

Инфаркт миокарда у женщины репродуктивного возраста

Е.В.Хоролец, С.В.Шлык, М.К.Ахвердиева,
С.С.Щербакова
Ростовский государственный медицинский
университет МЗ РФ, Ростов-на-Дону

Сердечно-сосудистые заболевания у женщин развиваются позднее, чем у мужчин, что обусловлено кардиопротективным действием эстрогенов. Нарушение гормонального фона у женщин увеличивает кардиоваскулярный риск, приводит к раннему развитию сердечно-сосудистых осложнений. Инфаркт миокарда у женщины репродуктивного возраста требует дальнейшего изучения проблемы.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, женщины, репродуктивный возраст.

Myocardial Infarction in Women of Reproductive Age

E.V.Khorolets, S.V.Shlyk, M.K.Akhverdieva,
S.S.Shcherbakova
Rostov State Medical University of the Ministry
of Healthcare of the Russian Federation,
Rostov-on-Don

Cardiovascular diseases develop later in women than in men and are due to the cardioprotective effect of estrogens. Violation of the hormonal background in women increases the cardiovascular risk, leading to the early development of cardiovascular complications. Myocardial infarction in women of reproductive age requires further study of the problem.

Keywords: myocardial infarction, women, reproductive age.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является социально-медицинской проблемой в современной России. Ведущие позиции по показателям заболеваемости и смертности среди болезней системы кровообращения занимает ИБС, которая этиологически и патогенетически преимущественно обусловлена атеросклеротическим поражением артерий коронарного русла [1]. ИБС стойко занимает первое место в структуре смертности в России. По данным Федеральной службы государственной статистики России, в 2016 г. от ИБС умерло 481 800 человек, что составило 328,5 на 100 тыс. населения, в том числе от острого инфаркта миокарда (ОИМ) 62 900 человек – 42,9 на 100 тыс. населения [2].

Существует мнение о том, что проблема ИБС, а в частности ОИМ, не столь актуальна для женщин. Как известно, ОИМ у женщин развивается на 10–15 лет позже, чем у мужчин, что связано с кардиопротективным

действием женских половых гормонов [3]. Клиническая картина ИБС выявляется у каждой 8-й женщины в возрасте 45–54 лет и у каждой 4-й женщины после 65 лет. Тем не менее, несмотря на рост заболеваемости, проблема ИБС у женщин недостаточно изучается [1]. Большинство клинических исследований обращалось именно к мужской выборке, и число женщин, участвовавших в европейских клинических исследованиях, не насчитывает даже 30% [4]. Госпитальная летальность от ОИМ у женщин в 1,5 раза выше, чем у мужчин. Во многом это объясняется более пожилым возрастом пациенток, наличием у них большого количества факторов риска и множественной сопутствующей патологии. Клиническая картина ОИМ у женщин характеризуется более тяжелым течением, более частым возникновением осложнений: острой левожелудочковой недостаточности, ранней постинфарктной стенокардии [5]. Известно, что в течение года после ОИМ умирают 25% мужчин и 38% женщин.

Во многом такой прогноз связан с вопросом своевременности диагностики ОИМ у женщин. Существуют определенные гендерные различия в проявлении ИБС. В исследовании WISE (2006) было установлено, что лишь у 35% женщин с установленным диагнозом ИБС наблюдались симптомы «типичной» стенокардии [6]. Кроме того, выполнение первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) женщинам проводится не столь активно, как мужчинам. Частота положительных результатов нагрузочных проб электрокардиограмм (ЭКГ) у женщин и мужчин – 29 и 30%, соответственно, сопоставима. При этом женщины реже направляют для проведения дополнительных неинвазивных исследований – 4% и 20% мужчин; коронарографии (КАГ) 34 и 45%, соответственно [1].

Таким образом, можно сделать вывод, что в настоящее время ИБС часто встречается у женщин и к тому же, по многочисленным данным, носит более тяжелый характер, нежели у мужчин [7].

Представляем **клинический случай** инфаркта миокарда у женщины фертильного возраста, который демонстрирует необходимость более углубленного изучения проблемы ИБС у женщин.

Больная N., 44 года, поступила с жалобами на давящие боли за грудиной, одышку в покое, общую слабость. Ранее периодически отмечала повышение артериального давления (АД) до 150/90 мм рт. ст., однако за медицинской помощью не обращалась, при подъеме артериального давления принимала капотен 25 мг. Со слов пациентки, боли возникли 10 дней назад, на фоне эмоционального напряжения, к врачу решила не обращаться. Причиной обращения за медицинской помощью стала прогрессирующая одышка.

Анамнез жизни: Менструация с 13 лет, установилась сразу, длительность менструального цикла – 28 дней, длительность менструации 3 дня, сопровождалась болями, которые снимались приемом спазмолитиков, количество теряемой крови – умеренное. Общее количество беременностей – 3, родов – 3. Изменения менструального цикла наступили 10 лет назад, когда длительность менструации сократилась до 1 дня и снизилось количество теряемой крови. Секрция из молочной железы отсутствует, секрция из половых путей скудная, цвет выделений – светлый. К врачу обратилась 6 мес. назад, врачом было назначено обследование. На основании данных ультразвукового исследования (УЗИ) – увеличение объема яичников более 10 мл, исследования гормонального фона – относительное повышение содержания лютеинизирующего гормона (ЛГ) по отношению к фолликулостимулирующему гормону (ФСГ), индекс

соотношения ЛГ/ФСГ=3, установлен диагноз синдром поликистозных яичников (СПКЯ), назначена заместительная терапия комбинированными оральными контрацептивами, назначена консультация эндокринолога. К эндокринологу больная не обращалась, назначенные препараты не принимала.

Обращает на себя внимание: нарушение менструального цикла, установление диагноза – синдром поликистозных яичников (СПКЯ), назначение заместительной гормональной терапии комбинированными оральными контрацептивами, которые больная не принимала.

Данные физикального обследования. Общее состояние: тяжелое. Сознание: ясное. Положение: пассивное. Телосложение: нормостеническое, повышенного питания, ИМТ – 27 кг/м² (избыточная масса тела). Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые – бледные, влажные. Тургор кожи снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические отеки стоп, голеней до средней трети, плотные, при надавливании образуется ямка. Лимфатические узлы подмышечные, паховые при пальпации безболезненны, размер – до 1 см, не спаяны между собой и окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, другие группы лимфоузлов не пальпируются. Мышцы развиты соответственно полу и возрасту, тонус сохранен, при пальпации – безболезненны. Суставы – обычной конфигурации, движения в суставах сохранены в полном объеме, при пальпации – безболезненны.

Дыхательная система. Дыхание носовое, свободное. Тип дыхания смешанный. Грудная клетка нормостенической конфигурации, видимых деформаций нет, в акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют симметрично. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Частота дыхательных движений – 21 в минуту. При пальпации болезненность ребер, межреберных промежутков, мышц грудной клетки отсутствует. Деформации грудной клетки отсутствуют. Голосовое дрожание проводится симметрично над всей поверхностью легких, не изменено. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный над симметричными участками. При аускультации в нижних отделах легких с обеих сторон дыхание ослаблено, влажные хрипы.

Сердечно-сосудистая система. Видимых пульсаций и деформаций в области сердца нет. Пульсация сонной артерии не видима. Эпигастральная пульсация не видна. Верхушечный толчок определяется пальпаторно в 5 межреберье на 0,5 см наружу от левой среднеключичной линии, разлитой, низкоамплитудный. Пульсации крупных магистральных сосудов при пальпации не отмечается. Пульс на лучевой артерии симметричный на обеих руках, частота – 98 уд/мин, ритмичный, сниженного наполнения и напряжения. Пульсация на бедренных, подколенных, задних большеберцовых и артериях тыла стопы сохранена. Поверхностные вены при пальпации без уплотнений, безболезненны, варикозные узлы и язвы отсутствуют. Границы относительной тупости сердца: правая – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая – в 5 м/р на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – на уровне 3 ребра. При аускультации крупных сосудов патологических изменений не выявлено. При аускультации сердца тоны приглушены, ослаблены. Патологические сердечные шумы отсутствуют. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 98 уд/мин, дефицит пульса отсутствует. Измерение АД: правая рука – 80/50 мм рт. ст., левая рука – 76/44 мм рт. ст.

Пищеварительная система. Язык чистый, влажный. Брюшная стенка в акте дыхания участвует, видимой

пульсации нет, подкожных сосудистых анастомозов нет, рубцов нет. Поверхностная ориентировочная пальпация живота безболезненна, резистентности не наблюдается. Наличие расхождения прямых мышц живота, симптома раздражения брюшины (Щеткина–Блюмберга), зон кожной гипералгезии не определяется. Печень – +1,0 см от края реберной дуги. *Мочевыделительная система.* Мочеиспускание – свободное, безболезненно. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система. Оволосение по женскому типу, равномерное. Пигментация кожи и слизистых оболочек умеренная и равномерная. Форма лица овальная. Повышенного потоотделения нет. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, распределена равномерно. Вторичные половые признаки развиты нормально. Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. При пальпации щитовидной железы болезненности нет, пальпируется перешеек. Глазные симптомы отрицательны.

Больной была проведена лабораторная и инструментальная диагностика, а также назначены консультации специалистов: гинеколога, эндокринолога. Обращает на себя внимание следующие полученные данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 250×10^9 /л, лейкоциты – $12,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 16%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9%, скорость оседания эритроцитов – 16 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,9 ммоль/л, креатининфосфокиназа (КФК) – 160 ЕД/л, КФК-МВ – 20 ЕД/л, креатинин – 76 мкмоль/л (СКД-ЕРІ: 81,8 мл/мин/1,73 м²), общий билирубин – 19,7 мкмоль/л, прямой билирубин – 2,9 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза – 37 ЕД/л, аспартатамино-трансфераза – 40 ЕД/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, мочевая кислота – 0,27 ммоль/л, общий белок – 69 г/л, щелочная фосфатаза – 210 ЕД/л.

Липидограмма: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, триглицериды – 2,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности – 3,8 ммоль/л, высокой плотности – 0,9 ммоль/л. Тропонин I – 2,2 нг/л (норма 0–0,0120 нг/л).

ЭКГ при поступлении: Синусовая тахикардия. ЧСС – 102 в минуту. Подъем сегмента ST 3 мм и более в отведениях I, II, aVL, V₁-V₅.

ЭКГ в динамике: Ритм синусовый, правильный. ЧСС – 88 в минуту. Сохраняется подъем сегмента ST 1,5 мм в отведениях II, aVL, V₁-V₅.

Эхокардиоскопия: Сократительная функция миокарда левого желудочка (ЛЖ) снижена (фракция выброса 38%). Зона акинеза передне-перегородочно-верхушечной области. Выраженная дилатация полости ЛЖ, левого предсердия. Аневризма ЛЖ. Митральная регургитация II ст.

По результатам физикального обследования и проведенной лабораторной и инструментальной диагностики был установлен диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST переднераспространенный, подострая стадия. Аневризма левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность 2б ФК III (NYHA). Острая сердечная недостаточность Killip IV.

Больная N. получила базисную терапию инфаркта миокарда, длительную инотропную терапию. Несмотря на лечение сохранялась гемодинамическая нестабильность. В связи с поздним обращением пациентки за медицинской помощью выполнение тромболитической терапии пациентке не показано.

От предложенного ЧКВ пациентка отказалась. На 6-й день госпитализации в результате самостоятельной попытки пациентки приподняться в кровати произошла остановка кровообращения, развилось состояние клинической смерти. Проводимые реанимационные мероприятия были безуспешны.

Диагноз подтвержден патологоанатомическим вскрытием: трансмуральный инфаркт миокарда левого желудочка (1 тип) в области передней стенки, перегородки, верхушки сердца, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 70% устья левой артерии, обтурирующий красный тромб длиной 5 мм и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии). Аневризма левого желудочка с разрывом.

Для мужчин и женщин факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) являются общими, при этом ряд работ отражают особенности ФР у женщин [1]. Преимущественно у женщин встречаются артериальная гипертония и метаболический синдром, ранняя менопауза и курение в возрасте до 55 лет, сахарный диабет. Более чем у половины женщин, перенесших ОИМ, встречаются различные психопатические реакции: тревожно-фобические, депрессивные, способствующие более тяжелому течению заболевания [3].

Нарушения гормонального фона у женщин приводит к более раннему дебюту ССЗ. Предполагают, что одной из ведущих причин, обуславливающих данную закономерность, является гипозестрогения [8]. Сочетание нескольких ФР встречается у более 80% женщин и 56% мужчин [5]. Уникальными факторами для женщин является их репродуктивный статус: прием оральных контрацептивов, наличие менопауз, отягощенного гинекологического анамнеза [1].

У женщин сердечно-сосудистая система находится под защитой эстрогенов благодаря биологическим механизмам регуляции активности эндотелиальных, гладкомышечных клеток стенок кровеносных сосудов, а также клеток миокарда [9]. Изучено кардиопротекторное влияние эстрогенов лекарственных препаратов, с возможностью задерживать развитие атеросклероза, ИБС, артериальной гипертонии, нарушений ритма сердца. При этом, у женщин с дефицитом эстрогенов отмечается раннее проявление ССЗ [5].

Заключение

Протективное действие половых гормонов, а в первую очередь эстрогенов, на сердечно-сосудистую систему значительно снижает кардиоваскулярный риск у женщин репродуктивного возраста. Данный клинический случай демонстрирует развитие ОИМ с летальным исходом у женщины репродуктивного возраста на фоне нарушений гормонального фона. Высокий кардиоваскулярный риск у молодых женщин с СПКЯ связан с неблагоприятным кардиометаболическим профилем, включающим артериальную гипертензию, дислипидемию, повышение уровня провоспалительных маркеров, инсулинорезистентность, нарушение толерантности глюкозы и развитие сахарного диабета 2 типа. Помимо нарушения

обмена веществ важную роль имеет эндотелиальная дисфункция, возникающая в результате дисбаланса половых гормонов. Все перечисленные нарушения приводят к раннему развитию атеросклероза, что клинически проявляется увеличением частоты развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. Своевременная диагностика и коррекция нарушений гормонального фона у женщин позволит снизить частоту сердечно-сосудистых заболеваний за счет непосредственного и опосредованного влияния половых гормонов на различные компоненты сердечно-сосудистой системы.

Развитие острого инфаркта миокарда у женщин репродуктивного возраста имеет характерные патогенетические механизмы. Необходимо дальнейшее изучение гендерных особенностей инфаркта миокарда у пациентов разного возраста женщин.

Литература

1. Дворецкий Л.И., Гибрадзе Н.Т., Черкасова Н.А. Ишемическая болезнь сердца у женщин. РМЖ. – 2011. – Т. 19. – № 2. – С. 79–82. / Dvortsekiy L.I., Gibradze N.T., Cherkasova N.A. Ishemicheskaya bolezn serdtsa u zhenshchin. RMZH. 2011; 19: 2: 79–82. [in Russian]
2. Заболеваемость населения по основным классам болезней. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#/Zabolevaemost_naseleniya_po_osnovnym_klassam_bolezney. [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# [in Russian]
3. Родионова Л.В., Невзорова В.А., Настредин О.В., Потапова Е.С. Клинико-патогенетические особенности острого инфаркта миокарда у женщин. Оригинальные исследования. – 2007. – № 2. – С. 34–36. / Rodionova L.V., Nevzorova V.A., Nastradin O.V., Potapova E.S. Kliniko-patogeneticheskie osobennosti ostrogo infarkta miokarda u zhenshchin. Originalnye issledovaniya. 2007; № 2: 34–36. [in Russian]
4. Болдуева С.А., Третьякова Н.С., Матвеев Д.С. Ишемическая болезнь сердца у женщин: только ли возрастные различия у мужчин? Проблемы женского здоровья. – 2006. – № 1. – Т. 1. – С. 64–77. / Boldueva S.A., Tretyakova N.S., Matveev D.S. Ishemicheskaya bolezn serdtsa u zhenshchin: tolko li vozrastnye razlichiya u muzhchin? Problemy zhenskogo zdorovya. 2006; 1: 1: 64–77. [in Russian]
5. Синайская М.А., Курочкина О.Н. Факторы риска летального исхода острого инфаркта миокарда с учетом гендерных особенностей. Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 3 (55). – С. 19–27. / Sinayskaya M.A., Kurochkin O.N. Faktory riska letalnogo iskhoda ostrogo infarkta miokarda s uchetom gendernykh osobennostey. Vyatskiy meditsinskiy vestnik. 2017; 3 (55): 19–27. [in Russian]
6. Чуршин А.Д. Клинико-функциональные и метаболические характеристики ишемической болезни сердца у женщин и дифференцированная терапия. Автореферат дис. ... доктора медицинских наук. Пермь, 2009. – С. 48. / Churshin A.D. Kliniko-funktsionalnye i metabolicheskie kharakteristiki ishemicheskoy bolezni serdtsa u zhenshchin i differentsirovannaya terapiya. Avtoreferat dis. ... doktora meditsinskikh nauk. Perm, 2009; 48. [in Russian]
7. Барбараш О.Л., Якушева Е.Ю., Тарасов Н.И. Инфаркт миокарда у женщин: особенности клиники и ведения больных. Проблемы женского здоровья. – 2007. – № 1. – № 1. – С. 39–46. / Barbarash O.L., Yakusheva E.YU., Tarasov N.I. Infarkt miokarda u zhenshchin: osobennosti kliniki i vedeniya bolnykh. Problemy zhenskogo zdorovya. 2007; 1: 1: 39–46. [in Russian]
8. Барбараш О.Л., Якушева Е.Ю., Тавлуева Е.В., Барбараш Н.А. Факторы, определяющие прогноз у женщин с ишемической болезнью сердца. Проблемы женского здоровья. – 2007. – Т. 2. – № 2. – С. 57–64. / Barbarash O.L., Yakusheva E.YU., Tavluева E.V., Barbarash N.A. Faktory, opredelyayushchie prognoz u zhenshchin s ishemicheskoy boleznью serdtsa. Problemy zhenskogo zdorovya. 2007; 2: 2: 57–64. [in Russian]
9. Сметник В.П., Сметник А.А. Женские половые гормоны и сердечно-сосудистая система. Медицинский совет. – 2011. – № 3–4. – С. 40–45. / Smetnik V.P., Smetnik A.A. Zhenskije polovoye gormony i serdechno-sosudistaya sistema. Meditsinskiy совет. 2011; 3–4: 40–45. [in Russian]
10. Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И., Бессонов И.С., Криночкин Д.В., Акимова Е.В. Результаты метода чрескожных коронарных вмешательств у пациентов мужского и женского пола. Кардиология. – 2016. – Т. 56. – № 7. – С. 72–77. / Kuznetsov V.A., Pushkarev G.S., Yaroslavskaya E.I., Bessonov I.S., Krinochkin D.V., Akimova E.V. Rezultaty metoda chreskoznykh koronarnykh vmeshatelstv u patsientov muzhskogo i zhenskogo pola. Kardiologiya. 2016; 56: 7: 72–77. [in Russian]

Сведения об авторах:

Хоролец Екатерина Викторовна – к.м.н., ассистент кафедры терапии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Шлык Сергей Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Ахвердиева Милана Камилловна – к.м.н., доцент кафедры терапии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Щербаква Светлана Сергеевна – клинический ординатор кафедры терапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону