

3. Недоступ А. Лабильная артериальная гипертония пожилых – особый вариант течения артериальной гипертонии / А.Недоступ, В.Федорова, А.Дмитриев // Врач. – 2001. - № 7. – С. 11-14.
4. Овезов А.М. Коррекция гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста, оперированных на желчных протоках / А.М.Овезов, Н.Е.Бузов // Анестезиология и реаниматология. – 2002. - № 3. – С. 67-70.
5. Федоровский Н.М. К вопросу об анестезии пожилым // Мед помощь. – 2004. - № 2. – С. 34-36.
6. Чепкій Л.П., Усенко Л.В. Геріатрична анестезіологія та реанімація. – К.: Здоров'я, 1994. – 256 с.
7. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure / The SOLVD Investigators // New England Journal of Medicine. – 1991. – Vol. 325. – P. 293–302.
8. Prys-Roberts C. Isolated systolic hypertension // Anaesthesia. – 2001. – Vol. 56. – P. 505-511.
9. Randomized placebo-controlled trial of effect of ramipril on decline in glomerular filtration rate and risk of terminal renal failure in proteinuric, nondiabetic, nephropathy / The GISEN group // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P. 1857–1863.
10. The effects of the angiotensin converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy; the Collaborative Study Group / E.J.Jewis, L.G.Hunsicker, R.D.Bain [et al.] // New England Journal of Medicine. – 1993. – Vol. 329. – P. 1456–1462.

Реферати

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ  
КАРТИНЫ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ  
ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К  
ВЫБОРУ АНЕСТЕТИКА**

**Хижняк А.А., Битчук Н.Д., Волкова Ю.В.,  
Шетилов А.П.**

Проведено клініко-лабораторне обстеження 83 геронтологічних хворих, існуючих в супутній патології гіпертонічну хворобу. Виявлено, що основним фактором ризику хворих в періопераційному періоді у даній категорії пацієнтів є підвищена чутливість до коливань гемодинамічних показників.

**Ключевые слова:** анестезія, похилий вік, періопераційний період.

**THE PARTICULARITIES OF THE CLINICAL  
AND LABORATORY FEATURES IN ELDERLY  
AND OLD PATIENTS DURING DIFFERENTIATE  
APPROACH TO ANAESTHESIA**

**Khyzhnyak A.A., Bitchuk N.D., Volkova Ju.V.,  
Shetilov A.P.**

The analysis of the clinical and laboratory features in 83 elderly and old patients during differentiate approach to anaesthesia provided. We found that the perioperative arterial blood pressure correction is one of the main problems in urgent dental surgery for elderly and old patients.

**Key words:** dental surgery, elderly and old patients, arterial blood pressure.

УДК 616.127- 005.8 – 002

**ТИПИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ЯК ТРИГЕРНІ ФАКТОРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ  
ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З  
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

О.А. Черевко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для хворих на гострий інфаркт міокарда характерні такі типи ремоделювання серця: лівошлуночковий - у 5,8% хворих; бівентрикулярний з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка менше 2,6 см - 30,5%, 2,6 см і більше - 63,6%. Виразене збільшення об'ємних та лінійних розмірів лівого шлуночка, маси міокарда вставлено для хворих на ГІМ з бівентрикулярним типом, особливо у тих, хто мав КДР правого шлуночка 2,6 см і більше. Зміни рівня еозинофілів, сегментоядерних нейтрофілів є відображенням особливостей асептичного запалення, що обумовлене некрозом, пошкодженням міокарда. У хворих з ускладненим перебігом ГІМ частіше спостерігали бівентрикулярний тип ремоделювання. На фоні бівентрикулярного типу ремоделювання рідше зустрічається гіпертонічний криз під час розвитку ГІМ, що можливо пов'язано з наявністю коронарно - міокардіальної недостатності, зниженням насосної функції серця в поєднанні зі змінами регулювання загального периферичного опору.

**Ключові слова:** ремоделювання, атеросклероз, гіпертонічна хвороба.

*Фрагмент ініціативної теми (державний реєстраційний №0106U003238) "Значення прозапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування".*

Останнім часом клініцисти приділяють особливу увагу структурно-геометричній та функціональній перебудові серця при серцево-судинній патології [13, 9, 6].

Поєднання ішемічної хвороби серця ( ІХС ) та гіпертонічної хвороби (ГХ ) порушують природні механізми захисту ендотелію, що проявляється в зміні співвідношення вазодилататорних і вазоконстрикторних субстанцій, активації тромбоцитарної ланки гемостазу та системи згортання крові, активації та адгезії лейкоцитів [11, 7, 5]. Останній фактор забезпечує збільшення судинної проникності, продукцію хемо- і цитокінів, пептидних ростових і антиростових факторів, експресію лейкоцитарних і тромбоцитарних адгезивних молекул [8]. Тому визначення типу ремоделювання серця у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з ускладненим перебігом в поєднанні з ГХ є актуальною проблемою кардіології як в діагностиці індивідуальних механізмів ІХС так і для корекції лікування .

**Метою** роботи було вивчення типу ремоделювання серця як тригерного фактора ускладненого перебігу захворювання у хворих на ГІМ в поєднанні з ГХ.

**Матеріал та методи дослідження.** Об'єктом обстеження були 121 хворий на гострий інфаркт міокарда, середній вік яких становив  $70,32 \pm 6,71; 0,90$  (  $M \pm SEM$ ; SD), максимум – 83, мінімум – 41 рік. Кількість чоловіків, що взяли участь в обстеженні становила 75 (55,3%) та 45 (44,7%) жінок, середній вік відповідно  $68,71 \pm 1,16; 6,74$  та  $72,82 \pm 1,28; 5,98$  років. 35 хворих були (28,9%) - до 60 років, 63 (52,1%) - похилого віку (60-74 роки) та 23 (19 %) – старечого (75 років і старше). У 71 (60,1 %) обстежених діагностовано гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST та глибоким зубцем Q або комплексом QS, у 50 (39,1 %) – гострий інфаркт міокарда без підйому сегменту ST. Повторний ГІМ мали 42 (34,7 %) хворих із 121, у 111 (91,7 %) була гіпертонічна хвороба III ст., 85 (70,2 %) відмічали в анамнезі стенокардію Ускладнений перебіг ГІМ мали 93 (76,8%) із 121 осіб. Згідно критеріїв Європейського та Американського товариств кардіологів (ESC) (2007-2008) ускладнений ГІМ включав: ГСН за класифікацією *T. Killip — J. Kimbal* (1969), групова шлуночкова та суправентрикулярна екстрасистолія, миготлива аритмія, шлуночкова тахікардія, фібриляція шлуночків, гостра аневризма, затяжний та рецидивуючий перебіг інфаркту міокарда. ГСН I класу за класифікацією *T. Killip — J. Kimbal* (1969) була виявлена у 65 (53,7%) із 121 хворого на ГІМ, II класу — у 24 (19,8%), III класу — у 18 (14,8%), IV класу — у 14 (11,5%). Групова шлуночкова та суправентрикулярна екстрасистолія була у 17(14%) хворих, миготлива аритмія – 13(10,7%) хворих, шлуночкова тахікардія -2 (1,65%), фібриляція шлуночків - 3(2,47%), гостра аневризма - 28(23,4%), затяжний та рецидивуючий перебіг інфаркту міокарда -17 (14%). ХСН визначали за критеріями та класифікацією Українського наукового товариства кардіологів (2007): зокрема у 34 (28%) хворих спостерігалась ХСН I ст. за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком, II ФК за NYHA, у 82 (68 %) - IIA ст., III ФК за NYHA та у 5(4%) IIB ст. III ФК за NYHA.

Обстеження хворих проводилось згідно стандартам України. Діагноз ГІМ визначали відповідно з рекомендаціями Європейського суспільства гіпертензії (ESH) та Європейського кардіологічного суспільства (ESC) по лікуванню артеріальної гіпертензії (АГ) 2008 р. та відповідно до стандартів надання допомоги кардіологічним хворим за наказом № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 р. [10, 3, 1]. Статистичний аналіз включав двохвибірковий t критерій Ст'юдента для 2-х незалежних вибірок варіабельностей з метою перевірки гіпотези за прийняття або виключення нульової гіпотези за рівність середніх (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., (1989-2004). Нормальність розподілу варіацій перевіряли за результатами однофакторних тестів Колмогорова-Смирнова та Shapiro-Wilks. Якщо варіабельності не мали нормального розподілу, то використовували непараметричні методи статистики, зокрема, Mann-Whitney U (MW). Для перевірки статистичної гіпотези за рівність генеральних середніх для 3-х і більше груп застосовували дисперсійний аналіз (ANOVA - analysis of variance) - аналіз відхилень за лінійним характером залежності варіабельностей. При цьому враховували можливість, що за відхиленням гіпотези за рівність усіх 3-х і більше груп частина групових середніх може бути рівними проміж собою, а інші середні не рівні. Для винятку таких результатів додатково використовували методи множинних порівнянь груп за Tukey HSD, Bonferroni якщо відхилення були гомогенними за тестом Levene, а в разі відсутності гомогенності - за критеріями Tamhane's T2, Games-Howell. Якщо варіабельності відхилялись від нормального розподілу, то використовували непараметричні еквіваленти ANOVA/MANOVA тестів, зокрема, Kruskal-Wallis аналіз рангів. Для дихотомічних варіабельностей використовували хі-квадрат. Для оцінки розходжень категоріальних варіабельностей використовували хі-квадрат тест, точний метод Фішера (ТМФ— за програмою Statistica for Windows Release 5.1, 1984-1998 by StatSoft, Inc.).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У 121 хворого на ГІМ були виявлені наступні типи ремоделювання серця: лівошлуночковий у 7(5,8%) хворих; бівентрикулярний з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка менше 2,6 см -37(30,5%), з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка більше 2,59 см - 77(63,6%). Досліджені з бівентрикулярним типом ремоделювання, особливо у тих хто мав рівень КДР правого шлуночка більше ніж 2,59 см, відмічали збільшення товщини задньої стінки, маси міокарда лівого шлуночка за Деверексом, КСР лівого шлуночка, а також індексу маси міокарда (таб.1).

Таблиця 1

**Показники лінійних розмірів лівого шлуночка у хворих на гостру ішемічну хворобу серця в залежності від типу ремоделювання серця (M± SEM; SD; CI 95%; Med; Q)**

Показники	Досліджені хворі на гострий інфаркт міокарда в залежності від типу ремоделювання серця:		
	лівошлуночковий (n=7)	бівентрикулярний	
		з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка менше 2,6 см (n=37)	з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка більше 2,59 см (n=77)
Товщина задньої стінки лівого шлуночка, (см)	1,05±0,05; 0,10; (0,8-1,2);1,1;(0,95-1,1); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,02; Pkw (1~2~3)=0,002 Pmw(1~2)=0,004	1,03±0,02;0,09;(0,9-1,0);1,0;(1,0-1,1); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,001	1,23±0,11;0,59;(1,00-1,45);1,1;(1,0-1,25); непараметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0,0001;
Маса міокарда лівого шлуночка по Devereux, (г)	257,75±20,57; 1,17;(192,22-323,27);278,00;(216,25-279,00); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,02 Pkw (1~2~3)=0,036 Pmw(1~2)=0,003	304,15±13,13; 58,72;(277,66-332,63);297,00; (268,50-335,50); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,004	346,20±19,78; 106,55;(305,67-386,73);334,00;(284,50-399,50); непараметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0,0001;
Індекс маси міокарда, (г/м <sup>2</sup> )	123,75±5,5;10,30; (107,34-140,15);126,50;(113,25-131,50); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,01 Pkw (1~2~3)=0,004 Pmw(1~2)=0,006	144,9±4,47;20,0;(135,53-154,26);144,44;(133,00-153,50); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,4 Pst(2~3)=0,001	163,2±6,37;34,3;(150,15-177,5);156,00;(140,5-177,5);параметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0,0001; P Tam1-3=0,0001; PGam1-3=0,0001; Plev=0,010; PAnova 1-2-3=0,0001;
Кінцево-сistolічний розмір лівого шлуночка, см	4,07±0,18;0,37;(3,47-4,67); 4,10 (3,72-4,44); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,08; Pkw (1~2~3)=0,017;Pst(1~2)=0,001;PAnova 1-2-3=0,001;Plev=0,001; P Tam1-3=0,0001; PGam1-3=0,0001	4,60±0,11;0,49;(4,36-4,83); 4,50; (4,3-4,8); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0,1;	7,53±2,84;15,3;(1,70-13,36); 4,70; (4,3-5,1); непараметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0,001; P Tam1-3=0,0001; PGam1-3=0,0001; Plev=0,001; PAnova 1-2-3=0,001

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, 95% CI -95% довірчі інтервали для середньої; Med – медіана; Q – нижні та верхні квартилі, PAnova – різниця між групами хворих на ІХС за даними дисперсійного аналізу варіабельностей з лінійним характером розподілу (ANOVA). Ptu – різниця між групами хворих ІХС за даними однофакторного дисперсійного аналізу з множинними тестами порівнянь за критеріями Tukey, ; PBonf - різниця між групами хворих ІХС за даними однофакторного дисперсійного аналізу з множинними тестами порівнянь за критеріями Bonferroni, якщо відхилення були гомогенними за тестом Levene -Plev, а в разі відсутності гомогенності - за критеріями Tamhane's T2, Games-Howell- P Tam , PGam. Pmw – різниця між групами за даними непараметричного еквіваленту до двохвибіркового t тесту Ст'юдента – тест Mann-Whitney (MW), Pst – за двохвибірковим t тестом Ст'юдента, Pks – значимість за тестом Kolmogorov-Smirnov, Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilks, Pst- значимість за двохвибірковим t тестом Ст'юдента .

Такі зміни лінійних розмірів лівого шлуночка у хворих на ГІМ відображують ступінь його ремоделювання та приєднання дилатації. Збільшення об'ємних розмірів, як КСР, так і КДР лівого шлуночка спостерігалась у хворих на ГІМ з бівентрикулярним типом, особливо у хворих з КДР правого шлуночка більше ніж 2,59 см (таб.2). Така динаміка об'ємних розмірів шлуночків відображає приєднання до їх гіпертрофії дилатації. Зменшення значення еозинофілів в першу добу спостерігали у хворих з лівошлуночковим типом ремоделювання серця в порівнянні з бівентрикулярним (таб.3). Відомо, що ГІМ з підйомом сегменту ST та наявністю глибокого зубця Q або наявністю QS зі зниженням рівня еозинофілів в першу добу є показником прогнозу неблагоприятного перебігу, проте більше значення надають анеозинофілії [4, 14] в можливості раптової смерті [15, 8].

Найбільший рівень сегментоядерних нейтрофілів спостерігали у хворих з лівошлуночковим типом в порівнянні з бівентрикулярним типом (таб.3). У хворих на

бівентрикулярний тип ремоделювання була тенденція до більшої тривалості ХІХС на фоні якої виникла гостра вінцева недостатність. Ступінь ремоделювання передсердь та шлуночків, приєднання дилатації останніх, зміни рівня еозинофілів, нейтрофілів в загальному аналізі крові є похідними індивідуального патогенезу захворювання.

Таблиця 2.

**Показники об'ємних розмірів лівого шлуночка у хворих на гостру ішемічну хворобу серця в залежності від типу ремоделювання серця (M± SEM; SD; CI 95%; Med; Q)**

Показники	Дослідженні хворі на гострий інфаркт міокарда в залежності від типу ремоделювання серця:		
	лівошлуночковий (n=7)	бівентрикулярний	
		з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка менше 2,6 см (n=37)	з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка більше 2,59 см (n=77)
Кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка, мл	133,25±6,06;12,12;(113,96-152,53);133,55;(120,78-143,00); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 2; PAnova 1-2-3=0,001	169,55±6,68; 29,91;(155,55-183,54);167,00;(154,00-187,00); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 3;	173,37±9,3;50,23;(156,26-194,48);173,00;(154,00-201,00); параметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0, 2; P Tam1-3=0,0001; PGam1-3=0,0001; Plev=0,001;
Кінцево-систолічний об'єм лівого шлуночка, мл	74,00±8,12;16,24; (48,14-99,85);75,00;(120,75-143,00); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 07; Pst(1~2)=0,002	97,35±5,9;26,67;(84,86-109,83);92,00;(154,00-187,00); параметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 019;	108,82±7,02;37,82;(94,44-123,21);102,00;(154,00-201,00); непараметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0,027; Pkw (1~2~3)=0,019;

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, 95% CI -95% довірчі інтервали для середньої; Med – медіана; Q – нижні та верхні квартилі, PAnova – різниця між групами хворих на ІХС за даними дисперсійного аналізу варіабельностей з лінійним характером розподілу (ANOVA). Ptu – різниця між групами хворих ІХС за даними однофакторного дисперсійного аналізу з множинними тестами порівнянь за критеріями Tukey, ; PBonf - різниця між групами хворих ІХС за даними однофакторного дисперсійного аналізу з множинними тестами порівнянь за критеріями Bonferroni, якщо відхилення були гомогенними за тестом Levene -Plev, а в разі відсутності гомогенності - за критеріями Tamhane's T2, Games-Howell- P Tam , PGam. Pmw – різниця між групами за даними непараметричного еквіваленту до двохвибіркового t тесту Ст'юдента – тест Mann-Whitney (MW), Pst – за двохвибірковим t тестом Ст'юдента, Pks – значимість за тестом Kolmogorov-Smirnov, Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilks, Pst- значимість за двохвибірковим t тестом Ст'юдента.

Таблиця 3

**Характеристика лейкограми у хворих на гострий інфаркт в залежності від типу ремоделювання серця (M± SEM; SD; CI 95%; Med; Q)**

Показники	Дослідженні хворі на гострий інфаркт міокарда в залежності від типу ремоделювання серця:		
	лівошлуночковий (n=7)	Бівентрикулярний	
		з кінцево-діастолічним розміром менше 2,59 см (n=37)	з кінцево-діастолічним розміром більше 2,59 см (n=77)
Еозинофіли (1-доба), %	0,25±0,7;3,4;(1,35-4,54); 1,0; (0,01-0,75); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 001; Pkw (1~2~3)=0,035; Pmw(1~2)=0,031	2,95±0,7;3,4;(1,35-4,54);1,0; (0,25-5,5); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 001;	3,37±0,6;3,5;(2,0-4,7);2,0;(1,5-4,5); непараметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0, 001;
Сегментоядерні нейтрофіли (1-доба), %	60,5±3,5;7,0;(49,2-71,71); 61,50; (53,5-66,5); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 001; Pkw (1~2~3)=0,018; Pmw(1~2)=0,008	55,6±1,56;6,09; (2,37-58,9);58,3;(49,2-60,7); непараметричний за Shapiro-Wilks Psw=0, 001;	52,37±1,24;6,6; (49,83-54,92);52,00;(49,50-57,00); непараметричний за Колмогоровим- Смірновим Pks=0, 001

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, 95% CI -95% довірчі інтервали для середньої; Med – медіана; Q – нижні та верхні квартилі, PAnova – різниця між групами хворих на ІХС за даними дисперсійного аналізу варіабельностей з лінійним характером розподілу (ANOVA). Ptu – різниця між групами хворих ІХС за даними однофакторного дисперсійного аналізу з множинними тестами порівнянь за критеріями Tukey, ; PBonf - різниця між групами хворих ІХС за даними однофакторного дисперсійного аналізу з множинними тестами порівнянь за критеріями Bonferroni, якщо відхилення були гомогенними за тестом Levene -Plev, а в разі відсутності гомогенності - за критеріями Tamhane's T2, Games-Howell- P Tam , PGam. Pmw – різниця між групами за даними непараметричного еквіваленту до двохвибіркового t тесту Ст'юдента – тест Mann-Whitney (MW), Pst – за двохвибірковим t тестом Ст'юдента, Pks – значимість за тестом Kolmogorov-Smirnov, Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilks.

Бівентрикулярний тип ремоделювання частіше спостерігали у хворих з ускладненим перебігом ГІМ – у 90 (96,8%) із 93 на відміну від неускладненого перебігу - у 24 (85,7%) із 28 (Ptmf = 0,0493). Гіпертонічний криз під час розвитку ГІМ був у 32 (86,5%) із 37 хворих з

бівентрикулярним типом ремоделювання на відміну від 82 (97,6%) із 84 без гіпертонічного кризу ( $R_{\text{тмф}} = 0,027$ ), що можливо пов'язано з наростанням міокардіальної недостатності, зниженням насосної функції серця в поєднанні зі змінами регулювання загального периферичного опору.

#### Висновки

1. Для хворих на гострий інфаркт міокарда характерні такі типи ремоделювання серця: лівошлуночковий - у 5,8% хворих; бівентрикулярний з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка менше 2,6 см - 30,5%, 2,6 см і більше - 63,6%. Виражене збільшення об'ємних та лінійних розмірів лівого шлуночка, маси міокарда вставлено для хворих на ГІМ з бівентрикулярним типом, особливо у тих, хто мав КДР правого шлуночка 2,6 см і більше.
2. Зміни рівня еозинофілів, сегментоядерних нейтрофілів є відображенням особливостей асептичного запалення, що обумовлене некрозом, пошкодженням міокарда.
3. У хворих з ускладненим перебігом ГІМ частіше спостерігали бівентрикулярний тип ремоделювання.
4. На фоні бівентрикулярного типу ремоделювання рідше зустрічається гіпертонічний криз під час розвитку ГІМ, що можливо пов'язано з наявністю коронарно - міокардіальної недостатності, зниженням насосної функції серця в поєднанні зі змінами регулювання загального периферичного опору.

*Перспективи подальших досліджень в даному напрямку. Отримані результати мають свій подальший розвиток для діагностики прозапальних, аутоімунних механізмів серцево- судинних зрушень у хворих на гостру та хронічну ішемічну хворобу серця, як передумова до корекції лікування.*

#### Література

1. Амосова К.М. Показники системного запалення та ендотеліальної функції у хворих на гострий інфаркт міокарда із зубцем Q похилого віку та їхні зміни на тлі лікування інгібітором АПФ спіраприлом у різних дозах / К.М. Амосова, В.В. Чоп'як, О.В. Рябцев // Український терапевтичний журнал. - 2005. - № 3. - С. 23-28.
2. Бобров В.О. Адаптаційні ішемічні і реперфузійні синдроми у хворих ішемічною хворобою серця: механізми, діагностика, обґрунтування терапії: / Бобров В.О., Кулішов С.К. - Полтава: Дивосвіт, 2004. - 240 с.
3. Гунько И. Н. Роль процессов свободно радикального окисления в развитии эндотелиальной дисфункции и гемореологических нарушений у больных с острым коронарным синдромом / И. Н. Гунько // Український медичний часопис. - 2002. - № 5. - С. 138 - 141.
4. Долженко М. Н. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST у лиц старших возрастных групп / М. Н. Долженко // Острые и неотложные состояния в практике врача. - 2007. - №8. - С. 18 - 21.
5. Карлов С. М. Эффективность тромболитической терапии в острый период инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста / С. М. Карлов, Г. И. Колиушко, Е. Л. Сиротников // Український терапевтичний журнал. - 2002. - № 1. - С. 28 - 31.
6. Карпов Ю. А. Ренин-ангиотензиновая система сосудистой стенки как мишень для терапевтических воздействий / Ю. А. Карпов // Кардиология. - 2003. - № 5. - С. 82 - 86.
7. Коваленко В. Н. Нарушение функции эндотелия у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертензией / В. Н. Коваленко, Н. М. Гулая, Т. В. Семикопная // Український кардіологічний журнал. - 2002. - № 3. - С. 5 - 8.
8. Коваленко В. Н. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення / В. М. Коваленко // Серце і судини. - 2003. - № 2. - С. 4 - 10.
9. Комисаренко И. А. Тактика ведения больных старших возрастных групп, перенесших инфаркт миокарда / И. А. Комисаренко // Consilium Medicum. - 2007. - № 2. - Т. 1. - С. 6 - 10.
10. Кудря І. П. Дисбаланс цитокинового статусу у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою / І. П. Кудря // Вісник проблем біології і медицини. - 2008. - № 2. С. 97 - 100.
11. Пархоменко О. М. Прогностична роль маркерів системного запалення в госпітальному періоді гострого Q-інфаркту міокарда / О. М. Пархоменко, О. С. Гур'єва, Ж. В. Бриль // Укр. кардіол. журн. - 2006. - № 6. - С. 7 - 11.
12. Рябцев О. В. Функція ендотелію у літніх хворих на гострий інфаркт міокарда з зубцем Q і її зміни в процесі лікування з уведенням різних доз інгібітору ангіотензинперетворювального ферменту / О. В. Рябцев // Серце і судини. - 2004. - № 4. - С. 56 - 61.
13. Шелест А. Н. Состояние эндотелий-связанного вазоконстрикторного фактора у пациентов с ишемической болезнью сердца / А. Н. Шелест // Укр. кардіол. журн. - 2002. - № 4. - С. 34 - 38.
14. Asmar R. Pulse pressure and aortic pulse wave are markers of cardiovascular risk in hypertensive populations / Asmar R. , Rudnichi A. , Blacher J. // Am. J. Hypertens. - 2001. - V. 14. - P. 91 - 97.

15. Bentz M. H. Hypocholesterolemia during the acute phase of an inflammatory reaction as Infection origin, 120 cases / Bentz M. H., Magnette J. // Rev. Med. Intern. - 1998. – V. 19. – P. 168 - 172.

**Реферати**

**ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА КАК ТРИГЕРНЫЙ ФАКТОР ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Черевко О.А.**

Исследованы типы ремоделирования сердца в осложненном течении заболевания у больных острым инфарктом миокарда в сочетании с гипертонической болезнью. Обследовано 121 больных острым инфарктом миокарда, в результате были выявлены следующие типы ремоделирования сердца: левожелудочковый у 7 (5,8%) больных; бивентрикулярный с конечно-диастолическим размером правого желудочка менее 2,6 см - 37 (30,5%), с конечно-диастолическим размером правого желудочка более 2,59 см - 77 (63,6%). У больных с осложненным течением ОИМ чаще наблюдали бивентрикулярный тип ремоделирования, на фоне которого реже встречается гипертонический криз.

**Ключевые слова:** ремоделирование, атеросклероз, гипертоническая болезнь.

**TYPES OF CARDIAC REMODELING AS A FACTOR TRIGERNY COMPLICATIONS DURING THE DISEASE IN PATIENTS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, IN COMBINATION WITH HYPERTENSION**

**Cherevko O.A.**

The aim of this study was to examine the types of remodeling heart complications during the disease in patients in acute myocardial infarction, in combination with hypertension. We examined 121 patients in the acute myocardial infarction, as a result, the following types remodeling hearts: left ventricular in 7 (5,8%) patients; biventrikulyar of course, right ventricular diastolic size of less than 2.6 cm - 37 (30,5%), with finite-diastolic size of the right ventricle more than 2.59 cm - 77 (63,6%). Patients with complications are seen over the OIM biventrikulyar type remodeling, against which less hypertonic crisis.

**Key words:** remodeling, atherosclerosis, hypertension.