

Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: причинно-следственная связь

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти женщин, составляя 22,9% от всей смертности. Однако до сих пор только 20% женщин в мире считают, что эта патология является их максимальным риском. За последние 20 лет значительные достижения в области технологий диагностики и лечения, а также использование новейших фармацевтических препаратов позволили снизить уровень общей смертности при остром коронарном синдроме (ОКС). Тем не менее, более значительное снижение смертности наблюдалось у мужчин.

По данным статистики, у женщин моложе 55 лет в три раза выше шансы умереть от ОКС, чем у мужчин той же возрастной группы. Есть несколько объяснений: различия в клинической манифестации ОКС; сниженная настороженность и информированность в отношении ОКС как со стороны пациенток, так и со стороны медицинских работников. Следует учесть, что на сегодня крайне мало информации о том, какие биологические механизмы, связанные с полом, и какие последствия нарушений этих механизмов должны принимать во внимание медицинские работники, оказывающие помощь женщинам на первичном этапе.

Есть также данные о недооценке медицинскими работниками риска заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) у женщин. Так, по данным национального исследования Mosca L. et al. (2005), менее 20% врачей знают, что женщины по сравнению с мужчинами чаще умирают от последствий ишемической болезни сердца (ИБС). Кроме того, гораздо больше женщин, относящихся к промежуточному риску по шкале Framingham, отмечены, как относящиеся к низкому риску, по сравнению с мужчинами, имеющими ту же сумму баллов. Недостаточная информированность приводит к возникновению различий на многих уровнях оказания медицинской помощи, включая подозрение на наличие заболевания, диагностику, ведение пациентки и профилактику ИБС.

К сожалению, глубокая убежденность и медицинских специалистов, и пациенток в защитных свойствах эстрогенов в отношении состояния здоровья сердечно-сосудистой системы, в числе ряда других причин, приводят к тому, что женщины с острым инфарктом миокарда часто откладывают обращение за медицинской помощью из-за отсутствия знаний о распознавании симптомов, а также из-за неспособности распознавать персональные риски даже при наличии имеющихся заболеваний и показателей биомаркеров, свидетельствующих о неблагополучии в организме.

В США в течение 12 лет проводится кампания «Покраснеть для женщин», направленная на:

- пропаганду здорового образа жизни;
- формирование необходимости оценки состояния собственного организма;
- обучение навыкам оценки своего индивидуального риска раннего развития патологии сердечно-сосудистой системы;

- обучение методам профилактики прогрессирующей патологии сердечно-сосудистой системы.

Среди прочих факторов риска в последнее время все больше внимания уделяется такой проблеме, как «Реакция женского организма на беременность», что позволяет предсказать состояние ее ССС в более позднем возрасте.

По статистическим данным, сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти женщин в Соединенных Штатах Америки, что составляет 289,758 женщин в 2013 г., то есть одна из четырех. За последнее время в результате данной программы удалось изменить рутинное представление о том, что преимущественно мужчины умирают от сердечно-сосудистой патологии, так как это число примерно одинаково для обоих полов, при этом около 54% женщин стали относиться внимательно к факту того, что заболевания сердца и сосудов могут стать первопричиной их гибели.

Во всех шкалах стратификации риска патологии ССС у женщин репродуктивного возраста особое внимание уделяется ожирению, метаболическому синдрому, гипертензии, диабету и семейному анамнезу. В 2011 г. в докладе «Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women» (Рекомендации по профилактике заболеваний ССС у женщин, основанные на эффективности) впервые введена характеристика течения и завершения гестационного периода.

Особое внимание уделяется гормональным нарушениям, развивающимся вследствие различной гинекологической патологии. Мета-анализ показал, что нарушения овуляции могут быть связаны с повышенным риском патологии коронарных сосудов, а у женщин с синдромом поликистозных яичников имеет место нарушение толерантности к глюкозе, предрасположенность к метаболическому синдрому, диабету. Кроме того, к факторам риска коронарного атеросклероза относится функциональная гипоталамическая аменорея, как причина дисфункции яичников. Ранний возраст менархе (<12 лет) является фактором повышенного риска развития ИБС, смертности от ИБС и общей смертности среди женщин, и эти результаты только частично связаны с ожирением.

Женщины, течение беременности которых осложняется преэклампсией, имеют вдвое выше риск последующей ИБС, инсульта и венозной тромбоэмболии на протяжении от 5 до 10 лет после завершения беременности. Если беременность осложняется гестационным диабетом, то соответственно возрастает риск развития диабета второго типа, что, в свою очередь, увеличивает риск возникновения ИБС.

Кроме того, в рекомендациях по профилактике патологии ССС рассматривается эффект лечения рака молочной железы на риск ИБС. Значительные достижения последних лет в лечении ранних стадий рака молочной железы позволяют значительно увеличить выживаемость таких пациенток, но отдаленные результаты анализа длительности жизни показывают затухание эффекта вследствие увеличения рисков, связанных с ИБС. Что

первично в увеличении данных рисков, возникновение самого заболевания или побочные эффекты от проводимого лечения, в настоящее время остается неизвестным.

В «Руководстве, основанном на эффективности, по профилактике ишемической болезни сердца у женщин — 2011» рекомендуется проводить стратификацию кардиоваскулярного риска всем женщинам, разделяя его на категории: 1) *высокий риск*; 2) *повышенный риск*; 3) *оптимальный риск*.

Отметим, что в группу *высокого риска* относятся все женщины с известной ИБС, заболеваниями периферических артерий, симптомными заболеваниями сонных артерий, аневризмой брюшной аорты, терминальной стадией хронической болезни почек или те, у кого есть прогнозируемый десятилетний риск коронарной патологии. В группу *повышенного риска* относятся женщины, у которых отмечается хотя бы один (и более) из перечисленных ниже факторов:

- **табакокурение;**
- **систолическое давление выше 120 мм рт. ст.;**
- **диастолическое давление выше 80 мм рт. ст.;**
- прием антигипертензивных препаратов;
- **холестерин >200 мг/дл, липопротеины высокой плотности холестерина <50, или лечение дислипидемии;**
- **ожирение (в частности, центральное ожирение);**
- **несбалансированное питание;**
- **низкая двигательная активность;**
- семейный анамнез: ранняя ИБС у родственников первой линии мужчин моложе 55 лет или у женщин моложе 65 лет;
- метаболический синдром;
- субклинический атеросклероз (ишемическая кальцификация, атеросклеротическая бляшка на сонной артерии или утолщение интимы-медии);
- **низкая толерантность к физической нагрузке на тредмиле и/или ненормальная скорость восстановления функции ССС после остановки упражнений;**
- системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани (системная красная волчанка или ревматоидный артрит);
- **акушерские осложнения при беременности: преэклампсия, гестационный диабет, гестацион-**

ная гипертензия (жирным курсивом выделены модифицируемые факторы риска).

В 2014 г. был сделан еще один шаг вперед и в «Рекомендации профилактики инсульта у женщин» введен пункт о наличии в анамнезе преэклампсии и гестационной гипертензии. Врачи **ВСЕХ** специальностей должны задавать вопросы пациентке о том, как протекал период беременности и родов. Также в данных рекомендациях подтверждается связь осложнений, связанных с беременностью, с последующими отсроченными осложнениями со стороны ССС.

Акушеры-гинекологи, консультируя пациенток, также должны информировать их о том, что преэклампсия, гестационный диабет, мертворождение и преждевременные роды могут в последующих беременностях не только повторяться, но и становиться триггером других тяжелых акушерских осложнений.

Каждый акушер-гинеколог, согласно рекомендациям Американской медицинской ассоциации, обязан сообщать своим пациенткам о том, что для сохранения здоровья сердечно-сосудистой системы нужно придерживаться следующих параметров: общий холестерин — <200 мг/дл; артериальное давление — <120/80 мм рт. ст.; индекс массы тела — <25 кг/м²; уровень глюкозы натощак <100 мг/дл; здоровое питание; умеренные физические нагрузки (>150 мин./неделю); отказ от табакокурения.

На сегодня довольно быстро заполняются пробелы в исследованиях, посвященных проблемной беременности и связи акушерских осложнений с последующими проблемами ССС. Кроме того, потенциальные успехи этих исследований помогут достичь краткосрочных целей — снизить материнскую и неонатальную заболеваемость для последующих беременностей; а также достичь долгосрочной цели — снизить бремя тяжелой инвалидизирующей патологии ССС в дальнейшем будет возможно вследствие первичной и вторичной профилактики.

Мы предлагаем рассматривать проблему вынашивания беременности и ее осложнений, как часть пожизненного здоровья женщины. Мы готовы, совместно с первичным звеном оказания медицинской помощи, создавать шкалы риска и алгоритмы обследования для мониторинга состояния здоровья, тогда реальным станет достижение долгосрочной цели.

Юлия Давыдова, д. мед. н., зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины».