

А.Е. Шкляев, А.С. Пантюхина*, Ю.В. Горбунов

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, г. Ижевск, Россия

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ПРОЦЕССЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме

Обследовано 60 пациентов с синдромом раздраженного кишечника, установлена высокая клиническая эффективность СМТ-фореза хлоридного бромйодсодержащего рассола из скважины санатория «Варзи-Ятчи» (Удмуртская Республика) в сравнении со стандартной фармакотерапией.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, лечение.

Abstract

The study included 60 patients with irritable bowel syndrome, high clinical efficacy of sinusoidal modulated currents-phoresis bromine chloride brine from the sanatorium "Versi-Yatchi" (the Udmurt Republic) in comparison with standard pharmacotherapy.

Key words: irritable bowel syndrome, treatment.

СМТ-форез — синусоидальные модулированные токи, СРК — синдром раздраженного кишечника.

Введение. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта в настоящий момент являются одной из наиболее серьезных и нерешенных проблем медицины. Самое распространенное из них — синдром раздраженного кишечника (СРК) [6]. СРК — полиэтиологическое заболевание со сложным патогенезом, многие звенья которого до сих пор активно изучаются и уточняются. Важное место в развитии симптомов СРК отводится функциональным нарушениям кишечной моторики и висцеральной чувствительности [4]. Не представляя непосредственной угрозы для жизни, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта значительно снижают ее качество.

Несмотря на многолетние поиски методов лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, эффективность современной терапии СРК нельзя признать удовлетворительной [6]. Недостаточная эффективность стандартных методов лечения, растущая алергизация населения и неблагоприятное влияние длительной лекарственной нагрузки на организм придают особую актуальность разработке и дальнейшему совершенствованию способов терапевтической коррекции, в том числе немедикаментозной [8]. Важным инструментом оценки тяжести течения и индикатором эффективности терапии при функциональных заболеваниях являются показатели качества жизни [5].

Цель: оценка динамики качества жизни у больных СРК в процессе медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Материалы и методы исследования. В условиях поликлиники и гастроэнтерологического отделения БУЗ УР 1РКБ МЗ УР обследовано и пролечено 60 пациентов, страдающих СРК. Диагноз верифицирован в соответствии с «Римскими критериями III» (2006) путем исключения других заболеваний органов брюшной полости, протекающих со сходной симптоматикой. Эндоскопическая картина кишечной слизистой изучалась с помощью фиброколоноскопа фирмы «Олимпус».

Оценка двигательной функции кишечника проводилась на аппарате ЭГС-4М, настроенном на диапазон частот 0,01-0,03 Гц, соответствующих электрической активности толстой кишки [7]. Исследование проводилось лежа, натощак, первый активный электрод располагался в илеоцекальной области, нейтральный электрод закреплялся на медиальной поверхности нижней трети правой голени.

Оценка качества жизни проводилась по опроснику GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) [5], позволяющему выявить выраженность основных гастроэнтерологических синдромов. Выраженность синдромов оценивалась в баллах от 1 до 7, где 1 соот-

* Контакты. E-mail: pantyukhina1985@yandex.ru. Тел. 8(3412)46-55-80.

ветствовало полному отсутствию субъективных проявлений синдрома, а 7 — очень сильному его субъективному проявлению.

Статистический анализ включал вычисление относительных (Р) и средних величин (М) с определением их ошибок ($\pm m$), обоснование достоверности различий показателей по критерию Стьюдента (t) и коэффициента корреляции Пирсона (R) (Анализ результатов исследования осуществлен с помощью программы Statistica 7.0).

Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек. В группу наблюдения вошли больные, получавшие монотерапию СМТ-форезом хлоридного бромидосодержащего рассола санатория «Варзи-Ятчи» (Удмуртская Республика). В группу наблюдения вошли пациенты, получавшие стандартную фармакотерапию СРК (миотропные спазмолитики, лактулоза).

По современной классификации крепкий рассол из скважины санатория «Варзи-Ятчи» относится к группе 5.5 и приближается к Усть-Качкинскому типу [3]. Он содержит хлор и натрий в высоких концентрациях, а также кальций (10,93 г/л), магний (3,95 г/л), йод (0,005 г/л) и бром (0,46г/л) в составе оксидов и сульфатов.

СМТ-форез осуществлялся от аппарата «Амплипульс — 4». Катод накладывался вместе с салфеткой (площадью 300 — 400 см²) смоченной рассолом в разведении 1:5, температурой 38°С, на мезогастральную область. Анод на проекцию L1-L2. Салфетки с рассолом оставались на коже ещё 10-30 минут после проведения сеанса СМТ-фореза в зависимости от переносимости процедуры. При диарейном синдроме СМТ-форез рассола проводился по щадящей методике (III и IV роды работ, по 5 мин. каждый, частота 100 Гц, глубина модуляций 50%). При запорах — по стимулирующей методике (III и II роды работ — по 5 мин. каждый, частота 30-50 Гц, глубина модуляций

75-100%). Обе методики проводились в выпрямленном режиме, сила тока до легкой вибрации, курс состоял из 10-12 процедур.

Результаты исследования и обсуждение. Возраст больных СРК составил 18–47 (в среднем 32,46 \pm 8,84) лет. Начало заболевания приходилось на возраст 21,78 \pm 10,47 лет. Среди обследованных была 41 (68,3 %) женщина и 19 (31,7 %) мужчин. Соотношение женщин и мужчин составило 2,1:1.

Причиной обращаемости большинства пациентов (91,7%) являлся болевой синдром. На локализацию боли в мезогастргии указывали 50% обследованных, 43,3% — внизу живота, 6,7% отмечали боли в эпигастрии, правом и левом фланках. Иррадиацию боли в паховую область и внутреннюю поверхность бедра отмечали 16,7% пациентов, облегчение боли после дефекации — 66,7%.

Связь начала заболевания со стрессом прослеживалась у 50% больных СРК, 30% отмечали появление симптомов после перенесенного инфекционного заболевания и приема антибиотиков, у 13,4% возникали ухудшения после погрешностей в диете, употребления алкоголя и на фоне физической нагрузки. Продолжительность болезни составила в среднем 8,37 \pm 9,7 лет, варьируя от 6 месяцев до 30 лет.

По формам СРК пациенты распределились следующим образом: у 25 (41,7 %) пациентов преобладали запоры, у 35 (58,4 %) диарея.

Анализ выраженности основных гастроэнтерологических синдромов по данным опросника GSRS представлен в таблице 1.

Исходно все пациенты имели типичные симптомы заболевания — абдоминальную боль, диарею, диспепсию и запор. Их средние баллы до лечения в общей группе больных составили 2,65 \pm 0,33, 2,48 \pm 0,2,

Таблица 1. Оценка качества жизни больных СРК по данным опросника GSRS (M \pm m)

Группы больных		Абдоминальная боль		Рефлюкс-синдром		Диарея		Диспепсия		Запор		Суммарный балл	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Группа наблюдения	СРК-З (n=12)	2,42 \pm 0,168	**1,2 \pm 0,121*	1,23 \pm 0,06	1,04 \pm 0,046*	1,39 \pm 0,129	1,04 \pm 0,046*	3,54 \pm 0,26	1,57 \pm 0,077*	3,59 \pm 0,176	**1,12 \pm 0,063*	35,4 \pm 4,57	**19 \pm 2,1*
	СРК-Д (n=18)	2,82 \pm 0,189	1,32 \pm 0,109*	1,53 \pm 0,145	1,11 \pm 0,047*	3,23 \pm 0,180	**1,39 \pm 0,07*	3,29 \pm 0,196	1,46 \pm 0,058*	1,19 \pm 0,09	1,02 \pm 0,013	34,68 \pm 6,83	19 \pm 2,16*
Группа сравнения	СРК-З (n=13)	2,21 \pm 0,159	1,77 \pm 0,132*	1,27 \pm 0,09	1,13 \pm 0,082*	1,11 \pm 0,092	1,01 \pm 0,052	3,7 \pm 1,62	1,87 \pm 1,102*	3,3 \pm 1,11	1,33 \pm 0,082*	37,21 \pm 4,87	25,17 \pm 2,31*
	СРК-Д (n=17)	2,42 \pm 0,101	1,43 \pm 0,121*	1,21 \pm 0,231	1,02 \pm 0,021*	3,21 \pm 0,27	2,28 \pm 0,242*	3,3 \pm 0,213	2,01 \pm 0,054*	1,1 \pm 0,03	1,03 \pm 0,024	33,88 \pm 4,62	21,25 \pm 2,25*

Примечание: * — достоверность различий с данными до лечения ($p < 0,05$); ** — с данными группы сравнения ($p < 0,05$).

3,19±0,156 и 2,17±0,23, соответственно. Средняя выраженность рефлюксного синдрома составила 1,41±0,092 балла и была достоверно менее выражена по сравнению с другими синдромами ($p < 0,05$). Уменьшение интенсивности болевого синдрома в процессе лечения отметили пациенты обеих групп. При этом выраженность болевого синдрома после лечения у больных СРК с преобладанием запора (СРК-3) в группе наблюдения была достоверно ниже по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$). Улучшение стула после проводимой терапии отмечали пациенты как группы наблюдения, так и сравнения. Однако эффективность СМТ-фореза лечебного раствора была выше ($p < 0,05$) чем медикаментозного лечения. При поступлении 80% пациентов отмечали вздутие живота, 53,4% — урчание. После лечения симптомы кишечной диспепсии отмечались достоверно реже в обеих группах.

В процессе лечения качество жизни (по суммарному балу) достоверно улучшилось у всех пациентов СРК, в группе наблюдения — в 1,8 раза и приблизилось к таковому у здоровых людей (при сумме 15 баллов). СМТ-форез лечебного раствора оказал достоверно более выраженный эффект ($p < 0,05$) у пациентов с запором, по сравнению с медикаментозным лечением.

Колонография с поверхности тела дает информацию о суммарной электрической активности потенциалов двигательной функции кишечника (соответствующей амплитуде сокращений) и сегментарных сокращениях толстой кишки (соответствующих частоте циклов в минуту) [7]. Суммарная амплитуда сокращений складывается из амплитуды сегментарных и непропульсивных сокращений толстой кишки.

Запоры при СРК могут быть вызваны усилением непропульсивных сокращений или ослаблением пропульсивной перистальтики. Поносы связаны с более частыми массивными пропульсивными сокращениями или с ослаблением непропульсивной перистальтики [2]. Пропульсивная перистальтика в данном исследовании не оценивалась.

В результате исследования у 19 пациентов с диареей (51,4%) и 6 — с запором (24%) регистрировался гиперсегментарный гиперкинез с увеличением частоты сегментарных сокращений. У 3 пациентов

с диареей (8,6%) и 7 (28%) — с запором выявлен дистонический гипокинез, у остальных моторная функция кишечника находилась в пределах нормативных значений.

СМТ-форез лечебного раствора оказывал стимулирующее влияние на сегментарную двигательную активность кишечника при запоре. В то время как медикаментозное лечение способствовало снижению общей амплитуды сокращений (табл.2). У пациентов с диареей наблюдалась гипермоторика толстой кишки по частоте (>2 циклов в минуту) и гипомоторика по амплитуде (<0,45мВ). После лечения наблюдалась положительная динамика по обоим показателям при различных методах лечения. Достоверное увеличение амплитуды отмечено в группе наблюдения.

Проведенный корреляционный анализ показателей колонографии и выраженности гастроэнтерологических синдромов по опроснику GSRS, выявил их слабую взаимосвязь. У пациентов с диареей наблюдалась наибольшая зависимость диспепсического синдрома от амплитуды и частоты колонограммы ($R=0,54$ и $0,48$, соответственно). Несоответствие выраженности субъективных ощущений и объективной оценки двигательной функции кишечника может быть объяснен висцеральной гиперчувствительностью при СРК [6].

Видеокколоноскопия до лечения не выявила значительных визуальных изменений слизистой оболочки кишечника, что согласуется с современными представлениями о СРК как о функциональной патологии. У 18 пациентов (60%) группы наблюдения и 19 (63,3%) группы сравнения эндоскопическая картина слизистой оболочки толстой кишки соответствовала норме. В остальных случаях отмечались наложения слизи на стенках кишки, отдельные участки слизистой выглядели несколько отечно, имелась очаговая гиперемия, сглаженность складок, гиперкинезия по спастическому типу либо снижение тонуса кишки. Указанные признаки выявлялись одинаково часто у пациентов обеих групп.

После лечения визуальные изменения слизистой отсутствовали у 25 человек (83,3%) группы наблюдения, и у 22 (73,3%) группы сравнения. СМТ-форез раствора в большей степени оказал положительное влияние

Таблица 2. Показатели моторной функции толстой кишки ($M \pm m$)

Функция кишечника	Группа наблюдения (n=30)				Группа сравнения (n=30)			
	Частота (циклов в минуту)		Амплитуда (мВ)		Частота (циклов в минуту)		Амплитуда (мВ)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Запор	1,75±0,19	1,91±0,17	0,48±0,21	0,58±0,14	1,67±0,79	1,58±0,28	0,53±0,19	0,46±0,20
Диарея	3,48±0,31	2,41±0,27	0,42±0,05	0,54±0,02*	2,79±0,36	2,42±0,32	0,44±0,12	0,48±0,15

Примечание: * — достоверность различий с данными до лечения ($p < 0,05$).

в отношении гиперсекреции слизи, отека и очаговой гиперемии слизистой кишечника в сравнении с медикаментозной терапией. Частота выраженных болевых ощущений при проведении колоноскопии после лечения уменьшилась в группе наблюдения с 26,6% до 6,6%, сравнения — с 30% до 10%.

Лечебный эффект СМТ-фореза рассола санатория «Варзи-Ятчи» обусловлен параметрами электрического тока и химическими составом рассола. Под действием СМТ происходит всасывание ионов неорганических кислот, микроэлементов, оказывающих влияние на хеморецепторы кожи и интарецепторы капилляров, в результате активизируется симпатический отдел вегетативной нервной системы, что обеспечивает трофический и анальгетический эффекты, а также нормализацию моторики [8]. Прекращение или ослабление боли разрывает порочный круг, который создается между очагом патологического процесса и ЦНС при СРК [9].

Выводы:

1. Курсовой СМТ-форез хлоридного бромидсодержащего рассола значительно улучшает качество жизни больных СРК, приближая к таковому у здоровых людей.
2. Положительная динамика качества жизни у больных СРК в процессе СМТ-фореза хлоридного бромидсодержащего рассола связана с выраженным анальгезирующим эффектом, особенно при обстипационном синдроме, превосходящим таковой при медикаментозном лечении.

3. СМТ-форез хлоридного бромидсодержащего рассола оказывает стимулирующее влияние на моторику кишечника, приводя к нормализации пассажа кишечного содержимого.

Список литературы:

1. Владимирский, Е.В. Современные представления о механизмах наружной бальнеотерапии / Е.В. Владимирский // Организационные, теоретические и практические аспекты бальнеотерапии. — Пермь, 2006. — С. 48 — 76.
2. Калинин, А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей / Калинин, А.В., А.Ф. Логинов, А.И. Хазанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 848с.
3. Классификация минеральных вод и лечебных грязей для целей их сертификации: методические указания, утв. Минздравом РФ 31.03.2000. — М., 2000. — 34 с.
4. Лоранская, И.Д. Синдром раздраженного кишечника: учебное пособие / И.Д. Лоранская, О.А. Лаврентьева. — М.: Форте принт, 2011. — 40с.
5. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2007. — 320с.
6. Полуэктова, Е.А. Лечение синдрома раздраженного кишечника с позиций современных представлений о патогенезе заболевания / Е.А. Полуэктова, С.Ю. Кучумова, А.А. Шептулин, В.Т. Ивашкин // РЖГК. — 2013. — Т. 23, № 1. — С. 57-65.
7. Смирнова, Г.О. Периферическая электрогастроэнтерография / Г.О. Смирнова, С.В. Силуянов. — М., 2009. — С. 6.
8. Шкляев, А.Е. Сравнительная оценка эффективности медикаментозного и немедикаментозного лечения гастроэнтерологических больных: автореф. дис. док. мед. наук / А.Е. Шкляев. — Ижевск, 2008. — 31с.
9. Ясногородский, В.Г. Справочник по физиотерапии / В.Г. Ясногородский. — М.: Медицина, 1992. — 52с.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ:

18 августа 2014 года были опубликованы результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого III фазы исследования эффективности повторной терапии рифаксимин в дозе 550 мг три раза в день в течение 14 дней у пациентов с синдромом раздраженной кишки с преобладанием диареи, у которых был выявлен положительный ответ на первичный курс рифаксимином в дозе 550 мг три раза в день в течение 14 дней. Результаты исследования продемонстрировали статистически значимое преимущество терапии рифаксимин по сравнению с плацебо в отношении болевого синдрома в животе и консистенции стула. Данный результат был получен как при первой линии терапии, так и при повторе терапии. При последующем наблюдении в течение 6 недель после окончания приема препарата в группе пациентов, получавших рифаксимин на второй ступени лечения, наблюдался выраженный положительный эффект без рецидивирования диареи ($p=0.0068$). Также результаты исследования продемонстрировали, что применение по сравнению с плацебо позволило уменьшить выраженность болевого синдрома и диареи уже после первого курса терапии. Эффект сохранялся в течение 12 недель после окончания курса лечения вне зависимости от любой сопутствующей терапии ($p=0.0419$).

Источник: <http://www.centerwatch.com/>