

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АКУПUNKТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Эфендиева М. Т.

ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава РФ,
Москва

Эфендиева Матанет Талат кызы

E-mail: emt12@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Изучена эффективность применения акупунктуры в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Доказано благоприятное действие акупунктуры на функциональное состояние пищевода, нейрогуморальную регуляцию нижнего пищевода сфинктера, снижение кислотообразующей функции желудка. Полученные результаты позволяют рекомендовать больным неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью акупунктуру на корпоральные точки в виде монотерапии, проводимой на фоне диеты.

SUMMARY

Effectiveness of acupuncture in treatment of patients with gastroesophageal reflux disease is investigated. Favourable effect on functional state of esophagus, neurohumoral regulation of lower esophageal sphincter, decrease of acid producing function of stomach is proven. Results obtained establish a ground to advise to patients with non-erosive gastroesophageal reflux disease a treatment course of acupuncture on corporeal points as monotherapy combined with a diet.

Огромное количество людей ежедневно испытывают симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), что существенно ухудшает качество жизни [1; 2]. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, в основе которой лежат расстройства моторики и сфинктерного аппарата пищевода, по своей частоте, возможным тяжелым проявлениям и опасным последствиям признана ведущим заболеванием пищеварительной системы. Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 20–40% [3; 4]. Формирование ГЭРБ определяется действием многих факторов, но общепризнано, что пусковым механизмом является нарушение функционального состояния нижнего пищевода сфинктера.

У преобладающего большинства больных ГЭРБ эпизоды рефлюкса возникают вследствие преходящих расслаблений нижнего пищевода сфинктера на фоне моторно-эвакуаторной дисфункции пищевода и желудка, генез которой связан с нарушением нейрогуморальной регуляции.

Ведущие отечественные гастроэнтерологи считают подход к контролю эффективности лечения,

ориентированный на динамику симптоматики, весьма рациональным. Эндоскопически различают два основных варианта ГЭРБ: неэрозивную форму и эрозивную, характеризующуюся наличием эрозий слизистой оболочки пищевода. Тяжесть субъективной симптоматики ГЭРБ не коррелирует с тяжестью эндоскопической картины. Для неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ликвидация клинических проявлений является решающим критерием эффективности терапии.

Пациенты с ГЭРБ представляют для здравоохранения существенную проблему с точки зрения недостаточной эффективности большинства применяемых методов и больших экономических затрат на лечение. Несмотря на широкий арсенал медикаментозных средств, применяемых для лечения больных ГЭРБ [3; 5; 6], число больных имеет тенденцию к увеличению, а такие грозные осложнения, как пептические стриктуры, эрозивно-язвенные поражения, кровотечения, пищевод Барретта, вынуждают прибегать к более радикальным методам лечения. С другой стороны, побочные действия, вызываемые основными препаратами,



используемыми в терапии указанной патологии (ингибиторы протонной помпы, H_2 -блокаторы), не позволяют переоценить актуальность поисков немедикаментозных методов лечения ГЭРБ. Доказана эффективность применения больным ГЭРБ питьевого курса минеральных вод, а также физиотерапии [7; 8]. Представляет научный и практический интерес изучение эффективности применения акупунктуры больным ГЭРБ. Общеизвестно, что в основе акупунктуры лежат ответные сложно-рефлекторные реакции организма, приводящие к нормализации изменений в нервной и эндокринной системе с улучшением адаптивных, защитных и компенсаторных возможностей.

Цель исследования — изучить эффективность применения акупунктуры в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 87 больных ГЭРБ в возрасте от 21 до 58 лет. 67 больных составили основную группу, 20 — контрольную. Больным основной группы проводилась акупунктура.

Дизайн проведенного исследования предполагал клиническое обследование и верификацию диагноза, рандомизацию и формирование группы пациентов, контрольное обследование с оценкой клинических симптомов, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), нейрогуморальной регуляции нижнего пищеводного сфинктера. Исследования интестинальных гормонов проводили радиоиммунологическим методом в НИЦХ РАМН, в лаборатории иммунологии и регуляторных механизмов в хирургии.

Для верификации диагноза проводили суточное мониторирование рН с помощью рН-метра «Гастроскан-24» («Исток-Система», Фрязино).

Курс лечения акупунктурой проводился по традиционной методике. В основе базисного рецепта были следующие точки: E_{36} , E_{25} , E_{23} , GI_{11} , MC_6 , RP_6 , VC_{12} , VC_{10} , VC_{13} , E_{45} .

Наряду с базисным рецептом использовали акупунктурные точки с учетом индивидуальных проявлений заболевания. На курс лечения — 10–12 сеансов.

Первые два сеанса проводили воздействие на точки E_{36} , GI_{11} . Начиная с третьего сеанса воздействовали на точки передне-среднего меридиана. Воздействие на точку VC_{12} способствует слизиобразованию, на точку VC_{13} — снижает активность кислотно-пептического фактора, VC_{10} — разжижает слизь. При повышенной раздражительности воздействовали на точки F_2 и F_3 . При тахикардии воздействовали на точку MC_6 .

Примерная схема лечения:

E_{36} , GI_{11}
 E_{36} , GI_{11}
 E_{25} , E_{23} , VC_{12} , VC_{10}
 RP_4 , MC_6 , VC_{12} , VC_{13}
 E_{45} , VC_{14} , E_{25}
 E_{36} , MC_6 , VC_{12}

E_{25} , RP_6 , VC_{13}
 E_{36} , E_{45} , VC_{12}
 E_{25} , RP_6 , VC_{10}
 E_{36} , GI_{11}

Лечение проводилось на фоне диеты. В первую очередь обеспечивали щажение и функциональный покой рецепторного аппарата пищевода и желудка, что достигалось назначением протертой малосокогонной пищи при соблюдении частого, дробного питания.

Больным контрольной группы назначали щадящую диету.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение клинической картины ГЭРБ свидетельствовало о том, что основная жалоба, заставляющая обратиться больного к врачу, — изжога, присутствовала у всех наблюдаемых. 75% пациентов предъявляли жалобы на отрыжку, 46% — на срыгивание после еды. Дисфагию отмечали 29% больных, загрудинные боли, усиливающиеся во время приема пищи — 33%, дискомфорт, тяжесть и распирание в эпигастрии после еды — 71%.

При эндоскопическом исследовании выявлялась недостаточность кардии; в просвете пищевода имелась пенная слизь, отмечался отек и гиперемия слизистой оболочки. Наиболее часто патологические изменения начинались в средней или нижней трети пищевода, и их интенсивность возрастала в аборальном направлении. У 13 больных выявлены единичные эрозии нижней трети пищевода. Эрозии имели округлую или продольную форму. Все больные с эрозивным эзофагитом были включены в основную группу.

Лечение акупунктурой проводилось 67 больным ГЭРБ. Переносимость сеансов акупунктуры у всех больных была удовлетворительной. Результаты проведенного лечения показали положительную динамику субъективных и объективных проявлений заболевания, что подтверждалось данными инструментальных и лабораторных методов исследования.

У преобладающего большинства больных основной группы исчезли жалобы на изжогу (83,6%). У всех наблюдаемых исчезли жалобы на слюнотечение, боли под мечевидным отростком грудины. Жалобы на отрыжки прошли у 32 наблюдаемых (61,5%), уменьшились у 20 (38,5%) больных. Срыгивание после еды не отмечали 39 пациентов (97,5%), значительно реже отмечал 1 больной (2,5%). Тяжесть и распирание в эпигастрии, возникающие у 47 пациентов после приема небольшого количества пищи, исчезло у 45 (95,7%) после курса лечения акупунктурой. Жалобы на дисфагию и «чувство кома» за грудиной также прошли у всех больных. Загрудинные боли, так называемые non cardiac chest pain, в процессе лечения исчезли у всех больных. Сердцебиение, возникающее у 20 больных после еды, после лечения не беспокоило 18 из них (90%), значительно меньше беспокоило двоих (10%).

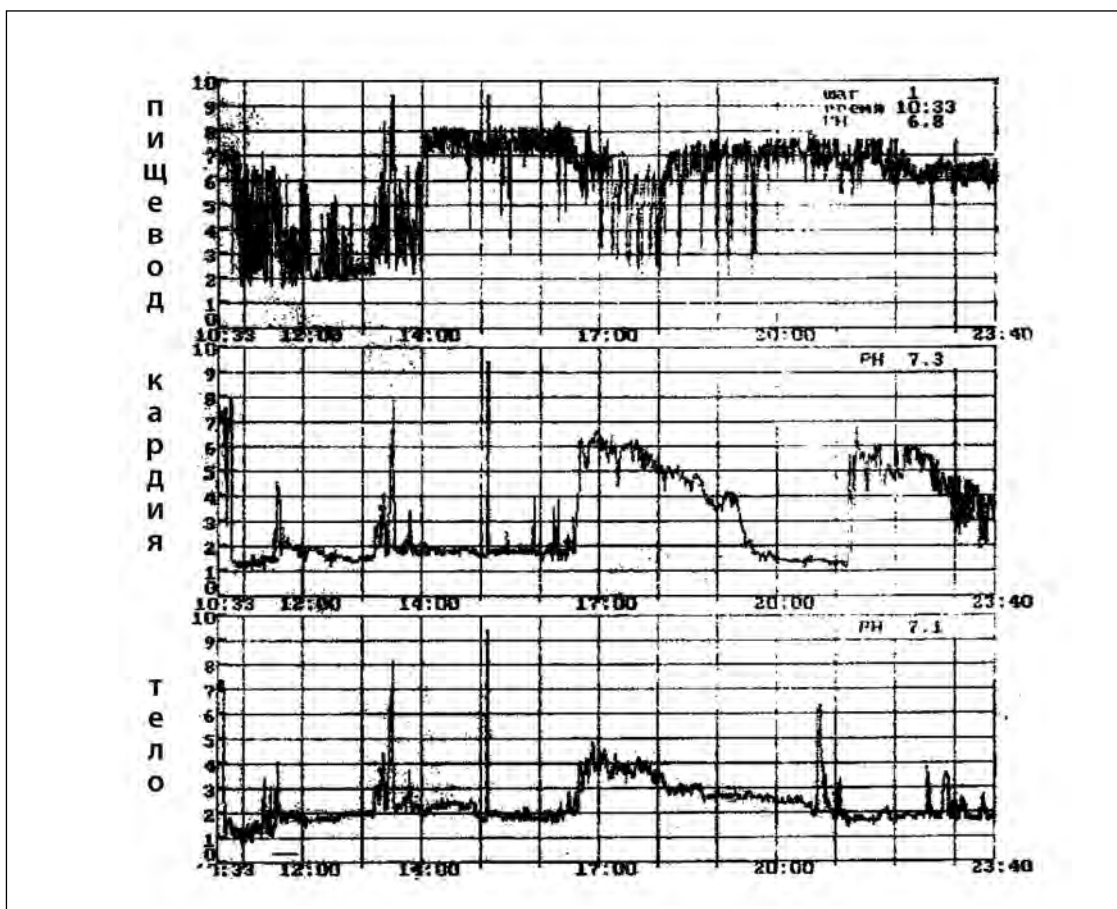


Рис. 1. рН-грамма больного К.
14:00–14:30 сеанс акупунктуры.

Удушье и чувство нехватки воздуха прошло у всех наблюдаемых. Кашель, усиливающийся по ночам, прошел после лечения у 6 (75%) больных, уменьшился у 2 (25%). Деятельность кишечника наладилась у 24 наблюдаемых (82,8%), улучшилась у 5 (17,2%). У всех больных прошла раздражительность, наладился сон.

Наряду с клиническим улучшением отмечалась положительная динамика объективных признаков заболевания. Так, болезненность при пальпации в подложечной области, имеющая место у 56 больных, исчезла после курса акупунктуры у 44 из них, что составляло 78,6%, уменьшилась у 12 больных, что составляло 21,4%. Исчезли зоны кожной гиперестезии у всех больных.

После курса лечения акупунктурой отмечалась положительная динамика эндоскопической картины пищевода. Так, у 75% больных исчезли, у 25% — значительно уменьшились воспалительные явления слизистой оболочки пищевода. У всех наблюдаемых исчезли эрозии пищевода в результате проводимого лечения, улучшилась функция кардии. У 90,6% пациентов не отмечалось зияния кардии.

Оценка функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера по данным рН-мониторирования выявила следующее. Количество рефлюксов с $pH < 4$, регистрируемое за 2 часа до

сеанса акупунктуры в положении лежа, составило в среднем за час 4,8. Во время сеанса акупунктуры, проводимого также в положении лежа, ни у одного больного не был зарегистрирован рефлюкс желудочного содержимого в пищевод. После сеанса акупунктуры число рефлюксов в пищевод с $pH < 4$ в положении лежа составило 0,7 за час (рис. 1).

Полученные результаты показывают, что сеанс акупунктуры на корпоральные точки по тормозному методу воздействия повышал тонус нижнего пищеводного сфинктера, о чем свидетельствовало снижение числа преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера. Курс акупунктуры по указанной методике также способствовал достоверному повышению pH базального желудочного сока с $1,42 \pm 0,04$ до $1,64 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). Таким образом, акупунктура воздействовала на различные звенья патогенеза ГЭРБ. С одной стороны, воздействие на функциональное состояние НПС, с другой стороны — на фактор агрессии — кислотно-пептический фактор. В литературе описаны исследования, посвященные изучению давления в пилорическом сфинктере и моторики желудка при воздействии на точку E_{36} . L. W. Qian и Y. P. Lin [9] выявили двойной эффект при воздействии на точку E_{36} : повышение при гипофункции и понижение при гиперфункции пилорического сфинктера. Полученные результаты

у больных ГЭРБ указывают на не исследованный до сих пор механизм действия акупунктуры — влияние на функциональное состояние НПС, выражающееся в улучшении запирающего механизма кардии, что подтверждалось также при эндоскопическом исследовании. Восстановление запирающего механизма кардии препятствует забросу желудочного содержимого в пищевод. Это приводит к уменьшению и исчезновению воспалительных явлений в пищеводе.

Активность амилазы крови в динамике была изучена у 31 больного основной группы. До лечения отмечалось достоверное повышение амилазной активности крови. После курса акупунктуры выявлено снижение активности амилазы с $9,4 \pm 0,5$ до $7,98 \pm 0,46$ г/час·л. ($p < 0,05$). Не измененная до лечения активность трипсина и ингибитора трипсина не претерпела существенной динамики после курса акупунктуры. В контрольной группе существенного изменения уровня амилазы не отмечено. Незначительное повышение амилазной активности крови (в полтора-два раза) при нормальных показателях трипсина и ингибитора трипсина связано с рефлюксом кислого желудочного содержимого в пищевод. Известно, что активность амилазы повышается в присутствии ионов хлора. Рефлюкс желудочного содержимого, богатого ионами хлора, повышает активность амилазы у больных ГЭРБ. При уменьшении количества переходящих расслаблений НПС, когда уменьшается или прекращается рефлюкс желудочного содержимого в пищевод, происходит снижение повышенной активности амилазы. Определение амилазной активности крови может быть использовано как с диагностической целью при ГЭРБ, так и как критерий эффективности лечения больных ГЭРБ.

Исследование содержания гастрин и ВИП в динамике проведено у 36 больных ГЭРБ, в возрасте от 20 до 40 лет, без сопутствующей патологии. Результаты исследований выявили достоверное снижение повышенных показателей гастрин с $69,46 \pm 2,85$ до $60,18 \pm 1,8$ пг/мл, $p < 0,05$, и ВИП с $34,3 \pm 1,4$ до $24,06 \pm 1,16$ пг/мл, $p < 0,01$, после курса акупунктуры (рис. 2). В контрольной группе достоверного изменения уровня гастрин и ВИП не отмечено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников, Д. Б. Психические расстройства и заболевания желудочно-кишечного тракта. Ч. I / Д. Б. Колесников, Л. А. Вознесенская, С. И. Рапопорт // *Клин. мед.* — 2010. — № 3. — С. 8–12.
2. Лазебник, Л. Б. Восстановление качества жизни устранением и предотвращением изжоги альгинатом: результаты многоцентрового исследования «ВИА АПИА» / Л. Б. Лазебник, Д. С. Бордин, А. А. Машарова и др. // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* — 2010. — № 6. — С. 70–76.
3. Глазова, А. В. Место антацидов в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. В. Глазова // *РМЖ.* — 2010. — Т. 18, № 13. — С. 830–832.
4. Wang, W. Is proton pump inhibitor testing an effective approach to diagnose in patients with non-cardiac chest pain? / W. Wang, I. Huang, G. Zheng et al. // *Arch. Intern. Med.* — 2005. — Vol. 165. — P. 1222–1228.
5. Минушкин, О. Н. Поддерживающая терапия ГЭРБ: решенные, нерешенные, спорные вопросы / О. Н. Минушкин, Л. В. Мас-

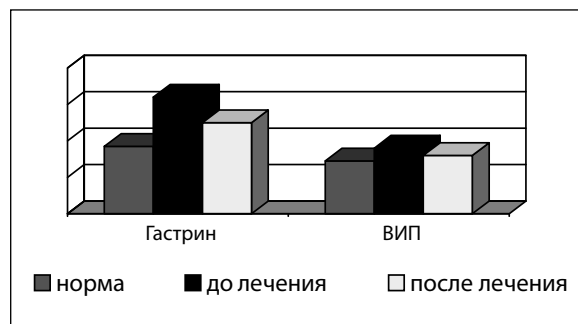


Рис. 2. Изменение содержания гастрин и ВИП в крови больных ГЭРБ после курса акупунктуры.

Установлено, что мозг помимо хорошо известных холинергических и аминергических нейронов содержит широко разветвленную пептидергическую систему. Большинство пептидов сконцентрировано в стволе мозга, гипоталамусе и лимбических отделах мозга. В кишечнике обнаружены нервные окончания с секретом, похожим на секреторные гранулы пептидергических нервов нейрогипофиза. Эти неадренергические нехолинергические нервы вегетативной нервной системы частично состоят из нервов, содержащих ВИП, и играют существенную роль в патогенезе желудочно-кишечных заболеваний, сопровождающихся нарушением перистальтики и секреции. Секретия ВИП ингибируется опиоидными нейронами. Известно, что обезболивающий эффект акупунктуры связан с выработкой опиоидными пептидами β -эндорфинов. Снижение секреции ВИП у больных ГЭРБ, которым проводилось лечение акупунктурой, по-видимому, связано с повышением выработки β -эндорфинов.

Таким образом, курс акупунктуры оказал благоприятное действие на клинические и объективные проявления ГЭРБ, функциональное состояние пищевода, нейрогуморальную регуляцию нижнего пищеводного сфинктера, способствовал снижению кислотообразующей функции желудка. Полученные результаты позволяют рекомендовать акупунктуру на корпоральные точки как эффективный метод лечения больных ГЭРБ с эзофагитом 0 и I степени.

ловский, О. Ю. Теплухина // *Эффект. фармакогер.* — 2011. — № 3. — С. 23–26

6. Blum, H. Pharmacokinetic drug interaction profiles of proton pump inhibitors / H. Blum, F. Donath, A. Wamke, B. Schug // *Drug Safeti.* — 2006. — Vol. 29, No. 9. — P. 769–784.

7. Эфендиева, М. Т. Магнийсодержащие минеральные воды в лечении больных с кардиальными проявлениями ГЭРБ / М. Т. Эфендиева, В. А., Бадтиева Н. И. Русенко // *Вопр. физиотер. курортол. и леч. физкультуры.* — 2006. — № 6. — С. 31–34.

8. Эфендиева, М. Т. Динамика показателей регуляторных систем у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью под влиянием восстановительного лечения структурно-резонансной электромагнитотерапией / М. Т. Эфендиева, Е. Б. Тишкова, А. З. Абдурахманова // *Вест. восстановит. мед.* — 2010. — № 6. — С. 72–73.

9. Qian, L. W. Effect of EAP at zusanli (ST 36) point in regulating the pylorus peristaltic function / L. W. Qian, Y. P. Lin // *Chung Kuo Chung Hsi J Chieh Ho Tsa Chin Jun.* — 1993. — Vol. 13, No. 6. — P. 336–339.