблагоприятном прогнозе среди женщин.

Таким образом, в нашей работе мы обнаружили что, у пациентов с ХСН перенесших ИМ с увеличением возраста независимо от пола отмечается более выраженное снижение SDNN (на -22,6% у женщин, на- 16,7% у мужчин, $p<0,001$), выраженность гиперсимпатикотонии нарастает. Следовательно, у женщин пожилого возраста выявляется достоверное преобладание в спектре HFnu по сравнению с мужчинами (на 23,3%, $p<0,001$), что свидетельствует об увеличении парасимпатических влияний на сердце. LF/HF у женщин зрелого и пожилого возраста достоверно ниже (на -29,7%, -18,9%, соответственно, $p<0,001$),по сравнению с мужчинами.

Следующим направлением нашей работы являлась разработка современных стратегий лечения ХСН, которая основывается, в том числе и на дифференцированном подходе к лечению больных в зависимости от пола.

На третьем этапе нашей работы для реализации поставленных задач 205 мужчин и 185 женщин с ХСН перенесших ИМ, методом слу-

чайной выборки были рандомизированы на 3 группы; больные 1 группы (80 мужчин и 70 женщин), получали базисную терапию с включением ИАПФ периндоприл 5-10 мг/сутки , 2 группы (80 мужчин и 70 женщин) помимо базисной терапии принимали валсартан 80-160 мг/сутки. В схему лечения пациентов 3 группы (45 мужчин и 45 женщин) кроме базисной терапии (с ИАПФ и/или БРА) был включен сертралин в дозировке 50 мг в сутки. Как показали результаты исследования, проводимая терапия оказывала сопоставимый клинический эффект и у мужчин и у женщин всех трех групп (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей клинического и психоэмоционального статуса, у женщин с ХСН в зависимости от схемы лечения

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.
ТШХ	325,7±10,4 (155 – 430)	423,9±5,3 (330 – 545) ^^^	331,4±12,9 (130 – 505)	413,7±6,8 (269 – 500) ^^^	325,0±10,9 (150 – 430)	448,2±8,4 (240 – 550) ^^^ # &&
ШОКС	5,08±0,15 (4 – 8)	3,70±0,10 (3 – 6) ^^^	4,97±0,20 (3 – 8)	3,88±0,13 (3 – 6) ^^^	5,23±0,17 (3 – 8)	3,80±0,12 (3 – 6) ^^^
КЖ	48,7±1,4 (30 – 72)	41,0±1,3 (25 – 59) ^^^	51,0±1,4 (32 – 72)	43,5±1,4 (25 – 65) ^^^	51,1±1,5 (30 – 75)	41,5±1,2 (23 – 60) ^^^
МНП	410,8±15,2 (150 – 680)	325,3±14,4 (120 – 540) ^^^	403,8±19,0 (180 – 709)	359,4±18,6 (145 – 661)	458,9±20,2 (190 – 800) &	310,6±11,4 (150 – 490) ^^^ &
Гамильтон	–	–	–	–	22,1±0,6 (12 – 28)	11,8±1,5 (6 – 100) ^^^
САД	132,8±2,1 (110 – 170)	124,8±1,4 (105 – 145) ^^	131,6±2,3 (105 – 165)	125,1±0,9 (110 – 145) ^^	129,7±2,3 (100 – 170)	123,6±1,3 (105 – 145) ^
ДАД	81,5±1,3 (65 – 105)	75,5±0,6 (65 – 95) ^^^	80,9±1,4 (65 – 105)	78,4±0,8 (70 – 95) ##	80,0±1,2 (65 – 105)	76,2±0,7 (65 – 90) ^^ &
ЧСС	75,9±1,1 (65 – 100)	69,7±0,3 (65 – 75) ^^^	74,1±1,0 (60 – 100)	68,8±0,4 (60 – 75) ^^^	76,1±0,9 (65 – 100)	73,1±0,5 (68 – 90) ^^###&&&

Прим.: статистически значимая разница с показателями:
1. исхода: ^ - p_0< 0,05; ^^ - p_0< 0,01; ^^^ - p_0< 0,001

2. I группы: # - $p_1 < 0,05$; ## - $p_1 < 0,01$; ### - $p_1 < 0,001$
3. II группы: & - $p_2 < 0,05$; && - $p_2 < 0,01$; &&& - $p_2 < 0,001$

На фоне проводимой базисной терапии у пациентов I, II и III группы отмечено статистически значимое улучшение клинического состояния. Следует отметить, что исходно толерантность к физической нагрузке у женщин в каждой из трех групп была ниже, чем у мужчин. При анализе динамики толерантности к физической нагрузке по данным ТШХ выявлено, что на фоне терапии периндоприлом, валсартаном, а также периндоприлом в сочетании с сертралином отмечено достоверное ($p<0,001$) увеличение дистанции, проходимой в течение 6-минут, и у мужчин и у женщин. Обращает на себя внимание тот факт, что у женщин наблюдалась более выраженная положительная динамика показателей в 2-й и 3-й группе (табл. 3).

По результатам проведенного исследования уровень МНП во всех группах был исходно повышен у всех пациентов, исходно более высокие показатели были отмечены у женщин по сравнению с мужчинами в 1-й и во 2-й группе ($p<0,01$). Через 6 месяцев на фоне периндоприла и проводимой базисной терапии (1 группа) отмечалось снижение показателей МНП у мужчин на 20,8% ($p<0,001$), у женщин на 17,6% ($p<0,05$). На фоне лечения валсартаном (2 группа) через 6 месяцев отмечалось снижение МНП у женщин на 24,2% ($p<0,05$), в то время как в группе мужчин отмечалась лишь статистическая тенденция к снижению МНП на 11% ($p>0,05$). В течении 6 месяцев на фоне базисной терапии и сертралина (3 группа) МНП уменьшился на 43,1% у женщин и 32,3% у мужчин ($p<0,001$).

В нашем исследовании у всех обследованных пациентов выявлено умеренное снижение КЖ, у пациентов мужского пола КЖ больных ХСН по Миннесотскому опроснику было достоверно ниже по сравнении с женщинами: 48,7±1,4 vs 38,6±1,9 ($p<0,001$) в 1-й, 51,0±1,4 vs 42,8±1,9 ($p<0,001$) во 2-ой и 51,1±1,5 vs 44,6±1,9 ($p<0,05$) в 3-й группе соответственно. Тем не менее, на фоне проводимой терапии достоверная положительная динамика качества жизни отмечена и у мужчин и у женщин, независимо от выбранной схемы терапии. При этом степень улучшения качества жизни наблюдалась достоверно больше ($p<0,001$) у пациентов в 3-й группе, на фоне применения периндоприла и сертралина (табл. 2,3).

Оценен уровень депрессии у мужчин и женщин по шкале Гамильтона до и после 6 месяцев на фоне лечения периндоприла и сертрали-

на в 3-й группе. Исходно у мужчин отмечена 22,1±0,6 баллов против 25,8±0,5 (p<0,001) баллов у женщин.

Таблица 3

Динамика показателей клинического и психоэмоционального статуса, у женщин с ХСН в зависимости от схемы лечения

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.
ТШХ	278,1±13,6 (145– 482)	341,3±11,9 (190– 500) ^^^	282,0±13,8 (130– 445)	375,5±12,3 (190– 555) ^^^ #	297,7±13,3 (130 – 450)	425,9±6,5 (310 – 545) ^^^ ### &&&
ШОКС	5,40±0,21 (3 – 8)	4,18±0,14 (3 – 7) ^^^	5,22±0,20 (3 – 8)	3,85±0,13 (3 – 7) ^^^	5,62±0,20 (3 – 8)	3,57±0,09 (3 – 5) ^^^ ###
КЖ	38,6±1,9 (18 – 75)	33,1±1,8 (15 – 69) ^	42,8±1,9 (20 – 76)	36,5±1,7 (16 – 62) ^	44,6±2,2 (18 – 78) #	36,1±1,6 (15 – 66) ^^
МНП	508,6±26,8 (114–980)	419,0±22,7 (85 – 949) ^	535,7±35,2 (114–810)	406,2±25,3 (85 –1108) ^^	527,6±33,2 (85 – 1430)	300,4±21,7 (85 – 1125) ^^^ ### &&
Гамильтон			–	–	25,8±0,5 (16 – 31)	10,3±0,2 (6 – 15) ^^^
САД	136,9±2,5 (110 –180)	129,0±1,1 (115 –150) ^^	137,1±2,1 (100–180)	125,6±1,1 (90 – 150) ^^^ #	134,8±2,7 (90 – 185)	124,1±1,3 (105 – 145) ^^^ ##
ДАД	84,3±1,0 (70 – 100)	79,1±0,7 (70 – 100) ^^^	82,4±1,0 (70 – 100)	75,2±0,6 (60 – 90) ^^^ ###	83,1±1,1 (60 – 105)	73,3±0,5 (65 – 85) ^^^ ### &
ЧСС	84,9±1,0 (72 – 105)	78,6±0,7 (68 – 90) ^^^	79,4±1,1 (60 – 100) ###	70,2±0,4 (65 – 79) ^^^ ###	84,2±1,1 (65 – 110) &&	73,2±0,6 (68 – 85) ^^^ ### &&&

Прим.: статистически значимая разница с показателями:
1. исхода: ^ - p_0< 0,05; ^^ - p_0< 0,01; ^^^ - p_0< 0,001
2. I группы: # - p_1< 0,05; ## - p_1< 0,01; ### - p_1< 0,001
3. II группы: & - p_2< 0,05; && - p_2< 0,01; &&& - p_2< 0,001

Таким образом, у женщин с ХСН достоверно чаще наблюдалась депрессия, чем у мужчин. После терапии периндоприлом и сертралином уровень депрессии по шкале Гамильтона составил 11,8 ±1,5 баллов у мужчин против 10,3±0,2 баллов у женщин (p<0,001). Произошло

достоверное снижение уровня депрессии как у мужчин (на 46,6%, $p<0,001$), так и у женщин (на 60,2%, $p<0,001$), однако, у женщин степень снижения уровня депрессии было достоверно больше.

Из представленных данных очевидно, что терапия базисной терапии и сертралином благоприятно влияет на уровень депрессии мужчин и женщин с ХСН перенесших ИМ. При этом, женщины достоверно лучше отвечают на проведенную терапию, чем мужчины.

Проводимая терапия оказывала положительное влияние на показатели Эхо КГ у всех групп пациентов, однако выявлены некоторые гендерные особенности (табл.4, 5). На фоне проводимой базисной терапии, включавшей периндоприл отмечено положительная динамика, достоверное уменьшение линейный и объемных показателей внутрисердечной гемодинамики у мужчин и женщин.

У мужчин на фоне терапии с периндоприлом выявлены изменения, свидетельствовавшие о регрессе гипертрофии ЛЖ. Отмечена достоверное снижению ИОТ ЛЖ ($p<0,001$), что свидетельствовало об улучшении процессов ремоделирования в миокарде ЛЖ. У женщин оценка изменения линейных и объемных показателей через 6 месяцев лечения позволила выявить выраженную тенденцию к снижению ИКДО ($p<0,001$), а также уменьшение этих показателей в систолу.

При анализе показателей структурно-функциональных параметров сердца на фоне терапии, включавшей валсартан, выявлено достоверное уменьшение линейных и объемных показателей в диастолу у женщин. Кроме того, у женщин, получавших валсартан, наблюдалось достоверное уменьшение таких показателей, как ТЗС ЛЖ, ТМЖП, ИММЛЖ ($p<0,001$). В группе мужчин, принимавших валсартан, не было выявлено такой выраженной положительной динамики объемных и линейных показателей Эхо КГ, однако отмечена достоверное уменьшение ТЗС ЛЖ, ИММЛЖ ($p<0,001$).

Результаты Эхо КГ исследования у мужчин и женщин, получавших базисную терапию, периндоприл и сертралин, у женщин отмечалась положительная динамика линейных и объемных параметров ЛЖ: статистически достоверное снижение диастолических показателей: КДР, ИКДО ($p<0,001$). Выявлена тенденция к уменьшению КСО, ИКСО ($p<0,001$), в связи с этим наблюдалось достоверное уменьшение УО ($p<0,001$). Кроме того, через 6 месяцев терапии с периндоприлом и сертралином у женщин достоверно снизились показатели, характеризующие выраженность гипертрофии ЛЖ. Очевидно, достоверный рег-

ресс гипертрофии ЛЖ на фоне терапии привел к изменению геометрии ЛЖ, о чем свидетельствовало снижение ИОТ на 9,1 (p<0,001).

Таблица 4

Динамика эхокардиографических показателей у мужчин

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.
КДР	5,90±0,03 (5,30 – 6,88)	5,49±0,01 (5,41 – 5,85) ^^^	5,61±0,03 (5,34 – 6,25) ###	5,52±0,03 (5,22 – 6,14) ^	5,65±0,03 (5,34 – 6,49) ###	5,26±0,03 (4,29 – 6,12) ^^^###&&&
КСР	4,52±0,02 (4,12 – 4,95)	4,10±0,00 (4,05 – 4,2) ^^^	4,42±0,02 (4,12 – 4,76) ##	4,22±0,01 (4,01 – 4,55) ^^^###	4,43±0,02 (4,11 – 4,77) ##	4,00±0,02 (3,79 – 4,45) ^^^###&&&
ИКДО	86,1±1,1 (67,2 – 117,5)	72,8±0,3 (68,2 – 83,6) ^^^	76,1±0,9 (65,8 – 98,5) ###	73,6±0,9 (63,3 – 94,6) ^	78,1±1,0 (68,0 – 107,1) ###	66,3±1,0 (41,9 – 93,7) ^^^###&&&
ИКСО	46,4±0,6 (35,9 – 57,8)	36,9±0,1 (34,7 – 38,6) ^^^	43,9±0,4 (35,9 – 52,8) ##	39,4±0,3 (34,4 – 47,5) ^^^###	44,3±0,4 (37,0 – 52,6) ##	34,9±0,4 (30,9 – 44,8) ^^^###&&&
ФВ	0,45±0,01 (0,22 – 0,64)	0,49±0,002 (0,45 – 0,56) ^^^	0,42±0,008 (0,27 – 0,59) ##	0,46±0,007 (0,35 – 0,62) ^^^###	0,43±0,008 (0,28 – 0,59) #	0,47±0,009 (0,21 – 0,61) ^#
ТЗС	1,25±0,004 (1,17 – 1,32)	1,14±0,002 (1,10 – 1,17) ^^^	1,24±0,003 (1,17 – 1,29) ##	1,22±0,005 (1,08 – 1,28) ^^###	1,24±0,004 (1,18 – 1,37)	1,09±0,004 (1,03 – 1,16) ^^^###&&&
ТМЖ	1,23±0,004 (1,09 – 1,3)	1,06±0,002 (1,03 – 1,08) ^^^	1,20±0,004 (1,10 – 1,25) ###	1,21±0,005 (1,09 – 1,24) ^###	1,23±0,004 (1,16 – 1,33) &&&	1,04±0,008 (0,92 – 1,20) ^^^&&&
ИОТ	0,42±0,003 (0,35 – 0,48)	0,40±0,001 (0,38 – 0,41) ^^^	0,44±0,002 (0,39 – 0,46) ###	0,44±0,003 (0,40 – 0,47) ###	0,44±0,002 (0,38 – 0,48) ###	0,41±0,003 (0,35 – 0,52) ^^^#&&&
Ve/Va	0,81±0,007 (0,69 – 0,94)	0,86±0,002 (0,82 – 0,91) ^^^	0,79±0,007 (0,66 – 0,89)	0,88±0,009 (0,74 – 1,04) ^^^	0,81±0,009 (0,67 – 0,98)	0,89±0,010 (0,74 – 1,10) ^^^###
ВИВР	121,9±0,3 (118,5–126,7)	113,0±0,6 (105,3–123,1) ^^^	118,7±0,4 (111,5–125,5) ###	111,8±0,5 (101,3–118,5) ^^^	108,0±0,8 (95,3–119,4) ###&&&	101,8±0,4 (98,1 – 110,2) ^^^###&&&
ММЛЖ	326,4±3,1 (265,8–411,5)	246,3±0,8 (238,5–279,3) ^^^	293,9±2,7 (259,8–347,5) ###	285,2±2,8 (250,6–344,6) ^###	303,5±2,7 (273,2–378,4) ###&	221,9±2,3 (170,2–282,7) ^^^###&&&
ИММЛЖ	162,1±1,6 (129,7–196,8)	122,4±0,5 (114,1–137,5) ^^^	145,5±1,4 (127,3–173,3) ###	141,3±1,5 (123,1–171,9) ^###	150,6±1,4 (131,9–188,3) ###&	110,1±1,2 (86,4 – 140,7) ^^^###&&&

Прим.: статистически значимая разница:

1. с исходными показателями: ^ - p_0< 0,05; ^^ - p_0< 0,01; ^^^ - p_0< 0,001;

2. с показателями I группы: # - p_1< 0,05; ## - p_1< 0,01; ### - p_1< 0,001;
3. с показателями II группы: & - p_2< 0,05; && - p_2< 0,01; &&& - p_2< 0,001

Таблица 5

Динамика эхокардиографических показателей у женщин

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.	Исход	Через 6 мес.
КДР	5,46±0,04 (4,88 – 6,39)	5,17±0,04 (4,38 – 6,39) ^^^	5,27±0,03 (4,89 – 6,33) ###	5,05±0,02 (4,69 – 5,45) ^^^#	5,05±0,02 (4,69 – 5,45) ###&&&	4,59±0,03 (4,14 – 5,48) ^^^###&&&
КСР	4,11±0,03 (3,72 – 4,56)	3,90±0,03 (3,24 – 4,25) ^^^	4,01±0,02 (3,43 – 4,95) ##	3,81±0,03 (3,00 – 4,75) ^^^#	3,86±0,03 (3,12 – 4,75) ###&&&	3,37±0,03 (2,75 – 4,26) ^^^###&&&
ИКДО	74,6±1,2 (56,6–107,8)	65,8±1,4 (47,3–107,8) ^^^	68,4±0, (56,68–105,5) ^^^	62,0±0,6 (51,5–74,4) ^^^###	61,9±0,6 (51,5– 74,4) ###&&&	49,5±0,7 (38,4–77,5) ^^^###&&&
ИКСО	38,3±0,7 (28,8 – 51,6)	34,0±0,6 (20,4 – 43,4) ^^^	36,0±0,6 (24,6 – 59,9)	32,1±0,6 (18,9 – 54,4) ^^^	33,0±0,7 (19,7 – 54,4) ###&&&	23,9±0,5 (14,4 – 42,2) ^^^###&&&
ФВ	0,48±0,01 (0,31 – 0,66)	0,47±0,01 (0,22 – 0,69)	0,47±0,01 (0,38 – 0,63)	0,48±0,01 (0,17 – 0,72)	0,47±0,01 (0,31 – 0,67)	0,51±0,01 (0,33 – 0,69) ^^#&
ТЗС	1,25±0,005 (1,19 – 1,38)	1,14±0,005 (1,08 – 1,30) ^^^	1,23±0,004 (1,14 – 1,3) ###	1,07±0,004 (0,93 – 1,33) ^^^###	1,27±0,006 (1,18 – 1,38) ##&&&	1,10±0,006 (1,01 – 1,23) ^^^###
ТМЖ	1,23±0,006 (1,09 – 1,38)	1,07±0,006 (0,97 – 1,24) ^^^	1,21±0,005 (1,09 – 1,29) #	1,11±0,005 (0,98 – 1,13) ^^^###	1,29±0,012 (1,09 – 1,83) ##&&&	1,01±0,011 (0,88 – 1,55) ^^^###&&&
ИОТ	0,46±0,003 (0,39 – 0,51)	0,43±0,004 (0,34 – 0,51) ^^^	0,46±0,002 (0,39 – 0,51) ##	0,43±0,002 (0,40 – 0,47) ^^^	0,51±0,003 (0,46 – 0,56) ###&&&	0,46±0,003 (0,37 – 0,53) ^^^###&&&
Ve/Va	0,77±0,018 (0,49 – 1,17)	0,80±0,008 (0,62 – 0,91)	0,78±0,009 (0,68 – 1,06)	0,91±0,011 (0,71 – 1,22) ^^^###	0,83±0,008 (0,68 – 0,94) &&&	0,81±0,009 (0,58 – 0,96) &&&
ВИВР	115,6±1,0 (98,6–125,5)	107,0±0,8 (94,0–123,5) ^^^	102,7±0,8 (90,0–119,0)	100,4±0,7 (87,1–111,1) ^###	121,7±0,3 (115,9–126,7) ###&&&	114,8±0,4 (107,0–127,3) ^^^###&&&
ММЛЖ	287,7±3,6 (229,6-368,6)	224,2±3,1 (173,7-317,4) ^^^	265,1±2,8 (230,6-362,7) ###	212,3±1,7 (181,5-243,6) ^^^###	265,1±2,9 (223,5-387,5) ###	174,2±2,4 (141,2-264,2) ^^^###&&&
ИММЛЖ	147,5±2,1 (121,6–191,3)	114,9±1,7 (92,5–164,7) ^^^	135,3±1,5 (117,6–188,2) ###	108,4±0,9 (92,6–125,5) ^^^##	135,3±1,6 (113,1–199,7) ###	89,0±1,3 (71,4–136,2) ^^^###&&&

Прим.: статистически значимая разница:
1. с исходными показателями: ^ - p_0< 0,05; ^^ - p_0< 0,01; ^^^ - p_0< 0,001;

2. с показателями I группы: # - $p_1 < 0,05$; ## - $p_1 < 0,01$; ### - $p_1 < 0,001$;
3. с показателями II группы: & - $p_2 < 0,05$; && - $p_2 < 0,01$; &&& - $p_2 < 0,001$

У женщин всех трех групп проводимая терапия оказывала сопоставимое положительное влияние на показатели, характеризующие гипертрофию ЛЖ (ТЗС, ТМЖП, ИММЛЖ), что, вероятно, в свою очередь привело к изменению геометрии ЛЖ.

Динамика линейных и объемных показателей была выражена как на фоне применения периндоприла и валсартана, а также периндоприла в сочетании с сертралином. Следует подчеркнуть, что ни одна из предложенных схем лечения не оказывала существенного влияния на диастолическую функцию ЛЖ у женщин. Кроме того, необходимо отметить, что включение в схему лечения сертралина позволило достичь достоверного улучшения как показателей клинического и психоэмоционального статуса, а также на КЖ, у пациентов обоего пола, особенно у женщин. В ходе проведенного исследования отмечена хорошая переносимость терапии, случаев отмены препаратов не зарегистрировано. Существует четкая взаимосвязь между уровнем депрессии у женщин и их клиническим состоянием. Прием антидепрессанта сертралина в составе стандартной терапии ХСН сопровождается антидепрессивным, анксиолитическим эффектом (на 46,6% у мужчин, 60,2% у женщин $p<0,001$), позволяет достичь дополнительного положительного влияния на КЖ, особенно у женщин. Важно отметить, что в группе сертралина отсутствовали прирост ЧСС в сочетании с нейтральным влиянием препарата на гемодинамический статус. Таким образом, с одной стороны, сертралин может быть рекомендован для пациентов с ДР и ХСН, а с другой, - существует необходимость продолжения исследовательской работы плейотропных, полезных для пациентов кардиологического профиля эффектов антидепрессантов.

Терапия антидепрессантом на протяжении 6 месяцев сопровождалась снижением количества госпитализаций в группе вмешательства, не смотря на значимое превалирование в ней женщин.

С нашей точки зрения, исследование психоэмоционального фона у пациентов с ХСН, ИБС, ИМ должно стать таким же рутинным, как измерение АД, ЧСС, снятие и расшифровка ЭКГ. Осознание актуальности проблемы депрессии, тревоги врачом и пациентом сделает ее зримой, и, как следствие, будут обозначены возможные индивидуальные пути ее решения: назначение антидепрессанта и/или анксиолитика, обращение к психотерапевту или психиатру.

На основании предложенной концепции психоэмоциональная составляющая формирования ХСН требует индивидуального гендерного подхода к разработке реабилитационных программ, своевременной диагностики и адекватной медикаментозной коррекции, что позволит уменьшить негативное влияние ДР на течение болезни и, как следствие, замедлить скорость прогрессировать сердечно-сосудистого континуума.

Таким образом, выбор препарата с позиций выявленных в ходе исследования гендерных особенностей открывает новые возможности в оптимизации терапии ХСН у мужчин и женщин, перенесших ИМ. ИАПФ и БРА (периндоприл и валсартан) с составе стандартной терапии ХСН эффективны и безопасны, как у мужчин, так и у женщин. Терапия обоими препаратами приводит к улучшению клинического статуса, КЖ, толерантности к физической нагрузке, структурно-функциональных параметров сердца, независимо от половой принадлежности пациентов.

В заключении следует отметить, что результаты проведенных исследований существенно дополняют имеющиеся представления о патогенезе ХСН развившейся после ИМ у мужчин и женщин. Развитие ХСН среди женщин у лиц старшей возрастной категории в сравнении с мужчинами определяет накопление таких ФР как АГ, СД , ожирение, ГЛЖ. Наряду с перечисленными причинами, которые определяют негативный прогноз женщин, значимое влияние на течение и исход ХСН имеет психоэмоциональный фон, нарушения которого выявляются у абсолютного большинства женщин (95%) в сравнении с мужчинами (70%). Внедрение патогенетически обоснованного подхода к лечению с учетом гендерных позиций в реальную клиническую практику позволит улучшить клинический и психоэмоциональный статус, КЖ, профилактировать прогрессирование ХСН и снизить смертность данной категории больных.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность ХСН по данным ретроспективного анализа составила 51,4±0,8% (n=1856) от общего количества пациентов, госпитализированных в стационар (n=3614). При этом данная патология чаще встречается у мужчин: 56,8% случаев ХСН отмечено у мужчин (n=1055), и 43,2% (n=801) у женщин (p<0,001). Средний возраст

женщин с данным диагнозом достоверно выше, чем у мужчин (71,1±2,1 против 58,9±1,8). Если в возрасте до 70 лет ХСН чаще встречается у мужчин (p<0,001), то в возрасте старше 70 лет этой патологией чаще страдают женщины.

2. Основными этиологическими факторами ХСН являются сочетания ИБС и АГ (79,9%), в том числе с СД (21,4%). Выявлены существенные различия по этиологии ХСН у мужчин и женщин: у мужчин несомненным лидером является ИБС (56,9±1,52), частота АГ составляет 23,7±1,31, ДКМП 16,87 ±1,15. У женщин ведущей причиной развития ХСН служит АГ- (51,56 ±1,77) случаев ($\chi 2$=1173,5; p<0,001), за ней следует ИБС (26,34±1,56) случаев ($\chi 2$=153,9; p<0,001), СД (21,85±1,46) ($\chi 2$=32,9; p<0,001), клапанные пороки (13,11±1,19) ($\chi 2$=93,4; p<0,001). ХСН с ФВЛЖ <45% диагностирована у 84% пациентов. В группе женщин пациенты с сохраненной ФВ ЛЖ встречаются достоверно чаще, чем в группе мужчин (в 2 раза).

3. Гендерные различия выявлены в отношении терапии ХСН: ИАПФ мужчины лечились чаще, чем женщины (89% и 78% соответственно, p<0,001), БРА II больше назначались женщинам, чем мужчинам (46,9% и 32% соответственно, p<0,001), антагонисты альдостерона использовались значительно реже в лечении женщин (32,9% и 42% соответственно, p<0,001). Несмотря на высокий процент назначения бетаблокаторов (63,9% у мужчин и 61,4% у женщин), редко назначались препараты с доказанной эффективностью, а дозы не достигали средних терапевтических. Комбинированное лечение назначается реже, чем полагается.

4. Установлено что, у пациентов мужского пола чаще встречался ИМ с зубцом Q, чем в группе женщин (57,5% против 42,4%; p<0,001). Повторный ИМ в анамнезе имели мужчины чаще, чем женщины (5 против 1; p<0,001). Выявлено что, у мужчин ИМ задней стенки встречался чаще, чем у женщин (43,1% против 29,2%; p<0,001), ИМ передней стенки чаще встречался у женщин (68,7% против 55,4%; p<0,001). У женщин с момента развития ИМ до появления клинических признаков ХСН прошло 5,62±0,31 лет, а у мужчин–6,84±0,33 лет (p<0,01), что указывает на более быстрое развитие ХСН у женщин.

5. Выявлено, что женщины с ХСН, перенесшие ИМ, имели более тяжелые проявления СН и, очевидно, связанную с этим большую степень ограничения физической нагрузки. Повышение МНП достоверно чаще встречалось у женщин с ХСН пожилого возраста по срав-

нению с мужчинами (590,0±30,6 против 489,8±24,4, p<0,05). Выявлена также что, среди женщин достоверно чаще встречается ожирение, по сравнению с мужчинами (p<0,001). КЖ больных ХСН по Миннесотскому опроснику и ДР по шкале Гамильтона у женщин достоверно хуже (на 23,1% у зрелых, на 18,1% у пожилых, p<0,001), чем у мужчин, что определяет более неблагоприятный прогноз для лиц женского пола.

6. Проведен корреляционный анализ между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и клиническим состоянием больных ХСН мужчин и женщин. Выявлено наличие корреляционной связи у зрелых женщин (коэффициент корреляции по Z- Фишеру r= - 0,30, p<0,05),у пожилых (коэффициент корреляции по Z- Фишеру r= -0,33, p<0,05). В мужской группе корреляционная связь между вышеперечисленными признаками отсутствует (коэффициент корреляции по Z- Фишеру r= -0,19, p>0,05 у зрелых, и r= -0,21, p>0,05 у пожилых).

7. Выявлено что, несмотря на более тяжелое клиническое течение ХСН у женщин перенесших ИМ линейные и объемные показатели достоверно больше у мужчин. ФВ ЛЖ у женщин имели достоверно большие размеры; у зрелых женщин ФВ была достоверно выше (на 10,9 %, p<0,001) по сравнению с мужчинами аналогичного возраста. ММЛЖ в группе женщин была на 10 % меньше (p<0,001)в сравнении с мужчинами у зрелых, и на 9,3% меньше у пожилых. В группе женщин в 46% случаев ИОТ превышал нормальное значение 0,45, среди мужчин доля таких пациентов равнялась 27% (p<0,001). Выявлена более высокая частота встречаемости КГ ЛЖ у женщин пожилого возраста по сравнению с мужчинами (98,3±1,7 против 26,7±5,7, p<0,001). При этом достоверно чаще среди мужчин выявлялась ЭГ ЛЖ (73,3±5,7 против1,7±1,7в группе пожилых, и 80,0±5,2 против 15,0±4,6 в группе зрелых пациентов, p<0,001).

8. Проведенный корреляционный анализ в группах пожилых пациентов выявил наличие достоверной отрицательной связи между МНП и ФВ: с увеличением содержания МНП, достоверно чаще выявляется снижение ФВ у пациентов мужского и женского пола r= –0,26 (p<0,05) и r= –0,53 (p<0,001) соответственно. Только у пожилых пациентов МНП коррелировал с размерами КСР (r=0,45, p<0,001 у женщин, r=0,30, p<0,001 у мужчин).

9. У пациентов с ХСН перенесших ИМ с увеличением возраста независимо от пола отмечается более выраженное снижение SDNN

(на –22,6% у женщин, на –16,7% у мужчин, p<0,001), выраженность гиперсимпатикотонии нарастает; у женщин пожилого возраста выявляется достоверное преобладание в спектре HFnu по сравнению с мужчинами (на 23,3%, p<0,001), что свидетельствует об увеличении парасимпатических влияний на сердце. LF/HF у женщин зрелого и пожилого возраста достоверно ниже (на -29,7%, -18,9%, соответственно, p<0,001),по сравнению с мужчинами.

10. ИАПФ и БРА (периндоприл и валсартан) с составе стандартной терапии ХСН одинаково эффективны и безопасны, как у мужчин, так и у женщин. Терапия обоими препаратами приводит к улучшению клинического и психоэмоционального статуса, КЖ, толерантности к физической нагрузке, структурно-функциональных параметров сердца, независимо от половой принадлежности пациентов.

11. Существует четкая взаимосвязь между уровнем депрессии у женщин и их клиническим состоянием. Прием антидепрессанта сертралина в составе стандартной терапии ХСН сопровождается антидепрессивным, анксиолитическим эффектом (на 46,6% у мужчин, 60,2% у женщин p<0,001), позволяет достичь дополнительного положительного влияния на клинический и психоэмоциональный статус, на КЖ, особенно у женщин.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Полученные в настоящем исследовании данные о распространенности ХСН позволяют осуществить дифференцированный подход к воздействию на модифицируемые ФР с учетом гендерных различий и может быть рекомендовано учреждениям здравоохранения при планировании мониторинга эффективности терапии данному контингенту больных. В зависимости от пола для предотвращения развития ХСН рекомендуется своевременно оценивать ФР: у мужчин оценить наличие ИБС, у женщин АГ и СД.

2. С целью выявления и установления своевременной диагностики ХСН у всех пациентов рекомендуется проводить комплексное обследование, включающее ТШХ, шкала Гамильтона, Миннесотский опросник, Эхо-КГ, а также оценки эффективности проводимой терапии. Следует, обратить внимание определению выраженности депрессии и существование КГЛЖ с ДД у женщин и присутствие преимущественно систолической дисфункции у мужчин с ХСН.

3. Показано что, в программу мониторинга эффективности терапии следует включать Холтеровское мониторирование ЭКГ для определения диагностической и лечебной тактики ведения больных с ХСН, применение которого будет способствовать повышению качества лечения больных с ХСН и позволить выделить наиболее угрожаемые категории пациентов.

4. У пациентов с ХСН рекомендуется в комплексную терапию мужчин и женщин включать как ИАПФ периндоприл, так и БРА валсартан, которые оказывают сопоставимый эффект на клинико-функциональные и гемодинамические параметры.

5. С целью повышения эффективности к терапии, в схему лечения больных с ХСН перенесших ИМ, целесообразно включать сертралин, что сопровождается дополнительным улучшением клинического и психоэмоционального статуса, КЖ, особенно у женщин.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Influence of fixed combination perindopril indapamide on endotelial dysfunction, heart and vascular remodeling in metabolic syndrome patients / Abstract book 18th Scientific Meeting European Society of Hypertension, 22nd Scientific Meeting International Society of Hypertension, Poster PS20/MON/22 Berlin 2008 // Journal of Hypertension, 2008, p. S. 295 (coaut.: Bakhshaliyev A.B., Farajova N.Z)

2. Cardiovascular risk factors and body weight dynamics in climacteric women in Azerbaijan / Abstract book 18th Scientific Meeting European Society of Hypertension, 22nd Scientific Meeting International Society of Hypertension,PS06/TUE/44 Berlin 2008 // Journal of Hypertension, 2008, p. S110 (coaut.: Bakhshaliyev A.B., Farajova N.Z)

3. Features of infringements of the rhythm of heart at patients with the arterial hypertension II and III degrees on data of Holter monitoring / Abstract book 18th Scientific Meeting European Society of Hypertension, 22nd Scientific Meeting International Society of Hypertension, Poster PS18/WED/02, Berlin 2008 // Journal of Hypertension, 2008, p. S266-S267 (coaut.: Bakhshaliyev A.B.,Gahramanova S.M.)

4. Myocardial infarction and the use of hormonal replacement therapy in postmenopausal women / Heart failure Congress, Nice, France 2009 // European Journal of Heart Failure Supplements France, 2009, Vol.8 (2) (соавт.: Bakhshaliyev A.B.,Mamedova N.)

5. The metabolic syndrome among postmenopausal women in Azerbaijan /Abstract book 19th Scientific Meeting European Society of Hypertension, P39.266, Milan 2009 // Journal of Hypertension, vol. 27 (suppl.4), S. 417

6. Сравнительная оценка клинического течения инфаркта миокарда у мужчин и женщин //Sağlamlıq, 2009, №10, с.77-81 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Мамедова Н.М)

7. Особенности течения инфаркта миокарда у женщин в менопаузе// Sağlamlıq, 2010, №1, с.77-81 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Мамедова Н.М)

8. Особенности коронарного кровотока и факторы риска у женщин с острым инфартком миокарда // Журнал научных публика-

ций аспирантов и докторантов (Курск),2010, №2, с. 177-179 (соавт.: Бахшалиев А.Б.)

9. Gender aspects of the relationship between level of education, blood pressure and body weight in the Azerbaijan national sample / Abstract book 20th Scientific Meeting European Society of Hypertension, p.7.298 ,Norway 2010 // Journal of Hypertension, vol. 28 (suppl.4), p e 139 (coaut.: Bakhshaliyev A.B.)

10. Combined therapy of arterial hypertension, chronic heart failure and depressive disorders by ACE Inhibitor and diuretics / Abstract book 20th Scientific Meeting European Society of Hypertension,PP.7.298, Norway 2010 // Journal of Hypertension, vol. 28 (suppl.4), e 139

11. State of autonomic regulation of cardiovascular system in patients with chronic heart failure/ Abstract book 20th Scientific Meeting European Society of Hypertension,PP.40.310, Norway 2010 // Journal of Hypertension, vol. 29 (suppl.4), p e 523 (coaut.: Bakhshaliyev A.B.)

12. Взаимосвязь ИБС и остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде, особенности диагностики и лечения // Медицинские новости (Беларусь), 2011, №8, с. 17-19 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Новрузова С.Д.)

13. Хроническая сердечная недостаточность у женщин: эпидемиология, диагностика, дифференцированная фармакотерапия // Медицина (Казахстан), 2011, №10, с. 58-63 (соавт.: Бахшалиев А.В., Бахшалиева Г.И., Кулиева С.Ш.)

14. Особенности клинико-функционального состояния, факторы риска и прогноз инфаркта миокарда у женщин с метаболическим синдромом // Медицинские новости (Беларусь), 2011, №1, с. 83-85 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Дашдамиров Р.Л., Мамедова Н.М.)

15. Эффективность теветена у больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом // Врач-аспирант (Россия), 2011, №2.3 (45), с. 486-490 (соавт.: Бахшалиев А.Б.)

16. Effects of Aldosterone blockade in patients with Mild – Moderately Severe Heart Failure Trared with a beta-blocker / Abstracts of the 3rd World Heart Failure Congress,MPP34, Turkey 2012 // Journal «Cardiovascular Therapeutics», 2012,№30, Suppl.1.,p. 56 (coaut.: Bakhshaliyev A.B., Farajova N.Z)

17. The Hemodynamic effect of L-arginine in patients with moderate congestive heart failure / Abstracts of the 3rd World Heart Failure Congress,MPP35, Turkey 2012 // Journal «Cardiovascular Therapeutics»,

2012,№30, Suppl.1.,p. 56 (coaut.: Bakhshaliyev A.B., Farajova N.Z,Guliyeva S.F., Babayeva F. Efendiyeva L.)

18. Оптимизация артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом / Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современная кардиология: инновационные технологии и их внедрение». Ташкент,2014 //Кардиология Узбекистана, 2009, №1-2, с. 198-199 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Азимова М.Н.)

19. Sex-related differences in heart rate variability in patients with chronic heart failure / Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современная кардиология: инновационные технологии и их внедрение». Ташкент,2014 //Кардиология Узбекистана, 2009, №1-2, с. 198-199

20. Gender features of left ventricular myocardial remodeling and the development of chronic heart failure in patients with postinfarction cardiosclerosis / Joint Meeting ESH-İSH Journal of Hypertension, Poster PP.LB03.30, Athens 2014 // Journal of Hypertension, 2014, volume 32, e-Suppl.1, e693 p. S129 (coaut.: Bakhshaliyev A.B.)

21. Гендерные и возрастные особенности вариабельности сердечного ритма / Тезисы VII Всероссийского форума, Москва 2014 // Вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике, 2014, с. 39 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Ирани. Р.)

22. Оптимизация лечения артериальной гипертонии у больных с метаболическим синдромом / Тезисы VII Всероссийского форума, Москва 2014 // Вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике, 2014, с. 39-40 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Азимова М.Н.)

23. Особенности изменениявариабельности сердечного ритма у пациентов с метаболическим синдромом // Терапевт (Россия), 2014. №8, с. 23-28 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Азимова М.Н. Кахраманова С.М.)

24. Гендерные особенности ремоделирования миокарда левого желудочка при хронической сердечной недостаточности // Казанский Медицинский Журнал (Россия), 2014, том XCV, №3, с. 362-366

25. Гендерные различия в эффективности блокаторов рецепторов ангиотензина и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента у больных с артериальной гипертонией и хронической сердечной недостаточностью // Терапевт (Россия), 2014, №4,с. 36-42 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Фараджова Н.З., КулиеваС.Ф.)

26. Гендерные отличия показателей гемодинамики при применении блокаторов рецепторов ангиотензина II и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у больных хронической сердечной недостаточности // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri", 2014, №4, s.113-116

27. Xroniki ürək çatışmazlığının risk faktorlarının və rastgəlmə tezliyinin gender xüsusiyyətləri // Azərbaycan Kardiologiya Jurnali, 2014, №1, s.57-61

28. Оценка показателей вариабельности ритма сердца на фоне комбинированного лечения у больных с метаболическим синдромом / Сборник материалов международной научной конференции, посвященной 95-летнему юбилею создания кафедры анатомии человека Азербайджанского Медицинского Университета. Баку 2014, с.127-131 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Азимова М.Н. Кахраманова С.М.)

29. Влияние моксонидина и комбинации моксонидина с ивабрадином на параметры инсулинорезистентности у пациентов с метаболическим синдромом // Казанский Медицинский Журнал, 2015, том XCVI, №1, с. 32-37 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Азимова М.Н. Кахраманова С.М.)

30. Гендерные особенности хронической сердечной недостаточности // Клиническая медицина (Россия), 2015, №1, том 93, с. 71-75

31. Постинфарктная дисфункция митрального клапана при различной локализации поражения коронарных артерий // Медицинские новости (Беларусь), 2015, №4, с. 71-73

32. Гендерные и возрастные особенности вариабельности сердечного ритма у больных с хронической сердечной недостаточностью // Проблемы женского здоровья (Россия), 2015, №1, том 10, с. 36-42

33. Гендерные различия эффективности периндоприла в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности // Кардиология в Белоруси (Белорусь), 2015, №2 (39), с. 128-134

34. Гендерные и возрастные особенности вариабельности сердечного ритма у практически здоровых лиц // Профилактическая медицина (Россия), 2015, том 14, №2, стр. 62-66

35. Effect of gender on treatment and outcomes chronic heart failure in Azerbaijan / Abstract book 25th European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Prevention, Poster № PP.08.07, Milan 2015 // Journal of Hypertension, 2015, e-supplement 1, p. E202

36. Gender- and age specific factors risk of chronic heart failure / Ab-

stract book 25th European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Prevention, Poster № PP.30.20, Milan 2015 // Journal of Hypertension, e-supplement 1, p. 405

37. İnfluence of exercise training on tissue oxygenation in patients with chronic heart failure/ Abstract book 25th European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Prevention, Poster № PP.36.05, Milan 2015 // Journal of Hypertension, e-supplement 1, p. 462 56 (coaut.: Abdullayev N.A., Shirinova E.Z)

38. Evaluation of gender features of risk factors of chronic heart failure / European Journal of Heart Failure ;Special Issue: Abstracts of the Heart Failure 2015 and the 2nd World congress on Acute Heart Failure, P251, Seville, Spain,2015 // European Journal of Heart Failure; Special Issue, 17 (suppl.1), e52 (coaut.: Bakhshaliyev A.B.)

39. Гендерные особенности факторов риска развития, возрастные и половые различия по тяжести и генезу хронической сердечной недостаточности // Терапевтический архив (Россия), Москва, 2015, том 87, №4, стр.13-17 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Бахшалиева Г.И.)

40. Гендерные особенности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у женщин в пери–и постменопаузе / Материалы Форума «IV Международный форум Кардиологов и Терапевтов», Москва, 2015 // Специальный выпуск журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2015,стр.61

41. Гендерные различия ренин-ангиотензин алдостероновой системы и их взаимосвязь с гуморальными факторами у пациентов с артериальной гипертензией // Системные гипертензии (Россия), 2015, том 12, №2, стр. 42-46

42. Натрийуретический пептид В-типа и D–димер как ранний диагностический маркер при остром коронарном синдроме // Медицинские новости (Беларусь), 2015, №8, стр.67-69 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Мамедов Э.)

43. Особенности структурно-морфометрических параметров левого желудочка сердца у женщин с хронической сердечной недостаточностью // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний (Россия),2015, Том 3, №7, с.49-55

44. 25-ый конгресс Европейского и международного общества по артериальной гипертонии // Терапевт (Россия), 2015, №10, с. 77-79

45. Гендерные и возрастные особенности хронической сердечной недостаточности ассоциированной с дисфункцией почек //

Кардиология в Белоруси» (Белорусь), 2015, №5 (42), с.13-20

46. Гендерные особенности клинико-соматического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью перенесших инфаркт миокарда / МатериалыV Научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа, Нальчик 2015 // Специальный выпуск журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2015, стр.20-21

47. Особенности структурно-морфометрических параметров левого желудочка сердца у женщин с хронической сердечной недостаточностью / МатериалыV Научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа, Нальчик 2015 // Специальный выпуск журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2015, стр.21-22

48. Гендерные различия динамики терапии ИАПФ, БРА у пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Ümummilli lider Heydər Əliyevin anadan olmasının 92-cı ildönümünə həsr olunmuş «Təbabətin aktual problemləri 2015» Elmi –praktik konfransın materialları, Bakı 2015, səh.123

49. Гендерные различия ответа на различные варианты медикаментозной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда// Казанский Медицинский Журнал (Россия), 2016, томXCVII, №1, стр.17-25.

50. Гендерные и возрастные различия в медикаментозном лечении хронической сердечной недостаточности на госпитальном этапе наблюдения // Экспериментальная и клиническая фармакология (Москва), 2016, том 79, №2, с.49-54

51. Гендерные особенности клинико-соматического и психоэмоционального статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью // Российский Медицинский журнал» (Россия), 2016, №1, с.17-22

52. Гендерные и возрастные особенности клинического статуса, структурно-функциональных параметров сердца их взаимосвязь с психоэмоциональным состоянием у пациентов с хронической сердечной недостаточностью перенесших инфаркт миокарда // Кардиоваскулярная терапия и профилактика» (Россия), 2016, №1, с.17-22

53. A comparison of valsartan and perindopril in the treatment of arterial hypertension in the Azerbaijan population // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı, 2015, №1 (7), p.14-18

54. Гендерные особенности хронической сердечной недостаточности, оптимизация медикаментозной терапии и диагностики // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2016 №1, s.147-155

55. Клиническое значение иммунного статуса воспаления в обострении ишемической болезни сердца // Журнал «Кардиология в Беларуси», 2016, №5, т. 8, с. 754-768 (соавт.: Бахшалиев А.Б., Панахова Н.А.)

56. Characteristics, treatments, and outcomes of patients hospitalized for heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry (Azerbaijan) / Abstracts of the Heart Failure 2017 and the 4th World congress on Acute Heart Failure, Paris, France, 2017// European Journal of Heart Failure (2017) 19 (Suppl.S1), 404.

57. Features of changes of insulin resistance in patients with metabolic syndrome with moxonidine and a combination of moxonidine with ivabradine / 12th Metabolic Syndrome, Type 2 Diabetes and Atherosclerosis Congress, St. Petersburg, Russia, 2017.

GÜLNAZ MAHIR qızı DADAŞOVA

XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIQLARININ GENDER XÜSUSİYYƏTLƏRİ, DİAQNOSTİKA VƏ MEDİKAMENTOZ MÜALİCƏNİN YAXŞILAŞDIRILMASI YOLLARI

XÜLASƏ

Məlum olduğu kimi, xronik ürək çatışmazlığı (XÜÇ) bütün ürək-damar xəstəliklərinin final mərhələsi hesab edilir, bu baxımdan müasir təbabətin əsas problemlərindən biridir. XÜÇ-nın epidemiologiyası, risk faktorları, klinik və psixoemosional statusu, diferensiasiya olunmuş müalicəsinin gender xüsusiyyətləri kifayət qədər öyrənilməmişdir.

Tədqiqat zamanı XÜÇ olan xəstələrdə cinsdən asılı olaraq xəstəliyin yayılma dərəcəsi, etiologiya və risk faktorlarının profili, klinik-funksional və hemodinamik xüsusiyyətləri, həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi və medikamentoz terapiyanın optimallaşdırılmasını qarşıya məqsəd qoymuşuq.

Tədqiqat işinə 2013-cü ildə C.Abdullayev adına ET Kardiologiya İnstitutuna daxil olan 3614 pasientin xəstəlik tarixçəsinin retrospektiv təhlili, NYHA II-III funksional sinifli postinfarkt XÜÇ olan 390 xəstənin klinik-instrumental müayinələrinin nəticələri daxil edilmişdir.

Bütün xəstələrə ümumi klinik müayinələr aparılmış, klinik vəziyyət qiymətləndirilmiş, həyat keyfiyyəti Minnesot sorğusu, depressiyanın səviyyəsi Hamilton şkalası üzrə öyrənilmiş, 6 dəqiqəlik addım testi aparılmış, BNP (beyin natriuretik peptid) müayinə edilmiş, Holter üzrə EKQ sutkalıq monitoru, eləcə də Exo-KQ müayinələr aparılmışdır.

Tədqiqatlar 3 mərhələdə aparılmışdır. I mərhələdə 2013-cü ildə C.Abdullayev adına ET Kardiologiya İnstitutunda XÜÇ diaqnozu ilə daxil olan xəstələrin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Aşkar edilmişdir ki, ümumi xəstələr arasında XÜÇ olan xəstələr 51,4% təşkil etmişdir. Kişi və qadınlar arasında, XÜÇ-ün etiologiyası ilə əlaqədar olaraq əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilmişdir; kişilərdə ÜİX, kardiomiopatiyalar, qadınlarda isə AH, ŞD və qapaq patologiyaları üstünlük təşkil etmişdir. Qeyd etmək lazımıdır ki, sol

mədəciyin saxlanan atım fraksiyası qadınlarda kişilərə nisbətən 2 dəfə yüksək olmuşdur.

Tədqiqatın 2-ci mərhələsində XÜÇ olan kişi və qadınlarda müəyyən klinik fərqlər aşkar edilmişdir. Kişilər arasında qadınlara nisbətən Q-dişli miokard infarktı keçirən xəstələr daha çox rast gəlinmişdir. Qadınlar qrupunda AH-ın yayılma dərəcəsi kişılərə nisbətən yüksək olmuşdur (93,3% vs 68,1%;p<0,001). XÜÇ olan qadınlarda kişilərə nisbətən depressiv pozğunluqlarin və həyat keyfiyyətinin pisləşməsi müşahidə olunmuşdur (p< 0,001). Exo-KQ göstəriciləri üzrə ürəyin morfofunksional xarakteristikası müayinə edildikdə aşkar edilmişdir ki, son sistolik həcm və ölçü kişilərdə daha yüksək olmuşdur. Sol mədəciyn atım fraksiyası qadınlarda kişilərə nisbətən daha yuxarı olmuşdur. Qadınlarda ürəyin remodelləşməsinin başqa növlərinə nisbətən sol mədəciyin ekssentrik hipertrofiyasının rastgəlmə tezliyi daha yüksəkdir.

XÜÇ olan xəstələrdə yaş artdıqca cinsdən asılı olmayaraq SDNN (qadınlarda–22,6%, kişilərdə–16,7%) daha da aşağı düşür, hipersimpatikotoniyanın kəskinlik dərəcəsi artır; qadınlarda kişilərlə müqayisədə HFnu spektri yüksəkdir (23%, p<0,001), bu da ürəyə olan parasimpatik təsirin artdığını göstərir. Yaşlı və ahıl yaşlı qadınlarda LF/HF kişilərə nisbətən dürüst aşağı olur (uyğun olaraq–29,7%, 18,9%, p<0,001).

Tədqiqatın 3-cü mərhələsinə miokard infarktı keçirmiş XÜÇ olan 205 kişi və 185 qadın daxil edilmişdir. XÜÇ olan xəstələrin müalicəsinin gender xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi üçün xəstələr 3 qrupa randomizə edilmişdir. I qrup xəstələr (80 kişi və 70 qadın) tərkibinə AÇFİ- perindopril daxil olan bazis müalicə (spirinolakton, diuretik, antiaqreqant, ştatın) almışlar.2-ci qrup xəstələr (80 kişi və 70 qadın) bazis terapiyadan başqa ARB valsartan qəbul etmişlər. 3-cü qrup xəstələrə (45 kişi və 45 qadın) bazis müalicə ilə yanaşı sutkada 50 mq dozada antidepressant -sertralin təyin edilmişdir. Dinamik nəzarət 6 ay müddətində aparılmışdır. Tədqiqatın nətcələrindən məlum olmuşdur ki, AÇFİ və ARB (perindopril və valsartan) XÜÇ-ün standart müalicəsinə daxil edilməsi həm kişilər, həm də qadınlar üçün eyni dərəcədə effektiv və təhlükəsizdir. Qadınlarda depressiyanın səviyyəsi ilə klinik vəziyyət arasında dürüst statistik əlaqə vardır.

XÜÇ-ün standart müalicəsinə 3-cü qrup xəstələrdə antidepressant sertralinin əlavə edilməsi andidepressiv, anksiolitik effekt ilə müşayiət olunur (kişilərdə–46,6%, qadınlarda–60,2%, p<0,001), xüsusilə qadınlarda klinik və psixoloji-emosional statusun, fiziki yüklənməyə qarşı tolerantlığın, həyat keyfiyyətinin daha əhəmiyyətli statistik yaxşılaşmasına

səbəb olur.

GULNAZ MAHIR DADASHOVA

GENDER FEATURES CHRONIC HEART FAILURE, POSSIBLE IMPROVEMENTS DIAGNOSIS AND DRUG THERAPY

SUMMARY

As is well known, chronic heart failure (CHF) is the final stage of all cardiovascular diseases, it is one of the main problems of modern medicine. There is insufficient data about gender features of CHF epidemiology, risk factors, clinical and psycho-emotional status and differentiated approach to treatment.

The aim of our study to investigate patients with ischemic genesis of CHF , to learn etiology and risk factors profile, clinical-functional and hemodynamic characteristics, quality of life, optimization of medicament therapy depend on gender.

The research work was conducted at the SR Institute of Cardiology named after C. Abdullayev in 2013, on hospitalized 3614 patients case report retrospective analysis, and also results of clinical and instrumental examinations of 390 postinfarction CHF patients with II-III functional class by NYHA.

All patients conducted common clinical investigations, quality of life assessed by Minnesota survey, level of depression evaluated by Hamilton scale, 6-minute step test, the BNP (brain natriuretic peptide) was examined, Holter's ECG daily monitor, as well as Echo-KG examinations conducted.

The research was carried out in 3 stages. At the first stage conducted retrospective analysis of all patients hospitalized at the SR Institute of Cardiology in 2013 with diagnosis of CHF. Founded that, among all hospitalized patients - CHF has been reported in 51.4% of patients. Between men and women, observed significant differences related to the etiology of CHF; in men ischemic heart diseases, cardiomyopaty, in women arterial hypertension (AH), diabetes mellitus, valve diseases has dominated. It should be noted that preserved ejection fraction CHF was higher incidence in women than men, 2 times.

According to the 2nd stage there were found certain clinical differ-

ences in men and women with CHF. Among man MI with Q more common than in women. Women have a relatively high prevalence rate of AH (93.3% vs. 68.1%; p <0.001). Also women patients with CHF have more depressive disorders, and accordingly pure quality of life (p <0.001). Morfofunksional characteristics of the heart according to Echo KG - end systolic volume and dimension was statistically higher in men. Ejection fraction of left ventricule was higher in women than men. Eccentric hypertrophy of the left ventricle prevalence of in women than other types of remodeling of LV.

In patients with postinfarction CHF with growing age, SDNN was fall, regardless of sex (women- 22.6% vs men - 16.7%), hypersympathycotony is increases; HFnu spectrum in women is higher than in man (23%, p <0.001), it is indicated that parasympathetic impact to the heart is increased. In adult and old women LF / HF is statistically less than in man (29.7%, 18.9%, p <0.001).

At the 3rd phase of the study, 205 men and 185 women with postinfarction CHF was investigated. For study of gender characteristics of treatment CHF patients were randomized into 3 groups. The first group of patients (80 male and 70 female) administrated ACEI perindopril with basic treatment of CHF. 2 group of patients (80 men and 70 women) were treated with ARB valsartan with basic therapy. 3 group patients (45 male and 45 female) at a dose of 50 mg per day, in addition to the basic treatment has been assigned to sertraline, antidepressant, at a dose of 50 mg per day. Follow up was 6 months.

The study results reveal that, ACEI and ARB (perindopril and valsartan) for the treatment of CHF, demonstrated the same effectiveness and safety both men and women. There is a clear connection between the level of depression and clinical status in women. Addition of antidepressant sertraline to the basic treatment of CHF patients accompanied by antidepressive, anxiolytic effects, especially in women (males - 46.6%, women - 60.2%, p <0.001) and lead to significantly improvement of clinical and psycho-emotional status, tolerance to physical load, quality of life.

Список условных сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АКШ – аорта коронарное шунтирование
БАБ – бета-блокаторы
БРА II – блокаторы рецепторов ангиотензина II
БКК – блокаторы кальциевых каналов
ВНС – вегетативная нервная система
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ВРС – вариабельность ритма сердца
ВИВР – время изоволюметрического расслабления
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДД – диастолическая дисфункция
ДКМП – дилатационная кардиомиопатия
ДР – депрессивные расстройства
ИАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИКДО – индекс конечно-диастолического объема
ИКСО – индекс конечно-систолического объема
ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка
ИМ – инфаркт миокарда
ИОТ – индекс относительной толщины
КГЛЖ – концентрическая гипертрофия левого желудочка
КДД – конечное-диастолическое давление
КДО – конечное-диастолический объем
КДР – конечный-диастолический размер
КСО – конечный-систолический объем
КСР – конечно-систолический размер
ЛЖ – левый желудочек
ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка
МНП – мозговой натрийуретический пептид
ППТ – площадь поверхности тела
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система

САД – систолическое артериальное давление
САС – симпатоадреналовая система
СД – сахарный диабет
СИ – сердечный индекс
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СНС – симпатическая нервная система
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевание
ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка
ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки
УИ – ударный индекс
УО – ударный объем
ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка
ФК – функциональный класс
ФР – факторы риска
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЧСС – частота сердечных сокращений
ШОКС – шкала оценки клинического состояния
ЭГЛЖ – эксцентрическая гипертрофия левого желудочка
Эхо КГ – эхокардиография
NYHA – Нью-Йоркская ассоциация сердца
V_A – максимальная скорость позднего диастолического наполнения желудочка
V_E – максимальная скорость раннего диастолического наполнения желудочка
V_E/V_A – отношение максимальных скоростей потоков раннего и позднего диастолического наполнения

Format 60 x 84 1/16
Sifariş № 792. Tiraj 100.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

GÜLNAZ MAHİR qızı DADAŞOVA

XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIQLARININ GENDER XÜSUSİYYƏTLƏRİ, DİAQNOSTİKA VƏ MEDİKAMENTOZ MÜALİCƏNİN YAXŞILAŞDIRILMASI YOLLARI

3218.01 – Kardiologiya

Tibb üzrə elmlər doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilən dissertasiyanın
AVTOREFERATI

Bakı – 2017