

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

України. В якості найбільш поширених патологій цієї групи пацієнтів розглядають ішемічну хворобу серця (ІХС) та артеріальну гіпертензію. Частим супутником та головним фактором ризику серцево-судинних захворювань є ожиріння. В останні роки в патогенезі ІХС значна увага приділяється визначенню вмісту фактору росту фібробластів (ФРФ-21 або FGF-21) – гормону, який продукує в більший мірі печінка, рідше - жирова тканина, підшлункова залоза та скелетні м'язи. Означений гормон володіє потенційно корисною роллю в гомеостазі глюкози і ліпідному обміні.

Дослідження, проведені на тваринах показали, що ФРФ-21 притаманні позитивні ефекти по відношенню до осіб з підвищеним рівнем глюкози в крові, гіперліпідемією, а також резистентністю до інсуліну і, таким чином, ймовірно, може перешкоджати розвитку цукрового діабету 2-го типу. У ряді досліджень було доведено, що фактор росту фібробластів-21 приймає участь у енергетичному балансі та впливає на розвиток ожиріння та кальцифікацію судин. Окрім того встановлено взаємозв'язок між ФРФ-21 і статевими відмінностями при атеросклерозі та мінеральній щільності кісток. Отже, FGF21 володіє більш виразними системними ефектами та належить до групи ендокринних факторів росту фібробластів.

Мета дослідження: проаналізувати показники ФРФ-21 та фосфорно-кальцієвого обміну у хворих на ішемічну хворобу серця з ожирінням та нормальною вагою.

Матеріали та методи дослідження. До роботи було залучено 79 пацієнтів на ІХС та ожиріння (основна група) та 19 осіб з ІХС та нормальною вагою (група порівняння). Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Обстежувані були співставні за статтю та віком: середній вік в основній групі складав $52,4 \pm 1,44$ роки, в групі порівняння – $50,8 \pm 2,3$ роки. Гендерне співвідношення в основній групі становило: 54,8% жінки та 45,2% чоловіки; у групі порівняння - 52,9% та 47,6% відповідно.

Наявність надлишкової маси тіла або ожиріння встановлювалася за допомогою розрахунку індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВНО, 1997). Середній ІМТ основної групи складав $31,87 \pm 0,26\%$ та $23,8 \pm 0,24\%$ – в групі порівняння. Верифікація діагнозу ІХС здійснювалася на основі уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» (наказ МОЗ України №152 від 02.03.2016).

Визначення вмісту фактору росту фібробластів 21 проводилось імуноферментним методом з використанням реактивів ELISA Kit AVISCERA BIOSCIENCE SK00145–01. Вміст загального кальцію та фосфору сироватки крові визначали біохімічними методами з використанням стандартних тест систем. Статистична обробка отриманих

результатів проводилася пакетом «Statistica10» з використанням критеріїв Манна-Уїтні, кореляції Спірмена.

Результати. При визначенні вмісту показника ФРФ-21 було встановлено, що у пацієнтів з ІХС і нормальною масою тіла дорівнював 215,04 (191,52; 231,5) пг/мл, що майже в 2 рази перевищував показник норми - 110,65 (97,117,5) пг/мл, ($p < 0,001$). У осіб основаної групи також біло визначено підвищення рівню ФРФ-21 до 277 (185,63; 328,75) пг/мл, що перевищувало показник здорових осіб у 2,5 рази та групи співставлення – в 1,3 рази, ($p < 0,005$). Вміст ФРФ-21 не мав залежності від віку хворих та тривалості ІХС, однак декілька збільшувався у пацієнтів жіночої статі та залежав від ступеню ожиріння.

Рівень кальцію теж був статистично вищим у основній групі 2,5 (2,4; 2,56) ммоль/л порівняно с групою порівняння 2,4 (2,35; 2,46) ммоль/л та контролю 2,4 (2,3; 2,47) ммоль/л, ($p < 0,001$). Показники фосфору статистично не відрізнялись в жодній з груп. Позитивний кореляційний зв'язок спостерігався між ІМТ та показниками фосфорно-кальцієвого обміну $r = 0,34$ та $r = 0,41$ відповідно.

Висновки. В разі поєднання ІХС та ожиріння відзначається збільшення вмісту загального кальцію сироватки крові та фосфору, що може бути результатом накопичення даних макроелементів в стінках судин. Такий перерозподіл кальцію та фосфору можна розглядати як один з патогенетичних напрямків ущільнення судин та формуванням атеросклерозу. Підвищення ФРФ-21 також впливає на розвиток атеросклерозу судин та можливо зниження щільності кісткової тканини. Тобто, у хворих на ІХС та ожиріння в разі збільшення вмісту ФРФ-21 можна очікувати розвиток остеопенічних станів.

Іванченко С.В.
ПУЛЬСОВИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичний університет, Харків,
Україна

Відповідно до сучасних уявлень високий пульсовий артеріальний тиск (ПАТ) є як самостійним фактором розвитку ускладнень у осіб з хронічними захворюваннями системи кровообігу, так і маркером доклінічної діагностики серцево-судинної патології. В даний час вважається, що підвищення рівня ПАТ відображає ступінь жорсткості судинної стінки, незалежно від підвищення систолічного або ж зниження діастолічного артеріального тиску. До ключових факторів, що