

ло (380,77±51,19) нг/л, у хворих з ХПН – (542,01±59,80) нг/л, з ДН – (126,35±40,79) нг/л. Рівень іПТГ достовірно нижчий в обстежених із ДН, ніж із ХГН і ХПН (p<0,01). Рівень іПТГ у хворих із ПН достовірно вищий, ніж у хворих з ХГН (p<0,05).

У пацієнтів із ХХН спостерігаються гіпокальціємія, гіперфосфатемія, вторинний гіперпаратиреоз. Середні рівні Са і Р є достовірно вищими у пацієнтів, які отримують замісну

терапію гемодіалізом. Частота та ступінь виразності ВГПТ більші у пацієнтів, які перебувають на програмному гемодіалізі. У хворих із ХХН в додіалізованому періоді ступінь виразності вторинного гіперпаратиреозу залежить від статі і не залежить від нозологічної форми первинного захворювання. У пацієнтів із ХХН, які перебувають на програмному гемодіалізі, ступінь виразності гіперпаратиреозу є вищим при ХПН і не залежить від статі.

Стародуб Є.М., Шостак С.Є., Бачинський О.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ВІКОМ І ЧАСТОТОЮ ВИНИКНЕННЯ ХОЛЕСТЕРОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Холестероз жовчного міхура не є самостійним захворюванням, а проявом загальних порушень ліпідного обміну, що чітко корелюють з віковими його особливостями.

Метою роботи було вивчення взаємозв'язку між віком пацієнтів та частотою виникнення холестерозу жовчного міхура, що діагностовано за даними ультразвукового дослідження органів черевно порожнини.

Ми обстежили 56 хворих із гастроентерологічного відділення Тернопільсько міської лікарні №2 на предмет виявлення ознак холестерозу жовчного міхура. Серед обстежених – 30 (53,5 %) жінок і 26 (46,4 %) – чоловіків. Пацієнти були розділені по вікових групах: до 30 років – 9 хворих; від 31 до 40 років – 11 хворих; від 41 до 50 років – 9 хворих; від 51 до 60 років – 8 хворих; від 61 до 70 років – 10 хворих; старше 71 року – 9 хворих.

За результатами УЗД ознаки холестерозу жовчного міху-

ра виявлено у 10 пацієнтів: у 7 випадках це була сітчаста дифузна форма, в 2 – мала місце сітчасто-поліпозна і в 1 випадку – сітчаста вогнищева. У віковій групі до 30 років холестероз не виявлено. В групі від 31 до 40 років виявлено у 1 (10 %) хворого. Від 41 до 50 років – ознаки холестерозу були в 4 (40 %) обстежених. У групі від 51 до 60 років – у 3 (30 %), в групі від 61 до 70 років – у 1 (10 %). У пацієнтів старших 71 року холестероз жовчного міхура виявлено в 1 (10 %). Тобто 7 із 10 хворих – це пацієнти віком від 41 до 60 років. Крім цього, слід зауважити, що 8 з 10 – це жінки. Отже, за нашими даними, холестероз жовчного міхура частіше зустрічається у жінок віком від 41 до 50 років.

Перспективи подальших досліджень полягають у ранньому виявленні за допомогою УЗД хворих, схильних до холестерозу жовчного міхура та призначенні адекватно комплексно терапі .

Швед М.І., Насалик Б.Г., Гурський В.Т., Прокопович О.А.

КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ ДИСФУНКЦІ ВЕГЕТАТИВНО НЕРВОВО СИСТЕМИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У багаточисельних рандомізованих дослідженнях показано, що гіперактивність симпатично нервово системи має місце у хворих із метаболічним синдромом (МС) і асоціюється зі зниженням рівня внутрішньоклітинного магнію. Це, в свою чергу, негативно впливає на добову динаміку артеріального тиску, провокує порушення ритму, виснажує адаптаційний потенціал серцево-судинної системи (J.E. Barbato, B.S. Zuckerbraun, M. Overbaus et al., 2005; A.E. Caballero, 2003; M.S. Seelig, 2003).

Метою дослідження стало виявлення вегетативно дисфункції у хворих із метаболічним синдромом і вивчення можливостей медикаментозно терапі .

Обстежено 27 хворих з МС. У 18 із них виявлено порушення толерантності до глюкози, у 9 – цукровий діабет 2-го типу, середньою тривалістю до 5,26 років. Дисфункцію вегетативно нервово системи виявляли за методом кардіоінтервалографії за Р.М. Баєвським. Хворі були поділені на три групи, подібні за віково-статевим складом і рівнем компенсації вуглеводного обміну. м призначали патогне-

нетичну терапію терміном на 1 місяць, після чого обстежування повторювали. 1-ша група (9 хворих) отримувала магнікум (Ки вський вітамінний завод) по 2 таблетки 3 рази на добу, 2-га група (8 хворих) – берлітрон (Берлін-Хемі) по 600 мг/добу, 3-я група (10 хворих) – обидва ці препарати за тими самими схемами.

У 63 % обстежених, із кардіоваскулярних симптомів, переважала ліпотімія, у 28 % спостерігались дискомфорт або біль в ділянці серця, у 52 % – серцебиття, або перебо в ділянці серця. Переважаючим висхідним вегетативним статусом у 86 % хворих спостерігалась гіперсимпатикотонія, у 12 % – симпатикотонія, у 2 % – ейтонія.

Після курсу патогенетично терапі покращання самопочуття і суб'єктивних проявів вегетативно дисфункції спостерігали у 48 % хворих, які отримували магнікум, 52 % – берлітрон і 84 % – обидва препарати. Ефективність магнікуму і берлітону, за отриманими показниками кардіоінтервалографії в процесі лікування була подібна. Позитивні тенденції демонстрували інтегральні показники ве-

гетативно регуляції (індекси напруження зменшились на 42,6 % в 1 групі і на 41 % – в 2 групі, вегетативно рівноваги – на 39 % і 38 % відповідно).

Комбінація магнію і берлітіону більш виражено змінювала вегетативні показники – індекс напруження знижувався на 64 %, індекс вегетативно рівноваги – на 52 %.

У більшості хворих з метаболічним синдромом виявляють ознаки вегетативно дисфункції.

Магнію і берлітіону за ефективністю впливу на показники варіабельності серцевого ритму подібні.

Використання комбінації цих препаратів дозволяє отримати більш значимий ефект.

Швед М.І., Прокопович О.А.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ В ГОСТРІЙ СТАДІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Метою роботи було оцінити зміни функціонального стану печінки у хворих в гострій стадії інфаркту міокарда та оптимізувати лікування у таких осіб.

Клініко-лабораторні дослідження проводили при госпіталізації хворих та на 8-10 добу лікування.

Основну групу дослідження склали 24 хворих (18 чоловіків та 6 жінок) віком від 42 до 78 років, які знаходились на лікуванні в палаті інтенсивно терапії кардіологічного відділення Тернопільсько обласно клінічно лікарні. Серед обстежуваних Q інфаркт діагностовано у 17 хворих (71 %) та інфаркт без зубця Q у 7 (29 %). У 12 хворих (50 %) інфаркт перебігав з ускладненнями, такими як: пароксизми фібриляції передсердь (3), гостра лівошлуночкова недостатність (9), синусна тахікардія (1), синусна брадикардія (2), шлуночкова екстрасистола (10 хворих). В контрольну групу увійшло 17 хворих на інфаркт міокарда без функціональних змін печінки.

В результаті клініко-лабораторного обстеження хворих з основно групи було встановлено, що гепатомегалія (клінічно та сонографічно) відмічена у 21 хворого (87 %), підвищення рівня білірубіну спостерігалось у 8 осіб (33 %), збільшення АлАТ – у 17 осіб (70,8 %), АсАТ – у 21 (87,5 %), холестерину – у 12 (50 %), α -холестерину – у 13 (54 %), β -ліпопроте дів – у 14 (58 %), тригліцеридів – у 9 (37,5 %), транзитрна гіперлікемія відмічалась у 23 осіб (96 %). Одночасно у пацієнтів цієї групи спостерігався тяжчий пе-

ребіг основного захворювання. Так, параметри ЕхоКГ у всіх обстежуваних свідчили про розвиток систолічно та діастолічно дисфункції міокарда, але у пацієнтів першо групи зниження фракції викиду відмічалось у 22 хворих (92 %), тоді як в контрольній групі – у 11 (64,7 %), діастолічна дисфункція спостерігалась у 14 осіб (58 %) і цей показник був суттєво більш вираженим ніж у хворих групи контролю – 8 (47 %). Ускладнення в першій групі зустрічались у 18 хворих (75 %), тоді як у контрольній – лише у 4 (23,5 %), середня тривалість лікування в стаціонарі хворих першо групи була значно більшою – 17 днів порівняно з другою групою – 12.

Таким чином, у значно частини хворих на інфаркт міокарда в гострій стадії мають місце функціональні зміни печінки. Ці зміни проявляються гіпербілірубінемією, підвищенням активності трансаміназ (АлАТ, АсАТ), атерогенною дисліпідемією, транзиторною гіперлікемією. Одночасно у пацієнтів цієї групи спостерігається суттєве погіршення центрально та периферично гемодинаміки, а також більш частий розвиток ускладнень інфаркту міокарда.

Отримані клініко-лабораторні показники обґрунтовують необхідність поводити корекцію функціонального стану печінки в гострій стадії інфаркту міокарда, що дасть змогу зменшити ймовірність розвитку ускладнень, підвищити функціональний клас хворих в процесі реабілітації та поліпшити якість життя.

Мазур О.П.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ КАНДЕСАРТАНОМ ТА КОРВІТИНОМ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Метою нашої роботи було вивчити динаміку показників перекисного окиснення ліпідів під впливом лікування кандесартаном та корвітином у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) у поєднанні із хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ).

Показники ПОЛ та АОСЗ вивчено у 42 хворих (24 чоловіків та 18 жінок) із поєднаною патологією, які отримували комплексну терапію із включенням біофлавоноду корвітину. Обстеження проводилося до лікування, через 4 тижні та через 6 місяців після лікування. Контрольну групу ста-

новили 20 практично здорових людей. Середній вік обстежуваних становив (53,4 \pm 2,6) роки, тривалість захворювання – (15,65 \pm 1,15) років.

Всі хворі отримували кандесартан, який призначали як засіб комбіновано гіпотензивно терапії. Доза препарату становила 8 мг один раз на добу протягом перших 2 тижнів з наступним титруванням до 16 мг/добу. Оцінювали динаміку показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), клінічних симптомів та побічних ефектів, які виникали під час лікування. Тривалість