

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН.

Жаринова В.Ю.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины»

Ишемическая болезнь сердца достаточно продолжительное время считалась преимущественной мужским заболеванием. Даже стандартизация «типичных» клинических симптомов стенокардии была проведена на основании обследования большой выборки мужчин. На женщин в этом аспекте обращали куда меньшее внимание, поскольку женский организм, имеющий физиологическую гормональную защиту от атеросклероза, казался надежно защищенным от сосудистой, в том числе коронарной патологии. К сожалению, эта точка зрения оказалась ошибочной, породила немало диагностических и терапевтических, в том числе фатальных ошибок, приведших к гибели от ложных диагнозов большого количества женщин, прежде, чем накопленный опыт и появление новых диагностических возможностей привели к важному выводу: ИБС женщины болеют не только не реже, но даже чаще мужчин.

ИБС у женщин протекает не типично, имеет не характерную симптоматику, прячется под различными масками, имеет особые клинические формы и, не смотря на более тщательное, чем у мужчин, соблюдение рекомендаций, гораздо худший прогноз.

Так, по данным Фремингемского исследования, 40% всех коронарных событий у женщин заканчивается фатально, причем в 67% случаев внезапной коронарной смерти не предшествует коронарный анамнез.

Клинически женщины с ИБС имеют более стойкие, плохо купирующиеся клинические проявления заболевания, низкие, по сравнению с мужчинами, показатели качества жизни, чаще требуют госпитализаций и затраты на их лечение в связи с ИБС в экономически развитых странах превышают затраты на лечение аналогичного количества мужчин.

Следует отметить, что гендерные различия в отношении ИБС начинаются с факторов риска. Хотя большая часть классических факторов риска одинакова для мужчин и женщин, значимость и удельный вес их различается: доказано, что влияние факторов риска развития ИБС более агрессивно для женщин, чем для мужчин.

Дополняет картину факт, что у женщин значительно чаще, чем у мужчин, встречается сочетание двух и более ФР (82% против 56,1%). По другим данным, сочетание двух ФР выявляется у 46,7% женщин, трех – у 20%.

Очевидно, что агрессивное воздействие факторов риска и их частое сочетание значительно увеличивает вероятность развития коронарной болезни поэтому наличие у обратившейся на прием женщины предпосылок к сосудистой патологии требует тщательного обследования на предмет ранней диагностики ИБС. Однако клиническая диагностика ИБС у женщин также весьма затруднительна. Это связано в первую очередь с не типичной клинической картиной заболевания:

- болевой синдром не типичен для стенокардии, боль не связана с нагрузкой, зачастую болевой синдром отсутствует;
- нередко эквиваленты болевого синдрома: одышка, приступы головокружения, потемнения в глазах и т.д.;
- затрудняет диагностику невротизация пациентки, наличие жалоб, характерных для проявлений сопутствующей патологии, в том числе предменструального синдрома, климакса.

Указанные обстоятельства обуславливают снижение настороженности как у пациентки, так и у доктора, что значительно удлиняет преддиагностический период и приводит к поздней, нередко, фатально поздней диагностике заболевания.

Вместе с тем, согласно вышедшим в 2013 году обновленным рекомендациям по диагностике и лечению стабильной ишемической болезни сердца, при диагностике ИБС у женщин следует помнить, что для пациенток старше 60 лет ЛЮБАЯ боль является признаком как минимум промежуточного уровня вероятности ИБС и поводом для дальнейшего обследования. В случае типичных «стенокардитических» жалоб обследование необходимо назначать женщинам любого возраста, и при не типичной

стенокардии – в возрасте старше 50 лет.

Напомним, что, согласно Рекомендациям 2013 года, диагностика ИБС имеет несколько этапов. Диагностический процесс начинается с оценки вероятности наличия ИБС. Затем у пациентов с промежуточной вероятностью заболевания (15-65% по результатам pre-test probability, PTP) проводится обследование с помощью инструментальных методик с целью окончательного установления диагноза.

К сожалению, у женщин рутинное применение стандартных методик для диагностики ИБС зачастую оказывается малоэффективным. Это связано с широкой распространенностью микрососудистой ишемии, являющейся ведущим фактором, определяющим особенности клинической картины, диагностики и лечения ИБС у женщин. В обновленных рекомендациях (2013) по диагностике и лечению стабильной ишемической болезни сердца «микроваскулярная стенокардия» выделена в отдельную клиническую форму, объединяющую все виды преходящего нарушения кровоснабжения миокарда при неизмененных коронарных артериях.

Для больных с МВС характерны низкая воспроизводимость ишемических изменений на ЭКГ при проведении нагрузочных тестов и практически отсутствует возможность выявить зоны гипокинеза по данным стресс-ЭхоКГ, что обусловлено развитием субэндокардиальной ишемии вследствие спазма интрамиокардиальных сосудов в отличие от больных с обструктивным атеросклерозом эпикардиальных артерий, соответствующей транмуральной ишемией и систолической дисфункцией миокарда.

Верификация ишемии миокарда в этой группе больных возможна:

1) при визуализации дефектов перфузии миокарда в нагрузочных или фармакологических тестах;

2) подтверждением биохимическими методами нарушения метаболизма в миокарде.

В связи с трудоемкостью последней методики основополагающими методами верификации ишемии миокарда у больных МВС являются:

1. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца, совмещенная с ВЭМ-тестом или фармтестом. В первом случае при достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) или ЭКГ-признаков ишемии миокарда во время выполнения ВЭМ-теста пациентам вводят внутривенно ^{99m}Tc -МИБИ (^{99m}Tc -метоксиизобутилизонитрила) активностью 185–370 мБк с последующим проведением через 1 ч ОЭКТ миокарда и оценкой дефектов перфузии. В случаях с недостаточной информативностью пробы с физической нагрузкой или при ее отрицательных результатах альтернативным методом при проведении радионуклидных исследований перфузии миокарда является метод с использованием фармакологического теста. В этом случае ВЭМ-тест заменяется введением внутривенно фармпрепарата (дипиридамола, аденозина). Применение добутамина представляется нецелесообразным у больных МВС, т.к. ожидаемые эффекты снижения сократимости миокарда вследствие его ишемии будут крайне редки, как и в случае стресс-ЭхоКГ.

2. Интракоронарное введение аденозина с оценкой скорости кровотока методом внутрисосудистого ультразвукового исследования доказывает наличие аномальной скорости кровотока у больных МВС.

3. Аномальное соотношение фосфокреатина/АТФ в миокарде у больных МВС по данным МР-спектроскопии.

4. Субэндокардиальные дефекты перфузии по данным МРТ сердца [16].

Таким образом, МВС является формой хронической стенокардии и по МКБ-10 относится к коду 120.8 «Другие формы стенокардии». Диагноз формулируется в зависимости от функционального класса стенокардии, например «ИБС при неизмененных коронарных артериях. Стенокардия ФК II. (Микроваскулярная стенокардия)».

Следует отметить важное клиническое значение L-аргинина в терапии ИБС у женщин. Эндотелиальная дисфункция является основным механизмом развития и прогрессирования микрососудистой ишемии, поэтому истощение резервов L-аргинина и активности eNOS для этой патологии наиболее характерно. Одной из основных клинических проблем микрососудистой стенокардии является нетипичный и плохо купируемый стандартными средствами болевой синдром. Ни нитропрепараты ни

антагонисты кальция не дают стабильно ожидаемого эффекта при данном виде стенокардии. Кроме того, длительное использование нитропрепаратов при микрососудистой ишемии, кроме низкой эффективности, может привести к прогрессированию стенокардии, поскольку длительное введение экзогенного NO в условиях наблюдающегося при микрососудистой недостаточности активации локального воспаления, свободнорадикального окисления, может привести к образованию токсического пероксинитрита и оказывать дальнейшее повреждающее влияние на эндотелиоциты. С лечебной (антиангинальной) и с профилактической (эндотелиопротекторной) целью целесообразно использование препарата, являющегося одновременно и субстратом для синтеза собственного эндогенного NO и модулирующего активность eNOS. Стоит помнить, что у женщин с ИБС является высокая распространенность коморбидной патологии: артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, метаболического синдрома, создающих дополнительные предпосылки для прогрессирования эндотелиальной дисфункции, а значит требующих еще более тщательного контроля функции эндотелия и выбора схемы терапии для ее восстановления. Это является еще одним аргументом в пользу применения L-аргинина. Регулярное использование L-аргинина у женщин с сердечно-сосудистой патологией, курсами по 3 месяца 2-3 раза в год будет способствовать оптимизации лечения, улучшению клинического течения и прогноза заболеваний.

Участковый врач : популярный журнал для профессионалов. - 2014. - N 2.