

вплив хіміопрепаратів на міокард і його знижену функціональну здатність на фоні слабовиражено позитивну динаміки або відсутності зі сторони легеневого процесу.

Результати лікування хворих на хронічний дисемінований туберкульоз легень згідно з сучасними вимогами представлені в таблиці 4.

Таблиця 4. Ефективність лікування хворих на хронічний дисемінований туберкульоз легень

Показники ефективності	Абсолютне число	%
Загоєння каверн	3	6,7
Припинення бактеріовиділення	14	42,4
Значне покращення	3	6,7
Покращення	17	37,8
Без динаміки	22	48,9
Прогресування	1	2,2
Летальність	2	4,4

Дуже низька ефективність лікування хворих на хронічний дисемінований туберкульоз легень зумовлена поширеним хронічним деструктивним процесом, ускладненим резистентністю мікобактерій туберкульозу, побічними ефектами протитуберкульозних препаратів. Хіміорезистентність була у 25 (75,8 %) хворих, зокрема, мультирезистентність – у 14 (42,4 %), полірезистентність – у 8 (24,2 %) і монорезистентність – у 3 (9,1 %) пацієнтів. Побічні реакції спостерігалися у 21 (46,7 %) хворого, зокрема зі сторони серцево-судинно системи у 8 (17,8 %) осіб.

Застосування адекватно патогенетично корегуючо терапі, в тому числі тіотриазоліну та предукталу, дозволило нівелювати побічні ефекти хіміопрепаратів у 14 із 21 хворого.

ВИСНОВКИ 1. У хворих на хронічний дисемінований туберкульоз легень спостерігаються виражені порушення функції серцево-судинно системи, зумовлені як туберкульозною інтоксикацією, порушенням метаболізму в серцевому м'язі, так і утрудненням циркуляції крові в малому колі кровообігу.

2. У процесі антимікобактеріально терапі переважно протягом 2-5 місяців лікування, поряд із зменшенням туберкульозно інтоксикації, покращенням бронхіально прохідності, покращенням загального стану організму, наступало незначне покращення функціонального стану серцево-судинно системи, а в деяких пацієнтів наступало погіршення функції міокарда як результат безпосереднього впливу протитуберкульозних препаратів.

3. На завершення інтенсивно (6-місячно) фази лікування і в подальшому констатовано виражену тенденцію утруднення циркуляції в малому колі кровообігу, перевантаження право половини серця і погіршення функції міокарда, що є вагомим доказом хронічного легеневого серця або його декомпенсації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Черенько С.О. Антимікобактеріальна терапія хворих на туберкульоз легень з мультирезистентними мікобактеріями туберкульозу [Текст]: Автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.01.26 / С.О. Черенько; Ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського. — К., 2001. — 32 с.
2. Стратегія профілактики, діагностики і лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Петренко, С. О. Черенько, А. І. Боброва // Укра нський хіміотерапевтичний журнал. — 2003. — № 2. — С. 12-15.
3. Феценко, Ю. І. Стан і проблеми протитуберкульозно допомоги населенню Укра ни та шляхи поліпшення [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник // Укра нський пульмонологічний журнал. — 2004. — № 2. — С 6-11.
4. Феценко, Ю. І. Основи клінічно фтизіатрії : керівництво для лікарів (в 2-х томах) [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький. — К.-Л. : Атлас, 2007. — 1168 с.
5. Процюк, Р. Г. Сучасні проблеми епідемі туберкульозу в Укра ні: причини та шляхи подолання [Текст] / Р. Г. Процюк // Здоров'я Укра ни. — 2008. — № 16/1. — С.63-66.
6. Іванкова, О. В. Антимікобактеріальна терапія хворих на хронічний туберкульоз легень [Текст]: Автореф. дис... канд. мед. наук 14.01.26 / О.В. Іванкова; Ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського. — К., 2007. — 19 с.

УДК 616.12-008.331.1/4-053.2

Слободян О.І.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕР- І ГІПОТЕНЗИЄЮ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕР- ТА ГІПОТЕНЗИЄЮ – Вивчена клінічна симптоматика у 71 хворого з артеріальною гіпер- і гіпотензією. Всі діти та підлітки були поділені на дві групи. В першу ввійшли 35 хворих з артеріальною гіпотензією, другу склали 36 пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Виявлена тенденція розвитку артеріально гіпертензії зі збільшенням віку дітей та підлітків. Обтяженість генетичного анамнезу частіше спостерігалась у хворих з артеріальною гіпертензією. Загальними, найчастішими симптомами, були: біль голови, емоційна лабільність, біль в ділянці серця, рідше – запаморочення та неприємність, які найчастіше зустрічались при гіпертензії. У більшості хворих обох груп констатовано напруження адаптаційно-приспосуваль-

них механізмів, а у чверті пацієнтів зареєстровано х значне зниження. Нервовий шлях центрального стимулювання в ортостазі частіше спостерігався при артеріальній гіпертензії разом з гіперсимпатикотонічним типом вегетативно реактивності. При електрокардіографічному обстеженні перевантаження лівого шлуночка частіше виявлялось при артеріальній гіпертензії, а обмінні порушення в міокарді разом з блокадами ніжок пучка Гіса частіше констатовані у хворих з артеріальною гіпотензією.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕР- И ГИПОТЕНЗИЕЙ – Изучена клиническая симптоматика у 71 больного с артериальной гипер- и гипотензией. Все дети и подростки были разделены на две группы. В

первую вошли 35 больных с артериальной гипотензией, вторую составили 36 пациентов с артериальной гипотензией. Выявлена тенденция в развитии артериальной гипертензии с увеличением возраста детей и подростков. Отягощенность генетического анамнеза чаще наблюдалась у больных с артериальной гипертензией. Общими, наиболее частыми симптомами, были: головная боль, эмоциональная лабильность, боль в области сердца, реж – головокружение и обморок, которые чаще встречались при гипертензии. У большинства больных обеих групп констатировано напряжение адаптационно-приспособительных механизмов, а у четверти пациентов зарегистрировано их значительное снижение. Нервный путь центрального стимулирования в ортостазе чаще наблюдался при артериальной гипертензии наряду с гиперсимпатикотоническим типом вегетативной реактивности. При электрокардиографическом обследовании перегрузка левого желудочка чаще выявлялась при артериальной гипертензии, а обменные нарушения в миокарде наряду с блокадами ножек пучка Гиса констатированы чаще у больных с артериальной гипотензией.

COMPARATIVE DESCRIPTION OF ARTERIAL HYPER- AND HYPOTENSION CLINICAL SYMPTOMS AMONG KIDS AND TEENAGERS – Clinical symptomatology of 71 patients with hyper- and hypotension was analyzed. All the patients were divided into two groups. The first one consisted of 35 patients with arterial hypertension, the other one was formed of 36 patients with arterial hypotension. It was discovered that arterial hypertension tends to develop with the aging of kids and teenagers. Anamnesis record more often was detected among the patients with arterial hypertension. The most frequent common symptoms were: headache, emotional lability, pain in the heart area, less frequently – faintness and dizziness, that were more often symptoms of hypertension. Most patients in both groups showed the tension of adaptation mechanisms, 25 % of the patients showed the great decrease of such mechanisms. Central stimulation nervous path in orthostasis as well as hypersympathicotonic type of vegetative activity were more often the signs of arterial hypertension. Electrocardiographic findings indicate that left ventricular overload is more often diagnosed among the patients with arterial hypertension, and violations of myocardial metabolism as well as bundle-branches block were more often stated for the patients with arterial hypotension.

Ключові слова: діти, підлітки, порівняльна характеристика, артеріальна гіпертензія, артеріальна гіпотензія.

Ключевые слова: дети, подростки, сравнительная характеристика, артериальная гипертензия, артериальная гипотензия.

Key words: kids, teenagers, comparative description, arterial hypertension, arterial hypotension.

ВСТУП Дитяча кардіологія залишається однією з найбільш складних галузей педіатричної науки і практики. Відомо, що захворювання серця та судин у дорослих закладаються ще в дитячому віці. Саме тому своєчасне діагностування, патогенетична терапія та рання профілактика патології серця й судин у подальшому дозволяють попередити ризик х прогресії, хронізації та інвалідизації дорослого працездатного населення України [4]. Сучасний рівень розвитку охорони здоров'я дозволяє виявити групи ризику серед дітей, у яких існує підвищена ймовірність розвитку серцево-судинної патології при впливі несприятливих, провокуючих факторів ризику в онтогенезі. Артеріальна гіпертензія, серцеві аритмії, вторинні кардіоміопатії навіть атеросклероз, що починаються в дитинстві, прогресують і часто стають причиною інвалідності людей у працездатному віці.

Вегетативні дисфункції та близькі до них за генезом судинні дистонії посідають у дитячому віці одне з провідних місць серед хвороб кровообігу [5]. Важливо розкрити роль вегетативних порушень у формуванні функціонально-кардіоваскулярної патології, зокрема артеріально-гіпо- та гіпертензії, пролапсу мітрального клапана, порушення ритму і провідності. Це дозволить розробити ефективні методи лікування та профілактики подальших ускладнень [3]. З позицій доказової медицини та епідеміологічними дослідженнями доведено, що одним із найбільш істотних чинників, що визначають смертність населення працездатного віку, є саме підвищення артеріального тиску. Результатом впливу підвищеного тиску у дітей та підлітків є ураження органів-мішеней, у першу чергу – серця. Судинні дисфункції дитячого віку з високою ймовірністю трансформуються в ішемічну та гіпертонічну хвороби [2]. У педіатрії майже

немає форм патології, в патогенезі яких не бере участь вегетативна нервова система. Діти особливо схильні до розвитку вегетосудинних змін. Вегетативна дисфункція розвивається у 20-45 % дітей, що пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму та гормональними перебудовами у підлітковому періоді [1]. Будь-який стрес може спричинити вегетативний дисбаланс. Проте в літературі зустрічаються лише поодинокі дослідження вегетативного гомеостазу та його ролі у патогенезі вегетосудинної дисфункції.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Метою дослідження було вивчення порівняльно-характеристики клінічної симптоматики у дітей та підлітків з артеріальною гіпер- та гіпотензією. Для виконання мети, крім клінічних обстежень, проводили кардіоінтервалографію з кліноортостатичною пробою за допомогою апарату УСЕКГ-01 та комплексу програмно-апаратного аналізу ЕКГ CARDIO за загальноприйнятою методикою (М.Б. Кубергер та ін., 1984), електрокардіографію, ехокардіоскопію. Отримані дані обчислені методом статистично-математичного аналізу.

Під спостереженням знаходився 71 пацієнт віком від 10 до 18 років. Всі пацієнти були поділені на дві групи. В першу групу ввійшли 35 дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією, другу групу склали 36 пацієнтів з артеріальною гіпотензією.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ При артеріальній гіпертензії діти до 14 років складали (31,45 ± 7,85) %, а при артеріальній гіпотензії становили (52,78 ± 8,32) % (p < 0,1). Кількість хворих від 15 до 18 років з артеріальною гіпертензією склали (68,57 ± 7,74) %, а з артеріальною гіпотензією – (47,22 ± 8,32) % (p < 0,1). Проведений аналіз свідчить про тенденцію розвитку артеріальної гіпертензії у пацієнтів зі збільшенням віку. Подібно тенденції у хворих з артеріальною гіпотензією не виявлено. Вочевидь, віковий фактор у розвитку гіпертензії має визначальне значення. Артеріальна гіпертензія констатована у 16 (45,71 ± 8,42) % хворих жіночої статі, а гіпотензія відмічалася у 22 пацієнток ((61,11 ± 8,12) %; p > 0,05). Хворі чоловічої статі з гіпертензією склали (54,29 ± 8,26) %, а з гіпотензією – ((38,89 ± 8,13) %; p > 0,05).

Отже, дві третини хворих з артеріальною гіпертензією склали підлітки віком старше 15 років, при артеріальній гіпотензії підлітків було менше половини всіх пацієнтів. Зі збільшенням віку у дітей і підлітків, як і у дорослого населення, збільшується частота виникнення артеріальної гіпертензії. На відміну від дорослих, розвиток артеріальної гіпертензії у дітей не залежить від статевих приналежностей. Мабуть, розвиток гіпертензії визначається не генетичними особливостями статі, а образом життя людини.

Отримані дані не виявили залежності тривалості захворювання від типу вегетативної дисфункції.

Тривалість хвороби більше 2 років при артеріальній гіпертензії спостерігалась у 11 пацієнтів (31,43 ± 7,86) %, а при гіпотензії – у 13 дітей та підлітків ((36,11 ± 8,00) %; p > 0,05). Генетична обтяженість частіше виявлялась у хворих з артеріальною гіпертензією: при гіпертензії у 29 (82,86 ± 6,37) %, а при гіпотензії у 19 (52,78 ± 8,32) % пацієнтів (p < 0,01). Таку закономірність можна пояснити більш вираженою симптоматикою гіпертензії, яку легше прослідкувати у родичів. Артеріальна гіпотензія клінічно проявляється менш інтенсивно, особливо ці ознаки девальвуються зі збільшенням віку пацієнтів. Часті інфекційні захворювання зустрічались в однаковій кількості в обох групах: при гіпертензії у 13 (37,14 ± 8,15) % хворих, при гіпотензії – у 8 ((22,22 ± 6,93) %; p > 0,05) пацієнтів. Супутня патологія спостерігалась з однаковою частотою в обох групах. Проплапс мітрального клапана виявили при артеріальній гіпертензії у 33 (94,29 ± 3,92) % дітей та підлітків, при гіпотензії теж у 33 хворих ((91,67 ± 4,60) %; p > 0,05). Дискінезі жовчовивідних шляхів діагностували у 29 (82,86 ± 6,37) %

дітей та підлітків з гіпертензією та у 31 (86,11 ± 5,76) % хворого з артеріальною гіпотензією ($p > 0,05$). Хронічний холецистит констатовано у 4 (11,43 ± 5,38) % хворих з артеріальною гіпертензією та у 4 (11,11 ± 5,24) % дітей з артеріальною гіпотензією ($p > 0,05$). По одному хворому з хронічним гастроуденітом спостерігалось в кожній групі, що склало відповідно (2,86 ± 2,82) % та ((2,77 ± 2,74) %; $p > 0,05$). Порушення постави виявлено з однаковою частотою в обох групах. У дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією відповідне порушення відмічено у 15 (42,86 ± 8,37) % хворих, а при артеріальній гіпотензії в 22 (61,11 ± 8,13) % випадках ($p > 0,05$). Сколіоз діагностовано у 7 пацієнтів з обох груп, що становить відповідно ((20,00 ± 6,76) % та (19,44 ± 6,60) %; $p > 0,05$).

Нами проаналізована клінічна симптоматика хвороби в обох групах (рис. 1).

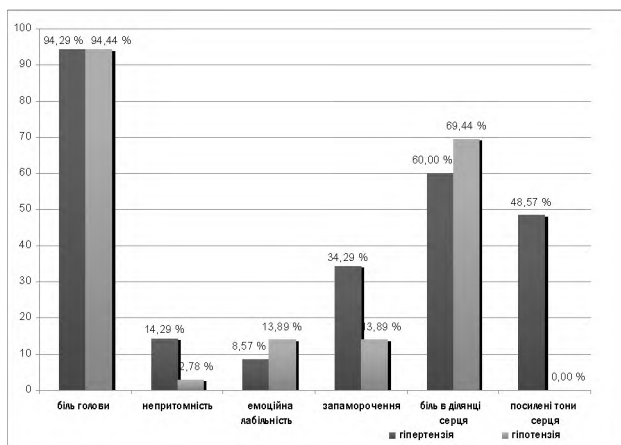


Рис. 1. Клінічна симптоматика при гіпер- і гіпотензії.

Головний біль спостерігався з однаковою частотою у дітей з обох груп: (94,29 ± 3,92) % при артеріальній гіпертензії та (94,44 ± 3,82) % при артеріальній гіпотензії ($p > 0,05$). Непритомність частіше зустрічалась у хворих з артеріальною гіпертензією. Воно спостерігалось у 5 дітей та підлітків (14,29 ± 5,92) % при артеріальній гіпертензії і тільки у 1 (2,78 ± 2,74) % пацієнта – при гіпотензії ($p < 0,10$). Скарги на нудоту констатовано у 3 хворих в обох групах, що склало (8,57 ± 4,73) % та (8,33 ± 4,60) % відповідно ($p > 0,05$). Млявість, втомлюваність, загальна слабкість спостерігалась з однаковою частотою в першій і другій групах. У дітей з артеріальною гіпертензією ця симптоматика відмічалась у 22 (62,86 ± 8,17) % хворих, а при гіпотензії – у 29 (80,56 ± 6,60) % пацієнтів ($p > 0,05$). Частота емоційно лабільності також не мала достовірних розбіжностей: ((8,57 ± 4,73) % та (13,89 ± 5,76) %; $p > 0,05$). Скарги на запаморочення частіше пред'являли хворі з артеріальною гіпертензією, вони відмічалися у 12 (34,29 ± 8,02) % дітей та підлітків, в той час, як при артеріальній гіпотензії вони констатовані тільки у 5 (13,89 ± 5,76) % хворих ($p < 0,05$). Скарги на біль в ділянці серця з однаковою частотою висловлювали хворі з обох груп. При артеріальній гіпертензії ця скарга зустрічалась у 21 (60,00 ± 8,28) % хворого, а при гіпотензії – у 25 (69,44 ± 7,74) % пацієнтів ($p > 0,05$). Зниження апетиту не відмічено в жодного пацієнта з артеріальною гіпертензією, тоді як у пацієнтів з гіпотензією ця скарга констатована в 7 (19,44 ± 6,69) % випадках. Блідість шкірних покривів спостерігалась у 30 (85,71 ± 5,91) % дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією і у 31 (86,11 ± 5,76) % дитини з артеріальною гіпотензією ($p > 0,05$). Сірість або “тіні” біля очей виявлені у 27 (77,14 ± 7,10) % хворих з першою групою і у 32 (88,89 ± 5,24) % дітей та підлітків з артеріальною гіпотен-

зією ($p > 0,05$). Підвищена пітливість відмічалась з однаковою частотою в обох групах. Вона мала місце у 17 (48,57 ± 8,45) % пацієнтів з артеріальною гіпертензією та у 11 (30,56 ± 7,68) % пацієнтів з артеріальною гіпотензією ($p > 0,05$). Обкладений язик у дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією виявили в 17 (48,57 ± 8,45) % випадках, а при артеріальній гіпотензії у 24 (66,67 ± 7,86) % хворих ($p > 0,05$). У більшості (97,14 ± 2,82) % хворих з артеріальною гіпертензією констатовано акцент II тону серця над аортою, а в (48,57 ± 8,33) % випадків посилені тони серця. У всіх дітей та підлітків з артеріальною гіпотензією виявили ослаблені тони серця. Також в обох групах, що знаходились під спостереженням, при аускультаті серця встановлено наявність систолічного шуму на верхівці та V точці. У 17 (48,57 ± 8,45) % хворих з артеріальною гіпертензією виявили синусову аритмію. У дітей з гіпотензією ця симптоматика відмічена у 16 (44,44 ± 8,28) % пацієнтів ($p > 0,05$). Наявність тахікардії не мала достовірно різниці в обох групах. При гіпертензії тахікардія встановлена у 8 (22,86 ± 7,10) % хворих, при гіпотензії у 9 (25,00 ± 7,23) % пацієнтів ($p > 0,05$). Частота брадикардії також достовірно не відрізнялась в обох групах. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією брадикардія констатована в 7 (20,00 ± 6,76) % випадках, а при гіпотензії – у 9 (25,00 ± 7,23) % пацієнтів ($p > 0,05$). У більшості дітей обох груп (97,14 ± 2,82) %; (97,22 ± 2,74) % виявлено збільшення печінки, а також позитивний симптом Ортнера ((94,29 ± 3,92) %; (97,22 ± 2,74) %, $p > 0,05$). Ангіопатія судин сітківки при артеріальній гіпертензії зустрічалась у 17 (48,57 ± 8,47) % пацієнтів, при гіпотензії у 9 (25,00 ± 7,23) %, $p > 0,05$ хворих. Найбільш характерною супутньою патологією є пролапс мітрального клапана, дискінезія жовчовивідних шляхів та ангіопатія судин сітківки. Ці ознаки можна вважати симптоматикою вегетативно дисфункції.

При кардіоінтервалографії у дітей з артеріальною гіпертензією у положенні лежачи нормальну гістограму реєстрували у (37,50 ± 8,56) % хворих, асиметричні – у (31,25 ± 8,19) %, ексусивні – у (25,00 ± 7,65) % і тільки у (6,25 ± 4,28) % пацієнтів спостерігали багатомодові гістограми. При артеріальній гіпотензії в спокої нормальну гістограму реєстрували в ((47,83 ± 10,42) %; $p > 0,05$) випадків, асиметричні – у ((26,09 ± 9,16) %; $p > 0,05$), ексусивні – у ((26,09 ± 9,16) %; $p > 0,05$) пацієнтів, багатомодові гістограми у дітей не відмічено ($p > 0,05$). У половини дітей та підлітків (50,00 ± 8,34) % з артеріальною гіпертензією констатували врівноважений стан симпатичних і парасимпатичних відділів ЦНС, у (25,00 ± 7,65) % хворих переважав симпатичний відділ ЦНС, та ще в (25,00 ± 7,65) % випадків – парасимпатичний. При артеріальній гіпотензії врівноваження симпатичного та парасимпатичного відділів ЦНС відмічали у ((69,57 ± 9,59) %; $p > 0,05$) дітей та підлітків, переважання симпатичного відділу спостерігалось у ((26,09 ± 9,16) %; $p > 0,05$), а переважання парасимпатичного у ((4,35 ± 4,25) %; $p > 0,05$) пацієнтів. При артеріальній гіпертензії нервовий шлях реалізації центрального стимулювання відмічався у (56,25 ± 3,77) % хворих, гуморальний тип – у (43,77 ± 8,77) % випадках. У пацієнтів другої групи нервовий шлях реалізації нервового стимулювання був виражений у ((56,52 ± 10,34) %; $p > 0,05$), а гуморальний у ((39,13 ± 10,18) %; $p > 0,05$) дітей та підлітків.

У пацієнтів першої групи задовільний стан адаптаційно-приспосовувальних механізмів відмічено тільки у (6,25 ± 4,28) %, напруження – у (68,75 ± 8,19) % хворих, а зниження в (25 ± 7,65) % випадків. При артеріальній гіпотензії ці показники відповідно склали ((13,04 ± 7,02) %, $p > 0,05$); ((56,52 ± 10,34) %, $p > 0,05$); ((30,43 ± 9,59) %, $p > 0,05$). Напруження та зниження адаптаційно-приспосовувальних механізмів відмічено в (93,75 ± 4,28) % випадків при артеріальній гіпертензії, та у (86,96 ± 7,02) % пацієнтів з артеріальною гіпотензією ($p > 0,05$).

У положенні ортостазу при артеріальній гіпертензії нормальна гістограма відмічалась у (28,13±7,95) % хворих, асиметричний тип спостерігався у (53,13±8,82) %, ексусивний тільки у (18,75±6,90) % осіб. У дітей з артеріальною гіпотензією нормальна гістограма спостерігалась у (30,43±9,59) дітей і підлітків ($p > 0,05$), асиметрична в ((39,13±10,18) %; $p > 0,05$), ексусивні гістограми мали місце в (30,43±9,59) % випадках ($p > 0,05$). Врівноважений стан симпатичного і парасимпатичного відділів ЦНС при артеріальній гіпертензії відмічався у (25,00±7,65) % дітей та підлітків, при артеріальній гіпотензії – у ((13,04±1,94) %; $p > 0,05$). Переважання симпатичного відділу при артеріальній гіпертензії спостерігалось у (68,75±8,19) % хворих, а при гіпотензії у (78,26±8,6) % пацієнтів ($p > 0,05$). Нервовий шлях реалізації центрального стимулювання при артеріальній гіпертензії зареєстрований в (71,88±7,95) %, а при гіпотензії в (95,65±4,25) % випадків ($p < 0,05$). Напруження та зниження адаптаційно-приспосувальних механізмів у хворих першо групи встановлено у (93,75±4,27) % хворих, подібні дані отримані у пацієнтів з артеріальною гіпотензією у ((95,65±4,25) %; $p > 0,05$). Нормальна вегетативна реактивність спостерігалась при артеріальній гіпертензії у (37,50±8,56) % хворих, при артеріальній гіпотензії в (39,13±10,18) % випадках ($p > 0,05$). Гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність встановлена у (56,25±5,77) % дітей і підлітків з артеріальною гіпертензією і тільки у (39,13±6,18) % хворих з артеріальною гіпотензією ($p < 0,05$).

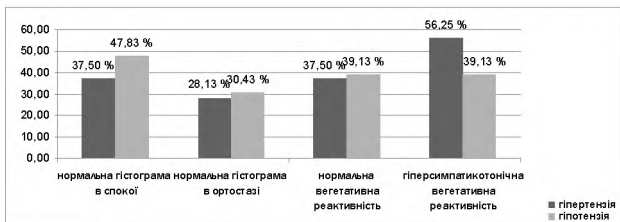


Рис. 2. Дані кардіоінтервалографі.

Проведене кардіоінтервалографічне обстеження хворих показало зміни вегетативно регуляції діяльності серцево-судинно системи у хворих обох груп, що були під спостереженням. Як при артеріальній гіпертензії, так і при гіпотензії нормальні гістограми в спокої реєстрували менше, ніж у половини пацієнтів, а в положенні ортостазу тільки у третини дітей і підлітків. В обох групах в положенні лежачи і ортостазі частіше фіксували асиметричні та ексусивні гістограми, багатходові відмічені тільки у дітей з артеріальною гіпертензією. У чверті хворих обох груп в положенні спокою переважав симпатичний відділ ЦНС. В положенні ортостазу переважання симпатичного відділу ЦНС відмічалось більше ніж у $2/3$ хворих. Більше половини дітей і підлітків в обох групах мали нервовий шлях реалізації центрального стимулювання. У більшості хворих обох груп спостерігалось напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів, а у чверті хворих констатовано значне зниження. Тільки у третини хворих в обох групах зафіксована нормальна вегетативна реактивність. Гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність найбільш часто (більше половини хворих) відмічалась у хворих з артеріальною гіпертензією та значно рідше – у пацієнтів з артеріальною гіпотензією.

Проведений аналіз електрокардіографічних обстежень порівняльних груп. У дітей з артеріальною гіпертензією синусова аритмія спостерігалась у 17 (50,00 ± 8,57) % випадках, а при артеріальній гіпотензії у 16 ((44,44 ± 8,28) %; $p > 0,05$) пацієнтів. Тахікардія констатована в першій групі у 8 (22,86 ± 7,10) %, а в другій групі у 9 ((25,00 ± 7,23) %, $p > 0,05$) дітей та підлітків. Нами не виявлено розбіжностей

у двох порівняльних групах у кількості хворих з тахікардією, брадикардією та екстрасистолією. Перевантаження лівого шлуночка у пацієнтів з артеріальною гіпертензією констатована у 26 (76,47±7,58) % хворих, а у дітей та підлітків з артеріальною гіпотензією тільки у 4 ((11,76 ± 5,37) %; $p < 0,001$) осіб. У більшості дітей та підлітків обох груп спостерігались обмінні порушення в міокарді. При артеріальній гіпертензії обмінні порушення в міокарді відмічені у 26 (76,47 ± 7,58) % хворих, у дітей з артеріальною гіпотензією – у 35 ((97,22 ± 2,74) %; $p < 0,02$) пацієнтів. Більш вираженні обмінні зміни у хворих з артеріальною гіпотензією можна пояснити зниженням плинності крові в судинах міокарда. Блокада ніжок пучка Гіса спостерігалась у 20 (58,82 ± 8,20) % дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією та у 30 (83,33±6,21) % осіб з артеріальною гіпотензією ($p < 0,02$). Внутрішньошлуночкові блокади при артеріальній гіпотензії можна пояснити недостатнім кровопостачанням міокарда, внаслідок чого страждає передача імпульса по провідниковій системі. Феномен передчасного збудження шлуночків з однаковою частотою зустрічався в обох порівняльних групах, при артеріальній гіпертензії у 9 (26,47 ± 7,57) % хворих, при артеріальній гіпотензії також у 9 ((25,00 ± 7,22) %; $p > 0,05$) пацієнтів. При ехокардіоскопічному обстеженні у всіх пацієнтів обох груп виявили пролапс мітрального клапана від 4 до 5 мм.

Отже, майже у половини хворих обох груп при електрокардіографічному обстеженні констатована синусова аритмія, у чверті пацієнтів тахікардія, у більшості обстежуваних спостерігались обмінні порушення в міокарді, при цьому ці порушення були більш вираженими у пацієнтів з артеріальною гіпотензією. Також в даної групі пацієнтів частіше спостерігалась блокада ніжок пучка Гіса, яка при гіпотензії констатована більш ніж у $3/4$ осіб. У кожній чверті дитини обох груп зареєстровано феномен передчасного збудження шлуночків. Всі ці ознаки разом з наявністю пролапсу мітрального клапана, який виявили у всіх хворих при ехокардіоскопічному дослідженні, є характерними для вегетосудинних дисфункцій дітей та підлітків.

ВИСНОВКИ 1. Виявлено тенденцію розвитку артеріальної гіпертензії зі збільшенням віку дітей та підлітків. У пацієнтів до 14 років вона виявлялась лише в (31,45 ± 7,85) % випадків, тоді як у підлітків від 15 до 18 років вона констатована у (68,57 ± 7,74) % хворих.

2. Генетична обтяженість значно частіше спостерігалась у хворих з артеріальною гіпертензією. Вона виявлена у (82,86 ± 6,37) % пацієнтів з артеріальною гіпертензією і тільки в (52,78±8,32) % випадках при артеріальній гіпотензії.

3. Загальними, найбільш частими, симптомами вегетативно дисфункції є головний біль, емоційна лабільність, біль в ділянці серця, рідше – запаморочення та непритомність. Непритомність частіше було виражене у дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією – (14,29 ± 5,92) %, рідше (2,78 ± 2,74) % у хворих з артеріальною гіпотензією. Запаморочення в 2,5 рази частіше відмічалось при артеріальній гіпертензії (34,29 ± 8,02) %, ніж при артеріальній гіпотензії у (13,89 ± 5,76) %. У всіх хворих був систолічний шум на верхівці та у V точці, у половини дітей обох груп спостерігались синусова аритмія, у чверті пацієнтів тахікардія, рідше – брадикардія.

4. Акцент II тону серця над аортою та посилення тонів серця переважно зустрічались при артеріальній гіпертензії ((97,14 ± 2,82) % та (48,57 ± 8,33) % відповідно). У всіх дітей з артеріальною гіпотензією було відмічено ослаблення тонів серця.

5. При кардіоінтервалографії нормальні гістограми в спокої в обох групах реєстрували менш ніж у половини пацієнтів, а в ортостазі тільки у третини дітей та підлітків на фоні переважання симпатичного відділу ЦНС та нервового шляху реалізації центрального стимулювання. У більшості хворих обох груп констатовано напруження адап-

таційно-приспосувальних механізмів, а у чверті пацієнтів зареєстроване х значне зниження. Нервовий шлях центрального стимулювання в ортостазі переважав при артеріальній гіпертензії ($95,65 \pm 4,25$) % проти ($71,88 \pm 7,95$) %. Гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність найбільш часто відмічалась у хворих з артеріальною гіпертензією ($56,25 \pm 5,77$) % проти ($39,13 \pm 6,18$) % .

6. При електрокардіографічному обстеженні у більшості обстежених в обох групах виявлено обмінні порушення в міокарді, в половині випадків синусова аритмія, рідше тахікардія, у кожно четверто дитина та підлітка констатований феномен передчасного збудження шлуночків. Перевантаження лівого шлуночка частіше спостерігалось при артеріальній гіпертензії ($76,47 \pm 7,58$) % проти ($11,76 \pm 5,37$) %). Обмінні порушення були частіше виявлені при арте-

ріальній гіпотензії ($97,22 \pm 2,74$) % проти ($76,47 \pm 7,27$) %, разом з блокадою ніжок пучка Гіса ($83,33 \pm 6,21$) % проти ($58,82 \pm 8,20$) %).

ЛІТЕРАТУРА

1. Волосовець О. П. Сучасні досягнення та проблеми дитячої кардіоревматологічної служби України // Здоров'я ребенка. – 2006. – № 1. – С. 9-14.
2. Гордон И. Б., Гордон А. И. Церебральные и периферические вегетативные расстройства в клинической кардиологии. – М.: Медицина, 1994. – 160 с.
3. Лисенко Г. І., Маяцька О. В., Яценко О. Б. Варіабельність серцевого ритму у підлітків, що страждають від вегетативних дисфункцій // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 4. – С. 81-84
4. Майданник В. Г. Вегетативні дисфункції у дітей. (Патогенетичні механізми і клінічні форми) // ПАГ. – 1998. – № 4. – С. 5-11
5. Острополец С. С., Нагорна Н. В. Вегетативні дисфункції. – Кардіологія дитячого і підліткового віку. – К.: Вища шк., 2006. – 422 с.

УДК 616-055.2-085.256.3-07:616.151.5-07

Кінах М.В.

СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ЖІНОК, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Комунальна міська клінічна лікарня швидко медично допомоги, Львів

СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ЖІНОК, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ – До лікарських засобів, що сприяють розвитку тромбозів, належать оральні контрацептиви. Обстеживши 22 жінки до і через 5-8 місяців після приймання ОК, виявлено наявність тромбофілічного стану, що обумовлений підвищенням функціонально активності тромбоцитів, активацією прокоагулянтно і зниженням антикоагулянтно систем та пригніченням фібринолізу.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЮТ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ – К лекарственным средствам, что содействуют развитию тромбозов, относятся оральные контрацептивы. Обследовали 22 женщины до и через 5-8 месяцев после применения ОК выявлено наличие тромбофилического состояния, которое обусловлено повышением функциональной активности тромбоцитов, активацией прокоагулянтной и снижением антикоагулянтной систем, угнетением фибринолиза.

STATE OF HEMOSTASIS SYSTEM IN WOMEN WHICH APPLY ORAL CONTRACEPTIVES – Oral contraceptives belong to medications that promote the development of thrombosis. Examination of 22 women before and in 5-8 months after oral contraceptives application revealed the presence of thrombophilic state which is conditioned by the increase of functional activity of platelets, activation of procoagulant and decline of anticoagulant systems and inhibition of fibrinolysis.

Ключові слова: оральні контрацептиви, система гемостаза.

Ключевые слова: оральные контрацептивы, система гемостаза.

Key words: oral contraceptives, hemostasis system.

ВСТУП Відомо, що деякі лікарські засоби сприяють розвитку тромбозів, особливо у осіб з його високим ризиком. Гормональні протизаплідні засоби винайдені і впроваджені в практику у 1960 році. В 1965 році було підраховано, що 10 % жінок репродуктивного періоду приймають оральні контрацептиви (ОК). З цього часу у розвинутих крах цей показник зростає. Значна кількість жінок приймає контрацептиви і в Україні. Взаємозв'язок між ОК і частотою тромбозів було відмічено ще у 70 роках [6]. Дослідженнями встановлено, що ОК, естрогенні, і комбіновані, створюють загрозу виникнення ІМ [1,2].

Найбільш небезпечні ускладнення, які викликаються цими препаратами: венозні тромбози, тромбоемболі легеневої артерії, ІМ, тромбози церебральних судин. У жінок, які приймають ОК, смертність у 4-6 разів вища, ніж у жінок того ж віку, які не приймають [1, 2, 3, 6, 7]. Гормоноза-

мінна терапія, за даними дослідження SP AF III, збільшує ризик виникнення інсульту в 3,3 рази [4].

За тріадою Вірхова, причиною виникнення тромбу є порушення цілості судинної стінки, кровотоку і коагуляційних властивостей крові, можна думати, що приймання ОК призводить до виникнення однієї, або двох із цих причин. Тромбози наступають при атеросклеротичних змінах судин. Однак у жінок, які приймали ОК і померли від тромбозів, ці зміни відсутні. Виявлені зміни у артеріях і венах проявлялись проліферацією ендотелію і потовщенням інтими [5]. Дослідження впливу ОК на згортальну активність крові неоднорідна. Тромбогенним ризиком вважають приймання ОК з дозою естрогенів більше 50 мг [1, 2].

Доведені зміни під впливом естрогенів реологічних властивостей крові: підвищення рівня фібриногену, глобулінів [5, 7]. Виявили збільшення концентрації VII і X фактора, незначне підвищення концентрації II і IX факторів [7, 8]. Відмічено зниження активності АТ III до 60 %, у жінок які приймають ОК, що є загрозою тромбоутворення, зміни АТ III наступають уже після приймання двох таблеток ОК [7, 8].

Відмічено підвищення агрегації тромбоцитів у пацієнток, які приймають ОК [4].

Думки про вплив ОК на фібринолітичну систему неоднозначні, але більшість авторів відмічає пригнічення фібринолізу [7, 8].

Winkler U.N. вважає, що причиною 7,2 % тромбозів у молодих жінок, які приймають ОК, є вроджена схильність до тромбофілії – дефіцит антикоагулянтів і рекомендує перед вибором ОК виключити схильність до тромбозів детальним обстеженням пацієнтів з урахуванням анамнезу [8]. На сьогодні тривають дослідження з метою виявлення зв'язку між прийманням ОК і розвитком тромбозів та тромбоемболій. Метою наших досліджень було вивчення впливу ОК на стан системи гемостаза.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 22 практично здорові жінки, які приймали оральні контрацептиви з метою запобігання вагітності. Дослідження проводили до приймання препаратів – 20 жінок (вихідний рівень) і через 5-8 місяців після початку приймання – 22 жінки. В групі не введени жінки, у яких виявлено уроджену патологію гемос-