

мочки вуха після порушення їх цілісності, показник резистентності капілярів визначали за допомогою манжеточного тесту Румпеля-Леєде-Кончаловського. Отримані дані порівнювались із референтними показниками (група практично здорових осіб, $n=27$); математична обробка здійснювалась методами варіаційної статистики.

Даними дослідження у хворих коморбідною патологією було виявлено зростання найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій імунних комплексів (ІК), причому у пацієнтів із МС ці зміни були більш суттєвими. Так, якщо вміст середньомолекулярної фракції ІК (у відносному вираженні, відносно референтної норми) у хворих на коморбідну патологію був підвищеним в 1,35 рази ($p<0,01$), дрібномолекулярних – в 1,25 рази ($p<0,05$), а відносний вміст великомолекулярних ІК був зниженим в 1,55 рази ($p<0,001$), то у таких же хворих із наявністю МС рівень середньо- та дрібномолекулярних ІК був підвищеним у 1,42 та 1,39 рази, а великомолекулярних – зниженим у 1,96 рази ($p<0,001$).

В нашому дослідженні у хворих на коморбідну патологію ми не отримали, в залежності від наявності або

відсутності МС, змін з боку показників клініко-функціональних тестів та вмісту тромбоцитів периферичної крові. Проте показник РІАТ у хворих на коморбідну патологію із МС був найбільш високий і, порівняно із референтною нормою, був підвищеним у 1,95 рази (у коморбідних хворих без ознак МС РІАТ підвищувався у 1,77 рази; $p<0,001$ в обох випадках).

Проведеним дослідженням констатовано, що у хворих із метаболічним синдромом та коморбідним станом (контрольована есенціальна гіпертензія у поєднанні із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки (загострення) зміни у складі циркуюючих імунних комплексів були найбільш вираженими і видбвали зниження великомолекулярної фракції та підвищення найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій циркулюючих імунних комплексів, а найбільш виражене серед усіх досліджених підвищення показника РІАТ відбвало найбільш значні зсуви гемостазрегулюючої функції ендотелію. Знайдені особливості складу ЦІК та первинного гемостазу у хворих із метаболічним синдромом та коморбідною патологією передбачають проведення своєчасної корекції заходів як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапі лікування.

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

Надмірна маса тіла і сечокам'яна хвороба

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Сечокам'яна хвороба (СКХ) як одне із найпоширеніших урологічних захворювань, є поліетіологічним захворюванням, в основі якого – порушення водно-сольового балансу. Проте, більшість науковців вважають, що саме сучасний спосіб життя людей розвиненого суспільства, звички харчування і ожиріння є основними промоутерами прогнозованого «буму каменеутворення» у новому тисячолітті.

Мета дослідження: вивчити можливий взаємозв'язок між надмірною масою тіла та СКХ.

Провели ретроспективне епідеміологічне дослідження репрезентативної вибірки 443 хворих на СКХ (основна група, з них 403 – без рецидивів і 40 – з рецидивами) та 203 хворих з іншою переважно гострою урологічною патологією (контрольна група), які перебували на стаціонарному лікуванні в урологічних підрозділах закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області.

Встановлено, що тільки менше половини хворих на СКХ ($45,7\pm 2,4\%$ проти $57,3\pm 3,8\%$ у контрольній групі, $p<0,05$) мали нормальний індекс маси тіла. Решта мали надлишкову масу, в т. ч. у кожного п'ятого обстеженого з основної групи ($20,2\%$ проти $15,8\%$ відповідно) спостерігалось ожиріння.

Разом з тим, виявлена значна поширеність надлишкової маси тіла (НМТ) і в контрольній групі підкреслює вагомість профілактики цього чинника ризику багатьох хронічних захворювань на державному, комунальному та індивідуальному рівнях.

Доведено, що при наявності НМТ шанси виникнення СКХ суттєво зростають ($OR=1,60$; $95\% CI=1,11-2,29$; $p<0,05$).

У хворих на СКХ з рецидивуючим перебігом цей чинник зустрічався ще частіше – $70,3\pm 7,5\%$ з надмірною масою, у т. ч. $29,8\%$ з ожирінням. Встановлено, що із зростанням маси тіла зростають і шанси повторного каменеутворення ($OR=2,12$; $95\% CI=1,02-4,40$, $p<0,05$).

Показано, що частота НМТ збільшується із віком хворих на СКХ (з $20,6\%$ осіб з у віці до 30 років до $68,2\%$ у старших 60 років, $p<0,001$). Визначено, що серед жінок значно суттєвішою була частка хворих на СКХ із вираженим ожирінням II–III ступеня ($9,2\%$ проти $2,4\%$ серед чоловіків, $p<0,05$).

Надлишкова маса тіла є чинником ризику як виникнення, так і прогресування сечокам'яної хвороби, на що слід звертати увагу при формуванні груп ризику на первинному рівні.