

ЛОКАЛЬНАЯ КРИОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ЗАПОРАМИ (САНАТОРНЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ)

Кириченко А.И., Воскобойникова Е.А., Бовина М.Н.,
Власов А.Е., Левада М.П.

ОАО «Белагроздравница» филиал «Санаторий «Поречье»
Гродненская область, аг. Поречье, Республика Беларусь

Актуальность. Разнообразие этиологических факторов, патогенетических механизмов, лежащих в основе синдрома раздраженного кишечника (СРК), приводят к текущим пересмотрам классификации этой патологии, диагностических критериев отбора пациентов, тактики лечения. Более чем у половины пациентов с СРК выявляются запоры. В настоящее время СРК рассматривается как биопсихосоциальное функциональное расстройство кишечника, в основе которого лежат два основных фактора- вегетативная дисфункция кишечника и психосоциальное воздействие [1].

Непостоянство клинической симптоматики, сложность связей между центральной и энтеральной нервной регуляцией при этом заболевании, приводят к трудностям в подборе медикаментозного лечения. Высокая распространенность СРК, ограниченное и недостаточно целенаправленное применение природных и преформированных физических факторов, требуют рассмотрения новых, патогенетически обоснованных методов лечения. К таким физическим факторам можно отнести локальное воздействие холодом, который оказывает противовоспалительное, обезболивающее и миокиноторегулирующее действие при СРК [2].

Синдром раздраженного кишечника является наиболее распространенным функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта. Распространенность СРК в мире составляет 10-20%, при этом заболевание у женщин развивается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Многочисленные экспериментальные данные и клинический опыт убедительно доказывают то, что отрицательные эмоции и стрессовые ситуации негативно отражаются на нейрогуморальной и вегетативной регуляции секреторной и двигательной функции кишечника [3].

В патогенезе СРК особое место уделяется сенсомоторной дисфункции, в основе которой лежит изменение висцеральной чувствительности с индивидуальным порогом восприятия боли и дисмоторике кишечника. Вагусная дисфункция четко выявляется при СРК с преобладанием запоров, в то время как симпатическая адренодисфункция характерна для пациентов с доминированием диарреи. В настоящее время ряд исследователей указывает на наличие стойких нейроиммунных повреждений, развивающихся после инфекционных заболеваний кишечника, способствующих формированию сенсорно-

моторной дисфункции. В регуляции секреции и моторики кишечника обсуждается роль опиоидных пептидов, кишечных гормонов, биологически активных веществ, короткоцепочечных жирных кислот. Установлена роль психосоциальных факторов, принимающих участие в формировании симптомов СРК - стрессовых ситуаций, тревожных расстройств, дезадаптивного поведения [3, 4, 5].

С целью стандартизации диагностического подхода к функциональным нарушениям желудочно-кишечного тракта в 1980 году были предложены диагностические критерии СРК, которые в последующем трижды пересматривались. Последний вариант опубликован в 2016 году (Римские критерии IV). Новые диагностические критерии учитывают жалобы пациента и его анамнез, характер болевого синдрома, особенности дефекации с оценкой частоты стула и его формы. С учетом этого выделяют подтипы СРК: с запором, с диареей и смешанного типа [3].

Лечение СРК начинается с модификации образа жизни пациента и выполнения им диетических рекомендаций. Медикаментозная терапия СРК представлена препаратами, уменьшающими болевой синдром, а также нормализующими моторику кишечника и частоту стула. Для улучшения клинической симптоматики могут быть использованы препараты, регулирующие состояние кишечной микрофлоры (пре- и пробиотики). В то же время, симптоматическая терапия не охватывает всю широту патофизиологии заболевания: измененную висцеральную гиперчувствительность, нарушенную моторику кишки, а также психосоциальные особенности. Известно, что психологическая реакция на стресс играет важную роль в формировании широкого спектра гастроэнтерологических симптомов СРК. Измененная нервная деятельность в совокупности с патологической настроженностью и повышенной фиксацией к своему болезненному состоянию и симптомам составляют нейрофизиологическую основу для формирования патологической висцеральной чувствительности, что является отражением связи в работе центральной нервной системы и кишечника. В связи с этим, в лечении СРК могут быть использованы психоактивные препараты.

Наряду с известной фармакотерапией, использование природных и преформированных физических методов, направлено на комплексное воздействие как на измененные местные, так и центральные нейрогуморальные механизмы при СРК. Опыт использования физио- и бальнеотерапии в лечении заболеваний органов пищеварения достаточно широк, однако дифференцированное применение немедикаментозных методов в лечении подтипов СРК имеет устойчивое место только в последние годы [6].

В обзорных работах ряда авторов указывается на применение природных минеральных вод (питьевой прием), минеральных и лекарственных ванн, пеллоидотерапии, ректальных грязевых тампонов, различных вариантов электро-светолечения и магнитотерапии, как местно, так и по трансцеребральным методикам. Холод в качестве лечебного фактора при СРК в литературе представлен

нечасто, а возникающие вопросы при использовании криотерапии, а также оценка ее эффективности, требуют целенаправленного изучения [2, 4, 7].

Цель работы. Оценить эффективность локальной аэрокриотерапии и ее влияние на симптоматику и общее состояние пациентов с синдромом раздраженного кишечника с запорами при санаторном лечении.

Материалы и методы исследования. Проанализированы выписки из амбулаторных документов, частично обследованы в условиях санатория и пролечены 32 пациента с СРК с запорами (23 – женщины от 22 до 65 лет, 9 – мужчины в возрасте от 19 до 46 лет). Все пациенты были разделены на две группы.

Пациенты 1-й группы принимали базовое лечение с использованием восстановительных технологий в виде диетотерапии, лечебной физической культуры в зале и в водолечебном оздоровительном центре (бассейн, контрастная дорожка Кнейпа, вихревые ванны), а также внутреннего приема природной минеральной воды Поречье Друскининкайского типа.

Во 2-й группе основное лечение дополнялось проведением аэрокриомассажа на область живота.

Жалобы и симптомы у пациентов из обеих групп были схожие, частота их проявления установлена следующая.

I. Энтеральные жалобы:

1) боль чаще локализована в параумбиликальной области, гипогастрии, боковых отделах живота, носит монотонный ноющий или коликоподобный характер (94%). Связь боли с приемом пищи отмечена у 15% пациентов, с характером дефекации – у 70%;

2) метеоризм после еды (33%);

3) нарушение частоты стула – менее 3 раз в неделю (82%);

4) натуживание при дефекации (49%);

5) ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации (13%), ложные позывы на дефекацию (3%);

6) изменение формы стула, твердая консистенция (23%);

7) выход слизи после дефекации (3%);

8) другие проявления диспепсии: отрыжка воздухом (20%), отрыжка кислым/горьким (6), тошнота (3%), снижение аппетита (11%).

II. Другие внеэнтеральные жалобы:

1) головные боли при нормальном уровне артериального давления (7%);

2) ощущение учащенного сердцебиения, тахикардия (8%);

3) быстрая утомляемость, снижение дневной работоспособности (55%);

4) тревожность и страхи, связанные с наличием энтеральных симптомов (19%);

5) панические атаки в анамнезе, верифицированные врачом-специалистом (3%);

6) боль в мышцах спины и конечностей (2%);

7) дистальные акропарестезии (2%);

8) нарушения сна: трудность засыпания, беспокойный прерывистый сон, раннее пробуждение (18%).

При воздействии физическими факторами, в частности, холодом, в организме в целом запускаются сложные адаптационные реакции кратковременного и долгосрочного типов действия. В зависимости от характера воздействия холодом, его интенсивности и продолжительности, организм может отвечать различными типами реакций - преимущественно местными, сегментарными или общими. Нейрорефлекторное воздействие холода запускает афферентно-эфферентную сигнализацию, сложные гуморально-гормональные реакции и метаболические процессы (биохимические, биофизические), протекающие на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях. К холодovým воздействиям чувствительны главные интегрирующие системы- нейрогуморальная, микрогемоциркуляторная, мембранокомплексная. Эндогенное тепло вырабатывается в ответ на криовоздействие, улучшается кровообращение и трофика органов, имеющих рефлекторно-сегментарную связь с областью воздействия холодом. Включаются механизмы срочной адаптации, купируется болевой синдром, уменьшается воспаление, интенсифицируется капиллярный кровоток и венозный отток, устраняется мышечный спазм, стимулируется антигипоксический и репаративный ответы. Активное включение аксон-рефлекса при воздействии холодом приводит к стимуляции перистальтики кишечника, миорелаксации в случае преобладания спастического компонента, уменьшению абдоминальной боли, улучшению кровообращения органов желудочно-кишечного тракта [7, 8].

Пациенты 2-й группы принимали процедуры локального криомассажа передней брюшной стенки с использованием аппарата Cryo-6-Zimmer. Крио-аэромассаж выполнялся ежедневно, в количестве 10 процедур. Методика предусматривала воздействие холодом в виде кругового поглаживания-массажа по ходу часовой стрелки, в два цикла длительностью 5-8 минут с интервалом в 2-3 минуты. Использовались следующие параметры воздействия:

- 1) диаметр насадки для подачи воздушной струи 15 мм,
- 2) скорость потока воздуха 1000 л/мин,
- 3) температура массажной струи на выходе – 25-30 °С.

Динамика в изменениях симптоматики у пациентов, принимавших базовое лечение (группа 1) и в сочетании с криомассажем живота (группа 2) представлена в таблицах 1–2.

Проведен анализ динамики симптомов СРК в двух группах. При включении в лечебную программу криомассажа живота абдоминальная боль, метеоризм и проявления диспепсии (отрыжка, тошнота) у пациентов уменьшались либо устранялись, уже после 2-3-й процедуры. Тип стула и частота дефекации изменились на 3-4-й день, стул стал оформленный, без примесей слизи, через день. Значимо уменьшилось ощущение неполного опорожнения кишечника, также в сроки 3-4-го дня лечения. Отмечена положительная динамика в общем состоянии пациентов, психоэмоциональной сфере.

Цефалгии, учащенный пульс, акропарестезии, вегетативные симптомы уменьшились с 3-4 дня. Отмечено постепенное улучшение качества сна к 6-7 дню лечения (более длительный сон, меньше ночных пробуждений), связанное с уменьшением фиксации на энтеральной симптоматике.

Таблица 1 – Динамика энтеральной симптоматики у пациентов с базовым лечением (группа 1) и с применением аэрокриотерапии (группа 2)

Энтеральные симптомы	Динамика симптомов, %			
	пациентов 1-й группы		пациентов 2-й группы	
	уменьшение	устранение	уменьшение	устранение
Боль	35	4	58	12
Метеоризм	49	6	86	4
Запоры	24	5	59	18
Натуживание при дефекации	49	33	63	20
Ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации, ложные позывы	51	7	79	20
Изменение формы стула, преобладание твердой консистенции	34	13	68	21
Выход слизи при дефекации	2	91	7	96
Другие проявления диспепсии:				
- отрыжка воздухом;	48	22	75	25
- отрыжка кислым/горьким;	49	16	72	19
- тошнота;	60	15	83	16
- снижение аппетита	61	19	91	8

Таблица 2 – Динамика внеэнтеральных проявлений у пациентов с базовым лечением (группа 1) и с использованием аэрокриотерапии (группа 2)

Внеэнтеральные проявления	Динамика проявлений, %			
	пациентов 1-й группы		пациентов 2-й группы	
	уменьшение	устранение	уменьшение	устранение
Головная боль	89	2	91	5
Учащенное сердцебиение, тахикардия	57	13	69	6
Быстрая утомляемость, снижение дневной работоспособности	69	15	82	16
Тревожность и фобии, связанные с наличием энтеральных симптомов	30	4	51	11

Продолжение таблицы 2

Внеэнтеральные проявления	Динамика проявлений, %			
	пациентов 1-й группы		пациентов 2-й группы	
	уменьшение	устранение	уменьшение	устранение
Панические атаки	-	-	-	-
Боль в мышцах спины и конечностей	85	2	91	8
Дистальные акропарестезии	65	8	89	10
Нарушения сна (трудность засыпания, беспокойный прерывистый сон, раннее пробуждение)	13	1	29	1

В группе пациентов с базовой программой лечения (без применения криомассажа) также наблюдалась объективная положительная динамика в кругу общих и энтеральных симптомов, однако эти сроки были более отдаленными – абдоминальная боль, метеоризм и диспепсия уменьшались либо проходили к 7-8-му дню. Частота дефекации (через день, ежедневно) и более оформленный характер стула, без примесей слизи, установились на 8-9-й день лечения. В эти же сроки пациенты стали отмечать улучшение общего самочувствия, эмоционального статуса, вегетативной стабильности, качества и продолжительности ночного сна.

Разнообразие особенностей соматического, вегетативного и эмоционально-психологического статуса пациентов с СРК нацеливает на использование комплексных восстановительных технологий, совмещающих методы диетотерапии, психологической коррекции, лечебной физической культуры, применение природных и преформированных лечебных факторов, фармако-терапии.

Выводы. Индивидуальные программы лечения пациентов с СРК могут включать локальную струевую криотерапию, с учетом воздействия факторов холода и массажа живота на ведущие механизмы патогенеза заболевания. Использование локального аэрокриомассажа модифицирует и уменьшает выраженность энтеральных симптомов, корригирует эмоционально-психологические особенности пациентов с СРК посредством стимуляции моторики кишечника, восстановления дефекационного рефлекса и ритма дефекации, улучшения микроциркуляции и трофических процессов в энтеральной стенке. В итоге восстанавливается физическое здоровье и психоэмоциональное состояние пациентов.

Применение локальной криотерапии в виде самостоятельного метода, либо в сочетании с иными физическими факторами, позволяет повысить эффективность медицинской реабилитации и улучшить качество жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

Литература

1. Фаустова, Ю. И. Влияние криотерапии на вегетативную регуляцию у пациентов с синдромом раздраженного кишечника с запорами / Ю. И. Фаустова, Е. В. Гусакова / Вестник восстановительной медицины. – 2011. – № 6. – С. 31-33.
2. Буренина, И. А. Современные методики криотерапии в клинической практике / И. А. Буренина / Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, приложение 1. – С. 57-61.
3. Синдром раздраженного кишечника. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза и лечения (обзор). / И. В. Маев, Д. С. Бордин, Е. Ю. Еремина, Т. А. Ильчишина, В. О. Кайбышева, М. Ф. Осипенко, О. З. Охлобыстина, В. И. Симаненков, И. Л. Халиф, С. В. Черемушкин, Е. А. Сабельникова / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018; 158(10): С. 68-73.
4. Филимонов, Р. М. Физиотерапия при синдроме раздраженного кишечника / Р. М. Филимонов, Ю. И. Фаустова, Т. Р. Филимонова / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2013. – № 2. – С. 51-56.
5. Макаrchук, П. А. Динамика клинических симптомов и показателей висцеральной гиперчувствительности у больных СРК при лечении метеоспазмиллом / П. А. Макаrchук, О. В. Головенко, Т. Л. Михайлова, Л. Ф. Подмаренкова / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2005;1:25-9.
6. Лоранская, И. Д. Синдром раздраженного кишечника – вопросы диагностики и эффективного лечения / И. Д. Лоранская / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2008; 1:90- 5.
7. Филимонов, Р. М. К механизму действия криомассажа брюшной стенки при гастродуоденальной патологии / Р. М. Филимонов, Е. М. Стяжкина, Т. Р. Филимонова / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2013. – № 5. – С. 46-49.
8. Кондратенко, Р. О. Охлаждение биологической ткани в локальной криотерапии / Р. О. Кондратенко, С. Б. Нестеров, А. В. Буторина / М.: Новелла, 2010, 50 с.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОРРЕКЦИИ СЕНСОМОТОРНОГО КОМПОНЕНТА И НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

**Кириченко А.И., Воскобойникова Е.А., Бовина М.Н.,
Дмитриева Д.И., Зарецкая А.П.**

ОАО «Белагроздравница» филиал «Санаторий «Поречье»
Гродненская область, аг. Поречье, Республика Беларусь

Синдром беспокойных ног (болезнь Уиллиса-Экбома) – это сенсомоторное расстройство, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое, вынуждают пациента совершать