

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

М. Елисева¹,
О. Курочкина^{2,3}, доктор медицинских наук, профессор
¹Центральная поликлиника, Сыктывкар
²Коми филиал Кировской государственной
медицинской академии, Сыктывкар
³Сыктывкарский государственный университет
им. Питирима Сорокина
E-mail: sinayskaya@rambler.ru

Изучены особенности госпитальной терапии острого инфаркта миокарда у пациентов мужского и женского пола в период 2003–2011 гг.

Ключевые слова: кардиология, женщины, мужчины, инфаркт миокарда, лечение, динамика.

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему занимают лидирующие позиции среди причин смерти в России (у мужчин в 48%, у женщин – в 66,2% случаев) [1]. По данным Росстата, уровень заболеваемости инфарктом миокарда (ИМ) в 2014 г. составил 106,43 случая на 100 тыс. населения. С 2002 по 2012 г. отмечено стабильное снижение заболеваемости острым ИМ (ОИМ) в Российской Федерации с 146,4 до 130,6 случая на 100 тыс. населения на фоне роста заболеваемости повторным ИМ (с 21,5 до 24,7 случая) [2]. Согласно данным Американской ассоциации сердца, в США ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают 32 млн женщин и 30 млн мужчин; ИБС является причиной смерти 21% мужчин и 23% женщин.

Особенности клинического течения ИМ у мужчин и женщин связаны не только с различными исходными характеристиками, но, вероятно, и с гендерными особенностями патофизиологии и патоморфологии ИБС. У женщин реже, чем у мужчин, определяется стенотическое поражение субэпикардиальных коронарных артерий (так называемая обструктивная форма ИБС) при более частой и выраженной микрососудистой дисфункции эндотелийзависимого и эндотелийнезависимого характера [3].

По данным Европейского общества кардиологов, женщинам с ИМ, несмотря на более высокие показатели летальности, реже проводятся реперфузионная терапия, коронарография и реже назначаются β-адреноблокаторы и статины [4].

Целью нашего исследования было определить особенности госпитальной терапии

пациентов мужского и женского пола с ОИМ в период с 2003 по 2011 г.

В анализ были включены (методом случайного отбора) истории болезни пациентов с ИМ, госпитализированных в Коми республиканский кардиологический диспансер в 2003–2011 гг. Критериями включения были: установленный диагноз ИМ, наличие симптомов острого коронарного синдрома (ОКС), наличие или отсутствие изменений на электрокардиограмме – ЭКГ (подъем сегмента ST, патологический зубец Q, отрицательный коронарный T, впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса), проживание пациентов на территории обслуживания городской поликлиники №3 (Сыктывкар). Критерии исключения: установленный диагноз нестабильной стенокардии, длительность ИМ > 7 дней.

В ходе исследования проанализированы 1403 истории болезни больных ИМ: 786 (56,02%) мужчин и 617 (43,98%) женщин; средний возраст мужчин составил 61,1±12,0 года, женщин – 70,5±9,7 года.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD: СКФ, мл/мин/1,73м²=186 • креатинин сыворотки крови, мг/дл^{-1,154} • возраст^{-0,203} • 0,742 (для женщин). Среднее артериальное давление (АД_{ср}) рассчитывали по формуле: АД_{ср}=(САД–ДАД)/3–ДАД. При создании базы данных использована версия Microsoft Excel 2007; статистическая обработка проведена с помощью программы Biostat, XLstat, SPSS 17.0.

Для проверки вариационных рядов на нормальность распределения применяли тест Колмогорова–Смирнова. Количественные данные представлены как среднее арифметическое (M) ± стандартное отклонение (SD); при нормальном распределении сравнение проводили по парному и непарному t-критериям Стьюдента. При другом распределении данные представлены как медиана (Me) и квартили (Q), сравнение которых осуществлялось с использованием непарметрического критерия Манна–Уитни. Корреляционный анализ количественных признаков выполнен по Пирсону с расчетом коэффициента корреляции (r). Дискретные величины представлены в виде частот (процент наблюдений к общему числу обследованных). Для оценки различий дискретных величин использован критерий Пирсона χ² с введением поправки на непрерывность (по Йетсу), z-критерия. Результаты рассматривали как статистически значимые при p<0,05, как имеющие тенденцию – при p<0,1.

Общая характеристика больных ИМ; n (%)

Таблица 1

Показатель	Мужчины	Женщины	p
Средний возраст (M±m), годы	61,1±12,0	70,5±9,7	0,000
ИМ с подъемом сегмента ST	522 (66,4)	373 (60,5)	0,024
ИМ в анамнезе	242 (30,8)	220 (35,7)	0,062
ИБС в анамнезе	522 (66,4)	485 (78,6)	0,000
СД в анамнезе	91 (11,6)	212 (34,4)	0,000
Дислипидемия в анамнезе	425 (54,1)	384 (62,2)	0,003
Нарушение жирового обмена	68 (8,7)	99 (16,1)	0,000
ГБ в анамнезе	543 (69,1)	542 (87,8)	0,000
Инсульт/транзиторная ишемическая атака в анамнезе	106 (13,5)	116 (18,8)	0,009

Примечание. СД – сахарный диабет, ГБ – гипертоническая болезнь.

Общая характеристика больных ИМ представлена в табл. 1, из которой видно, что женщины были старше мужчин, из сопутствующей патологии у них чаще выявлялись СД, ГБ, ИБС, дислипидемия, нарушение жирового обмена, но реже регистрировалась элевация сегмента *ST*.

При сравнении времени, прошедшего от ухудшения состояния до госпитализации, значимых различий между мужчинами и женщинами не выявлено. Клиническая характеристика больных ИМ при госпитализации представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, при поступлении у женщин определялись более высокие показатели АД_{ср}, содержание глюкозы и холестерина крови, и более низкие значения гемоглобина и СКФ.

Для пациентов мужского пола класс острой левожелудочковой недостаточности по Killip составил 1,52±0,97, для женского – 1,85±1,07 (p=0,000). Клинически у женщин острый период ИМ характеризовался более тяжелым течением: чаще отмечались острая левожелудочковая недостаточность, ранняя постинфарктная стенокардия, фибрилляция предсердий и желудочковые аритмии (табл. 3).

Особенности ведения пациентов мужского и женского пола в остром периоде ИМ представлены в табл. 4.

В лечении пациенток женского пола чаще использовались диуретики и реже – ИАПФ, а также ТЛТ, КГ и стентирование.

Особенности ведения пациентов с ОИМ в динамике с 2003 по 2011 г. представлены на рис. 1 и 2.

Зауказанный период увеличилась частота назначения статинов как для мужчин (r=0,74; p=0,015), так и для женщин (r=0,85; p=0,005), проведения ТЛТ (соответственно r=0,678; p=0,031 и r=0,582; p=0,077) и КГ (r=0,785; p=0,007 и r=0,617; p=0,057).

Госпитальная летальность в 2003–2011 г. в среднем составила у мужчин – 65 (8,3%), у женщин – 78 (12,6%) (p=0,009; рис. 3).

Анализ полученных нами данных показал, что у женщин ИМ развивается в среднем на 10 лет позже, чем у мужчин (со-

отношение мужчин и женщин – 60 и 40%). Эти данные отличаются от приведенных в регистре ОКС «РЕКОРД», где это соотношение составило 47,9 и 52,1%, и регистра ОКС «РЕКОРД-2» (соответственно 49,4 и 50,6%) [5]. В то же время полученные нами цифры сопоставимы с данными I и II Европейских регистров ОКС (ACSI и ACSII), где соотношение мужчин и женщин с ОКС и подъемом сегмента *ST* составило для ACSI 71,6 и 28,4%, для ACSII – 74,1 и 25,9% [6].

Таблица 2
Клиническая характеристика больных ИМ при госпитализации, Ме (25-й; 75-й процентиля)

Показатель	Мужчины	Женщины	p
Время до госпитализации, ч	4,5 (2; 17)	4,5 (2; 13)	н/з
ЧСС, в минуту	76 (66; 90)	78 (64; 91,5)	0,0318
АД _{ср} , мм рт. ст.	103,3 (90; 113,3)	106,7 (90; 119,3)	0,0365
Глюкоза, ммоль/л	6,2 (5,2; 7,9)	7,7 (6; 10,9)	0,000
Холестерин, ммоль/л	5,0 (4,2; 5,9)	5,7 (4,9; 6,6)	0,000
Гемоглобин, г/л	137 (125; 148)	126 (115; 135)	0,000
СКФ, мл/мин/1,73м ²	76,6 (62,2; 92,4)	58,96 (46,1; 73,9)	0,000
<i>Примечание.</i> ЧСС – частота сердечных сокращений, н/з – изменения незначимые (здесь и в последующих таблицах).			

Таблица 3
Осложнения ОИМ; n (%)

Осложнения	Мужчины	Женщины	p
Рецидив ИМ	53 (6,7)	48 (7,8)	н/з
Мерцательная аритмия	82 (10,4)	105 (17,0)	0,000
Желудочковая аритмия	63 (8,0)	32 (5,2)	0,047
Блокада	48 (6,1)	44 (7,1)	н/з
Острая левожелудочковая недостаточность	130 (16,5)	168 (27,2)	0,000
Ранняя постинфарктная стенокардия	282 (35,9)	265 (43,0)	0,008

Таблица 4
Гендерные особенности ведения пациентов с ОИМ; n (%)

Показатель	Мужчины	Женщины	p
Антиагреганты	762 (97,0)	596 (96,6)	н/з
Гепарины	713 (90,7)	569 (92,2)	н/з
Нитраты	705 (89,7)	563 (91,3)	н/з
β-блокаторы	709 (90,2)	549 (89,0)	н/з
ИАПФ	729 (92,8)	548 (88,8)	0,014
Антагонисты кальция	195 (24,8)	152 (24,6)	н/з
Диуретики	425 (54,1)	461 (74,7)	0,000
Статины	167 (21,3)	105 (17,0)	0,055
КГ	405 (51,5)	141 (22,9)	0,000
Стентирование	117 (14,9)	28 (4,5)	0,000
ТЛТ	168 (21,4)	108 (17,5)	0,081
<i>Примечание.</i> ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, КГ – коронарография, ТЛТ – тромболитическая терапия.			

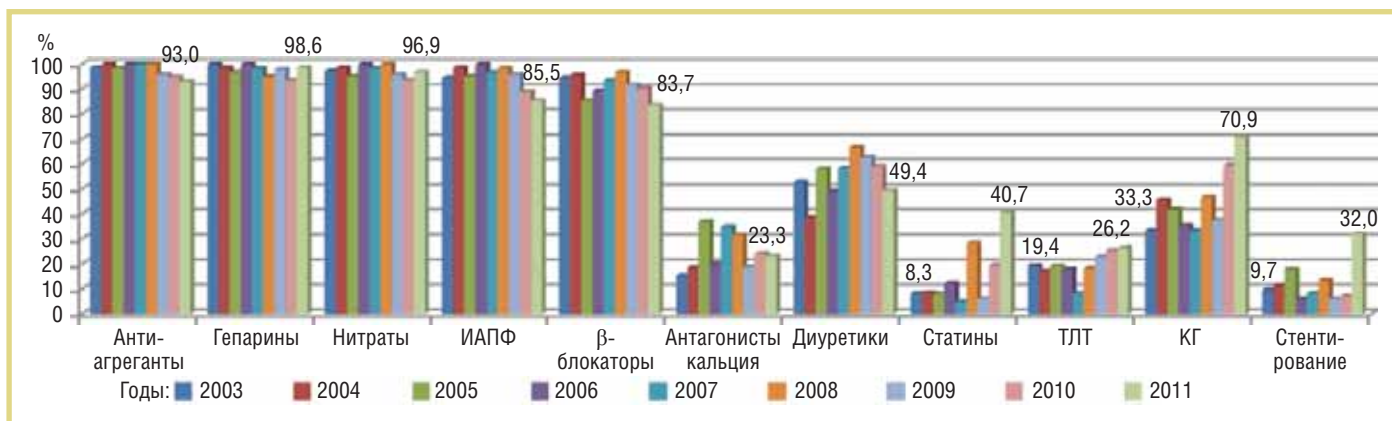


Рис. 1. Динамика ведения ОИМ у мужчин

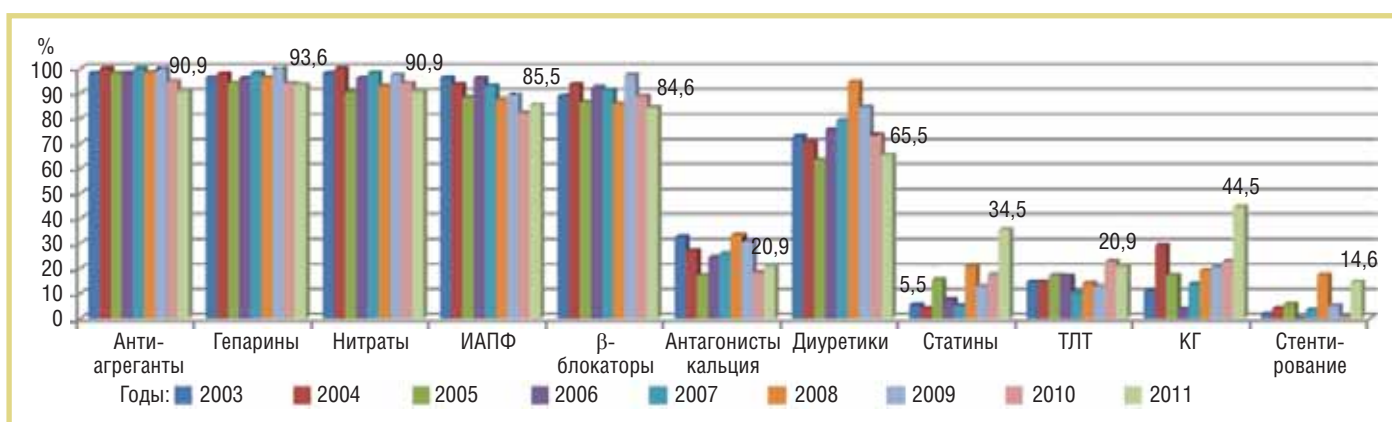


Рис. 2. Динамика ведения ОИМ у женщин

В ходе изучения анамнеза у женщин выявлен более широкий спектр сопутствующей патологии: СД, ГБ, ожирение, дислипидемия, что соответствует данным других ав-

торов [7, 8]. Распространенность ГБ и СД, по полученным нами результатам, сопоставима с приводимой в российских регистрах «РЕКОРД» (соответственно 91 и 14,4%) и «РЕКОРД-2» (92,2 и 20,6%), а также в европейских регистрах ОКС (в ACS I и ACS II пациентов с сопутствующим СД и подъемом сегмента ST было 21,1 и 21,4%, без подъема сегмента ST – 23,5 и 26,7%) и в Первом московском регистре ОКС (соответственно 89,3 и 20,4%) [6, 9, 10].

В то же время полученные нами данные о распространенности ГБ среди пациентов с ОИМ отличаются от указанных в Европейском регистре ACS I (51,6% – для ОКС с подъемом сегмента ST и 63,5% – для ОКС без его подъема) [6].

При анализе данных лабораторно-инструментальных исследований было выявлено, что у женщин показатели АД, уровня глюкозы и холестерина крови выше, а гемоглобина и СКФ – ниже, что объясняется

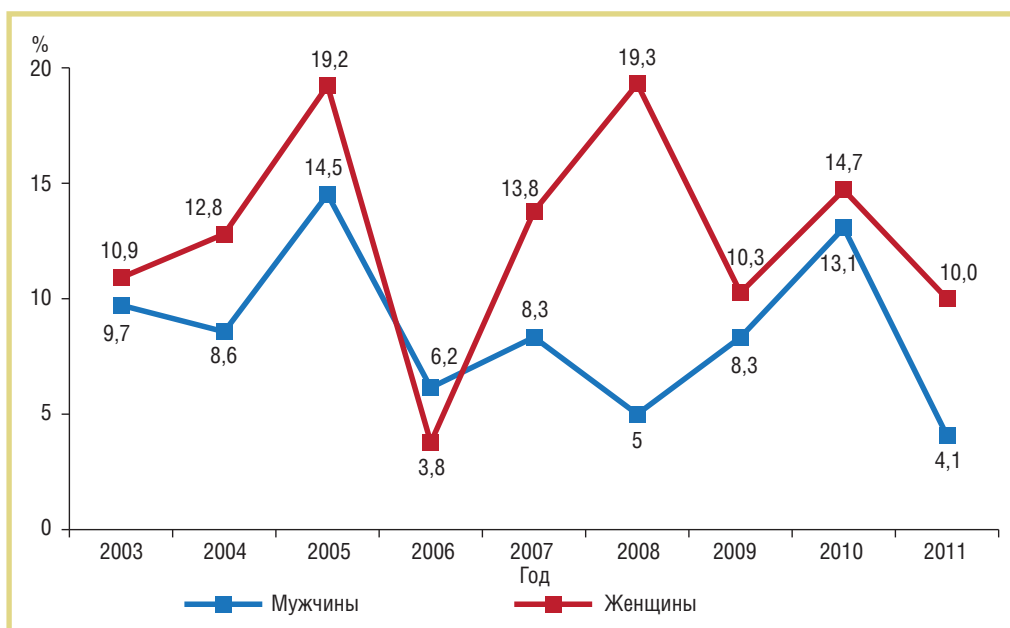


Рис. 3. Госпитальная летальность у больных ИМ в 2003–2011 гг.

более частым наличием у них СД, ГБ, нарушений жирового обмена. Более тяжелое течение острого периода ИМ и более высокую частоту летальных исходов среди женщин можно объяснить их возрастом на момент возникновения ИМ и наличием сопутствующих заболеваний.

Проведенный нами анализ также показал, что прием антиагрегантов был сопоставим с данными федерального регистра ОКС (ФР ОКС) – 95%, β-адреноблокаторов – 87%, ИАПФ – 79%. В то же время прием статинов оказался меньше (45,4% среди мужчин и 37,0% среди женщин), чем по данным ФР ОКС (65%) [11]. Статины женщинам назначали реже, видимо, из-за опасения полипрагмазии у пациенток пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями. Полученные данные совпадают с результатами других исследований [12].

Некоторое уменьшение числа пациенток, получающих ИАПФ, частично можно связать с возросшим применением антагонистов кальция и блокаторов рецепторов ангиотензина II. В динамике назначение статинов повысилась среди мужчин в 5 раз, среди женщин – в 7 раз.

Женщинам реже выполняли КГ, стентирование и реже назначали ТЛТ, чем пациентам мужского пола, хотя в динамике с 2003 по 2011 г. произошло увеличение частоты системного тромболизиса и эндоваскулярных вмешательств у пациентов того и другого пола. Гендерные различия в частоте проведения ТЛТ, возможно, связаны с более пожилым возрастом женщин, а также частым наличием у них анемии и высокого риска геморрагических осложнений. Кроме того, меньшее число эндоваскулярных вмешательств некоторые авторы связывают с особенностями строения коронарных сосудов у женщин: артерии меньшего диаметра, многосудистый характер поражения, незначимое поражение коронарного русла [13]. Данные о более редком проведении женщины реперфузионной терапии совпадают с результатами других исследователей [4].

Более тяжелое течение острого периода ИМ и высокая частота летальных исходов среди женщин объясняются возрастом пациенток на момент ИМ и наличием сопутствующих заболеваний. Полученные данные согласуются с результатами ранее проведенных исследований [7, 14].

У большинства женщин ИМ развился в пожилом возрасте, у них чаще среди сопутствующих заболеваний выявлялись ГБ, СД, дислипидемия, нарушения жирового обмена. При поступлении у женщин отмечались более высокие показатели сахара и холестерина крови, и пониженные – СКФ и уровень гемоглобина крови. С учетом более широкого спектра у женщин сопутствующей патологии и более тяжелого соматического статуса закономерно осложненное течение у них ИМ с более высоким уровнем госпитальной летальности.

Лечение больных ИМ в основном соответствовало национальным клиническим рекомендациям по терапии ОКС. У женщин чаще использовались ИАПФ и диуретики, в то же время реже применялись статины, реже проводились ТЛТ, КГ и стентирование, хотя в целом за рассматри-

ваемый период частота проведения реперфузионной терапии, КГ и стентирования увеличилась, как и назначение статинов.

Литература

1. Землянова Е.В., Семенова В.Г. Анализ динамики смертности населения в России и странах Европы / М., 2007; 120.
2. Бунова С.С., Усачева Е.В., Замахина О.В. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда в регионах Российской Федерации за 11-летний период (2002–2012 гг.) // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014; 6.
3. Цыганкова О.В., Платонов Д.Ю., Бондарева З.Г. и др. Ишемическая болезнь у женщин: патогенетические и патоморфологические особенности формирования и клинического течения // Проблемы женского здоровья. – 2013; 4: 50–6.
4. Болдуева С.А., Тростянецкая Н.А., Леонова И.А. и др. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда: результаты ретроспективного исследования // Проблемы женского здоровья. – 2012; 2: 11–6.
5. Атрощенко Е.С., Атрощенко И.Е. Коронарная болезнь сердца у женщин: клинико-эпидемиологические особенности // Проблемы женского здоровья. – 2012; 3: 62–9.
6. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al. Euro Heart Survey Investigators. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004 // Eur. Heart J. – 2006; 27 (19): 2285–93.
7. Курочкина О.Н., Спасский А.А., Хохлов А.Л., Течение инфаркта миокарда с позиции гендерных различий: результаты ретроспективного исследования // Проблемы женского здоровья. – 2012; 3: 18–23.
8. Семакина А.В., Сайгитов Р.Т., Глезер М.Г. Клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные характеристики инфаркта миокарда и ранний постгоспитальный прогноз заболевания у мужчин и женщин // Проблемы женского здоровья. – 2010; 2: 12–21.
9. Поворотов В.М., Шевченко И.И., Исламов Р.Р. Динамика ведения пациентов с острым коронарным синдромом в неинвазивном первичном сосудистом центре (по данным регистров РЕКОРД и РЕКОРД-2) // Рац. фармакогер. в кардиол. – 2011; 7 (5): 596–600.
10. Эрлих А.Д., Мацкеплишвили С.Т., Грацианский Н.А. и др. Первый Московский регистр острого коронарного синдрома: характеристика больных, лечение и исходы за время пребывания в стационаре // Кардиология. – 2013; 12: 4–13.
11. Ощепкова Е.В., Бойцов С.А. Довгалевский П.Я. и др. Сравнительный анализ данных Российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома // Кардиол. вестн. – 2010; 1: 82–6.
12. Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: a report from the European Heart Health Strategy (EuroHeart) project // Eur. Heart J. – 2010; 31 (14): 1677–81.
13. Куимов А.Д. Инфаркт миокарда у женщин / Новосибирск: Наука, 2006; 132.
14. Тавлуева Е.В. Гендерные особенности формирования и прогноз инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Кемерово, 2012.

ТHERAPY FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN MEN AND WOMEN

M. Eliseeva¹; Professor O. Kurochkina^{2,3}, MD

¹Central Polyclinic, Syktyvkar

²Komi Branch, Kirov State Medical Academy, Syktyvkar

³Syktyvkar State University named after P. Sorokin

The specific features of hospital therapy for acute myocardial infarction in male and female patients in the period 2003–2011 have been studied.

Key words: cardiology, women, men, myocardial infarction, treatment, trends.