

the violation of protein synthesis and enzymatic functions of the liver is one of the key elements of the pathogenesis of CIN and one of the reasons for lack of efficacy of treatment of CIN.

Key words: CIN, albumin, transaminase, glutamyltranspeptidase.

Стаття надійшла до редакції 12.04.2013 р.

Таран Оксана Анатоліївна - к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 511256; taranoa@ukr.net.

© Антоненць В.А.

УДК: 616-071-053.2/.5:616.248

Антоненць В.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДІАГНОСТИКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Резюме. В статті представлені результати діагностики гастроєзофагеального рефлюксу у дітей з бронхіальною астмою. В ході дослідження проведено обстеження 62 дітей віком від 10 до 16 років: 38 дітей з бронхіальною астмою та 24 здорових дитини. Проведено аналіз скарг з боку шлунково-кишкового тракту та розроблені діагностичні критерії для виявлення патологічного гастроєзофагеального рефлюксу у дітей з бронхіальною астмою.

Ключові слова: діти, діагностика, гастроєзофагеальний рефлюкс, бронхіальна астма, добовий рН-моніторинг стравоходу.

Вступ

Захворюваність на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу в усьому світі має тенденцію до постійного зростання не тільки у дорослого населення, але і у дітей і підлітків [Бородий, 2011; Крючко, 2013]. Історія вивчення гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) нараховує більш двохсот років. Але за останніх два десятиріччя опубліковано більш наукових праць, ніж за весь попередній період [Луцевич, 2005].

Особлива увага надається проблемі поєднання ГЕР з бронхіальною астмою [Боднарчук, 2010; Крючко, 2013; Каган, 2005; Leggett, 2005]. У літературі наводяться досить суперечливі дані про частоту, з якою зустрічається ГЕР у дітей, які хворіють бронхіальною астмою: від 20% до 94,1% [Васильев, 2005; Каган, 2005; Sontag, 2000]. Справжня розповсюдженість даної поєданої патології мало вивчена, що пов'язане з великою варіабельністю частоти ГЕР при бронхіальній астмі: від епізодів рефлюксу, які не викликають клінічних симптомів до ознак ускладненого рефлюкс-езофагіту. До теперішнього часу в вітчизняній і іноземній літературі питання про роль ГЕР при БА залишається дискусійним.

Мета дослідження - вивчити особливості перебігу ГЕР у дітей з бронхіальною астмою, розробити критерії та алгоритм діагностики гастроєзофагеального рефлюксу у дітей.

Матеріали та методи

Е процесі виконання роботи нами були обстежені 62 дитини віком від 10 до 16 років. У зв'язку з метою дослідження всі діти були розподілені на 2 групи. В першу (дослідну) групу увійшли хворі, які страждали на бронхіальну астму, кількість яких склала 38 дітей. Контрольну групу склали 24 дитини, які не мали анамнестичних даних і клінічних проявів ураження шлунково-

кишкового тракту. Середній вік хворих дослідної групи склав $12,82 \pm 0,27$ років. Серед них було 23 хлопчики (60,53%) і 15 дівчаток (39,47%). За ступенем важкості БА діти розподілилися наступним чином: 7 дітей (18,42%) - інтермітуюча БА, 7 дітей (18,42%) - БА легко-го ступеня, 22 дитини (57,9%) - БА середнього ступеня важкості, 2 дитини (5,26%) - БА важкого ступеня.

У цю групу увійшли діти з бронхіальною астмою, у яких напади кашлю і/або ядухи виникали переважно в нічний час або після їжі, наряду з респіраторними проявами були присутні диспепсичні симптоми, діти з ознаками резистентності до адекватної базисної терапії та переважно з неатопічним варіантом захворювання.

Комплексне обстеження пацієнтів традиційно включало опитування, огляд, виявлення фізикальних змін, дані лабораторного та інструментального обстеження. Всім пацієнтам проводили внутрішньопорожнинний рН-моніторинг стравоходу. Результати оцінювали за мінімальним (min) і максимальним (max) показниками внутрішньостравохідного рН, медіаною (Me) та модою (Mo) показників внутрішньо стравохідного рН. Враховували загальну кількість епізодів рефлюксів (nW) та рефлюксів тривалістю понад 5 хв. з показниками внутрішньостравохідного рН < 4,0 та > 7,0. Підраховували час стравохідної експозиції дуоденального вмісту в стравоході (ЧСЕД).

Обов'язковим методом обстеження у всіх дітей було проведення фіброєзофагогастроудоденоскопії (ФЕГДС). При дослідженні користувались класифікацією ендоскопічних ознак ГЕР у дітей за I. Tutgat в модифікації В.Ф. Приворотського (1999).

Статистичне опрацювання результатів проводили згідно загальноприйнятими правилами варіаційної статистики за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.0.

Результати. Обговорення

При опитуванні увага хворих окремо зверталась на наявність таких скарг як печія, відрижка, біль в епігастрії, нудота, блювота, дисфагія, поганий апетит. Серед дітей з бронхіальною астмою на печію скаржилося лише 5 чоловік (13,16%), на біль в епігастральній і правій підберній ділянках - 13 дітей (34,21%), на відрижку 11 дітей (28,95%), на нудоту 4 дитини (10,53%), на поганий апетит - 3 дитини (7,89%), наявність астеновегетативного синдрому в себе відмічало 7 чоловік (18,42%). На підставі отриманих даних встановлено, що скарги, які вказують на враження ШКТ, виникли у 17 дітей (44,73%) з бронхіальною астмою.

При проведенні добового рН-моніторингу страво-

Таблиця 1. Результати добового рН-моніторингу стравоходу дітей, хворих на бронхіальну астму і дітей контрольної групи (M±m).

Показники	Дослідна група (n=38)	Контрольна група (n=24)	p
pH min	1,77±0,18	2,34±0,19	<0,05
pH max	7,15±0,15	7,01±0,21	>0,05
nW↑	83,58±10,82	52,04±4,96	<0,02
n1W↑	6,63±0,88	2,75±0,82	<0,01
nW↓	30,45±9,39	8,29±2,84	<0,05
n1W↓	2,84±1,38	1,13±0,43	>0,05
Me	5,09±0,19	5,22±0,24	>0,05
Mo	4,53±0,24	4,99±0,28	>0,05
ЧСЕК, %	23,31±3,98	4,01±1,22	<0,001
ЧСЕД, %	9,19±3,22	2,54±1,04	>0,05
Час з рН<4,0 у вертикальному положенні, %	5,75±2,18	3,65±0,69	>0,05
Час з рН<4,0 у горизонтальному положенні, %	17,56±2,74	0,36±0,3	<0,001
Найбільш довгий рефлюкс, хв.	53,18±24,52	17,32±5,14	>0,05

Примітка. p - достовірність відмінностей між групами порівняння.

Таблиця 2. Розподіл показників внутрішньоштравохідного рН за функціональними інтервалами у дітей з бронхіальною астмою і здорових дітей (M±m).

ФІ рН	Показник внутрішньоштравохідного рН	Дослідна група (n=38)	Контрольна група (n=24)	p
5	0,86 - 1,29	0,18±0,07	0,03±0,02	<0,05
4	1,30 - 1,59	0,21±0,08	0,06±0,03	>0,05
3	1,60 - 2,29	0,99±0,33	1,17±0,95	>0,05
2	2,30 - 3,59	14,81±3,32	11,19±4,9	>0,05
1	3,60 - 6,99	75,25±4,27	82,52±5,78	>0,05
0	7,00 - 8,50	7,95±3,14	5,03±2,72	>0,05

Примітка. p - достовірність відмінностей між групами дітей з БА і здоровими дітьми.

ходу у дітей з БА були отримані результати, які представлені в таблиці 1.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що в хворих з БА спостерігається достовірне (p<0,05) збільшення показників nW↑, n1W↑, nW↓, ЧСЕК і час з рН<4,0 в горизонтальному положенні в порівнянні із такими ж показниками, отриманими у здорових дітей групи порівняння. Це свідчить про наявність гастроєзофагеального рефлюксу кислим і лужним вмістом (дуоденогастральний рефлюкс - ДГР) у дітей з бронхіальною астмою.

Проводили визначення відсотку кількості показників внутрішньоштравохідного рН від генеральної сукупності всіх вимірів рН за добу, розподіливши їх за функціональними інтервалами (ФІ). Результати представлені в таблиці 2.

За ФІ 0 - ФІ 4 між даними групами дітей статистично достовірної різниці не виявлено. Встановлено, що кількість замірів в ФІ 5 у дітей з БА була вищою (p<0,05), ніж у здорових дітей. Тобто у дітей, які хворіють на БА спостерігається підвищення кислотності стравохідного вмісту, що відповідає зниженню рН мінімального (табл. 1) у даної групи дітей.

З метою виявлення дітей, які поряд з БА мають патологічний ГЕР, проводилось порівняння кожного окремого клінічного випадку по загальній кількості рефлюксів і часу експозиції кислоти або дуоденального вмісту в стравоході з результатами здорових дітей (nW↑ - 52,04±4,96, nW↓ - 8,29±2,84, ЧСЕК - 4,01±1,22, ЧСЕД - 2,54±1,04). Виявлено, що у 23 дітей (60,5%) з бронхіальною астмою загальна кількість рефлюксів з рН<4,0 перевищує аналогічний показник здорових дітей. Загальна кількість рефлюксів з рН>7,0 перевищує нормальні показники (8,29±2,84) у 14 чоловік (36,84%). У 29 дітей (76,32%) встановлено, що час перебування кислоти в стравоході більше за 4,01±1,22, а час перебування в стравоході вмісту з рН>7,0 більше ніж 2,54±1,04 виявлено у 10 чоловік (26,31%).

Узагальнюючи отримані результати, було зроблено висновок, що у 33 дітей (86,84%) з бронхіальною астмою має місце наявність патологічного гастроєзофагеального рефлюксу (рис. 1). Причому у 5 дітей (13,16%) діагностовано на рН-грамі лише гастроєзофагеальні рефлюкси лужним вмістом, у 22 дітей (57,89%) - кислі гастроєзофагеальні й у 6 чоловік (15,79%) змішані (кислі і лужні) рефлюкси.

Проведено аналіз розповсюженості ГЕР в залежності від ступеня важкості бронхіальної астми (рис. 2).

На підставі аналізу частоти, з якою зустрічається ГЕР у дітей з різним ступенем важкості БА, отримані результати, згідно яких частота ГЕР не залежить від ступеня важкості БА.

З метою встановлення взаємозв'язку між ступенем важкості бронхіальної астми і ступенем важкості гастроєзофагеального рефлюксу проведено порівняння показників, які представлені в таблиці 3.

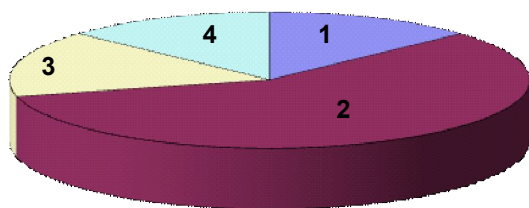


Рис. 1. Розподіл дітей з бронхіальною астмою в залежності від характеру рефлюксів.

Примітки: діти з БА без патологічних рефлюксів (13,16%); діти з БА і кислими GER (57,89%); діти з кислими і лужними GER (15,79%); діти з лужними GER (13,16%).

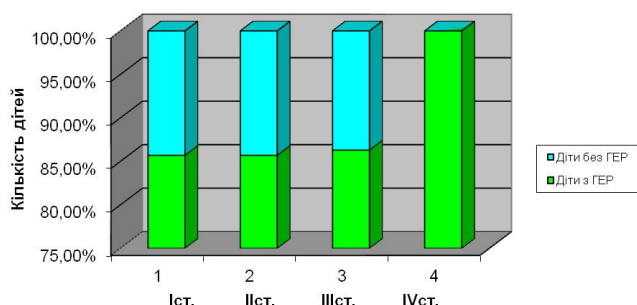


Рис. 2. Розподіл дітей з GER в залежності від важкості БА.

Таблиця 3. Показники добового рН-моніторингу стравоходу у дітей з різним ступеням важкості БА (M±m).

Показники	Діти з БА I ст. (n=7)	Діти з БА II ст. (n=7)	Діти з БА III ст. (n=22)
pH min	1,72±0,51	1,66±0,26	1,88±0,25
pH max	6,75±0,39	7,58±0,25	7,12±0,2
nW↑	71,42±13,19	78,71±11,27	123,55±13,12*
n1W↑	7,29±1,76	3,71±1,64	6,81±1,19
nW↓	16,42±10,69	22,71±6,79	36,36±7,99
n1W↓	2,14±2,14	2,86±0,46	3,95±2,29
ЧСЕК%	14,79±4,75	13,52±4,93	31,62±5,23*
ЧСЕЛ, %	11,62±9,82	3,77±1,82	10,98±4,62

Примітка. * - різниця досліджуваних показників між групами дітей з БА I-II ст. і БА III ст. статистично достовірна (p<0,05).

Як видно з представлених результатів, у дітей, які хворіють на бронхіальну астму середнього ступеня важкості збільшується загальна кількість рефлюксів кисло-го характеру (з pH<4,0) і час перебування кисло-го вмісту в стравоході (p<0,05) в порівнянні з дітьми з легким і інтермітуючим перебігом бронхіальної астми (p<0,05). Щодо показників кількості лужних рефлюксів, часу експозиції лужного вмісту в стравоході, кількості рефлюксів кислим і лужним вмістом тривалістю більше 5 хвилин, достовірних відмінностей між ними у дітей з різним ступенем тяжкості бронхіальної астми не виявлено.

При визначенні відсотку кількості показників внутр-

ішньостравохідного рН від генеральної сукупності всіх вимірів рН за функціональними інтервалами отримали наступні результати (табл. 4).

Звідси випливає, що у дітей з середнім ступеням важкості достовірно збільшується кількість показників в ФІ 5 - ФІ4.

При проведенні ФЕГДС у дітей з БА і GER ендоскопічно негативна картина виявлена у 17 дітей (51,52%), езофагіт I ст. - у 12 дітей (36,36%), езофагіт II ст. - у 2 дітей (6,06%), езофагіт III ст. і стравохід Баррета - по 1 дитині (по 3,03%).

На основі одержаних результатів розроблені критерії діагностики GER у дітей, які включають:

1. Скарги на печію, відрижку, біль в надчеревній ділянці.

2. Результати добового рН-моніторингу:

а. загальна кількість рефлюксів з pH<4 більше 47 за добу;

б. кількість GER тривалістю більше 5 хв. перевищує 2;

с. загальна кількість рефлюксів з pH>7 більше 5;

д. час експозиції кисло-го вмісту в стравоході перевищує 4,2% добового;

е. час експозиції дуоденального вмісту в стравоході більше 2% за добу.

3. Езофагіт I, II, III ступенів при проведенні ФГДС.

4. Структурні зміни слизової оболонки стравоходу при проведенні гістологічного дослідження.

Наявність GER у дітей достовірно встановлюється у разі позитивних критеріїв 1, 2 і 3, а також критеріїв 2 і 3 у дітей з БА. При позитивних критеріях 1 і 2 встановлюється ендоскопічно негативна форма GER і для підтвердження діагнозу рекомендовано проведення гістологічного дослідження.

У результаті проведеного дослідження був розроблений алгоритм (рис. 3) діагностики гастроєзофагеального рефлюксу у дітей з бронхіальною астмою.

Дітям з бронхіальною астмою, у яких напади кашлю і/або ядухи виникають переважно в нічний час або після їжі, наряду з респіраторними проявами присутні дис-

Таблиця 4. Розподіл показників внутрішньостравохідного рН за функціональними інтервалами у дітей з різним ступеням БА.

ФІ рН	Показник внутрішньостравохідного рН	Діти з БА I ст. (n=7)	Діти з БА II ст. (n=7)	Діти з БА III ст. (n=22)
5	0,86 - 1,29	0,02±0,01	0,12±0,06	0,26±0,05*
4	1,30 - 1,59	0,02±0,02	0,26±0,13	0,27±0,07*
3	1,60 - 2,29	0,4±0,14	1,51±1,1	1,05±0,45
2	2,30 - 3,59	20,11±11,72	6,11±3,35	15,26±4,28
1	3,60 - 6,99	69,31±13,07	88,18±5,66	72,82±5,8
0	7,00 - 8,50	10,12±9,96	3,82±1,81	9,29±4,46

Примітка. * - різниця досліджуваних показників між групами дітей з БА I ст. і БА III ст. статистично достовірна (<0,02).

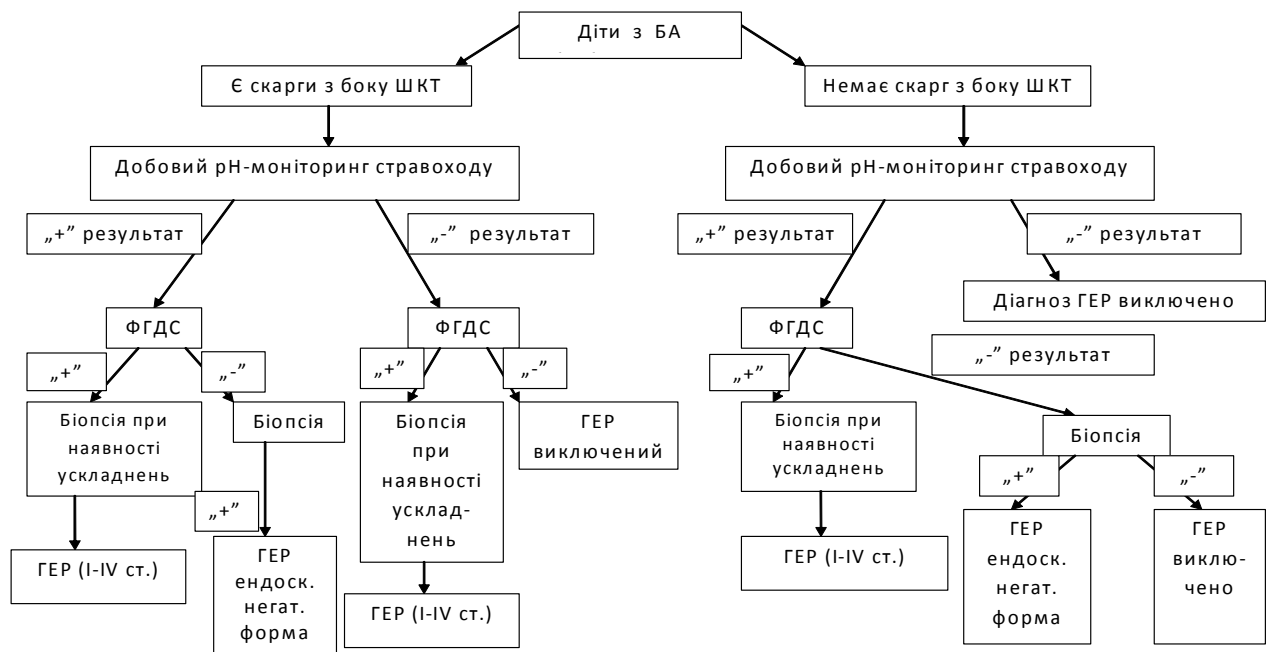


Рис. 3. Алгоритм діагностики гастроєзофагеального рефлюксу у дітей з бронхіальною астмою.

пепсичні симптоми, дітям з ознаками резистентності до адекватної базисної терапії та переважно з неатопічним варіантом захворювання необхідно проводити добовий рН-моніторинг стравоходу. Якщо у дитини відсутні скарги з боку шлунково-кишкового тракту результати моніторингу не вказують на наявність патологічних рефлюксів діагноз GER виключається. При позитивному результаті добового рН-моніторингу, незалежно від наявності або відсутності симптомів рефлюксу проводиться ФГДС. При отриманні позитивного результату моніторингу та ФГДС констатується наявність GER (I - IV ст.) та проводиться біопсія при наявності ускладнень. Дітям з позитивними результатами моніторингу і відсутніми ендоскопічними змінами необхідно проведення гістологічного дослідження для встановлення ендоскопічно негативного варіанту GER або виключення діагнозу.

Список літератури

Боднарчук В.О. Бронхіальна астма і гастроєзофагеальний рефлюкс у дітей: можливості контролю /В.О.Боднарчук //Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. - 2010. - №3. - С. 84-91.
 Бородий Т. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей раннього віку /Т.Бородий //З турботою про дитину. - 2011. - №8. - С. 3-6.
 Васильєв Ю.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: новий підхід к ліченню /Ю.В.Васильєв //Врач. - 2005. - №7. - С. 11-14.

Крючко Т.О. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: аспекти діагностики та лікування /Т.О.Крючко, І.М.Несіна //Дитячий лікар. - 2013. - №4(25). - С. 14-18.
 История и современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /Луцевич О.Э., Галямов Э.А., Толстых М.П. [и др.] //Эндоскопическая хирургия. - 2005. - №4. - С. 54-59.
 Каган Ю.М. Бронхиальная астма и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей /Ю.М. Каган //Российский

вестник перинатологии и педиатрии. - 2005. - №5. - С. 16-20.
 Майданник В.Г. Болезни органов пищеварения у детей /Майданник В.Г. - Киев, 2010. - 1156 с.
 Prevalence of gastroesophageal reflux in difficult asthma: relationship to asthma outcome /J.J.Leggett, B.T.Johnston, M.Mills [et al.] //Chest. - 2005. - Vol.127, №4. - P. 1227-1231.
 Sontag S.J. Gastroesophageal reflux disease and asthma /S.J.Sontag //J. Clin. Gastroenterol. - 2000. - №30. - P. 9-30.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У 86,84% дітей, які хворіють на бронхіальну астму, має місце наявність патологічних GER і ДГР, при цьому 48,48% з них не пред'являють скарг з боку шлунково-кишкового тракту.
 2. Дітям з бронхіальною астмою, у яких напади кашлю і/або ядухи виникають переважно в нічний час або після їжі, наряду з респіраторними проявами присутні диспепсичні симптоми, дітям з ознаками резистентності до адекватної базисної терапії та переважно з неатопічним варіантом захворювання необхідно проводити добовий рН-моніторинг стравоходу.
 Перспектива подальшого розвитку наукового дослідження полягає в ранній діагностиці патологічного гастроєзофагеального рефлюксу у дітей з бронхіальною астмою та проведення корекції лікування.

Антонец В.А.

ДІАГНОСТИКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДІТЕЙ С БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Резюме. В статті представлені результати діагностики гастроєзофагеального рефлюкса у дітей з бронхіальною аст-

мой. В ходе исследования проведено обследование 62 детей в возрасте от 10 до 16 лет: 38 детей с бронхиальной астмой и 24 здоровых ребёнка. Проведен анализ жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и разработаны диагностические критерии для определения патологического гастроэзофагеального рефлюкса у детей с бронхиальной астмой.

Ключевые слова: дети, диагностика, гастроэзофагеальный рефлюкс, бронхиальная астма, суточный pH-мониторинг пищевода.

Antonets V.A.

DIAGNOSTIC OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Summary. The results of diagnostic of gastroesophageal reflux of the children with bronchial asthma are presented. The 62 children (age 10-16) are examined: 38 children with bronchial asthma and 24 healthy children. The analysis of patient's complaints, which demonstrate affect of gastrointestinal system from children with bronchial asthma are examined. It was developed diagnostic criteria for determining of pathological gastroesophageal reflux of the children with bronchial asthma.

Key words: children, diagnostic, gastroesophageal reflux, bronchial asthma, daily pH-monitoring of esophagus.

Стаття надійшла до редакції 15.04.2013 р.

Антонець Валентина Андріївна - к.мед.н., доцент кафедри педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; valentinaantnec@rambler.ru.

© Распутіна Л.В.

УДК: 612.2-611.1

Распутіна Л.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21028)

ПРЕДИКТОРИ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Резюме. З метою визначення клініко-інструментальних предикторів клінічної ефективності різних варіантів антигіпертензивної терапії у хворих на ХОЗЛ та супутню АГ застосовано множинний лінійний дискримінантний аналіз Фішера. При виборі антигіпертензивної терапії потрібно провести ряд діагностичних заходів, зокрема: оцінку даних анамнезу, фізикальних результатів, об'єктивних даних (зріст, вага), визначення функціонального класу серцевої недостатності, добове моніторинг електрокардіографії та артеріального тиску, ехокардіографії в М- та Д-режимах, визначення С-реактивного білка. Для комбінації раміприлу та небіволула найбільша дискримінантна здатність визначалась для величини середньої добової і середньої нічної частоти серцевих скорочень; для комбінації раміприлу та гідрохлортіазиду високий дискримінантний зв'язок виявлено між показником ефективності та функціональним класом серцевої недостатності, а також розмірами серця; для комбінації раміприлу та амлодипіну наявність супутнього цукрового діабету в анамнезі і високий добовий рівень пульсового артеріального тиску.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, артеріальна гіпертензія, предиктори клінічної ефективності.

Вступ

Однією з актуальних медико-соціальних проблем як в світі, так і в Україні є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [Фещенко, 2010]. Найбільш несприятливе прогностичне значення для ХОЗЛ мають супутні захворювання серцево-судинної системи. Вони суттєво модифікують його перебіг, а серед них - артеріальна гіпертензія (АГ). Наявність декількох захворювань створює умови для клініко-функціональних особливостей, що визначають прогноз хвороби пацієнтів, частоту загострень, формування ускладнень [Адашева, 2010; Carverley, 2010]. Лікування хворих із поєднаною патологією внутрішніх органів завжди було та залишається однією з найбільш складних проблем терапії. Як правило, виникає необхідність вирішення питання як потенціювання, так і антагонізму впливів препаратів різних груп [Barnes, 2010; Костюк, 2008]. Неодмінно потрібно думати про те, як, з одного боку не вдатись до

поліпрагмазії, з іншого - віддати перевагу комбінації препаратів, що приведуть до максимального ефекту при мінімальній побічній дії [Корж, 2008]. Враховуючи існуючі відомості в сучасній науковій літературі, актуальним є визначення та оцінка способів клінічної ефективності антигіпертензивної терапії у хворих на ХОЗЛ та супутню АГ.

Мета - оцінка предикторів клінічної ефективності різних варіантів антигіпертензивної терапії у хворих на ХОЗЛ та супутню АГ, прогнозування апріорної клінічної ефективності.

Матеріали та методи

Нами проведено лікування III груп хворих, що мають поєднаний перебіг ХОЗЛ та АГ. В I групі було 25 хворих, середній вік їх становив $67 \pm 10,2$ років, серед них чоловіків було 12 (48,0 %), жінок 13 (52,0 %), що отри-