

# КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

<sup>1,2</sup> Бойчук Л.А.

<sup>1</sup> УО Белорусский государственный медицинский университет, 3-я кафедра внутренних болезней,

<sup>2</sup> УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минск.

**Ключевые слова:** микроваскулярная стенокардия, перфузия миокарда, липидный спектр, дислипидемия, ангинозная боль.

**Резюме:** диагностика и определение тактики лечения у пациентов с микроваскулярной стенокардией представляют собой сложную задачу. Отсутствие атеросклероза эпикардальных артерий при коронароангиографии (КАГ) при наличии стенокардии указывает на нарушение функции микрососудов. В данной статье рассмотрены основные клинические характеристики, показатели липидного спектра у пациентов с микроваскулярной стенокардией.

**Resume:** diagnosis and definition of treatment strategy in patients with microvascular angina is a complex task. The absence of epicardial arteries in atherosclerosis coronary angiography (CAG) in the presence of angina indicates microvascular dysfunction. This article describes the main clinical characteristics, lipid profile in patients with microvascular angina.

**Актуальность.** Одна треть пациентов с типичной клинической стенокардией, признаками ишемии на ЭКГ при нагрузочных тестах обнаруживают отсутствие при-

знаков атеросклероза при ангиографии венечных артерий и относятся к категории больных с диагнозом «микровазулярная стенокардия»(МВС)[1,2].

**Цель:** оценка клинических характеристик и показателей липидного обмена у лиц с микровазулярной стенокардией.

**Задачи:** оценить показатели липидного обмена у лиц с микровазулярной стенокардией.

**Материал и методы.** Обследованы 28 человек из группы МВС от 30 до 76 лет, из них 21 женщина и 7 мужчин. Группу сравнения пациентов с атеросклеротическим поражением коронарных артерий (АКС) составили 26 пациентов с подтвержденным стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий (по данным селективной коронароангиографии): 16 женщин и 10 мужчин, достоверно не отличавшихся по средним величинам возраста, площади тела, соотношению полов.

**Результаты и обсуждение.** Среди пациентов с микровазулярной стенокардией преобладали женщины (75,0%), мужчины составили 1/4 всех пациентов (25,0%). Возраст пациентов, включенных в исследование, варьировал от 35 до 76 лет, (средний возраст составил  $55,5 \pm 1,4$  лет). Длительность заболевания составила от 1 года до 5 лет.

У всех пациентов основной группы была изучена распространенность факторов риска ИБС: курение, ожирение, артериальная гипертензия (АГ), нарушения липидного спектра, сахарный диабет (СД), отягощенная наследственность по ИБС.

Характеристика пациентов с микровазулярной стенокардией представлена в таблице 1.

*Таблица 1* - Характеристика больных основной группы

Признак	Пациенты с МВС (n=28), абс. (%)
Возраст	55,5±1,4
Мужчины	7 (25,0%)
Женщины	21 (75,0%)
Отягощенная наследственность по ИБС	22 (78,5%)
Отягощенная наследственность по артериальной гипертензии	23 (82,1%)
Число женщин в менопаузе	18 (85,7% из всех женщин)
Дислипидемия	26 (92,8%)
Артериальная гипертензия I-II степени	27 (96,4%)

Такой фактор риска как курение встречался у 3 (10,7%) человек из всех обследованных (1 женщина и 2 мужчин) пациентов.

Среди пациентов с микровазулярной стенокардией 23 (82,1%) человека имели избыточную массу тела. При анализе полученных данных оказалось, что среди лиц, у которых индекс массы тела превышал 25 кг/м, преимущественно, регистрировались избыточная масса тела и ожирение I степени - 14 (50,0%) и 7 (25,0%) пациентов

соответственно, в то время как II степень ожирения наблюдалась только в 2 (7,14%) случаях, III степень – не установлена ни у одного пациента. Диагноз ожирение, таким образом, установлен у 9 (32,14%) пациентов, из них 8 женщин и 1 мужчина.

Артериальная гипертензия I-II степени регистрировалась у 27 (96,4%) пациентов, включенных в исследование, чаще встречалась артериальная гипертензия I степени. Повышение АД, соответствующее артериальной гипертензии III степени, не было зарегистрировано ни у одного из пациентов.

Для оценки значимости фактора риска «дислипидемия» нами были проанализированы результаты липидограммы до назначения пациентам статинов. Следует отметить, что никто из пациентов перед включением в настоящее исследование статины не получал, не знал о наличии у них дислипидемии.

Данные о распространенности дислипидемии у пациентов с микроваскулярной стенокардией представлены в таблице 2.

**Таблица 2** - Показатели обмена липидов сыворотки крови у обследуемых больных и у лиц контрольной группы

Показатель, mg/dl	АКС n=26	МВС n=28
ХС	7,56±1,8	5,1±0,47*
ЛПВП	0,79±0,04	1,75±0,03*
ЛПНП	3,4±1,2	2,87±0,8
ТГ	2,9±0,89	1,89±1,24

Примечание:\* - достоверность различия показателей при сравнении показателей в группах АКС и МВС при  $p < 0,05$ .

Из представленных данных следует, что пациенты в группе со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий имели значительно повышенные уровни общего холестерина на фоне сниженного количества липопротеинов высокой плотности. Такие результаты согласуются с литературными, показывая атерогенный характер дислипидемии при «классической» ишемической болезни сердца.

Типичность приступа стенокардии определяли согласно рекомендациям Национального института сердца США. Оценка типичности приступа стенокардии показала, что у пациентов микроваскулярной стенокардией типичный приступ выявили у 23% больных, тогда как атипичный болевой приступ в 77%. Среди пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий соотношение было обратным: 71% и 29%. Несмотря на то, что большинство пациентов микроваскулярной стенокардией имели нетипичный болевой синдром, достоверную отличительную особенность имели только два проявления ангинозного приступа – затяжной болевой приступ более 15 минут и неэффективность нитроглицерина для купирования купирования боли. Почти у половины пациентов (48,6%) эффект нитратов также был изменчив: у одного и того же пациента короткодействующие нитраты могли подействовать как через 1–2 минуты, так и через 10–15 минут. У 42,9% больных наблюдались боли в покое. Следует подчеркнуть, что в последние годы практически все исследователи, занимающиеся данной проблемой, отмечают, что болевой

синдром при микроваскулярной стенокардии не носит столь очерченный характер, как при стенокардии напряжения вследствие атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Наследственность у пациентов с микроваскулярной стенокардией была отягощена по артериальной гипертензии, преимущественно, со стороны матери.

При клинической оценке болевого синдрома в грудной клетке у больных с микроваскулярной стенокардией функциональный класс стенокардии был определен как I-II.

При анализе сопутствующей патологии у пациентов с МВС установлено, что чаще всего у больных наблюдались заболевания щитовидной железы (эутиреоз у всех пациентов) и патология желудочно-кишечного тракта (гастродуоденит, патология желчевыводящих путей).

60,5% больных получали препараты ацетилсалициловой кислоты в качестве дезагрегантной терапии. Длительность постоянной терапии, как правило, не превышала 1 года. У всех пациентов, которые получали антиангинальную терапию, отмечалась крайне низкая удовлетворенность эффективностью лечения.

**Выводы:** отсутствие изменений коронарных артерий по данным селективной коронароангиографии не подтверждает диагноз микроваскулярной стенокардии, а лишь исключает стенозирование коронарных артерий атеросклеротического генеза у больных с болями в грудной клетке и положительным нагрузочным тестом. При верификации микроваскулярной стенокардии необходимо выполнять методики, подтверждающие нарушения коронарного резерва и перфузии миокарда.

#### Литература

1. Александров А.А., Микроциркуляторная ишемия и статины: уроки интервенционной кардиологии/ А.А. Александров, И.И. Чукаев// Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007.-№1.-С.48-55.
2. Колесниченко М.Г. Критерии диагностики и распространенность кардиального синдрома Х по данным трех стационаров Санкт-Петербурга / М.Г. Колесниченко [и др.] // CardioСоматика.– 2012. – № 3. – С. 5–11
3. Липунова, А.С. Возможности неинвазивной диагностики кардиального синдрома Х / А.С. Липунова [и др.] // Материалы VI Всероссийской конференции «Проблемы женского здоровья и пути их решения», Москва, 9-10.02.2012 // Проблемы женского здоровья. – 2011. – Т. 6, № 4.– С. 69.
4. Липунова, А.С. Роль дисфункции эндотелия в генезе кардиального синдрома Х / А.С. Липунова, С.А. Болдуева, И.А. Леонова, М.Г. Колесниченко, Д.В. Рыжкова, А.В. Кечерукова, А.Г. Манасян, В.С. Феоктистова, В.Б. Петрова, О.В. Захарова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2013. – №1 (46). – С. 38-42.
5. Липунова, А.С. Особенности болевого синдрома и психологического статуса у больных кардиальным синдромом Х / А.С. Липунова, В.Б. Петрова, С.А. Болдуева, И.А. Леонова, М.Г. Колесниченко, В.С. Феоктистова, О.В. Захарова // Профилактическая и клиническая медицина. - 2013. - № 4 (49). - С. 52-58.