

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ

Элеонора Негматовна ТАШКЕНБАЕВА, & Гулнора Алиевна АБДИЕВА

Кафедра внутренних болезней №2, Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Для цитирования: Элеонора Негматовна Ташкенбаева, Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с климактерической кардиопатией. 2018, vol. 1, issue 1, pp. 36-39-45.

Статья поступила в редакцию 23 декабря 2017 г.

Рекомендована в печать 20 февраля 2018 г.

Контактная информация: Элеонора Негматовна Ташкенбаева, Самаркандский государственный медицинский институт, улица А. Темура 18, Самарканд, Республика Узбекистан, 140100, тел: +998974111880, E-mail: eleonora_88@mail.ru

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2018-1-7>

АННОТАЦИЯ

В статье проведен анализ данных клинического обследования и результатов лабораторно-инструментального исследования 113 больных женщин с жалобами на боль в грудной клетке, находившихся на стационарном лечении, которые были разделены на 2 группы: 1-ая группа включала в себя 60 (53%) пациенток с ИБС сочетанной с климактерической кардиопатией, 2-ая группа сравнения включала в себя 53 (47%) пациенток с ИБС. Выявлено, что у пациенток с ИБС в сочетании с климактерической кардиопатией отмечалось повышение показателей индекса массы тела, наличие абдоминального ожирения, чаще выявлялся сахарный диабет и отличался более длительным, неблагоприятным течением, что способствовало неблагоприятному течению, прогрессированию и развитию сердечно-сосудистых катастроф.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, климактерическая кардиопатия, факторы риска.

Features of ischemic heart disease in association with climatic cardiopathy

Eleonora Negmatovna TASHKENBAEVA, & Gulnora Alievna ABDIEVA

Department of Internal Medicine №2, Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

Corresponding author: Eleonora Negmatovna Tashkenbaeva, Samarkand State Medical Institute, 18 A.Temur Street, Samarkand, Republic of Uzbekistan, 140100. tel: +998974111880, E-mail: eleonora_88@mail.ru

ANNOTATION

In the article, the analysis of the clinical examination data and the results of the laboratory-instrumental study was conducted in 113 women with chest pain complaints in inpatient treatment, which were divided into 2 groups: the first group included 60 (53%) of patients with IHD combined with climacteric cardiopathy, the 2nd comparison group included 53 (47%) patients with IHD. It was revealed that in patients with IHD in combination with climacteric cardiopathy, there was an increase in body mass index, presence of abdominal obesity, diabetes mellitus was more often detected and had a longer, unfavorable course, which contributed to unfavorable course, progression and development of cardiovascular disasters.

Keywords: ischemic heart disease, climacteric cardiopathy, risk factors.

Юрак ишемик касаллигининг климактерик кардиопатия билан комбинациялашган холларда кечиб хусусиятлари

Элеонора Негматовна ТАШКЕНБАЕВА, & Гулнора Алиевна АБДИЕВА

2-сон ички касалликлар кафедраси, Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси

Мурожаат: Элеонора Негматовна Ташкенбаева, Самарканд давлат медицина институти, А.Темур кўчаси 18 уй, Самарканд, Ўзбекистон Республикаси, 140100, тел: +998974111880, E-mail: eleonora_88@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Мақолада 113 та кўкрак кафасида оғрикка шикоят қилган ва стационарда даволанишда ётган беморнинг аёллар клиник текширув ва лаборатор-инструментал текшириш натижалари таҳлил қилинган ва улар 2 гуруҳга бўлинган: 1- гуруҳни 60 (53%) ЮИК климактерик кардиопатия билан бирга келган беморлар ташкил қилган, 2-гуруҳ - таккослаш гуруҳи 53 (47%) ЮИК билан беморлар ташкил қилади. ЮИК ва климактерик кардиопатия билан биргаликда оғриган беморларда тана массаси индексининг ошиши, қорин семизлигининг мавжудлиги, қандли диабет тез-тез аниқланиши шунингдей узоқ ва давомли кечиши, бу эса ўз навбатида беморларда юрак-қон томир фалокатларининг тез суръатларда ривожлантириши аниқланди.

Калит сўзлар: юрак ишемик касаллиги, климактерик кардиопатия, хавф омиллари.

Ведение

В последние годы интерес к проблеме гендерных различий в факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) привлекает внимание медицинской общественности [5,3]. Известно, что женщины детородного периода в отличие от мужчин имеют низкий риск сердечно-сосудистых событий [7]. Однако после наступления менопаузы вероятность развития ССЗ, в том числе ИБС, значительно повышается [4,6,7]. Значительное повышение сердечно-сосудистого риска в постменопаузе обусловлено комплексным влиянием на организм целого ряда внешних и внутренних факторов риска, часть которых являются немодифицируемыми (возраст, генетическая предрасположенность и др.), тогда как другие могут корректироваться в ходе мероприятий первичной профилактики ССЗ. Более того, сама менопауза может рассматриваться как фактор риска развития ССЗ [4,8], влияющий на сердечно-сосудистую систему посредством перераспределения жировой ткани, различных метаболических, гемодинамических, провоспалительных изменений и прямого влияния дефицита эстрогенов на сосудистую стенку [1]. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики гормональной кардиопатии и ишемической болезни сердца в последние годы привлекают все большее внимание кардиологов. Климактерическая кардиопатия (ККП) и коронарная недостаточность возникают в один и тот же возрастной период, поэтому возможны их сочетания. Основанием для такого предположения служат появление наряду с кардиалгией сжимающей боли за грудиной по типу стенокардии, связь боли с физической нагрузкой, эффект нитрогли-церина, косвенные признаки атеросклероза: рентгенологически обнаруживаемое уплотнение аорты, склонность к гиперлипидемии, длительно предшествующая артери-альная гипертензия [2]. Лечение ишемической болезни сердца сочетанной с ККП имеет свои особенности и эффективность терапии существенно снижается при использовании только современных стандартов лечения ишемической болезни сердца и игнорировании сопутствующей патологии. Это удлиняет процесс лечения, восстановления и снижает качество жизни. Цель исследования: Изучить особенности течения ИБС в сочетании с климактерической кардиопатией.

Материал и методы

В работе был проведен анализ 113 женщин в возрасте от 40 до 55 лет (средний возраст $46,8 \pm 3,2$ лет) с диагнозом ИБС (прогрессирующая стенокардия напряжения, климактерическая кардиопатия), проходивших обследование и лечение в отделении экстренной терапии Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи с 2014–2016 гг. Критериями включения в исследование были: женский пол, возраст от 40 лет до 55 лет, диагностированная ранее ИБС, в частности, прогрессирующая стенокардия напряжения, подтвержденный гинекологом диагноз пери- и постменопаузы, информированное согласие пациенток на участие в исследовании. Из 113 пациенток с диагнозом ИБС в сочетании с ККП были сформированы две группы для последующего сравнительного анализа: 1-ая группа включала в себя 60 (53%) пациенток с ИБС сочетанной с климактерической кардиопатией. У всех пациенток наблюдалось отсутствие менструаций на протяжении более 1 года. У 51 (85%) больных этой группы менопауза была физиологическая, у остальных 9 (15%) — хирургическая. 2-ая группа сравнения включала в себя 53 (47%) пациенток с ИБС у которых наблюдался регулярный или нерегулярный менструальный цикл, либо отсутствие менструаций в течение менее 1 года. При выписке из стационара всем пациенткам наряду со стандартной антиангинальной и дезагрегантной терапией был назначен препарат цимицифуги. В каждой исследуемой группе проводили клинический осмотр и тщательный сбор анамнеза в соответствии с общепринятыми методиками с целью выяснения жалоб, давности заболевания, оценки факторов риска (ФР) ИБС, наличия в анамнезе осложнений - ИМ, ХСН. Оценивали следующие ФР ИБС: дислипидемия (ДЛП), артериальная гипертония (АГ), нарушение углеводного обмена в виде сахарного диабета (СД), ожирения и характера распределения жира в организме, отягощенный семейный анамнез.

Результаты и обсуждение

Как показали результаты исследования содержание общего холестерина (ОХС) составило $6,8 \pm 2,5$ ммоль/л в первой группе и $6,1 \pm 2,0$ ммоль/л во второй группе, $p=0,05$. Уровень ЛПВП был равен $0,9 \pm 0,36$ ммоль/л в первой группе и $1,24 \pm 0,38$ ммоль/л во второй группе, $p=0,03$. Уровень ЛПНП составил $4,73 \pm 0,74$ и $3,72 \pm 0,81$ ммоль/л, соответственно, $p < 0,001$. Кроме того, в обеих группах отмечалась гипертриглицеридемия: уровень ТГ оказался равен $4,1 \pm 0,59$ ммоль/л в первой группе и $3,74 \pm 0,38$ ммоль/л во второй группе, $p < 0,001$, коэффициент атерогенности – 5,3 и 4,1 соответственно, $p < 0,001$.

Наличие АГ в обеих группах статистически не различалась - 46 (87%) и 57 (95%), соответственно, $p=0,09$. Пациентки первой группы характеризовались более высокими максимальными цифрами АД (212 мм рт.ст. против 173 мм рт.ст., $p=0,002$), более длительным течением АГ ($9,8 \pm 3,5$ лет против $7,2 \pm 3,7$ лет, $p=0,001$), и более высокими цифрами как САД ($156,7$ мм рт.ст. против $137,4$ мм рт.ст., $p=0,005$), так и ДАД ($99,8$ мм рт.ст. против $80,6$ мм рт.ст., $p=0,005$), на фоне приема гипотензивных препаратов.

СД II типа был выявлен у 8 (13,3%) больных в первой группе и у 6 (12,3%) во второй группе, $p=0,002$. Длительность СД, по данным анамнеза, составила $6,5 \pm 3,0$ лет и $4,1 \pm 1,5$, соответственно, $p=0,014$.

Сочетание двух и более ФР часто встречается в обеих группах, первая группа отличалась только более частым сочетанием АГ и СД и АГ, СД, ДЛП ($p=0,02$ в обоих случаях).

Ожирение I степени в первой группе у 27 (45%), во второй группе выявлялось у 11 (21%), $p=0,15$, избыточная масса тела - у 30 (50%) и 29 (55%) пациенток, соответственно, $p=0,53$. Средний ИМТ в первой группе составил $31,4 \pm 4,2$ кг/м², во второй группе - $28,1 \pm 3,7$ кг/м², $p=0,001$, а абдоминальное ожирение в группах было у 27 (45%) и 15 (28%) больных, соответственно, $p=0,01$.

Отягощенный семейный анамнез отмечался у 29 (48%) больных в первой группе и у 11 (21%) во второй группе, $p=0,005$.

При анализе результатов ЭКГ, среди больных первой группы патологический зубец Q отмечался у 19 (51%) больных, а изменение конечной части желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST, отрицательные зубцы T) - у 17 (46%) больных. С такой же частотой указанные изменения встречались и во второй группе – у 15 (60%) и 10 (40%) больных, соответственно.

По результатам ЭхоКГ исследования, в обеих группах нарушение локальной сократимости регистрировалось у 29 (78%) и 17 (68%) пациенток, соответственно ($p=0,32$), ГЛЖ - у 26 (70%) и 12 (48%; $p=0,032$), снижение ФВ ($< 40\%$) - у 12 (32%) и 6 (24%), соответственно, ($p=0,229$).

Пациентки с ИБС сочетанной с ККП были распределены на две подгруппы в зависимости от получаемой терапии: А группу составили 39 женщин, которым был включен препарат цимицифуги в комплекс терапии, 2-ую группу составили 21 женщина, получавшие традиционную терапию. При сравнении ФР после лечения у женщин, приверженных к приему цимицифуги были более низкие значения САД и ДАД ($120,5$ мм рт.ст. и $80,6$ мм рт.ст.), по сравнению с женщинами не принимавших препарат цимицифуги ($135,4$ мм рт.ст. и $93,5$ мм рт.ст.). ОХС составил $6,2$ ммоль/л против $6,8$ ммоль/л.

В группе женщин, приверженных к длительной терапии цимицифугой, отмечалась более низкая частота развития сердечно-сосудистых катастроф, таких как острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда (11% в сравнении с 55% в группе женщин, прекративших прием цимицифуги; $p=0,04$), прогрессирования ХСН (22 и 70% соответственно; $p \leq 0,04$)

Заключение

Таким образом, необходимо дифференцировать климактерическую кардиопатию и ишемическую болезнь сердца, а так же определять степень их выраженности при сочетанном течении.

Содержание ЛПНП, ТГ и коэффициент атерогенности в группе женщин с ИБС в сочетании с ККП были выше. Обращало на себя внимание также более низкое содержание ЛПВП в группе женщин с ИБС в сочетании с ККП. У пациенток с ИБС в сочетании с ККП отмечалось повышение показателей ИМТ и наличие абдоминального ожирения, что способствовало неблагоприятному течению, прогрессированию и развитию сердечно-сосудистых катастроф. У женщин с ИБС в сочетании с ККП достоверно чаще выявлялся СД и отличался более длительным, неблагоприятным течением.

Подбор методов лечения больным с ИБС в сочетании с ККП в соответствии с полученными результатами требует коллегиального решения с привлечением специалистов смежных специальностей. Улучшение состояния здоровья, прогноза заболевания, предотвращение инвалидности и увеличение продолжительности жизни женщин с ИБС в сочетании с ККП во многом зависит от своевременности проведения профилактических мероприятий и начала адекватно подобранного лечения.

При назначении больным с ИБС в сочетании с ККП препарата цимицифуги были более низкие значения АД (как систолического, так и диастолического), ОХС и глюкозы натощак. В группе женщин, приверженных к длительной терапии цимицифугой, отмечалась более низкая частота развития ИМ и прогрессирования ХСН.

Список литературы

1. Anichkov, D. A., Shostak, N. A., & Zhuravleva, A. D. (2005). Menopauza i serdechno-sosudistiy risk. Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii [Menopause and cardiovascular risk. Rational pharmacotherapy in cardiology], 1(1).
2. Simonenko, V. B., Chaplyuk, A. L., Teslya, A. N., & Frolov, V. M. (2012). Diagnostika i lechenie ishemicheskoy bolezni serdca v sochetanii s klimaktericheskoy kardiopatiey [Diagnosis and treatment of coronary heart disease in combination with climacteric cardiopathy]. *Klinicheskaya medicina*, 90(6).
3. Yureneva, S. V., Mychka, V. B., Il'ina, L. M., & Tolstov, S. N. (2011). Osobennosti faktorov riska serdechno-sosudistyh zabolevaniy u zhenshchin i rol' polovyh gormonov [Features of risk factors for cardiovascular disease in women and the role of sex hormones]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*, 10(4), 128-135.
4. Dessapt, A., & Gourdy, P. (2012). Menopause and cardiovascular risk. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 41(7 Suppl), F13-9.
5. Mosca, L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bezanson, J. L., Dolor, R. J., Lloyd-Jones, D. M., & Zhao, D. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation*, CIR-0b013e31820faaf8.
6. Ratiani, L., Parkosadze, G., Cheishvili, M., Ormotsadze, G., Sulakvelidze, M., & Sanikidze, T. (2012). Role of estrogens in pathogenesis of age-related disease in women of menopausal age. *Georgian Med News*, 203, 11-6.
7. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., & Fox, C. S. (2011). Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), e18.
8. Wellons, M., Ouyang, P., Schreiner, P. J., Herrington, D. M., & Vaidya, D. (2012). Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Menopause (New York, NY)*, 19(10), 1081.

