

УДК 616.33:615.814.1

КОРЕКЦІЯ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЄЮ МОТОРИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

О. А. Іцкова, Т. О. Крутикова, Л. В. Польська, В. В. Лудан, Т. Ф. Поліщук
Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського, Сімферополь

Ключові слова: виразкова хвороба, лікування, голкорексфлексотерапія.

Дванадцятипала кишка (ДПК) є одним з головних регуляторів моторики гастродуоденальної зони, оскільки в її стінці відбувається утворення багатьох гастроінтестинальних гормонів, у її просвіт надходить вміст шлунка, відкривається жовчна протока і протока підшлункової залози. Гастроінтестинальні гормони стимулюють або пригнічують моторику кишки. Зокрема мотилін у плазмі крові не тільки впливає на рухову активність дванадцятипалої кишки, а й координує функцію сусідніх органів (шлунок, печінка, підшлункова залоза) [1, 3]. Важливими параметрами для оцінювання скорочувальної функції дванадцятипалої кишки є тиск у порожнині ДПК і кишкові скорочення. Базальний тиск у порожнині кишки залежить від тонуусу її м'язової стінки і внутрішньочеревного тиску. Скорочення за функціональною ознакою поділяються на пропульсивні (транспортні) і непропульсивні, або сегментовані (переважно переміщувальні) [1, 2, 6].

Порушення кишкового скорочення і функції воротаря, а також зміни тиску в ДПК і шлунку спричиняють розвиток дуоденогастрального рефлюксу (ДГР). Останній вважають можливим патогенетичним чинником виразки шлунка, оскільки вміст ДПК, що потрапляє у шлунок, ушкоджує захисний слизовий бар'єр. І навпаки, прискорене викидання кислого шлункового вмісту у ДПК, порушення надходження в неї лужного панкреатичного соку та жовчі завдають надмірного «кислого удару» по мало адаптованій до нього слизовій оболонці ДПК. Це зумовлює розвиток шлункової метаплазії і створює передумови для утворення виразки ДПК [1, 5, 6, 7].

Крім того, виразкова хвороба часто перебігає гастроезофагальним рефлюксом (ГЕР), в основі якого лежать порушення рухової функції стравоходу, шлунка і функції кардіального отвору. Однак виразність клінічних проявів ГЕР залежить від концентрації кислоти у шлунковому вмісті, часо-

ти й тривалості його контакту зі слизовою оболонкою стравоходу [1–3, 5, 6, 7].

Нормалізація тиску в ДПК і моторики гастродуоденальної зони є важливою складовою лікування хворих на виразкову хворобу (ВХ) ДПК.

Мета дослідження: вивчити зв'язок гастроезофагального та дуоденогастрального рефлюксів із тиском у порожнині ДПК і можливості корекції цих порушень голкорексфлексотерапією (ГРТ).

Матеріал і методи дослідження

Ми обстежили 12 практично здорових осіб віком 20–40 років та 41 хворого на ВХ ДПК віком від 17 до 36 років. У хворих вивчали динаміку клінічних симптомів, усім пацієнтам виконали ендоскопічне дослідження для верифікації діагнозу ВХ ДПК і виявили наявність функціональних розладів моторики гастродуоденальної зони — ГЕР, ДГР, зіяння чи, зрідка, спазм воротаря, підвищення тиску в порожнині ДПК.

Усім особам контрольної групи і хворим досліджуваної групи до і після лікування голкорексфлексотерапією провели багатофракційне дуоденальне зондування за загальноприйнятою методикою з вимірюванням тиску в порожнині ДПК у всіх фазах. Вимірювання внутрішньопорожнинного тиску проводили за методом «відкритого» катетера, застосовуючи флеботонометр Вальдмана. При цьому нуль флеботонометра встановлювали на рівні точки проєкції оливи зонда, яку визначали рентгенологічно.

Проводячи голкорексфлексотерапію, зазвичай застосовували другий варіант гальмівного методу, а за наявності виразного больового синдрому та печії — перший варіант гальмування.

За рівень статистичної значущості приймали 0,05, одержані результати оцінювали за допомогою непараметричного критерію Фішера [4].

Результати дослідження

ГЕР встановлено у 20 (48,8%) хворих. Клінічними ознаками були печія, відрижка повітрям,

відрижка їжею і біль за грудниною під час прийому їжі. Ендоскопічне дослідження підтвердило вкидання шлункового вмісту до стравоходу у 18 (45,3%) хворих, зіяння кардіального отвору у 13 (31,7%) хворих і наявні зміни в нижній третині стравоходу в 17 (41,5%) хворих; ДГР виявлено у 30 (73,2%) хворих на ВХ ДПК, зіяння ворота́ря у 24 (58,5%), спазм ворота́ря в 7 (17,1%) хворих.

Результати визначення тиску в порожнині ДПК під час проведення багатофракційного дуоденального зондування до лікування подано в табл. 1.

Таблиця 1
Тиск у порожнині ДПК, мм вод. ст.

Фаза дуоденального зондування	Здорові особи, n = 12	Хворі на ВХ ДПК, до лікування, n = 41	p
I	92,8 ± 12,4	165,2 ± 19,5	<0,05
II	171,4 ± 18,3	277,0 ± 24,1	<0,01
IV	147,1 ± 15,6	211,7 ± 19,8	<0,05

Примітка. Наведено рівень статистичної значущості відмінностей середніх значень тиску у групі хворих порівняно з контрольною групою.

В осіб контрольної групи у I фазі зондування тиск у ДПК набував значень від 5 до 145 мм вод. ст., у середньому становив 92,8 ± 12,4. Після введення 33% розчину сірчанокислої магнезії тиск зростав у всіх осіб і його значення становили від 115 до 245 мм вод. ст., в середньому 171,4 ± 18,3. Після відкриття сфінктера Одді й витікання міхурової жовчі тиск у ДПК знижувався: зареєстровано значення від 100 до 210 мм вод. ст., середнє 147,1 ± 15,6.

У хворих на ВХ ДПК та осіб контрольної групи показники дуоденального тиску істотно відрізнялися і в усіх фазах дуоденального зондування мали статистично значущі відмінності. У I фазу дуоденального зондування його значення становили від 130 до 240 мм вод. ст., у середньому 165,2 ± 19,5. У II фазу, після введення подразника, тиск значно зростав, зафіксовано значення від 220 до 360 мм вод. ст., у середньому 277,0 ± 24,1. Під час витікання міхурової жовчі — від 180 до 250 мм вод. ст., у середньому 211,7 ± 19,8.

Таким чином, у хворих на ВХ ДПК наявне статистично істотне підвищення дуоденального тиску, яке, безперечно, зумовлює порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, порушення виділення жовчі та панкреатичного соку, спричиняючи надмірний «кислий удар» по слизовій оболонці ДПК.

Дію голкорексотерапії на стан хворих, що мають ГЕР, оцінювали за зникненням печії, а також за позитивною динамікою клінічних та ендоскопічних даних, одержаних після проведеного лікування.

Двадцятьом хворим, у яких після прийому їжі

з'являлася печія, проводили сеанс голкорексотерапії із залученням до рецептури точок VB (XI) 10 і TR (X) 5, для посилення ефекту застосовували аурикулотерапію, впливаючи на точку AP (XIV) 88.

Після проведеного сеансу печія турбувала тільки 4 (9,8%) хворих (p < 0,05), вони відзначали значно меншу її інтенсивність, а 17 хворих від печії вдалося звільнити. Відчутнішу лікувальну дію голкорексотерапії спостерігали у хворих, у яких переважав тонус парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Результати повторного ендоскопічного дослідження після проведеного лікування подано в табл. 2.

Таблиця 2
Динаміка ендоскопічних показників у групі хворих на ВХ ДПК, n = 41

Ендоскопічна ознака	До лікування	Після лікування
ГЕР	20 (48,8%)	4 (9,8%) *
Зіяння кардіального отвору	13 (31,7%)	2 (4,9%) *
ГЕР хвороба I ст.	17 (41,5%)	3 (7,3%) *
ДГР	30 (73,2%)	3 (7,3%) *
Зіяння ворота́ря	24 (58,5%)	4 (11,1%) *
Спазм ворота́ря	7 (17,1%)	0 *

* Відмінність ознаки до і після лікування статистично значуща, p < 0,05.

Частота ГЕР знизилася на 80%, p < 0,01. Крім того, зіяння кардіального отвору та змін у нижній третині стравоходу практично немає.

Частота ДГР знизилася на 90%, p < 0,01. У хворих, пролікованих відповідно до запропонованої методики, розлади моторики ворота́рної частини (зіяння або спазм ворота́ря) — незначні, їх спостерігали у 3 випадках.

Тиск у порожнині ДПК у хворих досліджуваної групи після проведення курсу голкорексотерапії істотно знижувався (табл. 3).

Отже, одним з ефективних методів, що знижу-

Таблиця 3
Динаміка показників тиску в ДПК у хворих на ВХ ДПК під впливом лікування голкорексотерапією

Фаза дуоденального зондування	Тиск у ДПК, мм вод. ст.		
	Контрольна група, n = 12	Хворі на ВХ ДПК, n = 41	
		До лікування	Після лікування
I	92,8 ± 12,4	165,2 ± 19,5 *	115,3 ± 14,3 **
II	171,4 ± 18,3	277,0 ± 24,1 *	211,7 ± 19,8 **
IV	147,1 ± 15,6	211,7 ± 19,8 *	162,1 ± 17,2 **

* Відмінність значень показника у контрольній групі та до лікування статистично значуща, p < 0,05.

** Відмінність значень показника до і після лікування статистично значуща, p < 0,05.

ють тиск у дванадцятипалій кишці, нормалізують моторику гастродуоденальної зони і в такий спосіб усувають одну з патогенетичних ланок утворення виразки, є лікувальний вплив на біологічно активні точки.

Висновки

1. Виразкова хвороба ДПК завжди поєднується з порушенням моторно-евакуаторної функції гастродуоденальної зони, у 48,8 % хворих наявний

гастроэзофагальний рефлюкс, у 73,2% — дуоденогастральний.

2. Голкорексотерапія нормалізує моторику гастродуоденальної зони. При цьому у хворих на ВХ ДПК зменшується виразність клінічних та ендоскопічних проявів ГЕР і ДГР.

3. Проведення курсу голкорексотерапії у комплексному лікуванні ВХ ДПК ефективно знижує тиск у ДПК, завдяки чому поліпшується витікання міхурової жовчі та панкреатичного соку.

Цитована література

1. *Авдеев В. Г.* Клинические проявления, диагностика и лечение расстройств моторной функции двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 1997.— №5.— С. 83–88.
2. *Васильев В. А.* Оценка двигательной активности органов желудочно-кишечного тракта / В. А. Васильев, Т. С. Попова, Н. С. Тропская // Там же.— 1995.— № 4.— С. 48–54.
3. *Витебский Я. Д.* Поэтажная монометрия и ее диагностическое значение: Метод. рекомендации / Я. Д. Витебский, Г. Н. Суетин.— Курган, 1985.
4. *Гублер Е. В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов.— Л.: Медицина, 1978.— 296 с.
5. *Моторная* функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях / А. А. Курыгин, В. А. Батаев, А. А. Курыгин, Л. Н. Сысоева.— М., 1994.— 202 с.
6. *Решетиллов Ю. И.* Изменение внутриполостного давления в желудке и двенадцатиперстной кишке при различных типах моторики // Терапевт. арх.— 1990.— № 2.— С. 46–48.
7. *Чернякевич С. А.* Моторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки при дуоденальной язве и ее осложнениях // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 1995.— № 4.— С. 55–59.

Коррекция иглорефлексотерапией моторики гастродуоденальной зоны у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Е. А. Ицкова, Т. А. Крутикова, Л. В. Польская, В. В. Лудан, Т. Ф. Полищук

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки проводилось исследование функциональных расстройств в виде нарушения двигательной активности органов гастродуоденальной зоны. Установлено, что использование иглорефлексотерапии нормализует моторику гастродуоденальной зоны и тем самым способствует противоязвенному лечению.

Acupuncture correction of the gastroduodenal zone motility in the patients with the duodenal ulcer

O. A. Itskova, T. O. Krutykova, L. V. Pol's'ka, V. V. Ludan, T. F. Polischuk

The study of the functional disorders as the gastroduodenal motor activity disturbances in the patients with the duodenal ulcer was carried out. It was established that the acupuncture use normalizes the gastroduodenal motility and increases the efficiency of the antiulcer treatment.