

топролол), ивабрадин (кораксан), защищенные аспирин, статины. Симптоматическая терапия проводилась с помощью нитратов, антагонистов кальция. Также осуществлялась гипотензивная терапия и лечение ХСН. В связи с сопутствующей патологией пациентки дополнительно получали в среднем $2,9 \pm 3,8$ препарата. Таким образом, каждая пациентка получала в среднем $8,6 \pm 4,8$ препарата.

У лиц пожилого и старческого возраста чаще возникают побочные эффекты приема лекарственных средств. У обследованных кардиологические препараты отменяли в связи с возникновением нежелательных эффектов в 11% случаев, причем у всех пациенток отмена была связана с ухудшением течения сопутствующей патологии.

Значительный объем фармакотерапии у женщин пожилого и старческого возраста определяется тяжестью стенокардии, сопутствующей кардиальной и коморбидной патологией. Полипрагмазия ведет к появлению побочных действий лекарственных средств. Возрастные изменения клубочковой фильтрации требуют уменьшения числа назначаемых препаратов и корректировки доз большинства из них.

При назначении фармакотерапии стабильной стенокардии женщинам пожилого и старческого возраста необходимо учитывать число сопутствующих заболеваний, переносимость фармакотерапии сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии и возрастные особенности органов и систем у данной категории больных.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Довгалюк Ю. В.,
Корнилов Л. Я.,
Мишина И. Е.,
Кудряшова М. В.,
Мазанко О. Е.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново

Целью данного исследования явилось изучение особенностей течения и исходов острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин.

Методом случайной выборки проведен анализ течения и исходов ОИМ у 86 мужчин (первая группа) и 50 женщин (вторая группа), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении МУЗ ГКБ № 3 г. Иваново в 2008–2009 гг. Средний возраст мужчин составил $60,7 \pm 1,3$ года, женщин – $71,2 \pm 1,4$ года ($p < 0,01$). Диагноз ОИМ был верифицирован на основании электрокардиографических критериев, положительного тропонинового теста, данных эхокардиографического обследования. Всем больным в остром периоде заболевания проведена тромболитическая терапия (ТЛТ) стрептокиназой, пулолазой, актилизе. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0».

В группе мужчин с одинаковой частотой (45,3%) имел место ОИМ передней и нижней локализации, в группе женщин чаще (54,0%) встречался нижний ОИМ, в 34,0% случаев – передний ОИМ ($p < 0,05$). В остальных случаях диагностированы другие локализации ОИМ.

Более чем у 80% мужчин и почти у 100% женщин ОИМ протекал на фоне гипертонической болезни. Сахарный диабет в 3,5 раза чаще встречался у женщин (36 против 9,3% у мужчин, $p < 0,05$). Хроническая сердечная недостаточность отягощала течение основного заболевания более чем у 2/3 мужчин и 1/3 женщин ($p < 0,05$).

Анализ лабораторных данных показал, что у женщин уровень общего холестерина ($5,33 \pm 0,21$ ммоль/л) и триглицеридов ($1,70 \pm 0,19$ ммоль/л) крови был достоверно выше, чем у мужчин ($4,98 \pm 0,12$ и $1,09 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$).

По результатам эхокардиографического исследования клинически значимая митральная регургитация достоверно чаще наблюдалась у женщин, чем у мужчин (60,0 против 43,0%, $p < 0,05$). Вместе с тем, тромб в левом желудочке был обнаружен у 12 мужчин (14,0%) и лишь у 1 женщины (2%).

В группе мужчин в остром периоде заболевания умерло 9 человек (10,5%); из них в 3 случаях причиной смерти был кардиогенный шок, в 6 – фибрилляция желудочков. В группе женщин

летальность оказалась более высокой и составила 22,0% (11 случаев). У 5 пациенток причиной смерти явился кардиогенный шок, у 6 – разрыв миокарда левого желудочка.

Сроки начала ТЛТ существенно не различались и составили $3,4 \pm 0,2$ часа у мужчин и $3,8 \pm 0,3$ часа у женщин. ТЛТ оказалась эффективной у 79 мужчин (91,9%) и у 46 женщин (92,0%). В 11 случаях (8,1%) признаков реперфузии миокарда на ЭКГ не отмечено. Ни в одном случае не зафиксированы жизненно важные геморрагические осложнения.

Таким образом, острый инфаркт миокарда у женщин более чем в половине случаев локализуется в нижней стенке левого желудочка и протекает

на фоне артериальной гипертонии, сахарного диабета и дислипидемии. У мужчин зона некроза миокарда одинаково часто распространяется на переднюю и нижнюю стенки, коморбидными инфаркту состояниями являются артериальная гипертония и хроническая сердечная недостаточность.

Течение острого инфаркта миокарда у женщин характеризуется более высокой по сравнению с мужчинами частотой развития летального исхода, в том числе вследствие разрыва миокарда левого желудочка.

Своевременно проведенная ТЛТ одинаково эффективна и безопасна как у мужчин, так у женщин.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ И ЕГО ТИПА

**Карманова В. Б.,
Мясоедова С. Е.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Остеопороз занимает четвертое место по распространенности среди неинфекционных заболеваний. Доля постменопаузального остеопороза составляет 85% в общей структуре данной патологии. В настоящее время остается недостаточно изученным вопрос об изменениях минеральной плотности кости (МПК) у женщин с ожирением и признаками метаболического синдрома.

Цель работы – представить характеристику МПК у женщин в периоде постменопаузы с учетом наличия ожирения и его типа.

Обследованы 65 женщин 50–65 лет, обратившихся на консультативно-диагностический прием в клинику ИвГМА. Из исследования исключались лица с вторичным остеопорозом, синдромом мальабсорбции, гастрэктомией, овариэктомией, синдромом длительной иммобилизации, получавшие заместительную гормональную терапию, лица с отягощенным семейным анамнезом по остеопорозу. Степень ожирения устанавливалась по индексу массы тела (ИМТ) в соответствии с классификацией ВОЗ (1997). Критерием абдоминального ожирения был объем талии более 80 см. Метаболический синдром диагностировался по рекомендациям ВНОК (2009). Лабораторные исследования выполнены на аппарате МАХМАТ-

PL (Франция) и включали определение уровня холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов, глюкозы, креатинина, мочевины, общего и ионизированного кальция. МПК определялась методом рентгеновской абсорбциометрии в стандартных проекциях и с использованием специальных программ по оценке композиционного состава тела на аппарате «Lunar Prodigy Advance» (США). Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы «Statistica 6».

У большинства женщин имелась избыточная масса тела (34%) или ожирение (46%), реже встречалась нормальная масса тела (20%). Преобладало абдоминальное ожирение, которое выявлено у 77% женщин. Оценка композиционного состава тела показала, что жировая ткань у 63% обследуемых распределялась по смешанному, у 20% – по андронидному и у 17% – по гиноидному типу. 50% женщин страдали артериальной гипертензией. У 90% установлены нарушения липидного обмена в виде повышения уровня холестерина ЛПНП и триглицеридов. Метаболический синдром наблюдался у 68% женщин.

Низкий уровень общего и/или ионизированного кальция крови зарегистрирован у 82% пациенток.