

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



До вищезгаданих найзагальніших критеріїв оптимальності лікарського препарату для застосування в неврологічній практиці слід зарахувати: ефективність і ширину терапевтичного спектру (можливість доцільного застосування при різних формах патології); безпечність (у неврологічному та соматичному плані); ширину дозового діапазону, тобто розриву між мінімальною терапевтичною та мінімальною токсичною дозами (можливість застосування у вигляді різних дозових схем і курсів, «ударної» та «підтримуючої» терапії і т. д.); мінімальний потенціал взаємодії між ліками (можливість застосування як у вигляді монотерапії, так і в рамках комбінованого фармакотерапевтичного впливу); економічну доступність.

Серед широкого спектру сучасних нейротропних засобів останніми роками все більшу увагу привертають ноотропі препарати. Основною відмінною рисою цих засобів є вплив на інтелектуально-мнестичні функції та церебропротекторна дія. Згідно з сучасними уявленнями, ноотропи — це речовини нейрометаболічного типу дії, здатні активізувати пластичні процеси в ЦНС, поліпшувати енергозабезпечення нервових клітин, підвищувати їх стійкість до впливу негативних факторів різної природи, позитивно впливати на вищі психічні функції.

Унікальність фармакологічного спектру дії ноотропів, виняткова розмаїтість можливостей та перспектив їх застосування у різних ділянках медицини багато в чому пояснює надзвичайно високий інтерес до них з боку і фармакологів, і клініцистів. Так, наприклад, нині у США ноотропи (разом з антидепресантами) є групою препаратів, яку найінтенсивніше досліджують серед усіх нейро- і психотропних засобів для пошуку нових біологічно активних речовин з ноотропною активністю.

Родоначальником групи ноотропів, який дотепер залишається їх «золотим стандартом», є пірацетам. Нині препарати пірацетаму становлять більш як половину номенклатури європейського ринку ноотропів, причому їх перелік продовжує неухильно розширюватися. Така популярність пояснюється насамперед тим, що нині саме пірацетам, порівняно з іншими препаратами цієї групи, має максимальну ширину фармакологічного спектру ноотропної активності, внаслідок чого забезпечується виняткове розмаїття його клінічного застосування. Насамперед варто сказати про мембранотропні ефекти пірацетаму, які підсилені у комбінованому препараті тіоцетам. Цей препарат має виражену мембраностабілізуючу дію на нейрони головного мозку, зокрема, він зменшує мікров'язкість нейрональних мембран, нормалізує проникність їх фосфоліпідного шару та співвідношення холестерин/фосфоліпіди. У результаті цього підвищується стійкість мембран нейронів до оксидативного стресу та патогенного впливу вільних радикалів. Тобто, реалізуються найважливіші клініко-фармакологічні ефекти тіоцетаму - нейропротекторний і антиоксидантний. Важливо відзначити, що порушення ліпідного спектру нейрональних мембран є основою розвитку патологічних процесів, пов'язаних зі старінням мозку (сенільні деменції, паркінсонізм і т. д.), а також істотно збільшують негативний вплив вільнорадикальних реакцій у результаті розвитку гіпоксії мозку як наслідку різних ЦВЗ. Однак, крім того, тіоцетам має і безпосередню антиоксидантну дію, яка базується на активації ключових ферментів природної антиоксидантної системи організму - каталази і супероксиддисмутази. Антигіпоксичні властивості тіоцетаму пов'язані зі стимуляцією пентозофосфатного і гексозофосфатного метаболічних шляхів, тобто альтернативних механізмів підтримки енергетичного обміну. Найважливішим аспектом дії тіоцетаму варто назвати його стимулюючий вплив на білок-синтезуючі процеси, який безпосередньо обумовлює вплив цього препарату на інтелектуально-мнестичні функції. Відомо, наприклад, що він активує стероїд-залежну транскрипцію генів, відповідальних за білковий синтез у нейронах. Зі згаданим ефектом пов'язують активуючий вплив тіоцетаму на обмін інформацією між півкулями головного мозку і, зокрема, на розвиток міжнейронних зв'язків, які обумовлюють формування довгострокової пам'яті та здатності до навчання. Нарешті, необхідно відзначити комплексний, різнобічний вплив тіоцетаму на нейромедіаторні процеси і, зокрема, на холінергічну і глутаматергічну нейромедіацію, яка відіграє провідну роль у реалізації інтелектуально-мнестичних функцій.

**Деркач В.Г.**

#### **ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

Епілепсія (епілептична хвороба) — це хронічне, прогресивне, нервово-психічне захворювання різної етіології, але єдиного патогенезу, яке виявляється пароксизмальними розладами (судомними і безсудомними) та специфічними змінами особистості. Характеризується вона повторними (двома або більше) епілептичними нападами, що не провокуються будь-якими певними причинами.

Поширеність цього захворювання у розвинутих країнах становить 5-10 випадків на 1000 населення. Згідно результатів популяційних досліджень частота розвитку епілепсії коливається від 28,1 до 53,1 на 100000 населення. Залежно від виду етіологічного чинника епілепсію поділяють на ідіопатичну, симптоматичну та криптогенну. За даними різних досліджень на сьогодні чітко встановлено, що при епілептичній хворобі спостерігаються порушення пам'яті та уваги і в 60% таких хворих мають місце розлади інтелектуально-мнестичних процесів. Тому ми поставили собі за мету визначити стан пам'яті та уваги у хворих на ідіопатичну, симптоматичну і криптогенну форми епілепсії до і після призначення їм в комплексному лікуванні (протисудомні, розсмоктувальні, дегідратаційні, судинні та інші засоби) мепланту, омеги-3 та кислоти фолієвої.

Для реалізації поставленої мети дослідження обстежено 67 хворих на різні форми епілепсії, у віці 14-50 років, 12 — чоловічої статі (17,9%) і 55 — жіночої статі (82,1%), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в



Чернівецькій обласній психіатричній лікарні чи проходили курс амбулаторної терапії. Для дослідження стану зорової і слухової пам'яті та якостей уваги у хворих на різні форми епілепсії (до і після проведеного курсу лікування впродовж 1-2 міс.) застосовували методики «Запам'ятовування геометричних фігур» і «Запам'ятовування слів» (за Ф.Є.Рибоковим), а також «Тест Крепеліна» і «Таблиці Шульте». Ідіопатичну форму епілепсії було діагностовано в 22 осіб (32,8%), симптоматичну — у 31 особи (46,3%) і криптогенну — в 14 осіб (20,9%). Хворі отримували меплант (40 мг — по 1 табл. вранці та ввечері, зразу ж після їжі), вітрум омегу-3 (по 1 капсулі вранці та ввечері, під час їжі) та кислоти фолієву (1 мг — по 2 табл., в обід, зразу ж після їжі) в складі комплексної терапії. В усіх хворих досліджували стан зорової та слухової пам'яті і таких якостей уваги, як об'єм, переключення та стійкість. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з допомогою коефіцієнту Стьюдента — оцінювали вірогідність показників стану пам'яті та уваги після проведеного лікування запропонованими засобами.

Результатами дослідження доведено, що в хворих на всі форми епілепсії до лікування показники зорової і слухової пам'яті, а також таких якостей уваги, як об'єм, переключення та стійкість були меншими загальноприйнятної норми. У хворих на ідіопатичну епілепсію після лікування меплантом, вітрум омеги-3 та кислотою фолієвою показники зорової і слухової пам'яті, а також стійкості та об'єму уваги вірогідно покращилися. Результатом проведення запропонованого курсу лікування у хворих на симптоматичну епілепсію стало вірогідне покращення зорової і слухової пам'яті, стійкості, об'єму та переключення уваги. У хворих на криптогенну епілепсію проведений курс лікування меплантом, вітрум омеги-3 та кислотою фолієвою вірогідно покращив тільки стан зорової і слухової пам'яті.

Таким чином, у хворих на ідіопатичну, симптоматичну та криптогенну форми епілепсії відмічається послаблення зорової і слухової пам'яті, а також зниження рівня таких якостей уваги, як стійкість, об'єм та переключення. Застосування мепланту, вітрум омеги-3 та кислоти фолієвої в складі комплексної терапії хворих на ідіопатичну і симптоматичну форми епілепсії вірогідно покращило стан зорової і слухової пам'яті, стійкість, об'єм та переключення уваги. У хворих на криптогенну епілепсію застосування запропонованих засобів вірогідно покращило тільки стан зорової та слухової пам'яті.

**Жуковський О.О.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ НА ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

Розсіяний склероз (РС) — належить до найбільш поширених захворювань центральної нервової системи в осіб молодого віку. Незважаючи на широку доступність додаткових методів дослідження, як магнітно-резонансна томографія (МРТ) і дослідження викликаних потенціалів (ВП), приблизно половині пацієнтів правильний діагноз ставиться тільки через 5 років після початку захворювання, і цей час для проведення лікування виявляється втраченим.

Метою нашого дослідження було виявлення ранніх проявів РС. Проведено катamnестичне обстеження 20 хворих на розсіяний склероз віком від 18 до 38 років. Середня тривалість захворювання становила 6,5 років.

Встановлено, що найчастіше РС дебютував з короткочасних порушень чутливості тривалістю від декількох годин до декількох днів. Як правило, вони виявлялися мінущим відчуттям оніміння, поколювання, «повзання мурашок» у різних частинах тіла. Даний симптом на ранніх стадіях захворювання відмічали у себе 80% пацієнтів. У 75% хворих в дебюті захворювання встановлювали діагноз ретробульбарний неврит, проявляється підгострою, зазвичай односторонньою і неповною втратою зору, якій нерідко передують біль у самому оці, над очницею, посилюватися при натисканні на очне яблуко. У подальшому відбувається повне або часткове відновлення зору. Приблизно така ж кількість хворих (75%) відмічали у себе рухові розлади, що є поганою прогностичним ознакою, оскільки передбачає більш важкий перебіг хвороби надалі. Як правило, пацієнти з РС спочатку відчувають лише підвищену стомлюваність, яка з плином часу трансформується в постійно існуючу м'язову слабкість. Доволі частим дебютним проявом РС є порушення сечовипускання, які зустрічалися у 70% пацієнтів. При РС найбільш часто зустрічаються імперативні позиви на сечовипускання - раптовий позив на випорожнення сечового міхура, який пацієнт не може довго контролювати. У 15% пацієнтів початковими симптомами РС були ізольоване системне запаморочення, окорухові порушення, невралгія трійчастого нерва.

Таким чином, початкові прояви РС досить різноманітні, що змушує пацієнтів в дебютній його стадії звертатися до лікарів різних спеціальностей. Важливо пам'ятати про всі можливі перші симптоми РС і при найменшому сумніві направляти хворих для проведення додаткових методів дослідження - МРТ і викликаних потенціалів - з метою виявлення субклінічних ознак захворювання.

**Карвацька Н.С.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАТЯЖНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

Значна поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом, психічних розладів робить особливо актуальним пошук форм їх адекватної діагностики, лікування і профілактики. На сучасному етапі розвитку, як





показує клінічний досвід, спостерігається патоморфоз депресивних розладів, що проявляється атипівістю, змішаністю депресивних симптомів, комплексним порушенням психічної активності, вираженою соматизацією, зтяжним перебігом та резистентністю до терапії. При резистентних до терапії зтяжних депресивних станах, окрім справжньої резистентності, пов'язаної з індивідуальними особливостями фармакокінетики (всмоктування, розподіл, метаболізм, виведення психотропних препаратів), а також особливостями психопатологічного процесу, істотне значення в деяких випадках можуть набувати гальмівні впливи особистісно-психогенних утворень, що стають мішенню психотерапевтичного впливу.

При проведенні комбінованої психофармакотерапії слід надавати перевагу засобам із різними хімічною структурою та механізмом дії, які б підходили як для лікування гострих станів, так і на етапі підтримуючої терапії. Це сприятиме запобіганню рецидивів. З іншого боку, ці хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б урахувала особливості їх психоемоційної сфери.

Мета дослідження - вивчити особливості діагностики, клініки та лікування пацієнтів із резистентними до терапії депресивними розладами. Для вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, обстежено 65 хворих. Хворі були віком від 37 до 53 років (середній вік –  $37 \pm 6$  років). Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. За допомогою клінічного, клініко-психопатологічного методу вивчали скарги, анамнез, соціальний статус хворих, клінічні прояви неспихотичних психічних розладів. На початку і вкінці комплексного лікування у хворих визначали рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером-Ханінім, для визначення особливостей особистості - акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда.

Вивчення клініко-психопатологічного стану показало, що у 100% обстежених реєструвалися депресія і у 97,8% - тривога. Зазначені симптоми були вираженими на тлі дратівливості (86,1%), плаксивості (75,5%), в'язлості (59,6%), емоційної лабільності (62,8%). Вище перераховані особливості реєструвалися в поєднанні з систематичними конфліктними стосунками. Характерна наявність недиференційованої незадоволеності в усіх мікросоціальних сферах (сім'ї, роботі, побуті), можливо, що є наслідком генералізації внутрішньо-особистісного конфлікту, що виникнув внаслідок психогенії і зумовив порушення міжособистісних стосунків з негативною оцінкою мікросоціума, що негативно впливає на результати лікування.

Для корекції тривожних розладів використовували транквілізатори, що мають комплексний анксиолітичний, гіпнотичний, вегетостабілізуючий та центральний міорелаксуючий ефекти, тим самим впливаючи практично на всі патогенетичні ланки тривожних розладів. Надавалася перевага «денним» транквілізаторам без значного снодійного ефекту (алпразолам (ксанакс), медазепам (рудотель), оксазепам (нозепам, мазепам), тофізолам (грандаксин), лоразепам (лорафен), гідазепам, а також афобазол. Застосування комбінованої психофармакотерапії з використанням транквілізаторів, антидепресантів, анксиолітиків, загальнозміцнюючих препаратів і психотерапії давало тривалий терапевтичний ефект при зтяжних депресивних розладах.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, що супроводжувалися резистентними до терапії зтяжними депресивними станами, завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану із пом'якшенням акцентуованих рис характеру особистості, покращенням настрою і зниженням рівня реактивної тривожності. Особистісно-орієнтована індивідуальна і групова психотерапія хворих із резистентними до терапії зтяжними депресивними станами сприяє інтенсифікації процесу лікування.

Таким чином, комплексне лікування хворих із резистентними до терапії депресивними розладами довело високу ефективність психотерапевтичних методів у подоланні терапевтичної резистентності, оскільки вони мають вплив на афективну і когнітивну сферу, сприяють формуванню позитивного ставлення до терапії та редукції ідеаторних нав'язливостей у структурі афективних розладів депресивного регістру. Застосування психотерапії у складі комплексної терапії дає можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникнення небажаних ефектів. Проведені дослідження свідчать про актуальність проблеми та необхідність подальшого поглибленого вивчення терапевтичної резистентності хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, достовірної діагностики та розробки методів етапної психотерапії та психокорекції.

**Кривецька І.І.**

### **ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка*

*Буковинський державний медичний університет*

У 60-96% хворих на розсіяний склероз (РС) спостерігаються порушення тазових функцій, які обумовлюють порушення якості життя та соціальної адаптації. Хворим з такими порушеннями загрожує небезпека інфікування нижніх сечових шляхів, висхідне ураження нирок з ступним розвитком ниркової недостатності або уросепсису.



Метою нашого дослідження було оцінити ефективність симптоматичного лікування гіперрефлексії сечового міхура у хворих на розсіяний склероз з застосуванням толтеродину та селективного анксилітика афобазолу.

В дослідження були включені 27 хворих з ремітуючи-рецидивуючим РС (РРРС) та вторинно-прогресуючим РС (ВРРС), з ознаками гіперактивності детрузора: зниження або втрата контролю над сечовиділенням, часте сечовиділення, часте сечовиділення вночі (ніктурія), імперативні поклики на сечовиділення. Серед них 14 жінок та 13 чоловіків. Середній вік хворих склав 38 років. Середня тривалість захворювання до моменту обстеження склала  $88,3 \pm 2,84$  міс. Ступінь інвалідизації по шкалі функціональних систем FS та EDSS на момент обстеження склала  $3,9 \pm 0,24$  бала. Всі хворі були розподілені на дві групи гомогенні за віком, статтю та за типом порушення сечовиділення.

Пацієнти I групи отримували толтеродин по 2 мг двічі на день, а пацієнти II групи отримували толтеродин по 2 мг двічі на день та афобазол по 10 мг 3 рази на день тривалістю 1 місяць. Вибір препаратів для комбінованого лікування був обумовлений части поєднанням порушень сечовиділення і підвищеною тривожністю хворих з РС.

Толтеродин є конкурентним антагоністом холінергічних мускаринових рецепторів, які локалізуються у сечовому міхурі, пригнічення яких веде до зниження скорочувальної функції сечового міхура. Афобазол попереджує розвиток мембранозалежних змін в рецепторах чутливих до гаммаміномасляної кислоти, має анксиолітичну дію з активуючим компонентом, що не супроводжується гіпнosedативними ефектами та міорелаксацією. Зменшує психологічний дискомфорт, який викликаний тривожним станом.

Динамічне спостереження за хворими проводилось в умовах неврологічного стаціонару, оцінка ефективності проводилась по шкалі IPSS шляхом заповнення анкет до та після лікування. Вже через 10-14 днів прояви гіперактивного сечового міхура у хворих I групи зменшились – у 24% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 25%. У хворих II групи – у 34% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 48%. Оцінка проявів гіперактивного сечового міхура через 28 днів встановила: у хворих I групи – частота нічних сечовиділень скоротилась і у 38% хворих припинилась, частота денних сечовиділень скоротилась на 43%. У хворих II групи – у 67% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 58%. Після оцінки заповнених анкет до та після лікування встановлено, що сумарна оцінка по шкалі розладів сечовиділення після лікування знизилась з  $34,5 \pm 2,4$  до  $23,8 \pm 2,9$  ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати виявили більш ефективною комбіновану терапію проявів гіперактивного сечового міхура конкурентним антагоністом холінергічних рецепторів толтеродином та анксилітиком афобазолом.

**Кричун І.І.**

### **СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ВЕГЕТИВНУ ДИСТОНІЮ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

На сьогодні є мало вивченою функція ендотелію при вегетивній дистонії (ВД), яка зараз розглядається як предиктор артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Тому метою дослідження було вивчення залежності між функціональним станом ендотелію судин, показниками ліпідного обміну та станом церебрального кровообігу у хворих на ВД. Для цього було обстежено 32 хворих на ВД за гіпертонічним типом (19 хворих) та гіпотонічним типом (13 хворих), які знаходились на лікуванні у неврологічному відділенні міської клінічної дитячої лікарні. Середній вік хворих склав  $15,7 \pm 2,1$  років. Стаж хвороби у всіх обстежених хворих склав не менше 5 років. Серед обстежених було 11 осіб жіночої статі та 21 особа чоловічої статі. При дослідженні хворих були використані клінічне соматичне та неврологічне обстеження з детальним вивченням вегетативного тону та вегетативної реактивності, екстра та інтракраніальна доплерографія, дуплексне сканування плечової артерії при тесті реактивної гіперемії, біохімічне визначення вмісту тригліцеридів та холестерину в плазмі периферичної крові.

Екстра та інтракраніальну доплерографію проводили на апараті "Сономед-330" за стандартними методиками з використанням тестів на виявлення судинної реактивності та гемодинамічного резерву судин головного мозку.

Функціональний стан ендотелію оцінювали за допомогою тесту ендотелію залежної вазодилатації плечової артерії при реактивній гіперемії. Цей тест проводили на ультразвуковому апараті Toshiba (Японія) лінійним датчиком 7,5 МГц по стандартній методиці (D. Celermajer та співав., 1992).

Біохімічне визначення вмісту тригліцеридів та холестерину в плазмі периферичної крові проводили за допомогою реактивів фірми "KONE" (Фінляндія) на біохімічному аналізаторі "Ultra-906" цієї ж фірми.

Вивчені таким чином показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку.

У результаті проведених досліджень виявлено, що у клінічній картині ВД по гіпотонічному типу відмічались вагоінсулярні пароксизми, які супроводжувались приступами непритомності в 19,4% випадків, і які виникали частіше на фоні емоційного навантаження. Часто відмічались запаморочення, головний біль давлучого характеру, особливо зранку, який проходив після фізичної активності чи прийому лікарських препаратів, які містять кофеїн (цитрамон, спазмалгон). При ВД по гіпертонічному типу хворі частіше пред'являли скарги на помірний головний біль давлучого або пульсуючого характеру, який виникав після