

Группа факторов	Факторы, определяемые при следующих заболеваниях:					
	ГН	ДН	АГ	МКБ	Патология ЕП	ПП
1. Ассоциированные с активностью, тяжестью и осложнениями почечного заболевания	Нефротический синдром в период ХПН			Гидронефроз	Часто — рецидивирующий пиелонефрит единственной почки	Эпизоды макрогематурии
2. Универсальные	Тяжелая АГ (ДАД выше 120 мм рт. ст. и выше) Суточная протеинурия в период ХПН больше 1 г Снижение активности антиоксидантных систем крови (ЦП, СОД, ГР)					
3. Дополнительные			Возраст диагностики ХПН младше 40 лет			

Обнаружение в начальной стадии почечной недостаточности у пациентов «ускоряющих» факторов позволяет прогнозировать неблагоприятное, уско-

ренное течение ХПН и необходимость адекватного воздействия на факторы риска с целью замедления прогрессирования почечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокс Д, Оукс Д. Анализ данных типа времени жизни. Пер. с англ. М., 1988. — 191 с.
2. Николаев А.Ю., Милованов Ю.С. Лечение почечной недостаточности. — М., 1999. — 363 с.
3. Орлова Г.М. Парамагнитные центры крови у больных с хронической почечной недостаточностью. — Дисс. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 1993. — 140 с.
4. Пилотович В.С., Сохлаков В.И. Хроническая почечная недостаточность: интеграция и дифференциация лечения — Минск, 1993. — с. 9-16.
5. Седов К.Р., Сайфутдинов Р.Г. Метод электронного парамагнитного резонанса в клинике внутренних болезней. — Иркутск, 1993. — 155 с.
6. Akagi S., Nagake Y., kasahara J. et al. Oxidative stress in patients with end stage renal failure. In: XXXVIII Congress of ERA — EDTA, June 24 — 27, 2001. — Vienna, Austria. Abstract, P.144
7. Brenner B. Hemodynamically mediated glomerular injury and progressive nature of kidney disease // Kidney Int. — 1983. — V.23. — P. 647 — 655
8. Cortes P., Riser B.L., Zhao X., Narins R.C.G. Glomerular volume expansion and mesangial cell mechanical strain mediators of glomerular pressure injury // Kidney Int. — 1994 — V.45. — P.811 — 816.
9. Nath K., Fischeder M., Hostetter T. The role of oxidant in progressive renal injury // Kidney Int. — 1994. — V. 45. — P.S111 — S115.

RISK FACTORS OF ACCELERATED PROGRESS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE AT RENAL FAILURE STAGE

G. M. Orlova
(Irkutsk State Medical University)

Retrospective analysis influence of various factors on the course of renal failure in patients with 6 kidney disease allowed us to reveal the risk factors of accelerated progress of chronic renal failure (CRF). The determining factors are those associated with the nature, severity and activity of the main kidney disease, and also universal factors: DAP > 120 mm Hg, daily proteinuria > 1 g, low antioxidant activity of blood in early period of CRF.

© ЕНИСЕЕВА Е.С., КОРНИЛОВА И.А., РЕУТ Ю.А., ХОХРИНА Т.П., МАКСЮТА Е.В. — 2006

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН

Е.С. Енисеева, И.А. Корнилова, Ю.А. Реут, Т.П. Хохрина, Е.В. Максюта
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Г.М. Орлова;
Иркутская государственная областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Представлены результаты изучения клинических особенностей и факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин молодого и среднего возраста. Установлено, что при сочетанном воздействии факторов риска у женщин этих возрастных групп развивается ИБС, которая характеризуется высокой частотой атипичного болевого синдрома, отсутствием обструктивных поражений коронарных артерий у 53,7% больных, более частым развитием инфаркта без зубца Q.

Ключевые слова. ИБС, женщины, факторы риска.

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти у женщин в большинстве развитых стран мира [8,10]. В США более полумиллиона женщин умирает ежегодно от заболеваний сердечно-сосудистой системы и на долю ИБС приходится основная часть причин смерти. Смертность при инфаркте миокарда у женщин в 3 раза выше, чем у мужчин [5]. ИБС

у женщин развивается на 10 лет позже, чем у мужчин. Это связано с защитной ролью эстрогенов. Однако, при наличии факторов риска и их сочетанном действии возможно развитие проявлений ИБС в молодом и среднем возрасте [1,2,6,13]. Диагностика ИБС у женщин молодого и среднего возраста представляет значительные трудности [11]. Существующее убеждение, что

ИБС является заболеванием мужчин, а у женщин оно развивается в пожилом возрасте, приводит к ошибкам диагностики, отсутствию лечения и ухудшению прогноза.

Целью исследования явилась оценка клинических особенностей и факторов риска развития ИБС у женщин молодого и среднего возраста.

Материалы и методы

Обследовано 54 женщины в возрасте 38-55 лет, поступивших в кардиологическое отделение Иркутской областной клинической больницы для уточнения диагноза ИБС. Всем больным проводилась коронарография (КГ), по результатам которой больные разделены на 2 группы: первая группа — 25 женщин с обструктивными поражениями коронарных артерий (при стенозах более 50%), вторая группа — 29 женщин без стенотических поражений коронарных артерий или с незначительными изменениями (при стенозах менее 50%). Третью группу составили 28 мужчин в возрасте 45-52 лет, у которых были выявлены стенозы более 50%. Группы не различались по возрасту.

Оценивались основные факторы риска ИБС: курение, ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперлипидемия. Определялся уровень С-реактивного белка (СРБ) турбидиметрическим методом. Учитывались также менопауза и прием гормональных контрацептивов.

Для статистической обработки полученных результатов использовался пакет прикладных программ «Statistica-6». Достоверность различий оценивалась по критериям χ^2 , Манна-Уитни, точному критерию Фишера. Корреляционный анализ проводился с использованием критерия Спирмена.

Результаты и обсуждение

Клинические особенности двух групп обследованных женщин представлены в таблице 1. У всех больных отмечался болевой синдром в области сердца. Достоверных различий частоты типичной стенокардии в двух группах женщин нами не выявлено. У женщин с обструктивными поражениями коронарных артерий типичная стенокардия встречалась реже, чем у мужчин (табл. 3). Атипичный болевой синдром отмечался достоверно чаще во второй группе, чем в первой ($p < 0,05$), в то же время в первой группе чаще, чем у мужчин ($p < 0,05$).

Инфаркт миокарда в анамнезе (с зубцом Q и без зубца Q) встречался одинаково часто у женщин обеих групп, однако инфаркт с Q у больных первой группы наблюдался чаще ($p < 0,005$). Не выявлено различий частоты инфаркта с Q у женщин первой группы и у мужчин. Инфаркт миокарда был первым проявлением ИБС у 7 женщин (у 4 из первой группы и у 3 из второй).

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных женщин

	Группа 1 (n=25)		Группа 2 (n=29)		p
	n	%	n	%	
Типичная стенокардия	13	52	6	20,7	$p < 0,05$
Атипичная стенокардия	12	48	23	79,3	$p < 0,05$
Инфаркт миокарда	16	64	12	41,4	нд
Инфаркт с Q	11	44	2	6,9	$p < 0,005$
Инфаркт без Q	5	20	10	34,5	нд

При оценке традиционных факторов риска оказалось, что наиболее часто встречающимися факторами были артериальная гипертензия (АГ) и ожирение. АГ отмечалась у большинства больных: в первой группе у 21 (84%), во второй — у 27 (93%). Преобладала III степень АГ: у 14 больных первой группы и у 15 больных второй группы. Неэффективное лечение АГ отмечалось у 74% больных. Индекс массы тела (ИМТ) превышал 25 кг/м^2 у 20 больных первой и у 23 второй группы. Абдоминальный тип ожирения оценивался по окружности талии и встречался одинаково часто у женщин с обструктивными поражениями коронарных артерий и без таковых. Среди больных первой группы было больше курящих ($p < 0,05$), длительность курения у одной больной составила 6 лет, у остальных она превышала 10 лет. Группы не отличались по количеству больных с сахарным диабетом (СД), числу женщин в менопаузе, числу женщин, принимающих оральные контрацептивы.

Таблица 2

Факторы риска ИБС в группах обследованных женщин

	Группа 1 (n=25)		Группа 2 (n=29)		p
	n	%	n	%	
АГ	21	84	27	93	нд
СД	3	12	3	10,3	нд
Курение	12	48	5	17,2	$p < 0,05$
ИМТ $> 25 \text{ кг/м}^2$	20	80	23	79,3	нд
Абдоминальное ожирение	17	68	17	58,6	нд
Менопауза	14	56	17	58,6	нд
Прием оральных контрацептивов	2	8	1	3,4	нд
ОХ $> 4,5 \text{ ммоль/л}$	22	88	20	71,4	нд
ЛПНП $> 2,6 \text{ ммоль/л}$	21	84	27	93	нд
ЛПВП $< 1,2 \text{ ммоль/л (ж)}$	20	80	21	73,3	нд
ТГ $> 1,7 \text{ ммоль/л}$	17	68	8	27,6	$p < 0,05$
СРБ $> 3 \text{ ммоль/л}$	7/18	38,9	6/17	35,3	нд

У большинства больных обеих групп выявлены нарушения липидного обмена. Различий между группами как средних уровней общего холестерина (ОХ) и ЛПНП, так и доли больных с повышенными показателями, не выявлено. Не отмечено различий средних показателей ЛПВП и доли больных с низким уровнем. Гипертриглицеридемия чаще наблюдалась у больных 1 группы ($p < 0,05$).

СРБ исследован у 18 больных первой и у 17 больных второй группы. Уровень СРБ более 3 мг/л , свидетельствующий о высоком сердечно-сосудистом риске, отмечен у 7 и 6, соответственно. СРБ определялся у 13 мужчин третьей группы. Различий уровня СРБ в первой и третьей группах не выявлено.

Таблица 3

Сравнительная характеристика групп женщин и мужчин с обструктивными поражениями коронарных артерий

	Женщины (n=25)		Мужчины (n=28)		p
	n	%	n	%	
Типичная стенокардия	13	52	23	82,1	p<0,05
Атипичная стенокардия	12	48	5	17,9	p<0,05
Инфаркт миокарда	16	64	16	57,1	Нд
Инфаркт с Q	11	44	8	28,6	Нд
Инфаркт без Q	5	20	8	28,6	Нд
АГ	21	84	19	67,9	Нд
СД	3	12	3	10,7	Нд
Курение	12	48	25	89,3	p<0,05
ИМТ>25 кг/м ²	20	80	14	50	p<0,05
Абдоминальное ожирение	17	68	10	35,7	p<0,05
ОХ>4,5 ммоль/л	22	88	14	50	p<0,05
ЛПНП>2,6 ммоль/л	21	84	26	92	Нд
ЛПВП<1,2 ммоль/л (ж) ЛПВП<1,0 ммоль/л (м)	20	80	24	85,7	Нд
ТГ>1,7 ммоль/л	17	68	19	67,9	Нд
СРБ>3 ммоль/л	7/ 18	38,9	7/13	53,8	Нд

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у 46,3% женщин с болевым синдромом и наличием сочетания факторов риска ИБС при проведении КГ не выявлено стеногических поражений коронарных артерий. Частота выявления неизмененных коронарных артерий у мужчин составила 7,1%. Высокая частота ангиографически неизмененных коронарных артерий у женщин отмечена в исследовании WISE, в котором только у 38% пациенток обнаружены стенозы более 50%, а у 62% стеногические поражения отсутствовали или были минимальными — менее 50%. Однако 4-летний риск смерти или нефатального инфаркта миокарда у этих больных составил 9,4. [7]. Эти данные свидетельствуют о том, что отсутствие стеногических поражений не позволяет исключить ИБС у женщин и не является предиктором благоприятного прогноза. Ишемия миокарда при неизмененных коронарных артериях обусловлена дисфункцией эндотелия, поражением микроциркуляторного русла [3,4], которые развиваются при сочетанном воздействии факторов риска [12].

В группе женщин в возрасте до 55 лет с атипичной стенокардией вероятность ИБС оценивается как низкая. В нашем исследовании частота атипичного болевого синдрома у женщин без обструктивных изменений коронарных артерий была больше, чем у больных со стеногическими поражениями, но и при наличии выраженных стенозов коронарных артерий атипичный болевой синдром отмечен у половины женщин. Частота атипичного болевого синдрома у женщин с обструктивными поражениями коронарных артерий достоверно выше, чем у мужчин. Эти результаты

соответствуют литературным данным и свидетельствуют о невозможности исключения ИБС у молодых женщин на основании оценки болевого синдрома [10].

Перенесенный инфаркт миокарда является подтверждением диагноза ИБС. Выявленные различия в частоте инфаркта с зубцом Q в двух группах больных можно объяснить тем, что при наличии обструктивного поражения коронарных артерий, нестабильная бляшка чаще осложняется тромбозом с окклюзией коронарной артерии. При отсутствии стеногических поражений коронарных артерий возможно наличие «плоских» бляшек, не выявляемых при ККГ. В исследовании WISE у 80% больных с неизмененными коронарными артериями по данным ККГ при проведении внутрикоронарного ультразвукового исследования выявлены изменения. При эрозии таких бляшек тромбоз без окклюзии приводит к развитию нестабильной стенокардии или инфаркта без Q. В исследованиях UA-TIMI IIIa и UA-GUSTO у 26-30% женщин с нестабильной стенокардией при проведении коронарографии не обнаружено стеногических изменений коронарных артерий. Отсутствие обструктивных поражений в этих исследованиях у женщин наблюдалось в 2-3 раза чаще, чем у мужчин.

При оценке факторов риска ИБС не выявлено различий в двух группах, за исключением курения и частоты гипертриглицеридемии, которые чаще встречались у женщин с ангиографическими изменениями коронарных артерий.

При сравнении факторов риска в группе мужчин и женщин с обструктивными поражениями коронарных артерий отмечено, что увеличение ИМТ и абдоминальный тип ожирения, определяемый при окружности талии более 88 см у женщин и более 102 см у мужчин, чаще встречались у женщин.

СРБ является маркером воспаления и фактором риска развития прогрессирования атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений [9]. Отсутствие различий уровня СРБ у женщин с измененными и неизмененными коронарными артериями можно объяснить высокой частотой абдоминального типа ожирения в обеих группах. Адипоциты у больных с ожирением ведут к увеличению продукции интерлейкина-6, что, в свою очередь, влечет за собой увеличение СРБ [9]. Нами обнаружена корреляция СРБ и ИМТ, СРБ и окружности талии у больных первой и второй группы.

СРБ является фактором риска как у пациентов с ангиографическими изменениями коронарных артерий, так и без них [14].

Таким образом, при сочетанном воздействии факторов риска у женщин молодого и среднего возраста развивается ИБС, которая часто проявляется атипичным болевым синдромом. У 53,7% женщин отсутствуют обструктивные поражения коронарных артерий. В группе женщин с ангиографически неизмененными коронарными артериями необходимо проведение исследования функции эндотелия, состояния коронарного кровообращения на уровне микроциркуляторного русла. Эти больные нуждаются в проведении профилактических мероприятий в той же степени, как и женщины с обструктивными поражениями коронарных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Arnold A.Z. Coronary artery disease in young women: risk factor analysis and long-term follow-up / A.Z. Arnold, D.S. Moodie // *Cleve. Clin. J. Med.* — 1993. — Vol. 60, N 5. — P. 393-398.
2. Bittner V. Perspectives on Dyslipidemia and Coronary Heart Disease in Women // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2005. — Vol. 46. — P. 1628-1635.
3. Buchthal S.D. Abnormal myocardial phosphorus-31 nuclear magnetic resonance spectroscopy in women with chest pain but normal coronary angiograms / S.D. Buchthal, J.A. den Hollander, C.N. Merz et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2000. — Vol. 342. — P. 829-835.
4. Bugiardini R. Angina with "normal" coronary arteries: a changing philosophy / R. Bugiardini, C.N. Merz // *JAMA.* — 2005. — Vol. 293. — P. 477-484.
5. Coronado B.E. Hospital mortality in women and men with acute cardiac ischemia: a prospective multicenter study / B.E. Coronado, J.L. Griffith, J.R. Beshansky, et al // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1997. — Vol. 29. — P. 1490-1496.
6. Gurevitz O. Clinical profile and long-term prognosis of women < or = 50 years of age referred for coronary angiography for evaluation of chest pain / O. Gurevitz, M. Jonas, V. Boyko, B. Rabinowitz, H. Reicher-Reiss // *Am. J. Cardiol.* — 2000. — Vol. 85, N7. — P. 806-809.
7. Johnson B. D. Prognosis in Women With Myocardial Ischemia in the Absence of Obstructive Coronary Disease. Results From the National Institutes of Health-National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) / B. D. Johnson, L.J. Shaw, S. D. Buchthal // *Circulation.* — 2004. — Vol. 109. — P. 2993-2999.
8. Maseri A. Endorsed by the American College of Cardiology Women's Ischemic Syndrome Evaluation. Current Status and Future Research Directions: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute Workshop: October 2-4, 2002: Perspective: New Frontiers in Detection of Ischemic Heart Disease in Women // *Circulation.* — 2004. — Vol. 109. — e62-e63.
9. Ridker P.M. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14,719 initially healthy American women / P.M. Ridker, J.E. Buring, N.R. Cook, N. Rifai // *Circulation.* — 2003. — Vol. 107. — P. 391-397.
10. Robertson R. M. Women and cardiovascular disease: the risks of misperception and the need for action // *Circulation.* — 2001. — Vol. 103. — P. 2318.
11. Seils D.M. Sex differences in the referral process for invasive cardiac procedures / D.M. Seils, J.Y. Friedman, K.A. Schulman // *J. Am. Med. Women's Assoc.* — 2001. — Vol. 56. — P. 151-154.
12. Shaw L. J. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation Women's Ischemic Syndrome Evaluation Current Status and Future Research Directions: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute Workshop: October 2-4, 2002: Section 5: Gender-Related Risk Factors for Ischemic Heart Disease / L.J. Shaw, J.F. Lewis, M.A. Hlatky // *Circulation.* — 2004. — Vol. 109. — e56-e58.
13. Zimmerman F.H. Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis (Coronary Artery Surgery Study Registry / F.H. Zimmerman, A. Cameron, L.D. Fisher, G. J. Ng // *Am. Coll. Cardiol.* — 1995. — Vol. 26, N 3. — P. 654-661.
14. Zebrack J.S. C-reactive protein and angiographic coronary artery disease: independent and additive predictors of risk in subjects with angina / J.S. Zebrack, J.B. Muhlestein, B.D. Horne, et al // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2002. — Vol. 39. — P. 632-637.

FEATURES OF ISCHEMIC DISEASE OF HEART IN WOMEN

Eniseeva E.S., Kornilova I.A., Reut J.A., Hohrina T.P., Maksjuta E.V.
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Regional Hospital)

Results of studying of clinical features and risk factors of development of ischemic illness of heart (IIH) in women young and middle-aged are submitted. It fixed, that at combined influence of risk factors in women of these age-grades IIH educes which is characterized by high frequency of an atypical pain set of symptoms, absence of obstructive lesions of coronary arteries in 53,7 % of patients, more often development of an infarct without зубца Q.

© БАЛАБИНА Н.М. — 2006

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Н.М. Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. — д.м.н., проф. Н.М. Балабина)

Резюме. Статья посвящена исследованию факторов риска неблагоприятного прогноза железодефицитной анемии. Установление факторов риска неблагоприятного прогноза для выздоровления больных ЖДА позволило рекомендовать мероприятия, направленные на достижение ремиссии этого заболевания.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, факторы риска, прогноз.

Согласно литературным данным считается, что лечение постгеморрагической железодефицитной анемии (ПГ ЖДА) является несложным [9, 11, 13, 14]. Высказываются предположения о том, что при отсутствии эффекта от лечения нужно думать о неправильно выбранной тактике лечения больно-

го [1, 3, 6, 8, 10].

проведен ретроспективный анализ исхода постгеморрагической ЖДА у 153 человек. Точкой отсчета являлся момент диагностики железодефицитной анемии у наблюдаемого. Продолжительность наблюдения составила 5 лет (60 месяцев), в течение которого производилась оценка наступления ремиссии. В качестве показателя, используемого для описания исхода ЖДА, использовалось число больных, у которых была достигнута ремиссия ЖДА (исчезали все клинические и лабораторные признаки ЖДА). При достижении у больного в момент осмотра нормативных показате-

Материалы и методы

С целью изучения неблагоприятных прогностических факторов, влияющих на исход ПГ ЖДА,