



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 ліпідограми, 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.