

Неспецифічний біль у спині: комплексний підхід до терапії

Що нового в лікуванні гострого болю у спині, профілактиці та реабілітації?

Неспецифічний синдром болю у нижній частині спини (БНС) – одна з найпоширеніших причин звернення хворих до сімейних лікарів, невропатологів, ревматологів, гінекологів. Згідно зі статистичними даними, біль у спині посідає друге місце за частотою серед причин звернення по медичну допомогу. Наприклад, БНС уражає від 40 до 80% популяції, а щорічне зростання захворюваності становить 5%. Частіше на нього хворіють чоловіки віком від 35 до 44 років та жінки від 25 до 34 років.

Найпоширеніша причина первинного синдрому БНС – остеохондроз хребта, за якого внаслідок вікових дегенеративно-дистрофічних процесів у міжхребцевих дисках та м'язово-зв'язковому апараті хребта порушується механічний баланс між міжхребцевими суглобами, що спричиняє біль. Пік скарг на постійний помірний біль у поперековій ділянці, який поступово посилюється, припадає на вік 30-50 років. Провокувальними факторами загострення БНС можуть бути травма, пошкодження м'язів, зв'язок та/або сухожилів, підйом непосильного вантажу, невідповідні рухи, зміна ходи внаслідок загострення остеоартрозу (ОА) колінних та кульшових суглобів, тривале перебування у нефізіологічній позі, переохолодження.

Важливо зауважити, що без лікування 90% випадків болю у попереку триває протягом 6-12 тижнів (1,5-3 місяці), а без адекватної реабілітації погіршення стану пацієнтів із БНС прогресує.

Лікування БНС

Лікування БНС проводять з урахуванням форми захворювання та варіанта його перебігу.

Основні завдання при лікуванні первинного синдрому БНС:

1. Зменшення/припинення болювого синдрому.
2. Запобігання деструкції хряща міжхребцевого диску та міжхребцевих суглобів.
3. Покращення функцій хребта.

При інтенсивному болювому синдромі у разі загострень БНС важливо застосовувати нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) зі швидкою знеболювальною дією: наприклад флурбіпрофен (**Мажезик сановель**). Флурбіпрофен – один із найпотужніших інгібіторів синтезу простагландинів серед основних НПЗП, що має виразні протизапальні та анальгетичні властивості (Wu et al., 2009). **Флурбіпрофен (Мажезик) знеболює швидко, вже через 15-30 хв протягом 12 год.** У клінічних дослідженнях анальгетичний ефект флурбіпрофену в дозі 100 мг порівнювався до внутрішньом'язового введення 10 мг морфіну сульфату (De Lia et al., 1986).

В окремих випадках флурбіпрофен (Мажезик) усував біль «подібно до дії наркозу» (Сигідін, 1995). Це пов'язано з унікальним механізмом дії – флурбіпрофен підвищує синтез ендоканабіноїдів у ЦНС – зменшує проходження болювої імпульсації до ЦНС, пригнічує ЦОГ-2, знижує синтез простагландинів E2 у спинному мозку, а також у місці пошкодження (Seidel et al., 2003; Bishay et al., 2010).

Важливою перевагою флурбіпрофену (Мажезику) є швидкий протизапальний ефект.

Протизапальний ефект Мажезику виявляється вже через одну добу, тоді як у ібупрофену чи етодолаку він настає тільки на 7-й день (Канівська та співавт., 1995). Флурбіпрофен не впливає на хрящ і є досить безпечним щодо ймовірності розвитку шлунково-кишкових кровотеч, зокрема, ризик нижчий на 25,7%, ніж при використанні диклофенаку (Gishen et al., 1995; Quintero et al., 1996; Garcia et al., 1994). Застосування 1 таблетки Мажезику по 100 мг двічі на добу забезпечує збереження терапевтичної концентрації флурбіпрофену в синовіальній рідині (Smith et al., 1987).

Для зняття м'язових спазмів застосовують міорелаксанти центральної дії (для швидкого ефекту – тіоколікозид ін'єкційно, тизанідин, баклофен). Призначають вітаміни

групи В (тіамін, піридоксин, ціанкоболамін). Хондрометаболічні засоби рекомендують курсами на тривалий час від 3 до 6 місяців.

З метою покращення основної терапії, пришвидшення реабілітації пацієнтів із БНС, збільшення гнучкості у хребті та суглобах, що особливо пов'язано з остеохондрозом хребта та спондилоартрозом, новим та перспективним напрямом є застосування високоочищеної яєчної мембрани (Pure Eggshell Membrane, PEM).

PEM – хондрометаболічний засіб нового покоління, природне джерело неденатурованого колагену I та V типів – до 38%, еластину – до 20%, гіалуронової кислоти, глюкозаміну, хондроїтину, овотрансферину, фактора росту бета та більш як 500 інших біологічно-активних компонентів (Ruff et al., 2014). PEM має кардинально інший механізм хондропротекторної дії, ніж звичні глюкозамін і хондроїтин, а також характеризується швидшими результатами.

PEM запобігає або зменшує атаку імунної системи на власні колагени сполучних тканин та хряща, тим самим забезпечує підтримку та захист нормального функціонування опорно-рухового апарату (суглобів, зв'язок, фіброзних кілець міжхребцевих дисків), сприяє синтезу синовіальної рідини для змашування суглобів та колагену II типу для захисту хряща від зношування. Що дуже важливо, PEM є безпечним для застосування, тому рекомендований навіть дітям із 6 років.

Чим пояснити неабиякий інтерес до PEM та неденатурованих колагенів?

Унікальність PEM полягає у наявності біологічно-активного неденатурованого колагену I типу і феномені «оральної толерантності» неденатурованих колагенів. Феномен «оральної толерантності» – це зниження імунної відповіді до імуногенних пептидів при їхньому повторному потраплянні до організму (через «пеєрові бляшки» кишечника), завдяки чому відбувається запобігання чи зниження невідповідної імунної атаки на власний колаген. Це сприяє зменшенню автоімунної реакції та запалення, попереджає руйнування колагену тканин та хрящів, зупиняє прогресування ОА, остеохондрозу. Адаже у 50% пацієнтів з ОА виявляються аутоантитіла до колагену II, а імунний компонент посідає провідне місце у прогресуванні ОА та остеохондрозу (Sim, 2015). Тому застосування PEM якраз направлене на зменшення та зупинення надмірної атаки імунної системи на власні колагени організму.

Вчені встановили, що PEM виявляє легкий або помірну дію на 29 маркерів запалення та регенерації, знижує рівні основних маркерів запалення: прозапальних інтерлейкінів ІЛ-1β, ІЛ-11, ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-7; макрофагальних білків запалення МІР-1β, МІР-2, МІР-3β; TNF-α, цитокіну RANTES – хемотоксину залучення лейкоцитів, Т-клітин, еозинофілів і базофілів до ділянок запалення (Ruff, Dale, 2014; Benson et al., 2012).

PEM активує трансформувальний фактор росту (TGF-β), ядерний фактор κB (NF-κB) і проти-запальний ІЛ-10 (Vuong et al., 2017). Завдяки цьому пригнічується імунна атака на колагени організму, зменшуються набряк, запалення, гістологічне пошкодження хряща, формування паннуса і резорбція підхрящової зони кістки.

PEM впливає на трансдукцію болювого сигналу за рахунок зниження простагландину E2 і на зменшення болювого відчуття (Sim et al., 2015).

Завдяки вищевказаному механізму дії, PEM має важливу перевагу порівняно із глюкозаміном та хондроїтином – це швидкий позитивний вплив одночасно і на хрящ, і на всі м'які тканини суглоба вже через 7 днів.

Клінічні дослідження підтверджують швидкий ефект PEM – вже через 7 днів. Застосування PEM 500 мг/добу всього за 7-10 днів зменшує біль на 20% та скрутність у суглобах. **PEM збільшує діапазон рухів та покращує функцію суглобів за 5-7 днів** (Ruff et al., 2009). Хондропротекторний ефект EM підтверджується тривалим зниженням біомаркера деградації хряща і розпаду колагену II типу uCTX-II на 17,2% і вже через 7 днів (Sakkas et al., 2007).

На додаток, зниження показників запалення підтверджують і результати клінічних досліджень у пацієнтів з ОА, остеохондрозом. Так, у дослідженні користі EM (Eggshell Membrane) в осіб із болем у суглобах легкого та середнього ступеня тяжкості поліпшення спостерігалось вже через сім днів після початку щоденного приймання 500 мг EM (Ruff, 2009). У пацієнтів на 26% зменшився біль і на 28% покращилася гнучкість суглобів. Після 30 днів застосування EM інтенсивність болю знизилася на 70%, а у 45% учасників він повністю зник, і гнучкість суглобів збільшилася на 44%. При цьому не було помічено жодних побічних ефектів, що важливо для хворих із високим ризиком розвитку гастропатій та обмеженнями щодо застосування НПЗП.

Цікаву особливість було виявлено у дослідженні G.S. Jensen et al. (2015) при вивченні позитивного впливу EM на функції суглобів. Діапазон рухів та рівень фізичної активності на тлі швидкого зменшення болю в попереку відмічалися вже через 5 днів приймання. Також відбулося збільшення обсягу рухів у шийному відділі хребта, кульшових і колінних суглобах. При цьому діапазон рухів на тлі терапії PEM порівняно із плацебо найбільше покращився саме для шиї, домінуючого плеча і правого коліна. Рівень фізичної активності був значно вищим після застосування PEM, ніж плацебо. Завдяки цьому поліпшилося багато аспектів фізичного функціонування як частини повсякденного життя, а саме: при використанні сходів, ходьбі, посадці й виході з машини, здійсненні покупок, одягання або зняття шкарпеток, прийнятті ванни, виконанні як важкої, так і легкої домашньої роботи, виконанні спортивно-лікувальних вправ.

У подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні було продемонстровано значний ефект EM у дозі від 300 мг/добу в осіб, які практикували помірні фізичні навантаження, а саме зменшення болю на 28% за п'ять днів, тоді як покращення у групі плацебо не спостерігалось. Зниження виразності болю у бігунів після 50 днів лікування досягло 50%, а у спортсменів, які практикували кросфіт, зменшення болю та дискомфорту в суглобах становило 60% (Ruff, 2009).

PEM швидко покращує відновлення після болю в суглобах, викликаного фізичними навантаженнями, спортивними вправами у спортсменів, а також

Для гнучкості хребта й суглобів



значно зменшує дискомфорт від скрутності відразу після тренування та через 12 год після вправ. Зокрема, при вживанні PEM не було помічено побічних ефектів, особливо властивих НПЗП. Тому PEM рекомендовано не тільки дорослим, але й дітям від 6 років – по 1 таблетці 500 мг/добу незалежно від приймання їжі (Ruff, 2018).

Представником Pure Eggshell Membrane в Україні є хондрометаболічний засіб **PEMОВО** («Асфарма») у формі дієтичної добавки, який містить 500 мг PEM в 1 таблетці, 30 таблеток в упаковці. PEMОВО у дозі 500 мг/добу важливо використовувати не лише у комбінованій терапії з НПЗП під час загострення остеохондрозу чи ОА для підсилення результатів терапії, але й для покращення рухової активності в суглобах у пацієнтів під час реабілітації, після травм суглобів, переломів у післяопераційному періоді.

Вивчення ефектів хондропротекторних засобів



Ефект PEM **PEMОВО** вивчали в Інституті травматології та ортопедії НАМН України. Результатами дослідження на конференції «Діагностика та лікування запальних хвороб суглобів», що відбулася наприкінці минулого року, поділився **завідувач кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), д. мед. н., професор Олександр Анатолійович Бур'янов**. В експерименті взяли участь дві групи пацієнтів (n=60) віком 54,3±2,7 року із загостренням болювого синдрому в нижній частині спини на тлі неускладнених дегенеративно-дистрофічних уражень хребта (як-то остеохондроз, спондилоартроз):

- першій групі (n=30) було призначено комплексне лікування: НПЗП, міорелаксанти, вітамінні групи В та хондрометаболічний засіб у вигляді дієтичної добавки PEMОВО у дозі 500 мг/добу;
- друга група (n=30) лікувалася за традиційними схемами із застосуванням НПЗП, міорелаксантів, вітамінів групи В та місцевих протизапальних гелів.

За результатами випробування, спостерігалось зменшення болю, наявність менш виразних міотонічних реакцій, зниження потреби в НПЗП та підвищення якості життя у групі хворих, які приймали **PEMОВО**. Професор Бур'янов підкреслює, що дані клінічного дослідження PEMОВО підтверджують **швидке покращення функції хребта та суглобів – вже через 7 днів**, із подальшим збільшенням позитивної динаміки при курсовому вживанні.

У практику реабілітації пацієнтів із більшими проявами запалення в суглобах, ревматичним анамнезом, а також виразним остеохондрозом, протрузіями міжхребцевих дисків впроваджено комбінований хондропротектор у формі дієтичної добавки **PEMОВО Плюс**, що містить 300 мг PEM (для захисту зв'язок, м'яких тканин суглобів) та додатково – 40 мг неденатурованого колагену II типу (для захисту колагену II типу хрящів суглобів), а також рослинні екстракти для покращення протизапального та хондропротекторного ефектів: 50 мг екстракту куркуми і 110 мг – маргінні.

Як покращити гнучкість та функцію хребта і суглобів? Як вберегти хрящ від подальшої деструкції? Яким чином швидше відновити максимальну амплітуду рухів у спині?

Доцільно до основної терапії додавати хондропротектори **PEMОВО** чи **PEMОВО Плюс** один раз на добу, курсами від 2-3 місяців двічі на рік для сприяння більш повноцінному і швидкому відновленню гнучкості й функціонування суглобів у пацієнтів із болем у спині та суглобах, для збільшення захисту хряща суглобів, зв'язок, сухожилів, а отже – для профілактики нових загострень болю у спині та суглобах.

Психологічні порушення на тлі хронічного БНС

Особи із хронічним БНС страждають на тривожність, збудження, погані настрої вдень, які посилюють больові відчуття (Alsaadi et al., 2014). Депресія в загальній популяції має місце у 11,6%, а серед пацієнтів із ХБС – 68,3%, тривога в загальній популяції – 16,1%, а в осіб із ХБС – 50,1%.

До 80% (4 з 5) пацієнтів із хронічним болем у спині страждають на безсоння.

Порушення сну в загальній популяції становить 6%, а частота порушень сну серед пацієнтів із хронічним болем у спині (ХБС) – від 50 до 88%. Порушення сну при ХБС характеризуються низькою якістю сну: пізнім засипанням, укороченням тривалості сну, підвищенням рухової активності під час сну, а тому – частими нічними пробудженнями і відсутністю відчуття відпочинку після сну (Marin et al., 2006). При ХБС безсоння і тривожність чітко асоційовані з більшою виразністю і тривалістю больового синдрому та високим ризиком гіршої відповіді на протибольову терапію (Chung et al., 2015).

Як бути з пацієнтами, які страждають на виразний біль у спині, безсоння, збільшену тривожність на тлі високого ризику розвитку НПЗП-гастропатії? Як покращити сон, настрій та протибольову терапію і при цьому не нашкодити хворому?



Своєю думкою із приводу нових тенденцій щодо запобігання безсонню та небажаним психологічним проблемам в осіб із БНС у межах конференції «Діагностика та лікування запальних хвороб суглобів» поділилася д. мед. н., професорка ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України (м. Київ) Галина Олександрівна Проценко.

Результати сучасного проспективного дослідження, в якому взяли участь 461 пацієнт із 11 спеціалізованих центрів Іспанії, що перебували під спостереженням протягом трьох місяців, підтвердили: краща якість сну приводить до зменшення виразності ХБС (BP 4,34;

95% ДІ 2,21-8,51) (Kovacs et al., 2017). Тому для усунення соматичного та психологічного дискомфорту до НПЗП при лікуванні хворих на ХБС часто додають снодійні засоби рослинного походження.

Професорка зауважила, що на українському фармринку з'явилася нова раціональна комбінація рослинних засобів із заспокійливим та снодійним ефектами у високих дозуваннях із попередником серотоніну (гормону щастя й радості) 5-гідрокситриптофаном (5-НТР) – це **ПасіВалеМ 5-НТР («Асфарма»)**. Він характеризується ефективною комбінацією компонентів, які підсилюють дію один одного й одночасно покращують безпеку завдяки комплексному застосуванню та оптимальним дозуванням.

До складу засобу **ПасіВалеМ 5-НТР** входять:

- **5-НТР – 100 мг** – для прискорення утворення серотоніну природним шляхом і покращення настрою та працездатності вдень;
 - **пасифлора – 300 мг** – для збільшення заспокійливої дії та кращої глибини сну;
 - **валеріана – 120 мг** – для пришвидшення засинання;
 - **меліса – 80 мг** – для запобігання раннім пробудженням і зменшенню вегетативних проявів стресу;
 - **магній – 100 мг (MgO – 167 мг)** – для кращої енергетики нейронів, зниження стомлюваності.
- Застосовують **ПасіВалеМ 5-НТР** по 1 таблетці на добу перед сном, 30 таблеток в упаковці.

Чому саме ПасіВалеМ 5-НТР є ефективним у пацієнтів із БНС, порушеннями сну та неспокоєм?

ПасіВалеМ 5-НТР містить саме ті компоненти, які сприяють здоровому сну, одночасно нормалізують всі його фази, мають виразну заспокійливу дію, допомагають знизити больові відчуття різного генезу і, що особливо актуально для працюючих пацієнтів, приводять до покращення настрою та бадьорості – як уранці після пробудження, так і впродовж дня, зменшуючи втому і підвищуючи працездатність. У рекомендованих дозах **ПасіВалеМ 5-НТР** по 1 таблетці один раз на добу є безпечним для застосування і, на відміну від транквілізаторів, не впливає на керування автотранспортом чи виконання точних робіт. Призначають його дорослим із 18 років.

Важливою перевагою засобу **ПасіВалеМ 5-НТР** є наявність 5-НТР – попередника серотоніну. 5-НТР зумовлює синтез не тільки серотоніну, покращуючи настрій, але й мелатоніну, відновлюючи здоровий сон і збільшуючи редукцію нічних страхів. 5-НТР, як «диригент», поліпшує ритм «бадьорість – сон» та підсилює дію кожного рослинного складника даного засобу. 5-НТР також забезпечує відчуття бадьорості вранці після сну, покращує настрій і працездатність удень, запобігає «заїданню стресу» ввечері, оскільки сприяє зменшенню відчуття голоду перед сном та схудненню.

Як зазначено вище, до складу засобу **ПасіВалеМ 5-НТР** у вигляді комбінованої дієтичної добавки входить пасифлора інкарнатна (*Passiflora incarnata*) в дозі 300 мг в 1 таблетці. **ПасіВалеМ 5-НТР** містить високі концентрації активних флавоноїдів пасифлори, які виявляють модульований ефект щодо медіатора гальмування – гама-аміномасляної кислоти, а також зумовлюють протитривожну, снодійну, антиоксидантну, седативну та гіпотензивну дію. Крім того, алкалоїди пасифлори у значних дозах та валеріана у високих дозах сприяють зменшенню больових відчуттів, що особливо важливо для пацієнтів із БНС (Yarnell, 2004). Своєю чергою алкалоїд гарман зумовлює зменшення депресивного настрою (Протько, 2016).

Важливо відзначити, що **ПасіВалеМ 5-НТР** містить валеріану в оптимальному дозуванні 120 мг в 1 таблетці. Адже, згідно з висновками, зробленими в листопаді 2007 р. Комітетом із лікарської продукції рослинного походження Європейського агентства з лікарських засобів (EMA), дози валеріани, які є нижчими за 100 мг, чинять ефект, наближений до плацебо (EMA/НМРС/150846/2015). Меліса по 80 мг потрібна не тільки для покращення сну пацієнтів та заспокійливої дії, але й для поліпшення когнітивного функціонування та пам'яті. Магній сприяє розслабленню м'язів і усуненню спазмів.

Отже, у пацієнтів із БНС та безсонням буде доцільним додатково до основної терапії НПЗП – як у гострий період, так і надалі під час реабілітації, рекомендувати курсами по 1-2 місяці раціональну комбінацію пасифлори, валеріани, меліси, магнію із попередником серотоніну 5-НТР – **ПасіВалеМ 5-НТР** по 1 таблетці на добу перед сном. Цей засіб сприяє пришвидшенню засинання, зменшенню неспокою, швидшому відновленню психологічного стану та настрою і безпечнішому покращенню результатів лікування загалом у пацієнтів із БНС та безсонням.

Підготував **Денис Соколовський**

Гарний сон – успішний день!

ПасіВалеМ 5-НТР

Нормалізує сон та настрій!***

НОВИНКА! В 1 таблетці:

Пасифлора	300 мг	Магній	100 мг
Валеріана	120 мг	Меліса	80 мг
5-Гідрокситриптофан (5-НТР)		100 мг	

***Мастись на увазі інформації з інструкції з використання: «Сприяє зниженню нервового збудження, поліпшенню якості сну». 1. Мастись на увазі метаболізму 5-НТР. «Гормон щастя. Як він працює». Ірина Герасим'юк. Буковинський державний медичний університет. <https://www.bsmu.edu.ua/blog/romen-shastya-raj-ivn-rasuly/>. Комбінована дієтична добавка ПасіВалеМ 5-НТР не змінює здоровий спосіб життя та повсякденне харчування. Перед споживанням обов'язково проконсультуйтеся з лікарем. Інформація для споживачів в офіційній версії на сайті фармацевтичної компанії. Будь ласка, зверніть увагу на дату виготовлення. Не є лікарським засобом. Не слід вживати при вагітності, депресії, дітям до 18 років. За додатковою інформацією звертайтеся до Представництва компанії «Асфарма» в Україні: вул. Пилипа, 17, БЦ «ІМ Центр», оф. 511, м. Київ, 03038, тел.: +38 (044) 597 34 47 (46), e-mail: uainfo@asfarma.com, www.asfarma.com

ДАЙДЖЕСТ

КАРДІОЛОГІЯ

Гестаційний діабет як фактор ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень у майбутньому

У жінок, які страждають на гестаційний діабет (ГД), імовірність розвитку кальцифікації коронарних артерій (ККА) у більш пізньому віці на 40% вища, ніж у тих, хто ніколи на нього не хворів. Досягнення ж нормального глікемічного рівня не знижує ризику атеросклеротичних серцево-судинних захворювань (ССЗ) на середині життя.

Із результатів раніше проведених досліджень відомо про вищий ризик ССЗ у жінок, які страждали на ГД, у котрих пізніше розвинувся цукровий діабет (ЦД) 2-го типу. Але отримані дані не дозволили з'ясувати, чи наявний цей ризик у пацієток із ГД, рівень глікемії яких був нормальним після вагітності.

Згідно з настановою Американської колегії кардіологів (ACC) та Американської асоціації серця (AHA) 2018 р. щодо оцінки ризику та контролю підвищеного рівня холестерину в осіб, що мають вищу ймовірність розвитку інфаркту або інсульту, ГД в анамнезі підвищує ризик розвитку ККА у жінок.

Аби пролити світло на вказані прогалини, в межах дослідження CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) було проаналізовано дані 1133 жінок віком від 18 до 30 років. Для оцінки науковці відібрали інформацію про жінок, які не хворіли на ЦД за період 1985-1986 рр. та народжували принаймні один раз протягом наступних 25 років. Учасниці проходили тестування толерантності до глюкози на початковому етапі та до п'яти разів протягом усього спостереження, а також діагностичні заходи щодо виявлення ГД і ККА один раз на 15, 20 та 25 років (2001-2011).

3-поміж пацієток, що народили, 139 (12%) мали ГД і 34 (25%) із них – ККА порівняно з 149/994 (15%) відповідно у групі жінок, які не хворіли на ГД. Провідна авторка дослідження, докторка медицини Е.Р. Gunderson зазначила, що відносний ризик ККА поширюється на жінок, у яких був ГД і розвинувся предіабет, або у котрих було діагностовано ЦД 2-го типу впродовж спостереження. Тож ризику ССЗ зберігаються навіть при нормальній глікемії. У групі жінок із ГД та нормоглікемією скореговане відношення ризику (ВР) ККА становило 2,3; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,34-4,09. Дослідники також розрахували ВР для предіабету та ЦД: 1,5 (95% ДІ 1,06-2,24) і 2,1 (95% ДІ 1,09-4,17) за відсутності й наявності ГД для предіабету та 2,2 (95% ДІ 1,3-3,62) і 2,02 (95% ДІ 0,98-4,19) для ЦД відповідно (p=0,003).

Коментуючи отримані результати Е.Р. Gunderson зауважила, що жінки із ГД мали вдвічі вищу ймовірність розвитку ККА через багато років після вагітності порівняно з тими, які ніколи не хворіли на ГД, навіть за умови, коли обидві групи досягли нормального рівня цукру в крові. Очілюючи дослідження підсумувала, що ризик ССЗ може істотно зростати у жінок із ГД в анамнезі й не знижуватися, навіть якщо рівень цукру в крові протягом років залишається нормальним.

У жінок із попереднім діагнозом ГД необхідно проводити ретельніший моніторинг факторів ризику розвитку ССЗ, а саме артеріальної гіпертензії, дисліпідемії та гіперінсулінемії. Результати дослідження свідчать також про доцільність включення анамнезу ГД до калькуляторів ризиків для поліпшення стратифікації та профілактики ССЗ.

Вагомні аргументи на користь більш частого скринінгу ССЗ. Як зауважив доктор медицини, професор кардіології в Каліфорнійському університеті (Сан-Франциско, США) Р. Deedwania, отримані результати дослідження можуть бути найпереконливішими на сьогодні даними щодо довгострокових наслідків ГД. Адже протягом 25 років вдалося спостерігати за 72% пацієток, які ще у молодому віці потрапили до досліджуваної групи. До того ж дуже мала частка жінок відмовилася від участі. Також професор додав, що жінки, які перенесли ГД, мають проходити ретельний скринінг не лише на предмет ЦД, але й із приводу наявності факторів ризику розвитку ССЗ. За відсутності чітких клінічних рекомендацій пацієнткам із ГД в анамнезі бажано проходити обстеження на наявність факторів СС-ризиків кожні 5-7 років, але цей параметр ще чітко не встановлений.

За словами Е.Р. Gunderson, майбутні дослідження повинні бути зосереджені на зв'язку між ГД і ризиком ССЗ. Адже необхідно краще зрозуміти кореляцію між ступенем тяжкості ГД та розвитком ССЗ та визначити критичні періоди вагітності для зниження кардіометаболічного ризику. Останнє мало б включати спостереження за жінкою протягом усього періоду вагітності від зачаття до лактації.

Заходи стосовно первинної профілактики ССЗ, модифікації способу життя, що має найбільше значення для зменшення ймовірності виникнення як ЦД, так і ССЗ упродовж першого року після пологів, потребують ретельнішого дослідження.

За матеріалами [medscape.com](https://www.medscape.com)