

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Абдусатторова З.Р., Турсунова Л.Д., Ходжанова Ш.И.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.*

АННОТАЦИЯ

Особенности инфаркта миокарда у женщин репродуктивного возраста.

Несмотря на то что инфаркт миокарда встречается чаще у людей старше 50 лет и чаще у мужчин, женщины репродуктивного возраста, имеющие различные предрасполагающие факторы к инфаркту миокарда, так же входят в группу риска. В основном данный диагноз у женщин молодого возраста выявляется позже. Потому что, во-первых это явление не является достаточно частым среди молодых, во-вторых женщины не подозревают что различные симптомы являются проявлением атипичных форм инфаркта миокарда, которые не связаны с нарушением проводимости коронарных артерий. Все это приводит к ухудшению состояния больных, к инвалидности, и даже к летальному исходу. В данной статье приведены предрасполагающие факторы, а так же основные причины инфаркта миокарда у женщин репродуктивного возраста

Ключевые слова: инфаркт миокарда, женщины репродуктивного возраста

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире, от которой по оценкам каждый год умирает 17,9 млн человек. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляет собой наиболее распространенную причину смерти взрослых во всем мире. Инфаркт миокарда (ИМ) является летальным проявлением ИБС и может проявляться внезапной смертью. ИМ у «молодых» является серьезной проблемой, однако данных о преждевременной ИБС и ИМ у «молодых» недостаточно. Это может привести к недооценке важных различий, существующих между «молодыми» пациентами с ИМ и более старшей группой пациентов. Хотя ИМ в основном встречается у пациентов старше 50 лет и чаще у мужчин, женщины также могут страдать ИМ. 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 нередко «немые» формы инфаркта, а также хуже ближайший и отдаленный прогноз болезни. Имеются достоверные данные о более высокой летальности от ИМ женщин молодого и среднего возраста (до 50 лет), по сравнению с мужчинами того же возраста. Многие исследования оценивали факторы риска ОКС, но лишь несколько исследований были сосредоточены на этой субпопуляции. В этом обзоре мы будем использовать произвольное пороговое значение 50 лет или младше для определения молодости.

Основные факторы риска ИБС у мужчин и женщин остаются идентичными. Результаты международного исследования INTERHEART, выделили основные 9 показателей: неблагоприятная наследственность, дислипидемия, курение, артериальная гипертензия (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 в 4 раза, когда как у мужчин лишь в 2 раза [7, 8]. Существенную роль играет и наследственная отягощенность по ИБС [9, 10].

Помимо тромбоза коронарных артерий, имеется ряд других причин приводящих к инфаркту миокарда, при котором на ангиографических картинах коронарных артерий отсутствуют гемодинамически значимые стенозы (<50%), например: спонтанное расслоение коронарной артерии (SCAD), вазоспастическая стенокардия, ИМ с неповрежденной фиброзной крышкой больше распространены в более молодой возрастной группе. Такое разнообразие диагнозов и представлений, наряду с терапевтическими последствиями, подчеркивает необходимость изучения профиля ИМ у молодых людей. Инфаркт миокарда у молодых людей можно разделить на следующие категории:

1. ИМ, связанный с традиционными сердечно-сосудистыми факторами риска, имеющими сходство с факторами риска у пожилых людей;
2. ИМ из-за SCAD, миокардита или коронарной эмболии (СЕ);

3. ИМ из-за атероматозной болезни коронарных артерий (CAD), но без критического коронарного стеноза;

4. Коронарный вазоспазм.

В целом, оценки распространенности различаются, поскольку клинический профиль атеросклеротического и неатеросклеротического фенотипов определен недостаточно точно. Это отсутствие определения особенно актуально для пациентов с инфарктом миокарда с необструктивными коронарными артериями (MINOCA), поскольку дифференциация на основе ангиографии без рутинной интракоронарной визуализации и неоднородного обследования привели к неточной идентификации механизмов образования бляшки [4].

ИМ, связанный с традиционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с атеросклеротической ИБС.

Разрыв бляшки составляет примерно от 60 до 65% случаев ИМ у молодых людей, и, как и у пожилых людей, он является наиболее распространенной причиной ИМ в этой возрастной группе [5]. В США ежегодно более 30 000 женщин моложе 55 лет госпитализируются с диагнозом ИМ [6]. Показатели госпитализации, характеристики пациентов и краткосрочная выживаемость были изучены в Общенациональной стационарной выборке из 230 684 госпитализаций с 2001 по 2010 год. Частота госпитализаций по поводу ИМ за исследуемый период не снижалась. (Mayo Clin Proc) [2]. По сравнению с мужчинами, более молодые женщины (которые составляли 25% случаев ИМ) имели более высокую сопутствующую патологию, дольше оставались в больнице и имели более высокую госпитальную смертность. Авторы наблюдали значительное снижение как 30-дневной смертности, так и госпитализации по поводу ИМ; однако более молодые женщины имели более высокую смертность и госпитализацию, что подчеркивает необходимость сосредоточиться на этой подгруппе.

ИМ из-за спонтанной диссекции коронарных артерий, миокардита и коронарного эмболии. Спонтанная диссекция коронарной артерии инициируется нарушением интимы или интрамуральной гематомой и не является следствием лежащего в основе атеросклероза, ятрогенных причин или травмы [7]. Это обычно наблюдается у молодых женщин с недостаточным количеством известных сердечных факторов риска. Недавние исследования показывают, что от 1 до 4% всех случаев ОКС могут быть вызваны спонтанной диссекцией коронарных артерий и наблюдаться у молодых групп людей (<45 лет) [8]. Спонтанная диссекция коронарных артерий также является важной этиологией при ИМ, связанным с беременностью. В регистратуре клиники Майо 54 из 323 женщин со спонтанной диссекцией коронарной артерии были беременны или

находились в послеродовом периоде [9]. Только 4 случая произошли во время беременности, и большинство событий произошло в течение первого месяца после родов [10].

Коронарная эмболия считается причиной инфаркта миокарда в 4–13% случаев [11]. Механизмы коронарной эмболии сходны венозной тромбоэмболии и могут быть определены на основе триады Вирхова. В исследовании de novo ИМ с подъемом сегмента ST 53 из 1232 пациентов (4,3%) имели коронарную эмболию. Эти пациенты не были молоды, но не имели признаков коронарного атеросклероза [12]. Причину парадоксальной эмболии следует рассматривать у молодых людей при наличии дополнительных факторов риска гиперкоагуляции (беременность, ишемический инсульт, фактор V Лейдена) [13].

По данным VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients), в которую были включены молодые (18-55 лет) пациенты с ИМ в период с 2008 по 2012 год. Используя классификацию, основанную на ангиографии, исследователи разделили пациентов с бляшкой 50% и более (88,4%); инфарктом миокарда с необструктивными коронарными артериями (обструкция бляшкой <50%) и другой этиологией (11,1%). У женщин частота инфаркта миокарда с необструктивными коронарными артериями была почти в 5 раз выше, чем у мужчин. Коронарный вазоспазм (микрососудистая дисфункция) истинная распространенность микрососудистой дисфункции в коронарных артериях неизвестна, но зависит от популяции (выше у азиатов), времени (выше при ОКС) и использования провокационного тестирования (выше, если оно регулярно используется для его выявления) [14]. В клинике Майо у 1089 пациентов, которым была проведена коронарография, коронарный спазм был вызван эргоновином у 20% пациентов с недавним ИМ [15]. Распространенность коронарной микрососудистой дисфункции возростала при систематических усилиях по ее выявлению. Частота эпикардального и микрососудистого спазма составила 33,4% и 24,2% соответственно среди 921 пациента с необструктивной ИБС, у которых применялась интракоронарная ацетилхолиновая провокация [15]. В исследовании CASPER (Coronary Artery Spasm in Patients With Acute Coronary Syndrome) среди 138 (из 488) пациентов с ОКС, у которых не было очевидной коронарной патологии, коронарный спазм наблюдался примерно у половины (48,8%) обследованных [16].

Клиническая картина инфаркта миокарда у женщин репродуктивного возраста. В исследовании VIRGO (Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients)) Симптомы ОИМ были одинаковыми у молодых женщин и мужчин, при этом боль в груди была преобладающим симптомом для обоих

полов. По данным скорректированного анализа, у женщин с ОИМ с подъемом сегмента ST чаще, чем у мужчин, наблюдалось отсутствие боли в груди. У женщин наблюдались сопутствующие симптомы (например, эпигастральные симптомы, сердцебиение, боль или дискомфорт в челюсти, шее, руках или между лопатками), не связанных с областью сердца, независимо от наличия боли в груди. По сравнению с мужчинами женщины чаще воспринимали симптомы как стресс/тревогу и данные симптомы они сами, а так же их врачи не связывали с заболеваниями сердца [17].

Заключение. Несмотря на то что факторы риска у всех идентичны, наследственность, стресс, сахарный диабет, гипертония и гиперхолестеринемия тесно связаны с ОКС у молодых женщин. Другими факторами риска, которые могут быть связаны с повышенным риском развития ОКС у молодых женщин, были злоупотребление алкоголем, курение, прием пероральных контрацептивов и состояние постменопаузы. Осведомленность населения, а также медицинского персонала о том, что молодые женщины так же входят в группу риска ИМ, поможет своевременно выявить пациентов, предотвратит догоспитальную смерть и госпитализировать с верным диагнозом, что предотвращает дальнейшие постинфарктные осложнения у молодых женщин.

Использованная литература:

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): casecontrol study. Lancet. 2004;364(9438):937-952.
2. Gupta A, Wang Y, Spertus JA, et al. Trends in acute myocardial infarction in young patients and differences by sex and race, 2001 to 2010. J Am Coll Cardiol. 2014 337345
3. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, et al. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. Circulation. 2015:1667-1678.
4. Safdar B, Spatz ES, Dreyer RP, et al. Presentation, clinical profile, and prognosis of young patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries (MINOCA): results from the VIRGO Study. J Am Heart Assoc. 2018;
5. Naghavi M, Libby P, Falk E, et al. From vulnerable plaque to vulnerable patient: a call for new definitions and risk assessment strategies: Part I. Circulation. 2003; 16641672.
6. Towfighi A, Markovic D, Ovbiagele B. National gender-specific trends in myocardial infarction hospitalization rates among patients aged 35 to 64 years. Am J Cardiol. 2011; 108(8):1102-1107.
7. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, et al; American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Genomic and Precision Medicine;

- and Stroke Council. Spontaneous coronary artery dissection: current state of the science: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;
8. Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation*. 2012; 579-588.
 9. Tweet MS, Hayes SN, Codsí E, Gulati R, Rose CH, Best PJM. Spontaneous coronary artery dissection associated with pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 426-435
 10. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, et al; American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Genomic and Precision Medicine; and Stroke Council. Spontaneous coronary artery dissection: current state of the science: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;
 11. Prizel KR, Hutchins GM, Bulkley BH. Coronary artery embolism and myocardial infarction. *Ann Intern Med*. 1978; 155-161.
 12. Popovic B, Agrinier N, Bouchahda N, et al. Coronary embolism among ST-segment-elevation myocardial infarction patients: mechanisms and management. *Circ Cardiovasc Interv*. 2018;
 13. Agostoni P, Gasparini G, Destro G. Acute myocardial infarction probably caused by paradoxical embolus in a pregnant woman. *Heart*. 2004;
 14. Beltrame JF, Sasayama S, Maseri A. Racial heterogeneity in coronary artery vasomotor reactivity: differences between Japanese and Caucasian patients. *J Am Coll Cardiol*. 1999; 1442-1452.
 15. Bertrand ME, LaBlanche JM, Tilmant PY, et al. Frequency of provoked coronary arterial spasm in 1089 consecutive patients undergoing coronary arteriography. *Circulation*. 1982;1299-1306.
 16. Ong P, Athanasiadis A, Hill S, Vogelsberg H, Voehringer M, Sechtem U. Coronary artery spasm as a frequent cause of acute coronary syndrome: the CASPAR (Coronary Artery Spasm in Patients With Acute Coronary Syndrome) Study. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 523-527.
 17. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, Daneshvar M, Spertus JA, D'Onofrio G. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation*. 2018 Feb 20;137(8):781-790. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650. PMID: 29459463; PMCID: PMC5822747.

18. Tursunova, L. D., & Jabbarov, O. O. (2023). Cardiorenal Syndrome in Patients with Chronic Kidney Disease and Diabetes Mellitus. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences* (2993-2149), 1(9), 332-339.
19. Турсунова, Л. Д., & Жаббаров, О. О. (2023). ЧАСТОТА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА (Doctoral dissertation, Российский национальный конгресс кардиологов 2023).
20. ТУРСУНОВА, Л., & ЖАББАРОВ, О. (2023). РОЛЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.
21. ТУРСУНОВА, Л., & ЖАББАРОВ, О. (2023). ПРИМЕНЕНИЯ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА.
22. ТУРСУНОВА, Л., & ЖАББАРОВ, О. (2023). СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ ВА СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПОТЕНЗИВ ДАВОНИНГ САМАРАСИ.
23. Jabbarov, O. O., Imamov, A. A., Tursunova, L. D., & Khuzhaniyazova, N. K. (2023). Disorders Function of the Heart and Kidney in Diabetes Mellitus. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(6), 609-613.