роскопической селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования у пациентов с ЯБ ДПК. Несмотря на высокий процент инфицированности Helicobacter pylori, рецидива язвообразования у пациентов обеих групп не выявлено.

3. Показатели качества жизни оперированных пациентов статистически значимо не отличаются от условно здоровых людей в изучаемые сроки.
4. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации является наиболее оптимальным способом хирургического лечения за счет меньшей длительности операции и может быть рекомендована для планового оперативного лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной рецидивирующим течением.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов и др. //РМЖ. – 2006. – Т. 14, № 12. – С. 862-864.
2. Ющук, Н. Инфекция Helicobacter pylori /Н. Ющук, В. Ивашкин, И. Маев //Мед. газета. – 2006. – № 40. – С. 8-9.
3. Вербицкий, В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение /В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. – СПб., 2004. – 242 с.
4. Ширинов, З.Т. Хирургическое лечение заболеваний оперированного желудка /З.Т. Ширинов, Ф.С. Курбанов, С.А. Домрачев //Хирургия. – 2005. – № 6. – С. 37-41.
5. Тридцатилетний опыт лечения больных язвенной болезнью /П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова и др. //Клин. медицина. – 1999. – № 9. – С. 45-50.
6. Крылов, Н.Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни /Н.Н. Крылов //Вестн. хирургич. гастроэнтерол. – 2007. – № 1. – С. 25-30.
7. Johnston, A.J. Proxmal gastric vagotomy: does it have a place in the management of peptic ulcer? /A.J. Johnston //J. Surg. – 2000. – V. 24. – P. 259-263.
8. Шуркалин, Б.К. Можно ли не ушивать перфоративную язву? /Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, А.П. Эттингер //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – № 2. – С. 81-86.
9. Mouiel, J. Posterior vagotomy and anterior seromyotomy as elective surgery for duodenal ulcer disease /J. Mouiel, N. Katkhouda //Hepatogastroenterology. – 1999. – V. 46, N 27. – P. 1507-1516.

Нестеров Ю.И., Пышкина О.В.
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово,
НУЗ Объединенная больница на станции Кемерово ОАО «РЖД», поликлиника № 2, г. Топки

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Статья посвящена гендерным различиям течения инфаркта миокарда. Представлена подробная информация о факторах риска инфаркта миокарда у женщин репродуктивного возраста в сравнении с мужчинами. Разбираются особенности болевого синдрома и течения инфаркта миокарда в ближайшие и отдаленные периоды у молодых женщин. Представлен клинический случай развития инфаркта миокарда у женщины 36 лет с классическими факторами риска атеросклероза и интактными коронарными сосудами.

Ключевые слова: *инфаркт миокарда; молодые женщины; особенности течения; факторы риска; болевой синдром.*

Nesterov Y.I., Pyshkina O.V.
Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo
United railway clinical hospital on Kemerovo station «Russian Railways», outpatient clinic N 2, Topki

RISK FACTORS AND PERCULIARITIES OF MIOCARDIAL INFARCTION COURSE IN YOUNG WOMEN. CLINICAL CASE

In the given article analysis of gender differences in myocardial infarction course is given. Detailed data on possible myocardial infarction risk factors in women of childbearing age are observed, they being compared with those in men. Peculiarities of pain syndrome and disease course with regard to early and late outcomes of myocardial infarction have been analyzed. The clinical case of myocardial infarction development in 36 year old women accompanied by classic risk factors such as arteriosclerosis and intact coronary blood vessels is observed in the article.

Key words: *myocardial infarction; young women; peculiarities of course; risk factors; pain syndrome.*

Результаты современных популяционных исследований демонстрируют, что смертность от сердечно-сосудистых причин у женщин в течение последних лет возрастает [1, 2]. Причем, темпы роста сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин значительно превосходят таковые у мужчин [3]. Доказано, что основной причиной смерти у женщин зрелого и преклонного возраста являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и нарушение мозгового кровообращения [1, 3]. В то же время, ИБС у женщин детородного возраста – ситуация крайне редкая. По данным регистра Oxfort-Family planning Association, включающего 17 тыс. наблюдений, суммарная частота возникновения стенокардии и инфаркта миокарда (ИМ) у женщин в возрасте 25-34 лет не превышает 3 случая на 1000 [4].

У женщин, по сравнению с мужчинами, имеются существенные различия в течении ИМ. Установлено, что у них чаще, чем у мужчин, встречается атипичная локализация боли: верхняя часть живота, спина, шея, челюсть. Иногда приступ может напоминать изжогу. Такое атипичное течение сердечного приступа часто приводит к недооценке существующих симптомов, что может вызвать фатальное последствие болевого синдрома. Помимо того, у женщин нередки «немые» формы инфаркта, а также хуже ближайший и отдаленный прогноз болезни [5]. Имеются достоверные данные о более высокой летальности от ИМ женщин молодого и среднего возраста (до 50 лет), по сравнению с мужчинами того же возраста.

Основные факторы риска ИБС у мужчин и женщин остаются идентичными. Согласно результатам международного исследования INTERHEART, 9 показателей: неблагоприятная наследственность, дислипидемия, курение, артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД), абдоминальное ожирение, диета, физическая активность, психоэмоциональные факторы, определяют приблизительно 90 % риска развития ИМ, независимо от возраста и пола [1]. В развитии ИБС у молодых женщин большое значение придают возросшему среди них курению. Курение в молодом возрасте в 6 раз увеличивает шансы развития ИМ, после учета влияния возраста, пола, ожирения, диеты и уровня холестерина. Даже выкуривание 1-4 сигарет в день связано с 2-3-кратным повышением относительного риска развития ИМ у женщин [6]. Помимо того, большое значение в развитии ИБС у женщин придают наличию признаков метаболического синдрома и длительному применению гормональных контрацептивов. Одним из наиболее сильных предикторов сердечно-сосудистой смертности у женщин является СД. Имеются данные о том, что у женщин с СД риск развития ИБС возрастает у 4 раза, когда как у мужчин лишь в 2 раза [7, 8]. Существенную роль играет и наследственная отягощенность по ИБС [9, 10].

Корреспонденцию адресовать:
НЕСТЕРОВ Юрий Иванович,
650065, г. Кемерово, пр. Ленина, 164А-38.
Тел.: 8 (3842) 32-31-44; +7-903-907-08-28.
E-mail: nesterov_u@ kemcity.ru

У молодых женщин, по сравнению с мужчинами, имеются существенные различия и в течении ИМ. Так, больничная летальность у них отмечается выше, чем среди мужчин той же возрастной группы и более пожилых женщин. У женщин выявлена и более высокая частота повторных госпитализаций в течение первых 6 месяцев после перенесенного ИМ [11]. В качестве примера, иллюстрирующего подобную ситуацию, представляем историю болезни женщины 36 лет с острым ИМ с типичными факторами риска атеросклероза без предшествующего коронарного анамнеза и интактными коронарными сосудами.

Больная доставлена по скорой помощи 7 августа 2010 г. в блок интенсивной терапии центральной районной больницы с диагнозом острый инфаркт миокарда. Неделю назад во время работы за компьютером впервые в жизни возникли три эпизода болей, преимущественно в эпигастральной области, сжимающего характера, с иррадиацией в обе руки и нижнюю челюсть, длительностью от 5 до 10 минут; боль сопровождалась общей слабостью, потливостью и тошнотой. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно от гастрита. В последующие дни чувствовала себя удовлетворительно. 7 августа в 5 часов утра больная проснулась от выраженной боли за грудиной с прежней иррадиацией, продолжительностью до 1 часа. Была вызвана скорая помощь и доставлена в стационар.

Из анамнеза жизни: росла и развивалась нормально. Перенесла ряд детских болезней, возраст наступления менархе – 14 лет. Образование высшее, замужем. В 24 года у пациентки была беременность, которая протекала без осложнений и завершилась физиологическими родами. В дальнейшем у неё были ещё две беременности, одна завершилась выкидышем, другая – абортом. В настоящее время менструальная функция сохранена, но протекает с обильными месячными. В течение 5 лет у больной регистрируются повышенные цифры артериального давления (АД) – 160/95 мм рт. ст., антигипертензивные препараты принимала нерегулярно.

При физикальном осмотре: вес 78 кг, рост 156 см, индекс массы тела 30,5 кг/м^2. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание ровное, до 18 в мин. В легких над всеми полями выслушивались сухие рассеянные хрипы в небольшом количестве. Сердце: умеренно расширена левая граница, тоны несколько приглушены, ЧСС 92 в минуту, АД 140/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень нормальных размеров.

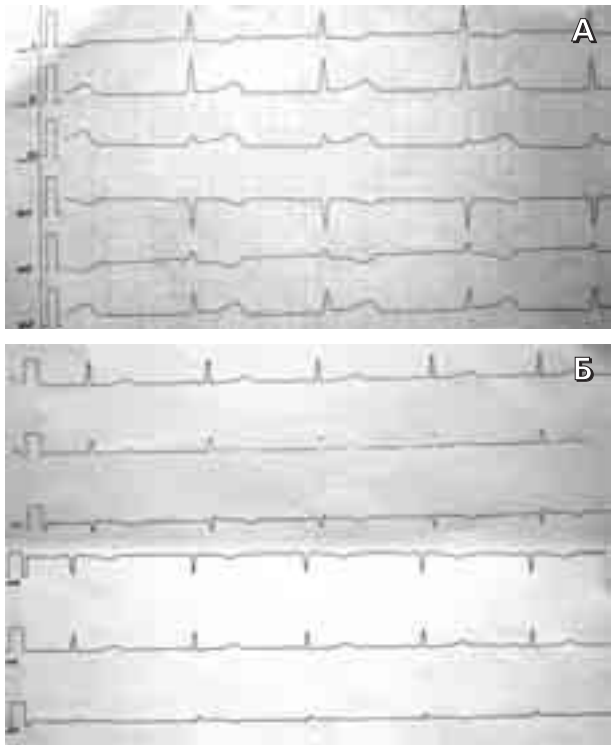
Для понимания причины развития ИМ у пациентки выявлены факторы риска ИБС: отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистой патологии, бабушка больной по материнской линии умерла от инсульта в возрасте 54 лет; повышенный вес – ожирение 1 степени; длительный рабочий день, чаще по 12 часов; хронический стресс на работе; редкое использование очередного отпуска; курение в течение 18 лет, до 10 сигарет в день; высококалорийное питание с преобладанием мясной и жирной пищи; не-

достаточная физическая активность; железодефицитная анемия за счет обильных месячных и дислипидемия.

При поступлении на ЭКГ (рис.) отмечались признаки очагового поражения миокарда задне-нижней локализации (зубец Q в III и aVF отведениях), подъем сегмента ST и слабоотрицательные зубцы T в этих отведениях. На предыдущих ЭКГ признаки ишемии миокарда не выявлялись. В общем анализе крови были выявлены признаки железодефицитной анемии: гемоглобин 95 г/л, сывороточное железо 3,6 мкмоль/л, что связано, очевидно, с меноррагией. В биохимическом анализе крови выявлена повышенная активность КФК до 325 ЕД/л, умеренное повышение активности ЛДГ до 550 Ед/л и АсАТ до 42 ЕД/л. Общий уровень холестерина в крови составил 6,1 ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, мочевина – 6,6 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л. Результаты эхокардиографии: аорта уплотнена, нормальных размеров, камеры сердца не расширены, стенки миокарда не утолщены, выявлена зона гипо- и акинезии задне-нижней стенки левого желудочка с умеренным снижением общей сократимости (фракция выброса 52 %), диастолическая функция сердца не нарушена. При проведении дуплексного сканирования сонных артерий гемодинамически значимых стенозов не обнаружено.

В отделении проведено лечение: гепарин, кардиомагнил, ингибитор АПФ престариум, β-адреноблокатор конкор и статин симвор. На фоне проводимого лечения и ограничения двигательного режима в стационаре ангинозные боли не повторялись. Была выписана из отделения на 21 сутки болезни, дальнейшие реабилитационные мероприятия проводились в загородном санатории. Перед выпиской из санатория была выполнена проба с дозированной физической нагрузкой (велоэргометрия). Заключение: толерантность физической нагрузки 75 Вт. Ишемических изменений, нарушений ритма и проводимости во время проведения исследования при ЧСС 117 не выявлено. Проба не доведена до субмаксимальной ЧСС. При суточном мониторировании ЭКГ ишемической динамики сегмента ST и нарушений ритма сердца не зарегистрировано. Показатели липидограммы: 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. Больной была проведена коронаровентрикулография, заключение: окклюзионно-стенотических поражений коронарных артерий не выявлено. Из санатория больная была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить прием подобранной медикаментозной терапии.

Рисунок
ЭКГ больной 36 лет (в динамике)
А. ЭКГ от 07.09.2010 (при поступлении)
Б. ЭКГ от 08.09.2010 (на 2-й день)



Таким образом, у больной 37 лет с сохраненной функцией яичников имели место множественные факторы риска ИБС: АГ, курение, отягощенная наследственность, гиперхолестеринемия, гиподинамия, ожирение, хронический стресс и анемия. «Накопление» и взаимное отягощение этих факторов и послужило, очевидно, причиной развития ИМ. Другой особенностью развития ИМ у больной явилось отсутствие ангиографических признаков атеросклероза крупных коронарных и сонных артерий. По данным Lloyd-Jones D.V. с соавт., вероятность гемодинамически значимого стеноза коронарных артерий у женщин с симптомами ИБС при коронароангиографии составляет приблизительно 30-40 % [12].

Нам представляется, что в приведенном примере ИМ у больной, ввиду наличия у нее многих факторов риска атеросклероза, носил атерогенный ха-

Сведения об авторах:
НЕСТЕРОВ Юрий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nesterov_u@ kemcity.ru
ПЫШКИНА Ольга Васильевна, врач, поликлиника № 2, НУЗ Объединенная больница на ст. Кемерово «ОАО РЖД», г. Топки, Россия.

Information about authors:
NESTEROV Yuri Ivanovich, doctor of medical sciences, professor, head of the chair of polyclinic therapy, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: nesterov_u@ kemcity.ru
PYSHKINA Olga Vasilyevna, doctor, United railway clinical hospital on Kemerovo station «Russian Railways», outpatient clinic N 2, Topki, Russia.

рактер с поражением мелких коронарных артерий. Развитию болезни способствовала и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистому заболеванию. В исследовании Анисенкова А.Ю и соавт. отмечено, что у больных ИБС без стеноза коронарных артерий наследственная отягощенность встречалась почти в два раза чаще, по сравнению с пациентками, имеющими стенозирующий атеросклероз крупных коронарных артерий [9].

В литературе имеются различные мнения о причинах развития ИМ у молодых женщин при неизмененных крупных коронарных артериях. Это, прежде всего, синдром Х [5, 13]. Другие авторы связывают это с нарушением генетического контроля продукции оксида азота [9] или с тромбоэмболией коронарных артерий при пороках клапанов сердца за счет вазоспастических реакций коронарных артерий, при коронариитах, системных заболеваниях соединительной ткани, при врожденных аномалиях коронарного русла и др. [14]. Известен факт повышенной заболеваемости ИБС при ранней (преждевременной) менопаузе, когда на фоне эстрогенодефицита глубокие негативные биохимические и метаболические изменения в сердце развиваются на 10-15 лет раньше, чем при физиологической менопаузе [15].

Отмечено, что в последние годы имеет место «омоложение» ИБС у лиц женского пола с сохраненной функцией яичников. Это связано с высокой распространенностью среди них традиционных факторов риска ИБС. В связи с чем в профилактике ССЗ у женщин следует обратить пристальное внимание на наличие у них факторов риска, способствующих раннему развитию атеросклероза сосудов жизненно важных органов, прежде всего, сосудов сердца и мозга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Терещенко, С.Н. Особый подход к сердцу женщины. Хроническая сердечная недостаточность и в-адреноблокаторы /С.Н. Терещенко //Сердце. – 2007. – № 5(14). – С. 15-20.
2. Гуревич, М.А. Особенности клинического течения ишемической болезни сердца у женщин /М.А. Гуревич, Л.А. Архипова //Актуал. вопр. болезней сердца и сосудов. – 2009. – № 1. – С. 9-15.
3. Особенности сердечно-сосудистых заболеваний и их лечение у женщин /С.Н. Терещенко, Т.М. Ускач, И.В. Касицина и др. //Кардиология. – 2005. – № 1. – С. 98-102.
4. Myocardial infarction and angina pectoris in young women /D. Mant, L. Villard-Mackintosb, V.P. Vessey et al. //J. Epidemiol. Comm. Healt. – 1987. – V. 41. – P. 215-219.
5. Карпов, Р.С. Диагностика и лечение ишемической болезни сердца у женщин /Р.С. Карпов, В.Ф. Мордовин. – Томск, 2002. – 194 с.
6. Bullen, C. Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease /Bullen C. //Expert. Rev. Cardiovasc. Ther. – 2008. – N 6. – P. 883-895.
7. Холдрайт, Д. Распространенность, этиология и патогенез ишемической болезни сердца у женщин /Д. Холдрайт //Сердце и метаболизм. – 2002. – № 7. – P. 7-12.
8. Усенов, А.В. Новые аспекты диагностики и лечение атеросклероза (по материалам симпозиума) /А.В. Усенов, Е.Ю. Соловьева, Т.Л. Рожкова //Клин. фармакол. и терапия. – 2001. – № 3. – P. 69-80.
9. Структурные особенности ДНК у женщин с ишемической болезнью сердца /А.Ю. Анисенкова, Ю.Р. Ковалев, А.П. Кучинский и др. //Артер. гипертензия. – 2008. – № 14. – P. 53-59.
10. Инфаркт миокарда у женщин с избыточной массой тела и ожирением /О.А. Кисляк, А.В. Стародубова, Ф.М. Хаутиева и др. //Cons. medicum. – 2010. – № 9(12). – С. 26-31.
11. For the National Registrg of Miocardial Infarction 2 Parti cipants. Sex-bazed differences in tarly mortality after myocardial infarction /V. Vaccarino, L. Parrsons, N. Everym et al. //N. Engl. J. Med. – 1999. – V. 341. – P. 217-225.
12. Lloyd-Jones, D.V. Hypertension in adults across the age spectrum Current outcomes and control in the cjmmunity /D.V. Lloyd-Jones, J.C. Evans, D. Levy //JAMA. – 2005. – V. 294(4). – P. 466-472.
13. Maturana, M.A. Risk factors for coronary artery disease in women /M.A. Maturana //Metabolism. – 2002. – V. 51(2). – P. 238-243.
14. Клинический случай: инфаркт миокарда у пациентки 32 лет, страдающей дерматомиозитом /О.О. Шахматова, Ю.Ю. Курбатова, Т.В. Попкова и др. //Кардиол. вестн. – 2010. – № 2. – С. 87-92.
15. Вардугина, Н.Г. Подходы к стратификации сердечно-сосудистого риска у женщин с ранним эстрогенодефицитом /Н.Г. Вардугина, Т.А. Азаренкова //Рос. кардиол. журн. – 2010. – № 4. – С. 24-28.