

ВЛИЯНИЕ БИОРЕЗОНАНСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

УДК 616.3

¹Луферова Н.Б.: заведующая отделением бальнеотерапии реабилитационного комплекса, соискатель;

²Гусакова Е.В.: заместитель начальника курортного управления, д.м.н.;

¹Кончугова Т.В.: руководитель отдела физиотерапии и физиопрофилактики, д.м.н.

¹ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздравсоцразвития России», г.Москва

²ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы», г.Москва

Введение.

В настоящее время во всем мире наряду с воспалительными заболеваниями функциональная патология кишечника становится все более актуальной проблемой. По данным мировой статистики, от 30 до 50% больных, обращающихся к гастроэнтерологу, страдают синдромом раздраженного кишечника (СРК) [1].

СРК является широко распространенным заболеванием и встречается более чем у 60% населения, причем 2/3 пациентов не обращаются за медицинской помощью [2]. В развитых странах Европы, в Америке, в Японии обращаемость по поводу СРК высокая, и распространенность заболевания достигает 30–50%. В таких странах, как Таиланд, она составляет 5%, а в Иране — всего 3,4%. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 30–40 лет. Социальное положение в большей степени определяет обращаемость по поводу симптомов СРК, чем половая принадлежность. В странах Западной Европы, где женщины эмансипированы, имеют равные права с мужчинами, их обращаемость по поводу симптомов СРК в 3–4 раза выше, чем у мужчин, а в специализированных гастроэнтерологических клиниках составляет 6:1. В то же время в Индии и Шри-Ланке, где женщины имеют низкое социальное положение, соотношение мужчин и женщин с симптомами СРК соответственно составляет 1:3, 1:4 [2].

Более чем у половины больных с СРК выявляются запоры, поэтому именно этой категории пациентов уделяется особое внимание. Клинически заболевание проявляется обстипационным синдромом, выраженным метеоризмом, болевым абдоминальным синдромом и вегетативными нарушениями.

Согласно современным представлениям СРК рассматривается как биопсихосоциальное заболевание с расстройством взаимодействия в системе «головной мозг — кишечник» (brain-gut axis), нарушением вегетативного и гормонального баланса, проявляющееся изменением кишечной моторики и висцеральной чувствительности [3]. СРК является функциональной патологией, основывающейся на клинической оценке устойчивой совокупности симптомов в соответствии с Римскими критериями. Сочетание абдоминальных болей и/или дискомфорта с изменением частоты и формы стула является необходимым критерием для постановки диагноза и связано с нарушением транзита кишечного содержимого. Симптомы, свойственные СРК (абдоминальные боли, метеоризм, нарушение пассажа) затрудняют социальную адаптацию больных, контакт с окружающим миром, что существенно снижает качество жизни и приводит к заметным трудопотерям в обществе [4].

Не всегда можно выделить ведущий фактор в развитии СРК. По данным некоторых авторов большинство пациентов (58,3%) имеют сочетанное воздействие нескольких предрасполагающих факторов [3]. При этом стресс-индуцированный СРК наблюдается у большинства больных (40,8%), связь с перенесенными кишеч-

ными инфекциями прослеживается не более чем у 30% больных.

Выраженность симптомов, характер течения заболевания и прогноз во многом зависят от личностных характерологических особенностей и психологического статуса пациента. У больных с СРК снижаются качество жизни и трудоспособность так же, как у пациентов, страдающих тяжелой органической патологией, при удовлетворительном общем состоянии, хорошем внешнем виде и отсутствии признаков прогрессирования болезни. У таких больных патологические телесные ощущения в большинстве случаев не ограничиваются абдоминальностями, а зачастую распространяются на другие органы и системы. Характерно присоединение головных болей по типу «стягивающего обруча» либо «кола», вбитого в голову, прокалывающих болей в области сердца, головокружений, обморочных состояний, онемения рук и ног по типу истерических «перчаток» и «носков» [3, 5]. Больных с СРК отличает обилие сочетанной и сопутствующей внекишечной симптоматики.

Неуклонный интерес к проблеме немедикаментозного лечения СРК вызван недостаточной эффективностью лекарственной терапии и ростом данной патологии во всем мире [6]. Изучено влияние бегущего импульсного магнитного поля, мезодизэнцефальных модуляций, интерференционных токов при локальном и транскраниальном воздействии на основные клинические синдромы и психологический статус больных с СРК [5,7]. Однако работ по исследованию саногенетических механизмов действия высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии (ВИМТ) и низкоинтенсивной биорезонансной магнитотерапии (НИМТ) на психологический статус больных нам не встретилось.

Материал и методы.

В реабилитационном комплексе ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» проведено исследование, целью которого явилось изучение влияния высокоинтенсивной и низкоинтенсивной биорезонансной магнитотерапии на психологический статус пациентов с синдромом раздраженного кишечника с запорами.

Всем больным назначалось базовое восстановительное лечение, включающее диетотерапию, занятия лечебной гимнастикой в зале и плавание в бассейне. В зависимости от выбора корректирующего фактора наблюдаемые больные были разделены на 3 группы (30, 30 и 31 человек соответственно). Все пациенты получали магнитотерапию по локальной методике на область проекции толстой кишки: больные I группы – высокоинтенсивную импульсную, II группы – низкоинтенсивную биорезонансную магнитотерапию. Больные контрольной группы получали физиопроцедуры-плацебо.

Процедуры проводились от аппарата магнитотерапевтического двухрежимного АМТ-2 – «АГС». В первой группе применялся высокоинтенсивный режим по сканирующей лабильной методике. Использовались ин-

дукторы «N» и «S», перемещающиеся по ходу толстого кишечника. Интенсивность магнитного поля 800-1200 мТл, серии по 3 импульса с интервалом 40 мс с частотой следования серий 0,5 Гц. Продолжительность процедуры составляла 9-12 минут. На курс лечения отпускаялось 8 – 10 процедур, ежедневно.

Во второй группе применялся низкоинтенсивный режим по сканирующей лабиальной методике по ходу толстого кишечника. Использовалась частота импульсов 4 Гц, совпадающая с частотой биопотенциалов кишечника, интенсивность магнитного поля 60 мТл. Продолжительность процедуры составляла 9-12 минут. На курс лечения отпускаялось 8 – 10 процедур, ежедневно.

Результаты и обсуждение

Для верификации диагноза СРК больным проводились все необходимые методы исследования в соответствии с Римскими критериями (I, II и III). Комплексная оценка психического статуса проводилась с использованием тестов СМОЛ, САН и Спилбергера (STAI).

По данным СМОЛ различная степень психологических расстройств выявлена у 86 (94,5%) больных, при этом более чем у половины пациентов отмечена умеренно выраженная и выраженная психологическая дезадаптация. Усредненный профиль СМОЛ больных, включенных в исследование, превышал пределы статистической нормы (от 49 до 55 Т-баллов) по 1-й (ипохондри) – 58,9±1,24, 2-й (депрессии) – 56,8±1,18 и 7-й (психастении) шкалам – 57,2±1,36 Т-баллов. Эти данные подтверждают клинические данные о преобладании ипохондрических, депрессивных и тревожных тенденций у больных с СРК с запорами.

Результаты обследования больных с помощью других методов психодиагностики также отличались от показателей статистической нормы. По данным теста STAI выявлено повышение по шкале реактивной тревожности (55,1±1,2 баллов, $p < 0,05$). Показатели личностной тревоги (50,3±0,53 баллов, $p > 0,05$) были в пределах нормы.

По данным САН показатели по всем шкалам (Самочувствие – 3,42±0,10, Активность – 3,40±0,12, Настроение – 3,54±0,12 баллов) были достоверно ($p < 0,001$) ниже нормативных (от 5,0 до 5,4 баллов), что отражало такие особенности, как утомляемость, снижение работоспособности, озабоченность, недооценка собственных возможностей, недостаточная уверенность в себе.

Таким образом, больные с СРК с запорами отличались наличием ипохондрических и депрессивных расстройств, несколько повышенным уровнем тревожности, утомляемостью, снижением работоспособности, недостаточной уверенностью в себе.

Для изучения клинико-психологических соотношений у больных с СРК проведен сравнительный анализ психологических особенностей больных в зависимости от выраженности основных клинических симптомов заболевания – выраженности запоров, болевого синдрома и наличия метеоризма. У пациентов с выраженными запорами (стул 1 и менее раз в неделю) выявлены достоверно более высокие, чем у больных с менее выраженными запорами, показатели по 2-й шкале СМОЛ (62,1±1,16 и 55,2±1,44 Т-баллов, $p < 0,05$), и индекса «2-9» СМОЛ (11,9±0,87 и 3,4±0,74 Т-баллов, $p < 0,01$), отражающего выраженность депрессивных расстройств.

У пациентов с выраженными запорами отмечены и более высокие показатели по шкале «реактивная тревожность» теста STAI (58,8±1,46 и 55,1±1,42, $p < 0,05$). Показатели по шкалам самооценки теста САН не различались в зависимости от выраженности запоров. Таким образом, выраженность запоров у больных с СРК оказалась взаимосвязана с выраженностью депрессивных и тревожных расстройств.

Анализ данных психологического обследования 74 больных с СРК с метеоризмом и 17 больных без метеоризма не выявил достоверных различий между сравниваемыми группами. У больных с метеоризмом отмечены лишь несколько более низкие показатели по шкале «Самочувствие» теста САН (2,9±0,14 и 3,3±0,10 баллов соответственно).

Одним из основных симптомов СРК является абдоминальная боль, которая отмечалась у всех обследованных больных. Анализ интенсивности болевых ощущений выявил, что показатели по ВАШ колебались в диапазоне от 0 до 97 баллов (в среднем 39,2±2,58 баллов), при этом у 44 (48,4%) больных показатели по шкале располагались в диапазоне 60 баллов и выше, что свидетельствовало о наличии выраженного болевого синдрома почти у половины обследованных больных.

Усредненный профиль СМОЛ пациентов с выраженным болевым абдоминальным синдромом отличался от профиля больных без болевого абдоминального синдрома и слабо выраженным болевым синдромом, достоверно более высокими показателями по 1-й (61,4±1,84 и 54,2±2,35, $p < 0,01$), 6-й (56,1±1,18 и 48,5±2,71, $p < 0,05$) и более низкими показателями по 9-й шкале (48,1±1,80 и 52,2±2,71, $p < 0,05$). Индекс «2-9» теста СМОЛ, отражающий выраженность депрессивных тенденций, у больных с выраженным болевым синдромом также был достоверно ($p < 0,001$) выше.

Таким образом, пациенты с СРК с выраженным болевым синдромом отличались повышенным уровнем ипохондрической настроенности, склонностью к фиксации внимания на своих ощущениях, напряженностью, депрессивными тенденциями.

Корреляционный анализ выявил высокую степень корреляции показателей по ВАШ с показателями по 9-й шкале СМОЛ ($r = -0,44$, $p < 0,01$). Эти данные свидетельствуют о взаимосвязи выраженности болевого абдоминального синдрома у больных с СРК со степенью депрессивных расстройств. Проведение факторного анализа выявило, что повышение показателей по ВАШ прямо связано с сочетанным повышением показателей СМОЛ по 1-й и 6-й шкалам ($R = 0,54$, $p < 0,001$), отражающим повышенное внимание к своим ощущениям, склонности к формированию ипохондрических фиксаций.

Таким образом, согласно полученным данным, практически у всех пациентов с СРК с запорами выявляется психологическая дезадаптация. В психологическом статусе больных преобладают депрессивные, ипохондрические и тревожные расстройства различной степени выраженности. Получены данные о наличии клинически значимых депрессивных расстройств у 48,4% больных с СРК с запорами. Установлена взаимосвязь выраженности депрессивных расстройств с основными клиническими проявлениями заболевания: выраженностью запоров и болевого абдоминального синдрома. Согласно данным проведенного исследования, болевые ощущения при СРК взаимосвязаны не только с выраженностью депрессии, но и с сочетанием ипохондрических тенденций и ригидности, склонности к формированию различного рода фиксаций.

Анализ динамики психологического статуса больных, получавших ВИМТ, по данным теста СМОЛ выявил достоверное снижение показателей по 1-й (-16,8±2,20, $p < 0,001$), 2-й (-15,6±2,22, $p < 0,001$), 3-й (-10,4±1,66, $p < 0,001$), 6-й (-6,2±1,95, $p < 0,05$) и 7-й (-13,3±3,24, $p < 0,01$) шкалам и индекса «2-9» (-12,1±2,29 Т-баллов соответственно, $p < 0,01$). Эти данные отражают уменьшение уровня тревожности, напряженности, фиксации внимания на своих ощущениях, повышение активности и настроения. По данным STAI на фоне ВИМТ выявлено достоверное снижение по шкалам реактивной (-22,7±2,53) и личностной (-15,5±1,08) тревоги. В группе больных, получавших ВИМТ, отмечена выраженная позитивная оценка больными своего состояния к окончанию курса лечения. По данным САН отмечено достоверное ($p < 0,001$) повы-

шение по всем шкалам («Самочувствие» $+3,08 \pm 0,10$, «Активность» $+2,05 \pm 0,09$ и «Настроение» $+2,29 \pm 0,08$ баллов соответственно). Согласно полученным данным у больных с СРК к окончанию курса ВИМТ отмечалось повышение самооценки, улучшение самочувствия, повышение работоспособности, оптимистичности, уверенности в себе, энергичности, что согласуется с данными обследования с помощью других психологических тестов.

Анализ динамики психологического статуса больных второй группы показал, что НИМТ оказывает психокорригирующее действие в основном за счет уменьшения выраженности ипохондрических, тревожных и депрессивных расстройств. По данным теста СМОЛ под влиянием НИМТ отмечено достоверное снижение показателей по 1-й ($-8,8 \pm 1,92$, $p < 0,01$), 2-й ($-9,7 \pm 2,20$, $p < 0,01$), 3-й ($-4,7 \pm 2,44$, $p < 0,01$) и 7-й ($-7,3 \pm 2,57$, $p < 0,01$) шкалам. Достоверное снижение ($p < 0,001$) уровня реактивной тревожности к окончанию курса НИМТ выявлено и с помощью теста STAI. По данным САИ в группе больных, получавших НИМТ, отмечено достоверное ($p < 0,01$) повышение по шкалам «Самочувствие» ($+2,30 \pm 0,18$) «Активность» ($+1,70 \pm 0,17$) и «Настроение» ($+1,52 \pm 0,18$) баллов соответственно, что отражало более позитивную оценку больными своего состояния к окончанию курса лечения, уменьшение утомляемости, повышение выносливости, оптимистичности, активности и энергичности.

У больных контрольной группы по данным теста СМОЛ выявленное снижение показателей по 2-й ($-1,2 \pm 1,68$, $p > 0,05$), 3-й ($-1,6 \pm 1,27$, $p > 0,05$) шкалам и индекса «2-9» ($0,9 \pm 2,02$, $p > 0,05$) было недостоверным. Только показатели по 1-й ($-2,2 \pm 1,98$, $p < 0,05$) и 7-й ($-3,9 \pm 1,44$, $p < 0,01$) шкалам достоверно изменились. С помощью теста STAI выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня реактивной тревожности, в то время как личностная тревожность существенно не изменилась. По данным САИ в контрольной группе не выявлена положительная дина-

мика. Кроме того, только у 2 (6,5%) больных контрольной группы отмечено снижение показателей по шкале «Самочувствие» и у 3 (9,7%) – по шкале «Активность».

Заключение

Анализ динамики психологического статуса больных с помощью теста СМОЛ выявил к окончанию курса ВИМТ достоверно более выраженное, чем в контрольной группе, снижение показателей по 1-й ($p < 0,001$), 2-й ($p < 0,001$), 3-й ($p < 0,001$), 6-й ($p < 0,01$) и 7-й ($p < 0,05$) шкалам и индекса «2-9» ($p < 0,01$). Таким образом, применение ВИМТ приводит к уменьшению тревоги, напряженности, ипохондрической настроенности, фиксации внимания на своих ощущениях, повышению уверенности, оптимистичности, активности и настроения больных. Снижение показателей по шкалам невротической триады (1-й, 2-й и 3-й) в группе ВИМТ оказалось достоверно более выраженным и по сравнению с группой НИМТ, что отражало большее влияние на выраженность ипохондрических и депрессивных расстройств.

По данным STAI на фоне ВИМТ выявлено снижение по шкалам реактивной и личностной тревоги, достоверно более выраженное, чем в контрольной группе и в группе НИМТ. В группе ВИМТ отмечена и более позитивная оценка больными своего состояния к окончанию курса лечения. По данным САИ в группе ВИМТ отмечено достоверно ($p < 0,001$) более выраженное, чем в контрольной группе, повышение по всем шкалам.

По сравнению с группой НИМТ выявлено достоверно ($p < 0,001$) более выраженное повышение по шкалам «Самочувствие» и «Настроение». Согласно полученным данным у больных с СРК с запорами к окончанию курса ВИМТ отмечалось повышение самооценки, улучшение самочувствия, повышение работоспособности, оптимистичности, уверенности в себе, энергичности, что согласуется с данными обследования с помощью других психологических тестов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. // Rome II: functional gastrointestinal disorders / Ed. D.A. Drossman. – 2nd ed. – Lawrence, 2000. – P. 351–432.
2. Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2001; 120: 652–68.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Соловьева А.Д., Полуэктова Е.А., Белхушет С., Марданова О.А. Новые возможности патогенетического лечения синдрома раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007. №6. С. 37–40.
4. Махов В.М., Турко Т.В. Синдром раздраженного кишечника // Рус.мед.журн. – 2006. – т.8 №1. – С.52–61.
5. Гусакова Е.В. Немедикаментозная коррекция функционального состояния больных с синдромом раздраженного кишечника: Автореф. дисс. на соискание уч.степени д. м. н. – М., 2008, 269 с.
6. Арутюнов А.Г., Бурков С.Г. Синдром раздраженного кишечника с позиции практикующего врача // Русский медицинский журнал. – 2005. – том 13, № 27 (251). – С.1818–1821.
7. Гусакова Е.В. Синдром раздраженного кишечника: современный взгляд на этиопатогенез и лечение физическими факторами // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2006. – № 1. – С. 39–43.

Резюме. По данным теста СМОЛ различная степень психологических расстройств выявлена у 95% больных с синдромом раздраженного кишечника с запорам, при этом более чем у половины пациентов отмечена умеренно выраженная и выраженная психологическая дезадаптация. По данным теста STAI выявлено повышение по шкале реактивной тревожности. По данным теста САИ показатели по всем шкалам (Самочувствие, Активность, Настроение) были достоверно ниже нормативных.

Анализ динамики психологического статуса больных после различных видов магнитотерапии выявил достоверно более выраженное, чем в контрольной группе уменьшение тревоги, напряженности, ипохондрической настроенности. По окончании курса высокоинтенсивной магнитотерапии выявлено достоверно более выраженное, чем в контрольной группе и в группе низкоинтенсивной биорезонансной магнитотерапии, снижение по шкалам реактивной и личностной тревоги, более выраженное улучшение самочувствия и настроения.

Ключевые слова: высокоинтенсивная магнитотерапия, низкоинтенсивная биорезонансная магнитотерапия, синдром раздраженного кишечника, психологический статус.

Abstract. According to test RESINS varying degrees of psychological distress was found in 95% of patients with irritable bowel syndrome with constipation, with more than half of the patients had moderately severe and severe psychological maladjustment. According to test STAI showed improvement on a scale of reactive anxiety. According to test SAN performance on all scales (mood, activity, mood) were significantly lower than normative.

Analysis of the dynamics of the psychological status of patients after various types of magnetic therapy showed significantly greater than in the control group, reducing anxiety, tension, hypochondriacal mood. At the end of the course of

high-intensity magnetic therapy showed significantly greater than in the control group and the group of low-intensity bioresonance magnetotherapy, reduction in the scales of reactive and personal anxiety, greater improvement in mood and well being.

Key words: high-intensity magnet, low-intensity bioresonance magnetotherapy, irritable bowel syndrome, psychological status.

КОНТАКТЫ:

Луферова Н.Б.,

Служебный адрес: 143010, Московская область, Успенское шоссе №1, с. Юдино, ул. Красная;
тел.: 8(495) 598-83-50, факс: 8(495) 598-83-54.

Гусакова Елена Викторовна.

Служебный адрес: г. Москва, Ленинский проспект, дом 20, корпус 1;
тел.: (495) 957-75-00 (доб. *30152), факс: 8 (495) 620-29-12; e-mail:
gusakova07@mail.ru