

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Т.М. Мураталиев¹, В.К. Звенцова¹, Ю.Н. Неклюдова¹, З.Т. Раджапова², С.Ю. Мухтаренко¹

¹Национальный центр кардиологии и терапии им. акад. Мирсаида Миррахимова; Кыргызская Республика, 720040 Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 3;

²Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина; Кыргызская Республика, 720000 Бишкек, ул. Киевская, 44

Контакты: Юлия Николаевна Неклюдова nekludova05@yandex.com

Цель исследования – изучение гендерных особенностей течения и лечения острого инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование включены 244 пациента в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст $61,2 \pm 12,3$ года) с диагнозом ИМ, которые были разделены на 2 группы по половому признаку: 1-я группа – 80 (32,8 %) женщин, 2-я группа – 164 (67,2 %) мужчины. Оценивались демографические данные пациента, диагноз и его осложнения, сопутствующая патология, анамнез и факторы риска (ФР) коронарной болезни сердца (КБС), лечебные мероприятия, проводимые на госпитальном этапе, частота летальных исходов в период госпитализации и в течение 12 мес после перенесенного ИМ.

Результаты. У женщин ИМ статистически значимо чаще развивался на фоне артериальной гипертензии ($p < 0,01$), сахарного диабета ($p < 0,05$) и ожирения ($p < 0,05$), а распространенность курения была выше в мужской популяции ($p < 0,01$). Самым частым осложнением ИМ в обеих группах явилась острая сердечная недостаточность (СН), которая регистрировалась у 53,7 % женщин и 55,5 % мужчин (относительный риск (ОР) 0,96; 95 % доверительный интервал (ДИ) 0,75–1,23; $p > 0,05$), но тяжелая СН III–IV класса чаще встречалась в женской популяции (31,2 % против 23,7 %; ОР 1,31; 95 % ДИ 0,85–2,01; $p > 0,05$). Частота летальных исходов была статистически значимо выше у женщин (27,5 % против 15,2 %; ОР 1,8; 95 % ДИ 1,08–2,99; $p < 0,05$), у них чаще регистрировалась как госпитальная (18,7 % против 9,1 %; ОР 2,05; 95 % ДИ 1,05–3,98; $p < 0,05$), так и постгоспитальная смертность (8,7 % против 6,1 %; ОР 1,43; 95 % ДИ 0,56–3,63; $p > 0,05$). В течение первых 6 мес после ИМ тенденция к большей частоте летальных исходов прослеживалась у женщин (6,2 % против 1,8 %; ОР 3,41; 95 % ДИ 0,83–13,9; $p > 0,05$), а у мужчин она была выше спустя 6–12 мес после выписки из стационара (4,3 % против 2,5 %; ОР 0,58; 95 % ДИ 0,12–2,75; $p > 0,05$).
Заключение. Наиболее значимыми факторами риска развития ИМ у женщин являются сахарный диабет, артериальная гипертензия и ожирение. Течение ИМ у женщин ассоциировано с развитием тяжелой СН, а ближайший прогноз и исход ИМ у женщин более неблагоприятны, чем у мужчин.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, коронарная болезнь сердца, сердечная недостаточность, факторы риска, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, гендерные особенности, летальность, реваскуляризация миокарда, коронароангиография, чрескожное коронарное вмешательство

DOI: 10.17650/1818-8338-2016-10-3-58-63

THE ROLE OF GENDER FEATURES IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

T.M. Murataliev¹, V.K. Zventsova¹, Yu.N. Neklyudova¹, Z.T. Radzhapova², S.Yu. Mukhtarenko¹

¹Akad. M. Mirrakhimov National Center of Cardiology and Therapy; 3 Togolok Moldo St., Bishkek 720040, Kyrgyz Republic

²The first Russian President B.N. Eltzyr Kyrgyz-Russian Slavic University; 44 Kievskaya St., Bishkek 720000, Kyrgyz Republic

Objective: investigation of gender features and their role in progression and treatment of acute myocardial infarction (MI).

Materials and methods. 244 patients aged 30–85 (mean age 61.2 ± 12.3) with MI were included in this study. They were divided into 2 groups depending on their gender: the 1st group was comprised of 80 (32.8 %) women, the 2nd group – of 164 (67.2 %) men. We evaluated patients' demographic data, diagnosis and its complications, comorbidities, medical history and risk factors (RF) of coronary heart disease (CHD), in-patient therapeutic activities, in-hospital mortality rate, and 12-month mortality rate after MI.

Results. In women MI was significantly more often associated with arterial hypertension ($p < 0,01$), diabetes mellitus ($p < 0,05$) and obesity ($p < 0,05$); prevalence of smoking was higher among men ($p < 0,01$). The most common MI complication in both groups was acute heart failure (HF), registered in 53.7 % of females and 55.5 % of males (relative risk (RR) 0.96; 95 % confidence interval (CI) 0.75–1.23; $p > 0,05$), however severe (class III–IV) heart failure was more common in female population (31.2 % vs 23.7 %; RR 1.31; 95 % CI 0.85–2.01; $p > 0,05$). Mortality rate was higher in women than in men (27.5 % vs 15.2 %; RR 1.8; 95 % CI 1.08–2.99; $p < 0,05$), the same trend was observed both for their in-hospital mortality (18.7 % vs 9.1 %; RR 2.05; 95 % CI 1.05–3.98; $p < 0,05$) and post-discharge mortality (8.7 % vs 6.1 %; RR 1.43; 95 % CI 0.56–3.63; $p > 0,05$). During the first 6 months after MI we found a tendency of higher mortality rate in females than in males (6.2 % vs 1.8 %; RR 3.41; 95 % CI 0.83–13.9; $p > 0,05$), but after 6–12 months after discharge males tended to have higher mortality than females (4.3 % vs 2.5 %; RR 0.58; 95 % CI 0.12–2.75; $p > 0,05$).

Conclusion. *The most important risk factors for MI in females are diabetes mellitus, arterial hypertension and obesity. MI in women is associated with severe HF development; their immediate prognosis and disease outcome is usually less favorable, than in men.*

Key words: *myocardial infarction, coronary heart disease, heart failure, risk factors, arterial hypertension, diabetes mellitus, obesity, gender features, mortality, myocardial revascularization, coronary angiography, percutaneous coronary intervention*

Введение

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний коронарная болезнь сердца (КБС) остается лидером среди причин смерти как у мужчин, так и у женщин. Более 7 млн человек умирают ежегодно от КБС, что составляет 12,8 % всех смертельных случаев [1]. Каждый 6-й мужчина и каждая 7-я женщина в Европе умирает от инфаркта миокарда (ИМ). За последние 10 лет во всем мире наблюдается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) на электрокардиограмме с одновременным повышением заболеваемости ИМ без подъема сегмента ST (ИМбпST) [2]. Кроме того, снижается ранняя и отдаленная летальность при ИМ, но, по некоторым данным, отмечается менее эффективное ее снижение в женской популяции [3–5].

Имеются значительные различия между полом, возрастом и типом ИМ. Результаты недавно проведенных исследований [6–8] показали, что в целом пожилые женщины имеют более благоприятный прогноз при ИМ, чем мужчины того же возраста, в то время как в более младших возрастных группах (до 60 лет) прогноз одинаков. Женщины с ИМбпST всех возрастных групп имеют более низкий риск смерти, чем мужчины. В отдаленном периоде ИМпST гендерных различий в прогнозе не выявлено, но в раннем постинфарктном периоде особенно высоким риск смерти остается среди молодых женщин по сравнению с мужчинами. У женщин до 60 лет выше риск развития таких осложнений, как кровотечения, сердечная недостаточность (СН), кардиогенный шок и острая почечная недостаточность [8–10].

Вместе с тем это не повлияло на тактику ведения женщин с ИМ. В реальной клинической практике отчетливо прослеживаются гендерные различия в подходах к фармакотерапии, хотя в настоящее время каких-либо половых различий в стратегии лечения ИМ не предусматривается. В руководстве Американской коллегии кардиологов по ведению больных с ИМбпST и нестабильной стенокардией [11], напротив, подчеркивается, что у женщин, как и у мужчин, лечебные мероприятия для оказания неотложной помощи и вторичной профилактики должны осуществляться одинаково, но из-за высокого риска кровотечений у женщин при дозировании антиагрегантов и антикоагулянтов следует учитывать массу тела и почечную функцию. Женщины получают такую же, как и мужчины, пользу от лечения аспирином, клопидогрелом, антикоагулянтами, бета-блокаторами, ингибиторами ангиотензин-

превращающего фермента и статинами [12–14], но, несмотря на это, врачи менее склонны назначать им эти препараты как во время госпитализации, так и при выписке из стационара [15–17]. Кроме того, женщины реже, чем мужчины, подвергаются коронароангиографии (КАГ) и чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ) [18, 19].

Таким образом, у мужчин и женщин ИМ остается ведущей причиной смерти, в связи с чем представляется актуальным проанализировать факторы, определяющие особенности клиники, течения, развитие осложнений и неблагоприятного прогноза ИМ в зависимости от пола.

Цель исследования — изучение гендерных особенностей течения и лечения острого ИМ.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование 244 пациентов в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст $61,2 \pm 12,3$ года) с установленным диагнозом ИМ, поступивших на лечение в Национальный центр кардиологии и терапии им. акад. Мирсаида Миррахимова с 2013 по 2014 г. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от пола: 1-ю группу составили 80 (32,8 %) женщин (средний возраст $67,6 \pm 10,6$ года), 2-ю — 164 (67,2 %) мужчины (средний возраст $58,1 \pm 11,8$ года). Диагноз ИМ устанавливался на основании 3-го универсального определения ИМ согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов [20]. В специально разработанную индивидуальную регистрационную карту вносились демографические данные пациента, диагноз и его осложнения, сопутствующая патология, анамнез и факторы риска (ФР) КБС, лечебные мероприятия, проводимые на госпитальном этапе. Частоту летальных исходов оценивали в период госпитализации и в течение 12 мес после перенесенного ИМ.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием программы Statistica 7.0. Для количественных признаков были рассчитаны среднеарифметическое значение (M) \pm стандартное отклонение (SD), качественные признаки представлены как абсолютные частоты и процентные доли. Для статистического анализа количественных показателей использовали параметрический критерий Стьюдента, непараметрический критерий Манна–Уитни, для качественных показателей — точный критерий Фишера и критерий χ^2 . Для изучения взаимосвязи между качественными переменными были составлены таблицы сопряженности 2×2 , рассчитан χ^2 , определены

относительный риск (ОР) и 95 % доверительный интервал (ДИ) для ОР. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты

Клиническая и демографическая характеристика больных представлена в табл. 1. В нашем исследовании у женщин ИМ развился в среднем на 9 лет позже, чем у мужчин ($67,6 \pm 10,6$ и $58,1 \pm 11,8$ года соответственно; $p < 0,05$). Выявлены значимые возрастные различия у обследованных пациентов. Большая часть (77,5 %) женщин с ИМ приходилась на старшую возрастную группу, тогда как в мужской популяции преобладали лица в возрасте 45–60 лет (60,4 %), $p < 0,01$.

Таблица 1. Клиническая и демографическая характеристика больных с острым ИМ

Показатель	Женщины (n = 80)	Мужчины (n = 164)	p
Возраст, лет:			
до 45, n (%)	2 (2,5)	26 (15,9)	< 0,05
до 60, n (%)	16 (20,0)	73 (44,5)	< 0,01
старше 60, n (%)	62 (77,5)	65 (39,6)	< 0,01
Структура ИМ, n (%):			
ИМбпСТ	7 (8,8)	12 (7,3)	Нз
ИМпСТ	73 (91,2)	152 (92,7)	Нз
передний	38 (47,5)	74 (45,1)	Нз
задний	24 (30,0)	60 (36,6)	Нз
задний + правого желудочка	11 (13,7)	18 (11,0)	Нз
ИМТ, кг/м ²	$29,4 \pm 5,0$	$27,2 \pm 4,4$	Нз
САД при поступлении, мм рт. ст.	$134,8 \pm 27,6$	$138,0 \pm 22,3$	Нз
ДАД при поступлении, мм рт. ст.	$84,2 \pm 13,7$	$76,5 \pm 12,5$	Нз
ЧСС, уд./мин	$80,1 \pm 20,1$	$88,5 \pm 18,0$	Нз
Анамнестические данные, n (%):			
стенокардия напряжения	35 (43,7)	46 (28,0)	< 0,05
ИМ	21 (26,2)	23 (14,0)	< 0,05
инсульт	6 (7,5)	15 (9,1)	Нз

Примечание. ИМ – инфаркт миокарда; ИМбпСТ – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST; ИМпСТ – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; ИМТ – индекс массы тела; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений; Нз – различия между группами не значимы.

В структуре ИМ как у женщин, так и у мужчин преобладал ИМпСТ и составил 91,2 % против 92,7 % соответственно. ИМ передней локализации с одинаковой частотой диагностирован у лиц обоих полов (у 47,5 % женщин и у 45,1 % мужчин; $p > 0,05$), задней локализации соответственно у 30,0 и 36,6 % ($p > 0,05$), а в 13,7 % случаев у женщин и в 11,0 % случаев у мужчин задний ИМ сочетался с ИМ правого желудочка ($p > 0,05$). При анализе анамнестических данных выявлено, что дебютом КБС у женщин в 43,7 % явилась

стабильная стенокардия напряжения против 28,0 % у мужчин ($p < 0,05$). Эпизод ранее перенесенного ИМ также чаще отмечался в женской популяции (26,2 % против 14,0 %; $p < 0,05$), а частота инсульта в анамнезе была выше у лиц мужского пола (9,1 % против 7,5 %; $p > 0,05$).

Получены различия в частоте встречаемости основных ФР КБС у мужчин и женщин (табл. 2). Так, ИМ у женщин по сравнению с мужчинами статистически значимо чаще развивался на фоне артериальной гипертензии (81,2 % против 52,4 %; $p < 0,01$), сахарного диабета (36,2 % против 21,9 %; $p < 0,05$) и ожирения (60,0 % против 46,3 %; $p < 0,05$), а распространенность курения была выше в мужской популяции (39,6 % против 2,5 %; $p < 0,01$).

Анализ клинической картины позволил установить, что наиболее частой формой манифестации ИМ независимо от пола и возраста был типичный ангинозный приступ (табл. 3).

Таблица 2. Распространенность факторов риска у больных с острым инфарктом миокарда

Показатель	Женщины (n = 80)	Мужчины (n = 164)	p
Дислипидемия, n (%)	49 (61,2)	111 (67,6)	Нз
Артериальная гипертензия, n (%)	65 (81,2)	86 (52,4)	< 0,01
Сахарный диабет, n (%)	29 (36,2)	36 (21,9)	< 0,05
Ожирение, n (%)	48 (60,0)	76 (46,3)	< 0,05
Курение, n (%)	2 (2,5)	65 (39,6)	< 0,01

Таблица 3. Диагностика острого инфаркта миокарда

Показатель	Женщины (n = 80)	Мужчины (n = 164)	p
Клинический вариант течения, n (%):			
типичный	75 (93,8)	151 (92,2)	Нз
астматический	4 (5,0)	4 (2,4)	Нз
абдоминальный	1 (1,2)	3 (1,8)	Нз
церебральный	–	2 (1,2)	Нз
аритмический	–	–	Нз
бессимптомный	–	4 (2,4)	Нз
Время от начала симптомов до поступления, n (%):			
в 1-й час	6 (7,5)	10 (6,1)	Нз
до 12 ч	37 (46,2)	78 (47,6)	Нз
до 24 ч	15 (18,8)	21 (12,8)	Нз
более 24 ч	22 (27,5)	55 (33,5)	Нз
Средняя продолжительность болевого синдрома, мин	$116,2 \pm 40,6$	$79,8 \pm 31,2$	< 0,05
Тропонин, нг/мл	$6,4 \pm 3,6$	$5,7 \pm 4,9$	Нз
Коронароангиография, %	7,5	14,6	< 0,05

Примечание. Нз – различия между группами не значимы.

Среди атипичных форм ИМ у мужчин преобладали абдоминальный и бессимптомный варианты, у женщин – астматический.

Догоспитальный этап ИМ показал, что обращаемость за медицинской помощью в 1-й час от начала заболевания была крайне низкой и составила 6,1 % у мужчин и 7,5 % у женщин ($p > 0,05$). В последующие часы как мужчины, так и женщины одинаково часто принимали решение об обращении к врачу. Средняя продолжительность болевого синдрома была выше у женщин ($116,2 \pm 40,6$ мин против $79,8 \pm 31,2$ мин; $p < 0,05$), а уровень тропонина сыворотки крови в обеих группах не различался. Женщинам в период госпитализации реже проводили инвазивную диагностику (КАГ) (7,5 % против 14,6 %; $p < 0,05$).

Самым частым осложнением ИМ явилась острая СН, которая регистрировалась у 53,7 % женщин и 55,5 % мужчин (ОР 0,96; 95 % ДИ 0,75–1,23; $p > 0,05$), но если СН II класса по Killip чаще встречалась у лиц мужского пола, то тяжелая СН III–IV класса – в женской популяции, однако различия не достигли статистически значимых величин, $p > 0,05$ (табл. 4).

По наличию таких осложнений, как различные нарушения ритма и проводимости сердца, постинфарктная стенокардия, синдром Дресслера, нарушения ритма и проводимости, группы также не различались ($p > 0,05$). Статистически незначимым оказалось и рецидивирующее течение ИМ (1,2 % у женщин против

3,0 % у мужчин; $p > 0,05$), формирование острой аневризмы сердца (25,0 % против 26,2 %; $p > 0,05$) и тромба в полости левого желудочка (11,2 % против 5,5 %; $p > 0,05$).

В нашем исследовании общая летальность была высокой и составила 19,2 %, в стационаре – 12,3 % и в течение года после выписки – 6,9 % (табл. 4). Статистически значимо выше этот показатель был у женщин с ИМ (27,5 % против 15,2 %; ОР 1,8; 95 % ДИ 1,08–2,99; $p < 0,05$). У женщин выше была как госпитальная (18,7 % против 9,1 %; ОР 2,05; 95 % ДИ 1,05–3,98; $p < 0,05$), так и постгоспитальная смертность (8,7 % против 6,1 %; ОР 1,43; 95 % ДИ 0,56–3,63; $p > 0,05$). В течение первых 6 мес после перенесенного ИМ тенденция к большей частоте летальных исходов прослеживалась у женщин (6,2 % против 1,8 %; ОР 3,41; 95 % ДИ 0,83–13,9; $p > 0,05$), а у мужчин она была выше спустя 6–12 мес после выписки из стационара (4,3 % против 2,5 %; ОР 0,58; 95 % ДИ 0,12–2,75; $p > 0,05$).

Характеристика умерших больных представлена в табл. 5.

Средний возраст умерших женщин был статистически значимо выше, чем выживших ($71,4 \pm 8,7$ года против $64,5 \pm 12,6$ года; $p < 0,05$). В обеих группах смертность была выше в возрастной категории старше 60 лет, но статистически значимо у женщин (91,0 % против 64,0 %; $p < 0,05$), а в среднем возрасте 45–60 лет чаще умирали мужчины (36,0 % против 9,0 %; $p < 0,05$).

Таблица 4. Осложнения острого ИМ

Показатели	Женщины (n = 80)	Мужчины (n = 164)	p	Отношение рисков (95 % доверительный интервал)
Постинфарктная стенокардия, n (%)	27 (33,7)	66 (40,2)	Нз	0,83 (0,58–1,12)
Рецидив ИМ, n (%)	1 (1,2)	5 (3,0)	Нз	0,41 (0,04–3,45)
Инсульт, n (%)	1 (1,2)	4 (2,4)	Нз	0,51 (0,05–4,51)
СН (по Killip), n (%):				
II	43 (53,7)	91 (55,5)	Нз	0,96 (0,75–1,23)
III	18 (22,5)	52 (31,7)	Нз	0,71 (0,44–1,12)
IV	7 (8,7)	13 (7,9)	Нз	1,10 (0,45–2,65)
IV	18 (22,5)	26 (15,8)	Нз	1,41 (0,82–2,43)
Острая аневризма сердца, n (%)	20 (25,0)	43 (26,2)	Нз	0,95 (0,60–1,50)
Тромб ЛЖ, n (%)	9 (11,2)	9 (5,5)	Нз	2,05 (0,84–4,96)
Синдром Дресслера, n (%)	1 (1,2)	3 (1,8)	Нз	0,68 (0,07–6,46)
Нарушения ритма, n (%)	34 (42,5)	65 (39,6)	Нз	1,07 (0,78–1,47)
Нарушения проводимости, n (%)	20 (25,0)	49 (29,9)	Нз	0,83 (0,53–1,30)
Летальность, n (%)	22 (27,5)	25 (15,2)	< 0,05	1,80 (1,08–2,99)
Госпитальная летальность, n (%)	15 (18,7)	15 (9,1)	< 0,05	2,05 (1,05–3,98)
Постгоспитальная летальность, n (%):				
3–6 мес	7 (8,7)	10 (6,1)	Нз	1,43 (0,56–3,63)
6–12 мес	5 (6,2)	3 (1,8)	Нз	3,41 (0,83–13,9)
6–12 мес	2 (2,5)	7 (4,3)	Нз	0,58 (0,12–2,75)

Примечание. ИМ – инфаркт миокарда; СН – сердечная недостаточность; ЛЖ – левый желудочек; Нз – различия между группами не значимы.

В структуре летальности в обеих группах превалировал передний ИМпST. Самыми частыми осложнениями ИМ среди умерших пациентов явились тяжелый класс острой СН – III–IV по Killip (54,5 % у женщин и 60,0 % у мужчин; $p > 0,05$), различные нарушения ритма и проводимости (54,5 и 64,0 % соответственно; $p > 0,05$) и низкая фракция выброса левого желудочка ($33,9 \pm 6,9$ и $39,5 \pm 10,1$ % соответственно; $p < 0,05$).

Анализ фармакотерапии в стационаре (табл. 6) показал, что женщинам по сравнению с мужчинами реже назначалась ацетилсалициловая кислота (АСК) (83,7 % против 93,3 %; $p < 0,05$), проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ) (38,7 % против 45,1 %; $p < 0,05$) и выполнялось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) (3,7 % против 9,7 %; $p < 0,05$).

Таблица 5. Характеристика умерших больных с острым ИМ

Показатель	Женщины (n = 80)	Мужчины (n = 164)	p
Средний возраст, лет:	71,4 ± 8,7	64,5 ± 12,6	< 0,05
до 45 лет, n (%)	–	1 (4,0)	Нз
45–60 лет, n (%)	2 (9,0)	8 (32,0)	< 0,05
старше 60 лет, n (%)	20 (91,0)	16 (64,0)	< 0,05
Острый ИМ, n (%):			
ИМпST	22 (100)	24 (96,0)	Нз
ИМбпST	–	1 (4,0)	Нз
Локализация, n (%):			
передний	15 (68,2)	15 (60,0)	Нз
задний	4 (18,2)	5 (20,0)	Нз
задний + ПЖ	3 (13,6)	4 (16,0)	Нз
СН (по Killip), n (%):			
II	14 (63,6)	18 (72,0)	Нз
III	2 (9,1)	3 (12,0)	Нз
IV	3 (13,6)	6 (24,0)	Нз
	9 (40,9)	9 (36,0)	Нз
Нарушения ритма и проводимости, n (%)	12 (54,5)	16 (64,0)	Нз
ФВЛЖ, %	33,9 ± 6,9	39,5 ± 10,1	< 0,05

Примечание. ИМ – инфаркт миокарда; ИМпST – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; ИМбпST – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST; ПЖ – правый желудочек; СН – сердечная недостаточность; ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка; Нз – различия между группами не значимы.

Обсуждение

Несмотря на наблюдавшееся в последние годы значительное снижение частоты ИМ среди женщин, смертность от этой патологии у них выше, чем у мужчин, в связи с чем ИМ у этой категории больных остается недостаточно изученной, плохо диагностируемой и неадекватно курируемой болезнью.

В нашем исследовании женщины были старше мужчин, с более длительным анамнезом предшествующих ИМ сердечно-сосудистых заболеваний и наличием большего числа ФР, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, что согласуется с данными литературы [21]. По результатам исследований,

Таблица 6. Лечение больных с инфарктом миокарда

Показатели	Женщины (n = 80)	Мужчины (n = 164)	p
ТЛТ, %	38,7	45,1	< 0,05
АСК, %	83,7	93,3	< 0,05
Клопидогрель, %	92,5	94,5	Нз
БАБ, %	77,5	82,3	Нз
иАПФ/сартаны, %	82,5	85,4	Нз
Статины, %	93,7	92,7	Нз
Нитраты, %	70	68,3	Нз
ЧКВ, %	3,7	9,7	< 0,05

Примечание. ТЛТ – тромболитическая терапия; АСК – ацетилсалициловая кислота; БАБ – бета-адреноблокаторы; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; КАГ – коронароангиография; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; Нз – различия между группами не значимы.

у женщин по сравнению с мужчинами чаще развивается ИМбпST [22], что не нашло отражения в нашей работе, где частота встречаемости ИМбпST у мужчин и женщин была одинаковой. В ряде исследований [23, 24] показано более позднее обращение за медицинской помощью лиц женского пола, что может способствовать у них худшим исходам. Хотя мы не нашли половых различий в сроках обращения за медицинской помощью, обследуемые нами женщины были более склонны к развитию тяжелой СН в условиях стационара. Наши данные совпадают с данными литературы в отношении более высокой летальности среди женщин по сравнению с мужчинами. В большом шведском регистре RIKS-NIA было показано, что молодые женщины и женщины с ИМпST имеют более неблагоприятный прогноз и высокую внутрибольничную и отдаленную смертность, чем мужчины [8], что подтверждается и нашими данными. Однако в проведенном нами исследовании, напротив, большая частота летальных исходов отмечалась среди женщин старше 60 лет, что частично может объясняться худшим исходным клиническим профилем пациенток, включая сам возраст и частоту ФР КБС.

К настоящему времени объем достоверных данных о половых различиях в эффективности и безопасности медикаментозной терапии невелик, так как многие исследования включали лишь небольшое количество женщин, но есть основания полагать, что преимущества от терапии ИМ не зависят от пола. Тем не менее в литературе описывается, что в реальной клинической практике женщинам по сравнению с мужчинами при выписке статистически значимо реже назначаются бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего

фермента/сартаны, статины, АСК, клопидогрель, им реже проводится ТЛТ, КАГ и выполняются процедуры по реваскуляризации миокарда [8, 25]. В нашем исследовании гендерные различия касались лишь назначения АСК, ТЛТ, выполнения КАГ и ЧКВ, которые, несмотря на более тяжелое течение ИМ, рекомендовались лицам женского пола реже, чем мужчинам. Кроме того, следует отметить, что низкий процент охвата КАГ и ЧКВ объясняется недостаточным выделением государственных квот на проведение высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Заключение

Таким образом, женщины переносят ИМ в более старшем возрасте, КБС у них чаще дебютирует стабильной стенокардией напряжения. Наиболее значимыми ФР развития ИМ у женщин являются возраст, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии и ожирения. Течение ИМ у женщин ассоциировано с развитием тяжелой СН, а ближайший прогноз и исход ИМ у женщин более неблагоприятны, чем у мужчин, у них выше госпитальная летальность и летальность в первые 6 мес после перенесенного ИМ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. WHO Fact sheet N8310, updated June 011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>.
2. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125(1):188–97.
3. Schmidt M., Jacobsen J.B., Lash T.L. et al. 25 year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: a Danish nationwide cohort study. *BMJ* 2012;344:e356.
4. Smolina K., Wright F.L., Rayner M., Goldacre M.J. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: linked national database study. *BMJ* 2012;344:d8059.
5. Lawesson S.S., Stenestrand U., Lagerqvist B. et al. Gender perspective on risk factors, coronary lesions and long-term outcome in young patients with ST-elevation myocardial infarction. *Heart* 2010;96(6):453–9.
6. Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: a report from the European Heart Health Strategy (Euro Heart) project. *Eur Heart J* 2010;31:1677–85.
7. Redfors B., Angerås O., Råmunddal T. et al. Trends in Gender Differences in Cardiac Care and Outcome After Acute Myocardial Infarction in Western Sweden: A Report From the Swedish Web System for Enhancement of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies (SWEDEHEART). *J Am Heart Assoc* 2015;4(7). pii: e001995.
8. Chandra N.C., Ziegelstein R.C., Rogers W.J. et al. Observations of the treatment of women in the United States with myocardial infarction: a report from the National Registry of Myocardial Infarction-I. *Arch Intern Med* 1998;158(9):981–8.
9. Gan S.C., Beaver S.K., Houck P.M. et al. Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men. *N Engl J Med* 2000;343(1):8–15.
10. Amsterdam E.A., Wenger N.K., Brindis R.G. et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(24):e139–228.
11. Lansky A.J., Mehran R., Cristea E. et al. Impact of gender and antithrombin strategy on early and late clinical outcomes in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes (from the ACUTY trial). *Am J Cardiol* 2009;103(9):1196–203.
12. Dey S., Flather M.D., Devlin G. et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events. *Heart* 2009;95(1):20–6.
13. Radovanovic D., Erne P., Urban P. et al. Gender differences in management and outcomes in patients with acute coronary syndromes: results on 20,290 patients from the AMIS Plus Registry. *Heart* 2007;93(11):1369–75.
14. Nguyen H.L., Goldberg R.J., Gore J.M. et al. Age and sex differences, and changing trends, in the use of evidence-based therapies in acute coronary syndromes: perspectives from a multinational registry. *Coron Artery Dis* 2010;21(6):336–44.
15. Diercks D.B., Owen K.P., Kontos M.C. et al. Gender differences in time to presentation for myocardial infarction before and after a national women’s cardiovascular awareness campaign: a temporal analysis from the Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress ADverse Outcomes with Early Implementation (CRUSADE) and the National Cardiovascular Data Registry Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network-Get with the Guidelines (NCDR ACTION Registry-GWTG). *Am Heart J* 2010;160(1):80–7.e3.
16. Jneid H., Fonarow G.C., Cannon C.P. et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. *Circulation* 2008;118(25):2803–10.
17. Skelding K.A., Boga G., Sartorius J. et al. Frequency of coronary angiography and revascularization among men and women with myocardial infarction and their relationship to mortality at one year: an analysis of the geisinger myocardial infarction cohort. *J Interv Cardiol* 2013;26(1):14–21.
18. Milcent C., Dormont B., Durand-Zaleski I., Steg P.G. Gender differences in hospital mortality and use of percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction: microsimulation analysis of the 1999 nationwide French hospitals database. *Circulation* 2007;115(7):833–9.
19. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2012;33:2551–67.
20. Bucholz E.M., Butala N.M., Rathore S.S. et al. Sex differences in long-term mortality after myocardial infarction: a systematic review. *Circulation* 2014;130(9):757–67.
21. Hasdai D., Porter A., Rosengren A. et al. Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2003;91(12):1466–9, A6.
22. Nguyen H.L., Gore J.M., Saczynski J.S. et al. Age and sex differences and 20-year trends (1986 to 2005) in prehospital delay in patients hospitalized with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3(6):590–8.
23. Nguyen H.L., Saczynski J.S., Gore J.M., Goldberg R.J. Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3(1):82–92.
24. Hochman J.S., Tamis J.E., Thompson T.D. et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes IIb Investigators. *N Engl J Med* 1999;341(4):226–32.