

DOI 10.58351/2949-2041.2026.37.8.008

Касьянов Сергей Андреевич

ассистент кафедры профилактической и семейной медицины
Уральский Государственный Медицинский Университет
Kas'yanov Sergey Andreevich
assistant of the family and preventive medicine department
Ural State Medical University

Левина Дарья Евгеньевна, студентка

Уральский Государственный Медицинский Университет
Levina Darya Evgenievna, student
Ural State Medical University

Бродовская Полина Максимовна, студентка

Уральский Государственный Медицинский Университет
Brodovskaia Polina Maximovna, student
Ural State Medical University

Бродовская Татьяна Олеговна

д.м.н., заведующий кафедрой профилактической и семейной медицины
Уральский Государственный Медицинский Университет
Brodovskaia Tatiana Olegovna
PhD, Associate Professor, Head of family and preventive medicine department
Ural State Medical University

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИЧИНЫ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА
В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
ORGANIZATIONAL REASONS FOR GENDER INEQUALITY IN THE PROVISION
OF MEDICAL CARE TO WOMEN WITH ACUTE CORONARY SYNDROME**

Аннотация. В статье представлен обзор современных данных об организационных барьерах в оказании медицинской помощи женщинам с острым коронарным синдромом (ОКС). Показано, что женщины чаще сталкиваются с задержками первичного осмотра, поздней диагностикой, менее полной реализацией доказательной фармакотерапии, а также более редким направлением на кардиореабилитацию. Рассматриваются причины этих различий, включая недооценку симптомов у женщин, недостаточную настороженность специалистов, организационную фрагментацию маршрута пациента, недостаточную представленность женщин в клинических исследованиях. Отдельное внимание уделено роли специализированных женских кардиологических центров и программ кардиореабилитации, адаптированных под потребности женщин.

Abstract. The article provides an overview of current data on organizational barriers in providing medical care to women with acute coronary syndrome (ACS). It has been shown that women are more likely to face delays in the initial examination, late diagnosis, less complete implementation of evidence-based pharmacotherapy, as well as a rarer referral for cardiac rehabilitation. The reasons for these differences are considered, including underestimation of symptoms in women, insufficient alertness of specialists, organizational fragmentation of the patient's route, and insufficient representation of women in clinical trials. Special attention is paid to the role of specialized women's cardiology centers and cardiac rehabilitation programs adapted to the needs of women.

Ключевые слова: Острый коронарный синдром, особенности у женщин, гендерные различия, организационные барьеры, неравенство в здравоохранении.

Keywords: Acute coronary syndrome, female features, gender differences, organizational barriers, inequalities in healthcare.



Введение

Острый коронарный синдром остается одной из ведущих причин сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у женщин, однако клинический путь пациенток нередко сопровождается более поздним распознаванием симптомов и меньшей интенсивностью лечения. В современных обзорах подчеркивается, что гендерные различия затрагивают весь континуум оказания помощи – от первичного контакта с системой здравоохранения до вторичной профилактики и реабилитации. Это делает проблему не только клинической, но и организационной, поскольку влияние пола пациента отражается на своевременности диагностики, выборе терапии и доступе к восстановительным программам. Анализ организационных причин и форм гендерного неравенства в кардиологической помощи имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Несмотря на накопление данных о гендерных различиях в оказании помощи пациентам с острым коронарным синдромом, в литературе сохраняется фрагментарность представлений о том, на каких именно этапах маршрута женщины сталкиваются с организационными барьерами. Большинство работ рассматривают отдельные аспекты проблемы – диагностику, инвазивное лечение или реабилитацию – без комплексного анализа их взаимосвязи. Кроме того, недостаточно систематизированы данные о гендерных различиях в фармакотерапии и о роли организационных факторов, включая направление на кардиореабилитацию и наличие специализированных женских кардиологических центров. Научная новизна настоящей работы состоит в комплексном обобщении современных данных о неравенстве в оказании кардиологической помощи женщинам с острым коронарным синдромом с акцентом на имеющиеся организационные ограничения.

Отложенная диагностика

Последние исследования доказывают существование гендерных различий во многих аспектах острого коронарного синдрома (ОКС), влияющих на диагностику, лечение и исходы у женщин. Отмечается более частая атипичная клиника коронарной недостаточности у женщин, что приводит к недостаточному пониманию диагностических различий в зависимости от пола, задержкам в старте лечения и несоответствия в ведении ОКС у женщин по сравнению с мужчинами, что, в конечном итоге, влияет на исходы.

У женщин с ОКС фиксируется отложенное начало оказания медицинской помощи. Так, время от появления симптомов до вызова скорой помощи было значительно дольше у женщин, чем у мужчин. О'Донелл и соавт. установили, что перед обращением к врачу женщины ждали 14 часов, тогда как мужчины – всего 2,8 часа [9, С. 268-276]. Хотя данный факт отражает в большей мере социально-демографические различия на стороне пациента, чем на стороне организации медицинской помощи, тем не менее, ограничения, которые испытывают женщины при ее необходимости, связанные с бытовыми обязательствами (уход за семьей, домом), а также культурные особенности, лимитируют возможность своевременной диагностики. Сохраняются мифы о женщинах и «атипичных» симптомах боли в груди. На самом деле, на момент обращения к врачу женщины и мужчины с диагнозом острого инфаркта миокарда одинаково часто сообщают о боли в груди. Однако женщины, особенно молодые, чаще указывают на дополнительные симптомы, которые могут осложнить клиническую картину и дифференциально-диагностический поиск [8, С. 21-29]. Так, женщины также чаще связывают симптомы с альтернативными причинами, включая стресс, усталость.

Munday H. и соавт. отмечают, что женщины ждут скорую помощь значительно дольше, поскольку среднее время ожидания для женщин составляло 57 минут по сравнению с 35 минутами для мужчин [8, С. 21-29]. В исследовании Muhrbek и соавт. несмотря на то, что женщины и мужчины получали примерно одинаковое время реагирования службы скорой помощи, время от прибытия бригады скорой помощи до проведения электрокардиограммы составляло 99 минут для пациенток женского пола по сравнению с 19 минутами для пациентов мужского пола ($p = 0,001$), а догоспитальная ЭКГ была выполнена в течение 10 минут после прибытия скорой помощи 29% мужчин и лишь 14% женщин, ($p = 0,001$) [7, С. 100-104].



Сообщается о различиях в подходах у пациенток с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, у которых время от начала развития симптомов до госпитализации было на 28,8 минут дольше, чем у мужчин, а время дверь-баллон – на 7,7 минут дольше [15, С. 78-83]. Эти данные согласуются с систематическими обзорами, где женщины с ОКС демонстрировали более высокую вероятность задержки лечения [16, С. 163].

Таким образом, гендерное неравенство проявляется уже на раннем этапе маршрута пациента и влияет на последующие решения о лечении. Диагностические задержки у женщин связаны как с особенностями клинической картины, так и с недостаточной настороженностью специалистов. Подчеркивается, что женщины чаще предъявляют менее типичные симптомы, что снижает вероятность своевременного распознавания ишемии миокарда. Это приводит к более поздней верификации диагноза и, в ряде случаев, к недооценке вероятности ОКС на этапе первичной сортировки. Таким образом, задержка диагноза у женщин носит не случайный, а системный характер.

Гендерные различия в лечении

Гендерные различия в медикаментозном лечении ОКС проявляются прежде всего в меньшей частоте назначения отдельным женщинам доказательных препаратов и стратегий вторичной профилактики. Munday Н. сообщает о том, что после первого эпизода ОКС мужчинам чаще назначали рекомендованные группы препаратов, включая двойную антиагрегантную терапию, чем женщинам [8, С. 21-29]. В крупном регистровом исследовании женщины с ОКС реже получали на госпитальном этапе раннюю двойную антиагрегантную терапию, антикоагулянты, статины [14, С. 1021-1025]. Литературные данные показывают, что по антитромботической терапии результаты неоднородны, однако в целом женщины не получают большего объема терапии, чем мужчины, а основные различия связаны именно с меньшей частотой назначения, более консервативным выбором препаратов и неполной реализацией вторичной профилактики. При анализе эффективности терапии у женщин с ОКС чаще сообщается о более старшем возрасте пациенток данной категории, высокой частоте коморбидной патологии, которые ограничивают назначения стандартной терапии у женщин. Кроме того, более частая распространенность побочных эффектов у пациентов женского пола определяет осторожность в дозировании препаратов, а высокая коморбидность – в рисках межлекарственных взаимодействий. Таким образом, основная проблема состоит не в различии эффекта, а в дифференцированных подходах к назначению и дозированию фармакотерапии.

Заслуживают внимания гендерные различия в интервенционном лечении. У женщин с ОКС интервенционное лечение применяется реже и нередко позже, чем у мужчин, причем различия сохраняются на всех ключевых этапах – от решения о коронарографии до выбора стратегии реваскуляризации, стентирования и коронарного шунтирования. Показано, что у женщин медики чаще выбирают консервативную тактику даже тогда, когда реваскуляризация технически целесообразна. Так, у 70% женщин, которым была показана реваскуляризация, фактически была избрана консервативная тактика [9, С. 268-276, 10, С. 1282-1290]. Баллонная ангиопластика и стентирование у женщин при ОКС выполняются реже [10, С. 1282-1290], а при их проведении чаще возникают проблемы, связанные с сосудистым доступом и кровотечениями, что частично объясняет более осторожный выбор оперирующих врачей. Повторная реваскуляризация у женщин также выполняется неравномерно: в ряде исследований женщины реже направляются на повторные инвазивные процедуры, хотя у части пациенток сохраняется высокий ишемический риск и необходимость полной реваскуляризации [2, С. 19-24, 4, С. 18]. У женщин с острым инфарктом миокарда наблюдались худшие внутрибольничные и долгосрочные исходы, чем у мужчин, особенно среди женщин, которым в качестве первоначального метода реваскуляризации была проведена чрескожная коронарная интервенция. Такие пациентки чаще госпитализировались по поводу дестабилизации состояния и развития острой сердечной недостаточности [4, С. 18]. Для коронарного шунтирования гендерный разрыв выражен особенно отчетливо: у женщин чаще отмечаются более высокая смертность и риски сердечно-сосудистых событий в

госпитальном и отдаленном периоде по сравнению с мужчинами, а женский пол включен в качестве переменной в валидированные шкалы EuroScore и Society of Thoracic Surgeons при расчете хирургического риска.

Таким образом, гендерное неравенство в лечении ОКС у женщин следует понимать как сочетание более консервативного выбора метода лечения, осторожного подбора и дозирования препаратов и неполной реализации вторичной профилактики у женщин. При этом исходы после повторных вмешательств во многом зависят не только от пола, но и от возраста, коморбидности, поздней диагностики и более тяжелого исходного коронарного поражения, которое у женщин часто выявляется на более позднем этапе заболевания. Это отражает не только более позднее обращение и атипичность симптомов, но и более высокий риск сосудистых осложнений, кровотечений и технической сложности вмешательства из-за меньшего диаметра коронарных артерий, большей их извитости, склонности к диссекции и перфорации.

Кардиореабилитация

Женщины после ОКС реже получают направление на реабилитационный этап лечения после госпитализации. А участие и завершение реабилитационных программ у женщин также менее вероятны, несмотря на доказанную связь кардиореабилитации со снижением смертности [13, С. 368-373]. Это делает реабилитацию еще одной зоной, где гендерное неравенство оказывает клинически значимое влияние.

Низкая направляемость женщин на кардиореабилитацию обусловлена совокупностью факторов, действующих на уровне пациента, врача и организации помощи. Научное заявление Американской кардиологической ассоциации показывает, что женщины реже направляются в кардиореабилитацию, а причины этого включают более высокую распространенность коморбидности, социальные роли и финансовые ограничения [13, С. 368-373].

Ключевым фактором является недостаточная или менее настойчивая рекомендация со стороны медицинских работников. В обзоре школы общественного здоровья отмечено, что низкие показатели врачебного направления и слабая мотивация к участию входят в число главных причин, по которым женщины не попадают в программы реабилитации [11, С. 773-791]. Еще одна причина связана с тем, что женщины чаще имеют более старший возраст, больше сопутствующих заболеваний и высокую психосоциальную нагрузку, включая депрессию, тревогу и ограниченную социальную поддержку. Эти особенности нередко ошибочно воспринимаются как аргумент против направления на реабилитацию, хотя именно такая группа пациентов может особенно выиграть от структурированной вторичной профилактики. Кроме того, в научном заявлении АНА отмечено, что у женщин нередко присутствуют дополнительные финансовые и семейные ограничения, мешающие регулярному посещению программы [13, 368-373]. Женщины чаще сообщают о трудностях, связанных с уходом за семьей, работой, транспортом и расходами на участие в программе. Эти ограничения особенно выражены в традиционных очных форматах кардиореабилитации и частично объясняют, почему гибкие модели – домашние, гибридные и виртуальные программы – рассматриваются как более перспективные для повышения участия женщин. Наконец, низкая направляемость женщин отражает не только поведение отдельных врачей, но и недостаточную адаптацию системы здравоохранения к потребностям пациенток. Высказывается предложение о необходимости создания специализированных женских кардиологических центров и профильных приемах в клиниках, которые были бы способны улучшать профилактику и лечение за счет более раннего распознавания риска, стандартизации диагностики и координации лечения, реабилитации пациенток с ОКС.

Иные организационные ограничения помощи

Гендерные различия в участии пациентов в клинических исследованиях сердечно-сосудистых заболеваний давно вызывают озабоченность в медицинском сообществе, и в последние годы эта проблема привлекает все больше внимания. Несмотря на постоянные



усилия по увеличению представленности женщин в клинических исследованиях, по-прежнему наблюдается недостаточное участие данной когорты в исследованиях сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе ОКС. Используя общедоступные обзоры Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США, Скотт и др. обнаружили значительные различия в участии женщин (диапазон от 22% до 81%; в среднем на одно исследование – 46%) [12, С. 1960-1969]. Женщины были достаточно представлены в исследованиях препаратов для лечения гипертонии и фибрилляции предсердий и недостаточно представлены в исследованиях сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома. Были выявлены несколько факторов, влияющих на участие женщин в исследованиях сердечно-сосудистых заболеваний. К барьерам для участия относятся недостаток информации и понимания исследования, недостаточная осведомленность женщин о сердечно-сосудистых заболеваниях как о значительном факторе риска, процедуры, связанные с исследованием, субъективная оценка состояния здоровья участницы, а также факторы, специфичные для пациенток, включая обязанности по уходу за детьми и стоимость.

Расширение участия женщин в клинических исследованиях сердечно-сосудистых заболеваний имеет ключевое значение для понимания гендерных различий в заболевании и лечении. Клинические исследования меняют практику в кардиологии, вместе с тем, для их проведения требуется исследовательская подготовка, наставничество, спонсорство и налаживание связей. Практическая кардиология входит в число специальностей, где женщины наиболее недостаточно представлены (21,5% ординаторов по общей кардиологии и 12,6% практикующих кардиологов женщины). Между тем, в ряде обсервационных исследований показано, что для пациенток с инфарктом миокарда исходы могут быть лучше при лечении врачами-женщинами, чем врачами-мужчинами [3, С. 8569-8574, 6, С. 598-608].

Такое несоответствие распространяется и на академическую кардиологию, где женщины составляют менее 30% клинического преподавательского состава и менее 20% руководящих или управленческих должностей. Вклад женщин в развитие кардиологии в последнее время возрос, однако включение женщин в качестве авторов в ведущие научные журналы колеблется в пределах 11-19%. Женщины значительно недопредставлены в редакционных советах и на должностях главных редакторов по сравнению с мужчинами: женщины занимают лишь 1 из 5 должностей главных редакторов ведущих медицинских журналов [5, С. 107-119].

Таким образом, особенности в представленности женщин в клинических исследованиях, обучении, наставничестве могли привести к пробелам в понимании и различиям в результатах лечения ОКС у женщин.

Заключение

Сохраняющееся гендерное неравенство в медицинской помощи женщинам с ОКС имеет не только биологические, социально-демографические, но и организационные причины и охватывает проблему отложенной диагностики, терапии и кардиореабилитации, что приводит к ухудшению прогноза у данной категории пациентов. Для уменьшения данного разрыва необходимо повышение осведомленности населения об особенностях проявлений ОКС, создание женских кардиологических центров медицинской помощи, сопровождение женщин после ОКС, вовлечение практикующего и академического кардиологического сообщества в разработку стандартизированных пол-специфичных клинических маршрутов

Список литературы:

1. Острый коронарный синдром у женщин. Есть ли особенности? / Т. О. Бродовская, Э.В. Арёбьев, И. Ф. Гришина, М. И. Петровских // Уральский медицинский журнал. 2023. Т. 22. № 4. С. 128-139. <https://www.umjmsu.ru/jour/article/view/1300>
2. Treatment and outcomes of acute coronary syndromes in women: An analysis of a multicenter quality improvement Chinese study / X. Du [et al.] // International journal of Cardiology. 2017. Vol. 241. P. 19-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28363686/>



3. Greenwood B. N., Carnahan S., Huang L. Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2018. Vol. 115. No. 34. P. 8569-8574. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30082406/>
4. Sex differences following percutaneous coronary intervention or coronary artery bypass surgery for acute myocardial infarction / D. S. Lin [et al.] // *Biology of Sex Differences*. 2022. Vol. 13. No. 1. P. 18. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13293-022-00427-1>
5. Sex Disparities in Cardiovascular Disease / M. K. Mahowald [et al.] // *Methodist Debaquey Cardiovasc Journal*. 2024. Vol. 20. No. 2. P. 107-119. <https://journal.houstonmethodist.org/articles/10.14797/mdcvj.1328>
6. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates by Physician and Patient Sex / A. Miyawaki [et al.] // *Annals of Internal Medicine*. 2024. Vol. 177. P. 598-608. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38648639/>
7. Few with ST-segment elevation myocardial infarction are diagnosed within 10 minutes from first medical contact, and women have longer delay times than men / J. Muhrbeck [et al.] // *Internal Journal of Cardiology Heart & Vasculature*. 2020. Vol. 26. P. 100-104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31921973/>
8. Munday H. B., Whitley G. A. Sex differences in the pre-hospital ambulance delay, assessment and treatment of patients with acute coronary syndrome: a rapid evidence review // *British Paramedic Journal*. 2024. Vol. 8. No. 4. P. 21-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38445111/>
9. Prehospital care pathway delays: gender and myocardial infarction / S. O'Donnell [et al.] // *Journal of Advanced Nursing*. 2006. Vol. 53. No. 3. P. 268-276. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03722.x>
10. Differences in Presentation, Management and Outcomes in Women and Men Presenting to an Emergency Department With Possible Cardiac Chest Pain / L. Ruane [et al.] // *Heart, Lung and Circulation*. 2017. Vol. 26. No. 12. P. 1282-1290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28262338/>
11. Scott L. A., Ben-Or K., Allen J. K. Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation programs? A review of multilevel factors affecting referral, enrollment, and completion. // *Journal of Womens Health (Larchmt)*. 2002. Vol. 11. No. 9. P. 773-791. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12632591/>
12. Participation of Women in Clinical Trials Supporting FDA Approval of Cardiovascular Drugs / P. E. Scott [et al.] // *Journal American College of Cardiology*. 2018. Vol. 71. No. 18. P. 1960-1969. <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2018.02.070>
13. Sex Differences in Cardiac Rehabilitation Outcomes / D. R. Smith [et al.] // *Circulation Research*. 2022. Vol. 130. No. 4. P. 368-373. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319894>
14. Pharmacological treatment after acute coronary syndrome: Baseline clinical characteristics and gender differences in a population-based cohort study / G. Sotorra-Figuerola [et al.] // *Atención Primaria*. 2022. Vol. 54. No. 1. P. 1021-1025. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8566964/>
15. Sex Differences Persist in Time to Presentation, Revascularization, and Mortality in Myocardial Infarction Treated With Percutaneous Coronary Intervention / J. Stehli [et al.] // *Journal American Heart Association*. 2019. Vol. 8. No. 10. P. 78-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31092091/>
16. Diagnostic and Management Dilemmas in Women Presenting with Acute Coronary Syndromes / L. Trutter [et al.] // *Current Cardiology Report*. 2020. Vol. 22. No. 12. P. 163. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-020-01410-1>

