

KOBIETY

i choroby układu krążenia



pod red. Anny Posadzy-Małączyńskiej

KOBIETY I CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

pod redakcją
Anny Posadzy-Mańczyńskiej

Kobiety i choroby układu krążenia

pod redakcją Anny Posadzy-Małaczyńskiej

© Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2009

termedia
wydawnictwa
medyczne

Wszystkie prawa zastrzeżone

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Wenedów 9/1
61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne
Poznań 2009
Wydanie I

projekt okładki: Olga Reszelska
skład i łamanie: studio graficzne TERMEDIA
druk: Poznańskie Zakłady Graficzne S.A., Poznań

ISBN: 978-83-62138-00-5

Wydawca dążył wszelkimi staraniami, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Spis treści

Od autora	7
Anna Posadzy-Mataczyńska	
1. Kobieta jako pacjentka	9
Krystyna Knypl	
2. Epidemiologia chorób i czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u kobiet	15
Jerzy Głuszek	
3. Odrębności leczenia nadciśnienia tętniczego u kobiet	25
Ludwina Szczepaniak-Chicheł, Andrzej Tykarski	
4. Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe u kobiet	43
Łukasz Stryczyński, Anna Posadzy-Mataczyńska	
5. Ingerencja hormonalna po menopauzie – oblicze hormonalnej terapii zastępczej	63
Anna Posadzy-Mataczyńska	
6. Choroba niedokrwienna serca u kobiet	79
Piotr Bręborowicz, Stefan Grajek	
7. Kardiomiopatia <i>tako-tsubo</i>	87
Lucyna Woźnicka-Leśkiewicz, Anna Posadzy-Mataczyńska	
8. Zaburzenia częstotliwości rytmu serca u kobiet	99
Krzysztof Błaszcyk	
9. Ciąża u kobiet z wadami serca	115
Olga Trojnarowska	
10. Patologia naczyń żylnych	131
Katarzyna Pawlaczyk-Gabriel, Marcin Gabriel	
11. Udar mózgu u kobiet	159
Jolanta Florczak	
12. Cukrzyca i ciąża	171
Ewa Wender-Ożegowska, Katarzyna Cypryk	
13. Dieta śródziemnomorska jako modelowy sposób żywienia w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u kobiet	199
Lucyna Woźnicka-Leśkiewicz, Anna Posadzy-Mataczyńska	

Zespół autorów

dr hab. n. med. Krzysztof Błaszak
Pracownia Elektrofizjologii Serca
I Kliniki Kardiologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr n. med. Piotr Bręborowicz
I Klinika Kardiologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr hab. n. med., prof. nadzw.
Katarzyna Cypryk**
Klinika Diabetologii
i Chorób Przemiany Materii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
w Łodzi

dr n. med. Jolanta Florczak
Katedra i Klinika Neurologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr hab. n. med., prof. UM Marcin Gabriel
Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Jerzy Głuszek
Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Stefan Grajek
I Klinika Kardiologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr n. med. Krystyna Knypl
Klinika Promed, Warszawa

dr n. med. Katarzyna Pawlaczyk-Gabriel
Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr hab. n. med. Anna Posadzy-Mataczyńska
Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

lek. med. Łukasz Stryczyński
Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

lek. med. Ludwina Szczepaniak-Chicheł
Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr hab. n. med. Olga Trojnarśka
I Klinika Kardiologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski
Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

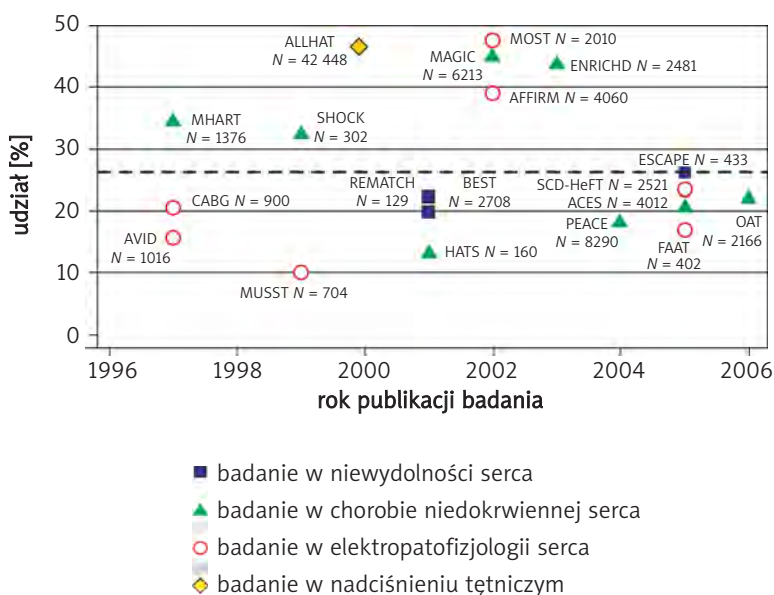
prof. dr hab. n. med. Ewa Wender-Ożegowska
Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

lek. med. Lucyna Woźnicka-Leśkiewicz
Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Od autora

Kobiety stanowią około 55% całej ludności świata, w Europie odsetek ten jest podobny (Irlandia – 50,3%, Łotwa – 53,9%, Polska – 51,5%). Ze względu na różnice płci dotyczące umieralności, więcej starszych kobiet przypada na porównywalną wiekowo grupę mężczyzn. Europa ma obecnie największy na świecie wskaźnik kobiet po 65. roku życia, a liczba kobiet w wieku powyżej 80 lat jest dwa razy większa niż liczba mężczyzn w tym samym wieku.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2008 roku kobiety żyły średnio 80 lat. Jest to o około 18 lat dłużej w porównaniu z początkiem lat 50. ubiegłego stulecia. Główny Urząd Statystyczny podaje, że – mimo pozytywnych zmian w wydłużaniu przeciętnego czasu trwania życia – Polska nadal wypada niekorzystnie na tle czołówki krajów europejskich. Polka żyje krócej od statystycznej Europejki o 4–5 lat. Wśród kobiet za długowieczne można uznać Szwajcarki, Francuzki, Hiszpanki i Włoszki. Przeciętny czas trwania ich życia przekracza 84 lata. Najkrócej w Europie żyją Mołdawianki, Rosjanki i Ukrainki – poniżej 74 lat. Trudno pogodzić się z faktem, że wśród 45 krajów europejskich



Rycina 1. Udział kobiet w badaniach klinicznych 3. i 4. fazy (modyfikacja autora wg Kim. JACC 2008; 52: 672–673)

Polska, pod względem długości życia kobiet, zajmuje lokatę dopiero w trzeciej dziesiątce – dalekie, 24. miejsce.

Choroby układu sercowo-naczyniowego będące najczęstszą przyczyną zgonów w populacji w większym stopniu dotyczą kobiet, które żyją wprawdzie dłużej, lecz w istocie są bardziej chore. W ostatnich latach zmniejsza się dystans długości życia dzielący je od mężczyzn.

W czasach formułowania w medycynie przesłanek postępowania opartego głównie na faktach spotykamy się z przeszkodą, którą jest brak lub mała liczba dowodów naukowych uzasadniających wybór metod diagnostyki i leczenia u kobiet. Na rycinie 1. przedstawiono fakt skromnego, bo średnio około 25-procentowego, udziału kobiet w badaniach klinicznych, prowadzonych w ostatnich latach, które stają się podstawą do formułowania wytycznych terapeutycznych i diagnostycznych w leczeniu chorób układu krążenia.

Ideą, jaka przyświecała powstaniu niniejszej książki, była próba zmierzenia się z odrębnościami dotyczącymi diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych u kobiet oraz przyjrzenie się zagadnieniom, o których współcześnie zaczyna się pisać w literaturze medycznej, nazywając je „medycyną płci”.

Dziękuję wszystkim autorom, którzy – odpowiadając na moje zaproszenie do udziału w powstaniu tej książki – w pewnym stopniu stali się „entuzjastami medycyny płci” i podjęli się ze mną realizacji tego opracowania.

Anna Posadzy-Małaczyńska

Kobieta jako pacjentka

Krystyna Knypl

Wstęp

Medycyna genderowa jest młodą dyscypliną naukową. Pierwszy kongres naukowy poświęcony zagadnieniom odrębności medycznych wynikających z płci odbył się dopiero w 2006 roku. Podobnie krótki, bo pięcioletni, staż ma czasopismo *Gender Medicine*. Pionierami badań w tym zakresie są Amerykanie, którzy przed dziesięcioma laty przy *National Institutes of Health* powołali *Office of Research on Women Health*, którego dyrektorką została dr Vivian W. Pinn [1]. Była ona świadoma, że zainteresowanie zarówno władz, jak i społeczeństwa zdrowiem płci żeńskiej nie będzie łatwe, jeśli nie zostaną przeprowadzone badania wykazujące, że kobiety chorują inaczej niż mężczyźni. Postawa taka zaowocowała opublikowaniem przez *Institute of Medicine* w 2001 roku raportu zatytułowanego *Exploring the Biological Contributions to Human Health. Does Sex Matter?*, w którym napisano m.in.: „...płeć wywiera wpływ na zdrowie; kobiety i mężczyźni mają różne obrazy chorób i różny styl życia... Zrozumienie opartych na różnicy płci odrębności jest ważne w celu opracowania nowego podejścia do profilaktyki, diagnostyki i leczenia”. Jednak samą esencję raportu zawarto w – jakże typowym dla amerykańskiego stylu komunikacji – krótkim stwierdzeniu: „Every cell has a sex”.

Choroby układu krążenia u kobiet

Ponieważ choroby układu krążenia są najczęstszym powodem zgłaszania się do lekarza, zrozumiałe jest, że najwięcej badań genderowych poświęcono odrębnościom kardiologicznym u kobiet, i nie dziwi fakt, że uroczystą inauguracyjną sesję *1st World Congress on Gender Specified Medicine* zatytułowano *Gender-specified aspects of cardiovascular disease* [2]. Świadomość, że kobiety częściej są śmiertelnymi ofiarami choroby wieńcowej, jest niewielka. Doktor Karin Schenck-Gustafson z Kliniki Kardiologicznej Karolinska Institute poinformowała, że choroby sercowo-naczyniowe stanowią przyczynę zgonów 55% kobiet i 45% mężczyzn. Świadomość społeczna, że zawał serca jest główną przyczyną zgonów szwedzkich kobiet jest również mała – zaledwie 16% badanych mężczyzn i 24% kobiet wskazało prawidłową odpowiedź. Konsekwencją braku świadomości jest to, że szwedzka kobieta z ostrym zawałem serca czeka godzinę dłużej niż mężczyzna na przewiezienie do

szpitala. Do tego należy dodać informację, że kobiety w Szwecji rzadziej zażywają statyny, kwas acetylosalicylowy oraz leki trombolityczne. Wprawdzie nie ma dokładnych danych dotyczących zażywania poszczególnych grup leków kardiologicznych, ale można przypuszczać, że sprawy nie mają się lepiej.

Układ krążenia u kobiet jest inny podczas choroby i w zdrowiu, a różnice można obserwować już bardzo wcześnie. Dostępne są stosunkowo nieliczne wyniki badań na temat układu krążenia u płodów. W badaniach McKenna i wsp. [3] stwierdzano u płodów żeńskich średnią częstość uderzeń serca wynoszącą $151,7 \pm 22,7$ na minutę, natomiast u płodów męskich $154,9 \pm 22,8$ na minutę ($p = 0,13$). Z chwilą przyjścia na świat dziewczynki mają znamienne szybszą czynność serca. W badaniach przeprowadzonych przez Nagy'ego i wsp. odnotowano u noworodków płci żeńskiej średnio $136,48 \pm 1,88$ uderzeń na minutę, natomiast u noworodków płci męskiej $128,28 \pm 1,40$ uderzeń na minutę ($p < 0,001$). Autorzy nie wykazali związku częstotliwości rytmu serca z masą urodzeniową. Przyczyna różnic w częstotliwości rytmu serca dziewczynek i chłopców nie jest znana.

Odrębności w budowie i funkcjonowaniu układu krążenia również występują w wieku dziecięcym oraz młodzieńczym i dotyczą nie tylko częstotliwości rytmu serca, ale także wysokości ciśnienia krwi. U młodych kobiet ciśnienie jest niższe w ciągu dnia, a zagłębienie (spadek) nocne większe niż u mężczyzn [5]. Różnice te tłumaczy się hipertensyjnym wpływem androgenów oraz rozbieżnościami w zakresie aktywności układu współczulnego oraz układu renina–angiotensyna–aldosteron.

Stwierdza się różnice nie tylko w funkcjonowaniu układu krążenia, ale i jego budowie. Naczynia wieńcowe kobiet mają mniejszą średnicę, cieńsze ściany i bardziej kręty przebieg, a krążenie oboczne jest słabiej rozwinięte [6]. Ze względu na mniejsze wymiary tętnic wieńcowych u kobiet w porównaniu z mężczyznami może częściej dochodzić do trudności technicznych podczas zabiegów koronarografii, a co się z tym wiąże – również częstszego występowania komplikacji. Kobiety w starszym wieku zapadają na chorobę wieńcową i teoretycznie jest dużo czasu na rozwój krążenia obocznego, jednak nie dochodzi do tego.

Dane na temat budowy blaszek miażdżycowych, ich liczby, stopnia uwapnienia, zawartości tkanki włóknistej, elementów komórkowych w blaszce, stopnia zwężenia powodowanego przez blaszkę u kobiet w porównaniu z mężczyznami nie są jednoznaczne w poszczególnych publikacjach. Masa mięśnia sercowego, a także jego reakcja na działanie takich czynników, jak przeciążenie objętościowe lub ciśnieniowe, jest różna u kobiet i mężczyzn. W wypadku polskiej populacji proponuje się następujące normy wskaźnika masy lewej komory (*left ventricular mass index* – LVMI) – dla mężczyzn 117 g/m^2 , a dla kobiet 104 g/m^2 [7]. Normy te są nieco mniejsze w porównaniu z innymi, które można spotkać w piśmiennictwie kardiologicznym.

W procesie starzenia się organizmu u kobiet i mężczyzn zachodzą różne zmiany w mięśniu sercowym. W wypadku mężczyzny dochodzi do utraty większej liczby miocytów w mięśniu niż u kobiet.

Podstawową rolę w powstawaniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego, w tym choroby wieńcowej, odgrywa występowanie czynników ryzyka, a w szcze-

gólności ich liczba i stopień nasilenia u danego pacjenta. Różnice w sile negatywnego oddziaływania poszczególnych czynników ryzyka wystąpienia schorzeń sercowo-naczyniowych były przedmiotem badań wielu autorów. Ciekawe wyniki długotrwałego (trwającego aż 28 lat) badania prospektywnego przedstawiono na łamach czasopisma *The Reykjavik Study*. Grupę badaną stanowili 706 kobiet i 1700 mężczyzn. Stężenie cholesterolu całkowitego zwiększało ryzyko zachorowania na zawał serca w stopniu zbliżonym u obu płci, przy czym ryzyko to zmniejszało się z wiekiem. Ciśnienie skurczowe krwi było czynnikiem ryzyka o silniejszym, negatywnym oddziaływaniu w odniesieniu do kobiet, u których stwierdzano echokardiograficzne cechy przerostu lewej komory serca. Stężenie glukozy na czczo powyżej 6,7 mmol/l silniej negatywnie oddziaływało w wypadku kobiet niż mężczyzn. Zwiększone stężenie triglicerydów wykazywało również silniejsze negatywne oddziaływanie u kobiet niż mężczyzn, przy czym z wiekiem ta zależność się zmniejszała. Na te interesujące spostrzeżenia należy jednak spojrzeć z dystansem, ponieważ w obserwowanej grupie było aż 2,4-krotnie więcej mężczyzn niż kobiet, co nie mogło pozostać bez wpływu na wyniki i wnioski.

Roberts i Thompson [9] zwracają uwagę na ten problem w szerszym kontekście, analizując pod względem liczebności mężczyzn i kobiet znane badania kliniczne. Przykładowo, można przytoczyć spostrzeżenie, że w trzech bardzo znanych badaniach klinicznych – WOSCOPS, ASCOT-LLA oraz AFCAPS/texCAPS – dotyczących stosowania statyn w profilaktyce pierwotnej choroby wieńcowej, w których uczestniczyło 23 505 pacjentów, kobiety stanowiły zaledwie 12,5% badanych osób. W odniesieniu do profilaktyki wtórnej sytuacja przedstawia się nieco lepiej, chociaż nadal proporcje mężczyzn i kobiet biorących udział w badaniach dalekie są od proporcji istniejących w populacji ogólnej. Liczba obserwowanych pacjentów w badaniach 4S, HPS, CARE, LIPID, PROSPER wynosiła łącznie 43 457, przy czym kobiety stanowiły 25% badanych osób. Rzadko uświadamiamy sobie, że populacja sztyndardowego badania *The Scandinavian Simvastatin Survival Study* liczyła tylko 19% kobiet! Wyniki tego badania ukazały się w 1994 roku. Dziesięć lat później opublikowano zalecenia *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines*, oparte na danych statystycznych uwzględniających analizy w zależności od płci badanych osób [10].

Autorzy stwierdzają, że dyskusji nie powinien podlegać fakt, że wszystkie przeprowadzane w przyszłości badania kliniczne powinny uwzględniać uczestnictwo mężczyzn i kobiet w zrównoważonych proporcjach.

Największe różnice w sile negatywnego oddziaływania czynników ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej odnotowuje się w wypadku palenia papierosów, które u kobiet powoduje dużo większe ryzyko pojawienia się zawału mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami. W badaniu *The Finnmark Study* [11] przez 12 lat obserwowano 11 843 pacjentów w wieku 32–52 lat. Podczas tej obserwacji stwierdzono 495 przypadków zawału mięśnia sercowego u mężczyzn i 103 przypadki u kobiet. W podgrupie osób palących powyżej 20 papierosów

dziennie częstość występowania zawału serca była sześciokrotnie większa wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami, chociaż w odniesieniu do całej grupy zawał serca dotyczył mężczyzn 4,6 razy częściej. W omawianym badaniu stężenie cholesterolu całkowitego, frakcji HDL cholesterolu oraz ciśnienie skurczowe wykazywały podobnie negatywne oddziaływanie zarówno w wypadku kobiet, jak i mężczyzn.

W badaniach duńskich [12] obejmujących 1251 mężczyzn i 512 kobiet stwierdzono, że u kobiet palących ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego było 2,24-krotnie większe, natomiast u mężczyzn 1,43-krotnie. Autorzy raportu podkreślają, że ciągle zwiększa się liczba młodych kobiet sięgających po papierosy.

Wielu autorów donosi o różnicach w obrazie klinicznym choroby wieńcowej u mężczyzn i kobiet. W razie wystąpienia choroby wieńcowej mężczyźni częściej skarżą się na „klasyczne” bóle zamostkowe, natomiast kobiety zwykle zgłaszają takie dolegliwości, jak nudności, duszność, obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego czy uczucie zatykania [6]. Sposób referowania dolegliwości może w znacznym stopniu wpływać na dalsze decyzje diagnostyczne i terapeutyczne, a w efekcie na rokowanie. U kobiet z rozpoznaną chorobą wieńcową częściej występują bóle w następstwie stresów i emocji, bóle w godzinach nocnych oraz bóle niereagujące na leki. Im ból jest bardziej typowy, tym większa jego korelacja z wynikami badania koronarograficznego. Nietypowy obraz choroby wieńcowej stwierdzano u 57,5% kobiet i 44,5% mężczyzn w grupie liczącej 3975 pacjentów badanych przez Shaw i wsp. [13]. W grupie tej zaobserwowano także częstsze występowanie u kobiet niespecyficznych zmian odcinka ST-T niż u mężczyzn, lecz odsetek typowych zmian w elektrokardiogramie był zbliżony – u kobiet pojawiały się one w 16,5%, a u mężczyzn w 19,4% przypadków. Mimo rozpoznania typowych dla choroby wieńcowej zmian w elektrokardiogramie, aż u 62% kobiet nie prowadzono dalszej diagnostyki choroby wieńcowej w porównaniu z 38% mężczyzn [13].

Fakty te rzutują na przebieg zdarzeń wieńcowych lub zawałów mięśnia sercowego u kobiet. Z opublikowanego w 2006 roku opracowania *The Euro Heart Survey of Stable Angina* [14] wynika, że kobiety są rzadziej kierowane na elektrokardiograficzne badanie wysiłkowe, rzadziej mają wykonywane zabiegi interwencyjne na naczyniach wieńcowych, rzadziej mają wdrażane leczenie statynami oraz rzadziej otrzymują leki przeciwpłytkowe. Różnice w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym wpływają na rokowanie odległe – z cytowanego raportu wiadomo, że u kobiet śmiertelność po 12 miesiącach od potwierdzenia rozpoznania choroby wieńcowej jest dwukrotnie większa.

Nie tylko częstość, nasilenie czynników ryzyka, obraz kliniczny oraz postępowanie diagnostyczne w odniesieniu do kobiet jest różne, o czym decyduje różna wartość diagnostyczna poszczególnych badań, ale także pewne zwyczajowo przyjęte schematy postępowania. Badanie elektrokardiograficzne może mieć u kobiet ograniczoną wartość diagnostyczną z powodu częstszego pojawiania się nieswoistych zaburzeń okresu repolaryzacji. Próbę wysiłkową rzadziej

wykonuje się u kobiet niż u mężczyzn ze względu na częstsze występowanie wyników fałszywie dodatnich [6]. Podczas wysiłku kobiety osiągają większą częstotliwość tętna przy mniejszych obciążeniach, co sprawia, że czas trwania próby wysiłkowej jest krótszy. Wartość diagnostyczna próby wysiłkowej jest większa u starszych kobiet niż u młodszych. Niezależnie od tych ograniczeń, ujemny wynik próby wysiłkowej ma swoje znaczenie diagnostyczne i uważa się go za wartościowy element diagnostyczny.

Końcowy etap postępowania diagnostycznego w chorobie wieńcowej obejmuje decyzję o wykonaniu koronarografii, a w zależności od wyniku badania przeprowadza się leczenie kardiochirurgiczne. Wielu autorów podkreśla, że decyzję o wykonaniu koronarografii szybciej i częściej podejmuje się w wypadku mężczyzn. Birdwell i wsp. [15] zwrócili uwagę na ciekawy fakt wpływający na decyzję o wykonaniu tego zabiegu – w wypadku osób relacjonujących swoje dolegliwości w sposób spokojny i rzeczowy częściej podejmowano decyzję o wykonaniu tego zabiegu niż w odniesieniu do osób przedstawiających dolegliwości w sposób teatralny.

Każdego roku w Stanach Zjednoczonych przeprowadza się 410 tysięcy zabiegów kardiochirurgicznych [16]. Zabiegom poddaje się pacjentki w starszym wieku; cechuje je większe ryzyko ogólne niż mężczyzn. Ze względu na mniejsze wymiary ciała kobiet prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań podczas zabiegu okazuje się większe niż u mężczyzn. U kobiet stwierdza się ponadto większą okołooperacyjną śmiertelność ogólną i z przyczyn sercowych w porównaniu z mężczyznami. Kobiety poddane zabiegom kardiochirurgicznym otrzymują więcej przetoczeń krwi, dłużej przebywają na oddziałach intensywnej opieki, dłużej są hospitalizowane oraz przeprowadza się u nich więcej zabiegów mechanicznej wentylacji płuc.

Kobieta i e-medycyna

Współczesna medycyna jest obecna nie tylko w przychodniach, klinikach i salach operacyjnych, ale także w Internecie. Szeroko rozbudowany jest dział wymiany doświadczeń między pacjentami cierpiącymi na to samo schorzenie lub ich opiekunami, specjaliści odpowiadają on-line na pytania medyczne internautów, lekarze kontaktują się z pacjentami drogą e-mailową, a w wielu krajach tradycyjną papierową receptę zastąpiła adnotacja lekarza na internetowym koncie pacjenta.

W tym dynamicznie rozwijającym się świecie e-medycyny kobiety różnią się w swych reakcjach i zachowaniach od mężczyzn. Liczba kobiet dyskutujących na medycznych forach jest o wiele większa, częściej pytają one o problemy związane ze swoim zdrowiem i najbliższej rodziny. Analiza pytań zadawanych przez internautów na jednym z portali poświęconych problematyce zdrowotnej wykazała, że aż w 74,5% były zadane przez kobiety internautki, a ich średnia wieku wynosiła 34 lata [17]. Najczęstszymi powodami kontaktu kobiet z lekarzem na

portalu internetowym były pytania dotyczące wysokości ciśnienia krwi, prośby o komentarz do wykonanych badań dodatkowych oraz wątpliwości związane z odczuwanymi dolegliwościami z zakresu układu krążenia. Pytania dotyczące zdrowia rodziny pochodziły wyłącznie od kobiet. Nie ulega więc wątpliwości, że menedżerem zdrowia w polskiej rodzinie jest kobieta.

Piśmiennictwo

1. Legato MJ. Dr Vivian W. Pinn's decade at the Office of Research on Women's Health: reaping a rich harvest. *Gend Med* 2004; 1: 2-4.
2. Knypl K. *Choroba wieńcowa u kobiet*. *Essentia Medica* 2007; 2: 15-21.
3. McKenna DS, Ventolini G, Neiger R, Downing C. *Gender-related differences in fetal heart rate during first trimester*. *Fetal Diagn Therapy* 2006; 21: 144-147.
4. Nagy E, Hajnalka O, Bardos G, Molnar P. *Gender – related heart rate differences in human neonates*. *Pediatr Res* 2000; 47: 778-780.
5. Harshfield GA, Alpert BS, Pulliam DA i wsp. *Ambulatory blood pressure recordings in children and adolescents*. *Pediatrics* 1994; 94: 180-184.
6. Kornacewicz-Jach Z, Czechowska M, Kossuth I. *Odrębności choroby wieńcowej u kobiet*. *Terapia* 2004, Dostępne na: www.terapia.com.
7. Pasierski T. *Echokardiografia w rozpoznawaniu i diagnostyce przyczyn przerostu lewej komory*. *Folia Cardiologica* 2001; 8 supl. C: C1-C4.
8. Jonsdottir LS, Sigfusson N, Gudnason V i wsp. *Do lipids, blood pressure, diabetes and smoking confer equal risk of myocardial infarction in women as in men? The Reykjavik Study*. *J Cardiovasc Risk* 2002; 9: 67-76.
9. Roberts BH, Thompson PD. *Is there evidence for the evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women?* *Gend Med* 2006; 3: 5-12.
10. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN i wsp.; National Heart, Lung, and Blood Institutes, the American College of Cardiology Foundation, and the American Heart Association. *Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines*. *Circulation* 2004; 110: 227-239.
11. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. *Smoking, serum lipids, blood pressure and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study*. *Circulation* 1996; 93: 450-456.
12. Prescott E, Hippe M, Schnohr P i wsp. *Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study*. *BMJ* 1998; 316: 1043-1047.
13. Shaw LJ, Miller D, Romeis JC i wsp. *Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary artery disease*. *Ann Intern Med* 1994; 120: 559-566.
14. Daly C, Clemens F, Sendon J i wsp.; the Euro Heart Survey Investigators. *Gender differences in the management and clinical outcomes of stable angina*. *Circulation* 2006; 113: 490-498.
15. Birdwell BG, Herbers JE, Kroenke K. *Evaluating chest pain. The patient's presentation style alters the physician's diagnostic approach*. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1991-1995.
16. Fox AA, Nussmeier NA. *Does gender influence the likelihood or types of complications following cardiac surgery?* *Semin Cardiothorac Vasc Anesth* 2004; 8: 283-295.
17. Knypl K, Zaborska A. *Jakie są obawy i pytania dotyczące układu krążenia zadawane przez internautów?* *Pol Przegl Kardiol* 2007; 9 supl. 1: 32.



Dr hab. n. med. Anna Posadzy-Mańczyńska pracuje w Klinice Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Opublikowała cykl prac z zakresu diagnostyki, leczenia nadciśnienia tętniczego, także w aspekcie zdrowia kobiety. Ma tytuł specjalisty hipertensjologii, angiologii i chorób wewnętrznych. Jest ekspertem *European Society of Hypertension*.

Jako członek Komisji Nadciśnienia Tętniczego Polskiej Akademii Nauk, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Polskiego Towarzystwa Angiologicznego, Towarzystwa Internistów Polskich, a także Komitetu Naukowego dwumiesięcznika „Nadciśnienie Tętnicze” bierze czynny udział w życiu naukowym w kraju i za granicą. Autorka jest wybitnym dydaktykiem i cenionym pracownikiem nauki.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2008 roku kobiety żyły średnio 80 lat. Mimo pozytywnych zmian w wydłużaniu przeciętnego czasu trwania życia, Polska nadal wypada niekorzystnie na tle czołówki krajów europejskich. Polka żyje krócej od statystycznej Europejki o około 4–5 lat. Choroby układu sercowo-naczyniowego, będące najczęstszą przyczyną zgonów w populacji, w większym stopniu dotyczą kobiet. Żyją one wprawdzie dłużej, lecz w istocie są bardziej chore. W ostatnich latach zmniejsza się dystans długości życia dzielący je od mężczyzn.

Ideą, jaka przyświecała powstaniu niniejszej książki, była próba zmierzenia się z odrębnościami dotyczącymi diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych u kobiet oraz przyjrzenie się zagadnieniom, o których współcześnie zaczyna się pisać w literaturze medycznej, nazywając je „medycyną płci”.