

ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 616.127-005.8-055.1.1.2:616.132.2-073.96

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТАТІ З БЕЗПОСЕРЕДНИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ПЕРКУТАННОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST



Нетяженко Нонна Василівна,
netyazhenko@bigmir.net

Нетяженко Н.В.¹, Антонюк Ю.В.¹, Олейнікова Ю.О.¹, Герула О.М.²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Олександрівська клінічна лікарня, Київ, Україна

Ключові слова: жінки, летальність, реперфузія, ускладнення

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається провідною причиною смертності у високо розвинутих країнах світу, зокрема США, як серед чоловіків, так і серед жінок [1,4]. За останні кілька десятиліть смертність від ІХС в цілому знизилася з відповідним зниженням смертності внаслідок інфаркту міокарда (ІМ). В той же час, гострий коронарний синдром (ГКС) продовжує залишатися головною причиною фатальних ускладнень, особливо серед жінок. Результати проведених досліджень показали високі показники смертності серед жіночої статі на ГКС в порівнянні з чоловічою [7]. При ретельному вивченні причин таких даних, автори окремих робіт наполягають на ролі додаткових чинників, таких як вік, супутні захворювання та/або тяжкість захворювання, які і зумовлюють гендерну відмінність у перебігу ГКС. Слід враховувати, що жінки на ГКС з елевацією сегмента ST мають старший вік, а з цим і більшу поширеність і тривалість артеріальної гіпертензії та цукрового діабету [3]. Більш висока смертність серед жінок внаслідок ГКС за даними окремих робіт була пов'язана також із запізненням госпіталізації, часом виконання перкутанного коронарного втручання (ПКВ), неадекватного призначення антитромбоциттарної терапії, зокрема ацетилсаліцилової кислоти, і статинів впродовж госпітального та позагоспітального періоду [6]. В той же час інші дослідження стверджують про незалежний зв'язок жіночої статі із зростанням смертності внаслідок даного захворювання. Так, більш несприятливий перебіг ІМ з летальним наслідком спостерігався серед

жінок, в яких розвинувся ГКС з елевацією сегмента ST у порівнянні з чоловіками. При цьому, серед пацієнтів із ГКС без елевації сегмента ST стать не впливала на результат захворювання [5].

Таким чином, зважаючи на результати окремих досліджень, можна припустити, що жіноча стать є додатковим чинником ризику несприятливого перебігу ІМ із елевацією сегмента ST, а ретельне вивчення питання ефективності реперфузійної терапії, зокрема ПКВ, у жінок та чоловіків є надзвичайно актуальним. Проте, дослідження, в яких би виконувалася порівняльна оцінка вказаної тактики лікування та його вплив на перебіг ІМ у співставних за віком, супутніми захворюваннями та призначеним лікуванням чоловіків та жінок практично не виконувалося, що і стало підставою для проведення даного дослідження, **метою** якого було вивчити взаємозв'язок статі із безпосередніми результатами ПКВ у хворих на ІМ із елевацією сегмента ST.

Матеріали та методи. У ретроспективне дослідження включено 520 послідовно госпіталізованих для обстеження і лікування хворих- 211 (40,6%) жінок і 309 (59,4%) чоловіків, віком від 44 до 87 років (в середньому 61±5,3 рік) у відділення кардіологічної реанімації Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період із 01 січня 2010 року по 01 січня 2011 року з діагнозом гострий коронарний синдром із елевацією сегмента ST, встановленому у відповідності із рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (ЄТК) [10].

Згідно із зазначеною метою у дослідження були включені пацієнти, яким було виконане ПКВ зі стентуванням ураженої артерії. Таким чином вибірка, яка аналізувалась складала 156 осіб (30,0 %). Критеріями виключення були наступні: проведена тромболітична терапія в зв'язку з основним захворюванням, ознаки тяжкої серцевої недостатності (СН) ІІБ-ІІІ стадії за класифікацією Стражеска-Василенка, фракції викиду лівого шлуночка менше 45%, вроджені та набуті вади серця, міокардит, кардіоміопатія, перикардит, артеріальна легенева гіпертензія, перенесений геморагічний та ішемічний інсульт, а також тяжкий цукровий діабет (ЦД) типу 1 та 2, тяжкі хронічні захворювання нирок та печінки із порушенням їх функцій та інших тяжких супутніх захворювань, що ймовірно, зменшують тривалість життя протягом наступних 12 місяців.

Для подальшого вивчення були виділені групи хворих співставних за віком, супутніми захворюваннями, даними анамнезу та призначеним лікуванням: І група (n=42 чоловіків, n= 38 жінок) – пацієнти, яким виконано ПКВ із стентуванням інфаркт-залежної артерії у терміни >2 <6 годин від початку симптомів і ІІ група (n= 36 чоловіків, n= 40 жінок) – пацієнти, яким виконано ПКВ із стентуванням інфаркт-залежної артерії у терміни >6 <12 годин від початку симптомів.

Обстеження і лікування основного захворювання та ускладнень здійснювалися у відповідності з рекомендаціями ЄТК 2008 р. [10]. Клінічна характеристика пацієнтів наведена в табл. 1.

Всім хворим виконувалася ПКВ із подальшим стентуванням інфаркт-залежної артерії на установці “Philips Integris NM2000 Cath Lab”, оснащеною програмою для проведення кількісного аналізу. Інвазивні процедури виконували, використовуючи феморальний доступ. Ангіо-

рафічну картину вивчали в декількох проекціях для кращої візуалізації уражень і можливості кількісної оцінки стенозів за допомогою штатної програми кількісного аналізу. Всім хворим була призначена антикоагулянтна терапія (нефракціонованим гепарином або низькомолекулярним гепарином) з відповідним контролем (100% хворих), ацетилсаліцилова кислота – в навантажувальній дозі 150-325 мг, в подальшому в дозі 75-100 мг (100% хворих), клопідогрель в навантажувальній дозі 300-600 мг і в подальшому в дозі 75 мг (100% хворих), в-адреноблокатори (91,0% хворих), статини (100% хворих), нітрати (100% хворих) та інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) (89,1% хворих). Лікування ускладнень здійснювали відповідно до рекомендацій ЄТК.

Безпосередньо після проведення ПКВ впродовж госпітального періоду оцінювали розвиток у пацієнтів фатальних та нефатальних серцево-судинних подій: рецидив болю, гостру лівошлуночкову недостатність ІІ-ІІІ клас за Killip, порушення ритму та провідності, рецидиви ІМ, геморагії, летальність. Розвиток у пацієнтів вказаних подій розцінювали як прояв несприятливого перебігу.

Для оцінки достовірності різниці між середніми величинами застосовували непараметричні критерії з використанням пакету IBM SPSS Statistics v22: для пов'язаних сукупностей – критерій Вілкоксона, для незалежних – Манна-Уїтні. Достовірність різниці частот ознак визначали за допомогою альтернативного варіювання. За статистично значущі приймали значення $p < 0,05$.

Результати. Як видно з даних таблиці 1 пацієнти обох статей двох груп були співставними за наступними чинниками серцево-судинного ризику – надмірна вага, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, куріння ($p > 0,05$). За частотою перенесених гострих та хронічних порушень

Таблиця 1.

Клініко-анамнестичні дані в групах хворих на ГКС із елевацією сегмента ST із виконанням ПКВ в різні терміни

Показники	І група ПКВ >2 <6 годин від початку симптомів		ІІ група ПКВ >6 <12 годин від початку симптомів		P P1-2, P1-3, P3-4, P2-4 всі $p > 0,05$
	Чоловіки (n=42)	Жінки (n=38)	Чоловіки (n=36)	Жінки (n=40)	
	1	2	3	4	
Вік (років) (M±m)	62±2,2	64±1,3	61±1,6	58±2,2	всі $p > 0,05$
ІМТ (кг/м ²) (M±m)	28,3±0,9	27,4±1,2	27,9±0,4	28,1±0,8	всі $p > 0,05$
АГ (n, %)	32 (76,2)	27 (71,1)	25 (69,4)	28 (70,0)	всі $p > 0,05$
Куріння (n, %)	9 (21,4)	6 (15,8)	8 (22,2)	4 (10,0)	всі $p > 0,05$
ІІІКС в анамнезі (n, %)	4 (9,5)	3 (7,9)	4 (11,1)	3 (7,5)	всі $p > 0,05$
ТІА в анамнезі (n, %)	1 (2,4)	1 (2,6)	1 (2,8)	0	всі $p > 0,05$
ЦД типу 2 (n, %)	6 (14,3)	4 (10,5)	5 (13,9)	5 (12,5)	всі $p > 0,05$
Стенокардія ІІ-ІІІФК (n, %)	19 (45,2)	16 (42,1)	18 (50,0)	18 (45,0)	всі $p > 0,05$
ПКВ в анамнезі (n, %)	4 (9,5)	2 (5,3)	3 (8,3)	2 (5,0)	всі $p > 0,05$
Систематичне лікування до ГКС					
Ацетилсаліцилова кислота	12 (28,6)	10 (26,3)	11 (27,5)	9 (25,0)	всі $p > 0,05$
Клопідогрель	4 (9,5)	3 (7,9)	4 (10,0)	4 (11,1)	всі $p > 0,05$
Статини	6 (14,3)	6 (15,8)	6 (15,0)	5 (13,9)	всі $p > 0,05$
β-адреноблокатори	20 (47,6)	18 (47,4)	21 (52,5)	17 (47,2)	всі $p > 0,05$
	28 (66,7)	21 (55,3)	25 (62,5)	20 (55,6)	всі $p > 0,05$
Тіазидні діуретики	3 (7,1)	2 (5,3)	2 (5,0)	1 (2,8)	всі $p > 0,05$

Скорочення: ІМТ-індекс маси тіла, АГ-артеріальна гіпертензія, ІІІКС-постінфарктний кардіосклероз, ТІА-транзиторна ішемічна атака, ЦД-цукровий діабет, ПКВ-перкутанне коронарне втручання, іАПФ-інгібітор ангіотензин перетворювального ферменту.

коронарного кровообігу, які передували ГКС, достовірних відмінностей між жінками та чоловіками в кожній групі та між групами встановлено не було ($p>0,05$). Слід зазначити, що не зважаючи на наявність відносно великої кількості пацієнтів зі стабільною стенокардією в анамнезі, ПКВ в анамнезі було виконано в низькому відсотковому співвідношенні пацієнтам всіх груп обох статей. Крім того, використання препаратів із доведеною ефективністю щодо первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, зокрема антитромбоцитарні препарати, статини, β -блокатори, іАПФ, були зазначені в значному меншому відсотковому співвідношенні, ніж це було би потрібно за даними анамнезу.

Міжгрупових відмінностей за локалізацією ІМ та його поширеністю не було. Більш часто у пацієнтів обох статей двох груп відмічалось ураження передньої стінки лівого шлуночку (ЛШ).

При проведенні коронароангіографії в стаціонарі з приводу основного захворювання групи суттєво не відрізнялися між собою за тяжкістю коронарного атеросклероза (табл.2). Тим не менш необхідно відзначити більш часте виявлення трохсудинного ураження серед чоловіків обох груп у порівнянні з жінками ($p=0,4$), в той час як односудинне ураження превалювало у жінок у кожній групі ($p=0,3$). За ступенем стенозу інфаркт-залежної артерії серед жінок частіше зустрічалося ураження $>50<70\%$ прохідності артерії, в той час як серед чоловіків – $>70\%$. Подібні дані були отримані нами вже раніше [2].

Ускладнення госпітального періоду наведено на рис. 1. При аналізі безпосередніх результатів було виявлено, що серед пацієнтів обох статей, яким ПКВ виконувалося пізніше 6 годин від початку симптомів, перебіг ГКС був більш несприятливим, у порівнянні з групою, де ПКВ ви-

конувалося до 6 годин. Останнє проявлялося зростанням частоти розвитку ГЛШН та рецидиву ІМ. Так, серед чоловіків групи II ГЛШН розвивалася в 21 (58,3%) випадку, в той час як в групі I в 15 (35,7%) ($p<0,05$). Серед жінок ця відмінність була більш статистично виражена і виникла у 32 (80,0%) осіб групи II в порівнянні із 13 (34,2%) – групи I ($p<0,001$). Рецидив ІМ зустрічався в групі II у 14 (38,9%) чоловіків та 25 (62,5%) жінок і у 8 (19,0%) чоловіків і 6 (15,8%) жінок групи I ($p<0,05$ і $p<0,01$, відповідно).

У групі II лише серед жінок достовірно частіше розвивалися порушення ритму та провідності (в 2 рази) та летальність (в 11 раз) при порівнянні із групою I, всі $p<0,05$.

При порівняльному аналізі ускладнень госпітального періоду вдалося виявити виражену гендерну різницю з перевагою жінок проти чоловіків лише в групі з віддаленим ПКВ (група II) за такими показниками, як ГЛШН II-IV клас за Killip (58,3 % проти 80,0%), порушення ритму та провідності (36,1 проти 60,0%), рецидиви ІМ (38,9% проти 62,5%) та летальність (11,15 проти 30,0%), всі $p<0,05$.

Обговорення. У сучасній кардіологічній практиці не викликає сумнівів справедливості теорії “відкритої коронарної артерії”. Головною задачею лікування пацієнтів із ГКС із елевацією сегмента ST є найбільш рання реперфузія інфаркт-залежної коронарної артерії. Досягти останнє можна двома методами: або первинним ПКВ або тромболітичною терапією із подальшим ПКВ. Згідно з сучасними клінічними рекомендаціями [8], у пацієнтів у перші 12 годин захворювання рішення про вибір реперфузійної терапії повинно прийматися в залежності від часу очікування від першого медичного контакту до можливого ПКВ. Якщо цей час становить менше 120 хвилин, хворого слід транспортувати в ангиографічну лабораторію.

Таблиця 2.

Локалізація ІМ та ступінь ураження коронарних судин у хворих на ГКС, яким була виконана ПКВ у різні проміжки часу

Показники	I група ПКВ >2 <6 годин від початку симптомів		II група ПКВ >6 <12 годин від початку симптомів		P
	Чоловіки (n=42)	Жінки (n=38)	Чоловіки (n=36)	Жінки (n=40)	
	1	2	3	4	$p_{1-2}, p_{1-3}, p_{3-4}, p_{2-4}$ всі $p>0,05$
Локалізація ІМ					
Передня стінка ЛШ	24 (57,1)	27 (71,1)	30 (83,3)	28 (70,0)	всі $p>0,05$
Задня стінка ЛШ	15 (35,7)	9 (23,7)	6 (16,7)	9 (22,5)	всі $p>0,05$
Інша	3 (7,1)	2 (5,3)	0	3 (7,5)	всі $p>0,05$
Кількість уражених судин					всі $p>0,05$
1-о судинне ураження	18 (42,9)	17 (44,7)	9 (25,0)	18 (45,0)	всі $p>0,05$
2-х судинне ураження	5 (11,9)	10 (26,3)	5 (13,9)	6 (15,0)	всі $p>0,05$
3- х судинне ураження	19 (45,2)	11 (28,9)	22 (61,1)	16 (40,0)	всі $p>0,05$
% стенозу інфаркт-залежної артерії в середньому до ПКВ					всі $p>0,05$
≤50%	4 (9,5)	3 (7,9)	5 (13,9)	8 (20,0)	всі $p>0,05$
>50<70	15 (35,7)	21 (55,3)	12 (33,3)	19 (47,5)	всі $p>0,05$
>70	23 (54,8)	14 (36,8)	19 (52,8)	13 (32,5)	всі $p>0,05$
ТІМІ оцінка коронарного кровотоку					всі $p>0,05$
до ПКВ 0-2	42 (100)	38(100)	36 (100)	40 (100)	всі $p>0,05$
після ПКВ 3	40 (95,2)	36 (94,7)	35 (97,2)	36 (90,0)	всі $p>0,05$

Скорочення: ЛШ- лівий шлуночок

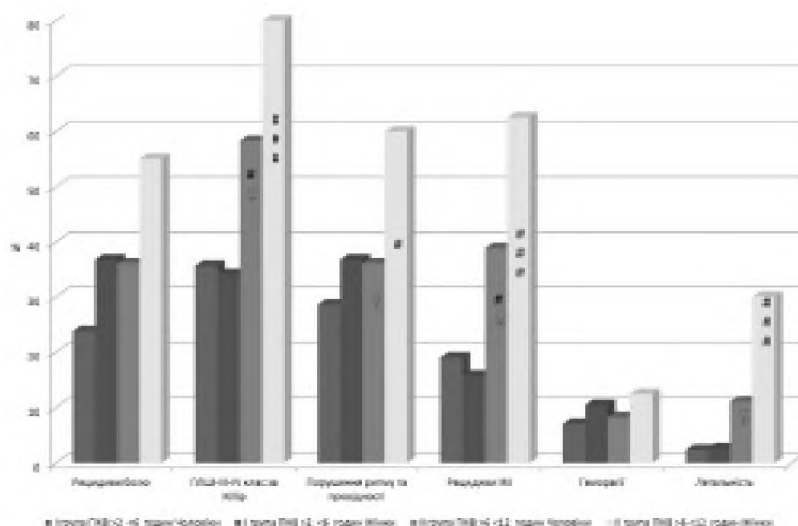


Рис. 1. Ускладнення госпітального періоду в групах хворих на ГКС із елевацією сегмента ST із яким була виконана ПКВ в різні проміжки часу

Примітка: різниця статистично значуща # $p < 0,05$, ### $p < 0,001$ в порівнянні з групою I, ♀ $p < 0,05$ в порівнянні з жінками

Проблема полягає в тому, що в реальній клінічній практиці в абсолютній більшості випадків відсутня можливість такого швидкого виконання ПКВ, а час від первинного звернення за лікарською допомогою до введення балону зазвичай більше. Відтермінування проведення ПКВ при ГКС призводить до зростання частоти ускладнень, зокрема летальності, в ранньому та віддаленому госпітальному періоді ГКС [7,9]. Всім пацієнтам нашого дослідження було виконано ПКВ із стентуванням інфаркт-залежної артерії, проте, в дійсності, із затримкою >6 годин від перших симптомів основного захворювання у виконанні ПКВ із стентуванням інфаркт-залежної артерії достовірно збільшувалася частота наступних ускладнень: ГЛШН II-IV клас за Killip та рецидиву ІМ – у пацієнтів обох статей, і порушення ритму та провідності та летальності лише серед жінок.

Питання відмінностей у перебігу ГКС, пов'язаних із статтю, турбує лікарів та дослідників вже тривалий час. Раніше були зроблені спроби порівняти рівень летальності при ІМ серед жінок та чоловіків, результати яких виявилися суперечливими [4,6]. Основним результатом нашого дослідження – встановлення вираженої гендерної відмінності ускладнень госпітального періоду ІМ із переважанням більш несприятливого перебігу ІМ серед жінок в порівнянні із чоловіками в групі із виконанням ПКВ >6 годин від початку перших симптомів. Так, у пацієнтів жіночої статі частота виникнення ГЛШН зростає на 37,2%, порушення ритму та провідності на 66,2% та рецидиви ІМ на 60,2% в порівнянні із чоловічою ($p < 0,05$). Варто підкреслити, що частота летальності внаслідок ІМ, навіть після проведеного ПКВ >6 годин, зростала саме у жінок у 2,7 рази ($p < 0,001$) порівняно з чоловіками. Нами були обрані групи обох статей, співставних за супутніми захворюваннями, призначеним лікуванням та часом виконання ПКВ. Таким чином попередні пояснення високого ризику летальності у жінок із ІМ, пов'язаних із високою частотою супутніх захворювань, меншої кількості виконаних ПКВ та

неадекватного призначення антитромбоцитарних препаратів не знайшли відображення в результатах нашого спостереження.

Клінічне значення даного дослідження може бути в тому, що встановлений факт взаємозв'язку віддаленого ПКВ (>6 годин) із безпосередніми результатами ІМ може допомогти у зменшенні ризику госпітальних ускладнень, особливо серед жінок, шляхом обов'язкового скорочення терміну проведення інтервенційного втручання щонайменше до 6 годин. Жіночу стать слід розглядати додатковим чинником ризику несприятливого перебігу ІМ із розвитком ускладнень, зокрема летальності, впродовж госпітального періоду при виконанні ПКВ терміном від 6 до 12 годин від появи перших симптомів захворювання. За результатами даного дослідження жінкам необхідно надавати перевагу у якомога ранньому відкритті коронарної артерії, пов'язаної із розвитком ІМ.

Висновки. Відтермінування >6 годин у виконанні ПКВ із стентуванням інфаркт-залежної артерії у жінок асоціюється зі збільшенням частоти виникнення ГЛШН на 37,2%, порушенням ритму та провідності на 66,2%, рецидивів ІМ на 60,2%, рівня летальності у 2,7 рази в порівнянні із чоловіками ($p < 0,05$). Проведення інвазивної реперфузійної терапії при ІМ у жінок після 6 годин призводить до зростання частоти ГЛШН у 2,3 рази ($p < 0,001$), порушення ритму та провідності у 1,6 рази ($p < 0,05$), рецидивів ІМ у 3,9 рази ($p < 0,001$) та летальності у 11,5 раз ($p < 0,001$) порівняно з жінками, яким ПКВ виконувалося в проміжок $>2 < 6$ годин.

Конфлікт інтересів.

Автор заявляє, що не має конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування.

Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нетяженко Н.В. Відмінності ішемічної хвороби серця у жінок та чоловіків //Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2014. – Т.84. – №4. – С.95-100.
2. Нетяженко Н.В., Мальчевська Т.Й., Пленова О.М., Антонюк Ю.В., Олейникова Ю.О., Герула О.М. Гендерні особливості перебігу та найближчих наслідків ГКС з елевацією сегменту ST за даними ретроспективного дослідження // Сучасні аспекти військової медицини. – 2015. – № 21. – С. 243-257.
3. Chen HY et al. Characteristics, treatment practices, and in-hospital outcomes of older adults hospitalized with acute myocardial infarction. // *J Am Geriatr Soc.* – 2014. – №62 (8). – С. 1451-1459.
4. Heer T. et al. Gender differences in therapeutic recommendation after diagnostic coronary angiography: insights from the Coronary Angiography and PCI Registry of the German Society of Cardiology. // *Clin Res Cardiol.* – 2015. – [Epub ahead of print]
5. Isorni MA. et al. Impact of gender on use of revascularization in acute coronary syndromes: The national observational study of diagnostic and interventional cardiac catheterization (ONACI). // *Catheter Cardiovasc Interv.* – 2015. – [Epub ahead of print]

6. Jackson E. A. et al. The association of sex with outcomes among patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for ST elevation myocardial infarction in the contemporary era: Insights from the Blue Cross Blue Shield of Michigan Cardiovascular Consortium (BMC2) // *American heart journal.* – 2011. – Т. 161. – №. 1. – P. 106-112.
7. Kholaf N. et al. Baseline Q Waves and Time From Symptom Onset to ST-segment Elevation Myocardial Infarction: Insights From PLATO on the Influence of Sex. // *Am J Med.* – 2015 [Epub ahead of print]
8. Steg P. G. et al. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation // *Eur Heart J.* – 2012. – Т. 33. – №. 20. – С. 2569-2619.
9. Tsiminetzky M et al. Changing trends in and characteristics associated with, Not Undergoing Cardiac Catheterization in Elderly Adults Hospitalized with ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction // *J Am Geriatr Soc.* – 2015. – № 4. – P. 133-139.
10. Van de Werf F. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology // *European heart journal.* – 2008. – Т. 29. – №. 23. – P. 2909-2945.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛА С НЕПОСРЕДСТВЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ПЕРКУТАННОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Нетяженко Н.В., Антонюк Ю.В.,
Олейникова Ю.А., Герула А.Н.

¹Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

²Александровская клиническая больница

Резюме. В статье приведен сравнительный анализ течения инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST 156 больных, которые были разделены на 2 группы: I группа (n=42 мужчин, n=38 женщин) – пациенты, которым выполнено ПКВ со стентированием инфаркт-зависимой артерии в сроки >2<6 часов от начала симптомов и II группа (n = 36 мужчин, n = 40 женщин) – пациенты, которым выполнено ПКВ со стентированием инфаркт-зависимой артерии в сроки >6<12 часов от начала симптомов. Непосредственно после проведения ПКВ в течение госпитального периода оценивали развитие у пациентов фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий: рецидив боли, острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) II-V класс по Killip, нарушения ритма и проводимости, рецидивы ИМ, геморрагии, летальность. Развитие у пациентов указанных событий расценивали как проявление неблагоприятного течения. Отсрочка > 6 часов в исполнении ПКВ со стентированием инфаркт-зависимой артерии у женщин ассоциируется с увеличением частоты возникновения ОЛЖН на 37,2%, нарушения ритма и проводимости на 66,2%, рецидивов ИМ на 60,2%, уровня летальности в 2,7 раза по сравнению с мужчинами (p <0,05). Проведение инвазивной реперфузионной терапии при ИМ у женщин после 6 часов приводит к росту частоты ОЛЖН в 2,3 раза (p <0,001), нарушения ритма и проводимости в 1,6 раза (p <0,05), рецидивов ИМ в 3,9 раза (p <0,001) и летальности в 11,5 раз (p <0,001) по сравнению с женщинами, которым ПКВ выполнялось в промежуток >2<6 часов.

Ключевые слова: женщины, летальность, реперфузия, осложнения.

THE RELATIONSHIP OF GENDER WITH IMMEDIATE RESULTS OF PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION WITH ST-SEGMENT ELEVATION

N. Netyazhenko, Y. Antoniuk,
Y. Oleynikova, O. Herula

¹Bogomolets National Medical University,
Kiev, Ukraine

²Alexander Hospital, Alexander Hospital

Summary. In comparative gender analysis course of MI with ST-segment elevation of 156 patients who were divided into 2 groups: group I (n = 42 males, n = 38 female) – patients who completed PCI with stenting -dependent artery in terms of > 2 <6 hours from symptom onset and the second group (n = 36 males, n = 40 women) – patients who completed PCI in terms of > 6 <12 hours after onset of symptoms. Immediately after PCI during hospital period evaluated in patients develop fatal and non-fatal cardiovascular events: recurrence of pain, acute left ventricular failure class (ALVF) II-V by Killip, arrhythmias and conduction recurrence of MI, hemorrhage, mortality. The development of these events in patients regarded as a manifestation of adverse flow. Deferral > 6 hours in performing PCI in women is associated with an increase in the incidence of (ALVF) 37.2%, arrhythmias and conduction at 66.2%, recurrence of MI in 60.2% of mortality in 2,7 times compared with men (p <0.05). Conducting invasive reperfusion therapy for MI in women after 6 hours increases the frequency of ALVHF 2.3 times (p <0.001), arrhythmias and conduction 1.6 times (p <0,05), recurrence of MI in 3.9 fold (p <0,001) and mortality at 11.5 times (p <0,001) compared with women who PCI was carried out in terms of > 2 <6 hours.

Key words: women, mortality, reperfusion, complications.