



води. Групу порівняння склали 7 пацієнтів, репрезентативних за станом та віком, які отримували 20 мл теплої (37°C) дистильованої води.

У 12 пацієнтів, які приймали «Hydrangea» КС жовчного міхура становив  $23,8 \pm 0,7\%$ . Початок холецистокінетичної реакції у таких хворих спостерігався на 20 хв і мав хвилеподібний характер з другим піком на 40 хвилині, утримувався 15-20 хв. Холецистокінетичну ефективність препарату у даних хворих розцінювали як низьку. У 11 пацієнтів з початково нормальним ( $17,4 \pm 1,39$  мл) об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення з КС  $43,8 \pm 1,4\%$  відбувалось на 40-50 хв і було більш тривалим у часі (50-55 хв). Холецистокінетичну ефективність препарату у них

розцінювалась як середньої сили. У 5 хворих, які приймали дистильовану воду, спостерігався незначний холецистокінетичний ефект. При цьому об'єм жовчного міхура зменшився в середньому на  $18,4 \pm 1,5\%$  від початкового з максимумом на 15-20 хв дослідження і утримувався впродовж 20 хвилин.

Проведені дослідження демонструють патогенетичну обгрунтованість призначення екстракту кореня гортензії в якості ад'ювантної терапії у хворих на хронічну серцеву недостатність із супутнім ураженням біліарної системи. Його ефективність проявляється в достатній ступені корекції порушених функцій біліарної зони, протизапальній та антиспастичній дії.

УДК: 616.125

*Т.А. Руденко, С.А. Супрун*

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Кафедра внутренней медицины и клинической фармакологии № 1  
(научный руководитель - доц. С.А.Супрун)

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность: Всеобщее внимание привлекает проблема возникновения хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), которая является одной из самых частых причин инвалидизации трудоспособного населения, что в свою очередь отражается на основных показателях социально – экономической сферы. Сопутствующее нарушения со стороны сердечно - сосудистой системы усугубляют прогноз заболевания и оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов.

Цели и задачи: Исходя из возникнувшей ситуации, подчеркивается необходимость изучить особенности клинической картины у больных с ХОЗЛ в сочетании с нарушениями сердечного ритма (НСР).

Материалы и методы: Нами обследовано 47 пациента в возрасте от 40 до 65 лет II-IV стадиями ХОЗЛ. Контрольную группу составляла 20 человек. Диагностика нарушений ритма сердца и верификация их характера производилась на основании ЭКГ – исследования. Функция внешнего дыхания (ФВД) оценивалась на полианализаторе (ПА5 – 01).

Результаты и выводы: Установлено, что с повышением длительности ХОЗЛ увеличивалась

частота сердечных сокращений. Нарушения ФВД имели место во всех группах больных с нарушениями ритма сердца. Более выраженные нарушения ФВД отмечались при желудочковой экстрасистолии. У больных с мерцательной аритмией имели место снижение показателей жизненной емкости легких, объем форсированного выдоха (ОФВ1), максимальной вентиляции легких а также увеличение частоты дыхания, коэффициент Тиффно достоверно не изменялся. Часто встречаемыми аритмиями при ХОЗЛ были: синусовая тахикардия, предсердная и желудочковая экстрасистолия, предсердная тахикардия, мерцательная аритмия.

Выводы: Изменения при ХОЗЛ характеризуются снижением показателей ФВД и сопутствующими НСР. У больных наблюдалась частота желудочковых аритмий от возраста, то можно объяснить возможностью сочетания ХОЗЛ с ишемической болезнью сердца, которая в ряде случаев протекающая бессимптомно. Все это необходимо учитывать при подборе эффективных методов коррекции патологических изменений.

УДК: 616.24-007.272:616.34-008.97

*О.М. Рудь*

## ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕЙТРОФІЛІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ КИШКОВОГО ДИСБАКТЕРІОЗУ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник – доц. Г.Д. Коваль)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Кількість хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) щорічно зростає в усьому світі складаючи серйозну медико-соціальну пробле-

му. З іншого боку ХОЗЛ супроводжується порушенням мікробіоценозу кишечника та імунного статусу, особливо фагоцитарної ланки. Метою роботи було

визначення особливостей функціонального стану фагоцитів (нейтрофілів) у хворих на ХОЗЛ з різним ступенем дисбактеріозу кишечника.

Вивчено стан неспецифічної резистентності у 20 хворих на ХОЗЛ за показниками фагоцитарної активності, фагоцитарного числа нейтрофілів та НСТ-тестом. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ з нормоценозом фагоцитарна активність і фагоцитарне число нейтрофілів не змінювалися, проте НСТ-тест дещо зростав і перевищував контроль на 14,8%. У хворих на ХОЗЛ з дисбактеріозом I ступеня спостерігалися подібні зміни функціональної активності нейтрофілів, однак підвищення НСТ-тесту не мало вірогідності. У пацієнтів з дисбактеріозом II ступеня показники тесту з нітросинім тетразолієм збільшувалися відносно контролю на 22,5%, але фагоцитарна активність і фагоцитарне число нейтрофілів практично не змінювалися. Останні два показники у хворих на ХОЗЛ з дисбактеріозом III ступеня також не відрізнялися від контролю, однак у порівнянні з даними пацієнтів з нормоценозом фагоцитарне число було меншим на 15,9%, а відносно показників у хворих з дисбактеріозом I ступеня вірогідно знижувалися як фагоцитарна активність, так і фагоцитарне число нейтрофілів - на

12,9 і 19,6%, відповідно. Водночас у хворих цієї групи НСТ-тест перевищував контроль на 28,9%. Найбільших змін досліджувані параметри зазнавали у хворих на ХОЗЛБ з дисбактеріозом IV ступеня: фагоцитарна активність нейтрофілів зменшувалася відносно такої в осіб контрольної групи на 11,5% та в порівнянні з даними пацієнтів з дисбактеріозом I, II і III ступенів - на 14,1, 19,4 і 14,9%, відповідно. Ще в більшій мірі знижувалося фагоцитарне число нейтрофілів, зміни якого складала відповідно 25,5, 33,0, 35,9, 26,1 і 20,3%. Щодо НСТ-тесту, то цей показник, навпаки, зростав і був у хворих з дисбактеріозом IV ступеня найбільшим, перевищуючи як контрольні величини (на 44,4%), так і дані пацієнтів з дисбактеріозом I, II і III ступенів - відповідно на 25,8, 27,6, 17,8 і 12,0%.

Таким чином, отримані результати свідчать, що при збільшенні ступеня дисбактеріозу у хворих на ХОЗЛ поступово знижується фагоцитарна активність і, особливо, фагоцитарне число нейтрофілів. Разом з тим, тест відновлення нітросинього тетразолію, навпаки, зростає відповідно ступеня порушення мікроценозу кишечника, що свідчить про інтенсифікацію процесів генерації нейтрофілами активних форм кисню.

УДК: 616.12-008.3-073.96

*І.В. Рябой, А.О. Смольницька, Ю.В. Білан*

## ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОМЕТРИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник – доц. С.І. Гречко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба (ГХ), а особливо їх поєднаний перебіг, характеризуються закономірним залученням у патологічний процес судинної системи та артеріальних судин. Тести з фізичним навантаженням у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ не використовуються рутинно у клінічній практиці, що пов'язано, на думку деяких дослідників, зі зростом ризику ускладнень під час проведення стрес-тестів у хворих з надмірно високими рівнями АТ. Обстежено 86 чоловіків, які знаходяться на диспансерному обліку з ГХ I-II стадії (I група), ІХС (II група) та поєднанні ІХС та ГХ (III група). Хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження – ВЕМ на велоергометрі «Kettler» (Німеччина) з визначенням величини досягнутого навантаження, виконаної роботи та окремих ергометричних показників, зокрема подвійного добутку (ПД). Основною причиною припинення навантаження у всіх групах була депресія сегмента ST за ішемічним типом та больова реакція. Результати стрес-тесту свідчили про зменшення часу виконання тесту у 1,5-2,3 рази та зниження толерантності до фізичного навантаження у всіх групах хворих на ІХС в порівнянні з ГХ. Порогове значення ЧСС в II та III групах була достовірно знижена в порівнянні з I групою. ЧСС на висоті навантаження в I групі була достовірно вища,

ніж в III групі внаслідок значного зниження ПД в групі ІХС без та з супутньою ГХ ( $129,6 \pm 3,4$  і  $114,5 \pm 3,5$  уд./хв., відповідно,  $p < 0,05$ ). Пороговий ПД був достовірно зниженим у II і мінімальним у III групі ( $274,5 \pm 6,8$ ,  $208,6 \pm 12,4$  ( $p < 0,05$ ) і  $167,3 \pm 7,2$  од., відповідно;  $p < 0,05$ ), що відповідає більшій потужності порогового навантаження у пацієнтів без ІХС. Виявлено достовірно менший приріст значення ПД на II ступені навантаження в групі ІХС+ГХ в порівнянні з групою ГХ -  $134,0 \pm 7,6$  і  $164,9 \pm 13,4$ , відповідно,  $p < 0,05$ ). Аналогічна тенденція простежувалась і на інших ступенях навантаження. Враховуючи те, що в групі ГХ потужність виконання навантаження була вищою, ніж у групі ІХС з ГХ, зниження значення ПД на відповідних рівнях навантаження свідчили про більшу потребу в кисні хворих на ІХС з ГХ. У пацієнтів з ГХ у поєднанні з ІХС порівняно з хворими на ГХ виконання навантаження було менш економним за рівнем його гемодинамічного забезпечення, що підтверджувалося більшими показниками відношення приросту частоти скорочень серця та ПД до виконаної роботи. Виконання більшого об'єму роботи та досягнення граничного рівня частоти скорочень серця у таких хворих потребує більшої потреби міокарда в кисні на одиницю виконаної роботи.

