

Niedoceniane ryzyko wieńcowe u młodych kobiet

prof. dr hab. n. med. Marianna Janion

Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego, Kielce



Obecnie nikt już nie kwestionuje faktu, że choroby układu sercowo-naczyniowego u kobiet to nowo powstały dział współczesnej kardiologii. Konieczność powstania tego działu wynika z potwierdzenia w licznych badaniach odrębności dotyczących epidemiologii, rozkładu czynników ryzyka, patomechanizmu, manifestacji klinicz-

nej, przebiegu i rokowania w chorobach układu sercowo-naczyniowego u kobiet. Również ze względu na odmienny status hormonalny, inną masę ciała i dystrybucję tkanki tłuszczowej, inną aktywność enzymów i wartość filtracji kłębuszkowej, zróżnicowaną odpowiedź na stosowane terapie w porównaniu z mężczyznami [1–3]. Rozumienie tych różnic jest kluczem do rozwoju nowych strategii diagnostycznych i terapeutycznych w zależności od płci.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zgonów u kobiet i mężczyzn w Europie (odpowiednio 55% i 43%). Co druga kobieta umiera na serce. Aktualne europejskie i amerykańskie wytyczne wyraźnie podkreślają, że wiedza ta nie jest bardzo rozpowszechniona zarówno w środowisku lekarzy, jak i wśród kobiet [4, 5]. Istnieje przekonanie, że to głównie mężczyźni chorują na serce. Współczesne raporty amerykańskie pokazują, że mniej niż 50% kobiet wie, że ich głównym zabójcą są choroby układu sercowo-naczyniowego. Kobiety są przekonane, że to choroby nowotworowe, a wśród nich rak piersi (w rzeczywistości 3%), są główną przyczyną zgonów. Tymczasem na całym świecie najczęstszą pojedynczą przyczyną zgonów wśród kobiet jest choroba wieńcowa (23% v. 21% u mężczyzn). Także w Polsce ostre zespoły wieńcowe stanowią główną przyczynę zgonów wśród kobiet [3]. Ekspertsi zajmujący się tym problemem zwracają uwagę, że brak świadomości prawdziwego zagrożenia jest istotną barierą w skutecznej prewencji. Waga problemu u kobiet jest niedoszacowana z powodu istniejącego mylnego przekonania, że kobiety są w jakiś szczególny sposób chronione przed chorobą wieńcową. Rzeczywiście, w okresie rozrodczym kobiety charakteryzują się niższym ryzykiem zdarzeń sercowych. Jednak ta ochrona ustaje w okresie okołomenopauzalnym, pozostawiając kobiety z nieleczonej czynnikami ryzyka, co skutkuje istotnym wzrostem zachorowań na zawał serca, udar i niewydolność serca.

Na podstawie badania populacyjnego (37 populacji w 21 krajach) zauważono, że w ostatniej dekadzie nastąpiło zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób sercowo-

-naczyniowych (większe u mężczyzn niż u kobiet) oraz zwiększenie zapadalności na te choroby (większe u kobiet, spowodowane zwiększoną częstością zawałów serca u starszych kobiet). Zapadalność na chorobę wieńcową wśród kobiet jest proporcjonalna do ryzyka wieńcowego w danej populacji, co oznacza, że kobiety w krajach o wysokiej zapadalności na chorobę wieńcową chorują częściej niż kobiety, a niekiedy nawet mężczyźni, z krajów o niskim ryzyku wieńcowym. Badania nad imigrantami w Stanach Zjednoczonych potwierdziły, że największe znaczenie dla rozwoju choroby wieńcowej mają czynniki środowiskowe — imigrantki z Japonii charakteryzowały się 2-krotnie wyższym ryzykiem wieńcowym niż Japonki, które nigdy nie opuściły kraju [6, 7].

Główną rolę w rozwoju miażdżycy i występowaniu ostrych zespołów wieńcowych u obu płci przypisuje się czynnikom środowiskowym i behawioralnym związanym z nieprawidłowym stylem życia, zaburzeniom gospodarki lipidowej i węglowodanowej, otyłości i nadciśnieniu tętniczemu. W wielośrodowym badaniu INTERHEART zidentyfikowano 6 niezależnych czynników ryzyka (hiperlipidemia, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna i czynniki psychosocjalne) oraz 3 czynniki ochronne (odpowiednia ilość spożywanych warzyw i owoców, umiarkowane spożycie alkoholu, regularna aktywność fizyczna) [8]. Łącznie czynniki te były odpowiedzialne za 90% ryzyka wystąpienia pierwszego zawału serca u mężczyzn i 94% u kobiet, niezależnie od wieku. Modyfikacja tych czynników ryzyka spowodowała istotne zmniejszenie umieralności z powodu choroby wieńcowej w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii [6].

Wiadomo, że powszechnie uznane czynniki ryzyka choroby wieńcowej szkodzą obu płciom. Ale niektóre, takie jak palenie tytoniu, cukrzyca czy hipertriglicerydemia, bardziej szkodzą kobietom [9]. Podkreśla się też synergistyczny wpływ stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych i palenia tytoniu na ryzyko wieńcowe. W porównaniu z mężczyznami kobiety rzadziej palą tytoń, ale odsetek palaczy maleje szybciej wśród mężczyzn niż kobiet. Ryzyko wieńcowe u kobiet palących jest 4–10-krotnie wyższe w stosunku do niepalących, podczas gdy u palących mężczyzn 3–5-krotnie wyższe. Ryzyko wystąpienia zawału serca u kobiet palących jest znacznie większe niż u niepalących, zwłaszcza w młodszych i średnich grupach wiekowych i większe w tych grupach w porównaniu z mężczyznami. Kobiety te palą prawie tak samo często jak mężczyźni, a jeśli chodzi o młodsze pokolenie — młode kobiety palą częściej i więcej niż młodzi mężczyźni. Szczególnie narażeni są młodzi palacze poniżej 50. roku życia,

u których umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego jest 5–6-krotnie większa niż u osób niepalących [10, 11]. Badania epidemiologiczne wykazały, że palący tytoń zapadają na zawał serca średnio o 10 lat wcześniej niż niepalący. Dane te dowodzą, że w przypadku zgonu palacza przed 50. rokiem życia istnieje 70–80-procentowe prawdopodobieństwo, że zgon został spowodowany nałogiem. Wykazano, że w porównaniu z osobami niepalącymi przewlekłe palące kobiety charakteryzowały się 2-krotnie wyższym współczynnikiem ryzyka wystąpienia zawału serca w porównaniu z palącymi mężczyznami. Te różnice płci nie zmalały po uwzględnieniu w badaniach wieku pacjentów, wartości ciśnienia tętniczego, wskaźnika masy ciała, poziomu wykształcenia. Oznacza to, że kobiety mogą być bardziej „wrażliwe” od mężczyzn na skutki palenia tytoniu [10, 11].

Pozostałe czynniki ryzyka występują istotnie częściej u kobiet. Nadciśnienie tętnicze i otyłość są bardziej powszechne u kobiet w średnim i starszym wieku. Podobnie jest w przypadku dyslipidemii — największe stężenie cholesterolu występuje u 60-letnich kobiet (ok. 10 lat później niż u mężczyzn). Cukrzyca może nawet 5-krotnie zwiększać ryzyko zgonu u kobiet, a 3-krotnie u mężczyzn. Również zespół metaboliczny stwierdza się częściej u kobiet z chorobą wieńcową niż u mężczyzn.

Przez wiele lat postulowano ochronny wpływ estrogenów, co tłumaczyłoby wzrost zachorowalności kobiet w starszych grupach wiekowych. Jednak brakuje wystarczających danych naukowych na potwierdzenie tej teorii. Prospektywnie prowadzone badania nie potwierdziły związku między stężeniem endogennych estrogenów a ryzykiem sercowym. Ponadto kobiety o najmniejszym ryzyku (np. Japonki i Chinki) charakteryzują się znacznie niższym stężeniem estrogenów niż Amerykanki. Również wyniki badań randomizowanych nie udowodniły korzystnego wpływu hormonalnej terapii zastępczej na przebieg choroby wieńcowej. Nie potwierdziła się też hipoteza dotycząca szkodliwego wpływu testosteronu [6].

W zależności od płci istnieje różnica w subiektywnej percepcji stresu i wsparcia społecznego. Niektóre modyfikacje czynników behawioralnych (np. aktywność fizyczna) korzystniej wpływają na ryzyko wieńcowe u kobiet. Obserwuje się różnicę w subiektywnej percepcji stresu i wsparcia społecznego przez kobiety i mężczyzn — to, co dla mężczyzn jest postrzegane jako źródło wsparcia (np. rodzina), dla kobiety może być przyczyną stresu. Biorąc pod uwagę liczne funkcje społeczne pełnione przez kobiety (matka, żona, pracownica, opiekunka domu), okazuje się, że te liczne kontakty mogą być źródłem stresu, a nie wsparcia społecznego. Większość analizowanych badań potwierdziła umiarkowany lub silny, większy u kobiet, związek między brakiem wsparcia społecznego a ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej i rokowaniem u pacjentów z tą chorobą [11].

Autorzy komentowanej pracy [12] przebadali grupę 323 kolejnych kobiet przed 55. rokiem życia, przyjętych do szpitala z udokumentowanym ostrym zespołem wieńcowym lub potwierdzoną angiograficznie chorobą wieńcową, do której do-

brano grupę kontrolną zdrowych kobiet. Oceniono w obydwu grupach częstość występowania 5 klasycznych czynników ryzyka choroby wieńcowej: palenia tytoniu, hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości, i potwierdzono, że u kobiet przed 55. rokiem życia obecność tych czynników ryzyka jest niedoszacowana, a przedwczesna choroba wieńcowa najczęściej wiąże się z paleniem tytoniu, nadciśnieniem tętniczym i hipercholesterolemią. Wyniki prezentowanej pracy są bardzo ważne, wypełniają bowiem lukę naukową dotyczącą choroby wieńcowej u kobiet, zmieniają jej niewłaściwe postrzeganie, wskazują, jak można poprawić stratyfikację ryzyka z perspektywy płci, co niewątpliwie wpłynie na poprawę diagnostyki i terapii.

W opublikowanych amerykańskich wytycznych dotyczących profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, opracowanych po raz pierwszy oddzielnie dla kobiet, zmieniono klasyfikację ryzyka u kobiet [5]. Przyjęto, że średnie ryzyko choroby wieńcowej w ciągu całego życia u kobiet jest wysokie, dlatego prewencja jest istotna u wszystkich kobiet. Szczególnie podkreślono ważność optymalizacji modyfikowalnego ryzyka i istotność kardioprotekcyjnego stylu życia. Stąd wynikają bardzo ważne implikacje praktyczne, polegające na uświadomieniu kobietom wagi problemu, a lekarzom znaczenia prawidłowej oceny ryzyka u kobiet. Ocena ryzyka zdarzeń u kobiet jest podobna jak u mężczyzn, chociaż interpretacja wywiadów i wyników badań dodatkowych istotnie trudniejsza. Podkreśla się, że choroba wieńcowa stanowi poważny problem zdrowotny u kobiet i na pierwszym miejscu istnieje potrzeba eliminacji czynników ryzyka. Jest to fundamentalne dla zdrowia każdej kobiety, co również potwierdzają wyniki komentowanej pracy.

Piśmiennictwo

1. Kornacewicz-Jach Z, Podolec P, Kopeć G et al. Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych u kobiet. *Kardiologia Pol*, 2007; 65: 334–337.
2. Kornacewicz-Jach Z. Ostre zespoły wieńcowe. Ryzyko bycia kobietą — czy nadal aktualne? *Kardiologia Pol*, 2010; 68: 635–636.
3. Sadowski M, Gąsior M, Gierlotka M et al. Clinical characteristics of Polish women with ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Kardiologia Pol*, 2010; 68: 627–634.
4. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J*, 2007; 28: 2375–2414.
5. AHA Guideline. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update. *Circulation*, 2007; 115: 1481–1501.
6. Khaw K, Negri E, Tavani A et al. Smoking and acute myocardial infarction among women and men: A case control study in Italy. *Prev Med*, 1999; 29: 343–348.
7. Pechacek TF, Asma S, Blair N, Eriksen MP. Tytoń: globalna skala problemu i rozwiązania na poziomie społeczności. In: Yusuf S, Cairns JA, Camm J eds. *Kardiologia faktów*. Vol. 1. Centr. Wyd. Med., Warszawa 2005: 129–141.
8. Janion M. Behawioralne czynniki ryzyka miażdżycy. In: Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z eds. *Choroby serca u kobiet*. 2nd Ed. Via Medica, Gdańsk 2007: 118–142.
9. Lubiszewska B, Skóra E, Kruk M et al. Prevalence of classical risk factors in Polish women with premature coronary artery disease. *Kardiologia Pol*, 2010; 68: 1032–1037.