

Особенности течения ишемической болезни сердца у женщин. Клинические наблюдения

Е.Е.Матвиенко, И.В.Родионова,
Т.А.Кузнецова
БУЗ ВО «Воронежская областная
клиническая больница №2»

В статье демонстрируются случаи сложности диагностики стенокардии у женщин в перименопаузе из-за неоднозначности клинической картины, результатов дополнительных методов исследования, в том числе коронароангиографии.

Ключевые слова: стенокардия, перименопауза, диагностика.

Features of IHD in women. Case reports

E.E.Matvienko, I.V.Rodionova, T.A.Kuznetsova
Voronezh Regional Hospital №2

The article describes difficulties in diagnostics of angina in perimenopausal women due to controversial symptoms and data of additional examination including coronary angiography.

Keywords: angina, perimenopause, diagnostics.

Введение

Частота сердечно-сосудистой патологии у женщин увеличивается в перименопаузе [1]. Первые проявления ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин отмечаются в основном на 10–20 лет позже, чем у мужчин, однако темпы роста заболевания более высокие, что подтверждает необходимость особого внимания к женской популяции [2]. В ряде исследований установлены гендерные различия в течении ИБС. Известно, что у женщин чаще встречается нетипичная клиника стенокардии, в том числе в виде слабости, дискомфорта, одышки, тошноты или рвоты, боли в груди в покое, во сне или во время психологического стресса, которые зачастую не расцениваются как кардиогенные даже в случае острого инфаркта миокарда [3]. Из-за нетипичности симптомов и лучшей переносимости физического дискомфорта женщины более склонны длительное время не обращаться к врачу. В случае обращения

нередко происходит недооценка врачами состояния пациентки в связи с психоневрологическими особенностями или перименопаузальным периодом. Точность неинвазивных тестов у женщин ниже, чем у мужчин. Чувствительность нагрузочной ЭКГ у женщин более низкая, высока встречаемость ложноположительных депрессий сегмента ST при проведении теста с физической нагрузкой, особенно у пациенток с нетипичным болевым синдромом. Возможно, это связано с особенностями функционирования вегетативной нервной системы и желез внутренней секреции, меньшим диаметром коронарных артерий и склонностью к вазоспазму, детренированностью женщин [4, 5]. В женской популяции часто встречается синдром X, связанный с микрососудистой эндотелиальной дисфункцией [3]. На практике женщины значительно реже, чем мужчины подвергаются коронароангиографии (КАГ), а в случае хирургических вмешательств имеют высокую степень технических трудностей, большую частоту осложнений и летальности, что часто служит поводом для отказа от реваскуляризации [3].

На сегодняшний день накоплено достаточно данных, позволяющих считать, что диагностика ИБС у женщин традиционными методами является более сложной, чем у мужчин. Представляем несколько клинических случаев из собственной практики.

Клинические наблюдения

Пациентка К., 47 лет, обратилась к кардиологу в сентябре 2010 г. с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, сопровождающиеся общей слабостью, потемнением в глазах; боли в области сердца давящего характера, возникающие преимущественно при ускоренной ходьбе и купируемые самостоятельно, головные боли, головокружение.

В анамнезе: с 2005 г. отмечалось повышение АД до 150/90 мм рт. ст., гипотензивные препараты не принимала; страдает остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Менструальный цикл сохранен. При осмотре: рост 165 см, масса тела 62 кг, индекс массы тела (ИМТ) 23 кг/м²; АД – 120/70 мм рт. ст., ЧСС – 88 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. На ЭКГ – синусовая тахикардия (90 уд/мин), умеренные изменения миокарда задней стенки и боковых отделов левого желудочка. В биохимическом анализе крови: общий холестерин (ХС) – 4,87 ммоль/л, триглицериды (ТГ) – 0,74 ммоль/л, глюкоза – 3,7 ммоль/л. При эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлено наличие незначительного пролабирования передней створки митрального клапана, аномально расположенной хорды левого желудочка; фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 64%, гипертрофии миокарда нет. При суточном мониторинге ЭКГ: выраженная тахикардия в течение всего наблюдения (средняя ЧСС днем – 108 уд/мин, ночью – 90 уд/мин), редкая одиночная желудочковая экстрасистолия (менее 2/ч); эпизоды выраженной депрессии сегмента ST во время двух из трех физических нагрузок, субъективно сопровождающиеся чувством нехватки воздуха и слабостью (общее время эпизодов – 6 мин). Данные велоэргометрии (ВЭМ): реакция на нагрузку неадекватная – избыточная пульсовая (до

Сведения об авторах:

Матвиенко Екатерина Евгеньевна – к.м.н., врач-кардиолог поликлиники №1 БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №2» (БУЗ ВО ВОКБ №2)

Родионова Ирина Викторовна – зав. терапевтическим отделением БУЗ ВО ВОКБ №2

Кузнецова Татьяна Андреевна – зам. главного врача по лечебной работе БУЗ ВО ВОКБ №2, врач-кардиолог

153 уд/мин на пятой минуте нагрузки), проба отрицательная, толерантность к физической нагрузке низкая. ЧПЭС по ишемической программе: стресстест положительный, при стимуляции зарегистрирована горизонтальная депрессия сегмента ST до 2,8 мм, максимально выраженная в отведении V5.

По результатам амбулаторного обследования был выставлен диагноз: «ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2»; рекомендовано проведение коронарной ангиографии (КАГ), от которой пациентка отказалась. Назначены β-блокаторы, а в дальнейшем, в связи с сохранением учащенного сердцебиения, в том числе пароксизмального характера, соталол 40 мг 2 раза в день и кораксан 5 мг 2 раза в день.

Пациентка вновь обратилась к кардиологу в апреле 2011 г. с жалобами на боли в сердце, возникающие преимущественно при нагрузке, нехватку воздуха, учащенное сердцебиение. При осмотре: АД – 120/75 мм рт. ст., ЧСС – 74 уд/мин. При суточном мониторировании ЭКГ (на фоне приема соталола и кораксана): ЧСС средняя днем – 71 уд/мин, ночью – 60 уд/мин, одиночная наджелудочковая экстрасистолия, ишемических изменений не выявлено. ХС – 6,78 ммоль/л, ЛПВП – 1,32 ммоль/л, ЛПНП – 4,72 ммоль/л. 28.04.2011 г., в условиях Воронежской областной клинической больницы № 1 (ВОКБ № 1), проведена КАГ, не выявившая наличие стенозов коронарных артерий. При выписке из стационара поставлен диагноз: «ИБС, вазоспастическая стенокардия», рекомендован прием дезагрегантов, антагонистов кальциевых каналов, статинов.

Пациентка Д., 46 лет, обратилась к кардиологу в 2009 г. с жалобами на перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение, чувство тяжести в области сердца, нехватку воздуха без связи с физической нагрузкой, быструю утомляемость. АГ ранее не диагностирована. Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хронический пиелонефрит. На момент первого обращения (2009 г.) менструальный цикл не нарушен.

При осмотре: рост – 160 см, масса тела – 53 кг, ИМТ – 21 кг/м²; АД – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 74 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенные; в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. На ЭКГ – умеренные изменения миокарда задней стенки. ХС крови – 6,3 ммоль/л. Данные ЭхоКГ: незначительное пролабирование передней створки митрального клапана, митральная регургитация 1-й степени, в остальном без особенностей. При суточном мониторировании ЭКГ: ЧСС в пределах нормы, желудочковая экстрасистолия 3 градации (менее 1/ч), эпизод депрессии сегмента ST во время физической нагрузки (подъем на 6 этаж) при ЧСС 149 уд/мин. ВЭМ: проба отрицательная, но с особенностями – в ходе нагрузки отмечалось смещение ST во всех отведениях на 1 мм, расцененное как изменение реполяризации адаптационно-метаболического генеза. Амбулаторно поставлен диагноз: «ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2»; в лечении рекомендованы малые дозы β-блокаторов, дезагреганты, кардиоцитопротекторы.

В 2011 г. пациентка повторно обратилась к кардиологу с жалобами на сердцебиение, усилившиеся боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, одышку. С 2010 г. – нарушение менструального цикла. При осмотре: АД – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 88 уд/мин. ХС – 5,07 ммоль/л, ЛПВП – 1,28 ммоль/л, ЛПНП – 3,11 ммоль/л. При суточном мониторировании ЭКГ (март 2011 г.): во время одной физической нагрузки выявлена депрессия ST по типу безболевого ишемии миокарда в отведениях, характеризующих переднюю стенку, ниже-диа-

фрагмальные и боковые отделы левого желудочка. В апреле 2011 г. в условиях ВОКБ №1 проведена КАГ: стенозов коронарных артерий нет, выявлено наличие мышечных мостиков в средних сегментах передней нисходящей и огибающей артерий. Выписана с диагнозом: «ИБС, вазоспастическая стенокардия»; в терапии рекомендован дилтиазем 90 мг/сут.

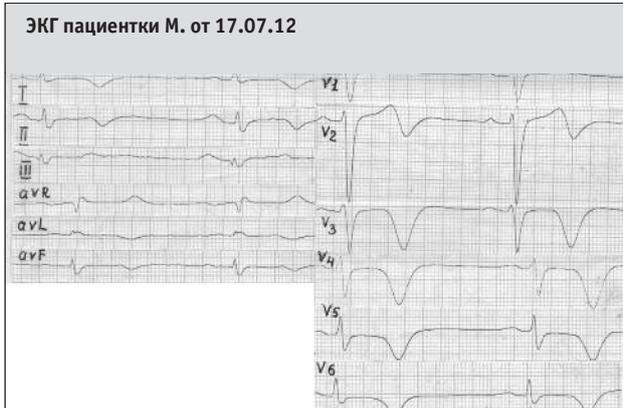
Осмотрена кардиологом в августе 2012 г. Сохраняются жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца, боли в области сердца и нехватку воздуха без четкой связи с нагрузкой. АД преимущественно нормальное, редко – повышение до 140/90 мм рт. ст. В крови: ХС – 5,79 ммоль/л, ЛПВП – 1,7 ммоль/л, ЛПНП – 3,28 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л. При суточном мониторировании ЭКГ: ишемических изменений не выявлено, редкая одиночная наджелудочковая экстрасистолия. Рекомендован прием дилтиазема, дезагрегантов, цитопротекторов, статинов, анксиолитики.

Пациентка О., 60 лет, постменопауза 9 лет. Данные профилактического осмотра за 2008–2010 гг.: АД – в норме, ЭКГ – без особенностей. Обратилась к терапевту в апреле 2011 г. с жалобами на общую слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие как при физической нагрузке, так и в покое, нехватку воздуха; ухудшение самочувствия в течение месяца. Объективно: рост – 162 см, масса тела – 85 кг, ИМТ – 32 кг/м²; АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 62 уд/мин, ХС – 5,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,56 ммоль/л, ЛПНП – 3,4 ммоль/л. На ЭКГ от 25.04.2011 впервые выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ). Данные ЭхоКГ: зон гипокинезии, гипертрофии миокарда и снижения сократимости нет. Тропонинновый тест – отрицательный. Госпитализирована в ВОКБ №1 для проведения КАГ. Заключение КАГ: передняя нисходящая артерия – без стенозов, извита, с мышечным мостиком; огибающая артерия – без стенозов, извита, правая коронарная артерия – без стенозов. Диагноз при выписке: «ИБС, вазоспастическая стенокардия, ПБЛНПГ».

В августе 2012 г. пациентка обратилась к терапевту с жалобами на ухудшение состояния в течение месяца: резкую слабость, потливость, головокружение, чувства тяжести в области сердца и нехватки воздуха. При осмотре: АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 42 уд/мин. На ЭКГ от 16.08.12 выявлено наличие полной поперечной АВ-блокады с частотой сокращения желудочков 42 уд/мин. Была госпитализирована по скорой помощи в кардиохирургическое отделение ВОКБ №1, где имплантирован ЭКС в режиме DDDR. В послеоперационном периоде сохранялись жалобы на боли в области сердца, не связанные с физическими нагрузками, чувство нехватки воздуха. Рекомендован прием дезагрегантов, триметазида, препаратов калия и магния, анксиолитика.

Пациентка М., 62 лет, постменопауза 10 лет. Из анамнеза: повышение АД в течение 4 лет до 160/90 мм рт. ст.; антигипертензивные препараты регулярно не принимала. Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит, аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз, остеохондроз шейного отдела позвоночника, хроническая диссомния. Из результатов профилактического осмотра за 2011 г.: ХС – 6,18 ммоль/л, ЛПВП – 2,33 ммоль/л, ЛПНП – 3,65 ммоль/л, глюкоза – 5,36 ммоль/л. ЭКГ за 2011 г., февраль – апрель 2012 г. – без патологии. В июле 2012 г. обратилась к терапевту с жалобами на нарушение сна, боли в правом локтевом суставе. На ЭКГ выявлены очаговые изменения переднеперегородочно-верхушечной области и боковой стенки левого желудочка (рисунок).

ЭКГ пациентки М. от 17.07.12



Была госпитализирована в больницу скорой помощи с предварительным диагнозом: «ИБС, острый интрамуральный инфаркт миокарда переднеперегородочно-верхушечной области с распространением на боковые отделы левого желудочка». За время пребывания в палате интенсивной терапии болей в сердце не отмечала, гемодинамика устойчивая, тропониновый тест отрицательный. Данные ЭхоКГ: общая и регионарная сократимость не нарушена, ФВ – 60%, гипертрофия миокарда левого желудочка концентрического типа 1,2 см. Суточное мониторирование ЭКГ: синусовая брадикардия – до 46–50 уд/мин, редкая желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, эпизод наджелудочкового ускоренного ритма с абберацией желудочковых комплексов; на фоне исходных изменений ЭКГ диагностически значимого смещения сегмента ST не выявлено.

Была переведена в ВОКБ №1 для проведения КАГ. Заключение КАГ: гемодинамически значимого поражения коронарного русла не выявлено; в передней нисходящей артерии стеноз проксимального отдела 30%, огибающая и правая коронарные артерии – без стенозов. Выписана с диагнозом: «ИБС, вазоспастическая стенокардия». Осмотрена кардиологом через 2 нед: болей в сердце или их эквивалентов не отмечает; физически активна, работает на даче, занимается йогой. АД – 130/70 мм рт. ст., ЧСС – 68 уд/мин. ХС – 4,03 ммоль/л, ЛПВП – 1,34 ммоль/л, ЛПНП – 2,41 ммоль/л. На ЭКГ – без динамики, сохраняются выраженные изменения переднесептальной области, верхушки и боковой стенки. Рекомендовано динамическое наблюдение терапевта, кардиолога, прием ингибитора АПФ, дезагреганта, цитопротектора, статина.

Заключение

Представленные клинические наблюдения подтверждают, что течение ИБС у женщин имеет особенности, которые должны учитываться практикующим врачом в постановке диагноза, профилактике и лечении заболевания. Отсутствие в большинстве случаев типичной клинической картины стенокардии, неоднозначные результаты нагрузочных тестов затрудняют диагностику и определение тактики ведения пациенток. Во всех приведенных случаях отсутствовали гемодинамически значимые стенозы коронарного русла, у двух пациенток были выявлены мышечные мостики, у одной – патологическая извитость коронарных артерий. Представляется также дискуссионным вопрос о возможности постановки диагноза «ИБС, вазоспастическая стенокардия» как шаблона при отрицательном результате КАГ, в том числе при отсутствии проходящей элевации сегмента ST на ЭКГ как традиционного критерия диагностики вазоспазма. Очевидно, что именно у женщин в перименопаузе и ранней постменопаузе необходимо более широкое использование современных неинвазивных методов диагностики скрытой коронарной недостаточности, в частности стресс-ЭхоКГ.

В связи с вышеизложенным чрезвычайно актуальным представляется проведение дальнейших специальных исследований, направленных на изучение патогенетических и клинических особенностей ИБС у женщин, разработку наиболее адекватных профилактических и лечебных мероприятий.

Литература

1. Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Косицина И.В. и др. Особенности сердечно-сосудистых заболеваний и их лечение у женщин. Кардиология. 2006; 1: 98–102.
2. Методология комплексной оценки факторов риска ИБС у женщин. Сердце. 2006; 5 (7): 336–339.
3. Архипова Л.В., Гуревич М.А. Особенности ишемической болезни сердца в женской популяции. Актуальные вопросы болезни сердца и сосудов. 2011; 1: 55–57.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. (Прил. 4). 2008; 6.
5. Беленков Ю.Н., Терновой С.К. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007.

Календарный план мероприятий непрерывного повышения квалификации медицинских работников на 2013 год

Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации

I полугодие 2013

14 марта	Ежегодная конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины»
	Руководители: Профессор А.С.Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» МЗ РФ; профессор В.С.Козлов, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ
	Место проведения: Центральный дом ученых, Москва, Пречистенка д.16.
15–18 апреля	Российский мастер-класс с международным участием «Современная функциональная ринохирургия»
	Руководитель: Профессор А.С.Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» МЗ РФ
	Место проведения: Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Первая университетская больница №1, Москва, ул. Большая Пироговская, д.6/1
23–24 апреля	Российская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая дерматология как междисциплинарная проблема»
	Научно-консультативный комитет: Е.Л.Нонинов, В.Ф.Казаков, Е.В.Липова, С.И.Роговская, А.М.Соловьева, А.И.Неробеев
	Место проведения: Центральный дом ученых, Москва, Пречистенка д.16.
24 апреля	Ежегодная конференция «Фармакотерапия аллергических заболеваний с позиций доказательной медицины»
	Руководитель: Профессор Л.А.Горячкина, главный аллерголог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9
5 июня	Офтальмология
	Руководитель: Чл.-корр. РАМН С.Э.Аветисов, главный специалист по офтальмологии Главного медицинского управления УД Президента РФ, директор ГУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9
27–29 июня	X Конгресс Российского общества ринологов, приуроченный к 20-летию образования общества
	Руководитель: Профессор А.С.Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» МЗ РФ
	Место проведения: Комплекс «Измайлово», корпус Альфа, Москва, Измайловское ш.71, корп.1А

II полугодие 2013

11 сентября	Ежегодная конференция «Фармакотерапия заболеваний органов пищеварения с позиций доказательной медицины»
	Руководитель: Профессор О.Н.Минушкин, главный гастроэнтеролог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующий кафедрой гастроэнтерологии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9
9 октября	Ежегодная конференция «Актуальные проблемы репродуктивного здоровья женщин»
	Руководитель: Профессор В.Н.Прилепская, заместитель директора по научной работе, руководитель научно-поликлинического отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.акад.В.И.Кулакова» МЗ РФ
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9
7 ноября	Ежегодная конференция «Сахарный диабет II типа и метаболический синдром»
	Руководитель: Профессор А.М.Мкртумян, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ЛФ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» МЗ РФ
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9
26 ноября	Ежегодная конференция «Профилактика и лечение гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций»
	Руководитель: академик РАМН В.И.Покровский, главный инфекционист Главного медицинского управления УД Президента РФ, директор ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, профессор А.В.Девяткин, главный врач инфекционного корпуса ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9
17 декабря	Ежегодная конференция «Диагностика и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Проблемы и решения»
	Руководители: Профессор Б.А.Сидоренко, заместитель главного кардиолога Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ; профессор С.Н.Терещенко, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ
	Место проведения: Здание Правительства Москвы, ул.Новый Арбат, д.36/9