



скоротливості міокарда і толерантності до навантаження у хворих на стабільну стенокардію (СтСт). Обстежено 120 пацієнтів з об'єктивізованим діагнозом СтСт залежно від розподілу рівнів СК-ти і проявів ГУ без її ознак (34 пацієнти, 28,33% випадків) та з підвищеним рівнем СК-ти (86 осіб, 71,67% випадків). На початку стаціонарного лікування та через 6 місяців на амбулаторному етапі хворим досліджено рівні СК-ти, NT-proBNP і СРБ, з оцінкою результатів ЕхоКГ в зіставленні змін інтегрального показника скоротливості – загальної фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) та досягнутого порогового навантаження (ПН) при ВЕМ.

Встановлено, що у групі ГУ частіше діагностована СтСт III функціонального класу (ФК) ( $87,21 \pm 3,60$  проти  $41,18 \pm 8,44\%$  випадків СтСт III ФК,  $p < 0,001$ ), як і ймовірність перенесеного в анамнезі Q-ІМ ( $56,60 \pm 6,81$  проти  $32,84 \pm 8,05\%$  випадків,  $p < 0,05$ ), а при перевищенні рівня СК-ти понад  $467,9$  мкмоль/л вірогідно знижувалась ФВ ЛШ ( $51,17 \pm 1,37$  проти  $55,77 \pm 0,73$  %,  $p < 0,01$ ), що було реалізовано і за ВЕМ-проби з вірогідно нижчими показниками ПН ( $53,65 \pm 2,89$  Вт у групі ГУ проти  $72,74 \pm 5,18$  Вт у групі з нормальним рівнем СК-ти,  $p < 0,01$ ) і супроводжувалось при перевищенні рівня СК-ти понад  $467,9$  мкмоль/л переважанням рівнів СРБ ( $12,07 \pm 0,97$  проти  $5,37 \pm 0,60$  мг/л,  $p < 0,001$ ) і NT-proBNP ( $413,44 \pm 63,14$  проти  $206,42 \pm 31,43$  пг/мл,  $p < 0,01$ ).

Аналізуючи отримані результати зазначимо, що гіперурикемія спричиняє обмеження коронарного резерву зі збільшенням функціонального класу стенокардії і редукцією показників порогового навантаження, зниження фракції викиду лівого шлуночка, підвищення рівнів С-реактивного білка, аміно-термінального пропептиду натрійуретичного пептиду.

### **Никифор Л.В. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ЖІНОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ.**

*Кафедра сімейної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Результати досліджень показують, що в жінок у постменопаузальному періоді та у жінок після оваріоектомії та (або) гістеректомії в 5 разів зростає ризик серцево-судинних захворювань. В Україні за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зросла в три рази, а рівень смертності від них - на 45%. Ризик смерті від серцево-судинних захворювань у жінок в 3 рази вище, ніж від раку молочної залози. Ризик смерті від ішемічної хвороби серця після припинення менструацій у жінок старше 45 років у 2,7 рази вище, ніж у молодих жінок з наявністю менструації

Метою дослідження було вивчення ефективності замісної гормональної терапії (ЗГТ) в комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби (ГХ) у жінок з клімактеричним синдромом. В дослідженні прийняли участь 50 жінок з гіпертонічною хворобою, які були розділені на дві групи по 25 осіб (основна група та група контролю). Дослідна група отримувала комплексні препарати для ЗГТ (естрадіол + дідрогестерон) та антигіпертензивну терапію. Контрольна група тільки антигіпертензивну терапію. У всіх жінок були прояви клімактеричного синдрому. Тривалість менопаузи складала  $2,5$  року  $\pm 0,4$ ; середній вік пацієнток складав  $51 \pm 0,4$ ; питома вага жінок, які мали в анамнезі гістеректомії та (або) видалення яєчників, складала 8%. Оцінка тяжкості клімактеричного синдрому проводилась за модифікованим менопаузальним індексом (Балан В.Е., Вихляева Е.М. та співавт., 1996). Динаміка гіпертензивного синдрому визначалась необхідністю посилення антигіпертензивної терапії та прогресуванням проявів ГХ, показниками ліпідограми, коагулограми, рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) після року лікування.

В результаті у 12% жінок групи дослідження антигіпертензивна терапія на фоні прийому ЗГТ була відмінена; у 42% (проти 4% в групі контролю) жінок відбулося зниження клінічних проявів ГХ, що зумовило послаблення антигіпертензивної терапії; У 5% (в групі контролю 17%) жінок відбулося прогресування ГХ (перехід у ГХ II) та необхідність



посилення антигіпертензивної терапії. Динаміка ММІ в основній групі від  $49,6 \pm 4,6$  до  $29,5 \pm 4,1$  після 6 місяців ЗГТ. В контрольній групі –  $51,4 \pm 3,9$  та  $58,7 \pm 5,2$  відповідно.

Результати проведеного дослідження доводять, що призначення ЗГТ жінкам з гіпертонічною хворобою на тлі клімактеричного синдрому знижують ризик розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби в жінок у менопаузі; зменшують потребу в антигіпертензивній терапії; збільшують вміст ЛПВЩ, позитивно впливають на динаміку показників ліпідогрामी, без суттєвих змін фібринолітичних та коагуляційних властивостей крові.

**Окіпняк І.В.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВАГІТНИХ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Для вивчення добових змін артеріального тиску (АТ) у вагітних різного гестаційного періоду. обстежено 52 жінки, віком від 19 до 35 років (середній вік –  $24,6 \pm 7,2$  років). У 38 із них на початок спостереження встановлена вагітність (основна група), 14 – практично здорові жінки дітородного віку. Візити вагітних здійснювались в I триместрі вагітності (15-16 тиждень) – перший візит, в II триместрі (25-26 тиждень) - другий візит, в III триместрі (37 тиждень) – третій візит, та через 6 тижнів після пологів – четвертий візит.

Порівнюючи отримані результати із контрольною групою (для порівняння із основної групи виключено особи з підвищеним добовим рівнем АТ), необхідно зазначити зниження показників ДАТ на 5,2% у вагітних в I триместрі, САТ при цьому майже не відрізнявся. Достовірне зниження ДАТ було зареєстровано у осіб основної групи при другому візиті ( $p < 0,05$ ). САТ у вагітних у II триместрі також мав тенденцію до зниження, проте показники недостовірно відрізнялись від контрольної групи. У III триместрі показники цілодобового САТ і ДАТ не відрізнялись від таких у осіб контрольної групи ( $p < 0,1$ ). Отже, слід зазначити, що у вагітних у I та II триместрі виникає зниження добових показників АТ, а в III триместрі АТ повертається до звичайних цифр.

При другому візиті у 6 пацієнтів виявлено підвищені показники добових рівнів АТ (чотири – вперше виявлені, дві - із підвищеним рівнем при першому візиті). Необхідно зазначити, що в цю групу ввійшли жінки більш старшого віку (середній вік –  $29,9 \pm 3,2$  років), у трьох із них виявлено підвищений індекс маси тіла при першому візиті ( $27,6 \pm 3,7 \text{ кг/м}^2$ ), у чотирьох виявлена спадкова схильність до АГ. Загалом по групі, середньодобовий САТ у осіб із підвищеним АТ становив  $154,32 \pm 5,7$  мм.рт.ст., середньодобовий ДАТ –  $101,23 \pm 4,9$  мм.рт.ст. При цьому у 2 вагітних виявлено помірну протеїнурію ( $0,973 \pm 0,351 \text{ г/л}$ ) та незначні набряки нижніх кінцівок, за ними встановлено ретельний нагляд.

При третьому візиті у групі осіб із підвищеним рівнем АТ, зафіксованим під час при другого візиту, не виявлено достовірних змін досліджуваних показників моніторингу АТ із попередніми даними. У однієї вагітної діагностовано прееклампсію, її було госпіталізовано, проведено медикаментозну корекцію АТ та набрякового синдрому.

Через 6 тижнів після пологів у групі осіб із підвищеним рівнем АТ у 5,26% випадків продовжував утримуватись підвищений тиск ( $145,38 \pm 6,1$  мм рт ст.), що дає підставу встановити хронічну АГ, у інших (10,52% обстежених вагітних) показники добового моніторингу АТ відновились до нормальних значень ( $133,24 \pm 3,5$  мм рт ст), що дає підстави стверджувати про наявність гестаційної АГ.

При нагляді за вагітними важливим є вчасно виявляти підвищення АТ, розрізняти хронічну АГ, гестаційну гіпертензію та прееклампсію. Вкрай важливим вбачається детальне обстеження жінок дітородного віку на виявлення АГ, особливо тих, які мають обтяжену спадковість, надлишкову масу тіла, перенесену прееклампсію при попередніх вагітностях.