



перТТ на КТ у контрольній групі зріс відповідно у 1,8 та 2,3 ($p < 0,05$), завдяки дії небівололу. У хворих основної групи: 1б та 3б після лікування вміст у крові NO також вірогідно перевищив показник до лікування. У хворих на НЦД за ГіпоТТ до лікування спостерігався вірогідний надлишок NO. У групі контролю терапія не сприяла відновленню гомеостазу NO, у той час, як в основній групі вміст у крові NO знизився на 21,9% ($p < 0,05$) із фактичною нормалізацією показника. Вагомі результати були отримані внаслідок застосування комплексної терапії тримебутину малеатом та адаптолом у відношенні корекції супровідної дискінезії жовчного міхура. У хворих із поєднаним перебігом ХНХ та НЦД за ГіпоТТ встановлені ознаки гіперкінетичної дискінезії ЖМ та гіпертонічної дисфункції ЖМ. Призначене лікування із залученням потужного коректора моторики ЖМ трибудату призвело до усунення клінічних симптомів ДЖМ, зниження болювого синдрому та вірогідного зниження коефіцієнта скорочення ЖМ на 21,9% ($p < 0,05$). У хворих на ХНХ із ГіперТТ та КТ було встановлене переважання гіпокінетичної дискінезії ЖМ. При застосуванні комплексної

терапії у хворих основної групи спостерігалось відновлення скоротливої здатності ЖМ із зростанням коефіцієнта скорочення ЖМ відповідно на 55,6% та 60,2% ($p < 0,05$). Водночас, у хворих групи контролю скоротлива здатність ЖМ не лише не зросла, але й ще більше зменшилась під впливом β – адреноблокатора.

Висновки. 1. Застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію сприяє усуненню симптомів основного та супровідного захворювань.

2. Ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію полягає у реалізації вірогідних антиоксидантних та мембраностабілізуючих властивостей адаптолу, зниженню інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу.

Список літератури

1. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология: в 2т. / Е.Н. Амосова.- Здоров'я-2002.-Т.2-992 с.

2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / А. М. Вейн — М: Мед.информ. Агенство, 2000.-752 с.

УДК: 616.12-008.331.1-053.9-036

Т.М. Антофійчук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – доц. І.В. Окіпняк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Найчастіше АГ зустрічається у старших вікових групах. Після 65 років АТ 160/95 мм рт.ст. спостерігається у 21% людей, а 140/90 мм рт.ст. — у понад 65% людей. Ефективне лікування та профілактика серцево-судинних захворювань у старості неможливі без розуміння механізмів їх розвитку. У цьому відношенні АГ розглядається як один із важливих прогностичних факторів ускладнень і смертності у літніх людей.

У обстежених нами осіб першої групи (віком до 60 років) спостерігали підвищення як систолічного (САТ), так і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску. У пацієнтів віком від 60 до 70 років (друга група обстежених) ДАТ досягає плато і тримається незмінним (у 74% пацієнтів), знижується – у 26% хворих. САТ продовжує зростати з віком як у жінок, так і у чоловіків. Необхідно відмітити лабільність АТ із зростанням віку пацієнтів, при цьому суттєво погіршує якість життя хворих, призводячи до появи постійного страху очікування підвищення чи зниження АТ, що не дозволяє регулярно приймати антигіпертензивні ліки, зменшує прихильність хворого до лікування. Лабільна АГ асоціюється з підвищеною варіабельністю АТ,

його надмірним нічним зниженням, збільшенням ранкового і вечірнього піку, які, як відомо, є незалежними факторами ризику гіпертензивних ускладнень. За характеристикою коливань САТ пацієнти були поділені на дві підгрупи. Першу підгрупу склали хворі (69,5%), в яких виявлено незначне коливання САТ при стабільному ДАТ. В другу підгрупу (31,5%) ввійшли пацієнти зі значними коливаннями САТ. Частота виникнення гіпертонічних кризів у пацієнтів другої підгрупи була вірогідно більшою, ніж у пацієнтів першої підгрупи. Опис скарг хворих вказував на те, що пацієнти першої підгрупи значно гірше переносили надмірне зниження АТ, ніж його підвищення. При цьому перше асоціювалося з безперечними ознаками кардіocereбрального синдрому (запаморочення, головний біль, слабкість, хиткість ходи, серцебиття, сонливість, апатія).

Визначення особливостей регіональної гемодинаміки у осіб похилого віку допоможе підібрати адекватну терапію, яка б ефективно контролювала АТ, запобігала розвитку ускладнень.

УДК: 612.127-005.8-073

Т.М. Антофійчук, Л.А. Земляк, Л.І. Панчук

КОРОНАРНИЙ РЕЗЕРВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПІДЙОМУ ST

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – доц. О.Ю. Поліщук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останніми роками на Україні продовжує зберігатись негативна тенденція щодо високих показників

смертності, захворюваності та інвалідизації від хвороб серцево-судинної системи, перш за все, за