

Р. С. Карась, А. В. Карпович

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АВТОНОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

R. S. Karas, A. V. Karpovich

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFICACY OF AUTONOMOUS ELECTROSTIMULATION AND THERAPEUTIC TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск

© Р. С. Карась, А. В. Карпович

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется рядом обстоятельств: эпидемиологическим фактором, клинической значимостью, трудностями при лечении. При выявлении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в большинстве случаев показано оперативное лечение. Однако существует категория пациентов, не имеющая выраженных анатомических и воспалительных изменений пищевода-желудочного перехода. На современном этапе таким пациентам традиционно назначается консервативная терапия. Данное лечение носит симптоматический, временный характер, так как не устраняет основные патогенетические факторы ГЭРБ, а именно: ослабление антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, нарушение перистальтики пищевода и антродуоденальной моторики. Принимая во внимание перечисленные факторы, актуальны разработка и оценка способов автономной электростимуляции ЖКТ, которая успешно сочетается с традиционной лекарственной терапией, а в ряде случаев позволяет добиться лечебного эффекта там, где другие методы лечения не дают положительного результата.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит, эзофагеальная манометрия, антродуоденальная манометрия, моторика, автономный электростимулятор.

The actuality of the problem of gastroesophageal reflux disease (GERD) is defined by epidemiological, clinical significance as well as difficulties in its therapy. While revealing hiatus hernia, surgical treatment is recommended in the majority of cases. However, there are the patients without pronounced anatomic and inflammatory changes of the gastroesophageal junction. At present, these patients are conventionally prescribed conservative therapy. Using the proton pump inhibitors is of symptomatic and transient character as they do not eliminate main pathogenetic factors of GERD: weakening of the lower esophageal sphincter, disturbance of esophageal peristalsis and antroduodenal motility. Taking into account the above factors, the development and evaluation of the efficacy of autonomous electrostimulation of the gastrointestinal tract which is successfully combined with standard drug therapy seem to be well-grounded; in a number of cases it allows to achieve positive therapeutic effect unlike other methods of treatment having no such effect.

Key words: gastroesophageal reflux disease, reflux- esophagitis, esophageal manometry, antroduodenal manometry, motility, autonomous electrostimulator.

УДК 616.329-008.6-002-08-035:[615.847:615.2]-036.8

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) определяется как состояние, которое развивается, если заброс желудочного содержимого вызывает беспокоящие симптомы и/или осложнения. Данное утверждение является

результатом работы монреальского Международного консенсуса по дефиниции и классификации ГЭРБ в 2006 г. [11]. При отсутствии морфологических изменений слизистой оболочки пищевода говорят об «эндоскопически негативной», «неэрозивной» ГЭРБ, а при их наличии — об «эндоскопически позитивной»,

«эрозивной» ГЭРБ, или рефлюкс-эзофагите (РЭ) [2, 6].

Актуальность проблемы ГЭРБ определяется рядом обстоятельств: во-первых, эпидемиологическим фактором — распространенность среди взрослого населения развитых стран, по данным разных авторов, составляет от 10 до 60 % [6, 11], во-вторых, клинической значимостью в связи с выраженностью симптоматики и развитием пищеводных и внепищеводных осложнений [5—7], в-третьих, трудностями при лечении [6]. Например, при выявлении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), которая встречается у 26—50 % пациентов [4], тактика достаточно ясна — в большинстве случаев показано оперативное лечение [4, 8, 10]. Но существует и другая категория пациентов, не имеющая выраженных анатомических и воспалительных изменений пищевода-желудочного перехода (ПЖП). На современном этапе таким пациентам традиционно назначается консервативная, зачастую даже монотерапия ингибиторами протонной помпы (ИПП). Данное лечение носит симптоматический, временный характер, так как не устраняет основные патогенетические факторы ГЭРБ [5, 7].

Основные механизмы развития ГЭРБ: ослабление антирефлюксного барьера нижнего пищевода (НПС), который является основной преградой на пути гастроэзофагеального рефлюкса, нарушение антродуоденальной моторики и, как следствие, нарушение опорожнения желудка [4, 6, 8—10].

Ключевую роль в ослаблении антирефлюксного барьера играют снижение базального давления НПС и повышение частоты его транзиторных расслаблений (ТРНПС), причины которых до сих пор не установлены [4, 6, 8—10].

В связи с этим актуальной является разработка альтернативных способов лечения, оказывающих стимулирующее воздействие на тонус НПС, перистальтику пищевода и моторику антродуоденальной зоны.

Эти требования и явились основанием для определения показаний и последующего применения автономного электростимулятора желудочно-кишечного тракта на зонде (АЭС ЖКТ-зонд). Помимо усиления тонуса и координирования перистальтики, дополнительными преимуществами АЭС являются хорошая переносимость, отсутствие побочных действий, малая инвазивность, низкая стоимость стимулятора в сравнении с курсом прокинетиков, «эффект последействия», который заключается в сохранении

прямого эффекта до 12 часов после окончания стимуляции [1, 3].

Механизм, лежащий в основе действия АЭС ЖКТ-зонда, имеет двойственный, рефлекторный характер. Во-первых, — это блокирование центральных тормозных влияний на собственный автоматизм ЖКТ, и, как следствие, усиление общей моторной активности, во-вторых, — стимулирование местных рефлекторных механизмов нервно-мышечного аппарата, то есть прямое усиление местной моторной активности прилежащих к электродам отделов ЖКТ [1, 3].

Электростимуляция успешно сочетается с традиционной лекарственной терапией, а в ряде случаев позволяет добиться лечебного эффекта там, где другие методы лечения не дают положительного результата.

Цель исследования: определить показания к выбору метода лечения ГЭРБ. Сравнить эффективность курса электростимуляции при помощи АЭС ЖКТ-зонда и медикаментозного лечения у пациентов с функциональной недостаточностью нижнего пищевода сфинктера при ГЭРБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на результатах обследования 126 пациентов. Критериями включения пациентов в исследование явились: установленный диагноз ГЭРБ, отсутствие выраженных анатомических и воспалительных изменений в пищеводе и ПЖП, а также наличие функциональной недостаточности нижнего пищевода сфинктера по данным эзофагеальной манометрии с проведением функциональной пробы.

Всем пациентам до начала лечения проводился комплекс диагностических мероприятий: эзофагогастроскопия фиброгастроскопами GiF Q-40 фирмы «Olympus» (Япония) и эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) при помощи сканирующих зондов UM-2R/UM-3R через рабочий канал видеогастроскопа GIF-1T140 видеосистемы EVIS EXERA GLV-160 фирмы «Olympus» (Япония); рентгеноскопия; 24-часовая рН-метрия с использованием ацидогастромонитора суточного носимого АГМ-24 МП («Гастроскан-24»); эзофагеальная манометрия (ЭМ) с использованием 8-канального водноперфузионного катетера 9012P2271 Y1722 и антродуоденальная манометрия (АДМ) с применением 8-канального перфузионного катетера SN3873. В качестве регистрирующего устройства использовалась 12-канальная система «Polygraf ID».

Обработка данных проводилась с помощью персонального компьютера с программным обеспечением Polygram 98 EM. Исследование качества жизни проводилось при помощи опросника Gatsrointestinal Quality Life Index (GIQLI).

Объективным методом оценки степени ослабления антирефлюксной функции НПС и его компенсаторных возможностей является эзофагеальная манометрия с проведением функциональной пробы с церукалом. Выполнение пробы показано при снижении исходного базального давления НПС (норма 14 мм рт. ст.), что выявлено у всех 126 пациентов. В этом случае внутримышечно вводился прокинетики церукал в дозе 0,1 мг на 1 кг массы тела пациента и через 10—15 мин. регистрировалась реакция НПС. На основе данной пробы в клинике разработана и применяется классификация недостаточности НПС (Патент РФ № 2281025), которая включает 4 степени и позволяет разграничить его функциональные и органические нарушения. При I-й степени повышение средне-респираторного давления НПС после введения церукала происходило от исходных 10—13 до 14 мм рт. ст. и выше (42,9 % пациентов), при II-й степени — от 6—9 мм рт. ст. (33,3 %), при третьей — от 3—5 мм рт. ст. (23,8 %). Указанные степени недостаточности расценивались как функциональные нарушения НПС и являлись основным показанием для проведения электростимуляции и медикаментозного лечения. Если исходное давление составляло ниже 3 мм рт. ст. или отсутствовала реакция НПС на инъекцию церукала в виде повышения давления, не достигающего нормы, диагностировалась органическая (VI) степень недостаточности, которая косвенно свидетельствует об истощении нервно-мышечного механизма НПС и является одним из показаний в пользу оперативного лечения. Пациенты с IV степенью недостаточности в данное исследование не включались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глузук С. Ф., Пеккер Я. С. Автономные электростимуляторы: конструирование и применение. — Томск : Изд-во ТПУ, 2004. — 367 с.
2. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Алгоритм диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Русский мед. журн. — 2003. — № 14. — С. 46—48.
3. Пекарский В. В. [и др.] Автономные электростимуляторы организма человека и животных. — Томск : Изд-во ТПУ, 1995. — 132 с.
4. Жерлов Г. К., Козлов С. В. Совершенствование диагностики, лапароскопической технологии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 2006. — 216 с.

*Классификация по результатам эндоскопической ультрасонографии. Патент РФ № 2003110946.

Таким образом, показаниями для проведения электростимуляции являлись: установленный диагноз ГЭРБ, эндоскопически негативная форма ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит I и II ст.* Показаниями к электростимуляции нижнего пищеводного сфинктера и антродуоденальной зоны у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью являются функциональная недостаточность нижнего пищеводного сфинктера I—III степеней, рефлюкс-эзофагит I и II степеней, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы менее 2 см, неэффективность медикаментозной терапии. Пациентам с органической недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера, а также выраженными воспалительными и анатомическими изменениями в области пищеводно-желудочного перехода показано оперативное лечение.

Электростимуляция при помощи АЭС-зонда ЖКТ приводит к достоверному ($p < 0,05$) повышению тонуса и снижению транзиторных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера в раннем и отдаленном периодах, оказывая положительное стимулирующее влияние на антродуоденальную моторику.

Качество жизни пациентов, получавших электростимуляцию АЭС ЖКТ-зондом (I-ая группа), достигает нормального уровня уже через 2 месяца после лечения и остается достоверно выше через 12 месяцев по сравнению с пациентами II-й группы.

Сравнительный анализ эффективности автономной электростимуляции и медикаментозного лечения показал, что в ближайшие сроки после лечения эффективность автономного электростимулятора сравнима с таковой при медикаментозной терапии. Однако оценка результатов лечения в отдаленном периоде выявила, что эффективность электростимуляции с применением АЭС ЖКТ-зонда достоверно выше по сравнению с использованным в работе стандартным курсом медикаментозной терапии.

5. Кубышкин В., Кочатков А. В., Корняк Б. С. Качество жизни больных после антирефлюксных операций // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология. — 2003. — № 5. — С. 80—86.
6. Шептулин А. А., Киприанис В. А. Обсуждение проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в докладах Объединенной Европейской недели гастроэнтерологии (Копенгаген, 2005) // Клини. мед. — 2006. — № 6. — С. 69—72.
7. Bak Y. Management strategies for gastroesophageal reflux disease // Journal of Gastroenterology and Hepatology 21. — 2004. — Vol. 19. — P. 49—53.
8. Chuttani R. A. [et al.] Novel endoscopic full thickness plicator for the treatment of GERD: feasibility study and comparison of ease of use in cadaveric human and pig stomachs // Program and abstracts of Digestive Disease Week, 2001. — A. 3484.
9. Corley D. A. [et al.] Improvement of gastroesophageal reflux symptoms after radiofrequency energy: a randomized, sham-controlled trial // Gastroenterology, 2003. — Vol. 125. — P. 668—676.
10. Deviere J., Silverman D., Pastorell F. Endoscopic implantation of a biopolymer in the lower esophageal sphincter for gastroesophageal reflux: a pilot study // Program and abstracts of Digestive Disease Week. — 2001. — A. 737.
11. Vakil N. [et al.] Global Consensus Group. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. Am. J. Gastroent. — 2006. — Vol. 101. — P. 1900—1920.

Поступила в редакцию _____. 2012 г.

Утверждена _____. 2012 г.

Авторы, контакты:

Карась Роман Сергеевич — канд. мед. наук, науч. сотр. НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова, СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Карпович Александр Викторович — канд. мед. наук, науч. сотр. НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова, СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Тел./факс (8 3823) 56-42-65

e-mail: general@gastro.tomsk.ru

ЭТО ИНТЕРЕСНО



Доступность высокотехнологичной помощи в РФ с 2006 года выросла в пять раз

Доступность высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) для россиян выросла более чем в пять раз за период с 2006 по 2011 год. Такие данные министр здравоохранения Вероника Скворцова озвучила в ходе совещания по вопросам предоставления соответствующих услуг, проведенного премьер-министром Дмитрием Медведевым, сообщает пресс-служба Минздрава.

По данным главы Минздрава, в 2006 году ВМП получали 41,6 человека на 100 тысяч населения, а в 2011 году этот показатель составил 223,8 человека. Общее число пролеченных больных за тот же период выросло более чем вдвое, в 2011 году данный вид помощи получили 322,6 тысячи россиян.

Финансирование ВМП в период с 2005 года по настоящее время выросло в 7,7 раза. Согласно данным Минздрава, в 2012 году на эти цели из бюджета было выделено 51,8 миллиарда рублей.

Наибольшую долю (27,2 процента) от общего числа больных, которым была оказана ВМП в 2011 году, составили россияне, перенесшие операции на сердце и сосудах. Пациенты, получившие помощь в области травматологии и ортопедии, а также онкологии, составили 19,3 и 17,8 процента соответственно. Далее в порядке убывания следуют больные, нуждавшиеся в офтальмологической, нейрохирургической и педиатрической помощи.

Скворцова также рассказала, что в 2012 году будет завершено строительство последнего из 12 федеральных медицинских центров, которые открывались в рамках национального проекта «Здоровье». Всего с 2008 года в этих медучреждениях было проведено более 72,5 тысячи высокотехнологичных операций.

Руководитель Министерства здравоохранения отметила, что зарплата врачей в учреждениях указанного типа составляет в среднем 90 тысяч рублей, среднего медперсонала - 34 тысячи рублей. Она добавила, что сотрудникам центров в Челябинске, Тюмени, Хабаровске, Астрахани, Пензе, Красноярске и Чебоксарах было выделено 175 квартир.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/18/vmp/>