

УДК 616.833.57-009.7-039.3]-053

Сагайдак Л. О., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Оцінка клініко-лабораторних параметрів у хворих з вертеброгенним попереково-крижовим больовим синдромом із супутнім ожирінням

Лікування пацієнтів з вертеброгенним попереково-крижовим больовим синдромом (ВПКБС), який є провідною причиною тимчасової непрацездатності, є складним завданням і потребує комплексного підходу у виборі способу лікування, який визначається низкою факторів, серед них основне значення мають вираженість болю та запальної реакції, функціональна недостатність, ступінь структурних змін, вік і наявність супутньої патології (Мищенко Т. С. Шкробот С. І., 2016). Ожиріння, як супутня патологія, впливає на перебіг вертеброгенного больового синдрому, обтяжуючи його збільшення інтенсивності больового синдрому, підвищення ступеня порушення життєдіяльності та зменшення обсягу рухів у поперековому відділі хребта (Шкробот С. І., 2016) Існують докази наявності взаємозв'язку між ожирінням та прогресуванням дегенеративно-дистрофічних змін у хребті (Опімах О. І., 2015). Вплив ожиріння на перебіг ВПКБС є недостатньо вивченим.

Мета роботи: оцінка клініко-лабораторних показників у хворих з ВПКБС на фоні супутнього ожиріння.

Методи дослідження: клініко-неврологічні (з використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ) та опитувальника Роланда — Морріса, тесту Шобера та тесту Томайера), лабораторні (визначення вмісту ліпопротеїдів високої і низької щільності, тригліцеридів, холестерину загального та коефіцієнта атерогенності).

Під спостереженням були 92 хворих з ВПКБС (чоловіків — 40 (44 %), жінок — 52 (56 %)), які перебували на лікуванні в 1 та 2 неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні м. Тернополя. Пацієнти були поділені на дві групи: 1 — 31 хворий із нормальною масою тіла (контрольна група), 2 — 61 хворий — із супутнім ожирінням. Ожиріння 1 ступеня діагностували при індексі маси тіла (ІМТ) більше ніж 30 кг/м², 2 ступеня — більше ніж 35 кг/м² та 3 ступеня — понад 40 кг/м². Ожиріння 1 ступеня діагностовано у 65 % хворих, 2 ступеня — у 30 % та 3 ступеня — у 5 % хворих.

Виявлено, що у хворих 2-ї групи біль у попереку був більш вираженим (7—8 балів), ніж у осіб 1-ї групи (3—5 балів), а саме, 60 % хворих з ожирінням 1 ступеня частіше оцінювали свій біль у 2—6 балів, 70 % хворих з ожирінням 2 ступеня оцінили свої больові відчуття у 6—7 балів; 58 % хворих з ожирінням 3 ступеня відчували біль інтенсивністю 5—7 балів. У осіб із ожирінням 2—3 ступеня частіше відмічали помірний та виражений ступінь порушення життєдіяльності, а саме: у 15 (25 %) осіб із ожирінням 1 ступеня виявлено легке порушення, у 28 (46,6 %) осіб із ожирінням 2—3 ступеня — помірне та у 17 (28,3 %) осіб із ожирінням 2—3 ступеня — виражене порушення, при легкому та помірному ступені (73 %) та вираженому (27 %) у осіб контрольної групи. У 57 % пацієнтів із супутнім ожирінням були виявлені зміни показників ліпідограми. У хворих із ожирінням 2 ступеня відзначалось достовірно підвищення вмісту ліпідів низької щільності до $2,83 \pm 0,15$ ($p < 0,05$); у пацієнтів з ожирінням 3 ступеня — до $4,15 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Також спостерігалось підвищення показника вмісту тригліцеридів у пацієнтів із ожирінням 2 ступеня до $2,18 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) та у хворих із ожирінням 3 ступеня до $2,83 \pm 0,16$ ($p < 0,05$).

У пацієнтів із ожирінням 2—3 ступеня констатовано зниження вмісту ліпідів високої щільності до $0,94 \pm 0,1$.

Наявність ожиріння та ступінь його вираженості впливають на інтенсивність больового синдрому та ступінь порушення життєдіяльності. Параметри ліпідограми були достовірно гірші у пацієнтів із супутнім ожирінням, проте на встановлено кореляційного взаємозв'язку між цими параметрами та інтенсивністю больового синдрому.

УДК : 616.831-001-036:11-073.756.8:681.31

Салій З. В.*, Шкробот С. І.*, Салій І. М.**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»;

**Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги (м. Тернопіль)

Деякі особливості імунних порушень у віддаленому періоді черепно-мозкової травми

Метою дослідження було уточнення ролі імунних порушень у віддаленому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ).

У 280 хворих з наслідками ЧМТ методом проточної цитофлуориметрії (проточний цитофлуориметр Epics XL («Beckman Coulter», США) дослідили вміст основних субпопуляцій лімфоцитів (CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_{22}^+ , CD_{16}^+), частку лейкоцитів у стадії апоптозу (AnV^+) та рівень генерації клітинами активних форм кисню (АФК⁺). Середній вік хворих у вибірці — $42,54 \pm 0,59$ роки, середній катамнез травми — $8,02 \pm 0,49$ роки. Чоловіків було 233 (83,21 %).

У віддаленому періоді ЧМТ діагностовано пригнічення клітинної ланки імунітету (достовірно ($p < 0,05$) зниження вмісту субпопуляцій CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_{22}^+ -лімфоцитів при збільшенні CD_{16}^+ -лімфоцитів). Не виявлено достовірних різниць значень в групах, поділених за критерієм віку та катамнезу ЧМТ. Достовірної різниці в значеннях CD^+ -лімфоцитів у хворих з різною тяжкістю ЧМТ встановлено не було. Однак, зафіксовані вище тенденції до зниження вмісту CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_{22}^+ -лімфоцитів при підвищенні рівня CD_{16}^+ -лімфоцитів утримувалися. В середньому для кожної групи був властивий перший ступінь імунних зрушень, проте групи з наслідками ЧМТ різної тяжкості відрізнялися за часткою пацієнтів, у яких діагностовано II ступінь. У віддаленому періоді легкої ЧМТ таких випадків було 7 (7,37 %) проти 19 (26,39 %) — ЧМТ середньої тяжкості ($p = 0,001$) та 22 (19,47 %) — тяжкої ЧМТ ($p = 0,004$).

У групі з катамнезом закритої ЧМТ понад 10 років фіксували достовірно пригнічення CD_3^+ - та CD_4^+ -лімфоцитів, з катамнезом 1—5 років — лише CD_4^+ . При катамнезі відкритої ЧМТ у 1—5 років негативної динаміки зазнавав вміст CD_{16}^+ -лімфоцитів. З подовженням катамнезу відкритої ЧМТ посилювався зв'язок між вмістом CD^+ -лімфоцитів та часткою клітин у стадії апоптозу й збагачених АФК⁺. В групі з катамнезом відкритої ЧМТ більше 10 років обчислено кореляційні зв'язки між часткою AnV^+ -лейкоцитів та CD_3^+ ($r = -0,84$, $p = 0,001$), CD_4^+ ($r = -0,69$), $p = 0,013$, CD_8^+ ($r = -0,90$, $p = 0,001$).

Встановлено особливості реагування імунної системи при різних варіантах перебігу віддаленого періоду ЧМТ та залежно від провідного синдрому. Зокрема, достовірно нижчі значення CD_3^+ , CD_4^+ , CD_6^+ -лімфоцитів були у групі з синдромом екстрапірамідної недостатності при достовірно вищих значеннях CD_{22}^+ . У групі з екстрапірамідним синдромом вищий рівень АФК⁺-клітин сприяв активації природної цитотоксичності (CD_{16}^+), у групі з пароксизмальним перебігом (внаслідок кризів), навпаки, її пригніченню. Різноспрямованим був вплив АФК⁺-клітин