

Винахід відноситься до медицини, а саме до гастроентерології і може бути застосований для лікування хворих з функціональними захворюваннями стравоходу та шлунка (ФЗСШ).

В умовах сьогодення у великої кількості людей нерідко виникають ФЗСШ, що пов'язане з впливом різних провокуючих факторів. Багато авторів розглядають з позиції психосоматичної патології [1, 2, 4, 8]. Причини функціональних зрушень стравоходу і шлунка знаходяться за межами шлунково-кишкового тракту, та пов'язані з порушенням його регуляції. Найбільш відомі механізми зрушень нервової регуляції обумовлені або вегетативними дисфункціями, а саме блукаючим нервом (часто пов'язані з психоемоційними та стресовими факторами). Патогенетичне вплив зовнішніх психотравмуючих факторів призводить до появи багатопланових змін функцій центральної та вегетативної нервової систем, наслідком чого є поява зрушень нормального функціонування шлунково-кишкового тракту [1, 2, 4, 6, 8].

Відома велика кількість способів лікування хворих з ФЗСШ. Більшість з них полягає в застосуванні медикаментозних та не медикаментозних засобів. На даний час відсутня єдина патогенетична терапія. Підбір препаратів симптоматичної терапії є складним та творчим процесом лікуючого лікаря. Тому були розроблені способи лікування хворих з ФЗСШ.

Найбільш поширеним способом лікування хворих з ФЗСШ є: призначення прокінетиків, антацидів, антисекреторних препаратів, рекомендації по зміні режиму праці та відпочинку, рекомендації по зміні режиму та характеру харчування [3, 5, 7, 9]. Цей спосіб прийнятий за прототип.

Істотними недоліками цього способу є те, що в більшості випадків хворі не притримуються рекомендацій по зміні режиму праці та відпочинку, зміні режиму та характеру харчування. Це пов'язано з тим, що такі хворі в основному лікуються амбулаторне та фактично не в змозі змінити режим праці відпочинку та харчування. Ті хворі, які лікуються в умовах стаціонару, різко змінюють ритм та характер своєї звичної повсякденної праці, відпочинку та харчування, що вищою нервовою діяльністю людини сприймається в якості нового стресогенного чинника, що погіршує перебіг захворювання. Решта лікарських призначень стосується фармакологічних засобів, які виконують функцію виключно симптоматичної терапії.

Задача винаходу, що вирішується, полягає в нормалізації процесів гальмування збудження в центральній та вегетативній нервовій системах, які мають безпосередній регулюючий вплив на функцію органів травлення, зокрема на стравохід та шлунок.

Технічним результатом є підвищення якості та зменшення термінів лікування хворих з ФЗСШ.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, що включає застосування медикаментозних та немедикаментозних засобів, згідно з винаходом, як медикаментозний препарат додатково призначають препарат з групи психотропних засобів. При синдромі роздратованої слабкості - транквілізатори з групи похідних бензодіазепіну (хлосепід, сибазон, феназепам тощо) по ½-1 табл. 2-3 рази на добу (залежно від виразності психосоматичних ознак) з поступовим зменшенням дози протягом 2-х тижнів. При наявності тривоги та страху призначають антидепресанти (амітриптилін, азафен, мапротилін тощо) починаючи з малих доз (¼-½ табл. після вечері з поступовим доведенням дози до 2-3 табл. на добу та поступовим зменшення дози) курс лікування триває 2 тижня.

Перевагою такого методу лікування є врахування основних патогенетичних механізмів ФЗСШ. Призначення психоактивних препаратів корегує вплив центральної та вегетативної нервової системи на функцію органів травлення, зокрема стравоходу та шлунка. Крім того він однаково ефективний для пацієнтів, які лікуються як амбулаторне, так і в умовах стаціонару.

Спосіб, що пропонується, дозволяє ефективно та безпечно лікувати хворих з ФЗСШ як амбулаторне, так і в умовах стаціонару.

Для підтвердження запропонованого способу, були досліджені 28 хворих, які лікувалися в умовах денного стаціонару відділення гастроентерології.

Пацієнт Б., 27 років, історія хвороби №872, діагноз: дискінетична невиразкова диспесія. Хворіє протягом року. Загострення пов'язує зі зміною настрою та стресовими станами. Останній раз лікувався 4 місяці до останньої госпіталізації дієтою, прокінетиками, інгібіторами протонної помпи та антацидами виписаний в задовільному стані, значного полегшення не наступило. Останній час до попереднього лікування додано сибазон в дозі 0,005г (1табл.) за 1 годину до сну. Лікувався протягом 2 тижнів, виписаний 1,5 місяці тому в задовільному стані з покращенням. На даний час скарги на диспептичні явища відсутні.

Показники сили нервової системи (теппінг-тест).

Показник до лікування - 147, після лікування - 168.

Інтегральний показник загального стану за анкетною самооцінкою стану (ACC).

Інтегральний показник анкети до лікування - 22, після закінчення лікування - 37.

Показники рівня ситуаційної (реактивної) тривожності (методика Спілбергера-Ханіна).

Показник методики до лікування - 67, після закінчення лікування - 35.

Пацієнт П., 33 роки, історія хвороби №916, діагноз: спазм стравоходу, невротична реакція ситуаційно обумовлена, хворіє протягом двох місяців. Останній раз лікувався 1 місяць до останньої госпіталізації дієтою, прокінетиками та спазмолітиками виписаний в задовільному стані з покращенням. Після виникнення стресової ситуації на роботі наступило погіршення. До попереднього лікування додано феназепам в дозі 0,001 (1табл.) за 1 годину до сну та 0,0005г (0,5 табл.) зранку. Лікувався протягом 2 тижнів, виписаний 1 місяці тому в задовільному стані з покращенням. На даний час скарги на диспептичні явища відсутні.

Показники сили нервової системи (теппінг-тест).

Показник до лікування - 152, після лікування - 171.

Інтегральний показник загального стану за анкетною самооцінкою стану (ACC).

Інтегральний показник анкети до лікування - 20, після закінчення лікування - 35.

Показники рівня ситуаційної (реактивної) тривожності (методика Спілбергера-Ханіна).

Показник методики до лікування - 65, після закінчення лікування - 37.

Таким чином, результати застосування запропонованого способу лікування хворих з ФЗСШ дає можливість стверджувати, що за своєю ефективністю перевершує прототип, дозволяє активно і позитивно впливати на

функціональний стан центральної нервової системи та перебіг ФЗСШ, значно зменшує терміни одужання або реабілітації хворих. Такі переваги надають підстави для застосування способу у лікувальному процесі.

Список використаної літератури:

1. Вейн А.М. Идеи нервизма в гастроентерологии // Российский журнал гастроентерологии и гематологии. - №3, 1997. - с.76-79.
2. Гайда Е.Н. Стан емоційно-особистої сфери у хворих деякими гастроентерологічними захворюваннями // Клінічна медицина. - №1, 1997. - с.27-28.
3. Конорев М.Р., Литвяков А.М. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: синдром диспепсии // Медицинские новости №7, 2002г. с.18-21.
4. Кулагина Г.А. Особенности нарушений сна у больных с функциональной диспепсией // Український медичний альманах. - 2002. - №1. - С.84-86.
5. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. Рук. В 3 т. Т.1-2-е изд., перераб. И доп. - Мн.: Выш. шк.; Витебск: Белмедкніга, 1998 - 552с.: ил.
6. Пелешук А.П. Влияние сна на секреторную и моторную функции желудка. - Автореферат дисс... д.м.н. Киев 1962.
7. Фармакотерапевтический справочник гастроентеролога. Лекарственные препараты. Практическое пособие по гастроентерологии. А.С. Свиницкий, О.Я. Бабак. - Киев: продюсерский центр «Плеяда», 2000. - 422с.
8. Хендерсон Дж. М. Патофизиология органов пищеварения: Пер. с англ. - М.; СПб.: БИНОМ. - Невский диалект, 1999. - 2е изд, исп.- 286с.
9. Пелешук А.П., Ревенюк К.М. Функціональні розлади травневої системи. - К. - 1985, 146С.