



Н.В. Корочанская, Г.А. Трембач

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО»

Россия, 350012, Краснодар, ул. Красных Партизан 6/2. e-mail: nvk-gastro@mail.ru

Цель: проведение сравнительного анализа эффективности базисного медикаментозного и комплексного (базисное и БОС-терапия) лечения СРК по динамике клинических симптомов.

Материалы и методы: В проведённом с 2005 по 2009 год исследовании принимали участие 75 женщин в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозом «Синдром раздражённого кишечника без диареи». Первую группу составили пациенты с СРК, получавшие стандартное лечение (пинаверия бромид, мебеверина гидрохлорид, полифенилгликоль, лактулоза). Пациенты второй группы дополнительно проводили курс БОС-терапии на АПК «ИНТЭКС». Третью группу составили больные, не завершившие курс БОС-терапии.

Результаты: Достоверных различия клинических симптомов заболевания у групп больных с СРК до начала лечения не обнаружено. Наилучшие показатели имели больные, дополнительно проводившие курс БОС-терапии

Выводы: комплексная терапия СРК, состоящая из стандартной медикаментозной и БОС-терапии, имеет более высокую эффективность в отдалённом периоде, когда эффект курсового симптоматического лечения отсутствует.

Ключевые слова: синдром раздражённого кишечника, БОС-терапия.

N.V. Korochanskaya, G.A. Trembach

NEW APPROACHES TO THERAPY OF THE IRRITATED BOWEL SYNDROME

City Hospital № 2

6/2 Krasnuch Partisan st., Krasnodar, 350012, Russia. E-mail: nvk-gastro@mail.ru

Purpose: To conduct a comparative analysis of the effectiveness of basic medical and comprehensive (basic and biofeedback therapy) treatment of IBS on the dynamics of clinical symptoms.

Materials and Methods: In the current 2005 to 2009 study involved 75 women aged 18 to 40 years diagnosed with «Irritable bowel syndrome without diarrhea.» The first group consisted of patients with IBS who received standard treatment (pinaveriya bromide, mebeverine hydrochloride, polifenilglikol, lactulose). Patients of the second group additionally received a course of biofeedback therapy on agriculture «INTEKS.» The third group consisted of patients who have not completed a course biofeedback therapy.

Results: No significant differences in clinical symptoms of disease in groups of patients with IBS before treatment were found. The best indicators were sick, conducted an additional course of biofeedback therapy.

Summary: The combined therapy of IBS, consisting of standard medical therapy and biofeedback, has a higher efficiency in the long run, when the effect of a course of treatment is not symptomatic.

Keywords: irritable bowel syndrome, Biofeedback Therapy

Введение

Проблема синдрома раздражённого кишечника (СРК) является актуальной ввиду его широкой распространённости – от 9 до 48% населения Российской Федерации [1,2] и резистентности к стандартной терапии – у 60% больных эффект лечения оказывается недостаточным или отсутствует [3]. Ведущая роль центральной нервной системы (ЦНС) в патогенезе СРК позволяет рассматривать его как биопсихосоциальное за-

болевание [4], а Международный консенсус отнёс СРК к функциональной патологии желудочно-кишечного тракта [5]. Это обосновывает необходимость применения дополнительных нелекарственных методов воздействия на ЦНС, к которым относится терапия на основе биологической обратной связи (БОС) [6].

Целью нашего исследования было провести сравнительный анализ эффективности базисного медикаментозного и комплексного (базисное и БОС-терапия) лечения СРК по динамике клинических симптомов.



Материалы и методы

В проведённом с 2005 по 2009 год исследовании принимали участие 75 женщин в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозом «Синдром раздражённого кишечника без диареи» (K58.9). Диагноз СРК был установлен на основании Римских критериев-II и III. Исследования пациентов проводились в двух основных группах (25 и 26 человек). Первую группу составили пациенты с СРК, получавшие стандартное лечение (пинаверия бромид, мебеверина гидрохлорид, полифенилгликоль, лактулоза). Пациенты второй группы дополнительно проводили курс БОС-терапии на АПК «ИНТЭКС». Третью группу составили больные, не завершившие курс БОС-терапии.

У всех пациентов были изучены клиничко-anamnestические данные, выполнялись лабораторные (общий и биохимический анализы крови, копрограмма) и инструментальные исследования (сонографическая визуализация органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия или рентгенологическое исследование толстой кишки). Качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью опросника MOS-SF-36, тревожность – тестом Спилбергера-Ханина. Для основных кишечных симптомов использовались общепринятые системы оценки, минорные симптомы оценивались по 4-бальной системе (0 – отсутствие признака, 1 – признак слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – значительно выражен).

Полученные данные были обработаны общепринятым методом вариационной статистики. Для отличающихся от нормального распределения признаков применялся расчет величин с использованием непараметрических методов: медиана (Me), квартили (Q_{0,25} и Q_{0,75}), минимальное и максимальное значение признака. К показателям, оцениваемым по 4-бальной системе, применялся анализ по методу знаков ($p < 0,05$).

Результаты

Достоверных различия клинических симптомов заболевания у групп больных с СРК до начала лечения не обнаружено. По окончании лечения через 1 месяц отмечено достоверное улучшение состояния во всех группах больных без различий между ними, что свидетельствует об эффективности стандартной терапии в период её проведения. Через 6 месяцев проводилась аналогичная оценка клинической картины. Сравнительный анализ показал наличие достоверных различий между группами. Наилучшие показатели имели больные, дополнительно проводившие курс БОС-терапии (табл. 1). Они достоверно отличались от групп стандартной терапии и больных, не завершивших БОС-терапию, по всем симптомам, при этом отличия по кишечным показателям были наиболее выраженными.

Таблица 1

Трансформация клинических симптомов у наблюдаемых групп больных с синдромом раздражённого кишечника через 6 месяцев от начала лечения

Симптомы	1-я группа			2-я группа			3 группа		
	Min/ Q 0,25	Me	Q 0,75/ Max	Min/ Q 0,25	Me	Q 0,75/ Max	Min/Q 0,25	Me	Q 0,75/ Max
Кишечные									
запоры (сутки)	3,0/4,0	4,0±0,16	5,0/5,0	0/0	0±0,08*	0/1,0	3,0/3,0	4,0±0,15•	4,0/5,0
боли (0-7 баллов)	3,0/3,0	4,0±0,10	4,0/4,0	0/0	0±0,09*	1,0/1,0	3,0/3,0	3,0±0,14•°	3,0/4,0
метеоризм (0-3 балла)	1,0/1,0	2,0±0,09	2,0/2,0	0/0	0±0,07*	0/1,0	1,0/1,0	2,0±0,15•	2,0/3,0
консистенция кала (1-7 баллов)	1,0/1,0	2,0±0,10	2,0/2,0	3,0/3,0	4,0±0,10*	4,0/4,0	1,0/1,0	2,0±0,11•	2,0/2,0
слизь в кале (0-3 балла)	1,0/1,0	1,0±0,00	1,0/1,0	0/0	0±0,06*	0/1,0	0/0	1,0±0,10•°	1,0/1,0
Внекишечные (относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта, симптомы функциональной диспепсии) (0-3 балла):									
изжога	0/0	1,0±0,15	1,0/2,0	0/0	0±0,11*	1,0/2,0	0/0	1,0±0,14•	1,0/2,0
отрыжка	0/0	1,0±0,15	1,0/2,0	0/0	0±0,12*	1,0/2,0	0/0	1,0±0,10•	1,0/2,0
тяжесть в животе	0/1,0	1,0±0,14	1,0/2,0	0/0	0,5±0,15*	1,0/2,0	0/1,0	2,0±0,12•°	2,0/2,0
нарушение аппетита	0/0	0±0,10	1,0/1,0	0/0	0±0,10	1,0/1,0	0/0	1,0±0,10•°	1,0/1,0

Примечание: расчёт производился по U-критерию Манна-Уитни, представлены достоверные отличия ($p < 0,05$) * - показателей больных 2 группы от больных 1 группы; ° - показателей больных 3 группы от больных 1 группы; • - показателей больных 3 группы от больных 2 группы



Таблица 1

Трансформация клинических симптомов у наблюдаемых групп больных с синдромом раздражённого кишечника через 6 месяцев от начала лечения

Симптомы	Группы больных	1-я группа			2-я группа			3 группа		
		Min/Q 0,25	Me	Q 0,75/Max	Min/Q 0,25	Me	Q 0,75/Max	Min/Q 0,25	Me	Q 0,75/Max
Кишечные										
запоры (сутки)		3,0/4,0	4,0±0,16	5,0/5,0	0/0	0±0,08*	0/1,0	3,0/3,0	4,0±0,15•	4,0/5,0
боли (0-7 баллов)		3,0/3,0	4,0±0,10	4,0/4,0	0/0	0±0,09*	1,0/1,0	3,0/3,0	3,0±0,14°	3,0/4,0
метеоризм (0-3 балла)		1,0/1,0	2,0±0,09	2,0/2,0	0/0	0±0,07*	0/1,0	1,0/1,0	2,0±0,15•	2,0/3,0
консистенция кала (1-7 баллов)		1,0/1,0	2,0±0,10	2,0/2,0	3,0/3,0	4,0±0,10*	4,0/4,0	1,0/1,0	2,0±0,11•	2,0/2,0
слизь в кале (0-3 балла)		1,0/1,0	1,0±0,00	1,0/1,0	0/0	0±0,06*	0/1,0	0/0	1,0±0,10°	1,0/1,0
Внекишечные (относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта, симптомы функциональной диспепсии) (0-3 балла):										
изжога		0/0	1,0±0,15	1,0/2,0	0/0	0±0,11*	1,0/2,0	0/0	1,0±0,14•	1,0/2,0
отрыжка		0/0	1,0±0,15	1,0/2,0	0/0	0±0,12*	1,0/2,0	0/0	1,0±0,10•	1,0/2,0
тяжесть в животе		0/1,0	1,0±0,14	1,0/2,0	0/0	0,5±0,15*	1,0/2,0	0/1,0	2,0±0,12°	2,0/2,0
нарушение аппетита		0/0	0±0,10	1,0/1,0	0/0	0±0,10	1,0/1,0	0/0	1,0±0,10°	1,0/1,0

Примечание: расчёт производился по U-критерию Манна-Уитни, представлены достоверные отличия (p<0,05) * - показателей больных 2 группы от больных 1 группы; ° - показателей больных 3 группы от больных 1 группы; • - показателей больных 3 группы от больных 2 группы

У всех больных в те же сроки прослежена динамика параметров качества жизни посредством опросника MOS SF-36. Анализ частоты улучшения показателей КЖ представлен в таблицах 2-4.

Таблица 2

Улучшение параметров качества жизни у групп больных с синдромом раздражённого кишечника через 1 месяц от начала лечения относительно показателей до лечения

Группы Показатели	1 группа, чел. (%)	2 группа, чел. (%)	3 группа, чел. (%)
PF	9 (36)	16 (62)	15 (63)
RF	11 (44)	20 (77)	5 (21)
BP	23 (92)	23 (88)	7 (29)
GH	19 (76)	20 (77)	11 (46)
PSH	23 (92)	24 (92)	15 (63)
RE	8 (32)	15 (58)	5 (21)
VT	9 (36)	23 (88)	11 (46)
MN	13 (52)	19 (73)	13 (54)
SF	18 (72)	21 (81)	11 (46)
MSH	20 (80)	24 (92)	17 (71)

Примечание: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – болевой синдром; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья; RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MN – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; MSH – суммарные измерения психологического здоровья. Расчёт производился по критерию знаков, отмечены достоверные отличия (p<0,05)



Улучшение параметров качества жизни у групп больных с синдромом раздражённого кишечника через 6 месяцев от начала лечения относительно показателей до лечения

Показатели	Группы	1 группа, чел. (%)	2 группа, чел. (%)	3 группа, чел. (%)
PF		7 (28)	20 (77)	7 (29)
RF		5 (20)	19 (73)	3 (13)
BP		7 (28)	23 (88)	4 (17)
GH		12 (60)	21 (81)	6 (25)
PSH		9 (36)	24 (92)	9 (38)
RE		9 (36)	14 (54)	5 (21)
VT		12 (60)	24 (92)	10 (42)
MN		13 (52)	20 (77)	4 (17)
SF		15 (60)	21 (81)	4 (17)
MSH		16 (64)	26 (100)	13 (54)

Таблица 4

Улучшение параметров качества жизни у групп больных с синдромом раздражённого кишечника через 6 месяцев от начала лечения относительно показателей через 1 месяц от начала лечения

Показатели	Группы	1 группа, чел. (%)	2 группа, чел. (%)	3 группа, чел. (%)
PSH		1 (4)	18 (69)	6 (25)
MSH		8 (32)	19 (73)	8 (33)

Анализ трансформации показателей КЖ у групп больных с СРК на фоне проводимой стандартной и комплексной терапии продемонстрировал изначальное наличие и дальнейшее появление отличий с последующим их нарастанием. У группы комплексной терапии наблюдалось достоверное улучшение по всем шкалам психического и физического функционирования. Отмечено нарастание степени различий, что свидетельствует о длительном и усиливающемся в динамике эффекте БОС-терапии. По-

казатели группы незавершённой БОС-терапии были достоверно лучше таковых у пациентов, не проводивших данный метод лечения, причём больше по шкалам психического здоровья, не достигая при этом показателей группы с полным курсом БОС-терапии.

Тревожность определялась посредством опросника Спилбергера-Ханина. Изначальные её различия отсутствовали. Динамика показателей представлена в таблице 5.

Таблица 5

Трансформация параметров тревожности у групп больных с синдромом раздражённого кишечника через 1 и 6 месяцев от начала лечения в сравнении с исходными

Период наблюдения	Группы	1 группа		2 группа		3 группа	
		ЛТ	СТ	ЛТ	СТ	ЛТ	СТ
Через 1 месяц от начала лечения	Min	15	42	19	45	21	40
	Q 0,25	21	45	22	47	22	49,5
	Me	22±0,7	49±0,7	23±0,6* (p<0,01)	49±0,5	25±0,6	53,5±1,1
	Q 0,75	24	51	25	51	27	56
	Max	31	54	32	55	29	61
Через 6 месяцев от начала лечения	Min	20	41	20	45	22	40
	Q 0,25	21	46	21	47	24,5	48
	Me	24±0,9	49±0,8	23±0,8° (p<0,01)	49±0,6	26±0,6	54±1,2
	Q 0,75	27	51	24	51	29,5	57
	Max	37	55	39	58	32	60

Примечание: СТ – ситуативная тревожность, ЛТ – личностная тревожность. Расчёт производился по U-критерию Манна-Уитни, представлены достоверные отличия (p<0,01): * - показателей через 1 месяц от начала лечения в сравнении с показателями при поступлении; ° - показателей через 6 месяцев от начала лечения в сравнении с показателями при поступлении



Анализ трансформации показателей тревожности у групп больных с СРК продемонстрировал появление достоверных отличий в группе с дополнительно проведённой БОС-терапией в виде стойкого снижения показателей ситуативной тревожности.

Заключение и обсуждение

БОС-терапия в лечении СРК применялась как дополнительный метод в комплексе со стандартной медикаментозной терапией, являющейся преимущественно симптоматической. При оценке эффективности лечения учитывались кишечные (боли, метеоризм, запоры, консистенция кала и наличие патологических примесей), внекишечные и негастроэрологические (психогенные) симптомы заболевания. Наилучшие результаты лечения в отдалённый период были отмечены в группе с дополнительно проведённым полным курсом БОС-терапии, группа с незавершённым курсом имела промежуточные результаты, а наибольшее количество рецидивов отмечено в группе со стандартным лечением. Очевидно, что лечебный эффект в ранний период во всех группах

больных был обусловлен действием лекарственных препаратов и не зависел от БОС-терапии, находившейся на подготовительных этапах, не имеющих лечебного воздействия. Сохраняющийся в отдалённый период (6 месяцев) клинический эффект в группе с полным курсом БОС-терапии и его отсутствие в группе с симптоматической медикаментозной терапией подтверждает функциональный характер данного заболевания и недостаточную эффективность стандартного лечения. Анализ параметров качества жизни и тревожности в группах больных с СРК выявил достоверные различия. Изначально низкие показатели качества жизни и тревожности в группе с комплексным лечением в процессе терапии улучшились как относительно начальных значений, так и относительно групп сравнения. Немаловажно, что в группе с неполным курсом БОС-терапии не отмечено ухудшения в сравнении с группой стандартного лечения. Таким образом, комплексная терапия СРК, состоящая из стандартной медикаментозной и БОС-терапии, имеет более высокую эффективность в отдалённом периоде, когда эффект курсового симптоматического лечения отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторова Л.И. и соавт. Синдром раздражённого кишечника как психосоматическое заболевание: основные принципы диагностики и лечения болевого синдрома //Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 2. – С. 31-37.
2. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Белухшет С. Синдром раздражённого кишечника как биопсихосоциальное заболевание //Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С. 2-10.
3. Полуэктова Е.А. Синдром раздражённого кишечника – от патогенеза к лечению // Южно-российский медицинский журнал. – 2004. – №4. – С. 39-43.
4. Жуков Н.А. и соавт. Дисфункция вегетативной нервной системы в формировании синдрома раздражённого кишечника и принципы её коррекции //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – № 5. – с. 35-41.
5. Thompson W.G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome 2: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders //Gut. - 1999. – V 45. – P. 1143-1148.
6. Федотчев А.И. Стресс, его последствия для человека и современные нелекарственные подходы к их устранению // Успехи физиологических наук. – 2009. – Т. 40, № 1. – С. 77 – 91.

ПОСТУПИЛА: 11.01.2012