

крові хворих на НАСГ перевищував відповідний показник у хворих на НАСЗ у 2,31 рази ($p < 0,05$), у здорових – у 3,15 рази ($p < 0,05$). Такі результати вказують на активацію фіброзоутворення переважно у хворих на ХНХ на тлі ожиріння і МС з діагностованим НАСГ.

Встановлено, що вміст ВЕФР у крові хворих на НАСЗ достовірно не підвищувався і становив ($69,2 \pm 7,8$) пг/мл ($p > 0,05$) порівняно з ($56,0 \pm 4,9$) пг/мл у здорових. У групі хворих на НАСГ вміст ВЕФР у крові був підвищеним: у 38 (80,9 %) до ($402,8 \pm 29,7$) пг/мл ($p < 0,05$) і перевищував відповідний показник у хворих на НАСЗ у 5,82 рази ($p < 0,05$), у здорових – у 7,19 рази ($p < 0,05$), що вказує на зміну в них ангиогенезу і прогресування захворювання.

Проведений парний кореляційний аналіз допоміг виявити взаємозв'язки між активністю запального процесу і збільшенням вмісту у крові ФРФб і ВЕФР. Це підтверджували виявлені прямі кореляції між вмістом у крові ФРФб і ВЕФР та активністю АлАТ ($r = +0,56$; $r = +0,51$, відповідно; $p < 0,05$). Також виявлено взаємозв'язки між показником НОМА-ІR вмістом у крові ФРФб і ВЕФР ($r = +0,50$; $r = +0,43$, відповідно; $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ 1. Для переважно більшості хворих із діагностованим НАСГ на тлі ХНХ з МС характерним є збільшення у крові вмісту ФРФб і ВЕФР, що свідчить про активацію фіброзоутворення, зміну ангиогенезу і прогресування захворювання. 2. Виявлені взаємозв'язки між збільшенням вмісту у крові ФРФб і ВЕФР та активністю запального процесу і показником НОМА-ІR, що вказує на роль запального процесу і вираженості МС у прогресуванні НАСГ.

Перспективами подальших досліджень є вивчення ефективності медикаментозних засобів для впливу на показники ФРФб і ВЕФР з метою попередження прогресування НАСГ у хворих ХНХ з МС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я. Особливості перебігу неалкогольно жирової хвороби печінки, залежно від компонентів метаболічного синдрому / О.Я. Бабак, О.В. Колесникова, О.О. Крахмалова та ін. // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. – Дніпропетровськ, 2008. – Вип. 41. – С. 144-154.
2. Богомолов П.О. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз и неалкогольный стеатогепатит / П.О. Богомолов, Ю.О. Шульпекова // Клинический перспект. гастроэнтерол., гепатол. – 2004. – № 3. – С. 20-27.
3. Фадеенко Г.Д. Стеатогепатит. Биохимические маркеры и проблемы диагностики / Г.Д. Фадеенко, И.А. Кравченко // Современная гастроэнтерология. – 2006. – №1. – С. 8-13.
4. Aleffi S. Upregulation of proinflammatory and proangiogenic cytokines by leptin in human hepatic stellate cells / S. Aleffi, I. Petrai, C. Bertolani et al. // Hepatology. – 2005. – № 42. – P. 1339-1348.
5. Balaller R. Liver fibrosis / R. Balaller, D.A. Brenner // J. Clin. Invest. – 2005. – № 115. – P. 209-218.
6. Lee J.S. Sinusoidal remodelling and angiogenesis: a new function for the liver-specific pericyte / J.S. Lee, D. Scmcla, J. Iredalc // Hepatology. – 2007. – № 45. – P. 817-825.
7. Medina J. Angiogenesis in chronic inflammatory liver disease / J. Medina, A.G. Arroyo, F. Sanchez-Madrid et al. // Hepatology. – 2004. – № 39. – P. 1185-1195.
8. Medina J. Evidence of angiogenesis in primary biliary cirrhosis: an immunohistochemical descriptive study / J. Medina, P. Sanz-Cameno, L. Garcia-Bucy et al. // Hepatology. – 2005. – № 42. – P. 124-131.
9. Novo E. Proangiogenic cytokines as hypoxia-dependent factors stimulating migration of human hepatic stellate cells / E. Novo, S. Cannito, E. Zamara et al. // Am. J. Pathol. – 2007. – № 170. – P. 1942-1953.

УДК 616.85-02:616.89-008.441.13-099]-085

Мілевська-Вовчук Л.С., Шкробот С.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІ – На підставі дослідження мінеральної щільності кісткової тканини у хворих із неврологічними порушеннями при хронічній алкогольній інтоксикації та виявлення у 75,9 % обстежених системних остеодіфіцитних змін, було патогенетично обґрунтовано призначати комплексну терапію, що включала стандартну терапію та вітамінно-мінеральний препарат нового покоління "Вітрум Остеомаг". Результатами проведеного лікування стали позитивна динаміка клінічної симптоматики та показників мінеральної щільності кісткової тканини. Побічних ефектів не було зафіксовано у жодного хворого.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БОЛЬНИХ С НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ХРОНІЧЕСЬКОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІ – На основі дослідження мінеральної щільності кісткової тканини у больових с неврологічними порушеннями при хронічній алкогольній інтоксикації і визначення у 75,9 % досліджуваних системних остеодіфіцитних змін, патогенетично обґрунтовано призначати комплексну терапію, яка включала стандартну терапію і вітамінно-мінеральний препарат нового покоління "Вітрум Остеомаг". Результатами проведеного лікування стали позитивна динаміка клінічної симптоматики і показників мінеральної щільності кісткової тканини. Побічних ефектів не зафіксовано у жодного хворого.

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS AT CHRONIC ALCOHOLIC INTOXICATION – On the basis of bone mineral density investigation in patients with neurological disorders at chronic alcoholic intoxication and exposure of systemic osteodeficient changes in 75,9 %

of all observed patients, prescription of complex treatment was pathogenetically proved. The last one included standard therapy and vitamin-mineral medication of new generation "Vitrum Osteomag". The results of treatment were positive dynamics of clinical signs and bone mineral density indexes. By – effects were not noticed in any our patients.

Ключові слова: хронічна алкогольна інтоксикація, мінеральна щільність кісткової тканини, Вітрум Остеомаг.

Ключевые слова: хроническая алкогольная интоксикация, минеральная плотность костной ткани, Витрум Остеомаг.

Key words: chronic alcoholic intoxication, bone mineral density, Vitrum Osteomag.

ВСТУП Відповідно до даних сучасної літератури [2, 3, 4, 6], хронічна алкогольна інтоксикація (ХАІ) супроводжується зниженням рівня кальцитоніну, метаболітів вітаміну D (25 D3 та 1,25 D3), тестостерону, пригніченням синтезу кісткового протеїну, підвищенням рівня паратгормону, кортизону і кортикостероїдів, дегідратацією колагену, посиленням екскреції гідроксипроліну з сечею, рядом соматичної патології, внаслідок зловживання алкоголем, недостатнім та незбалансованим харчовим раціоном [9, 11], розвитком і прогресуванням алкогольних міопатій та атрофій тощо.

Усе вищезазначене створює передумови для виникнення вторинного остеопорозу (ОП) при ХАІ [8, 12]. Наявність

таких неврологічних порушень при ХАІ, як мієлопатичний, поліневритичний та мієлополіневритичний синдроми, мочочовка деградація з розвитком в'ялих або змішаних парезів чи паралічів і, як наслідок, частковою іммобілізацією хворих, виступає незалежним додатковим фактором ризику розвитку остеопенії у даного контингенту населення [7, 10].

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність комплексного остеотропного препарату "Вітрум Остеомаг" у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ на тлі остеопенії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 40 чоловіків з неврологічними порушеннями при ХАІ віком від 26 до 58 років. Синдром залежності від алкоголю у даних хворих встановлювали відповідно до десятого видання Міжнародно класифікації хвороб. У всіх хворих у період обстеження діагностовано I, II або III стадію алкоголізму згідно з класифікацією А.А. Портнова, І.Н. П'ятницько (1973). Контрольну групу склали 40 здорових осіб.

Відповідно до мети дослідження впливу лікувальної програми на динаміку остеопенічних змін, хворих поділили на дві групи по 20 чоловік. До групи порівняння увійшло 20 хворих з неврологічними порушеннями при ХАІ, які отримували лише стандартну терапію (СТ). З них у 8 (40 %) пацієнтів в якості провідного клінічного синдрому діагностовано хронічну полінейропатію (ПНП), у 7 (35 %) – хронічну енцефалополінейропатію (ЕПНП), у 5 (25 %) – хронічну енцефаломієлополінейропатію (ЕМПНП). 13 (65 %) обстежуваних зловживали алкогольними напоями від 10 до 15 років, 7 (35 %) – понад 15 років. У всіх пацієнтів групи порівняння діагностовано остеопенію II ступеня.

Комплексний вітамінно-мінеральний препарат нового покоління "Вітрум Остеомаг", що містить унікальну комбінацію кальцію, вітаміну D₃ та остеохондропротективних мінералів – магнію, міді, цинку, марганцю та бору, в дозі 1 таблетка двічі на день протягом не менше трьох місяців на тлі СТ отримували 20 хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ (основна група). З них у 7 (35 %) чоловіків як провідний клінічний синдром діагностовано хронічну ПНП, у 8 (40 %) – хронічну ЕПНП, у 5 (25 %) – хронічну ЕМПНП. 12 (60 %) обстежуваних зловживали алкогольними напоями від 10 до 15 років, 8 (40 %) – понад 15 років. У всіх пацієнтів основної групи діагностовано остеопенію II ступеня.

Таким чином, обидві групи були репрезентативними за статтю, віком, клініко-патогенетичним варіантом захворювання, терміном зловживання алкогольними напоями та станом кісткової тканини.

Стан мінерально щільності кісткової тканини (МЩКТ) визначали за допомогою двофотонно рентгенівсько абсорбціометрії (LUNAR, DPX-A) [1, 5].

Стан окисно-відновних процесів в організмі оцінювали за вмістом церулоплазміну (ЦП) (за методикою Н.А. Ravin), малонового діальдегіду (МДА) за методикою R. Placer), рівнем активності супероксиддисмутази (СОД) (за Є.Є. Дубиніною та співавт.), концентрацією токоферолу та ретинолу (за методикою Р.С. Черняускене, З.З. Вариаквичене, П.С. Грибаускас).

Субпопуляції кластерів диференціації визначали за допомогою реакції розеткоутворення з еритроцитами, на яких адсорбовані моноклональні антитіла проти рецепторів CD₃, CD₄, CD₈, CD₁₆, CD₂₂. Оцінка гуморально ланки імунітету проводилася за допомогою визначення концентрації імуноглобуліну (Ig) у сироватці (тест Манчіні). Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) визначали за методикою Гашкова та співавт. (1986 р.).

Рівень ендогенно інтоксикації (ЕІ) визначали за вмістом середньомолекулярних пептидів (СМП).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеного лікування в основній групі хворих з неврологічними порушеннями при ХАІ було відмічено поліпшення загального стану пацієнтів, а саме: часткове відновлення рухових, чутливих, координаторних порушень. Суб'єктивно 60 % обстежених відмітили значне поліпшення стану (нормалізація загального самопочуття, суб'єктивне збільшення м'язової сили, зменшення інтенсивності болювого синдрому, зникнення хронічного болю і парестезій), 25 % осіб – помірне поліпшення, 10 % хворих – незначне поліпшення, лише 5 % пацієнтів відмітили, що лікування було неефективним.

У групі порівняння, де хворі отримували лише СТ, вищеперераховані зміни спостерігалися, відповідно, у 50 %, 25 %, 10 % та 15 % осіб.

Об'єктивно, в основній групі виявлено зменшення чутливих (60 %) та вегетативних (40 %) розладів, відновлення рухових (30 %) і координаторних (20 %) порушень. У групі порівняння аналогічні зміни спостерігалися у 50 %, 30 %, 10 % та 15 % відповідно.

Слід наголосити, що застосування препарату "Вітрум Остеомаг" не викликало ніяких побічних ефектів у жодного хворого.

Через 3 місяці після першого обстеження стану кісткової тканини у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ, що приймали лише СТ, ми виявили наступні зміни: у 80 % хворих показники денситометрії попереково ділянки хребта знизилися, у решти 20 % пацієнтів МЩКТ не змінилася (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка стану МЩКТ при застосуванні стандартно терапі (M±m)

Хребець	МЩКТ, г/см ²		р
	до лікування	після лікування	
L ₁	1,000±0,012	0,896±0,022	<0,05
L ₂	1,036±0,015	0,963±0,024	<0,05
L ₃	1,176±0,020	1,025±0,023	<0,05
L ₄	1,129±0,049	1,063±0,035	>0,05

Примітка. р – достовірність різниці показників.

Дані таблиці 1 вказують на зниження через три місяці після проведеної СТ сумарно МЩКТ у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ, причому різниця є достовірною по трьох перших поперекових хребцях (р<0,05). Аналогічні зміни стосувалися показників відносно "молодий – дорослий" та показника МЩКТ, що залежить від віку, статі, маси тіла та етнічно належності обстежуваних.

Аналізуючи площу, масу, ширину, висоту хребців та співвідношення маса/ширина у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ, ми встановили достовірне (р<0,05)

зниження цих показників окремо по кожному хребцю за трьохмісячний термін при умові використання лише СТ.

Таким чином, за умови застосування лише СТ спостерігається подальша достовірна втрата кісткової маси, що становить за темпами втрати від 2 до 3 % за час спостереження.

За умови призначення у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ з попередньо діагностованою остеопенією комплексно модифіковано терапі (КМТ) з включенням препарату "Вітрум Остеомаг", показники стану кісткової тканини поліпшилися, а саме: ми не виявили зниження

МЩКТ та порушення розмірів висоти і ширини хребців, у 40 % чоловіків кісткова маса хребців залишилася незмінною, у решти 60 % хворих спостерігалось певне зростання МЩКТ.

Дані таблиці 2 демонструють, що показник ВМД збільшився в середньому на (0,049±0,011) г/см², показник Young Adult зріс на (1,809±2,343) %, показник Age Matched – на (1,005±2,336) %.

Таким чином, проведені дослідження продемонстрували, що застосування лише СТ у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ не зупиняє прогресування остеопорозу (в межах (-2,4)-(-2,7) % за період нашого спостере-

ження), у той час, як результати дослідження МЩКТ з групи хворих, що поряд зі СТ отримували комплексний вітамінно-мінеральний препарат нового покоління “Вітрум Остеомаг”, виявили переконливий достовірний (p<0,05) остеотропний ефект обраного препарату: нами зафіксовано припинення резорбції кістки у 40 % чоловіків та підвищення денситометричних показників у 60 % обстежуваних, негативного результату не спостерігалось.

Оскільки ХАІ закономірно супроводжується змінами стану окисно-відновних процесів, ми дослідили вплив КМТ на окремі показники вільнорадикального окислення ліпідів (ВРОЛ) та антиоксидантно системи захисту (АОСЗ) (табл. 3).

Таблиця 2. Динаміка стану МЩКТ при застосуванні КМТ із включенням препарату “Вітрум Остеомаг” (M±m)

Показник	До лікування	Після лікування
МЩКТ, г/см ²	0,999±0,005	1,021±0,011*
Young Adult, %	84,941±1,320	86,750±1,023
T, ум.од.	-1,978±0,104	-1,700±0,129
Age Matched, %	86,662±1,303	87,667±1,033
Z, ум.од.	-1,266±0,123	-1,032±0,101

Примітка. * – достовірність різниці показників до і після лікування (p<0,05).

Таблиця 3. Динаміка показників ВРОЛ та АОСЗ під впливом зазначених лікувальних програм (M±m)

Показник	Контрольна група (n=40)	Хворі з неврологічними порушеннями при ХАІ з остеопорозом		
		до лікування	СТ	КМТ
МДА, ммоль/л	2,809±0,10	3,661±0,35*	3,112±0,14*..	3,026±0,04*... ..
СОД, од/1 мл ер.	63,150±1,85	39,001±1,94*	52,3±0,02*..	55,500±0,81*... ..
Каталаза, кат. од.	0,960±0,02	0,478±0,00*	0,71±0,81*..	0,760±0,02*..
SH-групи, мкмоль/л	61,500±1,13	50,867±0,29*	56,1±0,94*..	58,290±0,74*..
ЦП, мг/л	247,6±2,50	154,8±0,39*	221,1±5,4*..	226,40±3,19*..
Ретинол, мкг/мл	0,211±0,20	0,197±0,00*	0,202±0,04	0,203±0,01..
α-токоферол, мкг/мл	7,800±0,10	5,471±0,07*	5,79±0,58*	5,820±0,23*

Примітки: * – достовірність відносно контрольної групи; ** – достовірність відносно осіб до лікування; *** – достовірність між показниками після застосування СТ та КМТ.

Результати аналізу проведених досліджень показали, що і СТ, і КМТ сприяють нормалізації окисно-відновних порушень в організмі хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ, дані є достовірними відносно контрольної групи (p<0,05) та осіб до лікування (p<0,05). Проте включення до схеми КМТ хворих на тлі остеопорозу остеотропного препарату “Вітрум Остеомаг” сприяло достовірному (p<0,05) сповільненню прогресування порушень окисно-

відновних процесів у основній групі, відносно групи, що застосовували лише СТ. Так, МДА знизився на 2,8 % порівняно з групою порівняння, а серед показників АОСЗ намітилася чітка тенденція до зростання (p<0,05).

Зважаючи на факт, що ХАІ супроводжується вторинним імунodefіцитом цитотоксичного типу, ми проаналізували стан головних параметрів імунітету під впливом проведених лікувальних програм (табл. 4).

Таблиця 4. Динаміка параметрів імунного статусу під впливом зазначених лікувальних програм (M±m)

Показник	Контрольна група (n=40)	Хворі із неврологічними порушеннями при ХАІ з остеопорозом		
		до лікування	СТ	КМТ
CD ₃ , %	62,000±0,418	41,000±0,433*	46,71±1,151*..	48,2±1,459*..
CD ₄ , %	36,250±0,291	28,750±0,172*	29,213±0,809*	30,500±0,898*
CD ₈ , %	21,000±0,274	12,750±0,342*	13,815±0,806*	14,400±0,98*..
CD ₁₆ , %	10,750±0,185	8,425±0,376*	9,209±0,356*..	9,900±0,407*..
CD ₂₂ , %	9,100±0,277	9,750±0,239*	9,653±0,245	9,500±0,373
IgG, г/л	7,180±0,204	11,200±0,102*	8,901±0,54*..	8,490±0,637*..
IgA, г/л	1,178±0,068	2,900±0,074*	2,214±0,01*..	2,130±0,111*..
IgM, г/л	2,590±0,120	3,725±0,125*	3,021±0,12*..	2,990±0,113*..
ЦІК, ум.од.	65,000±1,043	261,25±11,198*	186,4±12,17*..	179,5±10,92*..

Примітки: * – достовірність відносно контрольної групи; ** – достовірність відносно осіб до лікування; *** – достовірність між показниками після застосування СТ та КМТ.

Дані таблиці 4 вказують на те, що включення препарату "Вітрум Остеомаг" у КМТ хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ на тлі остеопорозу дещо поліпшує показники системи імунітету. Зауважимо, що позитивний вплив на головні параметри імунітету спостерігався у обох досліджуваних групах (дані є достовірними ($p < 0,05$) відносно контрольної групи та осіб до проведення лікування). Але під впливом КМТ відбулося більш помітне у цифровому значенні збільшення CD_3 , CD_4 , CD_8 , CD_{16} , зниження рівня CD_{22} , Ig класу G, A, M та ЦІК, порівняно з хворими, що приймали лише СТ.

З метою оцінки впливу зазначених лікувальних програм на рівень ендогенної інтоксикації (ЕІ), що зростає в умовах ХАІ, ми визначили рівень головних маркерів ЕІ – середньо-молекулярних пептидів (СМП) при довжині хвилі 254 нм та 280 нм (рис. 1).

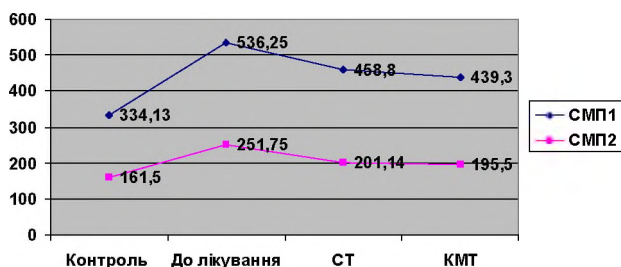


Рис. 1. Зміни головних маркерів рівня ЕІ під впливом зазначених лікувальних програм.

Відповідно до графіків, зображених на діаграмі, видно, що включення до схеми КМТ хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ на тлі остеопорозу препарату "Вітрум Остеомаг" знижує рівень ендотоксикозу суттєвіше, ніж СТ ($p < 0,05$). У цифровому значенні показники СМП₁ та СМП₂ як головні маркери ЕІ суттєво відрізняються від групи контролю ($p < 0,05$), проте чітко простежується тенденція до їх зниження після застосування зазначено КМТ, зокрема у порівнянні з групою пацієнтів, що отримували лише СТ ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ 1. Застосування лише СТ, без врахування вихідного рівня МЩКТ, у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ супроводжується зниженням показ-

ників денситометрії, що характеризує підвищені темпи втрати кісткової маси (від 2 до 3 % за трьохмісячний термін).

2. Включення остеотропного препарату кальцію з вітаміном D_3 і остеохондропротективними мінералами "Вітрум Остеомаг" до КМТ хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ на тлі остеопорозу сприяє позитивній динаміці клінічно симптоматики, дозволяє збільшити показники МЩКТ (на 2,2 % за трьохмісячний термін).

3. Застосування КМТ у хворих із неврологічними порушеннями при ХАІ нормалізує дисбаланс у системі клітинно-і гуморально ланок імунітету, достовірно ($p < 0,05$) сповільнює прогресування окисно-відновних порушень та знижує рівень ендотоксикозу ($p < 0,05$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Жулкевич І.В. Дослідження структурно-функціонального стану кісткової тканини методом двофотонно рентгенівської абсорбціометрії / І.В. Жулкевич, О.Л. Ковальчук // Шпитальна хірургія. – 1999. – №2. – С. 124-129.
2. Ковальчук Л.Я. // В кн.: Проблеми остеопорозу. – Тернопіль, 2002. – 446 с.
3. Лабезник Л.Б. Проблема остеопорозу / Л.Б. Лабезник, С.Б. Маличенко // Медицинская сестра. – 1999. – № 6. – С. 11–13.
4. Поворознюк В.В. Остеопороз. Лікування та діагностика // Медицинский вестник. – 1997. – № 3. – С. 20-26.
5. Поворознюк В.В. Ультразвукова денситометрія в оцінці структурно-функціонального стану кісткової тканини // Проблеми остеопорозу. – 1999. – №2(3). – С. 35-45.
6. Поворознюк В.В. Остеопороз позвонка / В.В. Поворознюк, А.В. Макогончук, О.В. Бондаренко // Журнал практичного лікаря. – 2000. – № 1. – С. 11-17.
7. Duppe H. Bone mineral density, muscle strength and physical activity / H. Duppe, P. Gardsell, O. Johnell, B. Nilsson et al. // Acta Orthop. Scand. – Vol. 68. – 1997. – P. 97-103.
8. Ebeling P.R. Osteoporosis in men. New insights into etiology, pathogenesis, prevention and management // Drugs Aging. – 1998. – Vol. 13. – P. 421-434.
9. Gloria L. Nutritional deficiencies in chronic alcoholics: relation to dietary intake and alcohol consumption / M. Cravo, M.E. Camilo et al. // Am. J. Gastroenterol. – 1997. – Vol. 92. – P. 485-489.
10. Kujala U. Physical activity and osteoporotic hip fracture risk in men / U. Kujala, J. Kaprio, P. Kannus et al. // Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 705-708.
11. Langlois J. Hip fracture risk in older white men is associated with change in body weight from age 50 years to old age / J. Langlois, M. Visser, M. Davidovic et al. // Arch. Intern. Med. – 1998. – Vol. 158. – P. 990-996.
12. Mussolino M. Risk factors for hip fracture in white men / M. Mussolino, A. Looker, J. Madans et al. // J. Bone Miner. Res. – 1998. – Vol. 13. – P. 918-924.

УДК 616.24-036.12-097]-057

Коломієць Г.О., Селіхова Л.Г.

ІМУНОПАТОЛОГІЯ ХРОНІЧНИХ УРАЖЕНЬ ЛЕГЕНЬ РОБІТНИКІВ МАШИНОБУДІВНО ПРОМИСЛОВОСТІ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

ДВНЗ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

ІМУНОПАТОЛОГІЯ ХРОНІЧНИХ УРАЖЕНЬ ЛЕГЕНЬ РОБІТНИКІВ МАШИНОБУДІВНО ПРОМИСЛОВОСТІ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ – Вивчено дію шкідливих факторів на стан імунної системи у хворих із хронічним ураженням легень робітників машинобудівної промисловості після лікування. Виявлено, що у хворих на ХБ та ХОЗЛ робітників машинобудівної промисловості, які зазнають профшкідливості (основна група), відбулися зміни в імунологічному статусі після лікування і характеризуються зменшенням імуноглобулінів класу М, G ($P < 0,05$) складу CD_4^+ , CD_{20}^+ і CD_{16}^+ - клітин, але більшою мірою, ніж у хворих на ХБ та ХОЗЛ робітників машинобудівної промисловості, які не зазнають шкідливості (контрольна група). Рівні CD_3^+ і CD_8^+ та фагоцитоз, Ig A достовірно збільшені ($p < 0,05$) після

лікування у хворих на ХБ та ХОЗЛ основної групи, але менші, ніж у хворих на ХБ та ХОЗЛ контрольної групи.

ИМУНОПАТОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ – Изучено влияние вредных факторов на состояние иммунной системы больных с хроническим поражением легких работников машиностроительной промышленности после лечения. Выявлено, что у больных ХБ и ХОЗЛ работников машиностроительной промышленности, работающих с профвредностью (основная группа), имеются изменения в иммунологическом статусе, которые характеризуются снижением иммуноглобулинов класса М и G ($p < 0,05$) состава CD_4^+ , CD_{20}^+ и CD_{16}^+ - клеток,