

Запропонований раціональний підхід до терапії вказаної патології сприяв досягненню клінічної ремісії та попереджував прогресування АС ураження судин, та в цілому покращував якість життя цих пацієнтів.

**Заздравнов А.А.<sup>1</sup>, Пасієшвілі Н.М.<sup>2</sup>**  
**ОСОБЛИВОСТІ ВАЗОМОТОРНИХ РЕАКЦІЙ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ ЗА ГІПЕРТОНІЧНИМ ТИПОМ**

**<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

**<sup>2</sup>Харківський обласний клінічний перинатальний центр, Харків, Україна**

**Вступ.** Підвищений артеріальний тиск (АТ) є найбільш частою екстрагенітальною патологією, відповідальною за левову частку ускладнень вагітності. Не підлягає сумніву необхідність агресивної тактики лікування наступних гіпертензивних станів: гіпертонічної хвороби, вторинних симптоматичних артеріальних гіпертензій, гестаційної гіпертензії та прееклампсії у вагітних. Дещо окремо знаходиться вегето-судинна дистонія (ВСД) за гіпертонічним типом. З одного боку, відсутність морфологічного субстрату захворювання визначає його доброякісний перебіг без розвитку незворотніх ушкоджень органів та загрози для життя. З іншого боку, кортико-гіпоталамічна та гіпоталамо-вісцеральна дезінтеграції при ВСД можуть спричинити тимчасові нейроендокринні розлади з порушеннями мікроциркуляції і регуляції судинного тону на організменному рівні. ВСД досить часто зустрічається серед вагітних жінок - до 10-40%. Цьому сприяє психоемоціональний дистрес, порушення психологічної адаптації та дисбаланс стрес-реалізуючих і стрес-лімітуючих механізмів.

**Мета роботи** - оцінити особливості вазомоторних реакцій під час перебігу вагітності у жінок з ВСД за гіпертонічним типом.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 22 жінки, вагітність і пологи яких перебігали на тлі ВСД за гіпертонічним типом.

**Результати дослідження.** У 81,8% випадків ВСД за гіпертонічним типом була діагностована до вагітності, при цьому 15 (68,2%) жінок відзначили погіршення перебігу захворювання з настанням вагітності, а 3 (13,6%) вагітних відзначили трансформацію типу дистонії - з гіпотонічного на гіпертонічний.

У обстежених жінок спостерігалось незначне зменшення пульсового тиску в терміні 38-40 тижнів гестації порівняно з 8-10 тижнем вагітності.

На тлі стабілізації або незначного (до 5 мм рт. ст.) збільшення діастолічного АТ відзначалося зниження систолічного АТ на 5-10 мм рт. ст. Зазвичай, подібні зміни АТ пов'язують зі збільшенням загального периферичного опору судин за рахунок розростання судинного русла і об'єму циркулюючої крові (в результаті вагітності). Проте, на наш погляд, дані зміни відбивали також й рецептивну адаптацію серцево-судинної системи до надлишкової симпатoadреналової стимуляції, обумовленою ВСД. На користь цього твердження свідчив факт виникнення симпатoadреналових кризів лише в першій половині вагітності.

Симпато-адреналовий пароксизм є найбільш серйозним клінічним проявом ВСД за гіпертонічним типом та представляє реальну загрозу для виношування вагітності. Основним етіопатогенетичним фактором вегетативного кризу при ВСД за гіпертонічним типом є «негативна емоція», що реалізується за допомогою кортико-субкортикально-вегетативних реакцій в потужний нейро-ендокринний сплеск з формуванням відповідної психосоматичної симптоматики. Серед обстежених пацієнток з ВСД вегетативні кризи спостерігалися нечасто – не більше двох за період вагітності та лише у 4 (18,2%) жінок, переважно в першій половині гестації. Симпато-адреналові пароксизми були відзначені виключно в амбулаторних умовах, вони слугували причиною госпіталізації пацієнток до відділення екстрагенітальної патології. В усіх випадках кризи були швидко купіровані та не мали негативних наслідків для майбутньої матері та плоду.

**Висновки.** ВСД за гіпертонічним типом є частою судинною патологією, яку необхідно враховувати при нагляді за вагітною. З огляду на той факт, що в переважній більшості випадків ВСД за гіпертонічним типом діагностується до гестації, прегравідарна підготовка жінок, які планують вагітність, обов'язково повинна включати заходи щодо нормалізації вегетативної дисфункції з залученням терапевта (кардіолога), психоневролога. В іншому випадку, функціональні зміни можуть перерости в органічну патологію, а перебіг вагітності мати серйозні ускладнення.

**Іванова К. В.**

## **ОКРЕМІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЛАНКИ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Висока захворюваність, поширеність та смертність від хвороб серцево-судинної системи є основною проблемою медичної спільноти