

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-судинно 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 кардіоінтервалографі 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 кардіоінтервалографі в процесі лікування була подібна. Позитивні тенденції демонстрували інтегральні показники ве-