

of the examination, the patients did not receive the treatment of non-alcoholic fatty liver disease by standard schemes. 14 patients underwent ultrasound elastometry of the liver. It was established that non-alcoholic fatty liver disease had symptom-free course with periodic complaints of discomfort in the right hypochondrium, general weakness, and dizziness. Ultrasound scan showed 43.5% of patients with stage I, 43.5% of patients with the second stage, and 13% of the patients with the third stage of fatty hepatosis. Results of ultrasound elastometry (Steato Test) showed absence of steatosis in 21.4% of patients, moderate steatosis was diagnosed in 42.9% of patients and expressed steatosis was in 35.7% of cases. Minimal activity of the necrosis-causative process in the liver, absence or minimal manifestations of steatohepatitis, or absence of fibrosis was detected in 74,2% of patients, portal fibrosis without septum formation was revealed in 12,9%, multiple portocentral septa was in 12,9% of cases. The complex use of non-invasive methods, clinical and biochemical techniques, with the evaluation of the content of acute state blood proteins and ultrasound scan is a positive and important diagnostic algorithm in diagnosis non-alcoholic fatty liver disease.

УДК 616.36–002:616.12–008.331.1+616.839-039.31]:611–018.74

Павловський С.А., Свінцицький А.С., Вірстюк Н.Г.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОФОРМНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Метою роботи було вивчення клінічних особливостей соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) і її вплив на перебіг основного захворювання. Було обстежено 234 хворих на хронічний некаменевий холецистит, 87 (37,2%) чоловіків і 147 (62,8%) жінок віком $(47,6 \pm 6,8)$ років. Для характеристики стану вегетативної нервової системи застосували спеціальні таблиці А.М. Вейна, розраховували індекс Кердо, оцінювали порушення сну. Проводили добове моніторування артеріального тиску із використанням системи «Кардіосенс». За наявності соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некаменевий холецистит стан вегетативної нервової системи характеризувався дисбалансом вегетативної нервової системи з підвищенням тону симпатичного відділу, що було більш вираженим на тлі порушення циркадного ритму артеріального тиску. Виявлено взаємозв'язок між активацією симпатичної нервової системи за індексом Кердо та стінкою жовчного міхура в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит ($r = -0,41$, $p < 0,05$) та між індексом Кердо та індексом співвідношення нейтрофіли/моноцити в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит ($r = -0,37$, $p < 0,05$). За результатами дослідження було встановлено, що соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некаменевий холецистит характеризується активацією симпатичної нервової системи за індексами Вейна і Кердо та порушенням якості сну. Наявність соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некаменевий холецистит супроводжується більш вираженими змінами з боку жовчного міхура та вищим ступенем запального процесу.

Ключові слова: хронічний некаменевий холецистит, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи.

Дана робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Розробка та впровадження науково обґрунтованих алгоритмів ранньої діагностики і диференційного лікування коморбідної патології органів травлення, серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату з урахуванням впливу екзогенних чинників, психологічного стану та статево-вікового аспекту», № державної реєстрації 0115U000911.

Вступ

У світі стрімко збільшується вплив цивілізації на здоров'я суспільства, тому великої ваги набули ті хвороби, перебіг яких залежить від цього фактору. Одним із найбільш значимих захворювань цієї групи є соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (СДВНС). У тій чи іншій мірі 60-70% населення у світі відмічають різні клінічні прояви соматоформної дисфункції [9,10].

СДВНС – це порушення вищої нервової діяльності, пов'язане з відповідальністю за збереження і підтримку сталості внутрішнього середовища організму (температури тіла, артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень, частоти дихання, потовиділення, швидкості обміну речовин тощо) і мобілізацію організму для адаптації до зміни умов навколишнього середовища [6,7,8,9].

Це дає підставу вважати, що будь-яка дисфункція вегетативної нервової системи чинить

безпосередній вплив на перебіг усіх процесів, що відбуваються в організмі людини, у тому числі й запальних.

Хронічний холецистит є найбільш розповсюдженим захворюванням серед патологічних станів гепатобіліарної зони. Зокрема, у віці від 21 до 40 років на неї страждає 3–4 % населення, від 41 до 50 років – 5%, старше 60 років – до 20%, старше 70 років – до 30%. Серед пацієнтів, які хворіють на жовчнокам'яну хворобу, переважають жінки.

Хворі на хронічний холецистит, за даними різних авторів, становлять 17–19%, а в індустріально розвинутих країнах – до 20%. Уражаючи людей працездатного віку, хронічний холецистит має схильність до рецидивів. Необхідність постійного диспансерного спостереження, частого обстеження, тривалих повторних курсів лікування обумовлює не тільки його медичне, а й соціальне значення. Крім того, спостерігається тенденція до зростання кількості ускладнень хронічного холециститу, а саме жовчнокам'яної хвороби [4,5].

Проте клінічні особливості СДВНС у хворих на ХНХ вивчені недостатньо.

Мета роботи

Вивчення клінічних особливостей СДВНС у хворих на ХНХ і її вплив на перебіг основного захворювання.

Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 234 хворих на ХНХ. Серед обстежених було 87 (37,2%) чоловіків і 147 (62,8%) жінок працездатного віку – від 35 до 59 років, середній вік (47,6±6,8) років. Діагноз ХНХ був встановлений на основі анамнезу, клінічних даних, результатів лабораторного та інструментального обстеження, згідно протоколу МОЗ України №271 від 13.06.2005 року. Тривалість ХНХ у середньому складала (7,26±3,8) років – від 1 до 20 років.

СДВНС (F45.3 за МКХ-10) у вигляді соматоформної вегетативної дисфункції серця та серцево-судинної системи (F45.30) в обстежених хворих діагностували на основі Наказу МОЗ України №487 від 17. 08. 2007 року «Надання медичної допомоги хворим на вегетосудинну дистонію» та Закону України «Про психіатричну допомогу» № 1489-III від 22.02.2000 року. Діагноз СДВНС виставляли і виключали інші невротичні, психічні та неврологічні розлади і захворювання на основі консультацій суміжних фахівців – психіатра і невропатолога. У дослідження включали хворих із перманентним типом СДВНС. В обстежених хворих на ХНХ за виявлення соматоформної дисфункції серця та серцево-судинної системи (F45.30) виключали наявність захворювань серця на основі результатів

ЕКГ, велоергометрії, ЕхоКГ.

Усі хворі на ХНХ були поділені на 4 групи, залежно від наявності в них порушень циркадності ВСР і СДВНС: I група включала 56 осіб, хворих на ХНХ без СДВНС та порушення циркадності АТ за результатами ДМАТ; II група включала 44 особи, хворих на ХНХ, що супроводжувалося порушенням циркадності АТ за результатами ДМАТ; III група включала 82 особи, хворих на ХНХ, поєднаний із СДВНС; IV група включала 52 особи, хворих на ХНХ, асоційований із СДВНС на тлі порушення циркадності АТ за результатами ДМАТ. Контрольну групу склали 34 практично здорові особи (ПЗО) відповідного віку і статі.

Усім хворим проводили загальноклінічні та інструментальні методи дослідження, (УЗД органів черевної порожнини, фіброгастродуоденоскопію, електрокардіографію і за потреби – ехокардіоскопію, електроенцефалографію). У обстежених хворих виключали ожиріння на основі антропометричного обстеження хворих з оцінкою співвідношення – обвід талії / обвід стегон та обчислення індексу Кетле (ІМТ). Розраховували відношення кількості нейтрофілів до кількості моноцитів (ІНМ).

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини проводили на апараті «RadmirUltimaРА». Для встановлення діагнозу ХНХ використовували УЗД критерії, такі як потовщення стінок жовчного міхура більше 0,4 см, деформацію жовчного міхура, наявність «сладжу», присутність перетинок та спайок. Об'єм міхура визначали за формулою Everson G. T.:

$V=(0,85 \cdot S) / L$, де S – площа поперечного зрізу ЖМ; L – довжина ЖМ; 0,85 – розрахунковий коефіцієнт.

Жовч отримували за допомогою дуоденального зондування, яке проводили натще одноразовим дуоденальним зондом №15. Проводили макро-, мікроскопічне дослідження осаду та біохімічне дослідження міхурової порції жовчі (порції «В») за загальноприйнятими методиками.

Для характеристики стану вегетативної нервової системи і діагностики СДВНС застосували спеціальні таблиці А.М. Вейна (2000) [2]. У процесі анкетування пацієнту пропонували заповнити таблицю, в якій питання до нього спрямовані на виявлення соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи (шифр F45.3 за МКХ-10). За умови сумарної кількості балів більше 15, за консультації психіатра, діагностували наявність СДВНС.

Вегетативний тонус оцінювали шляхом визначення індексу Кердо:

вегетативний індекс Кердо (ВІ): $ВІ = (1 - ДАТ/ЧСС) \times 100$,

де ДАТ – діастолічний АТ, ЧСС – частота серцевих скорочень.

При «вегетативній рівновазі» – ейтонії - ВІ

дорівнює 0. Позитивний знак індексу свідчить про переважання симпатичних впливів, негативний знак індексу – ознака підвищення тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Оцінювали наявність порушення сну за таблицями А.М. Вейна. При оцінюванні результатів приймали за норму >22 балів, легкі порушення – 18–22 бали, значні порушення сну – <18 балів, згідно А.М. Вейну [3].

В обстежених пацієнтів проводили добуве моніторування артеріального тиску (ДМАТ) із використанням системи «Кардіосенс» (Харківський

авіаційний інститут, Україна) з оцінкою добових профілів систолічного артеріального тиску (САТ).

Порушення циркадного ритму АТ спостерігали у хворих II і IV групи (табл. 1), що було критерієм розподілу хворих.

Статистичне опрацювання отриманих результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням пакета статистичних програм "Statistica 10 Enterprise x64" ("Stat Soft", США), програм Microsoft Excel із пакета програм Microsoft Office–2010, Stata 12 та OpenEpi.

*Таблиця 1
Варіабельність циркадного ритму артеріального тиску (мм рт. ст.) в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит, n (%)*

Показники	I група, n=56		II група, n=44		III група, n=82		IV група, n=52	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
"dipper"	56	100,0	-	-	82	100,0	-	-
"non-dipper"	-	-	35	79,5	-	-	35	67,3
"hyper-dipper"	-	-	8	18,2	-	-	15	28,9
"night-peaker"	-	-	1	2,3	-	-	2	3,8
P (χ^2)	p1-2=0,0001* p1-3=1,0 p1-4=0,0001*		p2-3=0,0001* p2-4=0,405		p3-4=0,0001*			

Примітки: p – достовірність відмінності між відповідними групами;

* – різниця статистично значима між відповідними групами ($p < 0,05$; оцінка за критерієм Хі-квадрат, χ^2).

Результати дослідження та їх обговорення

На основі клінічного обстеження хворих на ХНХ було встановлено порушення в них балансу вегетативної нервової системи. За суб'єктивними ознаками, переважання тону симпатичного відділу ВНС відзначалося у хворих II, III і, особливо, IV груп, порівняно з хворими I групи (табл. 2). Зокрема, це проявлялося збільшенням частоти підвищеної збудливості у хворих II, III і, особливо, IV груп, порівняно з хворими I групи на 14,12%, 27,48%, 46,29% відповідно; поверхневим чи нетривалим сном – на

39,11%, 14,06%, 57,83% відповідно; занепокоєнням – на 25,98%, 19,6%, 48,35% відповідно; зниженням апетиту і підвищеною спрагою – на 18,66%, 14,06%, 57,83% відповідно; боєм або неприємними відчуттями в ділянці грудної клітки, відчуттям дискомфорту перикардальної зони – на 16,39%, 20,16%, 34,75% відповідно; серцебиття турбувало пацієнтів II, III і, особливо, IV груп, ніж пацієнтів I групи також значно більше – на 34,57%, 33,58%, 52,06% відповідно; а стискаючий або пекучий головний біль, переважно, ввечері – на 10,07%, 18,38%, 50,28% відповідно.

*Таблиця 2
Суб'єктивні ознаки переважання тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит, n (%)*

Показники	I група, n=56		II група, n=44		III група, n=82		IV група, n=52	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Занепокоєння	2	3,57	13	29,55*	19	23,17*	27	51,92*
Сльозливість, підвищена збудливість, полегшена стомлюваність	1	1,79	7	15,91*	24	29,27*	25	48,08*
Поверхневий/короткий сон	1	1,79	18	40,9*	13	15,85*	31	59,62*
Зниження апетиту і підвищена спрага	1	1,79	9	20,45*	22	26,83*	26	50,0*
Періодично озноб	1	1,79	6	13,64	20	24,39	24	46,15
Біль/неприємні відчуття в ділянці грудної клітки/відчуття дискомфорту перикардальної зони	1	1,79	8	18,18*	18	21,95*	19	36,54*
Серцебиття	1	1,79	16	36,36*	29	35,37*	28	53,85*
Стискаючий/пекучий головний біль, переважно ввечері	2	3,57	6	13,64*	18	21,95*	28	53,85*
Усього	3	5,36	38	86,36*	51	62,2*	46	88,46*

Примітки: Абс. – абсолютна кількість хворих, % – відсоток від загальної кількості хворих, n – число хворих, * – достовірність відмінності від хворих I групи, ($p < 0,05$).

Таблиця 3
Суб'єктивні ознаки переважання тонусу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит, n (%)

Показники	I група, n=56		II група, n=44		III група, n=82		IV група, n=52	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пригніченість	2	3,57	1	2,27	7	8,54	2	3,85
Байдужість і зниження чутливості до подразників	3	5,36	1	2,27	6	7,32	3	5,77
Підвищена сонливість	1	1,79	2	4,55	5	6,1	3	5,77
Підвищений апетит і безперервне збільшення ваги	2	3,57	1	2,27	9	10,98	2	3,85
Періодично відчуття жару, пітливість	4	7,14	1	2,27	8	9,76	2	3,85
Загрудинний біль	3	5,36	2	4,55	6	7,32	1	1,92
Почуття «завмирання» або «зупинки» серця	4	7,14	2	4,55	6	7,32	2	3,85
Пульсуючий головний біль	3	5,36	1	2,27	7	8,54	2	3,85
Всього	7	12,50	2	4,55	13	15,85	3	5,8

Примітки: Абс. – абсолютна кількість хворих, % – відсоток від загальної кількості хворих, n – число хворих; різниця у порівнянні з I групою статистично не значима (p>0,05).

Таблиця 4
Об'єктивні ознаки переважання тонусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит, n (%)

Показники	I група, n=56		II група, n=44		III група, n=82		IV група, n=52	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Блідість і сухість шкіри, сухість у роті	1	1,79	23	52,27*	29	35,37*	26	50,0*
Шкіра на дотик холодна	1	1,79	25	56,82*	25	30,49*	24	46,15*
Очні щілини і зіниці розширені	2	3,57	15	34,09*	14	17,07*	37	71,15*
Очі блищать	2	3,57	14	31,82*	15	18,29*	25	48,08*
Найчастіше тахікардія і підвищення АТ	1	1,79	35	79,55*	33	40,24*	30	57,69*
Почастішання дихання	1	1,79	24	54,55*	31	37,80*	29	55,77*
Білий дермографізм	2	3,57	35	79,55*	24	29,27*	41	78,85*
Зниження харчування (схуднення)	2	3,57	26	59,09*	16	31,7*	26	50,0*
Емоційна збудливість, підвищена рухова активність	2	3,57	27	61,36*	12	26,83*	33	63,46*
Тривога	1	1,79	26	59,09*	17	23,17*	28	53,85*
Всього	2	3,57	37	84,09*	53	64,63*	47	90,38*

Примітки: Абс. – абсолютна кількість хворих, % – відсоток від загальної кількості хворих, n – число хворих, * – достовірність відмінності від хворих I групи (p<0,05).

Таблиця 5
Об'єктивні ознаки переважання тонусу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит

Показники	I група, n=56		II група, n=44		III група, n=82		IV група, n=52	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Почервоніння і сальність шкіри, гіпергідроз	3	5,36	1	2,27	15	18,29*	2	3,85
Шкіра на дотик гаряча	6	10,71	2	4,55	12	14,63	3	5,77
Очні щілини і зіниці звужені/звичайні	5	8,93	2	4,55	8	9,76	2	3,85
Очі тьмяні	2	3,57	1	2,27	6	7,32	1	1,92
Частіше брадикардія і зниження АТ	3	5,36	1	2,27	9	10,1	2	3,85
Уповільнене, глибоке утруднене дихання	4	7,14	2	4,55	10	12,2	2	3,85
Яскраво-рожевий або червоний плямистий припіднятий дермографізм	4	7,14	1	2,27	10	12,2	1	1,92
Підвищене харчування (ожиріння)	7	12,5	2	4,55	8	9,76	2	3,85
Млявість, малорухливість	7	12,5	3	6,82	13	15,85	4	7,69
Депресія	5	8,93	2	4,55	11	13,41	2	3,85
Всього	9	16,07	3	6,82	16	19,51	4	7,69

Примітки: Абс. – абсолютна кількість хворих, % – відсоток від загальної кількості хворих, n – число хворих, * – достовірність відмінності від хворих I групи (p<0,05).

Таблиця 6
Показники індексів Вейна і Кердо в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит (M±t)

Показники	I група, n=56	II група, n=44	III група, n=82	IV група, n=52
Індекс Вейна	8,66±1,29	31,55±1,76	29,63±1,4	36,92±2,04
	p1-2<0,001*	p2-3=0,395	p3-4=0,004	
	p1-3<0,001*	p2-4=0,049		
	p1-4<0,001*			
Кердо (ВІ)	1,03±0,07	5,98±0,16	2,51±0,15	8,98±0,53
	p1-2<0,001*	p2-3<0,001*	p3-4<0,001*	
	p1-3<0,001*	p2-4<0,001*		
	p1-4<0,001*			

Примітки: p – достовірність відмінності між відповідними групами; * – різниця статистично значима (p<0,05) при порівнянні відповідних груп.

Достовірного переважання парасимпатичного відділу ВНС у обстежених хворих не виявлено (табл. 3), дещо частіше такі суб'єктивні ознаки було виявлено у хворих I групи – 15,85% випадків і хворих IV групи – 12,50%.

За об'єктивними ознаками, переважання тону симпатичного відділу ВНС також відзначалося у хворих II, III і, особливо, IV груп, порівняно з хворими I групи (табл. 4). Зокрема, це проявлялося збільшенням частоти тахікардії і підвищенням АТ у хворих II, III і, особливо, IV груп, порівняно з хворими I групи на 77,76%, 38,45%, 55,9% відповідно; білого дермографізму – на 75,98%, 25,7%, 75,28%, емоційної збудливості – на 57,79%, 23,26%, 59,89% відповідно.

Достовірного переважання парасимпатичного відділу ВНС в обстежених хворих за об'єктивними проявами не виявлено (табл. 5), дещо частіше такі об'єктивні ознаки було виявлено у хворих III групи – 19,51% випадків і хворих I групи – 16,07% випадків із більш частим виявленням у них яскраво-рожевого або червоного плямистого припіднятого дермографізму – у 12,2% і 7,14 відповідно.

За результатами самостійного заповнення пацієнтами опитувальника А.М. Вейна (2000), у хворих на ХНХ I групи індекс Вейна (наявність ознак вегетативної дисфункції) складав (8,66±1,29) бала, що не перевищувало 15 балів і характеризувало відсутність у них розладів вегетативної нервової системи. У хворих II, III і IV груп індекс Вейна був значно вищим від граничних 15 балів і достовірно перевищував такий показник у хворих I групи у 3,64; 3,42 і 4,23 раза ві-

повідно ($p < 0,05$).

Нами встановлено, що у хворих на ХНХ I групи індекс Кердо (вегетативний індекс – ВІ) складав (1,03±0,07), що характеризувало стан вегетативної системи в цих пацієнтів, як близький до «вегетативної рівноваги» – стану ейтонії (табл. 6).

У хворих II групи індекс Кердо перевищував такий у хворих I групи в 5,81 разу, у хворих III групи – у 2,44 разу; найвищим був індекс Кердо у хворих IV груп, який складав (1,03±0,07), і перевищував такий у пацієнтів I групи в 8,72 разу. Отже, в пацієнтів II, III і IV груп стан вегетативної системи характеризувався дисбалансом вегетативної нервової системи з підвищенням тону симпатичного відділу, що було більш вираженим в осіб IV групи.

Також виявлено взаємозв'язок між активацією симпатичної нервової системи за індексом Кердо та стінкою жовчного міхура в обстежених хворих на ХНХ ($r = -0,41$, $p < 0,05$). Ураховуючи, що дисбаланс вегетативної нервової системи із підвищенням тону симпатичного відділу характеризується гіпотонією жовчного міхура і гіпокінезією жовчовивідних шляхів, отримані нами результати можуть указувати на те, що супутня СДВНС із переважанням симпатичного відділу вегетативної нервової системи можуть бути причиною несприятливого перебігу ХНХ. Це підтверджується виявленою кореляцією між індексом Кердо та індексом співвідношення нейтрофіли/моноцити в обстежених хворих на ХНХ ($r = 0,37$, $p < 0,05$), що вказує на вищий ступінь запального процесу за наявності СДВНС.

Таблиця 7
Характеристика якості сну за таблицями А.М. Вейна (1998) в обстежених хворих на хронічний некаменевий холецистит, n (%)

	Здорові, n=34		Група I, n=56		Група II, n=44		Група III, n=82		Група IV, n=52	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Норма	33	97,06	53	94,64	3	6,82	60	73,17	2	3,85
Легкі порушення	1	2,94	3	5,36	27	61,36	15	18,29	27	51,92
Значні порушення	0	0	0	0	14	31,82	7	8,54	23	44,23
(χ^2)			$R_{здор} = 0,409$		$R_{здор} < 0,0001^*$		$R_{здор} < 0,001^*$		$R_{здор} < 0,001^*$	
			$p_{1-2} < 0,001^*$		$p_{2-3} < 0,001^*$		$p_{3-4} < 0,001^*$			
			$p_{1-3} = 0,013^*$		$p_{2-4} < 0,001^*$					
			$p_{1-4} < 0,001^*$							

Примітки: $P(\chi^2)$ – оцінка суттєвості різниці між групами за розподілом оцінок якості сну (аналіз за критерієм Хі-квадрат);
Норма – >22 балів, легкі порушення – 18-22 бали, значні порушення – <18 балів.

За результатами підрахунку балів заповнених пацієнтами анкет А.М. Вейна (1998), для виявлення порушень сну нами встановлено, що найбільш часто порушення якості сну відзначалися в пацієнтів IV групи – 96,15%, при чому з них легкі – у 51,92%, значні – у 44,23% випадків, потім у пацієнтів II групи – 93,18%, серед яких у 61,36% випадків були виявлені легкі порушення, у 31,82 – значні, дещо рідше – у пацієнтів III групи – лише 26,83, з яких легкі – у 18,29%, значні – у 8,54% випадків, чого не виявлено у пацієнтів II групи і здорових (табл. 7).

Таким чином, результати клінічного обстеження хворих на ХНХ дозволили виявити відсут-

ність достовірного переважання парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у всіх обстежених хворих. У хворих II, III, і особливо IV групи за наявності супутнього порушення циркадного ритму АТ і наявності СДВНС стан вегетативної системи характеризувався дисбалансом вегетативної нервової системи з підвищенням тону симпатичного відділу, що було більш вираженим в осіб IV групи. Виявлено взаємозв'язок між активацією симпатичної нервової системи за індексом Кердо та стінкою жовчного міхура в обстежених хворих на ХНХ ($r = -0,41$, $p < 0,05$) та між індексом Кердо та індексом співвідношення нейтрофіли/моноцити в обстежених

хворих на ХНХ ($r=-0,37$, $p<0,05$), що вказує на більш виражені зміни з боку жовчного міхура та вищий ступінь запального процесу за наявності СДВНС.

Висновки

1. СДВНС у хворих на ХНХ характеризується активацією симпатичної нервової системи за індексами Вейна і Кердо та порушенням якості сну.

2. Наявність СДВНС у хворих на ХНХ супроводжується більш вираженими змінами з боку жовчного міхура та вищим ступенем запального процесу.

Перспективами подальших досліджень стануть пошуки нових схем лікування ХНХ на тлі СДВНС.

Література

1. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А. М. Вейн. – М. : Мед. информ. агенство, 2003. – 752 с.
2. Вейн А. М. Принципы современной фармакотерапии инсомний / А. М. Вейн, Я. И. Левин // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 5. – С. 39–43.
3. Веселова Е. Н. Место просульпина (сульпирида) в лечении психосоматической патологии / Е. Н. Веселова // Южно-Рос. мед. журнал. – 2000. – № 5/6. – С. 86–88.

4. Степанов Ю. М. Стан лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам з жовчнокам'яною хворобою та її ускладненнями на вторинному рівні / Ю. М. Степанов, Е. В. Зигало, І. Ю. Скирда // Акт. питання мед. науки та практики : зб. наук. праць. – Запоріжжя : ЗМАПО МОЗ України, 2014. – Вип. 81, т. 1, кн. 1. – С. 102–112.
5. Фадеев Г. Д. Коморбидность функциональных заболеваний органов пищеварения и нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста / Г. Д. Фадеев, А. А. Несен, О. В. Чирва // Буков. мед. вісник. – 2013. – № 3, ч. 2. – С. 187–191.
6. Chernyak N. Economic evaluation of brief psychodynamic interpersonal therapy in patients with multisomatoform disorder / N. Chernyak, H. Sattel, M. Scheer // Source: NHS Economic Evaluation Database - NHS EED. – 2014. – Vol. 9(1). – P. 389-394.
7. Pettinati H.M. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target / H.M. Pettinati, C. P. O'Brien, W. D. Dundon // The American J. of Psychiatry. – 2013. – Vol. 170 (1). – P. 23-30.
8. Schaefer R. Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints / R. Schaefer, R. C. Hausteiner-Wiehle, W. Häuser [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. – 2012. – Vol. 109 (47). – P. 803-813.
9. Torrens M. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe [Електронний ресурс] / M. Torrens, J. Mestre-Pintó, A. Domingo-Salvany // Luxembourg: Publications Office of the European Union. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf>.
10. Whiteford H.A. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / H. A. Whiteford, L. Degenhardt, J. Rehm [et al.] // The Lancet. – 2013. – Vol. 382 (9904). – P. 1575-1586.

Реферат

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Павловский С.А., Свинцицкий А.С., Вирстюк Н.Г.

Ключевые слова: хронический бескаменный холецистит, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Целью работы было изучение клинических особенностей соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы у больных хроническим бескаменным холециститом и ее влияния на течение основного заболевания. Было обследовано 234 больных хроническим бескаменным холециститом, 87 (37,2%) мужчин и 147 (62,8%) женщин в возрасте ($47,6 \pm 6,8$) лет. Для характеристики состояния вегетативной нервной системы применили специальные таблицы А.М. Вэйна, рассчитывали индекс Кердо, оценивали нарушения сна. Проводили суточное мониторирование артериального давления с использованием системы «Кардиосенс». При наличии соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы у больных хроническим бескаменным холециститом состояние вегетативной системы характеризовалось дисбалансом вегетативной нервной системы с повышением тонуса симпатического отдела, что было более выраженным на фоне нарушения циркадного ритма артериального давления. Выявлена взаимосвязь между активацией симпатической нервной системы по индексу Кердо и стенкой желчного пузыря у обследованных больных хроническим бескаменным холециститом ($r = -0,41$, $p < 0,05$); между индексом Кердо и индексом соотношение нейтрофилы / моноциты у обследованных больных хроническим бескаменным холециститом ($r = -0,37$, $p < 0,05$). В результате исследований установлено, что соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у больных хроническим бескаменным холециститом характеризуется активацией симпатической нервной системы по индексам Вэйна и Кердо и нарушением качества сна. Наличие соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы у больных хроническим бескаменным холециститом сопровождается более выраженными изменениями со стороны желчного пузыря и высшей степенью воспалительного процесса.

Summary

CLINICAL FEATURES OF SOMATOFORM DYSFUNCTION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Pavlovskiy S.A., Svintytskyi A.S., Virstyuk N.G.

Key words: chronic non-calculous cholecystitis, somatoform dysfunction of autonomic nervous system.

The aim of this research was to study the clinical features of somatoform dysfunction of the autonomic nervous system (SDANS) in patients with chronic non-calculous cholecystitis (CNC) and its influence on the course of the underlying disease. The study involved 234 patients with CNC, 87 (37.2%) men and 147 (62.8%) women aged ($47, 6 \pm 6, 8$) years. To characterize the state of autonomic nervous system and diagnostics SDANS, we used A. Wayne tables, calculated Kerdo index, and evaluated sleep disorders. We obtained findings of blood pressure monitoring (ABPM) using the system "Cardiosens." The presence of SDANS in patients with CNC condition of autonomic nervous system was characterized by an imbalance of

the autonomic nervous system with increased tone of the sympathetic division, which was more pronounced in impaired circadian rhythm of blood pressure. There was interrelation between the activation of the sympathetic nervous system index Kerdo and gallbladder wall in patients examined at CNC ($r = -0,41$, $p < 0,05$) and between the index and the index value Kerdo neutrophils / monocytes in the patients examined at CNC ($r = -0,37$, $p < 0,05$). SDANS CNC in the patients was characterized by activation of the sympathetic nervous system and by the indices of Wayne and Kerdo as well as by sleep deterioration. The presence of SDANS in patients with CNC is accompanied by more pronounced changes in the gallbladder and higher intensity of inflammation.

УДК 616.71-007.234+616.441-002]-036-092

Пасішвілі Л.М.

ГОРМОНАЛЬНІ ВЗАЄМОВІДНОСИНИ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЛАНКИ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ ТА ОСТЕОАРТРОЗУ

Харківський національний медичний університет

Доволі часте сполучання остеоартрозу та аутоімунного тиреоїдиту було підставою для визначення впливу кожного захворювання на сукупний перебіг. Вивчали вміст олігомерного матричного протеїну хряща, який розглядають в якості маркера стану хрящової тканини, та прозапальні цитокіни - ФНО- α й ІЛ-2. Обстежено 54 пацієнти з аутоімунним тиреоїдитом, який у 35 випадках поєднувався з остеоартрозом (основна група). Функціональний стан щитоподібної залози у 79,6% пацієнтів основної групи та 77,9% групи порівняння відповідав гіпофункції; в інших випадках зберігався еутиреоїдний. Рентгенологічне дослідження суглобів визначило І-у стадію захворювання у 22,9% хворих, 2-у - у 57,1% та 3-ю - у 20,0%. В роботі встановлено збільшення в 2,6 рази рівня ФНО- α при поєднанні аутоімунного тиреоїдиту та остеоартрозу по відношенню до норми, проти 1,3 рази при ізольованому аутоімунному тиреоїдиті. Показник ІЛ-2 також перевищував контрольні результати (у 1,5 рази), однак не відрізнявся між групами. Вміст олігомерного матричного протеїну хряща у пацієнтів з поєднанням аутоімунного тиреоїдиту та остеоартрозу збільшувався в 2,3 рази і залежав від тяжкості морфологічних змін в суглобі. Однак, не встановлено його кореляції з вираженістю запальних змін в суглобах та функціональною активністю щитоподібної залози. Тобто, показники ФНО- α та ІЛ-2 можна використовувати при визначенні активності запальної реакції та вираженості аутоімунних процесів, а вміст олігомерного матричного протеїну хряща – для оцінки стану хряща суглобів та ефективності терапії остеоартрозу.

Ключові слова: аутоімунний тиреоїдит, остеоартроз, прозапальні цитокіни, олігомерний матричний протеїн хряща.

Дослідження виконано в контексті науково-дослідної роботи кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ «Клініко-патогенетичні, біохімічні і імунні характеристики захворювань внутрішніх органів у хворих з дегенеративними та дисметаболічними артропатіями і шляхи їх медикаментозної корекції», № держ. реєстрації 0116U004987.

Вступ

В останні роки все більше уваги приділяється аутоімунним захворюванням, які є наслідком певної послідовності гіперактивності імунного захисту організму по відношенню до власних клітин. Тобто, аутоімунні захворювання виникають внаслідок розладу імунологічної регуляції, а саме, порушення феномену «імунної толерантності», формування якого відбувається на етапі ембріонального та раннього постнатального періоду [5]. Дані зміни пояснюють однією з теорій виникнення таких хвороб, а саме, зниженням функції Т-супресорів. В нормі Т-супресори пригнічують здатність В-лімфоцитів продукувати антитіла проти власних тканин, що підтримує стан толерантності. При зниженні кількості та функції Т-супресорів потенційно автореактивні В-клітини починають реагувати на власні тканинні антигени, а автоантитіла, що з'являються, сприяють розвитку аутоімунної хвороби. Одночасно відбувається підвищення функції Т-хелперів, що провокує ініціацію відповіді з боку автореактивних В-лімфоцитів на власні антигени, чому також сприяє порушення синтезу цитокінів. Такі зміни

відбуваються на тлі генетично детермінованої схильності до розвитку імунних порушень, контроль якої здійснюють як найменш 6 генів [5].

Серед захворювань з аутоімунним механізмом розглядають аутоімунний тиреоїдит (АІТ) - захворювання щитоподібної залози (ЩЗ), що обумовлено генетичним дефектом в імунній системі та морфологічними ознаками якого є лімфоїдна інфільтрація її тканини. Розповсюдженість АІТ складає від 8 до 11% і має вікову та гендерну залежність. Доволі часто означене захворювання поєднується з артропатіями, частота реєстрації яких залежить від функціонального стану ЩЗ: при її гіперфункції артропатії виникають у 6-7% пацієнтів, а при гіпофункції у 20-25% випадків [1,6].

Визначено, що, незважаючи на таку розповсюдженість, поєднання АІТ і артропатій не є випадковим. Доведено, що хондроцити мають рецептори до тиреоїдних гормонів, які, в свою чергу, контролюють метаболізм хряща як в нормі, так і при патології (Bay-Jensen A.C. et al., 2012). Зміни хрящової тканини відбуваються на клітинному рівні, відбиваючи дисбаланс ком-