

Анджела  
Маас

*профессор,  
специалист  
в области женской  
кардиологии,  
представитель  
структуры  
«ООН-женщины»*

A detailed illustration of a human heart, rendered in a reddish-brown hue, set against a background of soft pink roses and green leaves. The heart is positioned centrally, with its major blood vessels branching out. The roses are in various stages of bloom, adding a delicate and feminine touch to the anatomical drawing.

# ЖЕНСКОЕ СЕРДЦЕ

Современный  
подход  
к здоровью  
женщин

МИФ Здоровый образ жизни

Анджела Маас

**Женское сердце. Современный  
подход к здоровью женщин**

«Манн, Иванов и Фербер (МИФ)»

2019

УДК 612.17-055.2  
ББК 54.101:60.542.21

**Маас А.**

Женское сердце. Современный подход к здоровью женщин /  
А. Маас — «Манн, Иванов и Фербер (МИФ)», 2019 — (МИФ  
Здоровый образ жизни)

ISBN 978-5-00-169813-5

Профессор Анджела Маас рассказывает о современном подходе к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, учитывающем пол пациента. Это первая книга о здоровье женского сердца с объяснением физиологических особенностей его работы и рекомендациями для женщин, как сохранить здоровье своего сердца и сосудов. Вы познакомитесь с результатами последних исследований и описанием клинических случаев из практики доктора Маас. Для всех, кто хочет получить актуальную, научно обоснованную информацию о том, как позаботиться о себе и своих близких и на какие факторы риска обращать внимание, чтобы предотвратить проблемы со здоровьем. Книга подготовлена в информационных целях. Перед применением приведенных рекомендаций обязательно проконсультируйтесь с врачом.

УДК 612.17-055.2  
ББК 54.101:60.542.21

ISBN 978-5-00-169813-5

© Маас А., 2019  
© Манн, Иванов и Фербер  
(МИФ), 2019

# Содержание

Предисловие	6
Глава 1. Пол и гендер: историческая справка	8
Глава 2. У женского сердца свой ритм	15
Конец ознакомительного фрагмента.	19

# Анджела Маас

## Женское сердце. Современный подход к здоровью женщин

*Серия «Тело. Инструкция»*

**Оригинальное название: Hart Voor Vrouwen**

Научный редактор С. Р. Гиляревский

*Все права защищены.*

*Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

В тексте неоднократно упоминаются названия социальных сетей, принадлежащих Meta Platforms Inc., признанной экстремистской организацией на территории РФ.

© 2019 by Angela Maas

Original title Hart Voor Vrouwen

First published in 2019 by De Arbeiderspers, Amsterdam

Illustrations copyright © Gijs Klunder 2019

© Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Манн, Иванов и Фербер»,  
2021

\* \* \*

## Предисловие

В 1991 году были опубликованы результаты исследований, изменившие представления о подходах к терапии заболеваний сердца, в частности инфаркта миокарда. С тех пор мне не дает покоя вопрос о необходимости учитывать пол пациента при выборе тактики лечения. К тому моменту я три года проработала кардиологом, и мои пациентки часто недоумевали, почему я не могла объяснить причины беспокоящих их симптомов и подобрать подходящие варианты лечения. В 1980-х годах, когда я получала медицинское образование, боль за грудиной у женщин считали «странной», а сопровождавшие ее симптомы – невероятными и нехарактерными. Как правило, женщинам не подходили обычные диагностические исследования, которые мы выполняли при жалобах на такую боль: их ангиограммы нередко были в норме. Поскольку эффективных подходов к лечению не было, напрашивался вывод, что жалобы моих пациенток вызваны физиологическим стрессом. По крайней мере, тогда этот ответ казался самым простым.

Однако успехи интервенционной кардиологии последних десятилетий и усовершенствованные методы визуализации сердца позволили получить данные, которые не оставляют сомнений: пол пациента влияет на выраженность и характер проявлений коронарной болезни сердца. У женщин в два раза чаще диагностируют стенокардию, чем у мужчин, но при этом существенного сужения или закупорки артерий не обнаруживают. Это важные факторы, от которых зависят симптоматика, диагностические подходы, особенности лечения и его результаты. В наши дни различия, зависящие от пола пациентов, отражены в классификации инфаркта миокарда; остались в прошлом времена, когда результаты коронарографии у многих женщин вызывали у нас непонимание. К тому же современная жизнь сопряжена со стрессом, из-за которого возрастает риск развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Так, у женщин молодого и среднего возраста (до 60 лет) инфаркт миокарда развивается все чаще.

Биологический пол и гендер пациентов следует учитывать и в клинической практике для своевременного выявления людей, находящихся в группе высокого риска. У женщин на высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте указывают несколько факторов: мигрень в перименопаузе, повышение артериального давления (АД) во время беременности, раннее наступление менопаузы, а также сопутствующие воспалительные (например, ревматические) заболевания. И конечно, в определенный момент к этому списку добавляется возраст. Учет всех факторов риска помогает выбрать терапевтическую тактику для женщин среднего возраста, у которых сердечная патология уже проявляется клинически.

Хотя знаний о сердце женщины становится больше, их практическое применение сильно отстает. Более 15 лет назад в США и Канаде начали кампанию Go Red for Women, чтобы повысить осведомленность людей о «здоровье женского сердца». За десятилетие эта социальная инициатива распространилась по Европе и Австралии.

В 2000 году я участвовала в первой международной конференции по болезням сердца у женщин, проходившей в канадском городе Виктория. Там я осознала, что необходимо глубже исследовать тему и менять подходы к терапии, которые до этого были ориентированы прежде всего на мужчин. В 2003 году я открыла первый в Нидерландах диагностический кардиологический центр для женщин. Что меня поразило, так это сопротивление врачебного сообщества. Однако на моей стороне были пациентки: они больше не хотели терпеть, что их не лечат как следует. Они обеспечили мне идейную поддержку и из пациенток превратились в апологетов здоровья женского сердца. Теперь эти женщины принимают участие в различных исследовательских программах, проходящих в Европе – Великобритании, Германии, Нидерландах и скандинавских странах, а также проводимых совместно с США, Австралией, Африкой, Азией

и Новой Зеландией. Усилия не пропали даром: в последние международные клинические рекомендации были внесены изменения, касающиеся лечения заболеваний сердца у женщин.

В этой книге мне хотелось в доступной форме донести актуальные знания о заболеваниях сердца у женщин. В Нидерландах она вышла в 2019 году и стала бестселлером. Некоторые факты и статистические сведения могут показаться вам характерными только для этой страны, но в большинстве случаев я прибегаю к представлениям, принятым во всем мире, либо привожу особенности, свойственные жительницам англоязычных государств. Во всяком случае, описание женского организма и советы по образу жизни, представленные здесь, применимы для любой женщины, из любого уголка земного шара. Читая книгу, вы не только узнаете, как позаботиться о своем сердце, но и приобщитесь к всеобщему диалогу, цель которого – повсеместно улучшить отношение к женскому здоровью. Я надеюсь, что вы поймете, как устроено и работает ваше тело, а также научитесь задавать верные вопросы своему врачу и в конце концов сможете управлять собственным здоровьем.

## Глава 1. Пол и гендер: историческая справка

Почти 250 лет назад британский физиолог Уильям Геберден первым описал симптом боли за грудиной, который назвал «грудной жабой»<sup>1</sup>. Он отмечал, что такие проявления наблюдаются в первую очередь у мужчин старше 50 лет. Поскольку в то время женщины редко переступали 40-летний рубеж, у этого факта есть логическое объяснение. Многие умирали при родах – задолго до возможного развития коронарной болезни сердца.

Во второй половине XX века кардиология стала отдельной областью медицины, которую развивали в первую очередь мужчины для мужчин. Во многие клинические исследования включение женщин считалось нецелесообразным – подобное положение сохранялось до начала XXI века<sup>2</sup>. Долгое время их лечили только от «женских» болезней – в основном заболеваний молочной железы и репродуктивных органов.

Стоит отметить, что представительницам прекрасного пола все же отводилась важная роль в кардиологии: женщина должна была сопровождать мужчину по жизни и ухаживать за ним, если он занеможет. В 1960 году в городе Портленд (штат Орегон, США) проходила конференция, на которой можно было пройти обучение, чтобы справляться с сердечными приступами у мужчин. Сам факт такого заболевания огорчителен, поэтому психологическая поддержка супруги крайне важна для восстановления больного. Ответственность, а отчасти и вина за сердечные приступы возлагались на женщину вплоть до 1970-х годов. В то время считалось правильным посещать специальные курсы. Там рассказывали, как готовить блюда, максимально полезные для здоровья мужа, и как оградить его от чрезмерных домашних хлопот – ведь ему хватает нагрузки и стресса на работе. В различных журналах, включая уважаемый «Британский медицинский журнал», задавались вопросом, не слишком ли много жены требуют от мужей и не потому ли у последних возникают сердечные приступы<sup>3</sup>.

Тогда факт, что инфаркт миокарда может развиваться и у женщин, еще не был общепризнанным. В целом считалось, что определенный уровень гормона эстрогена защищает женский организм от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). К ним относятся коронарная болезнь сердца, инсульт и сердечная недостаточность, и все они негативно влияют на сердце и систему кровообращения в целом. Ученые предположили, что эстроген может защищать и мужчин, предотвращая прогрессирование заболеваний сердца. Чтобы проверить эту гипотезу, было начато исследование Coronary Drug Project, в котором более 8000 мужчин после инфаркта миокарда получали эстроген или плацебо<sup>4</sup>. Однако смертность в группе эстрогена оказалась выше, чем в контрольной, и через 18 месяцев исследование досрочно свернули. Таким образом, утверждение мужское сердце с помощью эстрогена не удалось. Зато появилось понимание, что этот гормон, по-видимому, играет в женском организме более сложную роль, чем считали прежде.

### ПРОРЫВ

Первые упоминания о ССЗ у женщин в научной литературе появились в 1991 году. В престижном «Медицинском журнале Новой Англии» было опубликовано несколько статей,

---

<sup>1</sup> Heberden W. London Medical Transactions, 1772. Cited by Warren J. Remarks on angina pectoris // N Engl J Med, 1812. – № 1. – P. 1–9.

<sup>2</sup> Harris D. J. et al. Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the national heart, lung and blood institute // N Engl J Med, 2000. – № 343. – P. 475–480.

<sup>3</sup> Skelton M. et al. Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction // Br Med J, 1973. – № 2 (5858). – P. 101–103.

<sup>4</sup> Wenger N. K. You've come a long way, baby. Cardiovascular health and disease in women. Problems and prospects // Circulation, 2004. – № 109. – P. 558–560.



в которых обсуждали, что уровень обследования и лечения женщин с заболеваниями сердца ниже, чем у мужчин<sup>5</sup>, <sup>6</sup>. Бернадин Хили, занимавшая в то время пост директора Национальных институтов здоровья США, предположила, что, если женщины хотят, чтобы их воспринимали всерьез, возможно, им стоит вести себя как мужчины. Она назвала это «синдромом Йентл», воспользовавшись именем главной героини<sup>7</sup> рассказа Исаака Башевиса-Зингера<sup>8</sup>. Будучи идейным вдохновителем программы Women's Health Initiative, Хили задала курс на изучение основных причин заболеваемости и смертности женщин после менопаузы. Были начаты крупные клинические исследования остеопороза, ССЗ и различных видов онкологических заболеваний у женщин, включая рак молочной железы.

В 1996 году стартовало клиническое исследование Women's Ischemic Syndrome Evaluation, результаты которого продемонстрировали: у женщин среднего возраста заболевания сердца развиваются по особым причинам<sup>9</sup>. Все эти инициативы, предпринятые в начале 1990-х, привели к тому, что в исследования, посвященные ССЗ, начали включать все больше женщин, однако через несколько лет интерес к проблеме стал угасать<sup>10</sup>. Похоже, его надо постоянно подогревать.

В 1991 году вышла первая книга о заболеваниях сердца у женщин, написанная американским флебологом и кардиологом Марианной Легато, которая предложила концепцию медицины, учитывающей половые особенности пациентов<sup>11</sup>. Автор стремилась положить конец представлениям о том, что заболевания сердца встречаются только у мужчин, в то время как у женщин со сходными симптомами всё списывали на «истерику». Даже тогда было очевидно, что у женщин инфаркт миокарда случается в более позднем возрасте, но при этом чаще приводит к смертельному исходу, чем у мужчин. Как эксперт в этом вопросе, Марианна Легато явно опережала свое время.

Еще двумя американскими «первопроходцами» женской кардиологии были профессор Нанетт Венгер (Университет Эмори, Атланта, США) и профессор С. Ноэль Бэйри Мерц (директор Женского кардиологического центра имени Барбры Стрейзанд, Лос-Анджелес, США). Они внесли огромный вклад в важные исследовательские проекты и разработку клинических рекомендаций по кардиологической помощи женщинам. Как ни парадоксально, но ССЗ, считавшиеся «мужской проблемой», в начале этого века возглавили список причин смерти у женщин во всем мире.

## **Женщины – это не мини-версии мужчин**

К 1991 году, когда заговорили об особенностях женского сердца, я три года проработала кардиологом и мне было все сложнее общаться с пациентками. Они ждали объяснений и удивлялись, почему я не могу ответить

---

<sup>5</sup> Ayanian J. Z., Epstein A. M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease // N Engl J Med, 1991. – № 325. – P. 221–225.

<sup>6</sup> Steingart R. M., Packer M., Hamm P. et al. Sex differences in the management of coronary artery disease // N Engl J Med, 1991. – № 325. – P. 226–230.

<sup>7</sup> Речь идет о рассказе Исаака Башевиса-Зингера «Йентл, мальчик из иешивы», в котором главная героиня Йентл притворяется мальчиком, чтобы учиться в высшем духовном заведении (иешиве). *Прим. ред.*

<sup>8</sup> Healy B. The Yentl syndrome // N Engl J Med, 1991. – № 325. – P. 274–276.

<sup>9</sup> Shaw L. J., Bugiardini R., Bairey Merz C. N. Women and ischemic heart disease: evolving knowledge // J Am Coll Cardiol, 2009. – № 54 (17). – P. 1561–1575.

<sup>10</sup> Harris D. J. et al. Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the national heart, lung and blood institute // N Engl J Med, 2000. – № 343. – P. 475–480.

<sup>11</sup> Legato M. J., Colman C. The female Heart. The truth about women & coronary artery disease. New York: Simon & Schuster, 1991.

на их вопросы. А у меня просто не было ответов. Во время моей учебы в университете симптомы, наблюдаемые у женщин, называли «странными», а результаты кардиографии, стресс-тестов и ангиографии коронарных артерий считали ошибочными. В то время такие представления казались обоснованными. Однако то, что происходит сейчас, не поддается объяснению: мы обследовали женщин с применением подходов, разработанных для мужчин. Почему? Ведь женщины – это не мини-версии мужчин! За последние несколько десятилетий мы узнали, что атеросклероз (уплотнение артерий и сужение их просвета) и старение миокарда у мужчин и женщин происходят по-разному. Именно поэтому для постановки верного диагноза необходимо искать другие подходы, а для лечения – другие варианты. Так что в 1991 году я запрыгнула в поезд, следующий к улучшению кардиологической помощи для женщин, и с тех пор его не покидаю.

## **ЧТО ОЗНАЧАЮТ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛ И ГЕНДЕР И ПОЧЕМУ ЭТО ВАЖНО?**

В медицине пол («биологический пол») определяется исключительно биологическими особенностями. Они возникают вследствие выработки половых гормонов, которая обусловлена генетически. От этих факторов зависит течение многих заболеваний, характерное для мужчин и не присущее женщинам. В частности, при ССЗ это проявляется в «старении миокарда и коронарных артерий», то есть в возрастных изменениях сердца и его сосудов<sup>12, 13</sup>. Такие различия характерны для биологического пола. Однако есть еще и гендер («социальный пол»). Под ним понимают совокупность поведенческих особенностей. На них влияют личные и социокультурные характеристики и особенно сильно – окружение человека<sup>14</sup>. Таким образом, биологический пол определяется природными различиями, а социальный – поведенческими. Кроме того, набирает популярность понятие гендерных ролей, связанных с преобладанием мужских или женских характеристик личности. Известно, что у людей, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте (до 55 лет), риск развития повторного инфаркта выше, если им свойственны условно «женские эмоции», например беспокойство и тревожность<sup>15</sup>.

Разделить понятия биологического пола и гендера порой сложно. Зачастую их смешивают, а то и путают; они могут меняться в зависимости от жизненных этапов, образования, личных взаимоотношений и окружения. Мы видим, например, как на физическом состоянии и поведении сказывается глобальная урбанизация. За многие десятилетия городская суета, повышение уровня шума и загрязнение воздуха, а также эмоциональные стрессы, многозадачность и другие отрицательные факторы привели к увеличению риска ССЗ в общей популяции. Ситуация еще больше усугубилась из-за взрывного развития социальных сетей. Все это отрицательно повлияло на образ жизни. Усилилась роль факторов, приводящих к осложнениям ССЗ: ожирения, недостатка физической активности и артериальной гипертензии (АГ, ее еще называют гипертонией). У женщин стал все чаще встречаться инфаркт миокарда, отличающийся от тех, к которому «привыкли» врачи, что обусловлено растущим вкладом эмоционального стресса

---

<sup>12</sup> Douglas P. S. Gender, cardiology, and optimal medical care // *Circulation*, 1986. – № 74. – P. 917–919.

<sup>13</sup> EUGenMed; Cardiovascular Clinical Study Group, Regitz-Zagrosek V., Oertelt-Prigione S., Prescott E. et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes // *Eur Heart J*, 2016 (Jan 1). – № 37 (1). – P. 24–34.

<sup>14</sup> Glezerman M. Ook getest op vrouwen. Naar een genderrevolutie in de geneeskunde. Amsterdam: Amsterdam University Press (AUP), 2017. (Also Tested on Women. Towards a Gender Revolution in Medicine.)

<sup>15</sup> Pelletier R., Khan N. A., Cox J. et al. Sex Versus Gender-Related Characteristics: Which Predicts Outcome After Acute Coronary Syndrome in the Young? // *J Am Coll Cardiol*, 2016. – № 67 (2). – P. 127–135.

(см. главу 7). Кроме того, состояние здоровья и заболеваемость зависят от таких социальных показателей, как материальная обеспеченность и положение в обществе<sup>16</sup>. Именно поэтому сегодня для всех, и в частности для женщин, особое значение приобретает экономическая независимость. Она позволяет сохранять здоровье по мере старения.

В 1990-х годах основной причиной смерти во всем мире были инфекционные заболевания, сегодня же лидируют АГ, инфаркт миокарда и инсульт. Благодаря тому, что в настоящее время есть возможность принимать во внимание особенности пола и гендера, мы можем сосредоточиться на каждом пациенте или пациентке и его или ее заболеваниях. Используя современные клинические рекомендации, мы не должны ограничиваться стандартными рамками и протоколами лечения, что зачастую излишне затратно, не отвечает целям и не продиктовано необходимостью. Для пациентов такой подход также не оправдывает себя. При кардиологических заболеваниях терапия с учетом пола пациента может быть более эффективной и обходиться не так дорого.

### **Гендерные инновации: стимул для изменений**

В 2009 году профессор Лонда Шибингер, преподаватель истории науки в Стэнфордском университете (США), запустила платформу под названием Gendered Innovations («Гендерные инновации»)<sup>17</sup>. Целью проекта было внедрение на международном уровне концепции «биологического пола и гендера» во все области науки и технологий для повышения качества жизни как мужчин, так и женщин. Предлагался новый, наиболее современный взгляд на получение знаний и развитие инноваций, а также интеграция такого подхода в научные и общественные сферы. В области здравоохранения Шибингер выделяла кардиологию как наиболее яркий пример того, как различия пола и гендера приводят к ощутимым последствиям<sup>18</sup>.

В 2013 году тема гендерных инноваций была представлена Европейской комиссией в виде отчета и руководства по внедрению понятий пола и гендера во все области научных исследований, финансируемых Европейским союзом. В течение предшествующих пяти лет я принимала участие в нескольких международных проектах, чтобы распространять знания о женском сердце. В 2015 году в Нидерландах женская организация WomenInc совместно с междисциплинарной рабочей группой Allientie Gender & Gezondheid (альянс «Пол человека и здоровье») представила свою исследовательскую программу. На первый план в ней выдвинули необходимость разрешить вопросы современного эффективного лечения женщин. В результате Министерство здравоохранения Нидерландов выделило дополнительное финансирование на изучение ССЗ, в первую очередь у женщин. Здесь вряд ли уместно говорить о позитивной дискриминации; скорее, это попытка наверстать упущенное и восполнить пробелы в существующих знаниях<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Oertelt-Prigione S., Maas A. H. Health inequalities in secondary prevention // Eur J Prev Cardiol, 2017. – № 24. – P. 116–122.

<sup>17</sup> Schiebinger L., Stefanick M. L. Gender matters in biological research and medical practice // J Am Coll Cardiol, 2016. – № 67. – P. 136–138.

<sup>18</sup> Schiebinger L., Klinge I. Gendered Innovation in Health and Medicine // In: Kerkhof P., Miller V. (eds) Sex-Specific Analysis of Cardiovascular Function // Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1065. Springer, 2018.

<sup>19</sup> Maas АНЕМ. Blinde vlekken in de zorg voor het vrouwenhart // Tijdschrift voor genderstudies, 2015. – № 18 (4). – P. 373–381. (Blind Spots in Care for Women's Hearts.)

## **ГЕНДЕР И ЕГО РАЗНООБРАЗИЕ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА: ТИПИЧНОГО ПАЦИЕНТА НЕ СУЩЕСТВУЕТ**

Различия между мужчинами и женщинами проявляются в том, как они оценивают свое здоровье и относятся к риску развития определенного заболевания. В современном обществе все актуальнее становится вопрос учета этнических и культурных особенностей. Например, в отличие от других этнических групп, для людей африканского происхождения характерно повышение АД в более молодом возрасте. Кроме того, при лечении таких больных определенные лекарственные препараты, такие как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II, менее эффективны. И те и другие средства блокируют ангиотензин II. Они широко применяются для лечения АГ, однако результаты клинических исследований показывают, что люди африканского происхождения хуже отвечают на такую терапию. Из этого примера видно, что клинические рекомендации должны включать варианты лечения для разных этнических групп. Кроме того, на подходы к терапии может оказывать большое влияние даже пол врача<sup>20</sup>. Результаты исследований, проведенных у больных с сердечной недостаточностью, продемонстрировали, что женщины-кардиологи при назначении препарата более точно придерживаются клинических рекомендаций, чем их коллеги-мужчины<sup>21</sup>. А научные данные, полученные во Флориде, свидетельствуют: у пациенток, перенесших инфаркт миокарда, частота развития осложнений и риск смерти снижаются, если их лечит врач женского пола<sup>22</sup>.

Конечно, медикам необходимы сочувствие и решительность, но это не значит, что все женщины-врачи непременно таковы. Многое зависит от конкретных условий (настроения, рабочей нагрузки), меняющихся изо дня в день. В отдельных областях медицины, где пока доминируют мужчины (включая кардиологию), сложилась особая профессиональная культура, привлекающая многих специалистов. Совсем необязательно, чтобы женщинам-кардиологам были эмоционально близки переживания их пациенток. Тем не менее на конференциях и симпозиумах, посвященных заболеваемости среди женщин, большинство врачей общей практики, кардиологов и среднего медицинского персонала – это тоже женщины. Так что экспертные знания о заболеваниях сердца у пациенток – это не просто «женские штучки», но важная проблема для всех квалифицированных кардиологов, терапевтов и специалистов среднего звена, независимо от их пола<sup>23</sup>.

### **Взгляд изнутри: дискриминация нужна!**

Тон обсуждения различий пола и гендера постепенно изменился. Не последнюю роль в этом сыграли новые методы визуализации, а также развитие ангиографии коронарных артерий и компьютерной томографии. Изначально речь шла о том, что мнение о меньшей важности женщин – несправедливо. Сегодня мы уверены, что нам требуется своего рода «дискриминация».

---

<sup>20</sup> Tsugawa Y., Jena A. B. et al. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians // JAMA Intern Med, 2017. – № 177 (2). – P. 206–213.

<sup>21</sup> Baumhäkel M., Müller U., Böhm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study // Eur J Heart Fail, 2009. – № 11 (3). – P. 299–303.

<sup>22</sup> Greenwood B.N., Carnahan S., Huang L. Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients // PNAS, 2018. – № 115 (34). – P. 8569–8574.

<sup>23</sup> Maas AHEM. Vrouwenhart over de drempel. Oratie Radboud Universiteit Nijmegen, 2013. (A Woman's Heart across the Threshold.)

Под ней понимается внимание к различиям пола и гендера<sup>24, 25</sup>. Когда-то состояние женщин оценивали в сравнении с мужчинами. Теперь, когда стало очевидно, что атеросклероз у тех и других протекает по-разному, следует отказаться от унифицированного подхода к дифференциальной диагностике и тактике терапии, принимаемых по умолчанию. Интернет дает доступ к самой актуальной информации, что позволяет быть в курсе всех последних достижений и уменьшить разрыв между врачами и пациентами.

## КОММУНИКАЦИЯ: ВЫСЛУШАТЬ ПАЦИЕНТА – ЭТО УЖЕ ПОЛДЕЛА

Мужчины сообщают, женщины – интерпретируют. Стил ь общения у них различается, и врачу непременно стоит учитывать это, оценивая состояние пациента. В каком-то смысле это работает против женщин: им требуется больше времени, чтобы рассказать о симптомах. Они связывают свое заболевание с событиями из жизни и говорят более эмоционально. Врач же настроен на сбор конкретной информации, чтобы поставить диагноз, и в таком случае его внимание может рассеиваться. А если трактовка симптомов не укладывается в принятую модель, специалист может недооценивать жалобы пациентки, списывая их на «обычное нытье» или склонность к драматизации. В книге «Руководство для женщин: как жить с заболеванием сердца» Кэролин Томас довольно забавно описывает свои поиски верного диагноза в кардиологических джунглях, где диагностика была ориентирована на мужчин<sup>26</sup>.

Со своей стороны и женщины могут вводить врача в заблуждение, по-своему объясняя симптоматику и выстраивая ассоциации. Часто пациентки упоминают об эмоциональном стрессе и многозадачности, но эти причины слишком просты, чтобы объяснять заболевания сердца только ими, а интерпретировать их при этом сложно. С другой стороны, нельзя отрицать, что в современном обществе риск развития осложнений ССЗ постоянно растет из-за эмоциональных нагрузок. Об этой диагностической ловушке врачам рассказывают на курсах повышения квалификации во время занятий, посвященных особенностям заболеваний сердца у женщин. Зная это, кардиолог может предложить пациентке сообщать о симптомах предметнее и выслушивать ее внимательнее. Зачастую женщины с ССЗ, симптомы которых сложно интерпретировать, могут считать, что их жалобы воспринимают без должного внимания. К сожалению, речь здесь скорее об отношении врача, чем о недостатках пациента. С тех пор как в 2003 году я начала заниматься исключительно кардиологическими нарушениями у женщин, я наблюдала множество огорчительных примеров, когда специалисты не могли верно истолковать симптомы и поставить диагноз, а потому годами отправляли пациенток от одного врача к другому или просто высмеивали их. Конечно, здесь нет ничего хорошего – подобные ситуации недопустимы.

### *Артериальная гипертония – это не выгорание*

*Марике 51 год, и она уже около шести лет жалуется на повышенную утомляемость, вялость, проблемы со сном, головокружение, головные боли, внезапную потливость, боли за грудиной, отдающие в нижнюю челюсть и между лопаток. При малейшей физической нагрузке у нее*

---

<sup>24</sup> Shaw L. J., Bugiardini R., Bairey Merz C. N. Women and ischemic heart disease: evolving knowledge // J Am Coll Cardiol, 2009. – № 54 (17). – P. 1561–1575.

<sup>25</sup> Bairey Merz C. N. The Yentl Syndrome is alive and well // Eur Heart J, 2011. – № 32. – P. 1313–1315.

<sup>26</sup> Thomas C. A Woman's Guide to Living with Heart Disease. Baltimore: John Hopkins University Press, 2017.

возникает одышка. Женицине трудно даже пылесосить и ездить на велосипеде без поддержки. В молодости у Марики часто случались приступы мигрени, но теперь они уже не так беспокоят. Беременности протекали с осложнениями: первая и последняя разрешились благополучно, но сопровождались преэклампсией, а три другие закончились выкидышами. У женицины установлена внутриматочная спираль, менструации нет. Семейный анамнез: отцу в 56 лет выполнялось чрескожное вмешательство на коронарных артериях (ЧВКА), мать и сестра страдают тяжелой АГ.

Марика лечилась у двух кардиологов и одного пульмонолога. Она прошла несколько тестов с физической нагрузкой, а также коронарографию и множество исследований функции легких. Результаты ничего не дали, при этом электрокардиограмма показала отклонения от нормы. Женицина не может работать, она вынуждена сидеть дома, страдая от выгорания. Терапевт считает, что ее состояние в основном вызвано менопаузой, и подозревает, что многие проблемы существуют только в голове пациентки.

Когда Марика впервые пришла ко мне на консультацию, меня встревожили показатели ее АД: 165/100 мм рт. ст. по результатам нескольких измерений. Сама она считала причиной стресс: жизнь ее была не простой – то одно, то другое. Я же думала иначе и предложила принимать препараты от АГ двух типов: бета-блокаторы в низкой дозе, чтобы снизить АД и замедлить сердечный ритм, и блокаторы рецептора ангиотензина II, чтобы нормализовать АД за счет влияния на почки. Всего через несколько месяцев АД начало снижаться, а симптомы – медленно отступать. Марика снова ощутила прилив энергии. Вот так просто!

## **Глава 2. У женского сердца свой ритм**

### **СМЕРТНОСТЬ ОТ ССЗ: ЦИФРЫ**

В наше время смертность от осложнений ССЗ быстрее всего растет в развивающихся странах Азии и Африки. Она напрямую связана с урбанизацией, из-за которой люди ведут менее здоровый образ жизни.

ССЗ, к которым относятся коронарная болезнь сердца и инсульт, – наиболее частые неинфекционные заболевания в мире. В 2017 году из-за них умерли 17,8 млн человек, причем 75 % проживали в странах, где доход населения преимущественно низкий или средний. Женщины погибают от осложнений ССЗ в 33 % случаев. Самые высокие показатели смертности от ССЗ – в государствах, слабо развитых социально и экономически<sup>27</sup>. Но и в Европе от осложнений ССЗ ежегодно умирает 3,9 млн человек (что составляет 45 % всех летальных исходов)<sup>28</sup>. При этом мужчин из них 1,8 млн, а женщин – 2,1 млн (45 и 49 % всех смертельных исходов соответственно). Очевидно, что среди женщин смертность выше.

### **ЖЕНСКОЕ СЕРДЦЕ БЬЕТСЯ БЫСТРЕЕ**

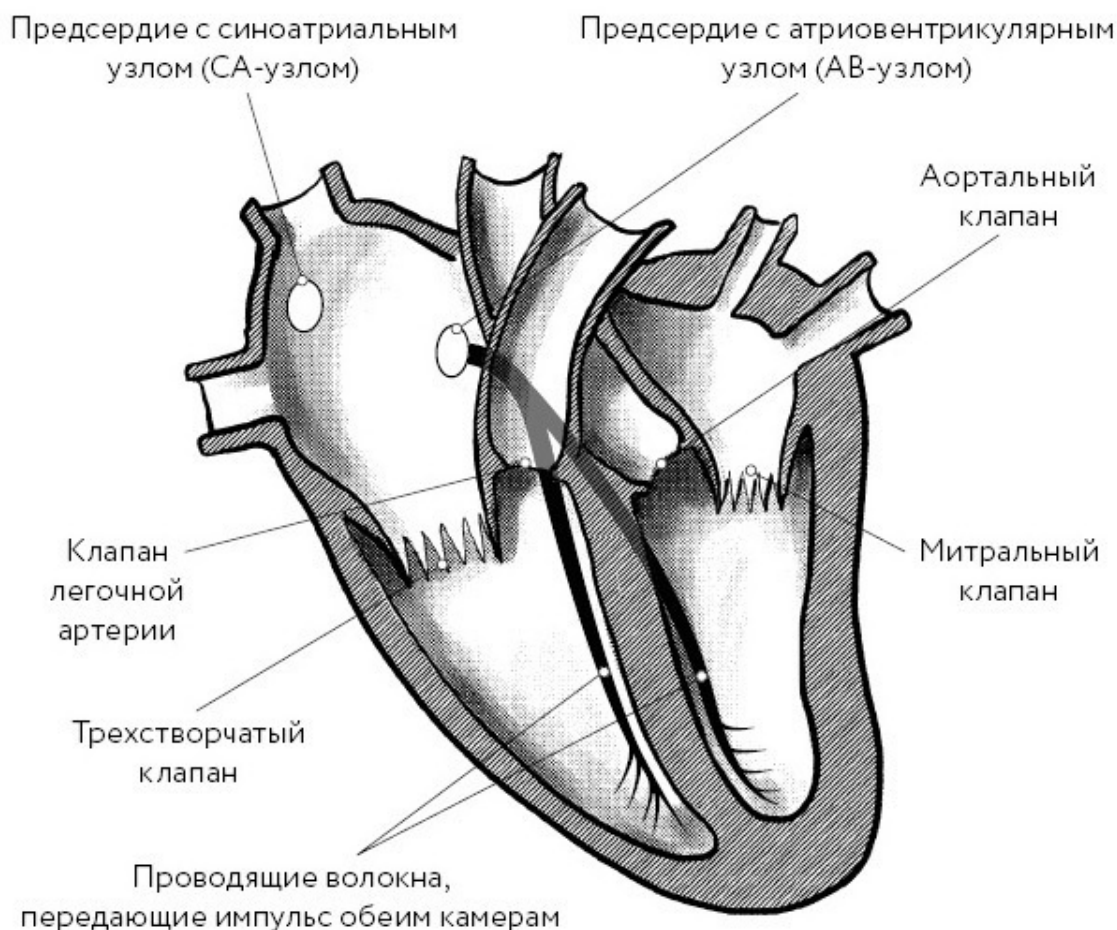
Сердце работает как насос, его образует мышечная ткань – миокард, способная сокращаться. Внутри него – четыре отдела (камеры) и четыре клапана. Сердце состоит из двух частей – левой и правой. Они не сообщаются между собой непосредственно, а вот сокращаются синхронно – к этому их стимулируют повторные импульсы, возникающие в проводящей системе сердца (рис. 2.1).

---

<sup>27</sup> Roth G. A., Johnson C., Abajobir A. et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015 // J Am Coll Cardiol, 2017. – № 70 (1). – P. 1–25.

<sup>28</sup> Timmis A., Townsend N., Gale C. et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2017 // Eur Heart J, 2018. – № 39. – P. 508–577.

**Рисунок 2.1. Схематическое изображение сердца с четырьмя камерами, четырьмя клапанами и проводящей системой**



В покое частота сердечных сокращений (ЧСС) у взрослого мужчины составляет от 60 до 80 ударов в минуту, или 100 тысяч ударов в сутки. У профессиональных спортсменов этот показатель существенно меньше (например, 45 ударов в минуту). Однако у обычного человека физическая нагрузка, страх или эмоциональный стресс разгоняют ЧСС до 200 ударов в минуту. В отличие от мужчин, сердце у женщин сокращается чаще – на 3–5 ударов в минуту больше. Принято считать, что нормальная ЧСС в покое должна быть ниже 70 ударов в минуту у мужчин и ниже 80 – у женщин<sup>29</sup>.

Ночью, когда мы спим, сердечный ритм замедляется, АД снижается. И наоборот, в течение дня, когда мы активны, ЧСС растет – особенно при физическом напряжении, эмоциональном потрясении, а также при повышении температуры тела или при сердечной недостаточности. Стресс и заболевания влияют на ЧСС по-разному: это зависит от особенностей человека, а также от выраженности воздействующих факторов. Например, пульс женщин, не достигших менопаузы, несколько повышен после овуляции, во время лютеиновой фазы менструального цикла<sup>30</sup>. Кроме того, они склонны к аритмии (нерегулярному сердцебиению), тогда как для женщин, принимающих оральные контрацептивы, такие проявления не характерны. После

<sup>29</sup> Nanchen D. Resting heart rate: what is normal? // Heart, 2018. – № 104 (13). – P. 1048–1049.

<sup>30</sup> Burke J. H. et al. Gender-specific differences in the QT interval and the effect of autonomic tone and menstrual cycle in healthy adults // Am J Cardiol, 1997. – № 79. – P. 178–181.



менопаузы меняется гормональная регуляция. Активируются гормоны надпочечников, отчего пульс при физической нагрузке повышается сильнее и быстрее, чем раньше.

В силу перечисленных факторов развиваются такие симптомы, как сильное сердцебиение, усталость и одышка. Если дисбаланс гормонов надпочечников выражен, говорят о нарушении вегетативной регуляции. Чтобы приглушить интенсивность этих проявлений, используют бета-блокаторы в низких дозах.

### ***Ненадлежащее лечение анемии***

*Софии 48 лет, она всегда была физически активна, но стала замечать, что бегают уже не так хорошо, как в прошлом году. Приходится гораздо чаще останавливаться, возникает одышка. Женщина стала задыхаться, когда поднимается по лестнице и когда просто быстро идет. Такое чувство, будто в мышцах резко накапливается молочная кислота. Сердце бьется сильно и часто, а в груди ощущается трепетание. В фитнес-центре пульс у Софии внезапно повышался до 160 ударов в минуту, и ей рекомендовали посетить кардиолога и проверить сердце. Она думает, что все дело в менопаузе: менструация стала реже, но протекает тяжелее.*

*Кардиолог решил обстоятельно изучить симптомы. Результаты электрокардиографии (ЭКГ) отклонялись от нормы, а во время теста с физической нагрузкой ЧСС сильно увеличилась и пациентка стала задыхаться. Данные эхокардиографии (ЭхоКГ) и холтеровского мониторирования (наблюдения за ритмом сердца) были в норме. Чтобы убедиться, что все в порядке, кардиолог направил Софию на коронарографию. Женщина считала, что это излишне, но врач не хотел рисковать. Результаты исследования также оказались нормальными, но доктор все же назначил аспирин и статины – объяснил, что профилактика никогда не помешает.*

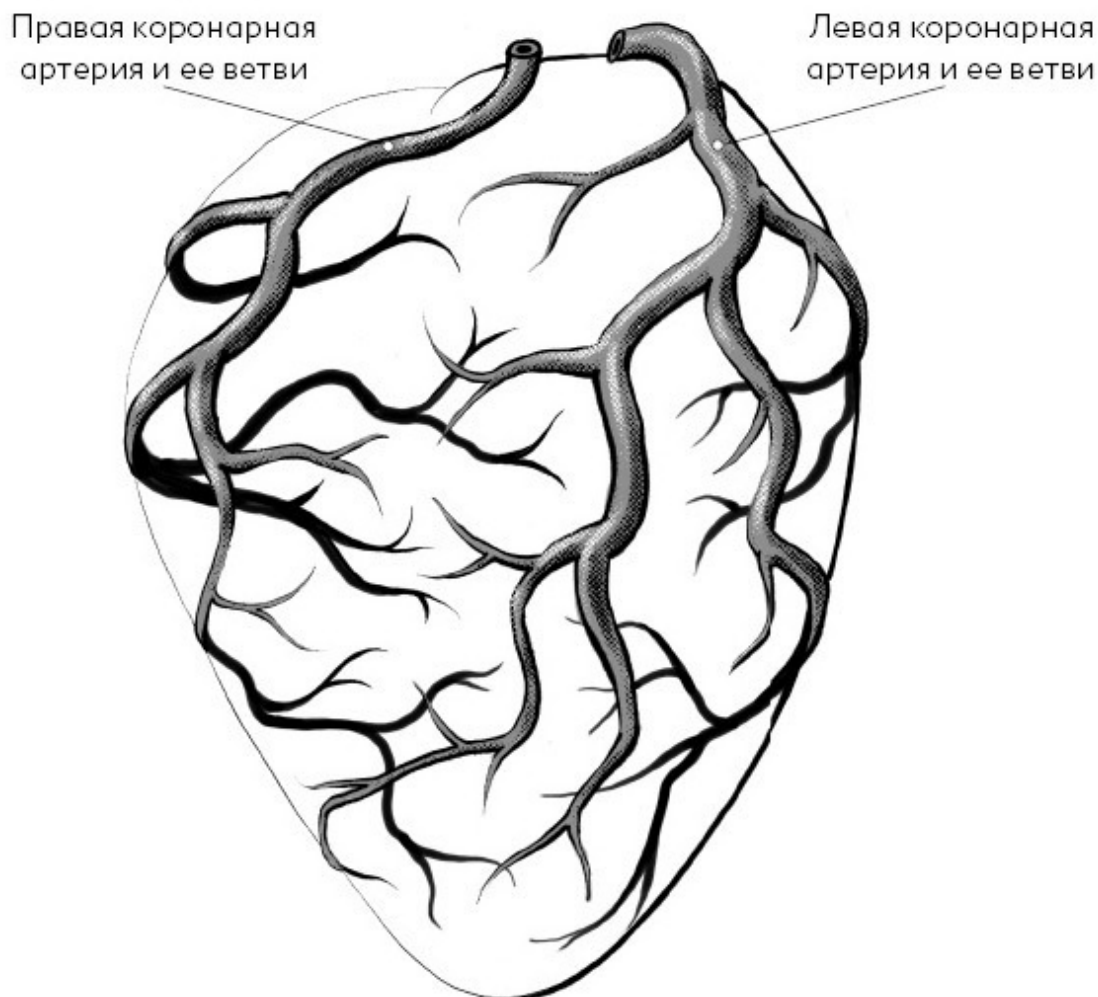
*София обратилась ко мне за вторым мнением и весьма обоснованно спросила, действительно ли ей нужно принимать эти препараты. Она выглядела как пышущая здоровьем, спортивная женщина с нормальной массой тела. Факторов риска осложнений ССЗ как будто не было. Уровень АД, холестерина, семейный анамнез – все в порядке. Правда, из-за обильной менструации концентрация гемоглобина и число эритроцитов в крови несколько понизились. Как следствие анемии, ритм сердца колебался. Такое часто встречается в перименопаузе (переходном периоде к менопаузе). Я предложила бета-блокаторы и убедила Софию, что в малых дозах они принесут облегчение, хотя женщина и волновалась. Остальные препараты мы отменили. София пообещала следить, чтобы в ее рационе хватало продуктов, содержащих железо. Через полтора месяца во время консультации по телефону она сказала, что самочувствие на пробежках вернулось в норму. Без кардиологических исследований, что ей провели, можно было и обойтись.*

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА СТРУКТУРУ СЕРДЦА**

Масса сердца у здорового мужчины – приблизительно 330 г, а у женщины – 250 г. От этого органа отходят правая и левая коронарные артерии (1–3 мм в диаметре), которые далее

разделяются на бесчисленное множество практически не видимых мелких ветвей. Именно эти артерии должны снабжать миокард достаточным количеством кислорода, необходимым для эффективного сокращения сердца (рис. 2.2).

**Рисунок 2.2. Схематическое изображение правой и левой коронарных артерий и крупных ветвей**



С возрастом сократительная способность сердца постепенно снижается, что объясняется «старением» кардиомиоцитов (клеток миокарда), образованием соединительной ткани и атеросклерозом<sup>31, 32</sup>. Эти процессы у мужчин и женщин несколько различаются, что влияет на проблемы с сердцем, которые могут развиваться в течение жизни.

---

<sup>31</sup> Ghebre Y. T., Yakubov E., Wong W. T. et al. Vascular Aging: Implications for Cardiovascular Disease and Therapy // *Transl Med*, 2016. – № 6 (4). – P. 183.

<sup>32</sup> Thijssen D. H. J., Carter S. E., Green D. J. Arterial structure and function in vascular ageing: are you as old as your arteries? // *J Physiol*, 2016. – № 594.8. – P. 2275–2284.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.