DOI: 10.17117/na.2015.08.989

Поступила (Received): 18.08.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.08.989.pdf>

Спиридонов А.В.
Роль фитотерапии при синдроме
раздраженного кишечника

Spiridonov A.V.
Phytotherapy role at a syndrome of the angry intestines

В статье анализируется эффективность использования фитотерапии при синдроме раздраженного кишечника в сравнении с рекомендуемой медикаментозной терапией. Результаты оцениваются на основе показателей качества жизни и «Шкалы боли»

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, фитотерапия, качество жизни

In article efficiency of use of phytotherapy at a syndrome of the angry intestines in comparison with the recommended medicamentous therapy is analyzed. Results are estimated on the basis of indicators of quality of life and "A pain scale"

Key words: syndrome of the angry intestines, phytotherapy, quality of life

Спиридонов Альберт Валерьевич

Кандидат медицинских наук, заместитель начальника

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132

Spiridonov Albert Valeryevich

Candidate of Medical Sciences, Deputy Head
FKUZ MSCh Ministry of Internal Affairs of Russia
Kazan, Orenburg path st., 132

Одними из распространенных недугов человека являются функциональные заболевания, которые представляют собой одну из наиболее серьезных и нерешенных проблем современной медицины. В странах Европы диспепсия выявляется у 30-40% населения [5]. Около 5-10% визитов к врачу общей практики вызвано диспептическими расстройствами [3]. Отношения к функциональным заболеваниям являются противоречивыми [2]. Существуют прямо противоположные взгляды на различные аспекты функциональных расстройств. Имеются значительные различия во мнениях относительно не только патогенеза, лечения, но и терминологии вплоть до сегодняшних дней.

Среди функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта функциональные заболевания кишечника составляют большую часть. Одним из самых распространенных является синдром раздраженного кишечника (СРК) который в большинстве стран мира выявляется у 14-22% населения [4].

Принимая во внимание, что отдельные симптомы СРК (но не их совокупность) встречаются и у «здорового населения, учитывая его характер диагноза «исключения», отнесения СРК к биопсихосоциальному заболеванию делает задачу постановки диагноза и выбор тактики терапии не простой задачей.

Благодаря согласованности мнений в Римском консенсусе III 2006 года об эпидемиологии, патогенезе и клинической картине заболевания врачи все чаще стали устанавливать диагноз СРК. И если в достоверности постановки диагноза наметилась положительная динамика, то подходы терапии, к сожалению, далеко не всегда оправдывают надежды и требуют применения нескольких фармакологических групп.

В этой связи нами проведено исследование воздействия фитотерапии на течение СРК.

Цель исследования: оценить эффективность лечебной тактики СРК путем влияния на образ жизни, лечебного питания, психокоррекции и монотерапии фитосборами с учетом типа СРК.

Материалы и методы: в 2014 году были сформированы две группы лиц с установленным диагнозом СРК. Первая группа (основная) состояла из 23 человек, вторая группа (сравнения) из 22 человек. Диагноз СРК верифицировали в соответствии с Римскими критериями III (2006) после тщательного клинического, лабораторного и инструментального обследования.

Состав основных групп и групп сравнения по полу и возрасту существенно не отличался. Было получено устное и письменное согласие на проведение исследования от каждого пациента.

В исследовании был использован краткий опросник ВОЗ WHOQOL-BREF (оценка 26 пунктов и укрупненных критериев: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающая среда). С целью оценки интенсивности боли использована «Шкала боли», имеющая градацию от 0 – нет боли, 5 – средняя интенсивность, 10 – выраженная боль. Оценка осуществлялась до начала терапии, через месяц и на третьем месяце лечения.

Для оценки связи между переменными использовался непараметрический дисперсионный анализ Фридмана χ^2 .

Консультации по изменению образа жизни включали в себя рекомендации, изложенные Я.С. Цимерманом, и не имели различий в исследуемых группах.

Согласно подходов ряда авторов [Яковенко А. В., Иванов А. Н.] психологическое лечение должно использоваться тогда, когда симптомы СРК рефрактерны к медикаментозному лечению или имеются свидетельства, что стрессовые и психологические факторы способствуют обострению желудочно-кишечных симптомов. Однако мы считаем, что отнесение заболевания к разряду «биопсихосоциального» требует проведения психологической коррекции среди всех лиц с подтвержденным СРК вне зависимости от его типа.

Среди двух групп был осуществлен курс психотерапии, включивший 5 сеансов в течение месяца. Работу проводил психотерапевт со стажем работы более 15 лет.

Терапия делилась в соответствии с типом СРК (IBS-C, IBS-D) на два подхода. В основной группе с диагнозом IBS-C использовался сбор, включавший в себя лекарственные растения, обладающие седативным, спазмолитическим, слабительным, дезинтоксикационным и нормализующим микрофлору эффектом. В группе пациентов с диагнозом IBS-D использовался аналогичный сбор, но с

добавлением лекарственных растений, обладающих антидиарейным эффектом.

В группе сравнения с диагнозом IBS-C назначались спазмолитики (тримебутин в суточной дозировке 600 мг) в течение месяца, препараты, разжижающие консистенцию кала (сочетание мукофалька с лактулозой) до этапа нормализации стула. В случае диагностирования у пациента метеоризма назначался симетикон. При установлении диагноза IBS-D терапия включала спазмолитики (тримебутин в суточной дозировке 600 мг) в течение месяца, 7 дневный курс бактисубтила или нифуроксазида и пробиотик (бифиформ) с первого дня терапии в течение месяца. Всем пациентам данной группы был назначен месячный курс приема сульпирида в суточной дозировке 50 мг. со следующей схемой отмены: на 20 день терапии на 7 дней прием через сутки, затем 1 раз через три дня с последующей полной отменой.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов в двух группах составил $27 \pm 4,2$ лет. В структуре по полу женщины и мужчины составили 89% и 11% соответственно. Анализ результатов по формам СРК показал, что у 39 (86,7%) пациентов был выставлен диагноз СРК с запорами, у 6 (13,3%) – СРК с диареей.

Статистический анализ данных показал достоверные различия частоты встречаемости форм СРК по полу. Так среди женщин преобладал СРК с запором 88% ($p < 0,001$), среди мужчин у СРК с диареей 83,3% ($p < 0,05$).

При оценке интенсивности болевого симптома среди мужчин и женщин достоверного различия установлено не было. Средний бал оценки боли до начала терапии составил $8,7 \pm 1,08$. Данный уровень можно отнести к категории интенсивной боли.

Таблица 1. Анализ показателей качества жизни по опроснику WHOQOL-BREF у больных СРК с типами IBS-C и IBS-D в двух сравниваемых группах до начала терапии

Категория	Среднее значение и стандартное отклонение			
	Исходное значение			
	основная	сравнения	χ^2	P
Физическое благополучие	43±4	42±4	10,1	≥0,05
Психологическое благополучие	44±5	45±4	11,4	≥0,05
Социальная сфера	42±4	42±4	9,8	≥0,05
Окружающая среда	36±2	38±3	8,1	≥0,05
Общий показатель по опроснику	165±17	167±17	17,3	≥0,05

Из таблицы 1 видно, что исходное значение не имело достоверных различий. Уровень баллов по каждой категории свидетельствует о низком уровне качества жизни у больных с синдромом раздраженного кишечника.

Анализ динамики показателей качества жизни в двух сравниваемых группах через месяц терапии показал отсутствие достоверных различий. Вместе с тем, отмечается положительная динамика улучшения качества жизни пациентов. Снижается интенсивность боли (см. таб. 4).

Таблица 2. Анализ показателей качества жизни по опроснику WHOQOL-BREF у больных СРК с типами IBS-C и IBS-D в двух сравниваемых группах через месяц терапии

Категория	Среднее значение и стандартное отклонение			
	Через 1 месяц терапии			
	основная	сравнения	χ^2	P
Физическое благополучие	58±3	61±3	9,2	≥0,05
Психологическое благополучие	61±4	62±4	10,1	≥0,05
Социальная сфера	54±3	57±3	9,9	≥0,05
Окружающая среда	49±3	51±3	8,6	≥0,05
Общий показатель по опроснику	222±17	231±18	17,8	≥0,05

Таблица 3. Анализ показателей качества жизни по опроснику WHOQOL-BREF у больных СРК с типами IBS-C и IBS-D в двух сравниваемых группах через 3 месяца терапии

Категория	Среднее значение и стандартное отклонение			
	Через 1 месяц терапии			
	основная	сравнения	χ^2	P
Физическое благополучие	69±2	68±2	9,1	≥0,05
Психологическое благополучие	67±3	67±3	9,8	≥0,05
Социальная сфера	68±3	67±3	9,2	≥0,05
Окружающая среда	62±3	63±3	8,9	≥0,05
Общий показатель по опроснику	266±13	265±12	15,4	≥0,05

Анализ динамики показателей качества жизни через 3 месяца от начала терапии показал отсутствие достоверных различий в двух сравниваемых группах. Общий показатель по опроснику увеличился в среднем на 61%, что свидетельствует о положительной динамике. Причем, отмечается улучшение показателей по всем категориям, включенным в анализ. Уровень боли достиг 3,1 бала (низкая интенсивность или отсутствие), что так же может свидетельствовать о положительной динамике.

Таблица 4. Анализ динамики боли по «Шкале боли» у больных СРК с типами IBS-C и IBS-D

Пол	До начала терапии	Через 1 месяц	Через 3 месяца
Основная	8,8	5,0	3,0
Сравнения	8,6	5,2	3,2

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать вывод о том, что применение фитотерапии в комплексном лечении синдрома раздраженного кишечника не имеет достоверных отличий от медикаментозной терапии и показывает положительную динамику в улучшении показателей качества жизни и нивелировании болевого синдрома.

Список используемых источников:

1. Ахметкожина Р.Б. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта // Вестник КАЗНМУ. 2012. №2. С. 7-12.

2. Бабаева А.Р., Родионова О.Н. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: современное состояние проблемы // Вестник ВГМУ. 2006. №2. С. 3-12.
3. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. О сочетании синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника // РЖГГК. 2011. № 4. С. 75-81.
4. Парфенов А.П. Синдром раздраженного кишечника // Лечащий врач. №6 2002.
URL: <http://www.lvrach.ru/2002/06/4529506/>
5. Циммерман Я.С. «Римские критерии – III» синдрома функциональной (гастродуоденальной) диспепсии // Клиническая медицина. 2008. Т. 86. № 4. С. 59-66.
6. Яковенко А.В., Иванов А.Н., Прянишникова А.С., Агафонова Н.А., Яковенко Э.П. Патогенетические подходы в лечении синдрома раздраженного кишечника // Лечащий врач. №7. 2011.
URL: <http://www.lvrach.ru/2011/07/15435230/>

© 2015, Спиридонов А.В.

Роль фитотерапии при синдроме раздраженного кишечника

© 2015, Spiridonov A.V.

Phytotherapy role at a syndrome of the angry intestines