

Бальнеофизиотерапия больных с синдромом раздраженного кишечника в условиях Железноводского курорта

А.Б. Воеводин², Н.Г. Уварова², О.А. Сергеева², Ю.Б. Бариева², В.Ф. Казаков¹, Т.М. Товбушенко¹

¹Главное медицинское управление УД Президента РФ,

²ФГУ «Санаторий «Дубовая роща» УД Президента РФ

Приводятся результаты лечения 120 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием в клинической картине запоров и абдоминальных болей с метеоризмом в условиях Железноводского курорта. Применяли природные лечебные факторы курорта, а также сочетание их с преформированными физическими факторами (интерференционные токи, магнитолазеротерапия, классическая иглорефлексотерапия). Установлено, что эффективность терапии в группе больных, получавших бальнеолечение составила 76%, а в группах больных, получавших, помимо бальнеотерапии, один из вариантов физиотерапевтического воздействия, эффективность лечения оказалась выше – 92,3% ($p < 0,01$). Проведенные исследования показали высокую эффективность использования природных лечебных факторов Железноводского курорта в сочетании с физиотерапевтическими методами воздействия (интерференционные токи, магнитолазеротерапия, классическая иглорефлексотерапия) при лечении больных СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, запоры, бальнеологическое лечение, Железноводский курорт, интерференционные токи, магнитолазеротерапия, классическая иглорефлексотерапия.

Results of treating 120 patients with a syndrome of irritated bowel (SIB) which is mostly manifested by constipation, abdominal pains and flatulence are presented in the paper. All the patients were treated at Zheleznovodsk health-resorts and their treatment included natural curative factors of this health-resort area plus preformed physical factors (interferential current therapy, magnet-laser therapy, classical acupuncture therapy). It has been found out that effectiveness of treatment in patients who had balneotherapy sessions was 76%, while in patients in whose treatment one of physiotherapeutic modalities was added it turned to be as high as 92.3% ($p < 0.01$). The studies performed have shown highly effective results of combining natural curative factors of Zheleznovodsk area and physiotherapeutic methods (interferential current therapy, magnet-laser therapy, classical acupuncture therapy) for treating patients with SIB

Key words: syndrome of irritated bowel, constipation, balneological treatment, health-resort Zheleznovodsk, interferential currents, magnet-laser therapy, classical acupuncture therapy

Функциональная патология кишечника, в частности синдром раздраженного кишечника (СРК), является в последние десятилетия наиболее часто встречающейся нозологией среди больных гастроэнтерологического профиля в цивилизованных странах [5, 10].

Согласно эпидемиологическим исследованиям последних лет, от проявлений СРК страдает 1 млрд человек, что в среднем составляет 20% населения земного шара [1, 8]. Пик заболеваемости приходится на молодую, трудоспособный возраст, при очевидном преобладании симптомов заболевания среди женщин [8]. Развитие СРК сопровождается снижением качества жизни пациентов: нарушается трудовая деятельность, сон, сексуальная активность. По данным Американской гастроэнтерологической ассоциации за 2001 г., стоимость медицинской помощи, полученной больными СРК, оценивалась в 8 млрд долларов, а с учетом пропущенных рабочих дней эта сумма возрастала до 20–25 млрд долларов [1, 11]. Таким образом, СРК не только значительно ухудшает качество жизни пациентов, но и наносит серьезный экономический ущерб обществу [5].

Согласно современным представлениям, СРК является биопсихосоциальным функциональным кишечным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патогенетических механизмов: психосоциального воздействия и сенсоромоторной дисфункции [1, 4, 6]. Подобная характеристика СРК вносит значительные сложности при осуществлении программы лечения заболевания [2]. Согласно решениям Международного комитета классификации и стандартизации критериев диагностики функциональных болезней пи-

щеварительного тракта («Римские критерии»), диагноз СРК устанавливается лишь после детального обследования больного и исключения у него органического заболевания при продолжительности функциональных расстройств дистальных отделов кишечника не менее 3 мес в течение года [13, 14]. Однако до настоящего времени попытки разработать эффективную схему терапии СРК не привели к ожидаемому результату.

В связи с этим изучение комплексного воздействия курортных факторов и физиотерапевтических методов у больных с СРК представляется весьма перспективным. Ранее проведенные исследования показали, что минеральные воды и пелоиды Кавказских Минеральных Вод оказывают положительное действие на механизмы регуляции секреторной и моторной функций органов пищеварения, нормализуют гормональный фон гастроинтестинальной нейроэндокринной системы, оказывают регулирующее и нормализующее влияние на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую, катехоламинергическую системы, повышают неспецифическую резистентность, иммунологическую реактивность организма, что сопровождается выраженным седативным, анальгезирующим, противовоспалительным, десенсибилизирующим действием. Из числа методов физиотерапии хорошо зарекомендовали себя электросон, гальванический анодный воротник, УВЧ-терапия, синусоидальные модулированные и диадинамические токи, индуктотермия на область кишечника [3, 9]. Метод иглорефлексотерапии издавна применяется в комплексной терапии различных заболеваний, с наибольшей эффективностью – при функциональных расстройствах вегетативной нервной системы

и органов пищеварения, о чем свидетельствует большое количество научных работ. Есть все основания полагать, что курортное лечение особенно показано больным с психосоматической патологией и более всего соответствует современным представлениям о необходимости проведения комплексной терапии для коррекции гастроэнтерологических и психоэмоциональных расстройств у больных с СРК.

Целью проведенного исследования являлась разработка наиболее эффективных методик восстановительного лечения больных с СРК на санаторно-курортном этапе с использованием физиотерапевтических методов (интерференционных токов, магнитолазерной терапии – МЛТ и иглорефлексотерапии).

Материалы и методы

В ФГУ «Санаторий «Дубовая роща» Управления делами Президента РФ наблюдались 120 больных с СРК с преобладанием в клинической картине запоров и абдоминальных болей с метеоризмом. Диагноз СРК устанавливали согласно «Римским критериям», при этом с целью последующего динамического наблюдения клинически значимые жалобы (боль в животе, боль, облегчающаяся при дефекации, чередование диареи с запором, тяжесть и длительность запора, метеоризм, выделение слизи, чувство неполного опорожнения кишечника), а также жалобы, которые могли трактоваться как признаки внекишечных проявлений СРК (головная боль, сонливость, дизурия), не только протоколировали, но и оценивали по 5-балльной шкале.

Среди наблюдаемых больных преобладали женщины (76 человек – 63,3%). Средний возраст пациентов составил $38,7 \pm 5,7$ года. Большинство больных (65,8%) страдало СРК от 1 года до 10 лет.

При поступлении все больные предъявляли жалобы на наличие обстипационного синдрома, который характеризовался у большинства больных (93,3%) урежением частоты актов дефекации до 3 раз и менее в неделю, изменением консистенции кала: «овечий» кал или в виде карандаша без примесей крови и гноя. Большинство пациентов отмечали выделение слизи с каловыми массами (60%), избыточное напряжение, необходимое для акта дефекации (96,7%), ощущение неполного опорожнения кишечника (53,3%).

Абдоминальная боль различной степени интенсивности – от легкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интенсивной схваткообразной, имитирующей клиническую картину кишечной колики, наблюдалась у 76,6% пациентов. Как правило, боль локализовалась внизу живота, преимущественно в левой подвздошной области, появлялась или усиливалась сразу после приема пищи. Во всех случаях отмечалась четкая связь возникновения болей с нарушением диеты или психоэмоциональным напряжением. На фоне появления боли большинство пациентов (83,3%) отмечали вздутие живота, нарастающее во второй половине дня. Боли стихали после дефекации и отхождения газов и не беспокоили по ночам. 82% пациентов отмечали симптомы, характерные для поражения других отделов желудочно-кишечного тракта, которые чаще всего были обусловлены сочетанной функциональной патологией органов пищеварения.

Данные госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS выявили субклинически и клинически выра-

женную тревогу/депрессию у 79,3% пациентов. Данные физикального исследования оказались малоинформативными, отмечались лишь легкая или умеренная пальпаторная болезненность по всей поверхности живота и умеренно спазмированные петли кишечника (у 96,7% больных).

В соответствии с задачами исследования всем больным были проведены сигмо- или колоноскопия для исключения воспаления, опухолей или меланоза толстой кишки; исследования кала: копрограмма, исследование кишечной микрофлоры; клинические и биохимические тесты крови, а также УЗИ органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопия (по показаниям). Консультацию психотерапевта получили все наблюдаемые пациенты.

Пациенты были разделены на 4 группы. Пациенты 1-й группы получали комплексное курортное лечение, включавшее санаторно-курортный режим, диетическое питание, лечебную физкультуру, внутренний прием питьевой высокотермальной углекислой гидрокарбонатно-сульфатной натриево-кальциевой воды малой минерализации (3,6 г/л) источника «Славяновский» по традиционной методике из расчета 3 мл на 1 кг массы тела за 40–45 мин до еды 3 раза в день, углекислые ванны (идентичные по составу питьевой минеральной воде), 37° С по 8–10 мин, 10–12 ванн на курс лечения, кишечные процедуры (сифонные промывания кишечника минеральной водой, микроклизмы с отваром трав и масляные). Пациенты 2, 3 и 4-й групп получали, помимо перечисленных методов, один из вариантов физиотерапевтического воздействия. Во 2-й группе применяли интерференционные токи аппаратом «Ионосон-эксперт» на область проекции толстой кишки с частотой до 10 Гц и силой тока 20–30 мА ежедневно на курс 8–10 процедур, в 3-й группе – МЛТ аппаратом «Узор 2К» - ПМП 28 мТл + ИК импульсный лазер по контактной методике с частотой 80 Гц ежедневно на курс 8–10 процедур. Способ воздействия МЛТ: накожно по соответствующим полям на передней брюшной стенке, время воздействия на одно поле – 1 мин. В 4-й группе дифференцированно применяли метод классической иглорефлексотерапии с использованием аурикулотерапии и корпоральной иглорефлексотерапии в зависимости от клинических проявлений заболевания, вегетативной иннервации и психологического статуса пациента. Все группы больных по основным клиническим показателям были репрезентативны.

Оценка непосредственных результатов проводилась по следующим критериям: улучшение – положительная оценка субъективных и объективных критериев СРК; незначительное улучшение – положительная динамика по субъективной оценке больного без положительных объективных данных; без перемен – согласно субъективной и объективной оценке, ухудшение – отрицательная динамика основных клинических проявлений заболевания. Были также учтены наличие и степень выраженности бальнеопатологической реакции, влияние бальнеопатологической реакции на общий результат курортного лечения.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения у значительного количества больных наблюдалась положительная дина-

мика основных клинических и параклинических показателей, характеризующих общее самочувствие, состояние психоэмоциональной сферы и моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. К концу курса лечения самостоятельный стул с частотой дефекации до 4–5 раз в неделю отмечался у 96,4% пациентов, примерно с такой же частотой уменьшились жалобы на затруднения акта дефекации и чувство неполного опорожнения кишечника. Прекратились или значительно уменьшились боли у 87% больных, параллельно уменьшению боли наблюдалось снижение метеоризма. Состояние психоэмоциональной сферы улучшилось более чем у 90% пациентов. Бальнеопатологических реакций, требовавших отмены процедуры, не наблюдалось.

Общая эффективность терапии по совокупности клинико-лабораторных данных оказалась следующей: в 1-й группе улучшение наблюдалось у 76% больных с СРК, во 2-й – у 90%, в 3-й – у 92% и в 4-й – у 95% пациентов. Таким образом, в группах больных, получавших, помимо бальнеотерапии, один из вариантов физиотерапевтического воздействия, эффективность лечения оказалась выше – в среднем составила 92,3% ($p < 0,01$).

Проведенные исследования показали, что использование природных лечебных факторов Железноводского курорта в сочетании с физиотерапевтическими методами воздействия (интерференционные токи, МЛТ, классическая иглорефлексотерапия) является высокоэффективным методом лечения СРК.

Литература

1. Арутюнов А.Г., Бурков С.Г. Синдром раздраженного кишечника с позиции практикующего врача // *Русский медицинский журнал*. – 2005. – № 27. – С. 1–4.
2. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // *Consilium medicum*, 2000. – Т. 7. – С. 3–15.

3. *Гастроэнтерология и гепатология: диагностика, лечение. Руководство для врачей под редакцией Калинина А.В., Хазанова А.И.* – Москва: Изд-во Миклош, 2007.

4. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Белхушет С. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание // *Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии*. – 2003. – № 6. – С. 2–10.

5. *Избранные лекции по гастроэнтерологии / под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина.* – М., МЕДпресс; 2001. – С. 54–82.

6. Козлова И.В., Цыбина М.И. Синдром раздраженного кишечника как психосоматическая проблема: клиника, диагностика, тактика ведения / *Методические рекомендации.* Саратов., 2002. – С. 3–14.

7. Мартынов А.И., Шилов А.М., Макарова И.А. Синдром раздраженного кишечника – патогенетические механизмы // *Лечащий врач*. – 2010. – № 5.

8. Полуэктова Е.А. Синдром раздраженного кишечника – от патогенеза к лечению // *Южно-Российский журнал*. – 2004. – № 4. – С. 39–43.

9. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А. *Физические методы в гастроэнтерологии.* – СПб., 2004. – 285 с.

10. Румянцев В.Г. Синдром раздраженного кишечника: путь к Римским критериям III. *Фарматека*. № 10, 2008. – С. 16–23.

11. Синдром раздраженного кишечника. Учебное пособие под редакцией Маева И.В., Москва. 2004.

12. Фролькис А.В. *Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта.* Л., 1991.

13. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A., Heaton K.W., Irvine E.J., Muller-Lissner S.A. *Functionzl bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders.* Gut, 1999; 45 (Suppl. II): 1143–8.

14. Drossman D.A. *The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process.* Gastroenterology 2006; 130 (5): 1377–90.