

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Антонів А.А., Дрозд В.Ю.

Буковинський державний медичний університет

Досліджено зміни функціонального стану вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некаменевий холецистит залежно від типу супровідної соматоформної вегетативної дисфункції.

Ключові слова: некаменевий холецистит, соматоформна вегетативна дисфункція, гіпертензивний тип, гіпотензивний тип, симпато-адреналовий криз, ваго-інсулярний криз.

Незважаючи на значне поширення соматоформної вегетативної дисфункції (СВД) та наявність робіт, присвячених даній проблемі, роль патогенетичних механізмів її виникнення та прогресування у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) до теперішнього часу остаточно не визначена [1, 3]. Потребують також подальшого вивчення особливості впливу дисфункції вегетативної нервової системи (ВНС) на розвиток дискінезій жовчного міхура та жовчовивідних шляхів при різних варіантах перебігу СВД у пацієнтів з ХНХ для пояснення причин та встановлення нових патогенетичних механізмів їх розвитку.

Метою нашого дослідження було встановити зміни функціонального стану вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некаменевий холецистит залежно від типу супровідної соматоформної вегетативної дисфункції.

Матеріал та методи дослідження. Визначення функціонального стану вегетативної нервової системи у обстежених хворих на ХНХ із супровідною СВД показало істотну різноспрямованість змін, оскільки групу СВД складає клінічно неоднорідна група пацієнтів – з різними варіантами перебігу. Залежно від клінічної симптоматики СВД, згідно з чинною класифікацією, обстежені хворі були поділені на три групи: перша – хворі (31 особа) на ХНХ та СВД за ГіперТТ; друга – хворі на ХНХ із СВД за ГіпоТТ (35 осіб) та третя – хворі на ХНХ із КН (22 особи). Контрольну групу склали 30 ПЗО відповідного віку.

Для характеристики стану ВНС використовували застосовували шкалу вегетативних симптомів А.М. Вейна, проби Ашнера-Даньїні, Данієлопулу (ортостатична) [2]. Вегетативний тонус оцінювали шляхом визначення наступних показників: вегетативний індекс Кердо (ВІ):

$$ВІ = (1 - \text{ДАТ}/\text{ЧСС}) \times 100,$$

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 ВНС. Коефіцієнт Q Хільдебранда:

$$Q = \text{ЧСС}/\text{ЧД},$$

де ЧД – частота дихання. Вегетативне забезпечення діяльності організму досліджували шляхом проведення ЕКГ-проб з гіпервентиляцією та ортостатичним положенням, а також проб з фізичним навантаженням, калієвою та з пропранололом, визначення місцевого дермографізму [2]. Активність АХЕ у сироватці крові – за допомогою наборів «Danush Ltd» (м. Львів).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проведеного дослідження загальних вегетативних симптомів показали, що зміни кольору

шкіри при хвилюванні, фізичному навантаженні у пацієнтів з СВД за ГіперТТ та КН мали негативну тенденцію, тобто шкіра блідла, що відображає підвищення тону СНС і у балах складає зниження від стану ейтонії у 1,7 раза, 1,6 раза та 2,0 раза відповідно ($p < 0,05$) (табл. 1).

Водночас, у пацієнтів з ГіпоТТ СВД встановлено переважання ПНС, тобто візуально спостерігалася гіперемія шкіри, про що свідчить зростання показника у балах у 1,5 раза ($p < 0,05$) у порівнянні з ПЗО. Аналогічна тенденція змін спостерігалася під час визначення дермографізму: у хворих на ГіперТТ та КН було встановлено білий або блідо-рожевий тип, що при оцінці у балах склало зниження показника у порівнянні зі станом ейтонії 1,5 раза, 1,6 та 1,7 раза відповідно ($p < 0,05$), у той час, коли у хворих на ГіпоТТ СВД визначався стійкий (більше 10 хв), яскравий червоний дермографізм, що підвищувався над поверхнею шкіри (зростання у 1,5 раза ($p < 0,05$)). Характерним проявом СВД є синдром респіраторних невротичних розладів, який спостерігався у 100% обстежених хворих і характеризувався відчуттям нестачі повітря, незадоволення від вдиху, утрудненням при диханні, особливо під час хвилювання, емоційного переживання. Визначення частоти дихання у обстежених пацієнтів 1-ї, 3-ї груп вказує на її зростання відповідно у балах – на 43,3%, 36,7% та 43,3% ($p < 0,05$), причому в даному випадку переважало поверхневе дихання, у той час, як у пацієнтів 2-ї групи було зареєстровано повільне, глибоке дихання, таким чином показник у балах вірогідно знижувався (на 40,0% у порівнянні зі станом ейтонії ($p < 0,05$)) (табл. 1).

При визначенні діаметру зіниць у хворих 1-ї, 3-ї груп було встановлено їх розширення (зростання на 38,2%, 32,4% та 38,2 ($p < 0,05$)), що вказує на переважання тону СНС, а у хворих 1-ї групи спостерігалася відносно звуження зіниць (зниження на 41,2% за шкалою А.М. Вейна) (табл. 1), що свідчить про переважання тону ПНС.

Аналіз суб'єктивної оцінки якості сну також показує істотні відмінності при порівнянні між групами. Зокрема, у пацієнтів 1-ї, 3-ї груп встановлено порушення процесів засинання (збільшення часу перед настанням сну), наявність поверхневого, неглибокого сну з частим прокиданням, що при підрахунку за шкалою А.М. Вейна відповідно склало зниження у 1,7, 2,0 та 2,0 раза ($p < 0,05$), у той час, як у хворих 2-ї групи навпаки спостерігалася сонливість удень з відчуттям невисипання та втоми при ранішньому прокиданні (зростання у порівнянні з ПЗО у 1,4 раза ($p < 0,05$)) (табл. 1). Суб'єктивна оцінка фізичної працездатності вказує на її істотне підвищення у хворих 1-ї, 3-ї груп (у балах у 1,7, 1,8 та 1,6 раза ($p < 0,05$)), зниження працездатності та підвищену втомлюваність у пацієнтів 2-ї групи (у 1,4 раза ($p < 0,05$)) (табл. 3.1). Темперамент обстежених

Таблиця 1

**Показники функціонального стану вегетативної нервової системи за шкалою А.М. Вейна (у балах)
у хворих на хронічний некаменевий холецистит із супровідною СВД
та гіпертонічною хворобою II стадії, (M±m)**

Сон	3,0±0,12	1,8±0,15 *	4,3±0,21 */**	1,5±0,11 */***	1,5±0,12 */***
Фізична працездатність	2,5±0,13	4,3±0,23 *	1,8±0,07 */**	4,5±0,21 */***	4,2±0,15 */***
Головний біль	1,7±0,03	4,5±0,17 *	4,0±0,18 *	3,7±0,22 */**	4,7±0,11 */***/#
Запаморочення	2,6±0,24	2,7±0,13	4,7±0,22 */**	2,8±0,15 ***	2,8±0,17 ***
Неприємні стани	2,8±0,10	2,8±0,14	4,1±0,20 */**	3,0±0,18 ***	2,8±0,06 ***
Біль у ділянці серця	2,6±0,11	4,0±0,10 *	3,8±0,19 *	4,7±0,22 */**/***	4,2±0,10 *
Серцебиття	2,2±0,13	3,5±0,21 *	3,0±0,11 *	4,1±0,15 */***	3,5±0,17 *
Пультс	3,0±0,25	4,7±0,30 *	1,7±0,08 */**	4,8±0,19 */***	4,9±0,23 */***
САТ	3,2±0,19	4,9±0,10 *	1,5±0,03 */**	3,5±0,21 **/***	4,9±0,09 */***/#
Спрага	1,8±0,09	3,7±0,24 *	1,2±0,03 */**	3,5±0,19 */***	3,9±0,21 */***
Апетит	1,9±0,02	4,1±0,05 *	1,3±0,05 */**	3,5±0,19 */**/***	4,3±0,03 */***/#
Слиновиділення	2,6±0,07	1,5±0,08 *	4,5±0,22 */**	1,8±0,07 */***	1,3±0,05 */***/#
Кислотність шлункового соку	3,1±0,18	2,7±0,14	3,8±0,22 */**	3,0±0,12 ***	2,5±0,10 */***/#
Моторика кишки	3,8±0,24	1,7±0,13 *	4,2±0,27 **	1,9±0,25 */***	1,3±0,11 */***
Метеоризм	3,7±0,21	2,9±0,27	4,7±0,15 */**	3,2±0,19 ***	3,0±0,12 ***
Нудота	3,2±0,15	2,6±0,01 *	3,9±0,10 */**	2,5±0,04 */***	2,8±0,15 ***
Біль в епігастрії	3,1±0,18	2,8±0,13	4,5±0,28 */**	4,0±0,12 */**	2,7±0,11 ***/#
Біль у правій підреберній ділянці	3,1±0,15	3,9±0,24 *	4,6±0,26 *	3,4±0,18 ***	4,1±0,17 *

Примітка:

* – різниця вірогідна у порівнянні з показником у ПЗО ($p < 0,05$);** – різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих на СВД за ГіперТТ ($p < 0,05$);*** – різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих на СВД за ГіпоТТ ($p < 0,05$);# – різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих на СВД з КН ($p < 0,05$).

хворих із СВД за ГіперТТ, КН характеризувався підвищеною збудливістю, емоційною лабільністю, відчуттям тривоги, невмотивованого страху, дратівливості, гнівливості, нестриманості, швидкою зміною настрою, у той час, як у хворих на СВД за ГіпоТТ переважали прояви астенії, в'ялість, схильність до депресії, малорухомість.

У хворих на ХНХ молодого віку встановлено загострення проявів СВД у 43 осіб (86,0% випадків), серед яких у 24 особи (55,8%) встановлено ГіпоТТ, у 12 осіб (27,9%) – ГіперТТ і у 7 осіб (16,3%) – КН. У хворих на ХНХ зрілого віку встановлено загострення СВД у 95,8% випадків, серед яких ГіпоТТ спостерігався у 11 осіб (24,4%), а у клініці переважали ГіперТТ (19 осіб – 42,2%) та КН (15 осіб – 33,3%). Величина середнього САТ у хворих 1-ї групи вірогідно зростала (у 1,5 раза ($p < 0,05$)), пацієнтів 3-ї групи – мала тенденція до зростання ($p > 0,05$), у пацієнтів 2-ї групи – вірогідно зменшувалась (у 2,1 раза ($p < 0,05$)). Величина середнього ДАТ у хворих 1-ї групи також вірогідно зростала (у балах за шкалою А.М.Вейна – у 1,57 та 1,63 раза ($p < 0,05$)), пацієнтів 3-ї групи – вірогідно зростала, але менш інтенсивно (у 1,23 раза $p < 0,05$), а у пацієнтів 2-ї групи – вірогідно зменшувалась (у 1,87 раза ($p < 0,05$)) (табл. 3.1). При проведенні ортостатичної проби у хворих 1-ї, 3-ї груп частота пульсу вірогідно зростала (на 51,6%, 41,9% та 54,8% ($p < 0,05$)), у пацієнтів 2-ї групи – вірогідно зменшувалась (на 29,0% ($p < 0,05$)). При проведенні кліно-ортостатичної проби частота пульсу змінювалась у діаметрально протилежному напрямку: у хворих 1-ї, 3-ї груп – сповільнювалась (відповідно на 21,9%, 28,1% та 31,3% ($p < 0,05$)), у пацієнтів 2-ї групи – вірогідно прискорювалась (на 21,9% ($p < 0,05$)). При проведенні проби Ашнера у хворих 1-ї, 3-ї груп частота пульсу парадоксально мала тенденцію до прискорення (на 20,0% та 26,7% ($p > 0,05$)), у пацієнтів 2-ї групи – вірогідно зменшувалась (на 52,8%, $p < 0,05$) (табл. 1).

Аналіз показників ЕКГ у балах вказує на те, що у пацієнтів з Гіпер ТТ, КН амплітуда зубця

Т вірогідно перевищувала таку у ПЗО на 45,2%, 38,7% та 45,2% відповідно ($p < 0,05$), у хворих на ГіпоТТ – була вірогідно менша у порівнянні з ПЗО на 29,0% ($p < 0,05$) (табл. 3.1). Зміни довжини інтервалу PQ у хворих на СВД були невірогідні, однак мали тенденцію до скорочення у хворих 1-ї, 3-ї груп ($p > 0,05$) і подовження у хворих 2-ї групи порівняння ($p > 0,05$). Співвідношення інтервалу ST відносно ізоїнії та амплітуда зубця Т у пацієнтів з ХНХ та СВД не відрізнялись від норми ($p > 0,05$). Зміни ширини комплексу QRS у хворих 1-ї, 3-ї груп були невірогідні ($p > 0,05$), а у пацієнтів 2-ї групи мало місце розширення QRS (на 22,6% ($p < 0,05$)) (табл. 1), що вказує на переважання тону ПНС. Аналіз показників ІМТ вказує на вірогідне підвищення показника у хворих 2-ї групи (на 28,1% та 18,8% відповідно ($p < 0,05$)), зниження ІМТ у хворих 1-ї групи (на 25,0% ($p < 0,05$)) та тенденцію до зниження – у хворих 3-ї ($p > 0,05$).

Результати дослідження наявності та інтенсивності змін вегетативного статусу, які характеризують функціональний стан ШКТ вказують на істотну вірогідність змін. Зокрема, на підвищену спрагу скаржились більшість пацієнтів 1-ї, 3-ї групи спостереження, що при оцінці у балах склало підвищення у порівнянні зі станом ейтонії відповідно у 2,1, 1,9 та 2,2 раза ($p < 0,05$), у той час, як у пацієнтів 2-ї групи – відчуття спраги було пригнічене (зниження у 1,5 раза ($p < 0,05$)). Не зважаючи на те, що зміни ІМТ у пацієнтів 1-ї та 3-ї груп мали тенденцію до зниження, оцінка інтенсивності апетиту вказує на його вірогідне підвищення у пацієнтів 1-ї та 3-ї груп (відповідно у 2,2 та 1,8 раза ($p < 0,05$)), водночас, спостерігалось зниження апетиту (у 1,5 раза ($p < 0,05$)) при підвищеному ІМТ у хворих 2-ї групи (табл. 3.1). Також у пацієнтів із поєднаним перебігом ХНХ та ГіпоТТ СВД спостерігалась нудота у ранішній час (збільшення показника у балах на 21,9% ($p < 0,05$)), що не було характерним для пацієнтів інших груп (табл. 1). Періодичний біль у епігастрії турбував близько 50% хворих на ГіпоТТ СВД,

що при підрахунку у балах у порівнянні з ПЗО склало 45,2% ($p < 0,05$) та близько у 40,0% хворих на КН, причому у цій групі біль локалізувався більше зліва – у лівій підреберній ділянці (зростання інтенсивності показника на 42,9% ($p < 0,05$)) (табл. 1). На біль у правій підреберній ділянці скаржились переважно пацієнти з ХНХ у поєднанні з ГХ, СВД за ГіперТТ та ГіпоТТ (при оцінці за шкалою – зростання інтенсивності показника у порівнянні зі станом ейтонії на 32,3%, 25,8% та 54,8% відповідно ($p < 0,05$)), причому у хворих 1-ї групи біль був тупого, розпираючого характеру, супроводжувався відчуттям важкості у проекції ЖМ, а у хворих 2-ї групи – біль був спастичного, колікоподібного характеру. Інтенсивність салівації у хворих на ГХ, СВД за ГіперТТ та КН була зниженою (табл. 3.1) (у 2,0, 1,7 та 1,4 раза ($p < 0,05$)), причому переважно виділялась густа в'язка слина. Водночас, у хворих на ГіпоТТ була зареєстрована гіперсалівація (збільшення на 1,7 раза ($p < 0,05$)) з виділенням слини рідкої, водянистої консистенції. Дослідження кислотності шлункового вмісту вказує на її вірогідне підвищення у хворих 2-ї групи (на 22,6% ($p < 0,05$)) та на відсутність змін із незначною тенденцією до зниження у 1-й та 3-й групах спостереження ($p > 0,05$). Дослідження показників моторики товстої кишки показало, що у пацієнтів 1-ї, 3-ї 4-ї груп переважають ознаки її зниження (відповідно 2,2, 2,0 та 2,9 раза ($p < 0,05$)) у вигляді атонічних закріпів та ослабленої перистальтики, що вказує на підвищення тонуусу СНС, а у пацієнтів 2-ї групи за шкалою у балах зміни були невірогідні ($p > 0,05$), однак суб'єктивно спостерігались наступні симптоми: схильність до газоутворення (зростання на 27,0% ($p < 0,05$)) (табл. 1), періодичні проноси та схильність до спастичних закріпів із випороженнями типу «овечого калу», що вказує на переважання тонуусу ПНС.

Зазначені зміни клінічних та лабораторних показників вказують на те, що у більшості пацієнтів з ХНХ із супровідною СВД за ГіперТТ та КН, які складають більшість серед хворих зрілого віку, пе-

реважає тонуус СНС, а у пацієнтів з ХНХ із супровідною СВД за ГіпоТТ, які складають більшість у осіб молодого віку, переважає тонуус ПНС.

Клінічно криз характеризувався відчуттям страху, туги, наближення смерті, супроводжувався інтенсивним головним болем, відчуттям стискання в грудній клітці, нестачі повітря, внутрішнього тремору, істотним підвищенням АТ, ЧСС (тахікардія), змін на ЕКГ: загострення з Р, депресією сегмента ST до 1 мм. Найтяжче САК сприймали хворі на ГіпоТТ СВД. Тривалість кризів складала у середньому 1,5-2 год. Після закінчення кризу посилювалося сечовиділення. Водночас, у хворих всіх груп спостереження також були зареєстровані або спостерігалися у минулому (з даних анамнезу) ваго-інсулярні кризи (ВІК) із частотою – відповідно 26,7%, 60,0% та 26,9%. У клініці ВІК переважали виражене запаморочення, загальмованість, загальна кволість, підвищена пітливість, гіподинамія, біль у животі, пронос. Об'єктивно спостерігалися брадикардія, зниження систолічного та пульсового АТ. Характерними також були зміни на ЕКГ: брадикардія, подовження інтервалу PQ більше 0,22с, вкорочення інтервалу QT, збільшення амплітуди з. Т в V1-V2, депресія сегмента ST косоверхнього характеру, що не перевищувала 1мм. Тривали ВІК у середньому упродовж 3-4 годин, однак після перенесеного ВІК виражена загальна кволість та зниження працездатності зберігалися упродовж 3-4 днів. Для хворих на ХНХ із ГХ II стадії були хартерні неускладнені гіпертензивні кризи із частотою 95,0%, які також були вегетативно забарвлені за типом САК і виникали частіше після емоційного навантаження, психо-емоційного стресу.

Висновок. Таким чином, у хворих на хронічний некаменевий холецистит із супровідною СВД за гіпертонічним та кардіальним типом спостерігається підвищення тонуусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи із частими симпато-адреналовими кризами, а для пацієнтів з супровідною СВД за гіпотонічним типом характерна ваготонія із переважанням ваго-інсулярних кризів.

Список літератури:

1. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология: в 2 т. / Е.Н. Амосова. – К.: Здоров'я. – 2002. – Т. 2. – 992 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн А.М. – М.: Мед. информ. агенство, 2000. – 752 с.
3. Горбунова А.В. Вегетативная нервная система и устойчивость сердечно-сосудистых функций при эмоциональном стрессе / А.В. Горбунова // Нейрохимия. – 2000. – Т. 17, № 3. – С. 163-184.
4. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей: практич. рук. / Ш. Шерлок, Дж. Дули [пер. з англ.]; под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
5. González-Pérez A. Gallbladder disease in the general population: association with cardiovascular morbidity and therapy / A. González-Pérez, L.A. García Rodríguez // Pharmacoeconomol. Drug. Saf.- 2007. – Vol. 16, № 5. – P. 524-531.

Антонив А.А., Дрозд В.Ю.

Буковинский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕЗКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА И СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Аннотация

Исследованы изменения функционального состояния вегетативной нервной системы у больных хроническим безкаменным холециститом в зависимости от типа сопроводительной соматоформной вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: некаменный холецистит, соматоформная вегетативная дисфункция, гипертонический тип, гипотонический тип, симпато-адреналовый криз, ваго-инсулярный криз.

Antoniv A.A., Drozd V.Y.
Bukovinian State Medical University

FEATURES OF CHRONIC NON-CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION

Summary

The changes in the functional state of the autonomic nervous system in patients with chronic non-calculous cholecystitis depending on the type of accompanying somatoform autonomic dysfunction.

Keywords: non-calculous cholecystitis, somatoform autonomic dysfunction, hypertensive type, hypotensive type, sympathoadrenal management, weight-insular management.

УДК 616.36-002:616.12-008.331.1+616.839-039.31]:616-08-039.73

КОМПЛЕКСНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ТРИМЕБУТИНУ МАЛЕАТУ ТА АДАПТОЛУ (МЕБИКАРУ) У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ ТА ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Антонів А.В., Дрозд В.Ю.

Буковинський державний медичний університет

Дослідження розповідає про ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію. Вивчено медикаментозну корекцію вегетативного тону, нормалізації артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та скоротливої здатності жовчного міхура залежно від типу супровідних НЦД та дискінезії жовчного міхура. Запропоновано схему лікування цих коморбідних захворювань.

Ключові слова: хронічний некаменевий холецистит, нейроциркуляторна дистонія, сфінктер Одді, триметабутину малеат, адаптол.

Значне зростання частоти та поширеності нейроциркуляторної дистонії (НЦД) (астенії, вегето-судинної дистонії, соматогенної вегетативної дисфункції) у осіб молодого, працездатного віку в останні роки викликає суттєве занепокоєння, оскільки зазначена функціональна патологія серцево-судинної системи (ССС) істотно знижує якість життя хворих і водночас є суттєвою передумовою розвитку органічної патології [1, 2]. Згідно з даними літератури, частота даної патології у популяції становить у середньому 24%-25% [1, 2], що пов'язано із багатьма чинниками, серед яких найважливішими є збільшення рівня психоемоційного напруження та соматогенна обумовленість [1, 2]. Нашими попередніми дослідженнями доведено, що наявність різних типів вегетативної дисфункції та хронічних вогнищ інфекції, зокрема наявність хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) в організмі людини, є істотними факторами ризику розвитку як жовчокам'яної хвороби (ЖКХ), так і прогресування НЦД до гіпертонічної хвороби (ГХ). Незважаючи на значне поширення НЦД та ХНХ, зростання кількості робіт, присвячених корекції даної патології [1], обґрунтування диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів у хворих на ХНХ залежно від типу НЦД та супровідної дискінезії жовчного міхура (ДЖМ) та дисфункції сфінктера Одді не проводилось. Потребує також вивчення ймовірний вплив синтетичного агоніста периферичних опіоїдних рецепторів тримебутину малеату (трибудату) та анксиолітика з протіоксидатними властивостями мебикару (адаптолу) на перебіг вище зазначених захворювань.

Метою нашого дослідження було встановити ефективність застосування тримебутину малеату

та адаптолу у лікуванні пацієнтів з хронічним некаменевим холециститом із супровідною нейроциркуляторною дистонією.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 90 хворих на ХНХ у фазі загострення із супровідною НЦД. Діагноз хронічного некаменевого холециститу та його фазу встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, результатів інструментальних досліджень (ультрасонографічне дослідження жовчного міхура холецистографія, багатомоментне 6-фазове дуоденальне зондування з мікроскопією, мікробіологічним та біохімічним дослідженням міхурової порції жовчі) за рекомендованим МОЗ України нормативним актом: Наказом МОЗ України від 3.06.2005 за № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «гастроентерологія» з урахуванням Міжнародної статистичної класифікації 10 перегляду. Тип супровідних дискінезії ЖМ та дисфункції сфінктера Одді (біліарний чи панкреатичний) встановлювали за даними динамічної ультрасонографії ЖМ із введенням подразника та даними багатомоментного 6-фазового дуоденального зондування згідно з Римськими критеріями III (2006). Діагноз ВСД встановлювали за рекомендованими МОЗ України нормативним актом: Наказом МОЗ України від 17.08.2007 за № 487 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» із використанням робочої класифікації В.І. Маколкина, С.А.Аббакумова (1996) [1]. Залежно від клінічної симптоматики НЦД, згідно з чинною класифікацією, обстежені хворі були поділені на три групи. Перша – хворі (30 осіб) на ХНХ та НЦД за гіпертонічним типом (ГіперТТ),