

УДК 616.127-005.8-055.2

Е. Л. Федорова, З. Г. Бондарева, Е. В. Нестеренко, А. Д. Куимов, Л. А. Руюткина,
Н. Н. Ярошно, А. А. Рифель

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

ГУ Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ
МУЗ ГКБ № 34, Новосибирск

Показано, что течение инфаркта миокарда у женщин, особенно после 60 лет, отличается тяжестью осложнений, таких, как разрывы сердца, гиповолемический кардиогенный шок, асистолия, рецидивирующая фибрилляция желудочков и ЭМД, обеспечивающих большой процент летальных исходов. Особенно высока летальность женщин в восьмом десятилетии жизни, причем в возрасте от 70 до 79 лет отмечена и самая высокая частота заболеваемости повторными крупноочаговыми некрозами, тогда как мелкоочаговые инфаркты миокарда, в том числе повторные, выявлены у пациенток и в возрасте от 80 до 89 лет, что чаще, чем у женщин до 60 лет.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, осложнения, женщины

По данным эпидемиологических исследований заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ) в России продолжает расти как среди мужчин, так и женщин [1, 4, 5]. При этом выявляется определенная возрастная динамика частоты ИМ. Так, в возрастной группе 20–24 года заболеваемость составила 0,08 человека на 1000 населения, у лиц 30–39 лет – 0,76; в 40–49 лет – 2,13; в 50–59 – 5,81 и в 60–69 лет – 17,1 [2, 3].

Пол – весьма существенный фактор в возникновении и течении ИМ. Мужчины болеют значительно чаще, чем женщины, особенно в молодом и среднем возрастах: в период от 40 до 49 лет – в пять раз чаще, в 50–64 года – в 2–2,5 раза, а после 65 лет эти различия стираются за счет учащения острого ИМ среди женщин, у которых в пожилом и старческом возрастах это заболевание протекает тяжело, сопровождается частыми осложнениями и высокой летальностью [6]. По данным американских авторов средний возраст появления ИМ у мужчин составляет $67,1 \pm 10,7$, а у женщин – $72,1 \pm 10,6$ лет [9]. Хотя есть и другие данные, указывающие на более молодой возраст развития ИМ у женщин – $65 \pm 2,8$ лет [8]; по данным этих авторов смертность в первые 35 дней у женщин выше таковой у мужчин и составляет соответственно 14,8% и 9,1%. У женщин чаще, чем у мужчин, отмечаются повторные ИМ (35% против 29%); особенно в первый год после перене-

сенного ИМ и в течение этого времени умирает 39% женщин и 31% мужчин [7].

Актуальность проблемы определила цель выполненного исследования, заключающуюся в изучении особенностей клинического течения ИМ у женщин разного возраста.

Обследовано 412 женщин в возрасте от 32 до 97 лет с острым ИМ, поступивших в первые – третьи сутки от начала заболевания. Среди них 99 пациенток (24%) были моложе 60, а 313 (76%) – старше 60 лет. Такое деление обусловлено большими различиями в патогенезе и особенностях течения острого ИМ (ОИМ) у женщин в динамике инволюции репродуктивной функции.

При анализе ЭКГ, записанной в динамике, первичный ИМ, согласно критериям ВОЗ, диагностирован у 72 (72,9%) пациенток моложе 60 лет и у 191 (61,1%) – старшей возрастной группы (табл.1). Повторный ИМ выявлен в меньшем проценте случаев: у 27 (27,1%) пациенток моложе и у 122 (38,9%) – старше 60 лет. Первичный трансмуральный ИМ почти в 2,5 раза реже обнаружен у пациенток старшей возрастной группы (14,6% против 39,2% у женщин моложе 60 лет; $p < 0,01$), тогда как первичный крупноочаговый некроз сердечной мышцы в 1,5 раза чаще выявлен у пациенток старше 60 лет (27,1% против 18,3%; $p < 0,05$). ИМ без зубца Q (мелкоочаговые), как первичный, так и повторный, практи-

Таблица 3

Осложнения острого периода инфаркта миокарда у женщин разного возраста

Осложнения	До 60 лет	Старше 60 лет
Острая левожелудочковая недостаточность (Killip II, III)	11(11,1%)	48 (15,3%)*
Кардиогенный шок (Killip IV)	2 (2,3%)	17 (5,4%)*
Рецидивирующая фибрилляция желудочков	2 (1,9%)	14 (4,5%)*
Пароксизмальная желудочковая тахикардия	–	6 (1,9%)
Желудочковая экстрасистолия	25(25,6%)	55 (17,4%)
Суправентрикулярная экстрасистолия	6 (5,9%)	44(14,1%)*
Пароксизмальная фибрилляция предсердий	2 (1,9%)	42 (13,2%)*
Пароксизмы трепетания предсердий	–	5 (1,5%)
Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия	1 (1,1%)	–
Неполная атриовентрикулярная блокада I-II ст.	1 (1,1%)	14 (4,6%)*
Полная поперечная блокада	–	4 (2,3%)
Блокада ножек пучка Гиса	6 (6,0%)	17 (5,4%)
Пристеночный перикардит	1 (1,1%)	3 (1%)
Острое нарушение мозгового кровообращения	–	3 (1%)
Ранняя постинфарктная стенокардия	13(12,3%)	63 (20,3%)*
Тампонада сердца	–	11 (3,5%)
Разрыв межжелудочковой перегородки	–	1 (0,5%)
Хроническая сердечная недостаточность	8 (8,1%)	83 (26,6%)*
Постинфарктный синдром Дресслера	3 (3,1%)*	2 (0,7%)
Аневризмы сердца	6 (5,9%)	34 (11,4%)*
Асистолия	–	3 (1%)
Рецидивы инфаркта миокарда	2 (2,0%)	12 (3,8%)*
Тромбоэмболия лёгочной артерии	1 (1,1%)	3 (1%)
Электромеханическая диссоциация	–	5 (1,6%)

чески с одинаковой частотой имели место у пациенток обеих возрастных групп.

Частота встречаемости ИМ по глубине поражения у женщин по десятилетиям представлена в табл. 2.

При изучении стационарного этапа течения ИМ у женщин в двух возрастных группах: до 60 и после 60 лет оказалось, что в старшей возрастной группе в остром и подостром периодах этого заболевания имели место осложнения (табл. 3), которые затем привели к летальному исходу и практически не встречались у женщин моложе 60

Таблица 4

Основные причины смерти женщин разного возраста, больных инфарктом миокарда

Причины смерти	До 60 лет	Старше 60 лет
Кардиогенный шок	–	15 (25,8%)
Тампонада сердца	–	11 (19,1%)
Острая левожелудочковая недостаточность	3 (5,1%)	8 (13,8%)*
Электромеханическая диссоциация	–	5 (8,8%)
Рецидивирующая фибрилляция желудочков	1 (1,7%)	4 (6,9%)*
Хроническая сердечная недостаточность	–	4 (6,9%)
Асистолия	–	3 (5,1%)
Отёк мозга	–	3 (5,1%)
Разрыв межжелудочковой перегородки	–	1 (1,7%)
Итого	4 (7%)	54 (93%)*

Примечание. Достоверность различий между группами: * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$.

лет. Это в первую очередь касается разрывов сердца, как наружных (тампонады сердца подтверждены на аутопсии в 3,5% случаев), так и внутренних (разрыв межжелудочковой перегородки, имевший место у одной женщины – 0,5%), а также кардиогенный шок, встретившийся у 17 женщин (5,4%) старшей возрастной группы и только у двух (2,3%) моложе 60 лет. Гиповолемический кардиогенный шок, развившийся у 15 (4,8%) женщин старше 60 лет на фоне трансмурального ИМ, явился причиной летального исхода, тогда как у двух пациенток до 60 лет имела место только клиническая манифестация истинно кардиогенного шока, успешно разрешившаяся на фоне тромболиза и внутривенных инфузий симпатомиметического амина – допамина.

В числе осложнений, приведших к смерти трех пациенток старшей возрастной группы, следует обозначить асистолию (в одном проценте случаев) и электромеханическую диссоциацию (ЭМД), зарегистрированную у пяти женщин (1,6%) этого возраста. Как тампонады сердца, так и асистолии имели место в остром периоде инфарктирования (5–6 сут от начала заболевания) в период наибольшей миомаляции желудочков на фоне обширных трансмуральных ИМ переднебоковой стенки левого желудочка, в том числе у восьми из них инфаркт был повторным.

Что касается острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН), то молниеносный альвеолярный отек легких, рефрактерный к медикаментозной терапии, унес жизни еще восьми пациенток (2,6%) старше 60 лет и трех женщин (1%) – моложе 60 лет (табл. 4).

Обращает на себя внимание и развитие хронической застойной сердечной недостаточности в подостром периоде ИМ, чаще встречающееся у женщин старшей возрастной группы (26,6% против 8,1% у пациенток моложе 60 лет; $p < 0,001$), как правило, у больных повторными ИМ (36 пациенток, или 11,5%) против пяти женщин моложе 60 лет (5,4%; $p < 0,01$), а также с первичными с рецидивирующим течением и циркулярным некрозом сердечной мышцы – 12 (3,8%) против 2 (2%), причем на стационарном этапе от прогрессирования сердечной декомпенсации умерли четыре женщины (8,6%) старше 60 лет, тогда как у женщин молодого и среднего возрастов смертельных исходов этого осложнения не обнаружено.

Что касается нарушений ритма сердца, то следует отметить среди таковых рецидивирующую фибрилляцию желудочков, имеющую место в два раза чаще у пациенток старшей возрастной группы (4,5% против 1,9% у женщин моложе 60 лет; $p < 0,01$), явившуюся еще и причиной смерти четырех женщин старшего возраста и только одной пациентки среднего возраста. Значительно чаще в остром периоде ИМ у женщин старшей возрастной группы отмечалась пароксизмальная фибрилляция предсердий (у 42 пациенток; 13,2%) по сравнению с двумя женщинами (1,9%; $p < 0,001$) молодого и среднего возраста (табл. 3).

Обращают на себя внимание и нарушения проведения импульсов в атриовентрикулярном соединении (от неполной атриовентрикулярной блокады I–II ст. до полного поперечного блока), определяемые в основном у пациенток старше 60 лет на фоне ИМ преимущественно нижней стенки левого желудочка (у 18 больных; 6,9%), тогда как в среднем возрасте полная атриовентрикулярная блокада выявлена только у одной пациентки (1,1%; $p < 0,01$). И, наконец, следует отметить, что и ранняя постинфарктная стенокардия (РПИС) тоже чаще обнаруживалась у пациенток старшей возрастной группы (у 63 женщин; 20,3%) против 13 пациенток (12,3%; $p < 0,01$) моложе 60 лет.

Анализируя полученные результаты, необходимо резюмировать, что течение ИМ у женщин старшего возраста отличается тяжестью осложнений этого заболевания, обеспечивающих значительно больший процент смертельных исходов (из 58 умерших женщин – 54 старшей возрастной группы; 93%; $p < 0,001$). Объяснение этого факта заключается в том, что к моменту развития ОИМ у пациенток старше 60 лет миокард оказался менее “состоятельным” по сравнению с мышцей сердца у пациенток моложе 60 лет из-за наличия у пожилых и старых женщин выраженного диффузного (в течение многих лет разви-

тию ИМ предшествовала стабильная стенокардия напряжения) кардиосклероза и особенно постинфарктного кардиосклероза в результате перенесенных ранее инфарктов миокарда (табл. 4). Так, у женщин старше 60 лет ИМ был повторным в 38,9% случаев против 27,1% у пациенток моложе 60 лет.

Особенно высокой оказалась летальность женщин в возрасте от 70 до 79 лет (табл. 2); в этом же десятилетии обнаружена и наиболее высокая частота заболеваемости ИМ (38,7% от всех ИМ), причем обращает на себя внимание самый высокий процент в этом десятилетии жизни заболеваемости повторными трансмуральными ИМ, достигающими 51,5% ($p < 0,001$), а также повторными и первичными крупноочаговыми ИМ, обнаруживаемыми в 48,7% и 46,2% случаев соответственно.

Также не может не обратить на себя внимание и высокая частота первичных и повторных мелкоочаговых ИМ (33,1% и 36,3% соответственно), причем следует отметить, что мелкоочаговые некрозы, в том числе повторные (вторые, третьи, четвертые и т.д.), выявляются у пациенток и в возрасте от 80 до 89 лет (в 14,3% случаев), что в два раза реже, чем у женщин в возрасте от 60 до 69 лет (в 31,2% случаев) и 70–79 лет (36,3% случаев), но чаще, чем у женщин до 60 лет (10,4% в возрасте от 50 до 59 лет).

Выводы. Течение ИМ у женщин, особенно после 60 лет, отличается тяжестью осложнений, таких, как разрывы сердца, гиповолемический кардиогенный шок, асистолия и ЭМД, обеспечивающие большой процент летальных исходов.

Особенно высока летальность женщин в возрасте от 70 до 79 лет, причем в этом десятилетии жизни отмечена и самая высокая частота заболеваемости повторными трансмуральными и крупноочаговыми ИМ, тогда как мелкоочаговые некрозы, в том числе повторные, выявлены у пациенток в возрасте от 80 до 89 лет, что в два раза реже, чем у женщин от 60 до 69 лет и от 70 до 79 лет, но чаще, чем у женщин до 60 лет.

MYOCARDIAL INFARCTION IN WOMEN AT DIFFERENT AGES

E.L. Fedorova, Z.G. Bondarev, E.V. Nesterenko, A.D. Kuimov, L.A. Rujatkina, N.N. Yarokhno, A.A. Rifel

As shown the clinical course of myocardial infarction in women, especially after 60 years old, is distinguished for serious complications, such as cardiac rupture, hypovolemic cardiogenic shock, asystolia, recurrent ventricular fibrillation and electro – mechanical dissociation, leading to fatal outcome. Lethality is especially high in women after 70 years old, moreover, the highest rate of sickness with repeated large-focal necroses is observed in women at the age from 70 to 79, while small-focal myocardial infarctions, inclu-

ding repeated ones, are revealed in patients at the age from 80 to 89, which is more often than in women under 60.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В. и др. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Новосибирск. 2000. 282 с.
2. Мазур Н.А. // Русский мед. журнал. 1995. № 1 (60). С. 6–8.
3. Матвеева С.А. // Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов. СПб., 1997. С. 21–22.
4. Никитин Ю.П., Федорова Е.Л., Бондарева З.Г. и др. // Кардиология. 1998. Т. 7. С. 12–16.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. // Кардиология. 2000. Т. 6. С. 4–6.
6. Сыркин А.Л., Иванов Г.Г., Сметнев А.Л. // Кардиология. 1998. Т. 12. С. 64–73.
7. Green L.A., Ruffin M.T. // The Journal of Family Practice. 1993. Vol. 36. P. 389–393.
8. O'Keefe, Kirn S.C., Hall R. R. et al // Jacc. 1997. Vol. 29. P. 1–5.
9. Ross R. // N.Engl M. J. 1999. Vol. 340. P. 115–126.