

Немедикаментозные технологии коррекции психоэмоциональных нарушений при синдроме раздражённого кишечника

Н.В. Ефименко, Т.С. Казарьян

Федеральное государственное учреждение «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», Россия, г. Пятигорск

Авторами разработан метод немедикаментозной коррекции психосоматических и гастроэнтерологических нарушений при синдроме раздражённого кишечника (СРК) с комплексным применением питьевых минеральных вод железноводского типа, минеральных ванн и динамической электростимуляцией.

Показано, что сумма позитивных терапевтических эффектов используемых природных и преформированных лечебных факторов способствует активации саногенетических и адаптационных процессов, приводит к достижению повышения общей эффективности курортного лечения больных с СРК. При применении только бальнеотерапии эффективность лечения снижается почти в 1,5 раза.

Ключевые слова: синдром раздражённого кишечника, минеральные воды, динамическая электростимуляция

Актуальность. Патогенетические пути развития многих заболеваний, в том числе синдрома раздражённого кишечника (СРК), стали сложнее комплексными, всё большую роль в генезе соматической патологии стали играть нарушения центральной регуляции вегетативных функций [1]. В результате хронического стрессорного влияния происходит ослабление адаптационно-компенсаторных реакций, и организм начинает действовать в «каталийном режиме» [2,3], когда не происходит адекватная коррекция, позволяющая предотвратить отрицательную динамику патологии. Необходимо нормализовать проявления типичного конфликта между организмом человека и окружающей средой.

Цель исследования: разработка методов направленной немедикаментозной коррекции психосоматических и гастроэнтерологических нарушений при синдроме раздражённого кишечника.

Материал и методы. Для изучения поставленных задач на основе информированного добровольного согласия детально изучалась клиническая картина заболевания, анамнез, возможные причины и факторы риска, проводились рентгенологическое исследование кишечника, оценка психоэмоционального статуса по шкалам Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), Тейлора и Спилбергера-Ханина и качества жизни (КЖ) посредством использования

краткой версии опросника MOSSF-36-Item Short-Form Health Survey (MOSSF-36).

При поступлении с помощью тестирования по шкале GSRS абдоминальная боль выявлена в 86% случаев. Рефлюкс-синдром, в виде изжоги, отрыжки с кислым или горьким привкусом, тошноты, отмечен у 87% больных. Диарейный синдром наблюдался у 22% пациентов, обстипационный синдром – у 34% больных. Диспепсический синдром – у 98%. В целом, первичное тестирование по GSRS показало, что наиболее высокие показатели, свидетельствующие о нарушении КЖ, регистрировались по шкалам: абдоминальная боль и обстипационный синдром. При психологическом тестировании различной степени тревога была определена у всех пациентов. Рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта подтвердило наличие различных дискинезий кишечника у 100% больных.

Для решения вопроса о разработке новой технологии коррекции психоэмоциональных нарушений при СРК пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы (2 лечебных комплекса (ЛК):

- в 1-ой группе (группа сравнения, 1 ЛК, 40 человек) на фоне щадяще-тренирующего режима двигательной активности и лечебного питания назначалось традиционно назначаемое на Железноводском курорте лечение – внутренний



приём маломинерализованной минеральной воды (МВ) Славяновского источника из расчёта 5 мл на кг массы тела, температурой 20–35°C, большими глотками, 3 раза в день за 30 минут до еды, в течение 21 дня; минеральные ванны с указанной МВ, $t = 36-37^{\circ}\text{C}$, по 15 мин., на курс – 10 процедур; орошения кишечника аппаратом «АМОК-2А» с указанной МВ, $t = 35-36^{\circ}\text{C}$, 15 л на 1 процедуру со скоростью 1 л в минуту, 4 процедуры на курс лечения через 2 дня; микроклизмы с отваром трав – 100,0 мл на 1 микроклизму, 10 процедур на курс лечения;

- во 2-ой группе (основной ЛК, 40 человек) дополнительно назначалась динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) по схеме: сегментарно – в режиме «терапия» 7710 Гц в течение 10 мин; на проекцию печени – в режиме «терапия» 10 Гц в течение 5 минут; на проекцию толстого кишечника в режиме «терапия» 77 Гц в течение 10 минут; на биологически активные точки (БАТ) Хэ-гу и Цзю-сан-ли в режиме «минимальная эффективная доза» в течение 5 минут на каждую, через день, на курс 12 ежедневных процедур.

Материал был подвергнут статистическому анализу с помощью стандартных статистических программ при применении критериев параметрической (критерий Стьюдента) и непараметрической (критерий Вилкоксона-Манна-Уитни), метод Фишера, коэффициенты корреляции.

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке двух ЛК выявлено преимущество новой лечебной технологии перед традиционным курортным лечением. Так, по шкале СРК абдоминальная боль уменьшилась у 96% больных, получавших лечение по 2 ЛК, с $9,9 \pm 0,3$ до $1,8 \pm 0,6$ балла ($p < 0,01$) против 83,7% ($p_{1-2} < 0,05$) при применении 1 ЛК – с $9,8 \pm 0,5$ до $3,2 \pm 0,4$ балла ($p < 0,01$). Проявления рефлюкс-синдрома у больных 2 группы уменьшились в 97,7% случаев с $8,5 \pm 0,5$ до $1,8 \pm 0,6$ балла ($p < 0,01$) против 81,8% ($p_{1-2} < 0,05$) в 1 группе – с $7,8 \pm 0,4$ до $2,7 \pm 0,4$ балла ($p < 0,01$). Частота у пациентов основной группы к концу курортного лечения наблюдалась всего в 9,5% случаев (с $6,9 \pm 0,4$ до $2,0 \pm 0,6$ балла ($p < 0,01$) против 77,3% ($p_{1-2} < 0,05$) в 1 группе – с $8,5 \pm 0,6$ до $3,3 \pm 0,5$ балла ($p < 0,01$). Выраженность диспепсического синдрома уменьшилась у больных основной группы к концу курортного лечения с $8,1 \pm 0,5$ до $2,2 \pm 0,6$ балла ($p < 0,01$), процент улучшения составил 96. При применении только природных лечебных факторов (1 ЛК) наблюдалась тенденция к улучшению – с $7,8 \pm 0,2$ до $2,9 \pm 0,5$ балла ($p < 0,01$), процент улучшения – 81,3% ($p_{1-2} < 0,05$). Запоры при комплексном применении курортных факторов и ДЭНС-терапии наблюдались к концу лечения в 5,9% случаев (с $9,8 \pm 0,4$ до $1,9 \pm 0,2$ балла ($p < 0,01$) против 23,5% ($p_{1-2} < 0,05$) в группе сравнения – с $9,5 \pm 0,6$ до $2,6 \pm 0,4$ балла ($p < 0,01$).

Динамика регресса болевого синдрома подтверждается и данными показателей визуальной аналоговой шкалы (ВАШ): у больных, получавших лечение по 2 ЛК, интенсивность боли снизилась с $4,0 \pm 1,3$ до $0,8 \pm 1,2$ балла ($p < 0,01$), что объясняется дополнительным назначением ДЭНС-терапии. При применении только бальнеотерапии снижение данного показателя произошло с $3,8 \pm 1,4$ до $1,9 \pm 1,1$ балла ($p < 0,01$). Следует констатировать высокую эффективность ДЭНС-воздействия в регрессе болевого синдрома, что объясняется его лечебными эффектами, основными из которых являются – обезболивающий, спазмолитический, прокинетический [4, 5].

Преимущество 2 ЛК с дополнительным назначением ДЭНС-терапии подтверждалось данными оценки динамики показателей психологического тестирования (табл. 1). К концу курса лечения редукция тревожности по шкале Хейлора произошла у 75,8% пациентов основной группы, при применении 1 ЛК выраженность тревоги уменьшилась всего у 48,5% наблюдаемых ($p_{1-2} < 0,05$). По шкале Спилберга-Ханина уменьшение выраженности тревоги при дополнительном применении ДЭНС-терапии наблюдалось в 77,5% случаев, в группе сравнения – только в 50,5% ($p < 0,05$). По проценту улучшения показателя депрессии между 1 и 2 ЛК определена статистическая достоверность $p_{1-2} < 0,05$.

Результирующим явилось улучшение моторно-эвакуаторной функции толстого кишечника. Исследование динамики рентгенологических показателей после проведённого курса лечения с применением питьевых МВ, минеральных ванн и ДЭНС-терапии выявило следующее. У больных с СРК в целом по группе, независимо от варианта течения заболевания (с диареей, с запором, болями или смешанной формой), после проведённого курса лечения зарегистрирована существенная динамика нормализации моторики толстой кишки и её тонуса (процент улучшения, в целом, составил 95%). Выявленные данные совпадают с нашими клиническими наблюдениями, указывающими на снижение выраженности диарейного и обстипационного синдромов. При применении только курортных лечебных факторов улучшение составило 74%. Парный корреляционный анализ выявил чёткую взаимосвязь между нормализацией частоты акта дефекации (1 раз в сутки) и пассажа бария по толстой кишке: через 24 часа после приёма бариевой массы при рентгенологическом исследовании контраст определялся в дистальных отделах толстой кишки.

Результаты непосредственной терапии нашли подтверждение при анализе КЖ пациентов, проведённом через год после курортного лечения. Проведённое тестирование показало хорошие физические возможности пациентов второй группы с улучшением их психического состояния, жизнеспособности и социального статуса (табл.2). При этом КЖ больных группы сравнения было существенно

ТАБЛИЦА 1. МОНИТОРИНГ РЕГРЕССА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СРК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОГО ЛЕЧЕБНОГО КОМПЛЕКСА

Показатель	1 ЛК (n=40)			2 ЛК (n=40)			p ₁₋₂ по уровню
	Абс. (%)	% улучшения	Уровень M±m	Абс.(%)	% улучшения	Уровень M±m	
<i>Шкала Тейлора</i>							
Высокий уровень тревожности	<u>8 (20)</u> 4 (10)	50	<u>26,7±2,4</u> 22,4±2,5	8 (20) 1 (2,5)	87,5	<u>28,2±2,3</u> 3,8±1,4	<0,01
Средний уровень тревожности	<u>27(67,5)</u> 12 (30)*	55,5	<u>18,3±2,1</u> 16,9±2,9	<u>30 (75)</u> 3 (7,5)*	90	<u>17,9±2,0</u> 2,6±1,5	<0,01
Низкий уровень тревожности	<u>5 (12,5)</u> 3 (7,5)	40	<u>4,1±0,8</u> 4,0±0,7	<u>2 (5)</u> 1 (2,5)	50	<u>4,9±0,6</u> 1,3±0,3	<0,01
<i>Шкала Спилбергера-Ханина</i>							
Низкая тревожность	<u>3 (7,5)</u> 2 (5)	33,3	<u>18,8±1,7</u> 12,4±1,3	<u>2 (5)</u> 1 (2,5)	66,7	<u>19,9±1,3</u> 2,2±1,1	<0,01
Умеренная тревожность	<u>25 (62,5)</u> 10 (25)	60	<u>36,3±2,0</u> 32,8±1,9	<u>27 (67,5)</u> 4 (10)*	85,2	<u>38,9±2,1</u> 10,4±2,0	<0,01
Высокая тревожность	<u>12 (30)</u> 5 (12,5)	58,3	<u>49,2±2,6</u> 39,1±3,8	<u>10 (25)</u> 2 (5)	80	<u>51,8±2,5</u> 16,1±2,4	<0,05

Примечание: числитель – показатели до лечения, в знаменателе – после лечения; * - достоверность между показателями до и после курса лечения; p1-2 – достоверность между 1 и 2 ЛК

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СРК В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОГО ЛК

Показатель	Норма	1 ЛК (n=40)	2 ЛК (n=40)
Суммарное измерение физического здоровья (PCS) в баллах	68,5±5,4	<u>53,4±6,2</u> 58,9±4,6	<u>52,9±5,6</u> 68,2±6,2
Суммарное измерение психологического здоровья (MCS) в баллах	66,6±4,8	<u>49,2±5,9</u> 56,5±6,2	<u>48,2±5,8</u> 65,5±5,2

ниже по отношению к общей популяции (p₁₋₂<0,01). Проведённый множественный корреляционный анализ выявил чёткую взаимосвязь улучшения показателей КЖ с нивелированием тревоги, исчезновением или значительным уменьшением степени выраженности болевого синдрома, нормализацией функций толстого кишечника.

Одно из преимуществ использования 2 ЛК объясняется комплексным взглядом, взаимооптенцирующим и взаимодополняющим влиянием питьевых МВ, минеральных ванн и ДЭНС и их благоприятным воздействием на все звенья этиопатогенеза СРК. Питьевые МВ и минеральные ванны оказывают регулирующее действие на секреторно-моторную функцию толстого кишечника, способствуют повышению общей резистентности организма к действию стрессорных факторов, активации обмена веществ и трофики тканей, улучшению репаративных процессов [6-8]. Клинические исследования позволяют сделать вывод, что в основе лечебного действия динамической электростимуляции лежат многоуровневые, рефлекторные и нейрохими-

ческие реакции, запускающие каскад регуляторных и адаптационных механизмов в организме [4,5]. В результате ликвидируется болевой синдром, активизируется образование биологически активных веществ и обменных процессов в тканях, что способствует удалению продуктов метаболизма из патологических очагов, усилению защитных механизмов, снятию последствий стрессовых воздействий.

Таким образом, разработан метод немедикаментозной коррекции психосоматических нарушений при синдроме раздражённого кишечника с комплексным применением питьевых МВ железноводского типа, минеральных ванн и динамической электростимуляции. Показано, что суммация позитивных терапевтических эффектов используемых природных и преформированных лечебных факторов способствует активации саногенетических и адаптационных процессов, приводит к достоверному повышению общей эффективности курортного лечения больных с СРК. При применении только бальнеотерапии эффективность лечения снижается почти в 1,5 раза.



ЛИТЕРАТУРА

1. Шептулин А.А. Синдром раздражённого кишечника: спорные и нерешённые вопросы / А.А.Шептулин // Клиническая медицина. – 2005. – № 8. – С.78-81.
2. Козлов И.В. Синдром раздражённого кишечника как психосоматическая проблема: клиника, диагностика и тактика ведения: Метод. рекомендация / И.В.Козлов, М.И.Цыбина. – Саратов. – 2002. – 16с.
3. Смулевич А.Б. Психические расстройства в общей медицине / А.Б.Смулевич // Психосоматич. медицина. – 2007. – Т.2, № 1. – С.12-16.
4. Кайсинова А.С. Применение динамической электростимуляции в комплексном курортном лечении больных хроническим панкреатитом / А.С.Кайсинова, И.В.Качмазова, Г.А.Меркулова // Курортная медицина. – 2014. – № 2. – С.21-24.
5. Кайсинова А.С. Динамическая электростимуляция в медицинской реабилитации хронического панкреатита на курорте / А.С.Кайсинова, И.В.Качмазова, А.Н.Глухов, Г.А.Меркулова // Курортная медицина. – 2015. – № 2. – С.102-104.
6. Ефименко Н.В. Новые подходы к бальнеологической терапии синдрома раздражённого кишечника / Н.В.Ефименко, А.С.Кайсинова, М.А.Литвиненко [и др.] // Цитокины и воспаление. – 2014. – Т.9, № 4. – С.81-82.
7. Кайсинова А.С. Магнитотерапия в общем комплексе курортного лечения синдрома раздражённого кишечника / А.С.Кайсинова, Ю.С.Осипов, М.А.Литвиненко, А.В.Просольченко // Вопросы курортол., физиотерапии и леч. физкультуры. – 2011. – № 2. – С.34-36.
8. Кайсинова А.С. Санаторно-курортное лечение больных с синдромом раздражённого кишечника // А.С.Кайсинова, И.И.Текеева, А.В.Просольченко, Т.С.Казарьян // Курортная медицина. – 2015. – № 2. – С.104-107.

Summary

Non-pharmacological technologies of correction psychoemotional disorders in irritable bowel syndrome

N.V. Efimenko, T.S. Kazaryan

Federal State Institution «Pyatigorsk State Research Institute of Health Resort of the Federal Medical and Biological Agency» Russia, Pyatigorsk

The authors have developed a method of non-pharmacological correction of psychosomatic and gastrointestinal disturbances in irritable bowel syndrome (IBS) with comprehensive application of drinking mineral waters of Zheleznovodsk type, mineral baths and dynamic electroneurostimulation.

The summation of positive therapeutic effects after using natural and preformed medicinal factors contribute to activation of sanogenetic and adaptation processes, leads to a significant increase in the overall efficiency of resort treatment for patients with IBS. When only balneotherapy is used treatment efficacy is reduced by almost 1.5 times.

Key words: irritable bowel syndrome, mineral water, dynamic electroneurostimulation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ефименко Наталья Викторовна – директор Федерального государственного учреждения «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства»; Россия, г.Пятигорск, пр.Кирова, д.30
E-mail: orgotdel@fmbamail.ru