

ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Коршевнік Д.О.

Військова частина А1906

Резюме. Проаналізовано результати дослідження клінічної характеристики больового синдрому функціональної диспепсії у військовослужбовців. Досліджувались показники, які характеризують больовий симптомокомплекс. Виявлено достовірне переважання болів сильної інтенсивності у військовослужбовців з функціональною диспепсією. За іншими показниками больового синдрому у цієї категорії хворих особливостей не знайдено.

Ключові слова: функціональна диспепсія, військовослужбовці, больовий синдром.

Вступ. Діагностика функціональної диспепсії (ФД) передбачає насамперед виключення органічних захворювань, що мають аналогічну симптоматику, тобто органічну диспепсію [0]. Діагностичний пошук будь-якого захворювання починається зі збору скарг та деталізації суб'єктивних відчуттів, які турбують хворого. Від того наскільки лікар, особливо лікар у військах, буде орієнтований у властивостях скарг того чи іншого захворювання, залежить подальше призначення додаткових діагностичних інструментальних та лабораторних методів дослідження [0, 0].

Враховуючи те, що ФД та хронічний гастрит (ХГ) мають схожу клінічну симптоматику, а відрізняються лише наявністю ураження слизової оболонки шлунку і, відповідно до того, потребують різних підходів до лікування. А призначення адекватного лікування є запорукою швидкого одужання військовослужбовця (ВС) [0].

Особливістю професійної діяльності 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 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 приводити до зрушень психо-емоційного та психо-вегетативного стану, що в свою чергу викликає дисфункцію вегетативної регуляції [0]. На сучасному етапі ФД розглядається виключно з точки зору патології яка має психогенну природу [0]. Враховуючи вищенаведене, можливо висунути припущення щодо наявності у ВС з ФД особливостей клінічного прояву больового синдрому [0].

Метою проведеного дослідження була комплексна оцінка особливостей больового синдрому у ВС з ФД.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження та підбір клінічного матеріалу здійснений у гастроентерологічних відділеннях Центрального госпіталю Міністерства внутрішніх справ України та Басейної клінічної лікарні міста Києва. Під клінічним спостереженням знаходилося 144 ВС, 85 з яких встановлено діагноз хронічного гастриту (ХГ), а 59 на момент проведення дослідження мали ФД. Середній вік складав $23,83 \pm 5,41$ років. Відповідно до дизайну дослідження група контролю була сформована з цивільних осіб. Групу хворих з осіб цивільних

професій, які проходили лікування у тому ж відділенні було відібрано загальною кількістю 43 особи. Серед яких 24 особи з ХГ та 19 пацієнтом з ФД. Середній вік складав $24,12 \pm 5,98$ років.

За статтю, віком, освітою та наявною іншою патологією, яка не впливала на перебіг основного захворювання пацієнти вказаних груп були статистично однорідні.

Дослідження виконане у дизайні відкритого перехресного дослідження. Форма дослідження – активне цілеспрямоване проведення клінічних обстежень пацієнтів, збору, узагальнення та аналізу їх результатів.

Вибірка спостереження сформована з ВС, яким встановлений діагноз ФД. Контроль забезпечувався вибірками між групового та внутрішньо групового контролю.

Так, оцінка особливостей больового синдрому базувалась на детальному аналізі скарг. Больовий синдром досліджений за характером, локалізацією, інтенсивністю, наявністю іррадіації, причин виникнення та заходів, які полегшують чи сприяють зникненню больових відчуттів.

Отримані дані наведено у відносних частотах з середньоквадратичним відхиленням. З огляду на оперування відносними величинами можливість використання обмежена лише непараметричними критеріями. Оскільки одночасно порівнювались показники декількох незалежних груп, застосовано χ^2 критерій Пірсона.

Очікуваний результат дослідження – визначення особливостей проявів больового синдрому у ВС з ФД.

Результати дослідження та їх обговорення. Одними з перших скарг хворих, які звертаються з захворюваннями шлунку є різновид больового симптомокомплексу. При чому, цей синдром має певні специфічні особливості: характер, локалізація, інтенсивність, іррадіація, суб'єктивні причини виникнення/посилення болю та фактори, які призводять до полегшення/зникнення больових відчуттів.

Характер болю є суто суб'єктивною ознакою, тому його оцінку проведено шляхом ретельного опитування всіх пацієнтів, які приймали участь у дослідженні. Розподіл типової характеристики болю за категоріями хворих наведений у таблиці 1.

Достовірна різниця в розподілі серед всіх категорій хворих не виявлена за типовою характеристикою болю ($p > 0,05$).

У ВС з ФД виявлена тенденція до переважання постійного (ниючого) болю, на який скаржились 30 ($50,85 \pm 6,51\%$) осіб, у хворих цивільних спеціальностей подібний біль турбував 8 ($42,11 \pm 11,64\%$) пацієнтів. Трохи більше половини хворих з ХГ як ВС, так і цивільних спеціальностей відмічали в себе наявність болю такого характеру: 50 ($58,82 \pm 5,34\%$) та 8 ($54,17 \pm 10,17\%$) пацієнтів відповідно ($p_{1-4} > 0,05$).

Періодичні болі турбували майже третину хворих зі всіх клінічних груп: 25 ($29,41 \pm 4,94\%$) ВС з ХГ, 18 ($30,51 \pm 5,99\%$) ВС з ФД, 8 ($10,17 \pm 3,93\%$) цивільних пацієнтів з ХГ та 7 ($10,17 \pm 3,93\%$) хворих з ФД цивільних спеціальностей ($p_{1-4} > 0,05$).

Мінімальна кількість пацієнтів серед всіх досліджуваних скаржились на переймоподібні болі, які були виявлені у 10 (11,76±3,49%) ВС з ХГ, 11 (18,64±5,07%) ВС з ФД, 3 (12,50±6,75%) цивільних пацієнтів з ХГ та 4 (12,50±6,75%) хворих з ФД цивільних спеціальностей ($p_{1-4} > 0,05$).

На підставі наведених результатів можна сказати, що особливості характеру больового симптомокомплексу у ВС з ФД не виявлені.

Таблиця 1

Розподіл типової характеристики болю за категоріями хворих

Типова характеристика болю	Військовослужбовці		Цивільні		P
	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	
Постійний (ниючий)	58,82±5,34	50,85±6,51	54,17±10,17	42,11±11,64	p1=0,338 p2=0,398 p3=0,651 p4=0,473
Періодичний	29,41±4,94	30,51±5,99	33,33±9,62	36,84±11,37	p1=0,822 p2=0,693 p3=0,690 p4=0,590
Переймоподібний	11,76±3,49	18,64±5,07	12,50±6,75	21,05±9,61	p1=0,252 p2=0,405 p3=0,744 p4=0,733

Примітка: у таблиці наведена відносна частота виявлення ознаки у відсотках від загальної кількості хворих у вибірці з зазначенням середньоквадратичного відхилення для відносних величин.

Значення достовірностей p: p1 – при порівнянні груп ВС з ХГ та ВС з ФД; p2 – при порівнянні груп цивільних з ХГ та цивільних з ФД; p3 – при порівнянні груп ВС з ХГ та цивільних з ХГ; p4 – при порівнянні груп ВС з ФД та цивільних з ФД.

Наступною суб'єктивною характеристикою больового синдрому є його локалізація, що дає змогу виявити місце можливих патологічних зрушень. Так, розподіл локалізації болю за категоріями хворих наведений у таблиці 2.

Аналіз частота виявлення локалізації больових відчуттів серед всіх категорій хворих так само не дав достовірної різниці. Виявлена тенденція до переважання локалізації болю у епігастральній ділянці серед ВС з ФД, та становила 54 (91,53±3,63%) досліджуваних; а серед цивільних пацієнтів з ФД така локалізація болю була виявлена у 16 (84,21±8,59%) хворих. Епігастральна локалізація больових відчуттів серед хворих на ХГ 74 (83,53±4,02%) ВС та 16 (84,21±8,59%) цивільних пацієнтів ($p_{1-4} > 0,05$).

Виявлена тенденція до зменшення кількості ВС з ФД з локалізацію больових відчуттів у пупковій ділянці в порівнянні з іншими категоріями хворих: 4 (6,78±3,27%) особи, 2 (10,53±7,23%) цивільних пацієнти з ФД, 8 (9,41±3,17%) ВС з ХГ, 3 (10,53±7,23%) хворих цивільних спеціальностей з ФД ($p_{1-4} > 0,05$).

Кількість хворих з ФД як військових так і цивільних з локалізацією болю у правому/лівому підребер'ї виявлена в межах похибки ($p_{1-4} > 0,05$).

Отже, для ВС з ФД локалізація больових відчуттів, так само, як і типова характеристика болю не мала особливостей. Виявлена тенденція до збільшення кількості хворих з локалізацією болю у епігастральній ділянці у всіх категорій хворих.

Особливості больового синдрому вивчені також за показником інтенсивності. Розподіл інтенсивності болю за категоріями хворих наведений на рисунку 1.

Відносна частота виявлення больових відчуттів помірної інтенсивності була достовірно меншою у ВС з ФД ніж у ВС з ХГ та виявлена у 3 ($9,68 \pm 5,31\%$, $p < 0,001$) хворих. Серед цивільних хворих з ФД кількість таких пацієнтів становила 2 ($18,18 \pm 12,20\%$) особи, що відповідає кількості ВС з ФД, але зі значно більшою похибкою ($p > 0,05$).

Таблиця 2

Розподіл локалізації болю за категоріями хворих

Локалізація болю	Військовослужбовці		Цивільні		P
	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	
Епігастральна ділянка	$83,53 \pm 4,02$	$91,53 \pm 3,63$	$79,17 \pm 8,29$	$84,21 \pm 8,59$	$p1=0,147$ $p2=0,550$ $p3=0,632$ $p4=0,403$
Пупкова ділянка	$9,41 \pm 3,17$	$6,78 \pm 3,27$	$12,50 \pm 6,75$	$10,53 \pm 7,23$	$p1=0,497$ $p2=0,592$ $p3=0,661$ $p4=0,584$
Праве/ліве підребер'я	$7,06 \pm 2,78$	$1,69 \pm 1,68$	$8,33 \pm 5,64$	$5,27 \pm 5,26$	$p1=0,113$ $p2=0,452$ $p3=0,697$ $p4=0,392$

Примітка: у таблиці наведена відносна частота виявлення ознаки у відсотках від загальної кількості хворих у вибірці з зазначенням середньоквадратичного відхилення для відносних величин.

Значення достовірностей p: p1 – при порівнянні груп ВС з ХГ та ВС з ФД; p2 – при порівнянні груп цивільних з ХГ та цивільних з ФД; p3 – при порівнянні груп ВС з ХГ та цивільних з ХГ; p4 – при порівнянні груп ВС з ФД та цивільних з ФД.

Достовірно більшою була кількість хворих ВС з ФД з больовим симптомокомплексом сильної інтенсивності та становила 19 ($61,29 \pm 8,75\%$) в порівнянні з групою ВС, хворих на ХГ, кількість яких з подібними болями була 9 ($11,54 \pm 3,62\%$) пацієнти ($p < 0,05$). Кількість цивільних пацієнтів з ФД, які скаржились на сильні больові відчуття була 3 ($27,27 \pm 14,08\%$) особи, що менше за подібною ознакою в порівнянні з групою ВС, хворих на ФД, але більше ніж кількість цивільних пацієнтів з ХГ, кількість яких була 3 ($9,09 \pm 6,13\%$) особи.

Майже однаковою за кількістю пацієнтів, які скаржились на виражені больові відчуття були серед ВС з ХГ, ВС з ФД та цивільних пацієнтів з ХГ, та становила: 19 ($24,36 \pm 4,86\%$), 9 ($29,03 \pm 8,15\%$), 6 ($27,27 \pm 9,50\%$) хворих відповідно

($p > 0,05$). Виявлена тенденція до збільшення кількості пацієнтів цивільних спеціальностей з ФД загальною кількістю 6 ($54,55 \pm 15,75\%$).

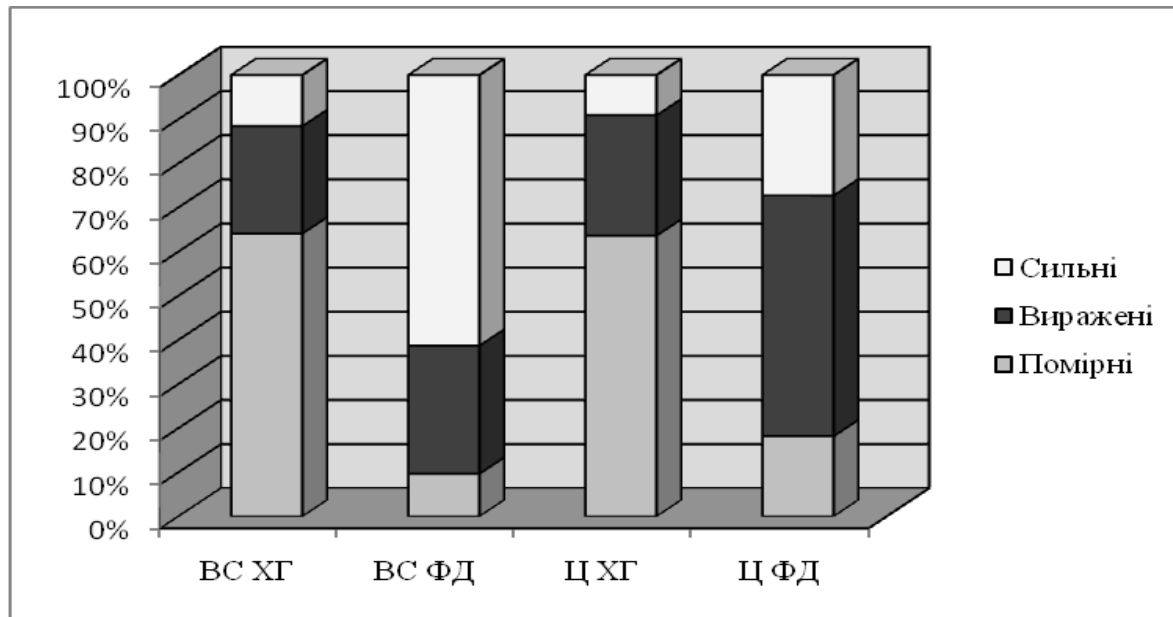


Рисунок 1. Розподіл інтенсивності болю за категоріями хворих.

Виходячи з вищенаведеного можна сказати, що для ВС з ФД характерно переважання сильних больових відчуттів, а цивільні пацієнти з ФД мали тенденцію до збільшення кількості хворих з вираженими больовими відчуттями.

Наступною властивістю болю, яка заслуговує на увагу, є іррадіація. Розподіл іррадіації болю за категоріями хворих наведений у таблиці 3.

Таблиця 3

Розподіл іррадіації болю за категоріями хворих

Іррадіація болю	Військовослужбовці		Цивільні		P
	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	
Не іррадіують	83,33±4,22	41,94±8,86	77,27±8,93	63,64±15,21	p1<0,001 p2<0,05 p3=0,581 p4=0,213
В праве/ліве підребер'я	8,97±3,24	19,35±7,10	13,64±7,32	9,10±9,09	p1=0,646 p2=0,313 p3=0,563 p4=0,346
В верхню/нижню половину живота	7,69±3,02	38,71±8,75	9,09±6,13	27,27±14,08	p1<0,05 p2=0,390 p3=0,697 p4=0,529

Примітка: у таблиці наведена відносна частота виявлення ознаки у відсотках від загальної кількості хворих у вибірці з зазначенням середньоквадратичного відхилення для відносних величин.

Значення достовірностей p : p_1 – при порівнянні груп ВС з ХГ та ВС з ФД; p_2 – при порівнянні груп цивільних з ХГ та цивільних з ФД; p_3 – при порівнянні груп ВС з ХГ та цивільних з ХГ; p_4 – при порівнянні груп ВС з ФД та цивільних з ФД.

Достовірно менша кількість пацієнтів у яких больові відчуття не іррадіювали в інші анатомічні ділянки виявлена у ВС з ФД та становила 13 ($41,94 \pm 8,86\%$, $p_1 < 0,001$) осіб. Серед хворих на ХГ військових та цивільних спеціальностей а також цивільних хворих з ФД виявлене значне переважання кількості пацієнтів у яких больові відчуття були без іррадіації; так 65 ($83,33 \pm 4,22\%$) ВС з ХГ, 17 ($77,27 \pm 8,93\%$) цивільних, хворих на ХГ та 7 ($63,64 \pm 15,21\%$) пацієнтів цивільних спеціальностей з ФД ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$; $p_3, 4 > 0,05$).

Значно більша була кількість пацієнтів, у яких болі іррадіювали у верхню/нижню частину живота виявлені серед ВС з ФД та становили 12 ($38,71 \pm 8,75\%$, $p_1 < 0,05$) випадків.

Іррадіація болі в праве/ліве підребер'я серед всіх категорій хворих достовірно не відрізнялась при порівнянні між клінічними підгрупами пацієнтів ($p_{1-4} > 0,05$).

Отже, феномен іррадіації у ВС з ФД характеризується майже рівномірним розподілом кількості хворих які не відчувають іррадіації болю та у яких болі іррадіюють у верхню/нижню половину живота, а цивільні пацієнти з ФД мали близько третини хворих з абдомінальною іррадіацією болю. У пацієнтів з ХГ значно переважає відсутність іррадіації больових відчуттів. З огляду на те, що іррадіація болю є відбиття передачі больових відчуттів в ділянки тіла, які іннервуються з одних і тих самих корінців, в яких проходять чутливі волокна, які несуть імпульси від відповідних ділянок тіла, які можуть мати функціональний зв'язок; наявність іррадіації в різні частини тіла у хворих на ФД, на відміну від ХГ може свідчити про прояви наявності зрушень у процесах гальмування та збудження у регуляторних механізмах нервової системи.

Ще однією важливою характеристикою больового синдрому є заходи, які спричиняють полегшення/зникнення больових відчуттів. Розподіл факторів, які призводять до полегшення/зникнення больових відчуттів за категоріями хворих наведені у таблиці 4.

Фактори, які призводять до полегшення/зникнення болю у пацієнтів з ФД розподілилися наступним чином: самовільне зникнення больових відчуттів та полегшення болю після приймання їжі достовірно не відрізнялось у всіх підгрупах хворих.

Аналіз розподілу зникнення болю та від приймання препаратів показав відсутність достовірного розходження між підгрупами, окрім підгрупи ВС з ФД, які приймали комбіновані барбітурати. Так, 12 ($38,71 \pm 8,75\%$) пацієнтів з підгрупи ВС з ФД та 4 ($5,13 \pm 2,50\%$) ВС з ХГ помічали в себе полегшення больових відчуттів після приймання таких препаратів ($p < 0,05$). Такий стан справ найбільш вірогідно може бути пов'язаний з тим, що у ВС існує чітка система медичного забезпечення особового складу, яка зводить до мінімуму самовільне призначення

лікарських препаратів. Слід зауважити, що протягом ретельного збору анамнезу більшість пацієнтів з ФД обох клінічних груп не одразу згадували саме від яких препаратів в них настає полегшення/зникнення больових відчуттів, що може вказувати на наявність "ефекту плацебо" при купуванні абдомінального болю у цієї категорії хворих.

Таблиця 4

Розподіл факторів, які призводять до полегшення/зникнення больових відчуттів за категоріями хворих

Фактори, які призводять до полегшення/зникнення болю	Військовослужбовці		Цивільні		P
	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	Хронічний гастрит	Функціональна диспепсія	
Самовільно	14,10±3,94	29,03±8,15	13,64±7,32	45,45±15,75	p1=0,662 p2=0,232 p3=0,709 p4=0,302
Після прийому їжі	29,49±5,16	70,97±8,15	31,82±9,93	45,45±15,75	p1=0,193 p2=0,683 p3=0,775 p4=0,338
Після прийому препаратів:	29,49±5,16	70,97±8,15	40,91±10,48	45,45±15,75	p1=0,193 p2=0,392 p3=0,334 p4=0,338
Дротаверин	10,26±3,44	9,68±5,31	13,64±7,32	18,18±12,20	p1=0,290 p2=0,592 p3=0,661 p4=0,441
Омепразол/ранітидин	14,10±3,94	22,58±7,51	18,18±8,22	18,18±12,20	p1=0,734 p2=0,449 p3=0,651 p4=0,619
Комбіновані барбітурати*	5,13±2,50	38,71±8,75	9,09±6,13	9,10±9,09	p1<0,05 p2=0,452 p3=0,536 p4=0,091

Примітка: у таблиці наведена відносна частота виявлення ознаки у відсотках від загальної кількості хворих у вибірці з зазначенням середньоквадратичного відхилення для відносних величин.

Значення достовірностей p: p1 – при порівнянні груп ВС з ХГ та ВС з ФД; p2 – при порівнянні груп цивільних з ХГ та цивільних з ФД; p3 – при порівнянні груп ВС з ХГ та цивільних з ХГ; p4 – при порівнянні груп ВС з ФД та цивільних з ФД.

*комбіновані барбітурати – препарати з підгрупи барбітурати в комбінації з іншими препаратами (корвалол, корвалдин, барбовал, дарвилол тощо).

Висновки:

Таким чином, в результаті виконання дослідження показано, що особливістю больового синдрому у ВС з ФД є переважання болів сильної інтенсивності, які виявлені у 61,29%, виражені болі відчували в себе 29,03% та 9,68% пацієнтів скаржились на болі помірної інтенсивності без іррадіації, але з

тенденцією до іррадіації у верхню/нижню половину живота ($p > 0,05$), які у більшості випадків (близько 40%) проходили після приймання комбінованих барбітуратів. У цивільних пацієнтів з ФД больовий симптомокомплекс, на відміну від ВС, характеризується меншими за інтенсивністю больовими відчуттями, переважанням відсутності іррадіації та однаковою ефективністю зменшення больових відчуттів після приймання дротаверину чи омепразолу/ранітидину.

Решта клінічних проявів больового синдрому достовірно не відрізнялась у всіх категоріях хворих.

Література:

1. Боченков А.А., Третьяков В.А. Метаболические изменения у летчиков в условиях профессиональной деятельности // Военно-медицинский журнал. - 1987. - № 3. - С. 47-48.
2. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. - № 1. – С.23-27.
3. Ивашкин В.Т. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии / Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. – М., 2000. – С. 1–7.
4. Лопань А.В. Психологические аспекты военной службы. Учебное пособие - Москва: МАИ, 2004.- 120 с.
5. Титова С.С. Особенности синдрома диспепсии в современных условиях / Титова С.С. // Аспирантский вестник Поволжья – Самара. - № 3-4 – 2008. - С.39-42.
6. Шептулин А.А. Алгоритм диагностики и лечения при синдроме функциональной диспепсии // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, № 28. - С.1601-1603.
7. Шептулин А.А. Хронический гастрит и функциональная диспепсия: есть ли выход из тупика? // РЖГГК. - 2010. - Т.20. - №2. - С. 84-88.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМУ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Коршевніук Д.О.

Резюме. Проанализированы результаты исследования клинической характеристики болевого синдрома функциональной диспепсии у военнослужащих. Исследовались показатели, которые характеризуют болевой симптомокомплекс. Выявлено достоверное преобладание более сильной интенсивности у военнослужащих с функциональной диспепсией. По другим показателям болевого синдрома у этой категории больных особенности не найдены.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, военнослужащие, болевой синдром.

FEATURES PAIN IN THE MILITARY WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

D.Korshevniuk

Summary. The results of research of the pain syndrome clinical characteristic of the servicemen with functional dyspepsia are analyzed. Pay attention to the features that characterized the pain syndrome. It was reliable significant prevalence of intense pain of the servicemen with functional dyspepsia. For the others features of the pain syndrome on this category patients reliable significant are not found.

Keywords: functional dyspepsia, servicemen, pain syndrome.