

хит // Укр. пульмонол. ж. - 1996. - № 3. - С. 43-46. 5. Коломоєць М.Ю., Шаплавський М.В., Мардар Г.І., Чурсіна Т.Я. Еритроцит при захворюваннях внутрішніх органів: патогенетична роль морфофункціональних змін, діагностичне та прогностичне значення, шляхи корекції. - Чернівці, 1998. - С. 185-193. 6. Лапотников В.А., Хараш Л.М. Простой метод определения циркулирующих в крови эритроцитарных агрегатов // Лаб. дело. - 1982. - № 7. - С. 389-391. 7. Перцева Т.А., Конопкина Л.И., Гончар М.Н. Роль мембранных изменений в патогенезе дыхательной недостаточности // Укр. пульмонол. ж. - 1994. - № 2. - С. 29-32. 8. Погосий Н.Н. Метаболические изменения при бронхиальной астме и методы лабораторной диагностики. - Москва, 1999. - 358 с. 9. Пыцкий В. И., Адрианова Н. В., Артомасова А. В. Аллергические заболевания. - М.: Триада-Х, 1999. - 470 с. 10. Тодорико Л.Д. Структурно-функциональные изменения эритроцитов и состояние системы противорадикальной защиты при бронхиальной астме у больных пожилого возраста // Проблемы старения и долголетия. - 1998. - № 2. - С. 34-38. 11. Федосеев Г.Б. Механизмы обструкции бронхов. - Санкт-Петербург. - 1997. - 269 с. 12. Федорова З.Д., Бессмельцев С.С., Котовщикова М.А. Методы исследования агрегации, вязкости и деформируемости эритроцитов: Метод. рекомендации Ленинград. НИИ гематологии и переливания крови. Л.- 1989. - 13 с. 13. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. - М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 1998. - 512 с. 14. Tanner C., Lux W. Spreading of red blood cell suspensions on paper as simple test of cell deformability // Acta biol. med. germ. - 1981. - Vol.40, № 6. - P.739-742. 15. Weis H.J. Platelet physiology and abnormalities of platelet function // N. Engl. J. Med. - 1998. - № 293. - P. 531-537.

## MORPHOFUNCTIONAL PECULIARITIES OF THE ERYTHROCYTIC MEMBRANE CONDITION WITH DIFFERENT FORMS OF BRONCHIAL ASTHMA

L.D. Todoriko

**Abstract.** It has been established that the morphofunctional organization of the erythrocytic membranes changes during the period of a marked exacerbation of bronchial asthma; the deformability and suspension stability of the erythrocytes diminishes, whereas their aggregability and suspension viscosity elevates. The character and evidence of structural-functional changes depends on the version of the clinical course of the disease.

**Key words:** erythrocyte, bronchial asthma, rheology, deformability, aggregability.

Bucovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшло до редакції 17.06.2002 року

УДК 616.366-002:616.12-005.4]:616-005.1-08

I.V. Trefanenko

## ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ З ПОЄДНАНИМ ЇХ ПЕРЕБІГОМ

Кафедра госпітальної терапії та клінічної фармакології (зав. - проф. М.Ю.Коломоєць)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** При обстеженні 67 хворих на ішемічну хворобу серця та хронічний некалькульозний холецистит з поєднаним їх перебігом встановлені особливості клінічної картини, змін ЕКГ та вегетативного статусу.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, хронічний некалькульозний холецистит, вегетативна нервова система.

**Вступ.** Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних протоків (дискінезії, холецистити, холангіти та жовчнокам'яна хвороба) є одними з найбільш розповсюджених серед хвороб органів травлення. Їх виявляють у 50-60% дорослого населення. Максимальна кількість хворих на хронічний холецистит (ХХ) припадає на вік 45-60 років [1], отже, хворіє найбільш працездатна частина населення. З іншого боку, у даному віці постійно зростають показники поширеності, захворюваності і диспансеризації хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) [2,5]. У патогенезі

обох захворювань значне місце займає порушення функціонування вегетативної нервової системи (ВНС).

**Мета дослідження.** Оцінити комплексно клінічні прояви та зміни вегетативного гомеостазу у хворих на ІХС із супутнім некалькульозним хронічним холециститом (ХНХ).

**Матеріал і методи.** Обстежено 67 хворих на ІХС із супутнім ХНХ. Для оцінки вегетативного статусу хворих було розподілено на дві групи: першу групу склали 38 (57%) пацієнтів із стенокардією напруги II-III ФК. Середній вік пацієнтів  $53,3 \pm 8,1$  роки. Друга група – 29 (43%) хворих на стенокардію напруги II-III ФК, післяінфарктний кардіосклероз (тривалістю  $3,4 \pm 1,2$  роки). Середній вік пацієнтів –  $47,4 \pm 5,9$  роки. Діагноз встановлювали відповідно до критеріїв ВООЗ (1979 р.). За статевим співвідношенням групи обстежених не відрізнялись. У більшості хворих „холецистичні скарги” виявлені при детальному опитуванні та не були провідними в клініці (ХНХ в стадії ремісії).

Стан вегетативного гомеостазу оцінювали згідно з опитувальником, розробленого Г.К. Ушаковим (1972) у модифікації А.Д. Соловйової [4]. Результати оцінювали за бальною системою, з урахуванням переважання симпатичного (Сс) або парасимпатичного (Пс) відділів ВНС. Хвилиний об'єм крові (ХОК) визначали непрямым методом Лілье-Штрандера та Цандера, частоту серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ) – методом Короткова. Динаміку серцево-судинної реакції оцінювали за допомогою навантажувальних проб за вегетативним індексом (ІК), запропонованим І. Кердо (1957). Вивчали індекс хвилиного об'єму (ІХО), коефіцієнт Хільдебранта (КХ), а також проводили аналіз динаміки ЕКГ–показників ішемії міокарда [6].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз змін ЕКГ у хворих на ІХС та ХНХ з поєднаним їх перебігом при поступленні виявив такі особливості: частіше спостерігався від'ємний зубець Т (53% хворих), на відміну від „коронарного” зубця Т (14% хворих), елевація сегмента ST (43% хворих) переважала над депресією сегмента ST (24% хворих). Варто зазначити, що при одночасному перебігу ІХС та ХНХ ішемічні зміни виникають переважно субепікардіально [6]. Встановлено, що сума негативного зубця Т складала  $6,3 \pm 0,45$  мм, кількість відведень із негативним зубцем Т –  $2,7 \pm 0,6$ , середнє значення негативного зубця Т –  $2,5 \pm 0,3$  мм/відведення. Величина середньої депресії сегмента ST становила  $2,2 \pm 0,5$  мм, кількість відведень з депресією ST –  $6,8 \pm 0,8$ , середня депресія сегмента ST –  $1,4 \pm 0,4$  мм/відведення.

У хворих на ІХС 1-ї групи виявлено переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС (Пс  $65,2 \pm 6,6$  бала), яке вірогідно відрізняється від аналогічної величини у пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда (Пс  $39,6 \pm 3,0$  бала,  $p < 0,001$ ). Вплив симпатичного відділу вегетативної нервової системи чітко простежується в осіб 2-ї групи (Сс  $60,5 \pm 3,2$  бала) на відміну від пацієнтів 1-ї групи (Сс  $35,2 \pm 4,5$  бала,  $p < 0,001$ ). Величина ХОК була максимальною в 2-й групі ( $5,07 \pm 0,33$  л), при суттєвому зниженні даного показника в 1-й групі ( $3,96 \pm 0,23$  л,  $p < 0,001$ ). Показник ІХО був вірогідно вищим у 2-й групі ( $1,64 \pm 0,12$ ) на відміну від відповідного показника в 1-й групі ( $0,75 \pm 0,09$ ,  $p < 0,001$ ). Таким чином, підтверджується переважання впливу симпатичного відділу вегетативної нервової системи у хворих на ІХС 2-ї групи. Привертає увагу те, що показники ІК та КХ також вірогідно відрізнялись в 2-й групі, відповідно ( $0,59 \pm 0,16$ ) та ( $4,2 \pm 0,18$ ), у порівнянні з 1-ю групою ( $0,4 \pm 0,19$ ,  $p < 0,001$ ;  $3,8 \pm 0,17$ ,  $p < 0,05$  відповідно). Отже, вірогідне переважання впливу симпатичної нервової системи виявлено у хворих на ІХС із супутнім ХНХ, які перенесли інфаркт міокарда.

#### **Висновки.**

1. У хворих на ішемічну хворобу серця із супутнім хронічним некалькульозним холециститом частіше трапляється субепікардіальна ішемія міокарда.

2. При поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця із супутнім хронічним некалькульозним холециститом відбуваються зміни вегетативного статусу у вигляді збільшення тону парасимпатичного відділу, при післяінфарктному кардіосклерозі – симпатичного відділу нервової системи.

**Література.** 1. Філіпов Ю.О., Шмігель З.М., Котельникова Г.П. Рівень поширеності і захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків // Гастроентерологія. – 2001. – Випуск 32. – С. 3-6. 2. Бурков С.Г. Функционально-структурное состояние желчевывделительной системы у больных пожилого и старческого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1996. – № 4. – С. 44-47. 3. Зыгало Э.В. Сравнительная характеристика вегетативных показателей сердечно-сосудистой системы у больных с сочетанием гастроэнтерологических заболеваний // Лікар. справа. – 1999. – № 7-8. – С. 90-92. 4. *Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика* / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с. 5. Ляхановский О.И. Состояние вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у больных хроническим холециститом и гепатитом // Лікарська справа. – 1998. – № 2. – С. 48-51. 6. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – 528 с.

**SPECIFIC CHARACTERISTICS OF VEGETATIVE HOMEOSTASIS IN PATIENTS  
WITH A COMBINED COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE AND  
CHRONIC CHOLECYSTITIS.**

*I.V. Trefanenko*

**Abstract.** Certain features of the clinical picture, changes of ECG and the vegetative status have been detected, while examining 67 patients with a combined course of ischemic heart disease and chronic acalculous cholecystitis.

**Key words:** ischemic heart disease, chronic acalculous cholecystitis, vegetative nervous system.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Надійшла до редакції 12.06.2002 року*