



боку шкіри, її додатків як свідчення значних загально-соматичних та метаболічних порушень при тривалому та рецидивуючому існуванні СПК.

Наведені позитивні зміни в комплексному лікуванні цієї недуги при додатковому застосуванні «імуно-тону» можуть бути зумовлені чинниками його складових: елеутерококу, звіробію, ехіацеї. В цьому засобі вдало підібрані рослинні чинники, дія яких відповідає стану виснаженого організму за будь-яких неспецифічних обставин, як в нашому випадку – СПК. Лікування імуно-тоном добре переноситься при схильності до гіпотонії. Лише у хворих зі схильністю до гіпертензії та астено-невротичними явищами, на тлі домінуючого АДС на 10-12 день лікування можливі посилення гіпертензії, збудливості та порушення засипання. В таких випадках ми переходили на одноразовий прийом імуно-тону, зниженню на половину його разової дози, але подовженню тривалості застосування задля забезпечення належного імуномодуючого впливу.

Вівсяник В.В., Білоока Ю.В., Іванова Н.М., Воробей Н.Ю., Бейчук Н.Г.*
ДИНАМІЧНІ ЗМІНИ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 У КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III
СТАДІЇ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
ОКУ «Обласна клінічна лікарня», м. Чернівці**

У пацієнтів з наявністю хронічної хвороби нирок (ХХН) ураження зазнають практично всі органи і системи. Найчастіше у таких хворих страждають органи травлення, що частково пов'язано з високою розповсюдженістю в популяції захворювань травного каналу.

Метою нашого дослідження було вивчити концентрацію ІЛ-10 в сироватці крові у хворих на ХХН II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК).

Обстежено 66 хворих (52 жінки та 24 чоловіки) у віці $67,5 \pm 1,4$ років (дані представлені як середні \pm стандартна помилка), яких було поділено на дві групи: I група з ХХН II-III стадії (n=52) з наявністю ЕВУШДПК. II групу склали 34 хворих з ХХН II-III стадії без ЕВУШДПК. Діагноз ХХН виставляли згідно з класифікацією ХХН за швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ). У всіх пацієнтів було розраховано ІМТ (індекс маси тіла). Концентрацію ІЛ-10 в сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA). Статистичну обробку проводили за допомогою t-критерія Стьюдента.

Нами виявлено зниження рівня ІЛ-10 в I групі – $(83,9 \pm 4,1)$ пг/мл у порівнянні з показниками II групи обстежених без ЕВУШДПК ($101,9 \pm 4,6$) пг/мл при нормі $200,0 \pm 4,89$ пг/мл ($p < 0,05$). При вивченні кореляційних взаємозв'язків в загальній групі обстежених хворих знайдено наявність оберненого кореляційного взаємозв'язку рівня ІЛ-10 з ІМТ ($r = -0,76$) ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих з поєднаною патологією спостерігається зниження рівня ІЛ-10 в сироватці крові, який ще більше знижується при підвищенні ІМТ, що в подальшому може сприяти погіршенню перебігу ХХН II-III стадії у поєднанні з ЕВУШДПК та потребує дієтичної та медикаментозної корекції.

Вівсяник В.В., Проскурняк І.М., Галиш І.В., Бойко Л.Д.*, Сажин Н.І.*
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II
ТИПУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
ОКУ «Обласна клінічна лікарня», м. Чернівці**

Порушення ліпідного обміну у хворих на цукровий діабет другого типу значно ускладнює перебіг ішемічної хвороби серця. Лікування таких хворих завжди є серйозним завданням.

Метою дослідження була оцінка ефективності аторвастатинів в лікуванні порушень ліпідного обміну в хворих на 2 тип цукрового діабету (ЦД) з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Обстежено 63 пацієнти на 2 тип ЦД з стабільною стенокардією напруги II-III функціонального класу (ФК) з гіперхолестеринемією (ГХ). Вік хворих, які отримували аторвастатини становив $59,2 \pm 3,4$ років, тривалість захворювання $6,1 \pm 2,1$ років. З метою контролю отримані дані про стан досліджуваних показників у 19 практично здорових людей. Вік хворих на ЦД 2 типу і контрольної групи практично не відрізнявся ($P > 0,05$).

Встановлено, що у хворих на 2 тип ЦД з стабільною стенокардією напруги II-III ФК спостерігалось значне підвищення показників концентрації толерантності глюкози ($4,89 \pm 0,17$ і $2,97 \pm 0,64$ ммоль/л, $P > 0,001$), концентрації холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) ($2,78 \pm 0,34$ і $2,97 \pm 0,57$ ммоль/л, $P > 0,001$), Коефіцієнт атерогенності ($6,87 \pm 0,74$ і $3,78 \pm 0,78$, $P > 0,001$); зменшення вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПНЩ) ($0,73 \pm 0,04$ і $0,98 \pm 0,09$ ммоль/л, $P > 0,001$).

Отже, встановлено, що при ЦД існує чіткий корелятивний взаємозв'язок між показниками концентрації ЛПНЩ та загального холестерину та розвитком ІХС.