

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ НАСЛІДКІВ ВАГІТНОСТІ НА ПОДАЛЬШИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Ігор Лахно

Недостатня інвазія позаворсинкового трофобласту в стінку спіральних судин матки викликає ішемію тканини хоріона або плаценти. Це призводить до кисневого голодування ендотелію матково-плацентарних судин, що стимулює синтез і вивільнення у системний кровоплин потужного вазоконстриктора – ендотеліну [8]. Лейтмотивом «синдрома плацентарної ішемії» є мікротромбози у плаценті, які виникають на тлі вродженої або набутої тромбофілії. Колись проф. Кіпрос Ніколаїдес та ін. провели дослідження, що наявність гіперагрегації тромбоцитів у разі невдалої плацентації призводить до ПЕ [14]. Підвищення рівня прозапальних цитокінів і продуктів перекисного окиснення ліпідів відіграють важливу роль у розвитку дисліпідемії та ендотеліальної дисфункції [10]. Зростання активності симпатичної ланки автономної нервової системи має прояв у надмірній потужності барорефлексу, гіповолемії та генералізованого судинного спазму [12, 13]. При ПЕ усі вказані ланки патогенезу мають значну вираженість. ЗРП може бути супутницею ПЕ з раннім початком. При великому акушерському синдромі іноді виникає необхідність передчасного переривання вагітності. Вагітність може завершуватися достроково спонтанно. Однак, системні зміни регуляції кровообігу можуть залишатися і після пологів, що має довготривалі наслідки.

На сьогодні відомо зростання ризику смертності жінок віком до 55 років від серцево-судинних захворювань у розвинених країнах світу [3–5, 16, 17]. У США найбільший рівень захворюваності та смертності від серцево-судинної патології відмічається у темношкірих мешканок [15]. Немає жодного сумніву, що жінки з ПЕ мають контролювати артеріальний тиск і отримувати антигіпертензивні препарати у разі потреби. Ведення даної категорії породіль здійснюється шляхом консультування з кардіологом,

Виникнення захворювань серцево-судинної системи у вигляді артеріальної гіпертензії та її ускладнень (коронарної хвороби серця, інсульту) може бути обумовлено несприятливим перебігом вагітності. Великий акушерський синдром, патогенез якого пов'язаний з порушенням плацентації, має прояв у прееклампсії (ПЕ), синдромі затримки роста плода (ЗРП) або антенатальній загибелі плода і невиношуванні вагітності [2]

невропатологом і нефрологом. Хронічне неінфекційне запалення, дисліпідемія і ожиріння є відомими патогенетичними ланцюгами цих захворювань. Можливо, що усі ці фактори можуть бути пов'язані з патологічним перебігом вагітності. А чи потрібне проведення реабілітаційних заходів жінкам з іншими варіантами великого акушерського синдрому? Чи існує певний ризик артеріальної гіпертензії після передчасних пологів або антенатальної загибелі плода? Є такі думки, що в них є системна васкулопатія, яка потребує подальшої корекції [11].

Дати відповіді на ці запитання мають результати нещодавно проведеного дослідження наслідків першої вагітності та моніторингу серцево-судинних захворювань у майбутньому [9]. Більше, ніж п'ята частина жінок, які були залучені до цього дослідження, мали несприятливі наслідки вагітності. Серед них найбільш часто зустрічалися гіпертензивні розлади під час вагітності (13,6%), що були пов'язані у 6,6% з ПЕ і у 7,0% з хронічною артеріальною гіпертензією. Перечасні пологи були відмічені у 8,6% залучених до дослідження жінок. Серед них у 4,9% пологи розпочалися спонтанно, а у 3,7% були індуковані. ЗРП була встановлена у 4,2% обстежених, а антенатальна загибель плода – у 0,4% пацієнток. Слід відмітити, що у 59,9% жінок з індукованими передчасними пологами були гіпертензивні розлади під час вагітності. Серед жінок, у яких були відмічені несприятливі наслідки вагітності,

частіше зустрічалися наступні характеристики: вік до 21 року або більше 35 років, індекс маси тіла більше 25 кг/м², африканська раса, низький рівень освіти, державне або військове медичне страхування, паління на протязі 3 місяців до настання вагітності. У цієї категорії жінок також значно частіше зустрічався гестаційний цукровий діабет [1].

Більше третини залучених до дослідження жінок у терміни 2–7 років після завершення вагітності мали рівень холестерину високої щільності <1,3 ммоль/л або вони приймали ліки, що підвищують їх вміст, а 12,0% мали підвищену концентрацію тригліцеридів або отримували знижуючі рівень ліпідів препарати. Рівень підтверджених серцево-судинних захворювань у той же період часу становив 0,49%. Серед них жінок з несприятливими наслідками вагітності було 31,8%. Відносний ризик (ВР) серцево-судинних захворювань при наявності несприятливих наслідків вагітності становив 1,58, 95% ДІ 0,65–3,87.

Отже, наявність несприятливих наслідків вагітності підвищує ризик настання серцево-судинних захворювань на 58%.

Розвиток артеріальної гіпертензії встановлено у 5,4% обстежених пацієнток. Серед них підвищений артеріальний тиск було виявлено під час обстеження у 83,4%, а 16,6% вже приймали антигіпертензивні препарати.

Було підтверджено, що у жінок з несприятливими наслідками вагіт-



ності був значно підвищений рівень систолічного і діастолічного тиску та більш високу частоту гіпертонії. Загалом серед жінок з несприятливими наслідками вагітності частота артеріальної гіпертензії була у 10,8%, а серед пацієнок з ПЕ – 14,4%. При цьому в жінок з індукованими передчасними пологамі рівень артеріальної гіпертензії був 45,6%.

Отже, частота розвитку артеріальної гіпертензії при наявності несприятливих наслідків першої вагітності значно зростала. ВР артеріаль-

ної гіпертензії у жінок з гіпертензивними розладами під час вагітності, ПЕ та індукованими передчасними пологамі становив, відповідно: 1,6, 95% ДІ 1,0–2,4; 1,5, 95% ДІ 1,0–2,1; 2,0, 95% ДІ 1,4–3,0.

Якщо факт підвищення ризику розвитку артеріальної гіпертензії після ПЕ є відомим, то результати впливу дострокового переривання вагітності на підвищений артеріальний тиск у майбутньому є новітніми.

Відомо, що ПЕ має дві стадії: плацентарну і материнського синдрому.

Можна вважати, що саме плацентарні порушення є тригерним механізмом розвитку артеріальної гіпертензії [5–7]. Тому дуже важливою темою є прогнозування і профілактика ПЕ. Маючи на увазі встановлені у дослідженні фактори ризику слід відзначити необхідність модифікації способу життя задля запобігання розвитку артеріальної гіпертензії після першої вагітності.

Повний перелік літератури на сайті Extempore.info

