

У процесі стандартного лікування показники лейкограми поступово наближалися до відносно фізіологічної норми, але інтенсивність х зниження була неоднозначною. Так, кількість лейкоцитів у підгострій стадії перебігу інфаркту міокарда з гіперурикемією (ІМ з ГУ) зменшилася на 22,89 % ($p < 0,05$), а при відсутності ГУ – на 25,68 % ($p < 0,05$). Серед популяцій лейкоцитів, під впливом лікування, відсоток еозинофілів зменшується у крові хворих без ГУ у 1,19 раза і паличкоядерних нейтрофілів у 1,24 раза. Водночас за умов ГУ суттєвого зменшення кількості еозинофілів, паличкоядерних і сегментоядерних лейкоцитів ми не спостерігали.

Аналіз показників клітинного імунітету засвідчив, що вміст CD_{19+} лімфоцитів у крові хворих на ІМ обох типів суттєво відрізнявся від даних волонтерів. Вже на першу добу перебігу ішемічно-некротичного процесу він був вищим як у пацієнтів з ІМ із ГУ, так і у хворих на ІМ без ГУ. Водночас ми відмітили більш виражений лейкоцитоз у пацієнтів 2-ї групи на 3-ю і 7-му доби перебігу ІМ. Це дає нам підставу вважати, що у зазначених пацієнтів більш тривалий перебіг некротично-резорбтивного процесу на тлі активізації CD_{19+} лімфоцитарно ланки клітинного імунітету.

Дослідження Т-системи клітинного імунітету засвідчило пригнічення на 1-шу добу розвитку ІМ. Якщо вважати контрольний вміст CD_{3+} лімфоцитів у діапазоні ($63,90 \pm 3,30$) %, то цей показник у пацієнтів 1-ї групи менший на 13,24 % ($p < 0,05$), а у 2-ї – на 17,90 % ($p < 0,01$).

Аналіз субпопуляції CD_{3+} лімфоцитів свідчить, що пригнічення Т-клітинно ланки імунітету зумовлене, головним чином, зниженням вмісту CD_{4+} лімфоцитів. Так, відносний вміст CD_{4+} лімфоцитів у 1-ї групі пацієнтів виявився нижчим на 16,62 % ($p < 0,01$), а у 2-ї – на 17,90 % ($p < 0,01$).

При цьому відносний вміст CD_{8+} лімфоцитів виявився відповідно меншим на 5,78 % і 10,56 %.

Отже, у обстежених хворих у найгострішу стадію розвитку ІМ можна констатувати дисфункцію клітинного імунітету, що виражалось в одночасному зростанні відносно кількості CD_{19+} лімфоцитів на фоні зменшення і диспропорції субпопуляції CD_{3+} лімфоцитів.

У підгострій стадії ІМ у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп рівень Ig A, Ig M, Ig G зріс, що свідчить про позитивний вплив застосованої терапії. Проте різниця показників х із контрольними даними була негативно виражена у хворих на ІМ з ГУ. Отже, незважаючи на те, що вміст імуноглобулінів у крові хворих з ГУ теж підвищився, все-таки отримані дані у цій групі спостереження свідчать, що застосована терапія незначно корегує імунний статус.

Встановлено суттєво різний прояв динаміки зміни вмісту ЦІК в крові у хворих на різні форми ІМ. Так, найвищий рівень ЦІК виявлено на першу добу перебігу хвороби в осіб із ГУ. В підгостру стадію рівень ЦІК зменшився, але цей процес "нормалізації", головним чином, залежав від концентрації в крові СК. Наявність підвищеного вмісту ЦІК у хворих на ІМ з ГУ ми схильні розцінювати, як показник недостатньої функції детоксикаційних систем у цих хворих.

Підсумовуючи результати дослідження стану клітинного і гуморально ланок імунітету, можна констатувати, що ІМ розвивається на фоні вираженого пригнічення імунореактивності. Різні інтенсивності прояву вказує на участь в перебігу хвороби гіперурикемії, яка за своєю природою при даній патології є вторинною, але має суттєве значення в патогенезі ІМ.

Мартинюк Л.П., Ружицька О.О.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІ ПАРАЦИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ НИРОК У ДОДІАЛІЗНОМУ ТА ДІАЛІЗНОМУ ПЕРІОДАХ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Метою дослідження стало вивчення функції парацито-подібних залоз у хворих із хронічними хворобами нирок (ХХН) у додіалізному та діалізному періодах.

Обстежено 173 пацієнти із ХХН у додіалізному та діалізному періодах за стандартизованою методикою, загальноприйнятною для нефрологічного хворого. Серед обстежених – 81 (47 %) хворий із ХХН у додіалізному періоді і 92 (53 %) хворих, які знаходяться на програмному гемодіалізі. Середній вік всіх обстежених становив ($45,1 \pm 1,018$) років, додіалізних пацієнтів – ($44,49 \pm 1,72$) років, діалізних – ($45,61 \pm 1,18$) років. Середня тривалість захворювання у додіалізних пацієнтів – ($9,65 \pm 1,027$) років, середня тривалість перебування на програмному гемодіалізі – ($2,30 \pm 0,23$) років. Серед додіалізних обстежених було 42 (52 %) чоловіки і 39 (48 %) жінок, серед діалізних – 54 (59 %) чоловіки і 38 (41 %) жінок. У 42 (52 %) додіалізних хворих нозологічною формою первинного захворювання був ХГН, у 22 (27 %) осіб – ХПН, у 17 (21 %) осіб – ДН. У 52 (57 %) діалізних обстежених нозологічною формою первинного захворювання був ХГН, у 2 (27 %) осіб – ХПН, у 15 (16 %) осіб – ДН. Вивчали концентрації загального кальцію та неорганічного фосфору в сироватці крові біохімічним методом та інтактного ПТГ в сироватці крові імуноферментним методом.

В результаті проведених досліджень було виявлено, що середній рівень Са у додіалізних пацієнтів становив

($1,92 \pm 0,03$) ммоль/л, середній рівень Р – ($1,65 \pm 0,08$) ммоль/л, у діалізних обстежених середній рівень Са – ($2,13 \pm 0,03$) ммоль/л, середній рівень Р – ($1,99 \pm 0,07$) ммоль/л. Середні рівні Са і Р достовірно вищі у діалізних пацієнтів ($p < 0,01$). У пацієнтів із ХХН вторинний гіперпаратиреоз (ВГПТ) виникає уже на ранніх стадіях ХХН і спостерігається у 138 (80 %) обстежених. У пацієнтів із ХХН в додіалізному періоді ВГПТ виявлено у 55 (61 %) осіб, середній рівень іПТГ складає ($173,35 \pm 30,58$) нг/л. У пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі, ВГПТ – у 83 (90 %) осіб, середній рівень іПТГ – ($383,118 \pm 36,36$) нг/л. Частота та ступінь вираженості ВГПТ більші у пацієнтів, які перебувають на програмному гемодіалізі ($p < 0,01$). Серед чоловіків, які перебували у додіалізному періоді ХХН, середне значення іПТГ становило ($244,69 \pm 55,7$) нг/л, жінок – ($95,52 \pm 13,55$) нг/л, ($p < 0,05$). Середне значення іПТГ у чоловіків, які перебували на гемодіалізі, становило ($364,33 \pm 50,95$) нг/л, у жінок – ($409,81 \pm 50,54$) нг/л. Статистично достовірно різниці не виявлено ($p > 0,05$). У додіалізних хворих із ХГН середній рівень іПТГ становив ($133,33 \pm 15,21$) нг/л, із ХПН – ($281,10 \pm 99,28$) нг/л, із ДН – ($132,78 \pm 71,15$) нг/л. Статистично достовірно різниці рівнів іПТГ у додіалізних хворих із різними нозологічними формами первинного захворювання не виявлено ($p > 0,05$). Середні значення іПТГ у діалізних хворих, у яких ХГН був нозологічною формою первинного захворювання, становив

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-