



А.С. Свінцицький¹,
Д.О. Коршевніюк¹, О.П. Коршевніюк²

¹ Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

² Головний військово-медичний клінічний
ордена Червоної Зірки центр «Головний
військовий клінічний госпіталь», Київ

Динаміка змін показників психовегетативного стану у військовослужбовців з функціональною диспепсією протягом лікування

Ключові слова

Функціональна диспепсія, військовослужбовці, лікування, корекція
психовегетативного стану.

Лікування хворих із функціональною диспепсією (ФД) являє собою складну задачу [2, 5]. У літературі існують багаточисленні і часто суперечливі дані про це [4]. При виборі медикamentозних препаратів для лікування хворих із ФД необхідно ретельно оцінювати дані анамнезу й скарги, і лише з урахуванням цих даних диференційовано проводити лікування пацієнтів [5].

Дослідження, які проводяться вченими, в основному спрямовані на вивчення ефективності симптоматичного лікування, а саме: антацидні та антисекреторні препарати, прокінетики, спазмолітики, *H. pylori*-ерадикаційна терапія [5–7].

Особливістю професійної діяльності військовослужбовців (ВС) є те, що, крім загальноприйнятих понять, вона включає різні види військово-професійної, спеціальної побутово-господарської діяльності, бойову та фізичну підготовки. Кожен з цих видів діяльності має свою психологічну специфіку та вимагає від ВС в одних випадках нетривалого, але граничного напруження сил навіть до самопожертвування, в інших випадках — тривалих зусиль, мужності, фізичної та моральної витривалості. Все це може призводити до зрушень психоемоційного та психовегетативного стану, що своєю чергою викликає дисфункцію вегетативної регуляції [3].

Враховуючи наведене вище, можемо висунути припущення щодо доцільності нормалізації пси-

ховегетативного стану як провідної ланки етіотропного лікування. Так, зміною режиму можливо досягти усунення дії факторів ризику розвитку ФД у ВС, а призначенням лікарських засобів, які нормалізують процеси гальмування та збудження у центральній нервовій системі, — зменшення інтенсивності їхнього впливу.

Метою проведеного дослідження була оцінка терапевтичної ефективності запропонованого комплексного лікування ВС з ФД. Основним завданням було порівняння швидкості та характеру динаміки змін показників психовегетативного стану (ПВС) у ВС з ФД протягом лікування різними схемами призначення препаратів.

Матеріали та методи

Дослідження та підбір клінічного матеріалу здійснений у гастроентерологічному відділенні Центрального госпіталю Міністерства внутрішніх справ України. Під клінічним спостереженням перебувало 59 ВС, які на момент проведення дослідження мали ФД. Середній вік становив $(23,83 \pm 5,41)$ року.

Залежно від схеми та обсягу призначення лікувальних заходів цю вибірку хворих розділено на 2 групи: 1-ша група ($n = 30$), пацієнти якої отримували метоклопрамід по 1 таблетці (0,01 г) 3 рази на день протягом 14 днів та омепразол (0,02 г) чи ранітидин (0,15 г) по 1 таблетці 2 рази на день;

2-га ($n = 29$) — разом із зазначеними хворі додатково отримували препарати, які впливають на психоемоційний стан. Так, пацієнтам з тривожно-фобічними станами призначали «Сібазон» по 1 таблетці (0,005 г) 2 рази на день з поступовим зменшенням до 1/2 таблетки (0,0025 г) 2 рази на день протягом 2 тиж; при наявності у пацієнтів іпохондрично-депресивних станів призначали флуоксетин по 1 таблетці (0,02 г) 2 рази на день протягом 2 тиж.

Крім цього, пацієнтам 2-ї групи проводили корекцію функціонального стану організму шляхом використання психотерапевтичної програми. Схема використання: 1 сеанс на день протягом 14 днів, відповідно до Деклараційного патенту на винахід № 58684 А [1].

До складу кожної з груп ВС з ФД входили хворі з хелікобактерною інфекцією: до 1-ї групи — 9 осіб та до 2-ї — 9 пацієнтів. Усім цим хворим додатково призначено антигелікобактерну терапію з препаратів омепразол + амоксицилін + кларитроміцин за схемою: омепразол — 20 мг — 2 рази на добу зранку натще; амоксицилін — 1000 мг — 2 рази на добу; кларитроміцин — 500 мг — 2 рази на добу протягом 7 днів. Усі ВС, які брали участь у дослідженні, перебували на 2-му режимі (палатному).

Дизайн дослідження розроблений відповідно до моделі відкритого проспективного когортного з проведенням дослідження за формою динамічного спостереження.

Динаміку змін психовегетативного стану оцінювали за такими критеріями: зміна вегетативного тону, вегетативної реактивності, чинників активності та працездатності. Частоту виявлення ознак наведено у відносних частотах з середньоквадратичним відхиленням. Числові дані подано у вигляді значення середнього арифметичного, із зазначенням середньоквадратичного відхилення.

Вибір методу визначення рівня значимості (достовірності розходжень) залежав від вихідних даних. Оскільки одночасно порівнювали показники кількох незалежних груп, застосовано критерій Пірсона χ^2 .

Очікуваний результат — відповідно до визначеної оцінки терапевтичної ефективності лікування формулювання практичних рекомендацій щодо раціоналізації тактики ведення (схеми лікування) ВС з ФД.

Результати та обговорення

Для оцінки терапевтичної ефективності запропонованого лікування досліджують динаміку змін характерних показників ПВС у ВС з ФД протягом лікування. Порівняльний аналіз динаміки зміни вегетативного тону протягом лікування наведено у табл. 1.

Після завершення курсу лікування в обох групах хворих відмічалася нормалізація порушеного тону вегетативної нервової системи (ВНС). Кількість ВС з показниками фізіологічної норми були більше серед групи хворих, які лікувалися за альтернативною схемою, ніж серед пацієнтів, яким була призначена традиційна схема лікування, та становили 25 ($(83,33 \pm 6,80) \%$; $p < 0,001$) і 14 ($(27,59 \pm 8,30) \%$; $p < 0,05$) осіб відповідно. Серед обох груп ВС переважання тону парасимпатичної нервової системи до початку лікування було діагностовано майже у третини досліджуваних: 10 ($(34,48 \pm 8,83) \%$) та 10 ($(33,33 \pm 8,61) \%$) ВС 1-ї та 2-ї клінічної груп відповідно. В результаті проведеного традиційного лікування показана тенденція до зменшення кількості осіб з парасимпатикотонією та становила 6 ($(20,69 \pm 7,52) \%$; $p > 0,05$) ВС. Кількість ВС з парасимпатикотонією, які лікувалися за альтернативною схемою по завершенні лікування становила 3 ($(10,00 \pm 5,48) \%$; $p < 0,05$) осіб.

Порушення вегетативної іннервації у ВС з ФД за типом симпатикотонії до початку призначення лікування було виявлено майже у 2/3 ВС обох груп та становило 17 ($(58,62 \pm 9,15) \%$) хворих з групи, яка проходила лікування за традиційною схемою та 18 ($(60,00 \pm 8,94) \%$) осіб з групи хворих, які лікувалися за альтернативною схемою. Після лікування кількість ВС з переважанням симпатикотонії, які проходили лікування за зальноприйнятною схемою, зменшилася до 15

Таблиця 1. Вегетативний тонус до та після лікування

Вегетативний тонус	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Симпатикотонія	$58,62 \pm 9,15$	$51,72 \pm 9,28$	$60,00 \pm 8,94$	$6,67 \pm 4,55^{**}$
Ейтонія	$6,90 \pm 4,71$	$27,59 \pm 8,30^*$	$6,67 \pm 4,55$	$83,33 \pm 6,80^{**}$
Парасимпатикотонія	$34,48 \pm 8,83$	$20,69 \pm 7,52$	$33,33 \pm 8,61$	$10,00 \pm 5,48^*$

Примітка. Тут і далі наведено відносну частоту виявлення ознаки у відсотках від загальної кількості хворих у вибірці із зазначенням середньоквадратичного відхилення для відносних величин.

Різниця щодо показників до лікування вірогідна: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

((51,72 ± 9,28) %; $p > 0,05$) осіб; а кількість симпатикотонічних ВС з групи, яка приймала комбіноване лікування, перед випискою зі стаціонару була у поодиноких випадках ($p < 0,001$). Зменшення кількості ВС у обох групах досліджуваних з порушенням тону ВНС відбувалося за рахунок достовірного збільшення ВС з еутонічною іннервацією.

Ще одним важливим показником діяльності ВНС є вегетативна реактивність. Результати порівняльного аналізу динаміки зміни вегетативної реактивності протягом лікування двома схемами призначення препаратів наведено у табл. 2.

Так само, як і тонус ВНС, вегетативна реактивність у ВС з ФД на момент встановлення діагнозу була суттєво змінена, а після проведеного лікування відмічалася нормалізація показників вегетативної реактивності. До лікування було значне переважання ВС з гіпореактивністю в обох групах хворих, кількість яких становила 17 ((58,62 ± 9,15) %) хворих з групи, яка проходила лікування за традиційною схемою, та 18 ((60,00 ± 8,94) %) осіб з групи хворих, які лікувалися за альтернативною схемою. Після проведеного лікування кількість таких хворих змінилася в бік зменшення кількості ВС з гіпореактивністю ВНС та становила 7 ((24,14 ± 7,95) %; $p < 0,05$) серед ВС, які лікувалися за традиційною схемою, та 5 ((16,67 ± 6,80) %; $p < 0,001$) хворих з групи ВС, яким було призначено альтернативне лікування. Звертає на себе увагу те, що зменшення кількості ВС з гіпореактивністю відбувалося за рахунок значного збільшення осіб як з нормальною, так і з підвищеною реактивністю ВНС. Так, майже на 20 % збільшилася кількість ВС з нормальною реактивністю

ВНС, які лікувалися загальноприйнятою схемою, та становила 16 ((55,17 ± 9,23) %; $p > 0,05$) пацієнтів. Кількість ВС з нормальною реактивністю ВНС, які приймали альтернативний курс лікування, змінилася з 10 ((33,33 ± 8,61) %) ВС до лікування на 24 ((80,00 ± 7,30) %; $p < 0,001$) пацієнтів після проведеного лікування.

Кількість осіб з гіпореактивністю до початку лікування розрахована в межах похибки в обох групах ВС, а після лікування виявлене незначне збільшення їх кількості у групі пацієнтів, які приймали традиційне лікування, до 6 ((20,69 ± 7,52) %; $p > 0,05$) осіб. Серед групи пацієнтів, які приймали лікування відповідно до альтернативної схеми призначення препаратів, виявлено тенденцію до зменшення кількості ВС з гіперреактивною ВНС ($p > 0,05$).

Це може свідчити про те, що запропоноване лікування, крім нормалізації загальних клінічних симптомів ФД, більш фізіологічно корегує зміни у реактивності ВНС.

Одним з найбільш значимих показників, які характеризують емоційно-вольову сферу та готовність до виконання завдань, є фактори активності та працездатності. Результати порівняльного аналізу динаміки зміни фактора активності протягом лікування наведено в табл. 3, а динаміку зміни фактора працездатності протягом лікування — у табл. 4.

Отже, суттєвої різниці між розподілом та динамікою зміни факторів працездатності та активності між групами хворих не виявлено, тому аналіз динаміки змін цих показників проводився спільно. Так, до початку лікування в обох групах ВС значно переважала кількість осіб з низькими

Таблиця 2. Динаміка зміни вегетативної реактивності протягом лікування

Вегетативна реактивність	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Гіперреактивність	6,90 ± 4,71	20,69 ± 7,52	6,67 ± 4,55	3,33 ± 3,28
Нормальна реактивність	34,48 ± 8,83	55,17 ± 9,23	33,33 ± 8,61	80,00 ± 7,30**
Гіпореактивність	58,62 ± 9,15	24,14 ± 7,95*	60,00 ± 8,94	16,67 ± 6,80**

Примітка. Різниця щодо показників до лікування вірогідна: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Таблиця 3. Динаміка зміни фактора активності протягом лікування

Фактор активності	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Низький (0–34 %)	86,21 ± 6,40	31,03 ± 8,59**	86,67 ± 6,21	13,33 ± 6,21**
Середній (35–69 %)	13,79 ± 6,40	41,38 ± 9,15*	13,33 ± 6,21	46,67 ± 9,11*
Високий (70–100 %)	—	27,59 ± 8,30*	—	40,00 ± 8,94**

Примітка. Різниця щодо показників до лікування вірогідна: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Таблиця 4. Динаміка зміни фактора працездатності протягом лікування

Фактор працездатності	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Низький (0–34 %)	89,66 ± 5,66	27,59 ± 8,30**	90,00 ± 5,48	13,33 ± 6,21**
Середній (35–69 %)	10,34 ± 5,66	44,83 ± 9,23*	10,00 ± 5,48	46,67 ± 9,11*
Високий (70–100 %)	—	27,59 ± 8,30*	—	40,00 ± 8,94**

Примітка. Різниця щодо показників до лікування вірогідна: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

значеннями факторів активності та становила 25 (86,21 ± 6,40 %) ВС з групи, яка проходила лікування за традиційною схемою, 26 ((86,67 ± 6,21) %) пацієнтів, які лікувалися за альтернативною схемою; та працездатності у кількості 26 ((89,66 ± 5,66) %) ВС з групи, яка проходила лікування за традиційною схемою, 27 ((90,00 ± 5,48) %) пацієнтів, які лікувалися за альтернативною схемою. Звертає на себе увагу повна відсутність у ВС з високих значень цих факторів.

Кількість ВС з середніми показниками досліджуваних факторів в обох групах хворих була однаковою та становила за фактором активності: 4 ((10,34 ± 5,66) %) ВС з групи, яка проходила лікування за традиційною схемою, та 4 ((13,33 ± 6,21) %) пацієнти, які лікувалися за альтернативною схемою; за фактором працездатності: 3 ((10,34 ± 5,66) %) ВС з групи, яка проходила лікування за традиційною схемою, та 3 ((10,00 ± 5,48) %) пацієнти, які лікувалися за альтернативною схемою. Після проведеного лікування розподіл ВС за факторами активності та працездатності суттєво змінився.

Так, після проведення лікування за традиційною схемою кількість ВС з низькими значеннями фактора активності зменшилася та становила 9 ((31,03 ± 8,59) %; $p < 0,001$) осіб, кількість пацієнтів з низьким значенням фактора працездатності так само зменшилася та становила 8 ((27,59 ± 8,30) %; $p < 0,001$) осіб. Кількість ВС з такими значеннями факторів активності та працездатності у групі, яка проходила лікування за альтернативною схемою, зменшилася значно більше, для факторів активності та працездатності була порівну та становила по 4 ((13,33 ± 6,21) %; $p < 0,001$) особи.

Кількість ВС із середніми показниками досліджуваних факторів мала тенденцію до збільшення та становила: 12 ((41,38 ± 9,15) %; $p < 0,05$) осіб для фактора активності у групі ВС, які проходили лікування за традиційною схемою; а кількість ВС, які проходили лікування за альтернативною схемою, після лікування збільшилася та становила 14 ((46,67 ± 9,11) %; $p < 0,05$) осіб; за середнім значенням фактора працездатності кількість осіб у групі, яка проходила лікування за традиційною схемою, збільшилася до 13 ((44,83 ± 9,23) %; $p < 0,05$) пацієнтів, а кількість ВС, які проходили лікування за запропонованою схемою, збільшилася до 14 ((46,67 ± 9,11) %; $p < 0,05$) осіб.

Після проведеного лікування кількість ВС з високими значеннями факторів працездатності та активності були однаковими у групах та розподілилися таким чином: 8 ((27,59 ± 8,30) %; $p < 0,05$) осіб, які лікувалися за традиційною схемою, та 12 ((40,00 ± 8,94) %; $p < 0,001$) ВС, які лікувалися за альтернативною схемою.

Висновки

Таким чином, у результаті виконання дослідження показано, що у ВС з ФД, яким проводилося запропоноване лікування, на тлі зменшення клінічних виявів ФД всі показники ПВС поверталися до фізіологічної норми. А пацієнти, яким призначено загальноприйняте лікування, на момент його завершення ще мали наявні ознаки дисбалансу з боку ВНС.

Це дає підстави вважати, що запропонована схема лікування ВС з ФД може бути рекомендована для подальшого впровадження у клінічну практику.

Список літератури

1. Деклараційний патент на винахід № 58684 А (UA) МПК А61В5/04. Спосіб корекції функціонального стану організму / Шевченко В.Є., Коршевнюк Д.О., Хомяков В.В., Байбаєв Д.С. Заявл. 18.06.2002. Опубл. 15.08.2003. — Бюл. № 8.
2. Івашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии. — М., 2000. — С. 1—7.
3. Лопань А.В. Психологические аспекты военной службы: Учебное пособие. — М.: МАИ, 2004. — 120 с.
4. Титова С.С. Особенности синдрома диспепсии в современных условиях // Аспирантский вестник Поволжья — Самара. — 2008. — № 3—4. — С.39—42.

5. Шептулин А.А. Алгоритм диагностики и лечения при синдроме функциональной диспепсии // Рус. мед. журн.— 2003.— Т.11, № 28.— С.1601—1603.
6. Bytzer P, Hansen J, Schaffalitzky de Muckadell OB: Empirical H₂-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia // Lancet.— 1995.— Vol. 343.— P. 811—816.
7. Drolet B, Rousseau G, Daleau P. et al. Domperidone should not be considered a no-risk alternative to cisapride in the treatment of gastrointestinal motility disorders // Circulation.— 2000.— Vol. 102.— P. 1883.

А.С. Свиницкий, Д.А. Коршевнюк, О.П. Коршевнюк

Динамика изменений показателей психовегетативного состояния у военнослужащих с функциональной диспепсией на протяжении лечения

Проанализированы результаты исследования динамики изменений психовегетативного состояния у военнослужащих с функциональной диспепсией на протяжении лечения. Выявлена достоверная нормализация показателей психовегетативного состояния на фоне назначения предложенного лечения.

A.S. Svinickiy, D.O. Korshevnyuk, O.P. Korshevnyuk

The dynamics of changes of psycho-vegetative status of military men with functional dyspepsia during the treatment

The analysis has been presented of the study of the dynamic changes of psycho-vegetative status of military men with functional dyspepsia during the treatment. The significant normalization of the indices of psycho-vegetative status has been revealed against the background of the carried-out treatment.

Контактна інформація

Коршевнюк Дмитро Олександрович, к. мед. н., лікар-гастроентеролог
04050, м. Київ, вул. Мельникова, 81
E-mail: dima_koreshe@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 26 січня 2012 р.