

О. І. Паламарчук

## ВІСЦЕРОКАРДІОВАСКУЛЯРНІ ВПЛИВИ У ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш розповсюдженим серцево-судинним захворюванням у багатьох країнах світу [1]. Дані Фрамінгемського дослідження переконливо показали, що наявність АГ підвищує в 2–4 рази вірогідність розвитку хронічної серцевої недостатності, гострого порушення мозкового кровообігу та хронічної ниркової недостатності [2]. У структурі АГ 95 % становить гіпертонічна хвороба (ГХ) [3]. У боротьбі з АГ неабияке значення надається не тільки ранній діагностиці цього захворювання, але й виявленню людей, схильних до нього, з метою рекомендації їм систематичного контролю артеріального тиску (АТ), модифікації стилю життя тощо [4].

У попередніх роботах [5] нами встановлено, що у практично здорових осіб із гіпертонічним чи дистонічним типом реагування системи регуляції АТ на компресійне подразнення механорецепторних структур (МРС) органів черевної порожнини спостерігається вірогідний виражений прямий лінійний кореляційний зв'язок між цими типами реагування системи регуляції АТ й обтяженим сімейним анамнезом (ОСА) з ГХ. Було зроблено припущення, що у таких обстежуваних у майбутньому може виникнути АГ.

**Метою** роботи було дослідження впливу дозованого дискретно зростаючого компресійного подразнення МРС органів черевної порожнини на

показники АТ у хворих на ГХ II стадії.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 60 хворих (30 жінок і 30 чоловіків) на ГХ II стадії з м'якою та помірною гіпертензією, віком 33–75 років (середній вік — 55 років), які протягом 6 міс до включення у дослідження зовсім не отримували антигіпертензивної терапії або приймали гіпотензивні препарати нерегулярно. Діагноз ГХ встановлювали відповідно до рекомендацій експертів ВООЗ й Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Функціональний стан системи регуляції АТ досліджували за запатентованою нами методикою [6], яка докладно викладена у наших попередніх роботах [7]. Визначали систолічний АТ (САТ) і діастолічний АТ (ДАТ) у вихідному стані та в умовах компресійного подразнення МРС органів черевної порожнини (10; 20; 40; 60; 80; 100 мм рт. ст.) одразу та через 3 і 5 хв після припинення компресійного впливу. За загальновідомими формулами визначали пульсовий артеріальний тиск (ПАТ) і середній динамічний артеріальний тиск (СДТ). Сімейний анамнез з ГХ досліджували шляхом опитування й аналізу амбулаторних карт родичів обстежуваних. У досліджуваних виділено 3 класи ОСА з ГХ. Клас I — сімейний анамнез із ГХ не обтяжений;

клас II — наявність ГХ у родичів другого ступеня споріднення; клас III — наявність ГХ у родичів першого ступеня споріднення або у родичів I другого ступеня споріднення.

Статистичну обробку даних проводили на ПЕОМ за загальноприйнятою методикою за допомогою програми "STATISTICA Version 6". Порівняльний результат вважався вірогідним при  $P < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

У результаті аналізу кількісних змін показників АТ при дозованому дискретно зростаючому компресійному подразненні МРС органів черевної порожнини в усіх обстежених нами хворих виділено тільки один, основний — гіпертонічний тип реагування системи регуляції АТ, який характеризувався вірогідним ( $P < 0,05$ ) збільшенням САТ, ДАТ, СДТ, ПАТ при компресійному впливі на передню черевну стінку (рисунки а, б).

Як додаткові ознаки основного типу реагування діагностовано підтипи чутливості та рухливості системи регуляції АТ [6; 7], які встановлювали залежно від того, при якій величині компресійного впливу виникали суттєві (більше 5 % від вихідного рівня) зміни показників АТ, і, перш за все, САТ. Підтип рухливості системи регуляції АТ встановлювали за терміном повернення до вихідного рівня показників АТ



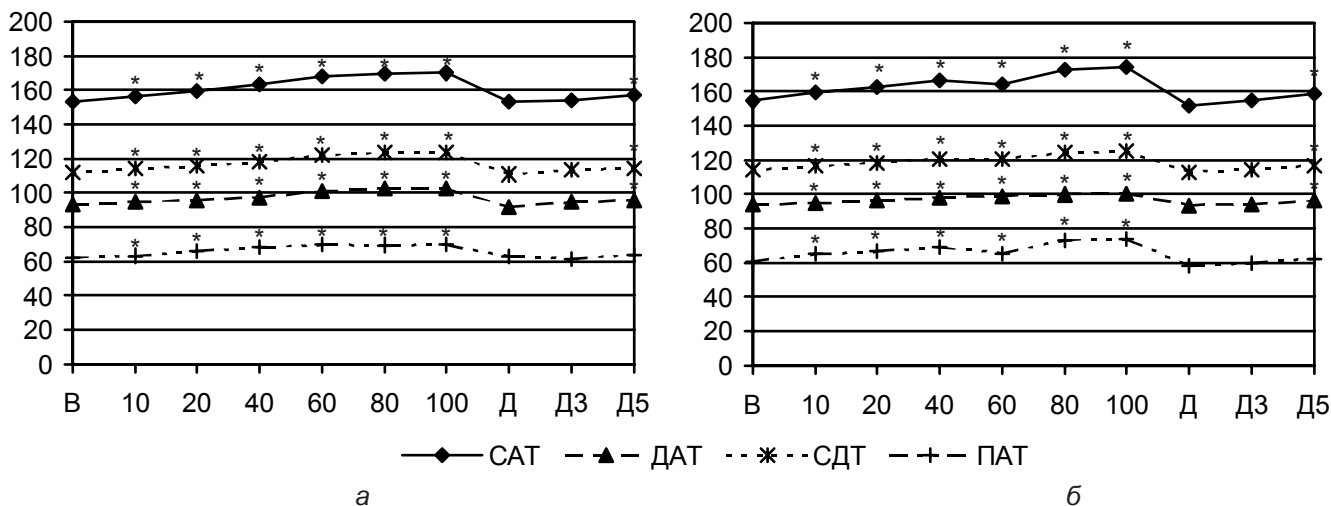


Рисунок. Вплив дозованого дискретно зростаючого компресійного подразнення механорецепторних структур органів черевної порожнини на показники артеріального тиску у хворих на ГХ II стадії: а — у чоловіків, б — у жінок; \*P<0,05

(перш за все САТ) після припинення компресійного подразнення МРС органів черевної порожнини. Розподіл досліджуваних за основним типом реагування і підтипами чутливості та рухливості представлено у таблиці.

При дослідженні ОСА з ГХ встановлено, що 95 % усіх обстежених (93,3 % чоловіків і 96,7 % жінок) мають обтяжений сімейний анамнез із ГХ. При цьому, клас II ОСА з ГХ виявлено у 11,7 % досліджуваних (10 % чоловіків і 13,4 % жінок), а клас III ОСА з ГХ — у 83,3 % осіб (83,3 % чоловіків і 83,3 % жінок).

Той факт, що у хворих на ГХ II стадії виявляється лише гіпертонічний тип реагування системи регуляції АТ (у здорових осіб нами виявлено 4 типи реагування — нормотонічний,

гіпертонічний, гіпотонічний та дистонічний) вказує на закріплення схильності до реагування за гіпертонічним типом, патологічну перебудову пресорно-депресорних реакцій із різким домінуванням пресорного відділу системи регуляції АТ. Майже у 50 % обстежуваних відзначається перенапруженість і низький функціональний резерв системи регуляції АТ, про що свідчить виявлення у 40 % чоловіків і 56,7 % жінок високочутливого підтипу реагування системи регуляції АТ. У 63,3 % обстежених (76,6 % чоловіків і 50 % жінок) діагностовано інертний підтип рухливості, що свідчить про застійність процесів збудження у вегетативних центрах, можливе залучення у патологічний процес гуморальних механізмів регуляції крово-

обігу, інертність системи регуляції АТ.

### Висновки

1. У хворих на ГХ II стадії діагностується лише один — гіпертонічний тип реагування системи регуляції АТ на компресійне подразнення механорецепторних структур органів черевної порожнини.

2. У чоловіків і жінок наявні статеві особливості розподілу за підтипами чутливості та рухливості системи регуляції АТ.

3. Виявлення у хворих на ГХ лише гіпертонічного типу реагування у поєднанні з отриманими даними щодо ОСА з ГХ у цих пацієнтів підтверджує наше припущення, що практично здоровим особам із гіпертонічним чи дистонічним типом реагування, а особливо

Таблиця  
Розподіл хворих на ГХ II стадії за підтипами чутливості й рухливості системи регуляції АТ при компресійному подразненні механорецепторних структур органів черевної порожнини

Основний тип реагування	n (%)		Підтип чутливості	n (%)		Підтипи рухливості	n (%)	
	Чоловіки	Жінки		Чоловіки	Жінки		Чоловіки	Жінки
Гіпертонічний	30 (40)	30 (60)	Високочутливий	12 (40)	17 (56,7)*	Нормальний	3 (25)	10 (58,8)*
			Середньочутливий	17 (56,7)	9 (30)*	Інертний	9 (75)	7 (41,2)*
			Низькочутливий	1 (3,3)	4 (13,3)	Нормальний	4 (23,5)	4 (44,4)*
					Інертний	13 (76,5)	5 (55,6)*	
					Нормальний	—	2 (50,0)	
					Інертний	1 (100)	2 (50,0)	

Примітка. \* — P<0,05; n — кількість досліджуваних.



тим, у кого є ОСА з ГХ, у майбутньому загрожує АГ.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Рекомендації українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії.* — К.: Здоров'я, 2001. — 54 с.
2. 1999 WHO-ISHN Guidelines for the Management of Hypertension Guidelines Subcommittee // *J. Hypertens.* — 1999. — Vol. 17. — P. 151-183.
3. *Свищенко Е. П., Коваленко В. Н.* Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии / Под ред. В. Н. Коваленко. — К.: Лыбидь, 2002. — 504 с.
4. *Шулутко Б. И.* Артериальная гипертензия 2000. — СПб.: РЕНКОР, 2001. — 382 с.
5. *Паламарчук А. И.* Экстракардиоваскулярные рефлекторные влияния и наследственные особенности как факторы предрасположенности к гипертонической болезни // Матеріали конф. Укр. товариства нейронаук (з міжнарод. участю), присвяченої 75-річчю Донецького державного медичного ун-ту ім. М. Горького. Нейронауки. — 2005. — Т. 1, № 1. — С. 90.
6. *Деклараційний патент України № 558766А, UA А61В10/00.* Спосіб типологічної діагностики функціонального стану системи регуляції артеріального тиску / В. М. Казаков, М. Т. Ватутін, О. І. Паламарчук; Донецький державний медичний університет ім. М. Горького; Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України. — № 2002108154; Заявл. 15.10.2002; Опубл. 18.08.2003. — Бюл. № 8.
7. *Паламарчук О. І.* Особливості типологічних змін показників артеріального тиску при компресійному подразненні рецепторних структур черевної порожнини в осіб чоловічої та жіночої статі // *Вестник неотлож. и восстанов. медицины.* — 2005. — Т. 6, № 1. — С. 121-123.

УДК [616.12-008.331.1+616.1/.4-002]:612.017

Л. В. Соломатіна

## КЛІТИННА ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Дана стаття є фрагментом ініціативної теми (державний реєстраційний № 01-03V004857) «Дослідження молекулярно-генетичних та імунологічних аспектів патогенезу артеріальної гіпертензії для розробки нових методів діагностики та диференціального лікування».

Захист морфологічних структур від дії «агресивних» молекул білкової, ліпопротеїнової природи, гормонів, олигопептидів, цитокінів здійснюється через імунні механізми та протеолітичні ферменти [1]. У хворих на гіпертонічну хворобу утворення таких «агресивних» молекул на рівні мембран кардіоміоцитів, ендотеліоцитів, нейронів, клітин ендокринної системи та нирок підсилюється [2; 3].

Поєднання гіпертонічної хвороби з запальною патоло-

гією внутрішніх органів збільшує такі негативні впливи.

**Метою** нашого дослідження було визначення особливостей Т-клітинної імунологічної реактивності у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з запальною патологією внутрішніх органів.

#### Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 35 хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з запальною патологією внутрішніх органів (основна група). Клінічна характеристика досліджених: 26 (74 %) із 35 мали гіпертонічну хворобу II стадії, 12 (34 %) із 35 — гіпертонічну хворобу III стадії. У 28 (80 %) із 35 хворих визначено ішемічну хворобу серця, в тому числі у 5 (14 %) — стенокардію напруження

стабільну, функціональний клас (ФК) II; у 7 (20 %) — стенокардію напруження стабільну, ФК III; у 1 (3 %) — стенокардію напруження стабільну, ФК IV; у 25 (71 %) — кардіосклероз атеросклеротичний із хронічною серцевою недостатністю; у 5 (14 %) — кардіосклероз післяінфарктний. Супровідна патологія внутрішніх органів діагностована у 32 (91 %) із 35 хворих — це хронічний холецистопанкреатит, у 5 (14 %) — виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Одночасно у вищезгаданих хворих діагностовано: у 28 % — хронічний персистуючий гепатит; у 17 % — вторинний коліт; у 15 % — хронічний обструктивний бронхіт. Вік досліджуваних — 36–65 років.

Умовно-контрольна група із запальною патологією внут-

