

УДК 616.329-002

МЕТОДИКА ЙОГАТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Юхновская Н. В., Манидичев С. Н., Агапкин С. Н., Мирошников А. Б.,
Школа йоги Yogi.by, Белоруссия, Минск;
Институт традиционных систем оздоровления (ИТСО);
ФГБОУ ВО «Российский государственный университет физической культуры, спорта,
молодежи и туризма (ГЦОЛИФК)» (РГУФКСМиТ)*

Резюме. Актуальность обусловлена высокой распространенностью заболевания, значительным ухудшением качества жизни больных, развитием тяжелых осложнений. Трудности распознавания нередко связаны с внепищеводными масками заболевания. Несвоевременная диагностика ГЭРБ и недостаточная эффективность предлагаемых схем лечения приводят к прогрессированию болезни и развитию таких осложнений, как кровотечение из язв пищевода, стриктуры пищевода, пищевод Баретта и др.

Ключевые слова: ГЭРБ, рефлюксная болезнь, гастроэзофагальный рефлюкс, йога.

YOGA THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Yukhnovskaya N. V., Manidichev S. N., Agapkin S. N., Miroshnikov A. B.

Summary. The actuality of gastroesophageal reflux disease is due to the high prevalence of the disease, a significant decline in the quality of life of patients, the development of severe complications. Difficulties in its recognition are often associated with extraesophageal manifestations of the disease. Delayed diagnosis of GERD and insufficient effectiveness of the proposed treatments regimens lead to the progression of the disease and the development of complications such as esophagus ulcers bleeding, esophageal strictures, Barrett esophagus, and others.

Keywords: GERD, acid reflux, gastroesophageal reflux, yoga.

ВВЕДЕНИЕ

В развитых странах ГЭРБ является самой распространенной патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Согласно международной статистике, в последние десятилетия отмечается существенное увеличение распространенности ГЭРБ в различных регионах мира. В США и Бельгии только эндоскопически позитивная ГЭРБ выявляется у 21–27 % по-

пуляции, в Японии — у 16,5 %, в ряде стран Азии — около 3–6%. В некоторых регионах России изжогу, по данным выборочных исследований, периодически испытывают до 48,5 % мужчин и 51,4 % женщин [3].

Определение распространенности ГЭРБ базируется на основных симптомах (изжога, регургитация). Если учитывать возможность наличия ГЭРБ с атипичными симптомами,



то истинная распространенность существенно выше известных величин. Анализ случаев эрозивного эзофагита у пациентов, направленных на фиброэзофагогастродуоденоскопию в связи с подготовкой к оперативному пособию, выявил, что практически каждый второй не имел эзофагеальных или экстраэзофагеальных симптомов [2].

Клиническая картина ГЭРБ очень вариабельна. У 70–80 % больных имеются слабовыраженные и лишь sporadически возникающие симптомы, по поводу которых они не прибегают к врачебной помощи. У 20–25 % больных с ГЭРБ определяются более выраженные или постоянные симптомы, но отсутствуют осложнения. Только у 2–5 % пациентов констатируются осложнения заболевания (пептические язвы, кровотечения и стриктура) [13].

Предрасполагающими к развитию ГЭРБ являются факторы, способные усиливать механизмы агрессии и ослабевать механизмы защиты: стресс, работа, связанная с наклонным положением туловища, ожирение, беременность, курение, хиатальная грыжа, некоторые лекарственные средства (антагонисты кальция, антихолинергические препараты, метилксантины и др.), факторы питания (жирная и острая пища, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь).

Традиционная медикаментозная терапия является симптоматической и направлена на нейтрализацию или на снижение кислотности желудочного сока. Основные функции и физиологические свойства соляной кислоты включают активацию пепсина для первичного переваривания белков, участие в абсорбции железа и кальция, витамина В12, инактивацию потенциально патогенных микроорганизмов и др. Поэтому побочным эффектом медикаментозного лечения является снижение барьерных свойств, как следствие — развитие патогенной флоры в желудочно-кишечном тракте и увеличение риска возникновения кишечных инфекций [4]. Еще одним нежелательным эффектом длительной кислотосупрессивной терапии является факт более частого возникновения инфекций дыхательной системы. Выявлена взаимосвязь между приемом ингибиторов протонной помпы и развитием «уличной» (негоспитальной) пневмонии. У лиц, принимающих антисекреторные препараты, пневмония развивается в 4,47 раза чаще тех, кто их не принимает. Кроме того, у пациентов, продолжающих принимать ИПП, риск развития пневмонии в 1,89 раза выше, чем у прекративших их прием [11]. Отдельно следует сказать, что прием ингибиторов про-

тонной помпы нарушает усваивание витамина B12, что, в свою очередь, приводит к железодефицитной анемии. Хирургическое лечение в 20 % случаев не дает положительного результата.

В связи с этим в последнее время все больше исследователей обращают свое внимание на усиление антирефлюксного барьера с помощью тренировки мышц диафрагмы. Результаты их работ показывают положительное влияние дыхательных упражнений на уменьшение симптомов ГЭРБ.

Влияние практики йоги на течение ГЭРБ изучено слабо. Единственное опубликованное исследование на эту тему основывается на оценке одного пациента [9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать метод йогатерапии для лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и оценить эффективность методики йогатерапии для устранения симптомов заболевания, улучшения качества жизни и предотвращения осложнений.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ литературы для оценки эффективности различных техник йоги при ГЭРБ. Разработка и проверка эффективности комплекса йогатерапии для лечения и дальнейшей профилактики ГЭРБ: нормализация моторики желудка, укрепление гастроэзофагеального сфинктера, снижение повреждающего воздействия содержимого желудка на пищевод, нормализация вегетативного тонуса, снижение факторов риска.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки исходного состояния и тяжести проявления симптомов использовались опросник GerdQ, шкала «Рефлюкс-синдром» опросника GSRS и таблица Соловьевой А. Д.

Опросник GerdQ [10] был специально разработан для помощи в постановке диагноза ГЭРБ как клиническими специалистами, так и семейными врачами на основании анализа большого исследования [7], в котором принимало участие более 300 человек. Анализ параметров диагностической ценности показывает чувствительность этого опросника (65 %) и специфичность (71 %), что сопоставимо с диагнозом гастроэнтеролога. Данный опросник применяется для диагностики и оценки хода лечения. Имеет валидизированные переводы на другие языки, в частности на русский.

Опросник GSRS [14] разработан в 1988 г. и состоит из 15 вопросов, которые разделяются на пять шкал: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспептический синдром, синдром запоров. Опросник демонстрирует хорошую чувствительность и специфичность [8, 12]. В данном исследовании использовалась только шкала «Рефлюкс-синдром». Исследование [15], проведенное в США, показывает способность опросника распознавать рефлюкс-синдром различных степеней тяжести и чувствительность к лечению, что очень хорошо подходит для проводимого нами исследования. Существует валидизированный перевод на 9 языков, в том числе и русский.

Для контроля вегетативного тонуса использовалась таблица Соловьевой А. Д. [1]. При анализе таблицы особое внимание необходимо уделять интегративным показателям различных функциональных систем, например артериальному давлению, сосудистому тону, минутному объему крови и т. д. Эти показатели дают представление о вегетативных взаимоотношениях внутри системы, а сумма показателей в различных системах позволяет судить об исходном вегетативном тоне организма.

МЕТОДИКА

Положение нижнего пищеводного сфинктера совпадает с пищеводным отверстием диафрагмы. Во время сокращения ножки диафрагмы оказывают внешнее воздействие на сфинктер, стимулируя его, и создают дополнительный механизм для предотвращения рефлюкса содержимого желудка в пищевод.

Поэтому сокращение ножек диафрагмы играет ключевую роль в создании физиологического антирефлюксного барьера, т. к. это в состоянии в три-четыре раза увеличить давление в области гастроэзофагеального перехода. Поскольку диафрагма является основной дыхательной мышцей, то выполнение дыхательных упражнений может тренировать ножки диафрагмы и положительно влиять на антирефлюксный барьер.

Систематический обзор четырех контролируемых исследований показал, что выполнение дыхательных упражнений и тренировка мышц диафрагмы приводят к уменьшению симптомов ГЭРБ [5]. Учитывая безопасность, эффективность и отсутствие побочных эффектов, тренировка дыхания может играть важную роль в управлении симптомами ГЭРБ.

Исследования показывают, что дисфункция блуждающего нерва также может иметь значение в этиологии ГЭРБ [6]. Среди пациентов наблюдается высокая распространенность ваготонии, которая приводит к нарушению двигательной активности пищевода и моторики желудка.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

В исследовании приняли участие семь женщин и двое мужчин с показателем опросника GerdQ ≥ 8 баллов. Возраст от 28 до 53 лет. Опыт практики йоги не менее года. Индекс массы тела находится в пределах нормы. Восемь участников не курят, один курит эпизодически. Ни один из участников не проходит медикаментозную терапию ГЭРБ и не принимает препараты, влияющих на тонус нижнего пищеводного сфинктера. Все участники имели врачебный допуск к занятиям. Группа, которая не проходила лечение, состояла из 8 человек.

Три раза в день выполнялись низкоинтенсивные упражнения в изокинетическом режиме: тирьяка-тадасана, кати-чакрасана по 30 раз в каждую сторону.

Один раз в день выполнялась тадаги-мудра в интервальном режиме по протоколу Табата: 8 подходов по 20 с

Таблица

Результаты до и после 2,5 месяца терапии

Группы	Кол-во участников	Средний балл опросника GerdQ			Sk	t (P = 0,95)	Sk*t	Средний балл по опроснику GSRS (шкала ГЭРБ)			Sk	t (P = 0,95)	Sk*t
		до	после	Δ				до	после	Δ			
Группа, выполнявшая упражнения	9	9,3	6,3	3	0,166	2,306	0,383	4,3	0,56	3,78	0,493	2,306	1,137
Группа, не выполнявшая упражнения	8	9	9,4	0,4	0,013	2,365	0,031	4,5	4,4	0,098	0,011	2,365	0,028

статического удержания с отдыхом 10 с между подходами. Каждую неделю вес груза увеличивался на 1 кг.

Также каждый день в зависимости от тонуса нервной системы выполнялись различные дыхательные техники: для ваготоников — сурья-бхедана в течение 30–60 мин, для симпатотоников — чандра-бхедана в течение 30–60 мин, для нормотоников — нади-шодхана в течение 10 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам исследования через 2,5 месяца 6 участников полностью избавились от симптомов ГЭРБ — 6 баллов по опроснику GerdQ и 0 баллов по опроснику GSRS. Результаты в числовой форме представлены в таблице.

Один из участников вышел из программы через два месяца со снижением балла GerdQ с 10 до 7 (изжога один раз в неделю) и снижением балла GSRS с 10 до 1 (незначительный дискомфорт при изжоге), что можно считать хорошим результатом. Еще у одного участника по окончании исследования показатель GerdQ равен 6 баллам, у

него сохранился заброс содержимого желудка в пищевод 2–3 раза в неделю. После заполнения полной версии опросника GSRS у участника оказался выражен диспепсический синдром (ответы «умеренный дискомфорт» на вопросы 7, 8 и 9, в сумме 7 баллов по шкале «Диспепсический синдром»). Таким образом, отрыжка может быть проявлением диспепсического синдрома. Тем не менее выраженность симптомов ГЭРБ по шкале ГЭРБ опросника GSRS снизилась с 6 до 2 баллов.

ВЫВОДЫ

Предложенная методика йогатерапии доказала свою эффективность в 78% случаев и может быть рекомендована в качестве дополнения или альтернативы медикаментозному лечению. В результате ежедневной самостоятельной практики по предложенной методике йогатерапии ГЭРБ на протяжении 2,5 месяца 6 человек полностью избавились от симптомов рефлюкса. Еще один участник добился значительного улучшения по итогам двух месяцев терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — С. 45–51.
2. Осадчук М. А. Рефрактерная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: клинко-эндоскопические, функциональные и морфофункциональные критерии / М. А. Осадчук, А. М. Осадчук, Д. В. Балашов и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2011. — № 2.
3. Старостин Б. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эпидемиология, факторы риска / Б. Д. Старостин, М. А. Осадчук, А. М. Осадчук и др. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2014. — Ч. I. — № 1–2.
4. Ткаченко Е. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Патогенетические основы дифференцированной тактики лечения / Е. И. Ткаченко, Ю. П. Успенский, А. Е. Каратеев и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. — № 2.
5. Casale M. Breathing training on lower esophageal sphincter as a complementary treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD): a systematic review / M. Casale, L. Sabatino, A. Moffa et al. // Eur Rev Med Pharmacol Sci. — 2016. — Vol. 20 (21). — P. 4547–4552.
6. Cunningham K. M. Relations among autonomic nerve dysfunction, oesophageal motility, and gastric emptying in gastro-oesophageal reflux disease / K. M. Cunningham, M. Horowitz, P. S. Riddell et al. // Gut. — 1991. — Vol. 32 (12).
7. Dent J., Vakil N., Jones R. et al. Validation of the reflux disease questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in primary care // Gut. — 2007. — Vol. 56 (Suppl 111). — P. 328.

8. Dimenas E, Glise H., Hallerback B., Hernqvist H., Svedlund J., Wiklund I. Well-being and gastrointestinal symptoms among patients referred to endoscopy owing to suspected duodenal ulcer // Scand J Gastroenterol. — 1995. — Vol. 30. — P. 1046–1052.
9. Gulmez S. Use of proton pump inhibitors and the risk of communityacquired pneumonia: a population-based case-control study / S. Gulmez, A. Holm, H. Frederiksen et al. // Arch. Intern. Med. — 2007. — Vol. 167. — No 9.
10. Jones R., Junghard O., Dent J., Vakil N., Halling K., Wernersson B., Lind T. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. — 2009. — Vol. 30. — Issue 10. — P. 1030–1038.
11. Kaswala D., Shah S., Mishra A., Patel H., Patel N., Sangwan P., Chodos A., Brelvi Z. Can yoga be used to treat gastroesophageal reflux disease? // Int J Yoga. — 2013. — Vol. 6. — P. 131–133.
12. KulichEmail K., Madisch A., Pacini F., Piqué J., Regula J., Van Rensburg C., Újszászy L., Carlsson J., Halling K., Wiklund I. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: A six-country study // Health and Quality of Life Outcomes. — 2008. — Vol. 6. — P. 12.
13. Lee D., Lee K. J., Kim K. M. et al. Prevalence of asymptomatic erosive esophagitis and factors associated with symptoms presentation of erosive esophagitis // Scand. J. Gastroenterol. — 2013. — Vol. 8.
14. Svedlund J., Sjodin I., Dotevall G. GSRS — A clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease // Dig Dis Sci. — 1988. — Vol. 33. — P. 129–134.
15. Revicki D. A. Wood M. Wiklund I. Crawley J. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease // Qual Life Res. — 1998. — Vol. 7 (1). — P. 75–83.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юхновская Наталья Валерьевна, инструктор-методист лечебной физической культуры, специалист по йогатерапии (Институт традиционных систем оздоровления), инструктор-методист оздоровительной физической культуры (Белорусский государственный университет физической культуры), Минск, Беларусь, e-mail: n.yuhnvskaaya@gmail.com

Манидичев Сергей Николаевич, преподаватель Института традиционных систем оздоровления (ИТСО), e-mail: sergey.manidichev@gmail.com

Агапкин Сергей Николаевич, кандидат психологических наук, ректор Института традиционных систем оздоровления (ИТСО), e-mail: s.agapkin@gmail.com.

Мирошников Александр Борисович, кандидат биологических наук, доцент кафедры спортивной медицины РГУФКСМиТ, начальник отдела нутрицевтики НИИ спортивной медицины РГУФКСМиТ, e-mail: benedikt116@mail.ru

ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ»



Реклама

Журнал «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии» включен в РИНЦ. Входит в Перечень рецензируемых научных изданий ВАК.

Уникальность журнала «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии» — в широком спектре освещения медицинских проблем. Здесь публикуются статьи, посвященные новейшим диагностическим и лечебным технологиям для неврологов, нейрохирургов, психотерапевтов, судебных психиатров, медицинских психологов. Отдельные разделы посвящены обмену опытом и разбору уникальных клинических случаев, комплексной диагностике и лечению осложненных форм патологии.

В журнале «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии» публикуют материалы известные ученые и специалисты: Е.И. Гусев, академик РАН, профессор; Ю.А. Александровский, член-корреспондент РАН, профессор, ряд других российских и зарубежных ученых и ведущих клиницистов.

Консультации по подписке можно получить по тел.: 8 (495) 274-2222 (многоканальный)

Тел. редакции: 8 (495) 274-2222 (многоканальный)
www.panor.ru