Юсупова Мамлакат Муталибовна
Старший преподаватель, Кафедра: «Сестринское дело и пропедевтика внутренних болезней», Центрально-Азиатский медицинский университет, Фергана, Узбекистан
ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-5716-8700

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

Аннотация: *сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти женщин, а риск ишемической болезни сердца (ИБС) резко возрастает после наступления менопаузы. Цель работы — обобщить современные данные об особенностях патогенеза, диагностики и лечения ИБС у женщин в постменопаузе. Проведён анализ 12 источников, включая рекомендации Европейского общества кардиологов, метаанализы и рандомизированные клинические исследования. Показано, что у женщин чаще встречаются неспецифические симптомы и необструктивные формы ишемии, а эффективность статинов сопоставима с таковой у мужчин, однако женщинам достоверно реже назначают ацетилсалициловую кислоту, статины и ингибиторы АПФ; заместительная гормональная терапия не снижает коронарный риск. Предложен практический алгоритм ведения женщин в постменопаузе с подозрением на ИБС.*

Ключевые слова: *кардиология, ишемическая болезнь сердца, постменопауза, женщины, INOCA, статины, заместительная гормональная терапия.*

Yusupova Mamlakat Mutalibovna
Central Asian Medical University, Senior Lecturer, Department of Nursing and Propaedeutics of Internal Diseases, Fergana, Uzbekistan
ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-5716-8700

FEATURES OF THE TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: A REVIEW OF CURRENT EVIDENCE

Abstract: *cardiovascular diseases are the leading cause of death in women, and the risk of coronary heart disease (CHD) rises sharply after menopause. The aim of the study was to summarize current evidence on the pathogenesis, diagnosis and treatment of CHD in postmenopausal women. Twelve sources were analyzed, including European Society of Cardiology guidelines, meta-analyses and randomized clinical trials. Women more often present with non-specific symptoms and non-obstructive forms of ischemia, and the efficacy of statins is comparable to that in men; however, women are significantly less often prescribed aspirin, statins and ACE inhibitors, while hormone replacement therapy does not reduce coronary risk. A practical algorithm for the management of postmenopausal women with suspected CHD is proposed.*

Keywords: *cardiology, coronary heart disease, postmenopause, women, INOCA, statins, hormone replacement therapy.*

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смерти женщин во всём мире и обусловливают около 35 % всех летальных исходов среди женского населения [1]. До менопаузы женщины относительно защищены от атеросклероза, однако после прекращения

функции яичников риск ИБС быстро возрастает и в старших возрастных группах приближается к таковому у мужчин; особенно неблагоприятны ранняя (до 45 лет) и хирургическая менопауза [2].

Несмотря на масштаб проблемы, ИБС у женщин чаще диагностируется поздно, а лечение нередко назначается в неполном объёме. Это связано как с особенностями клинического течения, так и с недостаточной настороженностью врачей [1, 3]. Для учреждений первичного звена здравоохранения Республики Узбекистан, где женщины в постменопаузе составляют значительную долю пациентов терапевтического профиля, знание этих особенностей имеет прямое практическое значение.

Цель исследования — обобщить современные данные об особенностях патогенеза, диагностики и лечения ИБС у женщин в постменопаузе и сформулировать практические рекомендации для врачей первичного звена.

Материалы и методы

Проведён аналитический обзор публикаций в базах PubMed, Google Scholar и eLibrary.ru за 1998–2024 гг. по ключевым словам «ischemic heart disease», «postmenopausal women», «sex differences», «INOCA», «statins», «hormone replacement therapy», «ИБС», «постменопауза». Приоритет отдавали клиническим рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC), научным заявлениям Американской кардиологической ассоциации (AHA), метаанализам и крупным рандомизированным исследованиям. В итоговый анализ включено 12 источников. Методы: сравнительно-аналитический, обобщение, графическое представление количественных данных.

Результаты и обсуждение

Патогенетические особенности. Эстрогены оказывают вазопротективное действие: стимулируют продукцию оксида азота

эндотелием, благоприятно влияют на липидный профиль и чувствительность к инсулину. После менопаузы развиваются эндотелиальная дисфункция, атерогенная дислипидемия, повышение артериального давления и жёсткости артерий, перераспределение жировой ткани по висцеральному типу [2]. Эти изменения приводят не только к обструктивному атеросклерозу, но и к коронарной микрососудистой дисфункции (рис. 1) [2, 4].



Рисунок 1 — Патогенетические механизмы развития ИБС у женщин в постменопаузе (составлено автором по [2, 4])

Особенности клиники и диагностики. У женщин чаще встречаются «атипичные» проявления ишемии: одышка, слабость, боли в эпигастрии, шее или спине, тошнота [3]. Кроме того, у значительной части женщин с симптомами стенокардии и объективными признаками ишемии при коронарографии не выявляется обструктивного поражения — состояния, обозначаемые как INOCA и ANOCA (ишемия и стенокардия при необструктивных коронарных артериях) [4]. Их основой являются коронарная микрососудистая дисфункция и вазоспазм. Такие пациентки имеют повышенный риск сердечно-сосудистых событий, поэтому

отсутствие стенозов не должно служить основанием для прекращения обследования и лечения [4, 5]. Рекомендации ESC 2024 г. по хроническим коронарным синдромам предусматривают в этих случаях функциональное исследование коронарного кровотока и подбор терапии с учётом эндотипа [5].

Медикаментозная терапия. Принципы лечения ИБС у женщин в целом совпадают с таковыми у мужчин, однако имеют ряд особенностей (табл. 1).

Таблица 1

Особенности медикаментозной терапии ИБС у женщин в постменопаузе

Группа препаратов	Особенности применения	Источник
Статины	Эффективность сопоставима с мужчинами; целевой ХС ЛПНП < 1,4 ммоль/л и снижение ≥ 50 % у пациентов очень высокого риска; женщинам статины назначают реже	[6, 7, 9]
Антиагреганты	Ацетилсалициловая кислота 75–100 мг/сут при доказанной ИБС; необходим учёт более высокого риска кровотечений у пожилых женщин	[1, 5, 8]
Бета-адреноблокаторы, БКК	Антиангинальная терапия; при микрососудистой стенокардии — бета-блокаторы, при вазоспастической — блокаторы кальциевых каналов	[4, 5]
иАПФ / БРА	Показаны при артериальной гипертензии, сахарном диабете, сердечной недостаточности; используются при коронарной микрососудистой дисфункции	[4, 5]
Заместительная гормональная терапия	Не применяется для первичной и вторичной профилактики ИБС	[10–12]

Примечание: БКК — блокаторы кальциевых каналов; иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина II.

Проблема недостаточного лечения. Метаанализ 43 исследований (2 264 600 пациентов первичного звена) показал, что женщинам достоверно реже, чем мужчинам, назначают ацетилсалициловую кислоту, статины и

ингибиторы АПФ, но чаще — диуретики (рис. 2) [9]. Таким образом, часть женщин не получает терапии с доказанным влиянием на прогноз.

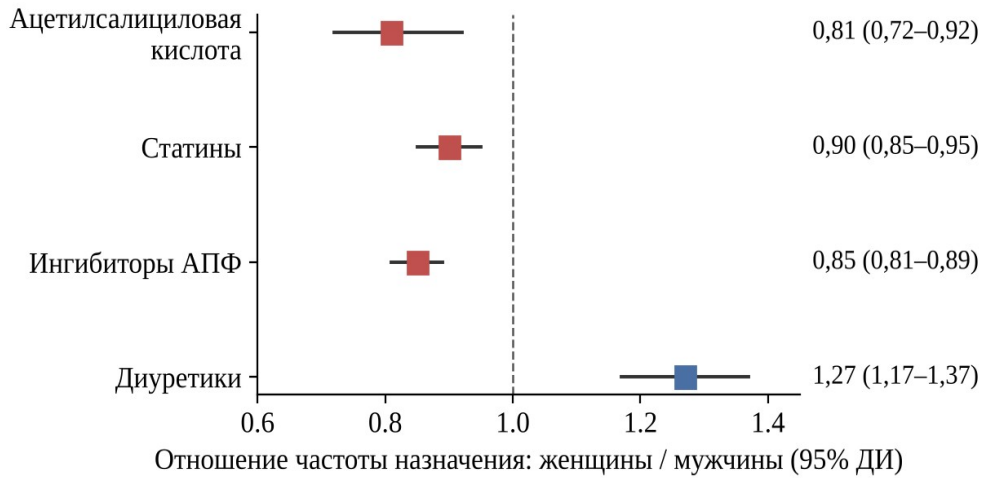


Рисунок 2 — Частота назначения кардиологических препаратов женщинам по сравнению с мужчинами в первичном звене (построено по данным метаанализа [9])

Доказательная база ключевых вмешательств. По данным метаанализа индивидуальных данных 174 149 участников 27 рандомизированных исследований (из них 46 675 женщин), снижение ХС ЛПНП на 1 ммоль/л уменьшало риск крупных сосудистых событий у женщин на 16 %, у мужчин — на 22 %, без достоверных различий между полами [6]. Это опровергает распространённое мнение о меньшей пользе статинов у женщин.

Иначе обстоит дело с заместительной гормональной терапией (ЗГТ). В исследовании HERS у женщин с установленной ИБС комбинация эстрогенов и прогестина не снизила частоту коронарных событий [10], а в исследовании WHI у здоровых женщин в постменопаузе риск ИБС на фоне ЗГТ даже увеличился (отношение рисков 1,29) [11]. Современные рекомендации не допускают назначения ЗГТ с целью профилактики ИБС; её применение ограничено лечением климактерических симптомов с индивидуальной оценкой риска [12]. Сопоставление этих данных представлено на рисунке 3.

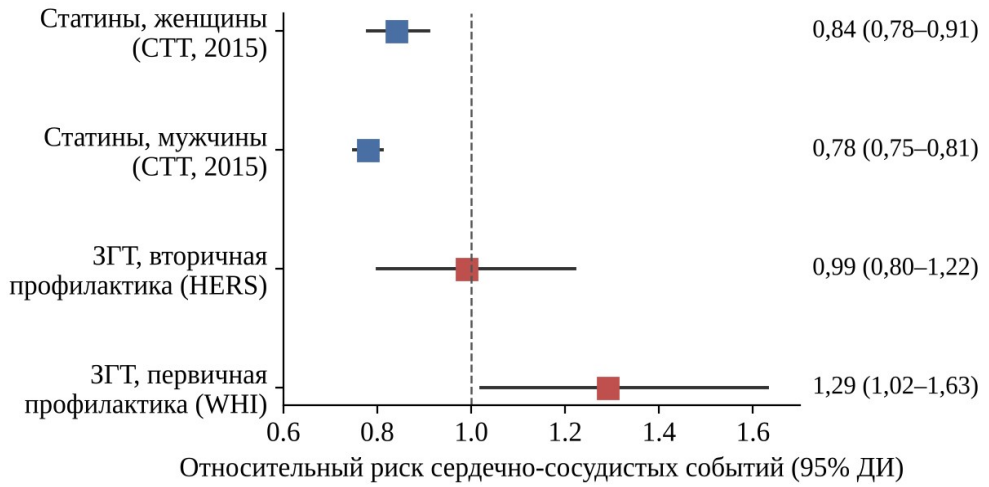


Рисунок 3 — Влияние статинов и ЗГТ на риск сердечно-сосудистых событий у женщин (построено по данным [6, 10, 11])

Немедикаментозные меры. Обязательными компонентами лечения являются отказ от курения, контроль массы тела и артериального давления, физическая активность и кардиореабилитация, на которую женщин направляют реже, чем мужчин [1, 8].

Практический алгоритм. Обобщение данных литературы и рекомендаций ESC [5, 7, 8] позволило сформулировать алгоритм ведения женщин в постменопаузе с подозрением на ИБС для врачей первичного звена (рис. 4).



Рисунок 4 — Алгоритм ведения женщин в постменопаузе с подозрением на ИБС (составлено автором по [4, 5, 7, 8, 12])

Заключение

1. ИБС у женщин в постменопаузе обусловлена дефицитом эстрогенов и связанными с ним метаболическими и сосудистыми нарушениями; заболевание чаще протекает с атипичными симптомами и необструктивными формами ишемии (INOCA/ANOCA), что требует расширенной диагностики.

2. Эффективность статинов у женщин сопоставима с таковой у мужчин (снижение риска крупных сосудистых событий на 16 % на каждый 1 ммоль/л ХС ЛПНП), однако женщинам достоверно реже назначают статины, ацетилсалициловую кислоту и ингибиторы АПФ.

3. Заместительная гормональная терапия не снижает риск ИБС и не должна применяться с целью её профилактики.

4. Использование предложенного алгоритма в практике первичного звена позволит улучшить выявление ИБС у женщин в постменопаузе и обеспечить полноценную терапию с доказанным влиянием на прогноз.

Использованные источники:

1. Vogel B., Acevedo M., Appelman Y. et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030 // The Lancet. – 2021. – Vol. 397, No. 10292. – P. 2385–2438. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X

2. El Khoudary S.R., Aggarwal B., Beckie T.M. et al. Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention: a scientific statement from the American Heart Association // Circulation. – 2020. – Vol. 142, No. 25. – P. e506–e532. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000912

3. Mehta L.S., Beckie T.M., DeVon H.A. et al. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association // Circulation. – 2016. – Vol. 133, No. 9. – P. 916–947. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000351

4. Kunadian V., Chieffo A., Camici P.G. et al. An EAPCI expert consensus document on ischaemia with non-obstructive coronary arteries // European Heart Journal. – 2020. – Vol. 41, No. 37. – P. 3504–3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa503

5. Vrints C., Andreotti F., Koskinas K.C. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes // European Heart Journal. – 2024. – Vol. 45, No. 36. – P. 3415–3537. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae177

6. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials // The Lancet. – 2015. – Vol. 385, No. 9976. – P. 1397–1405. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61368-4

7. Mach F., Baigent C., Catapano A.L. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk // European Heart Journal. – 2020. – Vol. 41, No. 1. – P. 111–188. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz455

8. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42, No. 34. – P. 3227–3337. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484

9. Zhao M., Woodward M., Vaartjes I. et al. Sex differences in cardiovascular medication prescription in primary care: a systematic review and meta-analysis // Journal of the American Heart Association. – 2020. – Vol. 9, No. 11. – Art. e014742. DOI: 10.1161/JAHA.119.014742

10. Hulley S., Grady D., Bush T. et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group // JAMA. – 1998. – Vol. 280, No. 7. – P. 605–613. DOI: 10.1001/jama.280.7.605

11. Rossouw J.E., Anderson G.L., Prentice R.L. et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial // JAMA. – 2002. – Vol. 288, No. 3. – P. 321–333. DOI: 10.1001/jama.288.3.321

12. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society // Menopause. – 2022. – Vol. 29, No. 7. – P. 767–794. DOI: 10.1097/GME.0000000000002028