

которых мы живем, требуют новых подходов. Действовать следует аккуратно, обстоятельно, но не бояться новых подходов при принятии стратегических решений

1. Новиков, В.Н. Туризм как фактор международной и национальной безопасности в эпоху глобальных угроз и вызовов / В.Н. Новиков, И.А. Черкасов // Иппокрена. – 2013. – № 2. – С. 38–45.
2. Черкасов, И.А. Идеология общества реального гуманизма / И.А. Черкасов // XI Межвуз. науч.-теор. конф.: тез. докл., Минск, 21 апр. 2006 г. / ред. совет: А.Н. Алпеев [и др.]. – Минск, Веды, 2006. – С. 3–18.
3. Ильин, И.А. Собр. соч.: в 10 т. / И.А. Ильин. – М., 1999. – Т. 9–10. – С. 299.
4. Беларусь опередила США по экспорту компьютерных услуг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://naviny.by/rubrics/computer/2014/08/28/ic_news_128_441215. – Дата доступа: 27.08.2014.
5. Новиков, В.Н. Гуманизация социума – императив XXI века / В.Н. Новиков. – Минск: Белорусская наука, 2006.

ВЛИЯНИЕ МОНОГИПОКСИТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

¹ Оленская Т.Л., канд. мед. наук, доцент,

¹ Валу́й А.А.,

¹ Коваленко Ю.А.,

² Марченко А.А., канд. мед. наук,

³ Руммо В.Е., канд. мед. наук,

³ Уселенок С.П.,

² Воскобойникова С.П.,

¹ Витебский государственный медицинский университет,

² санаторий «Железнодорожник»,

³ санаторий «Летцы»,

Республика Беларусь

Актуальность. Основными механизмами соматоформных расстройств являются нервно-вегетативные нарушения [1–3]. Данные расстройства желудочно-кишечного тракта являются состоянием дезрегуляции желудочно-кишечного тракта [1,4-6].

В этиологии и патогенезе соматоформных расстройств желудочно-кишечного тракта определяющими признаются психологические факторы, среди которых ведущую роль играет интрапсихический невротический конфликт. Известно, что больные соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта являются глубоко страдающими людьми, которые регулярно наблюдаются, обследуются и лечатся у интернистов без особого эффекта. В клинической картине болезни преобладают патологические телесные сенсации, представляющие значительные трудности для дифференциальной диагностики, что ведет к использованию дорогостоящих, подчас инвазивных, диагностических методов. Применяются также и неадекватные методы лечения, вплоть до оперативных вмешательств; отмечается тенденция к хронизации соматоформных заболеваний и связанный с ней рост числа дней нетрудоспособности этой категории больных.

Пациенты с соматоформными расстройствами составляют от 30 до 45 % всего контингента, посещающих поликлиники и стационары общего типа, из них удельная доля соматоформных расстройств желудочно-кишечного тракта составляет не менее 40 % от общего количества расстройств.

Представляет клинический интерес использование адаптации к периодической гипоксии в лечении соматоформных расстройств как мощного фактора, расширяющего и совершенствующего физиологический диапазон регуляции нарушенных функций.

Цель. Изучить влияние моногипокситерапии на психоэмоциональный статус пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены у 37 пациентов (12 мужчин и 25 женщин, средний возраст в группе составлял $26,5 \pm 7,6$ лет), прошедших курс моногипокситерапии (МГТ). Все пациенты с подозрением на соматоформное расстройство желудочно-кишечного тракта изначально были тщательно обследованы с использованием ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, общеклинических анализов, копрологического исследования для исключения органической патологии. Клинический диагноз выставлялся согласно диагностическим критериям МКБ-10. Давность заболевания составила от 5 до 11 лет (в среднем 5,4 года). Для проведения МГТ использовали газовую гипоксическую смесь с 10 % концентрацией кислорода в азоте с относительной влажностью 40–70 % при нормальном атмосферном давлении, получение которой осуществлялось на базе мембранной газоразделительной установки «Био-Нова-204» (фирма «Био-Нова», г. Москва). Контроль процентного содержания кислорода в газовой гипоксической смеси на выходе производили измерительным комплексом, состоящим из датчика кислорода-САG-250Е, цифрового измерительного прибора и адаптер-газоанализатора. Сеансы гипокситерапии проводились в циклически фракционном режиме с использованием масочного вида дыхания. Дыхание осуществлялось гипоксической газовой смесью продолжительностью пять минут, после чего следовал интервал длительностью пять минут, в течение которого больные дышали атмосферным воздухом. Продолжительность одного сеанса пятьдесят минут (пять циклов). Курс лечения составлял 16 сеансов. Для определения индивидуальной переносимости нормобарической газовой гипоксической смеси, всем больным основной группы перед началом курса МГТ проводилась десятиминутная гипоксическая проба. Оценку клинического и психоэмоционального статуса пациентов проводили в начале и конце курса МГТ с использованием опросника, разработанного на кафедре медицинской реабилитации и физического воспитания Витебского государственного медицинского университета. Всем пациентам перед курсом МГТ и после окончания выполнялся общий анализ крови.

Данные обработаны с использованием пакета программ Statistika 6,0. Различия считали достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Ведущим симптомом функционального расстройства являлся болевой синдром, клинически выраженный у всех пациентов. Боли редко имели связь с приемом пищи. Обычно боли отмечались в эпигастральной области, реже – в области пупка и других отделах живота, в единичных случаях были лишены определенной локализации и носили давящий, колющий и ноющий характер.

Продолжительность болевого синдрома составляла от нескольких минут до дней и месяцев. Отмечалась связь болей с психическим состоянием пациента. Различной была и интенсивность болей: от очень слабых до выраженных. Между продолжительностью и выраженностью болевого синдрома коррелировала следующая зависимость: более продолжительными были слабые боли; кратковременными, приступообразными – сильные. Рвота с предшествующей тошнотой, отмечавшаяся в основном после приема пищи, находилась в прямо пропорциональной зависимости от психотравмирующих ситуаций и эмоционального напряжения больных. Изредка тошнота, аэрофагия, рвота возникали на фоне болей в животе как непосредственное продолжение болевого синдрома с последующим после рвоты ослаблением боли.

Таблица – Общая характеристика субъективной симптоматики у пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта

Субъективная симптоматика	В начале курса лечения, n (%)	В конце курса лечения, n (%)	$p \leq 0,05$
Боли	37 (100 %)	8 (21,6 %)	0,0009
Диспептический синдром			
Рвота	11 (29,7 %)	2 (5,4 %)	0,04
Отрыжка	17 (45,9 %)	4 (10,8 %)	0,02
Тошнота	16 (43,2 %)	5 (13,5 %)	0,059
Аэрофагия	23 (62,1 %)	6 (16,2 %)	0,01
Диарея	11 (29,7 %)	4 (10,8 %)	0,17
Запоры	13 (35,1 %)	6 (16,2 %)	0,23
Чувство вздутия живота	17 (45,9 %)	6 (16,2 %)	0,07

Субъективная симптоматика	В начале курса лечения, n (%)	В конце курса лечения, n (%)	p<0,05
Астено-невротический синдром			
Нарушения сна	26 (70,2 %)	4 (10,8 %)	0,0012
Раздражительность	37 (100 %)	7 (18,9 %)	0,0005
Чувство страха	14 (37,8 %)	4 (10,8 %)	0,06
Эмоциональная лабильность	37 (100 %)	8 (21,6 %)	0,0009
Беспричинный плач	8 (21,6 %)	2 (5,4 %)	0,1
Сердцебиение	16 (43,2 %)	4 (10,8 %)	0,03
Головокружение	26 (70,2 %)	5 (13,5 %)	0,0026
Тремор	9 (24,3 %)	2 (5,4 %)	0,09
Гипергидроз	15 (40,5 %)	3 (8,1 %)	0,02
Немотивированная слабость	29 (78,3 %)	6 (16,2 %)	0,0022
Эпизодический кожный зуд	3 (8,1 %)	–	0,29

Отмечались нарушения пищевого поведения: чаще в виде снижения аппетита, который проявлялся избирательностью в еде, уменьшением потребности в приеме пищи, ограничением ее объема, а иногда – активным отказом от еды. Как правило, причины ухудшения аппетита не назывались. Отмечалась склонность к запорам, диарее с предшествующим урчанием кишечника, чувству вздутия живота, связанному с психоэмоциональными нагрузками. У всех пациентов выявлены признаки эмоционального напряжения: эмоциональная лабильность, нарушения сна, раздражительность, чувство страха, беспричинный плач; вегетодистонические расстройства: сердцебиение, головокружение, тремор, гипергидроз, немотивированная слабость, эпизодический кожный зуд.

Результаты и обсуждение. После проведения курса МГТ боли сохранялись только у 6 из 37 больных, причем продолжительность и интенсивность болей значительно снизилась, также отмечалось уменьшение и снижение активности диспептических расстройств. Явления астено-невротического синдрома сохранялись у 8 из 37 пациентов.

Вследствие адаптации к периодической гипоксии отмечалось увеличение содержания эритроцитов и гемоглобина. Количество эритроцитов составляло в начале курса лечения $4,3 \pm 0,42 \times 10^{12}/л$ ($P < 0,001$), после курса лечения – $4,9 \pm 0,45 \times 10^{12}/л$, т. е. повышалась на 9,3 %. Количество гемоглобина – $144 \pm 4,65$ г/л, после курса лечения – $155,6 \pm 3,62$ г/л ($P < 0,001$). В конце курса лечения отмечалось повышение насыщения капиллярной крови кислородом во время острой гипоксической пробы (дыхание газовой гипоксической смесью в течение 10 минут), по отношению к данным в начале курса лечения HvO_2 возрастал с $79,2 \pm 2,44$ до $82,1 \pm 2,87$ % ($P = 0,001$) – на 3,7 %.

Выводы

1. Адаптация к периодической гипоксии является эффективным методом в лечении пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта, позволяющим купировать болевой синдром, значительно снизить выраженность диспептических расстройств, формировать положительную эмоциональную сферу.

2. Адаптация к периодической гипоксии улучшает кислородный метаболизм тканей, что является важнейшим условием оптимизации регуляции функции организма у пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

1. Фролькис, А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / А.В. Фролькис. – Л.: Медицина, 1991. – 224 с.

2. Нормобарическая гипокситерапия (метод «Горный воздух») / А.Я. Чижов [и др.]; под ред. Н.А. Агаджаняна. – М.: Изд-во РУДН, 1994. – 95 с.

3. Меерсон, Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации / Ф.З. Меерсон. – М.: НурохиаMedical, 1993. – 331 с.

4. Григорьев, П.Я. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьев, Н.П. Яковенко. – М., 1996.

5. Заболевания вегетативной нервной системы: руководство для врачей / под ред. проф. А. Вейна. – М.: Медицина, 1991.

6. Цикулин, А.Е. Психопатологические нарушения при соматических заболеваниях / А.Е. Цикулин // Советская медицина. – 1984. – № 8. – С. 91.