

бляшки, яка, в кінцевому підсумку, визначає клінічні прояви та ускладнення атеросклерозу.

Олмесартан покращує функцію ендотелію і антиоксидантну активність крові незалежно від антигіпертензивного ефекту, зменшує вираженість запалення та дисфункції ендотелію, сприяє регресу ремоделювання судин.

Застосування лерканідипіну істотно зменшує вираженість атеросклеротичного ураження аорти на всіх рівнях (грудна, черевна аорта).

Таким чином, антигіпертензивна терапія АГ в поєднанні з атеросклерозом повинна складатися з комбінації блокатора РААС з дигідропіридиновими антагоністом кальцію. Однією з оптимальних комбінацій є комбінація олмесартану з лерканідипіном.

Каук О.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕННИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

На протязі останніх десятиліть актуальною остається проблема розповсюдженості різних форм патології серцево-судинної системи у дітей. Дуже часто вони виникають або супроводжуються проявами вегетативної дисфункції різного ступеня вираженості.

Метою нашого дослідження було виявлення проявів вегетативної дисфункції у дітей, які мали малі серцеві аномалії.

Дослідження проводилось на базі санаторної школи-інтернату № 9 для дітей з захворюваннями серцево-судинної системи м. Харкова.

Групу дослідження склали 68 дітей в віці від 6,7 до 17,3 років (хлопчиків – 42, дівчаток – 26), з яких 38,4% дітей мали додаткові хорди шлуночків серця, 25,6% - пролапс мітрального клапану I-II ст., 8,2% - пролапс трикуспітального клапану I-II ст. У 10 дітей (13,6%) спостерігалось поєднання 2-х малих серцевих аномалій, у 8 (11,2%) – зберігався відкритий овальний отвір малих розмірів (до 2 мм) без явищ легеневої гіпертензії.

Всім дітям проводилось поглиблене соматичне та неврологічне обстеження, оцінка вегетативного тону за допомогою спеціалізованого опитувальника (Вейн А.М., 1998), ортокліностатична проба, оцінка вегетативної реактивності (око-серцевий рефлекс Даніньї-Ашнера) та вегетативної забезпеченості діяльності (дозовані присядки).

Проведене дослідження виявило, що у 59 дітей (86,8%) були виявлені прояви вегетативної дисфункції, причому як що серед дівчаток цей відсоток склав 96,1, то серед хлопчиків він склав лише 80,95.

Ступінь вираженості вегетативної дисфункції в цілому в групі дослідження склав $17,45 \pm 0,57$ бала.

Зміна кольору шкірних покривів при фізичному або емоційному навантаженні спостерігалась у 52,9% хлопчиків і 88,0% дівчаток, періодичне оніміння та похолодання кінцівок – у 61,8% і 84,0% відповідно, підвищена пітливість пахв, кистей, стоп – у 82,35% і 60,0% відповідно, відчуття серцебиття або «завмирання» серця – у 76,5% і 80,0%, відчуття нестачі повітря – у 41,2% і 64,0%, диспепсичні явища, які не пов'язані з захворюваннями шлунково-кишкового тракту – у 26,5% і 68,0%, зниження працездатності або підвищену втомлюваність – у 73,5% і 48,0%, порушення засинання - у 32,35% і 24,0%.

У 64,4% дітей відмічались періодичні головні болі, переважно стискаючого або пульсуючого характеру в скроневих ділянках. У 8 дітей спостерігався розпираючий головний біль в лобно-тім'яній ділянці, як прояв підвищеного внутрішньочерепного тиску, який був підтверджений на ехо-енцефалографічному дослідженні.

На несистемне запаморочення при різкій зміні положення тіла скаржились 22 дитини (14 дівчаток та 8 хлопчиків), переважно у віковій групі від 13 до 17 років.

У 12 дітей (20,3%) в анамнезі реєструвались синкопальні стани (у 7 дітей – 1 раз за життя, у 3-х – 2-4 рази за життя і у 2-х - 5 та більше). Втрата свідомості виникала переважно при хвилюванні, в задушливих приміщеннях або при переході з горизонтального до вертикального положення. Втраті свідомості передувало погіршення загального стану, збліднення шкірних покривів, «мерехтіння мушок» перед очима, запаморочення, нудота. Ні в жодному випадку втрата свідомості не супроводжувалась судомами.

Оцінка вегетативного тону та реактивності виявила, що ваготонічний тип був притаманний значній більшості дітей з малими серцевими аномаліями (69,5%), в той час як ейтонічний тип спостерігався тільки у 28,8%. Тільки одна дитина (1,7%) мала симпатикотонічний тип вегетативного тону.

Про це на самперед свідчили дані отримані при проведенні ортостатичної проби. Збільшення артеріального тиску на 6-8 мм рт.ст. спостерігалось у 64,4% дітей, у 13,6% цей показник сягав 10-12 мм рт.ст. і лише у 1,7% підвищення артеріального тиску (АТ) перевищувало 15 мм рт.ст. На пряму з показниками підвищення АТ корелювала зміна частоти серцевих скорочень (ЧСС): у 62,7% дітей прискорення ЧСС становило лише 4-6 ударів за хвилину, у 22,03% - 8-10 ударів за хвилину і у 3,4% дітей досягало 12-14 ударів за хвилину.

Дані отримані при проведенні око-серцевого рефлексу Данінь-Ашнера також свідчили про ваготонічну направленість у більшості досліджених дітей. Зменшення ЧСС на 12 і більше ударів за хвилину відмічалось у 18,6% дітей, на 8-10 ударів – у 54,2% дітей, менше 8 ударів – у 23,2% дітей.

При проведенні проби з дозованими присядками було встановлено, що у 40,7% дітей вегетативна забезпеченість діяльності була без суттєвих відхилень від нормальних показників (підвищення АТ складало 12-15 мм рт.ст. та прискорення ЧСС на 15-18 ударів за хвилину, термін нормалізації показників не перевищував 90-120 секунд), в той час як 59,3% дітей мали знижену вегетативну забезпеченість діяльності (підвищення АТ було більше 20 мм рт.ст., прискорення ЧСС на 25 та більше ударів за хвилину, термін нормалізації показників досягав 300-600 секунд).

Отже, у дітей з малими серцевими аномаліями часто зустрічаються прояви вегетативної дисфункції, переважно ваготонічної направленості. Вегетативна дисфункція насамперед притаманна дівчаткам в віці від 13 до 17 років і супроводжується зниженням вегетативної забезпеченості діяльності, що потрібно враховувати при розробки програм фізичного та розумового навантаження. Крім того, вегетативна дисфункція при вроджених вадах серця у дітей потребує моніторингу та корекції з метою попередження розвитку різних серцево-судинних захворювань у дорослому віці.

Колеснікова О. В., Радченко А. О.

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АНТИОКСИДАТИВНОГО СТАТУСУ
В ПОЄДНАННІ З ПОРУШЕННЯМИ ЛІПІДНОГО ТА
ВУГЛЕВОДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ**

**ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМНУ»,
Харків, Україна**

Поширеність субклінічного гіпотиреозу (СГ) росте як у світі в цілому, так і в Україні. Кожен рік 5% випадків СГ переходять у клінічну форму. Приєднання СГ у пацієнтів з наявною артеріальною гіпертензією (АГ) стає причиною більш виражених порушень обміну речовин, що веде до появи нових захворювань, в тому числі захворювань печінки і нирок. Тому дуже важливо оцінювати фактори ризику і ранні індикатори порушень печінки і нирок у пацієнтів з АГ та СГ.

Мета. Оцінити вплив антиоксидативного статусу в поєднанні з порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну на виникнення порушень