

## **Натуропатичний препарат "Хомвіотензин" у лікуванні хворих на НЦД в практиці сімейного лікаря**

Г.І.Лисенко, О.Б.Ященко.

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика.

Ключові слова: НЦД, артеріальна гіпертензія, Хомвіотензин.

В останні роки значно підвищився інтерес до вивчення функціональної патології серцево-судинної системи. Розповсюдженість так званих серцево-судинних розладів надзвичайно велика, особливо у осіб молодого та середнього віку. 15% усіх хворих, які надходять у кардіологічні відділення, мають тільки функціональні порушення. В МКБ IX та X перегляду нейроциркуляторній дистонії (НЦД) відповідає термін "нейроциркуляторна астенія", запропонований ще у 1917 році Оппенгеймером. НЦД не відноситься до категорії небезпечних для життя і інвалідизуючих хвороб, однак, вона, як правило, суттєво обмежує працездатність пацієнтів, веде до зниження, а інколи, тимчасової або стійкої втрати працездатності. У зв'язку з цим важко переоцінити соціальне значення цієї проблеми. По деяким даним хворі з функціональною серцево-судинною патологією становлять 1/3 усіх хворих із тимчасовою втратою працездатності (1).

Згідно клінічному визначенню (1,5) НЦД - це поліетіологічне захворювання, основними ознаками якого є лабільність пульсу та артеріального тиску, кардіалгії, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні розлади, порушення судинного та м'язового тону, низька толерантність до стресових ситуацій, доброякісність перебігу та добрий життєвий прогноз.

При розгляді симптоматики НЦД вражає різноманітність її варіантів і ступеню розладів основних функціональних систем життєзабезпечення. Разом із тим отримані дані, які свідчать, що у 15-20% осіб, яким спочатку був встановлений діагноз НЦД за гіпертонічним типом при подальшому спостереженні розвинулася гіпертонічна хвороба (ГБ). Звертає на себе увагу і той факт, що значна кількість молодих хворих на НЦД мають ознаки поведінкового фактору ризику ІХС (тип А). Так, серед здорових молодих людей особи типу А становлять 15%, серед хворих на НЦД - 45%. Це свідчить про доцільність включення їх у групу ризику розвитку ІХС (7). Виявлено, що у дітей пробандів, обтяжених серцево-судинними хворобами, які мають синдром НЦД, вміст холестерину, тригліцеридів і апоВ вище, а рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності нижче, ніж у дітей, які не мають НЦД. При цьому, на думку авторів (6), НЦД сприяє зниженню резервних можливостей організму, прискорюючи тим самим розвиток ІХС у дітей, обтяжених по цьому захворюванню сімейним анамнезом, особливо у хлопчиків.

Цікавим є твердження (4), що ГБ виникає в очевидній залежності від умов життя, що склалися, від зовнішніх обставин, від дії відомих факторів ризику. Якщо ці умови своєчасно усуваються, хвороба не закріплюється, не

прогресує, укладається у рамки нейроциркуляторної дистонії. Якщо ж несприятливі ситуації повторюються, примножуються, то функціональні зміни переростають у структурно обумовлені: на тлі довготривалого підвищення тону артеріол порушується діяльність ендотелію широких ділянок, експресуються відповідні гени клітин артеріальної стінки, залучається ренін-ангіотензинова система, виділяються фактори росту, змінюються співвідношення просвіту і товщини стінки резистентних відділів артеріального русла, формується симпатична домінанта, виникає перебудова ниркових механізмів гомеостазу. Захворювання набуває внутрішньої потенції саморозвитку і в подальшому прогресує “*motu proprio*”.

Все вищезазначене вказує на необхідність своєчасної діагностики НЦД і проведення її лікування, що, в певній мірі, дасть можливість запобігти розвитку як артеріальної гіпертензії, так і ІХС. Все це, в першу чергу, відноситься до компетенції сімейного лікаря.

Між тим, існують великі труднощі як об'єктивного, так і суб'єктивного характеру при діагностиці НЦД. Можна легко собі уявити проблеми сімейного лікаря, коли він точно навіть не знає, яким терміном означити захворювання, тому що не існує єдиної точки зору з цього питання: неврологи визначають цей стан як “вегетосудинна дистонія”, психіатри - як “невроз тривоги”, “неврастенія”, “нейроциркуляторна астения”, терапевти - як “нейроциркуляторна дистонія”. Треба нагадати, що в МКБ-Х застосовується термін “нейроциркуляторна астения”, тоді як інтерністи в країнах СНД користуються терміном НЦД.

Для діагностики НЦД в практиці сімейного лікаря можуть бути використані прості та доступні критерії (1), які складаються із 5 груп основних та 5 груп додаткових ознак.

Основні ознаки: 1) своєрідні кардіалгії, притаманні тільки НЦД або невротичним станам; 2) характерні розлади дихання у вигляді почуття “кисневого голоду”, “позіхання”, тахіпноє, зниження максимальної легеневої вентиляції і збільшення залишкового об'єму; 3) надмірна лабільність пульсу і артеріального тиску, яка проявляється спонтанно або у вигляді неадекватної реакції на емоційні стимули, фізичне навантаження, в ортостазі або при форсованому диханні; 4) характерні зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу на ЕКГ у вигляді неспецифічних слабковід'ємних зубців Т переважно у правих грудних відведеннях, деформація зубця Т, накладання на зубець Т хвилі U, а також синдрому ранньої реполяризації шлуночків; 5) характерна лабільність зубця Т і сегменту ST у процесі проведення гіпервентиляційної і ортостатичної проб, що виражається, в основному, тимчасовою інверсією зубця Т і зниженням сегменту ST, при наявності первинновід'ємних зубців Т, характерна тимчасова нормалізація їх у процесі проведення велоергометрії, ізадринового тесту, проб із хлоридом калію і  $\beta$ -адреноблокаторами. Чутливість цього комплексу ЕКГ-тестів становить 95%, а специфічність - 85%.

Додаткові ознаки: 1) кардіальні скарги і симптоми — тахікардія, ознаки гіперкінетичного стану кровообігу, брадикардія, екстрасистолічна

аритмія; 2) вегетативно-судинні симптоми - вегетативно-судинні кризи, запаморочення, головні болі, субфебрилітет, температурні асиметрії, міалгії, гіпералгезії; 3) психоемоційні розлади - тривога, неспокій, почуття внутрішнього тремтіння, роздратованість, порушення сну, кардіофобія; 4) астеничний синдром - слабкість, стомлюваність, низька толерантність до фізичних навантажень, низьке максимальне споживання кисню; 5) доброякісний анамнез без ознак формування грубої органічної патології серцево-судинної системи, неврологічних і психічних розладів.

Достовірним діагноз НЦД можна рахувати при наявності двох і більше основних ознак, і не менше ніж двох додаткових.

Визначивши діагноз НЦД, сімейний лікар повинен оцінити ступінь функціональних розладів (або важкість перебігу) і вже після цього розпочати лікування.

Лікування НЦД є непростою задачею, беручи до уваги хвилеподібність перебігу захворювання, множину клінічних проявів, домінування в ті чи інші періоди різноманітних симптомів, "схожість" НЦД на інші захворювання серцево-судинної системи. Усі лікувальні заходи при НЦД можна розділити на немедикаментозну та медикаментозну терапію. Немедикаментозне лікування спрямовано на (8):

- зменшення ваги тіла за наявності ожиріння;
- зменшення вживання алкоголю;
- регулярне виконання динамічних фізичних вправ;
- обмеження вживання кухонної солі до 6,0 г на добу;
- достатнє вживання калію, кальцію та магнію;
- відмова від паління;
- зменшення вживання насичених жирів та холестерину.

Немедикаментозну терапію називають також модифікацією стилю життя, тому що його основа - це усунення шкідливих звичок (паління, надмірного вживання алкоголю), збільшення фізичної активності, обмеження солі в їжі тощо.

Збільшення ваги тіла корелює з підвищенням артеріального тиску (АТ), а її зменшення у хворих на ожиріння має значний антигіпертензивний ефект. Так, зменшення ваги на 1 кг супроводжується зниженням САТ на 3 мм.рт.ст., ДАТ - на 1,2 мм.рт.ст.

Надмірне вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ та викликає резистентність до антигіпертензивної терапії. Вживання алкоголю не повинно перевищувати 30 мл етанолу на добу для чоловіків і 15 мл - для жінок.

Фізична активність сприяє зменшенню АТ. Для досягнення гіпотензивного ефекту достатньо швидкої ходьби протягом 30-45 хвилин щодня або хоча б 3-5 разів на тиждень.

Обмеження вживання солі сприяє зниженню АТ. Доведено, що зменшення натрію у дієті до 100 ммоль на добу, яке відповідає 6,0 г солі (стільки солі містить ½ чайної ложки), асоціюється із зниженням САТ на 10

мм.рт.ст. та ДАТ - на 2,2 мм.рт.ст. Їжа повинна містити достатню кількість магнію (фрукти, овочі, рис) та кальцію (молочні продукти).

Медикаментозна терапія НЦД включає в себе застосування легких седативних засобів (екстракт кореню валеріани, персен, собача кропива, глід, ново-пасит тощо), транквілізаторів (газепам, феназепам тощо), антидепресантів (амітриптилін; азафен тощо),  $\beta$ -адреноблокаторів, блокаторів кальцієвих каналів (при болях в області серця), вітамінів, адаптогенів тощо (2, 5).

Зміна стилю життя - це те, що є найбільш важкою задачею заходів, що плануються. Серед хворих на НЦД переважають особи молодого віку, які часто легковажно ставляться до захворювання, до стану власного здоров'я, до рекомендацій лікаря. Традиційні рекомендації, які пропонуються : "не переїдати, не пити, не палати, запобігати стресових ситуацій, дотримуватися режиму праці та відпочинку" носять, в основному, декларативний характер. Здавалося б, неважко оволодіти елементарними істинами. Але ж це потребує зміни життєвих звичок, долаємих із труднощами, які можливо порівняти з відмовою від наркотичної залежності. Тому вирішення цих питань потребує значного часу, тоді як деякі пацієнти мають потребу в проведенні лікувальних заходів уже сьогодні.

Згідно національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії (1999р.), а також з урахуванням рекомендацій експертів ВООЗ (1993-1996 рр.) в Україні з метою медикаментозної терапії застосовується цілий арсенал препаратів. Вони становлять біля ста зареєстрованих в Україні вітчизняних та імпортованих лікарських засобів (2).

До препаратів першої лінії відносяться : діуретики,  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію тривалої дії, альфа1-адреноблокатори, антагоністи рецепторів ангіотензину II. До препаратів другої лінії відносяться алкалоїди раувольфії, центральні альфа 2- агоністи, прямі вазодилататори.

Разом із тим, препарати як першої, так і другої лінії мають цілий ряд побічних ефектів (2), тому їх використання при такій патології як НЦД за гіпертонічним типом у більшості випадків недоцільне. Водночас, як зазначає комітет експертів ВООЗ, для поліпшення прогнозу хворого з АГ більш важливим є зниження артеріального тиску *per se*, ніж характер препаратів, що застосовуються для цього. За скрутних економічних обставин доцільніше призначати хворому дешеві та "немодні" ліки, ніж зовсім не призначати антигіпертензивне лікування.

Таким чином, незважаючи на велику кількість гіпотензивних препаратів, що застосовуються в клінічній практиці, продовжується пошук нових терапевтичних засобів даної групи.

Враховуючи вищезазначене, метою роботи було вивчення ефективності застосування у хворих на НЦД за гіпертонічним типом антигіпертензивного препарату "Хомвіотензин" компанії «Хомвіора-Арцнайміттель»(м.Мюнхен, Баварія).

"Хомвіотензин" поєднує в собі безпеку натуропатичних ліків та силу фармакологічного препарату. Це комплексний гіпотензивний препарат рослинного походження до складу якого входять: резерпін - 0,032 мг, раувольфія - 0,032мг, омела біла - 0,32 мг, глід - 0,64мг. Йому властиві дії:

1. Гіпотензивна: притаманна усім рослинним компонентам "Хомвіотензину" і зумовлена наступними механізмами:

- дією на кардіоваскулярний центр в продовгуватому мозку (омела біла);

- зниженням загального периферійного судинного опору і пригніченням пресорного центру (раувольфія);

- зниженням концентрації біогенних амінів (катехоламінів, дофаміну) в ЦНС, що, в свою чергу, послаблює вплив на ефекторні системи периферійних органів, у тому числі і адренорецептори кровоносних судин (резерпін, раувольфія);

- спазмолітичним ефектом і розширенням судин, зменшенням венозного тиску, покращенням еластичності судинної стінки (глід).

2. Сечогінний ефект реалізує підвищення діурезу і виділення азотистих шлаків (омела біла, глід).

3. Антиаритмічний ефект пов'язаний, перш за все, з алкалоїдом раувольфії - аймаліном та глідом. Здійснюється за рахунок зниження збудливості міокарду, подовження рефрактерного періоду, гальмування атріовентрикулярної провідності. Властивостями раувольфії та глуду є : пригнічення автоматизму синусового вузла, пригнічення утворення ектопічних вогнищ збудження в міокарді.

4. Антисклеротична та мембраностимулююча дія "Хомвіотензину" (омела біла, глід) призводять до гіполіпідемічного ефекту. Окрім цього усі рослинні компоненти є відомими антиоксидантами.

5. М'який седативний ефект "Хомвіотензину" зменшує почуття страху, депресії, емоційної напруги за рахунок безпосередньої дії на ЦНС (усі рослинні компоненти препарату).

Під нашим спостереженням знаходилось 27 хворих на НЦД за гіпертонічним типом. Основну групу, яка отримувала препарат "Хомвіотензин" склали 17 чоловік (І група), із них 2 хворих вибули із спостереження по незалежним від нас причинам. ІІ контрольну групу склали 10 чоловік - медикаментозна терапія яким не проводилась, а лікувальні заходи були спрямовані на модифікацію стилю життя. Як в основну, так і в контрольну групи увійшли особи чоловічої статі у віці від 17 до 21 року з тривалістю захворювання від 1 до 6 років. Діагноз НЦД був встановлений після ретельного обстеження, яке включало: 1) збір анамнезу; 2) фізикальне обстеження; 3) лабораторно-інструментальне обстеження:

- вимірювання АТ на обох руках;
- вимірювання АТ на ногах;
- аускультацию серця, судин шиї, точок проекції ниркових артерій;
- аналіз крові загальний;
- аналіз сечі загальний;

- аналіз сечі за методом Нечипоренко;
- рівень креатиніну в плазмі крові;
- рівень калію в плазмі крові;
- рівень цукру в плазмі крові;
- рівень холестерину в плазмі крові;
- реєстрацію ЕКГ;
- велоергометрію;
- ехокардіографію;
- офтальмоскопію очного дна.

Окрім цього хворим основної та контрольної груп в 0-ий та 25-ий дні дослідження проводилось холтерівське моніторування АТ, при цьому аналізувались середні значення САТ та ДАТ за добу, день та ніч, індекс періоду гіпертензії (відсоток показників АТ, що перевищують норму) та площу під кривою денного та нічного АТ, що перевищує нормальні значення. Визначали також варіабельність тиску в зазначені періоди доби (за стандартним відхиленням), добовий індекс (ступінь зниження нічного АТ по відношенню до денного), величину та швидкість ранішнього підвищення АТ. Денним АТ вважали тиск в період з ранку до нічного сну (з 7.00 до 22.00), нічним - в період нічного сну (з 22.00 до 7.00). Вдень тиск вимірювали кожні 15 хв, вночі - кожні 30 хв.

Приєм "Хомвіотензину" в основній групі здійснювався за схемою: 1 таблетка вранці та 1/2 таблетки ввечері під язик на протязі 24 діб.

При аналізі основних клінічних ознак до лікування обидві групи були аналогічні:

- кардіалгії спостерігались у 13 (86,66%) пацієнтів основної та 8 (80,0%) контрольної групи;
- відчуття нестачі повітря, тахіпное - у 8 (53,33%) I групи та у 5 (50,0%) - II групи;
- тахікардія - у 7 (46,66%) I та у 5 (50,0%) II групи;
- екстрасистолічна аритмія - у 4 (26,66%) I та у 2 (20,0%) II групи;
- характерні зміни шлуночкового комплексу на ЕКГ у вигляді неспецифічних слабконегативних зубців Т у правих грудних відведеннях, деформація зубця Т, синдром ранньої реполяризації шлуночків - у 11 (73,33%) I та у 8 (80,0%) II групи;
- при наявності початково від'ємних зубців Т тимчасова нормалізація їх у процесі проведення велоергометрії спостерігалась у 7 (46,66%) пацієнтів I та у 4 (40,0%) II групи;
- вегето-судинні симптоми: вегетативні кризи, головні болі, запаморочення, міалгії, гіпералгезії - у 8 (53,33%) I та у 5 (50,0%) II групи;
- психоемоційні розлади: тривожність, занепокоєння, відчуття внутрішнього тремтіння, роздратованість, порушення сну, кардіофобія - у 9 (60,0%) I та у 6 (60,0%) II групи.

У хворих I групи до лікування САТ у мм.рт.ст. становив  $128,4 \pm 1,37$ , ДАТ -  $82,14 \pm 2,3$ ; другої групи - відповідно  $127,8 \pm 2,42$  і  $81,7 \pm 1,92$ . Слід відмітити незначну кількість епізодів підвищення ДАТ у нічний час у хворих

на НЦД в обох групах із пікоподібним підвищенням вдень. Це свідчить про те, що зміни пресорних механізмів у цих осіб виявляються тільки при стресових впливах і швидко нівелюються депресорними механізмами.

Характеристика обстежених хворих до та після лікування наведена у табл. № 1. Як видно із табл. № 1 через 24 дні позитивні зміни відмічались в обох групах хворих, але більш вираженими вони були у пацієнтів, яким застосовували "Хомвіотензин". Так, відмічалось зниження САТ і ДАТ у всіх пацієнтів. Однак, різниця була статистично значущою тільки у хворих І групи. При цьому у хворих, які приймали "Хомвіотензин" зниження АТ відбувалось повільно. Напевно, завдяки цьому при лікуванні "Хомвіотензином" нам вдалося запобігти ознак дуже різкого зниження тиску, таких як серцебиття (рефлекторна тахікардія), запаморочення, головний біль.

Важливо зазначити, що поряд із зниженням АТ у хворих на НЦД за гіпертонічним типом у більшості випадків відмічалось зникнення кардіалгій, відчуття нестачі повітря, тахіпноє, тахікардії, екстрасистолічної аритмії, занепокоєння, відчуття внутрішнього тремтіння, психоемоційних розладів, нормалізувався сон. Але, як видно із табл. №1, ці позитивні зміни вдвічі частіше спостерігались у хворих І групи, які приймали комплексний натуропатичний препарат "Хомвіотензин".

При цьому у жодного хворого, який застосовував "Хомвіотензин", ми не спостерігали таких небажаних ефектів як пригнічення ЦНС, депресія, збудження, брадикардія, тахікардія, нудота, блювота, болі в епігастрії, діарея, набряк слизової оболонки носа, бронхоспазм, висипка на шкірі та інших.

Таким чином, застосування "Хомвіотензину" у хворих на НЦД за гіпертонічним типом призводило не тільки до зниження артеріального тиску, але і покращувало "якість життя" пацієнтів при повній відсутності побічних ефектів.

Більш виражені позитивні зміни в групі хворих, які застосовували комплексний багатокомпонентний натуропатичний препарат "Хомвіотензин" можна пояснити як його дією на всю полісиндромність, притаманну НЦД, так і невиконанням пацієнтами контрольної групи усіх рекомендацій по модифікації стилю життя.

#### ВИСНОВКИ:

1. Комбінований натуропатичний препарат "Хомвіотензин" при курсовому лікуванні призводить до нормалізації артеріального тиску у хворих на НЦД за гіпертонічним типом.

2. Використання у складі "Хомвіотензину" фіксованої комбінації декількох інградієнтів дозволяє вплинути на різні ланки патогенезу і полісиндромність НЦД, у зв'язку з чим покращується "якість життя" пацієнтів.

3. "Хомвіотензин", у використаних дозах, є високоефективним препаратом для лікування НЦД, який добре переноситься хворими і не має побічних ефектів.

### Література.

1. Аббакумов С.А., Маколкин В.И. Проблемы нейроциркуляторной дистонии и экспертизы трудоспособности. /Тер.арх.-1996-№4-с.19-21/.
2. Викторов А.П. Побочные действия современных антигипертензивных средств. /Доктор-2000-№2,с.38-40/.
3. Волков В.С., Поздняков Ю.М. О патогенезе сердечно-болевого синдрома у больных нейроциркуляторной дистонией. /Кардиология-1997-№6-с.84-86/.
4. Гогин Е.Е, Мартынов И.В. Артериальная гипертония или гипертоническая болезнь: аргументы в пользу нозологического диагноза. /Тер.арх.-2000-№4-с.5-8/.
5. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония. /Тер.арх.-1995-№6-с.66-70/.
6. Отева Э.А., Николаева А.А., Николаев К.Ю., и др. Синдром вегетососудистой дисфункции как интегральный показатель высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста с отягощенной наследственностью. /Тер.арх.-2000-№4-с 31-34/.
7. Положенцев С.Д., Маклаков А.Г., Федорец В.Н., Руднев Д.А. психологические особенности больных нейроциркуляторной дистонией. /Кардиология-1995.-№5-с.70-72/.
8. Рекомендації українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. /Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. /Київ-1999-51с./.



Таблиця 1.

Розподіл обстежених хворих, які отримували “Хомвіотензин”, за назологіями

Діагноз	Кількість чоловіків	Кількість Жінок	Всього
НЦД (I група)	25	-	25
АГ 1 ступінь (м'яка АГ) (III група)	13	12	25
Всього	38	12	50

Таблиця №2

Розподіл хворих на АГ за віком.

Кількість пацієнтів	50
Середній вік	40 ± 4
Основна (III група)	41 ± 3
Контрольна (IV група)	39 ± 5

Таблиця №3

Розподіл хворих, які отримували “Хомвіотензин”, за наявністю супутньої патології.

Супутній діагноз	Н Ц Д	А Г
Хронічний тонзиліт	1	-
Хронічний гастрит	-	3
Хронічний холецистит	1	6
ЖКБ	-	3
Хронічний бронхіт	-	2
Остеохондроз	-	4

Таблиця №4  
ХАРАКТЕРИСТИКА  
обстежених хворих на НЦД до та після лікування.

№ п/п	Ознаки	I група		II група	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
1.	Кардіалгії	21 (84,0%)	3 (20,0%)	8 (80,0%)	6 (60,0%)
2.	Відчуття нестачі повітря, тахіпное	12 (48,0%)	3 (20,0%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)
3.	Тахікардія	13 (52,0%)	2 (13,33)	5 (50,0%)	4 (40,0%)
4.	Екстрасистолічна аритмія	6 (24,0%)	0	2 (20,0%)	1 (10,0%)
5.	Зміни шлуночкового комплексу на ЕКГ	16 (64,0%)	10 (66,66%)	8 (80,0%)	8 (80,0%)
6.	Нормалізація з Т при ВЕМ	11 (44,0%)	8 (53,33%)	4 (40,0%)	5 (50,0%)
7.	Вегето-судинні симптоми	13 (52,0%)	4 (26,66%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)
8.	Психо-емоційні розлади	15 (60,0%)	2 (13,33%)	6 (60,0%)	4 (40,0%)
9.	Середньодобовий САТ мм.рт.ст.	138,3±3,0	114,8±2,24*	139,8±3,7	124,4±1,84*
10.	Середньодобовий ДАТ мм.рт.ст.	82,3±3,25	67,75±1,52*	81,9±1,92	76,58±1,05

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними

Таблиця №5  
Рівень АТ у хворих на НЦД до та після лікування  
“Хомвіотензином”.

Час вимірювання	АТ мм рт.ст.	До лікування	Дні обстеження	
			10	25
День	САТ	149,3±2,7	128,7 ±5,4	115,5 ±1,38*
	ДАТ	92,5±4,1	80,3 ±1,85	68,3± 2,1*
Ніч	САТ	127,3± 3,3	118,2± 3,3	114,1 ±3,1*
	ДАТ	72,1 ±2,4	70,7 ±3,4	67,2 ±0,93*
Середньодобове	САТ	138,3 ±3,0	123,45± 3,85	114,8 ±2,24*
	ДАТ	82,3± 3,25	75,5 ±2,63	67,75 ±1,52*

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними (p < 0,05).

Таблиця №6  
Частота серцевих скорочень (уд/хв.) у хворих на НЦД  
до – та після лікування.

Час вимірювання	І група		ІІ група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
День	85,57 ±1,13	74,1 ±0,86*	84,66 ±1,49	77,09 ±0,93*
Ніч	74,38 ±1,73	63,07 ±0,77*	73,88 ±1,15	68,15 ±1,66
Середньодобове	79,98 ±1,43	68,59 ±0,88*	79,27 ±1,32	72,62 ±1,3

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними (p < 0,05).

Таблиця №7  
Величина подвійного добутку (у.од.) у групі хворих на НЦД  
до – та після лікування.

Час вимірювання	І група		ІІ група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
День	127,98 ± 2,0	85,59 ±1,4*	127,69 ±2,1	94,42 ±1,36*
Ніч	94,69 ±2,5	71,97 ± 1,7*	93,97 ±1,03	86,24 ±1,68
Середньодобове	110,61 ± 2,4	78,74 ±2,1*	110,82 ±1,5	86,24 ±1,68

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними (p < 0,05).

Таблиця №8  
Рівень АТ у хворих на АГ до – та після лікування.

Час вимірювання	АТ мм рт.ст.	До лікування		Дні обстеження	
				10	25
День	САТ	ІІІ гр.	158,1±3,1	146,5 ±2,2*	133,7 ±1,1*
		ІV гр.	157,7±2,9	152,6 ±3,6	143,8 ±2,8*
	ДАТ	ІІІ гр.	97,3± 2,4	91,1 ±1,9	82,2 ±1,2*
		ІV гр.	96,9 ±1,8	94,8± 2,4	89,3± 3,5
Ніч	САТ	ІІІ гр.	130,3 ±3,6	126,3±2,7	120,4 ±1,6*
		ІV гр.	128,2± 4,4	127,5± 3,3	125,4 ±2,1
	ДАТ	ІІІ гр.	85,2 ±2,8	82,7± 1,8	75,4 ±1,5*
		ІV гр.	84,4 ±3,3	83,2 ±2,9	81,2± 1,8
Середньодобове	САТ	ІІІ гр.	144,2 ±3,3	136,4±2,5	127,05±1,35*
		ІV гр.	142,9 ±3,65	140,05± 3,5	134,6 ±2,5*
	ДАТ	ІІІ гр.	91,25 ±2,6	86,9 ±1,85	78,8 ±1,35*
		ІV гр.	90,65± 2,55	89,0 ±2,7	85,25 ±2,65

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними (p < 0,05).

Таблиця №9

Частота серцевих скорочень у хворих на АГ  
до – та після лікування.

Час вимірювання	III група		IV група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
День	85,98 ±3,7	71,1 ±1,4*	84,88 ±4,1	75,6 ±2,5*
Ніч	70,3 ±2,5	60,21 ±0,78*	69,9 ±3,1	67,4 ±3,5
Середньодобове	78,14 ±3,1	65,65 ±1,1*	77,39 ±3,6	71,5 ±3,0

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними ( $p < 0,05$ ).

Таблиця №10

Величина подвійного добутку (у.од.) у групі хворих на АГ  
до – та після лікування.

Час вимірювання	I група		II група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
День	135,93 ±3,4	95,06 ±1,2*	133,86 ±3,5	108,71 ±1,8*
Ніч	91,6 ±3,1	72,49 ±1,3*	89,61 ±3,8	84,52 ±2,8
Середньодобове	112,68 ±3,2	83,41 ±1,2*	110,59 ±3,6	96,24 ±2,7

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними ( $p < 0,05$ ).

Таблиця №11

Вплив “Хомвіотензину” на деякі показники  
у хворих на НЦД та АГ.

Рівень в сироватці крові (ммоль/л)	Нозологічні одиниці	До лікування	Після лікування
Холестерин загальний	НЦД	4,7 ± 0,3	4,4 ± 0,5
	АГ	5,5 ± 0,7	5,4 ± 0,8
Глюкоза	НЦД	4,9 ± 0,9	4,8 ± 0,7
	АГ	5,2 ± 0,6	5,3 ± 0,4
Креатинін	НЦД	0,089 ± 0,1	0,081 ± 0,2
	АГ	0,117 ± 0,6	0,115 ± 0,7

\* Різниця статистично значуща в порівнянні з вихідними даними ( $p < 0,05$ ).