

Лечение синдрома раздраженного кишечника: влияние микрокинезотерапии

Управление синдромом раздраженного кишечника: влияние микрофизиотерапии

Daniel Grosjean¹, Patrice Bénini³, Pierre Carayon²

1. Учебный центр по микрокинезотерапии CFM, Pont à Mousson, France
2. Услуги гастроэнтерологии, онкологии и молекулярной эндокринологии, висцеральной и сосудистой хирургии, CHU Besancon, Besancon, France
3. Association Centre de Diffusion de la Microkinésithérapie, ACDM, 78, Rue de Pont à Mousson – 57950 Montigny les Metz, France, E-mail : patrice.benini@wanadoo.fr
cfmicrokinesitherapie@gmail.com

Резюме

Актуальность темы: Синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой сложную патологию, высокую распространенность и значительное влияние на качество жизни пациентов. Поскольку традиционная терапия часто дает неудовлетворительные результаты, может быть желателен более целостный подход. В текущем исследовании оценивалось влияние микрокинезотерапии на тяжесть симптомов СРК.

Методы. В этом двойном слепом исследовании 61 пациент с рецидивирующим СРК был рандомизирован для получения двух сеансов лечения микрокинезотерапией или фиктивного лечения микрокинезотерапией. Критериями включения было наличие ≥ 1 симптома СРК в виде боли в животе, запора, диареи или вздутия живота. Критериями исключения были предыдущие обширные операции на кишечнике и наличие хронического заболевания. Средний возраст пациентки составил $53,5 \pm 15,3$ года. Микрокинезотерапия состояла из микропальпаторного исследования для выявления остеопатических поражений с последующим микромассажем для стимуляции самовосстановления.

Контрольная группа прошла фиктивную процедуру. Наличие и тяжесть симптомов оценивались во время последующего наблюдения тем же гастроэнтерологом в начале исследования и через 1 месяц после сеансов.

Результаты: два пациента не завершили исследование. Существует значительная разница между процентом пациентов, у которых улучшилось состояние после первого сеанса: 74% в группе микрокинезотерапии и 38% в группе плацебо ($p = 0,005$). После второго сеанса первоначальное улучшение сохранялось в обеих группах, но без дальнейшего улучшения, и различия между исследуемыми группами оставались значительными ($p = 0,007$).

Выводы: микрокинезотерапия значительно улучшает симптомы СРК и требует дальнейшего изучения для использования в традиционной медицине.

Введение

Синдром раздраженного кишечника СРК - распространенное и сложное заболевание, которое оказывает большое влияние на жизнь пациентов. Подсчитано, что СРК поражает до 25% населения в Европе и США ¹⁻³, с более высокой распространенностью среди женщин и детей младшего возраста ^{4,5}. Профиль симптомов у разных пациентов различается, но характеризуется хронической болью или дискомфортом в животе, сопровождающимися нарушением работы кишечника и висцеральной гиперчувствительностью ⁶. СРК оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов ^{1,7} и связано со значительным

обращением за медицинской помощью ⁸.

Патогенез СРК многофакторный и еще недостаточно изучен. Факторы, которые могут играть роль в симптоматике СРК, включают инфекцию, воспаление, диету, стресс и гормональные факторы ^{9, 10}. Однако все чаще признается, что могут быть задействованы сложные нейрофизиологические и психологические пути. Принято считать, что существует прочная связь между кишечной нервной системой и центральной нервной системой ¹¹, с физическими или эмоциональными стрессами, которые могут вызывать нарушения на всех уровнях оси мозг-кишечник ¹². Такие нарушения могут влиять на регуляцию висцерального восприятия и эмоциональную реакцию на висцеральные события ¹². Многофакторный характер СРК означает, что для его лечения используется множество различных подходов, включая различные фармакологические средства, психиатрическую терапию, пробиотики и антибиотики, диетическую терапию и дополнительную комплементарную медицину (ДКМ) ^{13, 14}.

Лечение СРК традиционными методами лечения часто приводит к неудовлетворительным результатам ^{15, 16}. Использование ДКМ имеет долгую историю внутренних болезней с доказанной эффективностью ¹⁷ и поэтому приобрело популярность среди медицинских работников и пациентов ^{15, 18-20}. Для лечения СРК ДКМ можно разделить на четыре категории: рефлексотерапия, психологические вмешательства, биологическая терапия и терапия на основе энергии. По оценкам, треть пациентов с СРК в США используют ДКМ ²¹. Кроме того, Spanier ²⁰ продемонстрировали, что от 11% до 43% пациентов с СРК достигли относительно удовлетворительных результатов с помощью ДКМ.

Shen ¹⁹ пришли к выводу, что ДКМ может быть рекомендована для лечения СРК как часть научно-обоснованного подхода и может предложить удовлетворительное облегчение симптомов.

Манипулятивные и телесные практики, такие как рефлексология, остеопатия и микрокинезитерапия, являются частью целостного подхода к СРК, который имеет отношение к биопсихосоциальной модели ²² этимологии СРК. На сегодняшний день контролируемые исследования, сообщающие о результатах этих методов, редки. Однако некоторые исследования показали многообещающие результаты. Рандомизированное контролируемое исследование Hundscheid ²³ сообщили, что остеопатия лучше влияет на симптомы и качество жизни у пациентов с СРК, чем стандартная помощь, что было воспроизведено в двух других исследованиях, проведенных Piche ²⁴ и Florange ²⁵. Кроме того, систематический обзор Muller ²⁶ предполагает, что остеопатия привела к значительному улучшению симптомов СРК по сравнению с лечением плацебо или стандартной терапией.

Микрокинезитерапия - это метод мануальной физиотерапии, основанный на том принципе, что человеческое тело адаптируется, защищает себя и исцеляет себя в ответ на травматические, эмоциональные, токсические, инфекционные или экологические атаки.

Когда атака превышает способность ткани защищаться, ее жизнеспособность снижается.

Микрокинезитерапия ищет такие изменения, используя технику ручной микропальпации, которая позволяет оценить жизнеспособность тканей.

Затем выполняется ручная стимуляция пораженной ткани, чтобы стимулировать самовосстановление и восстановление функции.

Как и в случае с остеопатией, теоретические принципы микрокинезитерапии можно найти в эмбриологии человека.

Поскольку мышечные и висцеральные ткани происходят из одних и тех же эмбриологических структур, повреждение мышц всегда связано с соответствующей висцеральной патологией, и наоборот ^{27, 28}.

Микрокинезитерапия - относительно новая методика, поэтому в литературе мало данных. Тем не менее, микрокинезитерапия показала положительный эффект при синдроме альгоневродистрофии ²⁹, боли в пояснице ³⁰ и фибромиалгии ³¹.

Для настоящего исследования мы изучили влияние микрокинезитерапии на распространенность и тяжесть клинических симптомов СРК.

Материал и метод

В этом двойном слепом рандомизированном контролируемом одноцентровом исследовании участвовал 61 пациент (23 мужчины и 38 женщин) с рецидивирующими симптомами СРК в анамнезе, которые лечились традиционной терапией, но с неудовлетворительными результатами. Средний возраст пациентов составил $53,5 \pm 15,3$ года. Участники были распределены по группам случайным образом путем жеребьевки. В экспериментальную группу вошел 31 пациент, в контрольную - 30 человек. Основные характеристики исследуемой популяции сведены в Таблицу 1.

Таблица 1: Характеристики исследуемой популяции

	Total	Groupe expérimental	Groupe témoin
n	61	31	30
Hommes	23	11	12
Femmes	38	20	18
Age, années (moyenne \pm SD)	$53,5 \pm 15,3$	$51,5 \pm 14,4$	$55,6 \pm 16,2$

n = все значения, если не указано иное.

SD = стандартное отклонение

Критериями включения было наличие одного или нескольких симптомов СРК: повторяющиеся боли в животе, повторяющиеся запоры, рецидивирующая диарея или повторяющееся вздутие живота. Пациенты также не должны были иметь повреждений органов, что подтверждалось бариевой клизмой с радиологическим исследованием и/или тотальной колоноскопией, а также ультразвуком брюшной полости в случаях изолированной боли в животе. Критериями исключения были легкое набухание желудка, хирургическое вмешательство на кишечнике, такое как колэктомия или гемиколэктомия, и хроническое заболевание, такое как рак.

Исследование было одобрено этическим комитетом института, и все участники дали информированное согласие.

Сбор анамнеза и клиническое обследование всех пациентов проводился одним гастроэнтерологом (РС). Симптоматика пациента и критерии оценки результатов приведены в таблице 2. Затем экспериментальная группа прошла два сеанса микрокинезитерапии. Все сеансы проводились двумя терапевтами (GD и PB) в два этапа, когда пациент лежал на столе для осмотра.

Во время диагностической фазы было выполнено микропальпаторное исследование для выявления первичных и вторичных остеопатических поражений. Обеими руками терапевт выполнял небольшие тянущие и тянущие движения в разных положениях на пораженном

участке. В зависимости от глубины пальпации и ее расположения на теле терапевт мог определить, нарушен ли жизненный ритм нижележащих структур.

Во время терапевтической фазы терапевт стимулировал поражения с помощью микрокинезитерапии чтобы ускорить процесс самовосстановления²⁷. Каждый сеанс длился в среднем 30 минут с интервалом в 1 месяц. Контрольная группа прошла два сеанса фиктивной микрокинезитерапии в течение одного и того же периода одним и тем же терапевтом. Что касается фиктивного лечения, диагностическая и терапевтическая фаза имитировали легкий массаж брюшной полости.

Все пациенты были осмотрены одним и тем же гастроэнтерологом через месяц после каждого сеанса терапии. Были повторно оценены симптомы, наблюдаемые при первичном осмотре.

Таблица 2: Критерии оценки результатов

A. Symptômes signalés par le patient	Classification des résultats
1. Douleur abdominale 2. Constipation 3. Diarrhée 4. Gonflement 5. Symptômes digestifs non intestinaux (nausées, lenteur digestive, halitose)	- Présent ou absent avant le traitement - Disparu ou amélioré après traitement = positif - Aggravé, apparu ou stable après traitement = négatif
B. Signes cliniques	Classification des résultats
1. Douleurs abdominales induites par palpation 2. Colique 3. Gommage Caecal 4. Distension abdominale, tympanisme 5. Présence de sécrétions dans le rectum au toucher rectal	- Présent ou absent avant le traitement - Disparu ou amélioré après traitement = positif - Aggravé, apparu ou stable après traitement = négatif

Улучшение определялось как исчезновение СРК или уменьшение степени тяжести, в то время как отрицательный результат определялся как стабильный или ухудшающийся симптом. Различия в результатах между экспериментальной и контрольной группами проверяли с помощью критерия χ^2 Пирсона. Достоверная разница была определена как $p < 0,05$.

Результаты

Из 61 включенного пациента один член контрольной группы покинул исследование до первой оценки из-за диагноза рака. Второй пациент из контрольной группы покинул зону до второй оценки.

Значительная разница в улучшении ($p = 0,005$) наблюдалась между двумя группами после первого сеанса. В экспериментальной группе улучшение наблюдалось у 74% пациентов после сеанса микрокинезитерапии по сравнению с 38% пациентов в контрольной группе.

После второго сеанса первоначальное улучшение сохранялось в обеих группах без дальнейшего улучшения, а различия между исследуемыми группами оставались значительными ($p = 0,007$). Ни у одного пациента не наблюдалось ухудшения клинических симптомов (таблица 3).

Таблица 3: Результаты

	Groupe témoin	Groupe contrôle	p
Après la première séance de traitement :			
Résultat amélioré (positif) :	23 (74.2)	11 (37.9)	0.005
Pas d'effet (néгатif) :	8 (25.8)	18 (62.1)	
Total :	31 (100)	29 (100)	
Après la première séance de traitement :			
Résultat amélioré (positif) :	23 (74.2)	11 (39.3)	0.007
Pas d'effet (néгатif) :	8 (25.8)	17 (60.7)	
Total :	31 (100)	28 (100)	

Обсуждение

В этом исследовании мы продемонстрировали, что метод микрокинезотерапии улучшает симптомы у пациентов с СРК. На данный момент опубликовано очень мало исследований мануальных методов лечения СРК, и мы считаем, что это первое рандомизированное двойное слепое исследование использования микрокинезотерапии для лечения СРК.

Несколько опубликованных исследований показали положительный эффект остеопатии по сравнению с фиктивной терапией плацебо или обычным лечением²³⁻²⁶. Преимущества мануальных техник при СРК объясняются воздействием микрокинезотерапии мягких тканей на вегетативную нервную систему. Henley³² показали явный эффект остеопатического лечения на симпатический тонус, о чем свидетельствуют изменения вариабельности сердечного ритма. Аналогичным образом, Pinto Pereira³¹ показали значительный эффект микрокинезотерапии по сравнению с плацебо на симпатическую активность у пациентов с фибромиалгией.

Патогенез СРК многофакторен и еще не полностью объяснен, несмотря на публикации многочисленных исследований. Однако недавние исследования выявили связанную с вегетативной нервной системой висцеральную гиперчувствительность, определяемую как нарушение симпатической активности, как один из механизмов, лежащих в основе патогенеза СРК³³.

Благоприятный эффект мануальной терапии также объясняется теорией общей фундаментальной связи между СРК и эмбриологией²⁸. Мезодерма - один из трех зародышевых листков, которые появляются на третьей неделе эмбрионального развития. Латеральная мезодерма состоит из внешнего слоя, соматоплевры, который развивается в периферической мышечной системе. Глубокая структура или спланхноплевра перерастает в гладкую мышечную ткань органов; то есть кровеносные сосуды, толстая кишка, легкие, сердце и т. д.

Поскольку периферическая и органическая мышечная система происходят из одних и тех же эмбриологических структур, предполагается, что существует возможная взаимосвязь во время болезненных состояний. Во время лечения микрокинезотерапией терапевт ищет дисбаланс между этими тканями, который проявляется в изменении жизнеспособности тканей тела. Стимулируя пораженную ткань, восстанавливается баланс и вызывается выздоровление. В этом отношении микрокинезотерапия принципиально отличается от остеопатии. Хотя оба метода являются мануальной терапией, направленной на улучшение или восстановление жизненно важных функций, остеопаты стремятся восстановить жизненно важные функции путем снятия напряжения или блокировки, тогда как в микрокинезотерапии терапевт стремится устранить первопричины симптомов.

Помимо нарушения вегетативной нейрональной регуляции, психосоциальные факторы тесно

связаны с функцией кишечника и патогенезом СРК³⁴. Считается, что психо-нейроэндокринная иммунная модуляция по оси мозг-кишечник играет ключевую роль в патогенезе СРК³⁵⁻³⁸. Нарушение двусторонней связи между кишечником, его кишечной нервной системой и мозгом может быть важным фактором в развитии СРК^{12, 35-37, 39,40}. Следовательно, биопсихосоциальная патофизиологическая модель²² может рассматриваться при лечении СРК. Таким образом, развитие СРК объясняется сложным и многофакторным взаимодействием между биологическими и психосоциальными взаимодействиями.

Эта целостная концепция патогенеза СРК является частью целостного подхода, присущего мануальным методам, таким как микрокинезитерапия. Из-за потенциально ограниченного воздействия традиционного фармакологического лечения при СРК по сравнению с плацебо и трудностей в лечении этого сложного заболевания^{16, 19, 20, 41, 42} растет интерес медицинских работников и пациентов к альтернативным методам лечения.

Хотя наши результаты и результаты предыдущих исследований показали, что мануальные методы многообещающие для лечения СРК²³⁻²⁶, лежащие в основе механизмы еще не полностью выяснены. Поэтому необходимы многоцентровые рандомизированные контролируемые испытания с более длительным периодом наблюдения, чтобы лучше оценить эти методы и изучить их экономическую эффективность^{18, 43}.

Из-за важной роли, которую психологические факторы играют в СРК, важно проанализировать эффект плацебо⁴⁴. В этом двойном слепом исследовании была обнаружена значительная разница между экспериментальной и контрольной группами.

Очевидно, что положительные результаты в опытной группе - это сочетание лечения и эффекта плацебо. Хорошо известно, что неспецифические эффекты могут давать статистически и клинически значимые результаты при лечении СРК^{44, 45}. Однако эффекты плацебо со временем исчезают⁴⁶. Хотя и положительный эффект микрокинезитерапии в нашем исследовании сохранялся через временной интервал в 2 месяца, необходимы более длительные периоды наблюдения, чтобы учесть эффект плацебо⁴⁶.

Заключение

Микрокинезитерапия оказывает значительное влияние на симптомы СРК. Следовательно, мануальные методы должны приниматься во внимание для регулярного ухода и для того, чтобы сделать их доступными для более широких слоев населения, а в дальнейшем потребуются многоцентровые испытания для подтверждения их эффекта.

Литература

1. Brun-Strang C, Dapoigny M, Lafuma A, Wainsten JP, Fagnani F. Irritable bowel syndrome in France: Quality of life, medical management, and costs: The Encoli study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:1097-1103.
2. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1992;304:87-90.
3. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1910-1915.
4. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2184-93.
5. Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. Prevalence of irritable bowel syndrome: A community survey. *Br J Gen Pract* 2004;54:495-502.
6. Spiller RC. Irritable bowel syndrome. *Br Med Bull* 2004;72:15-29.
7. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruszniewski P, et al. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health related quality of life (HRQOL). *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:241-46.
8. Camilleri M, Choi MG. Review article: Irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:3-15.

9. Collins SM. Peripheral mechanisms of symptom generation in irritable bowel syndrome. *Can J Gastroenterol* 2001;15 Suppl B 14B-16B.
10. Collins SM, Piche T, Rampal P. The putative role of inflammation in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001;49:743-45.
11. Buckley MM, O'Mahony SM, O'Malley D. Convergence of neuro-endocrine-immune pathways in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2014;20:8846-58.
12. Mulak A, Bonaz B. Irritable bowel syndrome: A model of the brain-gut interactions. *Med Sci Monit* 2004;10:55-62.
13. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
14. Chang FY. Irritable bowel syndrome: The evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World J Gastroenterol* 2014;20:2499-2514.
15. Wu JC. Complementary and alternative medicine modalities for the treatment of irritable bowel syndrome: Facts or myths? *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2010;6:705-11.
16. Hayee B, Forgacs I. Psychological approach to managing irritable bowel syndrome. *BMJ* 2007;334:1105-1109.
17. Cahn AM, Carayon P, Hill C, Flamant R. Acupuncture in gastroscopy. *Lancet* 1978;1:182-183.
18. Hagege H. Alternative treatments in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(Suppl 1):79-83.
19. Shen YH, Nahas R. Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome. *Can Fam Physician* 2009;55:143-48.
20. Spanier JA, Howden CW, Jones MP. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2003;163:265-74.
21. Van Tilburg MA, Palsos OS, Levy RL, Feld AD, Turner MJ, Drossman DA, et al. Complementary and alternative medicine use and cost in functional bowel disorders: A six-month prospective study in a large HMO. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:46.
22. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17:131-139.
23. Hundscheid HW, Pepels MJ, Engels LG, Loffeld RJ. Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy: Results of a randomized controlled pilot study. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:1394-98.
24. Piche T, Pishvaie D, Tirouvaziam D, Filippi J, Dainese R, Tonohouhan M, et al. Osteopathy decreases the severity of IBS-like symptoms associated with Crohn's disease in patients in remission. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014;26:1392-98.
25. Florance BM, Frin G, Dainese R, Nebot-Vivinus MH, Marine Barjoan E, Marjoux S, et al. Osteopathy improves the severity of irritable bowel syndrome: A pilot randomized sham-controlled study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012;24:944-49.
26. Muller A, Franke H, Resch KL, Fryer G. Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: A systematic review. *J Am Osteopath Assoc* 2014;114:470-79.
27. Grosjean D, Benini P. La micropalpation, base de la microkinésithérapie. 1990.
28. Grosjean D. La microkinésithérapie, une thérapie complémentaire? *Profession Kinésithérapeute*. 2006;11:14-16.
29. Grosjean D, Benini P. Approche du syndrome algoneurodystrophique du membre supérieur par la microkinésithérapie. *Ann Kinésithér* 1990;17:301-304.
30. Grosjean D, Poquin D. Assessment of a microkinesithérapie treatment on 300 low back pain sufferers. *Medycyna Manualna* 2006;10:35-46.
31. Pinto Pereira A, Dos Santos Carvalho EM, Ii K, Furman M, Wosh PJA, Gulogurski RL, et al. Assessment of heart rate variability in fibromyalgia after micro-physiotherapy. *MTP Rehabil J* 2014;12:191-195.
32. Henley CE, Ivins D, Mills M, Wen FK, Benjamin BA. Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: A repeated measures study. *Osteopath Med Prim Care* 2008;2:7.
33. Manabe N, Tanaka T, Hata J, Kusunoki H, Haruma K. Pathophysiology underlying irritable bowel syndrome from the viewpoint of dysfunction of autonomic nervous system activity. *J Smooth Muscle Res* 2009;45:15-23.
34. Gaynes BN, Drossman DA. The role of psychosocial factors in irritable bowel syndrome. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 1999;13:437-52.
35. Bonaz BL, Bernstein CN. Brain-gut interactions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2013;144:36-49.
36. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, Talley NJ. The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: A 12-year prospective population-based study. *Gut* 2012;61:1284-90.
37. Koloski NA, Jones M, Talley NJ. Investigating the directionality of the brain-gut mechanism in functional gastrointestinal disorders. *Gut* 2012;61:1776-77.
38. Mach T. The brain-gut axis in irritable bowel syndrome—clinical aspects. *Med Sci Monit* 2004;10:125-31.
39. Bonaz B. Inflammatory bowel diseases: A dysfunction of brain-gut interactions? *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2013;59:241-59.
40. Enck P, Martens U, Klosterhalfen S. The psyche and the gut. *World J Gastroenterol*. 2007;13:3405-3408.
41. Tack J, Fried M, Houghton LA, Spicak J, Fisher G. Systematic review: The efficacy of treatments for irritable bowel syndrome—a European perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:183-205.
42. Wu JC, Ziea ET, Lao L, Lam EF, Chan CS, Liang AY, et al. Effect of electroacupuncture on visceral hyperalgesia, serotonin and fos expression in an animal model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2010;16:306-14.
43. Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC Complement Altern Med* 2005;5:11.
44. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.

45. Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Sanchez MN, Kokkotou E, Singer JP, et al. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. Plos ONE 2010;5:15591.
46. Spiller RC. Problems and challenges in the design of irritable bowel syndrome clinical trials: Experience from published trials. Am J Med 1999;107 91S-97S.

Методология

В исследование был включен 61 пациент с рецидивирующим синдромом раздраженного кишечника (СРК), незначительное улучшение или отсутствие улучшения от обычного лечения продолжалось во время исследования.

Рандомизировано в группы по 6 человек, разделенных на 2 группы: лечение плацебо и лечение микрокинезитерапией.

	Total	Groupe placebo	Groupe microkiné
n	61	30	31
Hommes	23	12	11
Femmes	38	18	20
Âge, années (moyenne ± écart-type)	53.5±15.3	55.6±16.2	51.5±14.4

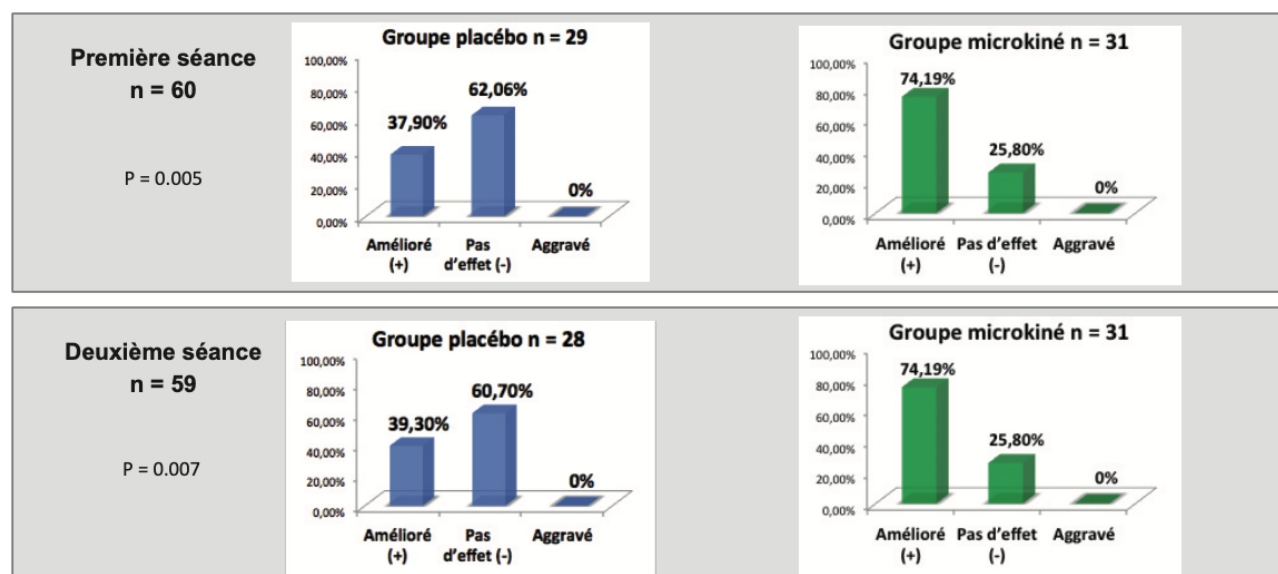
Критерии включения: наличие хотя бы 1 синдрома СРК: боль в животе, запор, диарея, вздутие живота. Два сеанса с интервалом в один месяц, плацебо или фактическое лечение.

Два пациента не завершили исследование (рак толстой кишки, переезд).

Оценка, проводимая одним и тем же гастроэнтерологом до и через месяц после каждого сеанса в соответствии с критериями, приведенными в таблице ниже:

Symptômes signalés par le patient	Signes cliniques	Classification des résultats
1. Douleur abdominale 2. Constipation 3. Diarrhée 4. Gonflement 5. Symptômes digestifs non intestinaux (nausées, lenteur digestive, halitose)	1. Douleurs abdominales induites par palpation 2. Colique 3. Gommage Caecal 4. Distension abdominale, tympanisme 5. Présence de sécrétions dans le rectum au toucher rectal	- Présent ou absent avant le traitement - Disparu ou amélioré après traitement = positif - aggravé, apparu ou stable après traitement = négatif

Результаты



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микрокинезитерапия значительно улучшает симптомы СРК. Это исследование следует продолжить, чтобы его можно было использовать в общепринятом здравоохранении.