

Профілактика серцево-судинних захворювань у жінок

Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень із цієї публікації.

Захворювання системи кровообігу (ЗСК) є головною причиною смерті серед жінок, причому більшість випадків смерті обумовлені коронарною хворобою серця (КХС). Із 1984 р. кількість смертей внаслідок ЗСК серед жінок перевищила кількість смертельних випадків серед чоловіків. Хоча в останні роки спостерігають зниження коефіцієнтів смертності внаслідок ЗСК у чоловіків та жінок, але це зниження є менш виразним у жінок, а абсолютна кількість жінок, котрі помирають від ЗСК, насправді збільшується у зв'язку зі старінням населення. Незважаючи на ці переконливі статистичні дані, згідно з результатами нещодавнього дослідження Американської асоціації з проблем серця (АНА), більшість жінок (51 %) продовжують вважати головною загрозою для власного здоров'я рак і лише 13 % розуміють, що основною загрозою є КХС [9].

Розвиток КХС у жінок пов'язаний із гіршим прогнозом, ніж у чоловіків. У жінок відзначають більш високі рівні короткочасної смертності, а також смертності під час перебування в лікарні після інфаркту міокарда [10].

До потенційних причин гіршого прогнозу в жінок можна віднести старший вік та запущений характер захворювання на момент звернення до лікаря, а також наявність супутньої патології. У жінок із виявленою КХС частіше виявляють артеріальну гіпертензію (АГ) й цукровий діабет, а також вищі рівні холестерину, ніж у чоловіків. Інші причини можуть бути пов'язані з різницею у використанні або ефективності медикаментозного лікування, неінвазивних та інвазивних діагностичних процедур, інтервенційної або хірургічної реваскуляризації в жінок, порівняно з чоловіками [5].

Результати низки досліджень показали нижчу частоту використання аспірину, β-блокаторів і тромболітичної терапії в лікуванні жінок із гострим інфарктом міокарда або підозрою на гострий інфаркт міокарда, ніж у чоловіків. Жінкам із КХС та підвищеним рівнем холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) рідше призначають препарати, які знижують рівень ліпідів, ніж чоловікам. Жінкам рідше призначають катетеризацію при підозрі на КХС після навантажувальної проби, а також при інфаркті міокарда. Їм також значно рідше рекомендують коронарну ангіопластику або обхідне шунтування при госпіталізації з інфарктом міокарда. Ці процедури дійсно пов'язані з більш високим ризиком стосовно жінок, можливими причинами якого можуть бути старший вік, звернення до лікаря на більш пізній стадії захворювання, супутні патології та менший розмір судин. З іншого боку, якщо жінки проходять процедуру, вони відчувають такий самий тривалий позитивний вплив, як і чоловіки [5].

Висока розповсюдженість ЗСК серед жінок, несприятливий прогноз і високий рівень смертності обумовлюють високу актуальність та соціальну значущість пошуків способів ефективного реалізації первинної й вторинної профілактики кардіоваскулярних захворювань серед жіночого населення.

Мета дослідження – на основі аналізу даних наукової літератури вивчити особливості та проблеми профілактики серцево-судинних захворювань у жінок.

Методи дослідження – теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової літератури.

Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів дослідження. Основу первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань складають контроль і корекція факторів ризику. Незважаючи на те, що профіль факторів ризику в жінок із КХС такий самий, як у чоловіків, кількісний внесок окремих факторів у загальний ризик КХС у чоловіків і жінок може суттєво відрізнятися.

Паління. Паління є головною причиною КХС у жінок; більше 50 % інфарктів міокарда в жінок середнього віку припадає на тих, котрі курять. Незважаючи на загальне зменшення кількості курців серед чоловіків та жінок, кількість жінок, які палять, зменшується повільніше й незабаром може перевищити кількість чоловіків, котрі палять. Особливе занепокоєння викликає збільшення кількості курців серед жінок молодого віку. Наслідки паління для здоров'я жінок можуть бути більш несприятливими, ніж для здоров'я чоловіків, оскільки це зменшує вік, у якому виникає перший інфаркт міокарда в жінок. Отже, куріння є одним із факторів ризику, що усуває вікову перевагу жінок [1, 2, 5].

Артеріальна гіпертензія. Давно відомо, що АГ є важливим фактором ризику інсульту, КХС та серцевої недостатності. Фремінгемське кардіологічне дослідження продемонструвало, що АГ підви-

щусь відносний ризик КХС. Інший аналіз даних Фремінгемського дослідження виявив, що АГ слугує більш значущим предиктором майбутньої серцевої недостатності, ніж інфаркт міокарда. Для чоловіків справедливе протилежне твердження: попередній інфаркт міокарда є сильнішим предиктором серцевої недостатності, ніж АГ. Вочевидь, це відображає більшу розповсюдженість серцевої недостатності зі збереженою систолічною функцією (діастолічна серцева недостатність) серед жінок, порівняно з чоловіками, а також те, що АГ робить основний внесок у діастолічну серцеву недостатність [1].

Інший важливий момент полягає в тому, що навіть у передгіпертензивному діапазоні підвищений артеріальний тиск збільшує ризик ЗСК. Продемонстровано, що компенсація АГ знижує ризик інсульту та смерті в осіб як старшого, так і молодого віку і в чоловіків, і в жінок.

Проте, як і в чоловіків, частота лікування та компенсації АГ у жінок у сучасній клінічній практиці неоптимальні. Незважаючи на те, що АГ у молодих жінок трапляється рідше, вона виявляється ще більш небезпечною. У жінок у пременопаузі АГ збільшує смертність від КХС у 10 разів, порівняно з молодими представницями без АГ [1].

Дисліпідемія. Підвищені рівні загального холестерину та холестерину ЛПНЩ є коронарними факторами ризику як у чоловіків, так і в жінок. Однак у жінок низький рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) є кращим прогностичним показником, ніж у чоловіків. Крім того, підвищені рівні тригліцеридів – важливий фактор ризику в представниць похилого віку [2].

Ожиріння. Опубліковані дані стосовно впливу ожиріння в жінок на відносний ризик КХС є суперечливими. Фремінгемське дослідження виявило двократне підвищення ризику КХС у жінок з ожирінням, порівняно з особами без ожиріння. У дослідженні здоров'я медичних сестер також виявлено, що в жінок з ожирінням ризик вищий у два рази, причому він зберігається навіть за умови контролю інших факторів ризику. Однак декілька ретроспективних досліджень «випадок-контроль» не виявили достовірного зв'язку між ожирінням та КХС. Можливо, що розподілення жиру в організмі має не менше значення ніж загальна кількість жиру. Деякі дослідники показали, що переважне відкладення жиру на талії й стегнах у жінок корелює з частотою коронарних подій краще, ніж загальний уміст жиру. У цілому окружність талії як індикатор і центрального, і загального ожиріння, очевидно, слугує більш сильним прогностичним фактором КХС, ніж індекс маси тіла [1].

Цукровий діабет. Цукровий діабет є більш сильним фактором ризику в жінок, ніж у чоловіків. В осіб, які не страждають на діабет, КХС, як правило розвивається на 10 років пізніше, ніж у чоловіків. Наявність діабету усуває цю вікову перевагу жінок. При наявності діабету ризик розвитку КХС у представників жіноцтва збільшується в 3–7 разів, тоді як у чоловіків – у 2–3 рази. Підвищений ризик може бути обумовлений негативним впливом діабету на рівень ліпідів та артеріальний тиск у жінок [2].

Родинний анамнез. Зв'язок між родинним анамнезом ранньої КХС і розвитком інфаркту міокарда вивчався в жінок не так широко, як у чоловіків. У деяких дослідженнях продемонстровано тісний зв'язок між наявністю ранньої КХС у родинному анамнезі та коронарними подіями в жінок, тоді як інші дослідження цього не підтверджують. В одному з досліджень більше дев'яти років проводили спостереження більше ніж 4000 чоловіків і жінок у віці від 40 до 79 років. Наявність у родинному анамнезі ранньої КХС була достовірно пов'язана з підвищеним ризиком смерті від серцево-судинних захворювань у чоловіків, але не в жінок. Інші дані показують, що потужність позитивного родинного анамнезу як фактори ризику залежить від того, ким є відповідний член родини (тобто брат чи сестра, хтось із батьків, чоловік чи жінка). В одному з досліджень було продемонстровано, що наявність родича жіночої статі з ранньою КХС є сильнішим фактором ризику для жінок, ніж для чоловіків. У цьому дослідженні ризик ранньої КХС був підвищеним у 2,7 раза для жінок, котрі мали родичів першого ступеня жіночої статі, та в 1,6 раза – для тих, які мали родичів першого ступеня чоловічої статі, померлих від коронарної події до досягнення 55 років [1].

Дефіцит естрогена. Фактором ризику розвитку захворювань серця, що властивий лише жінкам, є дефіцит естрогена в постклімактеричному періоді. Вважається, що природна захисна дія естрогена в жінок у предклімактеричному періоді обумовлює їх вікову перевагу стосовно розвитку серцево-судинного захворювання. Дефіцит естрогена асоціюється з підвищенням рівнів загального холестерину й холестерину ЛПНЩ, зниження рівня холестерину ЛПВЩ та негативними впливами на коагуляційні параметри й ендотеліальну функцію [1, 2].

При виявленні в жінок факторів ризику ЗСК потрібно розпочинати реалізацію стратегії первинної або вторинної профілактики. Низка факторів ризику зменшує свій вплив на розвиток ЗСК під

впливом фізичних навантажень, які знижують захворюваність ЗСК та повинні бути невід'ємною частиною будь-якої програми модифікації факторів ризику [1, 2].

Результати деяких досліджень показали, що збільшення рівня регулярної рухової активності зворотно пропорційне довготривалим рівням смертності внаслідок ЗСК і в чоловіків, і в жінок за умови контролю інших факторів ризику.

Зокрема, спостереження протягом семи років за більш ніж 32 тис. жінок постклімактеричного періоду показало зворотно пропорційний взаємозв'язок між рівнем фізичної активності у вільний час та смертністю внаслідок ЗСК [8]. Однак дані стосовно використання фізичних вправ із метою вторинної профілактики в жінок є дуже обмеженими. Так, при проведенні метааналізу 4500 пацієнтів, які брали участь у рандомізованих дослідженнях із застосування реабілітації після інфаркту міокарда, кількість жінок склала лише 3 %. Цей метааналіз продемонстрував двадцятивідсоткове зниження загальної смертності, однак невелика кількість учасників жіночої статі не дає підстав узагальнити результати [3]. Що стосується позитивного впливу фізичних навантажень на захворюваність ЗСК жінок, то в одному з досліджень установлено, що рівень рухової активності, еквівалентний ходьбі протягом 30–45 хвилин три рази на тиждень, знижує ризик інфаркту міокарда без летального випадку в жінок постклімактеричного періоду на 50 % [2].

Декілька досліджень, у яких вивчали особливості реакції організму жінок на фізичні навантаження, що застосовуються в програмах реабілітації, показали більш низьку здатність жінок, порівняно з чоловіками, переносити фізичні навантаження на початку занять та практично однакові з чоловіками покращення після тренувальних занять. Ці результати вказують на те, що жінки можуть отримати значно більшу користь від фізичних навантажень, ніж чоловіки [2].

У дослідженні 500 здорових жінок виявлено взаємозв'язок між старінням та збільшенням маси тіла, діастолічного тиску й рівня холестерину ЛПНЩ протягом більше ніж трьох років, тоді як рівні холестерину ЛПВЩ знижувались. Водночас у жінок, які підвищили рівень фізичної активності до 300 ккал/тижд., протягом більше трьох років відзначали не таке значне збільшення маси тіла та зниження холестерину ЛПВЩ. Рухова активність асоціювалась із позитивним впливом на ожиріння, склад тіла, чутливість тканин до інсуліну й артеріальний тиск, а також із певними позитивними впливами на профіль ліпопротеїдів. Крім того, відзначено, що регулярна рухова активність сприяє позитивним змінам способу життя, таким як відмова від паління та зниження стресу [4].

На жаль, жінки, порівняно з чоловіками, недостатньо представлені в програмах кардіореабілітації. Лише 6,9 % жінок після інфаркту міокарда та 20,2 % після аортокоронарного шунтування беруть участь у програмах реабілітації при захворюваннях серця [7].

Причини такої низької кількості жінок – учасниць програм кардіореабілітації – не з'ясовані. Припускають, що факторами, які заважають жінкам брати участь у реабілітаційних програмах, можуть бути недостатня соціальна підтримка, наявність залежних від жінок родичів, висока частота захворювань суглобів. Крім того, Ades та співавтори [6] встановили, що наполегливість, із якою лікар рекомендує пацієнтам брати участь у програмі реабілітації, виявилася найбільш потужним прогностичним фактором участі пацієнтів похилого віку з коронарними захворюваннями в програмах реабілітації. У цьому дослідженні лікарі недостатньо наполегливо рекомендували жінкам брати участь у програмах кардіореабілітації.

Очевидно, така позиція лікарів є однією зі складових неефективної профілактики ЗСК у жінок. З іншого боку, комплекс проблем, які заважають здійсненню програм профілактики, є складним і не може бути розв'язаний локальними зусиллями організаторів охорони здоров'я. Ініціація вирішення цих проблем на державному рівні – єдиний шлях до їх повномасштабного розв'язання. При цьому слід погодитися з думкою експертів, що саме охороноздоровчі заклади первинної ланки повинні бути важливою частиною суспільної системи контролю ризику ЗСК у популяції, лікарі поліклінік залишаються одним із найбільш надійних джерел інформації про здоров'я популяції, оскільки більша частина популяції потрапляє до них на прийом мінімум один раз на рік. Цю діяльність можуть ускладнювати різні фактори на рівні пацієнта, лікаря, медичного закладу та суспільства. Ось чому таким важливим є створення єдиної структури з координації цієї роботи.

Висновки й перспективи подальших досліджень. КБС у жінок має епідеміологічний характер. Незважаючи на те, що в жінок, які беруть участь у програмах реабілітації після інфаркту міокарда або процедури ревазуляризації, відбуваються такі ж покращення функціональних можливостей, модифікації факторів ризику й покращення психосоціального функціонування, як і в чоловіків, рівень

охоплення жіночої частини населення програмами профілактики та реабілітації є дуже низьким. Мотивація жінок на виявлення факторів ризику й участь у програмах первинної та вторинної профілактики сьогодні є головним завданням профілактичної медицини й реабілітації.

Список використаної літератури

1. Арутюнов Г. П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: руководство / Г. П. Арутюнов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 672 с.
2. Рекомендации по реабилитации при заболеваниях сердца / [науч. ред. Д. Котко ; пер. с англ. Г. Гончаренко]. – Киев : Олимпийская лит., 2011. – 240 с.
3. An overview of randomized trial of rehabilitation with exercise after myocardial infarction / G. T. O'Connor, J. E. Buring, S. Yusuf [et al.] // Circulation. – 1989. – N. 80. – P. 234–244.
4. Can physical activity mitigate effects of aging in middle-aged women? / J. F. Owens, K. A. Matthews, R. R. Wing [et al.] // Circulation. – 1992. – N. 85. – P. 1265–1270.
5. Cardiovascular disease in women. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association / L. Mosca, J. E. Manson, S. E. Sutherland // Circulation. – 1997. – N. 96. – P. 2468–2482.
6. Lavie C. J. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in women / C. J. Lavie // Am. J. Cardiol. – 1995. – V. 75, № 5. – P. 340–343.
7. National survey on gender differences in cardiac rehabilitation programs: Patient characteristics and enrollment patterns / R. J. Thomas, N. H. Miller, C. Lamendola [et al.] // J Cardiopulm Rehabil. – 1996. – N. 16. – P. 402–412.
8. Physical activity and mortality in postmenopausal women / L. H. Kushi, R. M. Fee, A. R. Folsom [et al.] // JAMA. – 1997. – N. 277. – P. 1287–1292.
9. Tofler G. H. Effects of gender and race on prognosis after myocardial infarction: Adverse prognosis for women, particularly black women / G. H. Tofler, P. H. Stone, J. E. Muller // J. Am. Coll Cardiol. – 1987. – N. 9. – P. 473–482.
10. Tracking women's awareness of heart disease. An American Heart Association national survey / L. Mosca, A. Ferris, R. Fabummi [et al.] // Circulation. – 2004. – N. 109. – P. 573–579.

Анотації

Коронарна хвороба серця є головною причиною захворюваності й смертності серед жінок, що обумовлює актуальність та соціальну значущість проблеми профілактики захворювань системи кровообігу серед жіночого населення. У статті наведено результати обсерваційних досліджень, присвячених особливостям профілактики та лікування серцево-судинних захворювань у жінок. Коротко викладено особливості факторів ризику коронарної хвороби серця в жінок, описано позитивний вплив заходів із первинної й вторинної профілактики на виживаність жінок. Обговорюються проблеми недостатньо широкого застосування програм профілактики та реабілітації в жінок із серцево-судинними захворюваннями.

Ключові слова: захворювання системи кровообігу, коронарна хвороба серця, жінки, фактор ризику, профілактика.

Лариса Шахлина. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Коронарная болезнь сердца является главной причиной заболеваний и смертности среди женщин, что обуславливает актуальность и социальную значимость проблемы профилактики заболеваний системы кровообращения среди женского населения. В статье приводятся результаты обсервационных исследований, посвящённых особенностям профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Кратко излагаются особенности факторов риска коронарной болезни у женщин, описывается положительное влияние мероприятий первичной и вторичной профилактики на выживаемость женщин. Обсуждаются проблемы недостаточно широкого применения программ профилактики и реабилитации у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: заболевания системы кровообращения, коронарная болезнь сердца, женщины, фактор риска, профилактика.

Larisa Shakhlina. Prophylaxis of Cardiovascular Diseases Among Women. Coronary heart disease is the main reason of morbidity and mortality among women that predetermines topicality and social meaning of the problem of prophylaxis of circulatory system illnesses among women. The article presents the results of observation research that are dedicated to peculiarities of prophylaxis and treatment of cardiovascular diseases among women. We have also presented information on peculiarities of risk factors of coronary heart disease among women, positive influence of measures of primary and secondary prophylaxis on women survival rate. The article bring up problems of wide applying of prophylaxis and rehabilitation programs among women with cardiovascular diseases.

Key words: cardiovascular diseases, coronary heart disease, women, risk factor, prophylaxis.