



О.И. МИЛУШКИНА,

санаторий-профилакторий «Алые паруса» МПС ОАО АвтоВАЗ, г. Тольятти

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: ПРОБЛЕМЫ НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) длительное время считается самой распространенной формой гастроэнтерологической патологии. Распространенность СРК в большинстве стран мира в среднем 20%, причем две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются. Пик заболеваемости приходится на самый трудоспособный возраст — 30–40 лет. Зачастую диагностическую сложность представляют собой тяжелые симптомы заболевания, не находящие объяснения в результатах лабораторных, инструментальных и морфологических исследований. Неверная трактовка происхождения клинических симптомов при СРК приводит к неправильной тактике лечения. Диагностика проводится активным выявлением клинических симптомов СРК, исключением симптомов «тревоги» и эффективностью проводимой терапии (М.А. Визе-Хрипунова, И.Г. Пашенко и др., 2003). Программа лечения больных СРК состоит из первичного курса не менее 6–8 недель и последующей базовой терапии 1–3 месяца. При преобладании болевого синдрома назначают МЗ-антихолинергические средства, антихолинергические препараты нового поколения, блокаторы кальциевых каналов, блокаторы натриевых каналов. При диарейном синдроме назначают антагонисты М-опиатных рецепторов. Независимо от преобладающего синдрома назначают психофармакотерапию (транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики в различных комбинациях). В настоящее время перспективными являются немедикаментозные методы лечения. Они усиливают действие фармакологических препаратов, давая возможность уменьшить дозу, а также включить дополнительные механизмы воздействия на патологические процессы. Давно применяется классическое иглоукальвание для лечения болевых синдромов различной локализации. В последние десятилетия широко внедрен метод лазеропунктуры путем кожного воздействия на точки акупунктуры (ТА) низкоинтенсивным лазерным излучением. Важным достоинством этого метода является наличие мощного биостимулирующего действия на клеточном и тканевом



уровнях, что значительно повышает эффективность лечения широкого круга заболеваний. Особенно широкое распространение в результате успешного применения для лечения болевого синдрома получила электростимуляционная рефлексотерапия, при которой осуществляется воздействие на ТА электрическим током. Разновидности рефлексотерапии получили название электропунктуры и электроакупунктуры. Изучены нейрофизиологические и нейрогуморальные механизмы электростимуляционной анальгезии, в основе которой лежит активация эндогенных механизмов контроля боли (Л.В. Калюжный, 1984; Ю.П. Лиманский, 1986). Компьютерная электроакупунктура (КЭАП) — современная методика, реализующая возможности электроакупунктуры в режиме «конструктора» благодаря применению компьютерной технологии. КЭАП дает возможность создания индивидуальных программ стимуляции для каждого пациента, каждого сеанса и каждой точки акупунктуры без затрат времени с минимальной возможностью технических ошибок. При КЭАП пациент активно участвует в процессе лечения путем непрерывной регулировки напряжения по субъективным ощущениям, что существенно повышает эффективность процедур. Метод КЭАП дает возможность оперативно следить за реакцией ТА на оказываемое воздействие и динамически анализировать электрические характеристики точек акупунктуры в прогностических и диагностических целях, а также для оптимизации алгоритма лечения конкретного больного. В качестве примера можно привести аппаратно-программный комплекс для электроакупунктурной стимуляции «КЭС-01-МИДА» производства ЗАО «МИДАУС». Он обеспечивает поиск точек акупунктуры по минимальному электрическому сопротивлению участка кожи пациента с индикацией на мониторе; поочередную стимуляцию до 16 ТА воздействием на них импульсами разной полярности с регулируемой амплитудой, длительностью и частотой;

возможность изменения амплитуды стимуляции самим пациентом в процессе лечения; измерение амплитуды стимуляции и сопротивления ТА в начале и в конце процедуры с сохранением информации в базе данных; индивидуальную программу стимуляции каждой точки. Были проведены исследования на 68 пациентах с СРК в соответствии с Римскими критериями. Все больные получали стандартную терапию согласно форме заболевания. Больные были разделены на 2 группы: лечившиеся традиционно (контрольная — 13 чел.) и получавшие дополнительно КЭС-терапию (основная — 15 чел.). Процедуру проводили на протяжении трех ежемесячных пятидневных сеансов. Применяли биоурикулярную комбинацию биологически активных точек, рекомендованную Песиковым и Рыбалко. У абсолютного большинства больных СРК, лечившихся с применением КЭС, наблюдалось существенное улучшение субъективного состояния уже после двух сеансов, а к окончанию курса исчезали неопределенные боли в животе, уменьшались явления кишечной диспепсии, нормализовывался стул, улучшалось общее психоэмоциональное состояние, в то время как в контрольной группе положительная динамика отмечалась лишь после двух недель базисной терапии.

С применением КЭАП в комплексной терапии СРК можно добиться существенного (вплоть до исчезновения) уменьшения клинических проявлений и соответствующего снижения фармакологической нагрузки на организм вследствие уменьшения доз или отмены лекарственных препаратов. При СРК с преобладанием болевого синдрома уже во время первого курса КЭАП-терапии наблюдается существенное снижение частоты и интенсивности болей. При продолжении лечения регресс болевой симптоматики продолжается. При СРК с запорами (поносами) также наблюдается выраженная положительная динамика, нарастающая от курса к курсу.

