«ЖЕНСКОЕ ЛИЦО» НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Гурченко А.Г., Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А.

НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, отделение амбулаторной и профилактической кардиологии

Резюме

В статье представлены сравнительные данные изучения особенностей течения, ближайшего и отдаленного прогноза нестабильной стенокардии среди мужчин и женщин города Томска трудоспособного возраста. Показано, что ближайший и отдаленный прогноз при данной патологии более благоприятен для женщин. К факторам, способствующим возникновению нестабильной стенокардии у женщин, авторы относят сахарный диабет, у мужчин — перенесенный ранее инфаркт миокарда.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, особенности течения, ближайший прогноз, отдаленный прогноз.

В последние годы определена ведущая роль ишемической болезни сердца (ИБС) среди причин смерти населения промышленно развитых стран, в частности у женщин [4, 5, 12]. В связи с этим понятен интерес, проявляемый к нестабильной стенокардии (НС) со стороны отечественных и зарубежных исследователей как к форме ИБС, наиболее угрожаемой в плане развития острого инфаркта миокарда (ОИМ) [1, 3, 7, 8, 11]. Вместе с тем, важность этого вопроса обусловлена еще и тем, что в настоящее время ставится под большое сомнение обоснованность лечения мужчин и женщин по единым принципам, представленным в международных экспертных рекомендациях, которые основаны на данных, полученных в исследованиях с преимущественным включением мужчин [6]. Это, в свою очередь, объясняется существенными различиями в течении различных форм ИБС, включая НС, у мужчин и женщин, выявленными в ходе некоторых крупных исследований [9, 10]. Так, например, первым, наиболее частым проявлением ИБС у женщин является стенокардия, в то время как у мужчин — ОИМ с подъемом сегмента ST. В этой связи представлялось интересным оценить особенности анамнеза, клинического течения, ближайшие и отдаленные исходы НС у женщин г. Томска и сопоставить полученные результаты с аналогичными данными у мужчин.

Исследование проводилось на базе эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». В течение 2003-2004 гг. было проведено обследование всех больных в возрасте 20-70 лет, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров выставлялся диагноз «Нестабильная (прогрессирующая) стенокардия». У части больных данные о наличии НС собирались ретроспективно после регистрации их в соответствии с критериями ВОЗ, в программе «Регистр острого инфаркта миокарда». В случае необходимости для верификации диагноза проводились следующие дополнительные об-

следования: велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда с ^{99m} — технетрилом или ¹⁹⁹ — таллием, коронарорентрикулография и т.д. Часть пациентов направлялась на плановую госпитализацию в клиники НИИ кардиологии. Все больные после верификации диагноза подразделялись на следующие диагностические категории:

1. НС подтвержденная
2. НС неподтвержденная
3. Недостаточно данных (в случае отказа больного от обследования или неявки по вызову).

На основании критериев ВОЗ [2] были выделены следующие клинические формы (КФ) НС:

I. Впервые возникшая стенокардия (с или без изменений на ЭКГ).

II. II. Учащение приступов стенокардии существовавшей ранее, без изменения их характера; стабильное увеличение числа стенокардитических приступов, не менее чем в два раза от исходного, при неизменном уровне физической и эмоциональной активности (с или без изменений на ЭКГ).

III. III. Учащение приступов стенокардии, существовавшей ранее, с изменением их характера в виде удлинения и усиления интенсивности болей, появления приступов стенокардии покоя, снижения купирующего эффекта от нитроглицерина (с или без изменений на ЭКГ). IV. Затяжной приступ стенокардии длительностью не менее 20 минут, не купирующийся нитроглицерином (с или без изменений на ЭКГ). При постановке диагноза учитывались показатели активности ферментов сыворотки крови. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней от момента начала заболевания. Исходами заболевания (ближайшие — сроком до 28 дней, отдаленный — один год) считались: стабилизация — стабильное течение ИБС без формирования острых коронарных событий; дестабилизация- обострение ИБС без формирования острых коронарных событий; ОИМ (без ле-

тального исхода или с таковым); внезапная коронарная смерть.

За 2003-2004 гг. было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Заболевание подтвердилось у 1477 (53, 52%) больных. Особенности течения НС оценивались в группе больных трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 20-60 лет, женщины -20-55 лет). Всего обследовано 472 больных, включая 112 женщин (23, 73%) и 360 мужчин (76,27%).

Установлено, что более половины больных как среди женщин, так и среди мужчин, принадлежали к III и IV КФ НС (68,76% и 69,43%, соответственно), однако у женщин преобладали больные с учащением приступов стенокардии и изменением их характера (38,40%), тогда как у мужчин – пациенты с затяжным ангинозным приступом (37,95%). Первая и вторая КФ регистрировались у мужчин и женщин с одинаковой частотой.

При оценке клиническо – анамнестического фона НС обнаружено, что у подавляющего большинства как женщин, так и мужчин, присутствовала артериальная гипертензия (91,07% и 84,72%, соответственно). Сахарный диабет достоверно чаще встречался у женщин (22,32% и 6,94%, $p < 0,05$, соответственно), тогда как перенесенный в прошлом ОИМ достоверно чаще регистрировался у мужчин, чем у женщин (35,0%, и 23,21%, $p < 0,05$, соответственно).

Изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ достоверно чаще встречались у мужчин (27,35% и 17,94%, $p < 0,05$, соответственно). Практически в половине случаев у женщин регистрировалась нормальная ЭКГ (42,30%), тогда как у мужчин –

только у каждого четвертого больного (24,78%, $p < 0,05$). Прочие изменения (нарушения сердечного ритма и проводимости, гипертрофия левого желудочка и другие) чаще отмечались у мужчин, чем у женщин (47,86% и 39,74%, $p < 0,05$, соответственно).

По истечении острого периода заболевания стабилизация состояния отмечена у 85 (75,89%) женщин и у 261 (72,50%) мужчин. Острый инфаркт миокарда в исходе острого периода регистрировался у 24,11% женщин и у 27,50% мужчин. Для мужчин оказался наиболее характерным крупноочаговый ОИМ (60,60%). У женщин частота развития крупноочагового и мелкоочагового ОИМ оказалась примерно одинаковой (40,74% и 44,44%, соответственно).

Спустя год наблюдения за больными НС стабильное течение ИБС отмечено у 71,43% женщин и у 67,50% мужчин ($p < 0,05$). Дестабилизация состояния была зарегистрирована у 25,89% женщин и у 23,05% мужчин. Достоверно чаще, на протяжении года наблюдения, ОИМ развивался у мужчин, чем у женщин (5,0% и 1,78%, $p < 0,05$, соответственно).

Таким образом, НС у женщин чаще всего проявлялась в виде учащения приступов стенокардии с изменением их характера, при этом изменения на ЭКГ ишемического характера встречались достаточно редко. К факторам способствующим развитию НС, следует отнести сахарный диабет у женщин и перенесенный ранее ОИМ – у мужчин. Оценивая течение НС в целом, можно сказать, что она протекала в прогностическом плане более неблагоприятно у мужчин, причем это в равной степени касается как ближайшего (частое развитие крупноочагового инфаркта), так и отдаленного прогноза.

Литература

1. Аверков О.В., Грацианский Н.А., Коваленко Е.В. Нестабильная стенокардия: простейшие маркеры воспаления и исходы наблюдения в течение 6 месяцев// Кардиология 1995; 9: 16-27.
2. Адамян К.Г., Казанчан А.Ф. Регистр острого инфаркта миокарда в Ереване// Кардиология 1989; 5: 88-90.
3. Ваулин Н.А., Грацианский Н.А., Славина Н.Н. и др. нестабильная стенокардия: влияние правастатина на липиды и агрегацию тромбоцитов// Кардиология 1999; 8: 42-52.
4. Карпов Р.С., Мордовин В.Ф. Диагностика и лечение ишемической болезни сердца у женщин. Томск 2002: 196 С.
5. Оганов Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России и некоторые влияющие на нее факторы// Кардиология 1994; 4: 80-83.
6. Anderson G.D. Sex and racial differences in pharmacological response. Where is evidence? Pharmacogenetics, pharmacokinetics and pharmacodynamics// J. Womens Health 2005; 14: 19-29.
7. Baladier V., Metzger J.P., Le Feuvre C. et al. Treatment of refractory unstable angina by transluminal coronaryangioplasty// Arch. Mal. Coeur. Vaiss. 1996; 2: 181-186.
8. Figueiredo L. Nitrates in unstable angina// Rev. Port. Cardiol. 1993; 12: 125-128.
9. Hochman J., Tamis J., Thompson T. et al. Sex, clinical presentation and outcome in patients with acute coronary syndromes// N. Engl. J. Med. 1999; 341: 226-232.
10. Kannel W., Sorlie P., McNamara P. Prognosis after initial myocardial infarction: the Framingham study// Am. J. Cardiol. 1979; 44: 53-59.
11. Maseri A. Pathogenetic, classification of unstable angina as a guideline patient management and prognosis// Am. J. Med. 1986; 4: 48-55.
12. Thomas J., Braus P. Coronary artery disease in women: a historical perspective// Arch. Intern. Med. 1998; 158: 333-337.

Abstract

The authors compare unstable angina clinical course, short- and long-term prognosis in working-age male and female residents of Tomsk City. Short- and long-term prognosis is better in female patients with unstable angina than in their male peers. Factors associated with unstable angina incidence include diabetes mellitus in women and previous myocardial infarction in men.

Keywords: Unstable angina, clinical course features, short- and long-term prognosis.

Поступила 20/06-2007