

Клинико-эндоскопические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением

Е. С. Сирчак, д.м.н., проф. кафедры пропедевтики внутренних болезней

М. П. Стан, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней

Й. И. Пичкар, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии

С. С. Сирчак, к.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 КНП «Мукачевская центральная районная больница» (г. Мукачево, Украина)

Медицинский факультет ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Clinical and endoscopic features of gastroesophageal reflux disease in patients with obesity

Ye.S. Sirchak, M.P. Stan, Yo.I. Pichkar, S.S. Sirchak

Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

Резюме

Представлены клинико-эндоскопические результаты исследования 94 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и ожирением, а также 85 больных с ГЭРБ. Выявлена высокая частота атипичного клинического проявления ГЭРБ на фоне ожирения (внепищеводная форма заболевания). Также установлены при эндоскопическом исследовании преимущественно рефлюкс-эзофагит степеней LA B и C у больных с ожирением и высокий процент случаев (до 59,5%) дуоденогастрального рефлюкса при сочетании ГЭРБ и ожирения, особенно у пациентов с атипичной клинической формой рефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ожирение, диагностика.

Summary

Clinical and endoscopic results of a study at 94 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and obesity, as well as 85 patients with GERD are presented. A high incidence of atypical clinical manifestations of GERD on the background of obesity (an extraesophageal form of the disease) was revealed. An endoscopic study has mainly established reflux esophagitis of grades B and C (LA) in patients with obesity and a high percentage of cases (up to 59.5%) of duodenogastric reflux with a combination of GERD and obesity, especially in patients with atypical clinical form of reflux disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, obesity, diagnosis.

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 1,9 млрд взрослых людей в мире имеют избыточный вес, и более 600 млн населения планеты страдают от ожирения, а до 2025 года количество людей с ожирением увеличится до 40–50% [1, 2]. Ожирение — это не только медицинская, но и социальная проблема, что обусловлено значительным повышением риска возникновения серьезных осложнений, которые возникают на фоне ожирения и приводят к ухудшению качества жизни и преждевременной смерти пациентов [3, 4].

Нарушения в организме больных с ожирением имеют системный метаболический характер и приводят к развитию серьезных поражений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, к формированию метаболического синдрома, онкологических заболеваний, лежат в основе развития сахарного диабета второго типа и т.д. [4]. Ожирение также негативно влияет на состояние органов желудочно-кишечного тракта [3]. Установлена связь между

ожирением и такими заболеваниями органов пищеварения, как стеатоз печени и поджелудочной железы, хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь, холестероз желчного пузыря, а также с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) [2].

Проведенные популяционные исследования указывают на выраженную зависимость между увеличением массы тела и прогрессированием симптомов и осложнений ГЭРБ. Установлено, что увеличение индекса массы тела (ИМТ) на 3,5 кг/м² связано с повышением риска прогрессирования симптомов рефлюксной болезни. Осложнения ГЭРБ, такие как эрозивный эзофагит, пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода, также тесно связаны с ожирением. Также доказано, что каждые пять единиц увеличения ИМТ повышают на 35% риск формирования пищевода Барретта у больных ожирением и ГЭРБ [5].

Таким образом, особый интерес представляет изучение особенностей клиники, диагностики ГЭРБ у больных с разными метаболическими нарушениями, в том числе и с ожирением.

Цель исследования: изучить клинико-эндоскопические особенности ГЭРБ у больных с ожирением. Научное исследование является фрагментом государственной темы кафедры пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета ГВУЗ «УжНУ» № 851 «Механизмы формирования осложнений при заболеваниях печени и поджелудочной железы, методы их лечения и профилактики», номер государственной регистрации 0115U 001103.

Материалы и методы

На клинических базах кафедры пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета ГВУЗ «УжНУ» (эндокринологическое и гастроэнтерологическое отделения Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака и терапевтическое отделение государственного учреждения территориального медицинского объединения Министерства внутренних дел Украины в Закарпатской области) за 2016–2018 гг. обследовано 94 больных с избыточным весом и ожирением разной степени выраженности и ГЭРБ. Они составили основную группу об-

Таблица 1
Показатели антропометрического исследования у обследованных больных и контрольной группы

Показатель	Контрольная группа (n = 20)	Больные I группы (n = 94)	Больные II группы (n = 85)
ИМТ, кг/м ²	21,43 ± 3,22	38,2 ± 8,31 [^]	25,8 ± 6,56*
ИТБ, ум. од.	0,81 ± 0,55	1,34 ± 0,77 [^]	0,91 ± 0,44*

Примечание: разница между показателями у больных и контрольной группы достоверная: [^] — p < 0,05; разница между показателями у больных I и II групп достоверная: * — p < 0,05.

Таблица 2
Распределение обследованных больных в зависимости от ИМТ

Показатель	Больные I группы (n = 94)	Больные II группы (n = 85)
Нормальный вес (ИМТ: 18,0–24,9)	–	72,9%*
Избыточный вес (ИМТ: 25,0–29,9)	21,3%	27,1%
Ожирение I степени (ИМТ: 30,0–34,9)	41,5%*	–
Ожирение II степени (ИМТ: 35,0–39,9)	37,2%*	–

Примечание: разница между показателями у больных I и II группы достоверная: * — p < 0,01.

следованных (I группа). Среди них мужчин было 53 (56,4%), женщин — 41 (43,6%). Средний возраст составил 39,7 ± 5,2 года. Группу сравнения составили 85 больных ГЭРБ (II группа). Среди них мужчин было 53 (62,4%), женщин — 32 (37,6%). Средний возраст составлял 48,3 ± 5,7 года.

В контрольную группу вошло 20 практически здоровых лиц (мужчин было 11 [55,0%], женщин — 9 [45,0%]). Средний возраст составлял 41,4 ± 7,3 года.

Все исследования были выполнены с согласия пациентов, а методика их проведения отвечала Хельсинской декларации 1975 года и ее пересмотра 1983-го.

Больным проведены общеклинические исследования в соответствии с локальными протоколами. Все обследованные пациенты подлежали антропометрическим, общеклиническим, лабораторным и инструментальным методам исследования.

При антропометрическом исследовании определяли индекс массы тела (ИМТ), обвод талии (ОТ), обвод бедер (ОБ) и рассчитывали индекс талия/бедро (ИТБ = ОТ/ОБ). Соответственно полученным данным больных распределили в зависимости от показателя ИМС согласно рекомендациям ВОЗ, при котором значение ИМС 16,0 и менее соответствовало выраженному дефициту массы тела; 16,0–18,5 — недостаточной массе тела; 18,0–24,9 — нормальной массе; 25,0–29,9 — избыточной массе; 30,0–34,9 — ожирению

I степени (ст.); 35,0–39,9 — ожирению II ст.; 40,0 и более — ожирению III ст. (морбидное ожирение).

Диагноз ГЭРБ установлен согласно критериям унифицированного клинического протокола (приказ МЗ Украины от 31.10.2013 № 943) с учетом жалоб, данных эндоскопического исследования и т.д. Для подтверждения диагноза обследованным больным выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с помощью оборудования для эндоскопии с видеопроцессором Pentax EPM-3300 с использованием гибких фиброэндоскопов фирмы Pentax E-2430, GIF-K20, а также проведен суточный pH-мониторинг (по методике проф. В. Н. Чернобрового). Для эндоскопической оценки степени поражения пищевода использовали Лос-Анджелесскую (LA) классификацию (1998): степень А — единичные эрозии ≤ 5 мм; степень В — ≥ 1 эрозии длиной > 5 мм, не занимающей все расстояние между 2 соседними складками пищевода; степень С — ≥ 1 эрозии, которая занимает целое пространство между ≥ 2 складками пищевода, занимающее ≤ 75 % периметра пищевода; степень D — эрозии или язвы, занимающие ≥ 75 % периметра пищевода. *Helicobacter pylori* (HP) инфекцию у исследуемых больных диагностировали с помощью быстрого уреазного теста (CLO-test), а также C¹³-уреазного дыхательного теста (IZINTA, Венгрия). Обследованным пациентам также выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости

(аппарат HDI-1500, США), электрокардиографическое обследование.

Анализ и обработка полученных результатов осуществлялись с помощью компьютерной программы Statistics for Windows 10.0 (StatSoft, США) с использованием параметрических и непараметрических методов оценки полученных результатов.

Результаты

У всех обследованных больных I группы при анализе результатов антропометрического исследования выявлен избыточный вес тела или ожирение различной степени выраженности, что проявлялось увеличением ИМТ, а также ИТБ (табл. 1).

У больных группы сравнения с ГЭРБ (II группа) преимущественно установлен нормальный вес тела (у 72,9%), и только у 27,1 % обследованных выявлен избыточный вес (табл. 2).

Поражение верхних отделов пищеварительной системы у обследованных больных II группы чаще проявлялось отрыжкой кислым, комом в горле, изжогой, дисфагией (типичные пищеводные проявления ГЭРБ), табл. 3.

Обращает внимание атипичное протекание ГЭРБ у больных с ожирением. Внепищеводные клинические проявления рефлюксной болезни у больных с ожирением диагностированы чаще, чем у больных группы сравнения (II группа), а именно у 39,4 против 25,9 % соответственно; p < 0,05. После детального анализа установлено, что часть больных I группы (45,9 %) часто жалуется на першение в горле, охриплость голоса, сухой кашель (внепищеводные, а именно — отоларингологические проявления ГЭРБ). 54,1 % больных ожирением, которые также проконсультированы кардиологом, жаловались на загрудинные боли по ходу пищевода и нарушение в работе сердца, что чаще возникало после употребления жирной, жареной пищи, газированных напитков, алкоголя, кофе (внепищеводные кардиологические проявления ГЭРБ).

Проведение ФЭГДС у всех обследованных нами больных I и II групп подтвердил диагноз ГЭРБ. При эндоскопическом обследовании у всех больных как основной группы (пациенты с ГЭРБ и ожирением), так и группы сравнения (больные с ГЭРБ) наблю-

Таблица 3

Клинические проявления ГЭРБ у обследованных больных

Показатель	Обследованные	
	I группа (n = 94)	II группа (n = 85)
Пищеводные проявления ГЭРБ	(n = 57), 60,6%	(n = 63), 74,1%*
- изжога	53,7%	82,5%**
- отрыжка кислым	85,1%	90,5%*
- дисфагия	44,4%	65,1%*
- ком в горле	57,4%*	36,5%
Внепищеводные проявления ГЭРБ	(n = 37), 39,4%*	(n = 22), 25,9%
Отоларингологические	(n = 17), 45,9%	(n = 10), 45,5%
- першение в горле	88,2%	90,0%
- охриплость голоса	70,6%	70,0%
- сухой, лающий кашель	47,1%	50,0%
Кардиологические	(n = 20), 54,1%	(n = 12), 54,5%
-загрудинные боли по ходу пищевода	80,0%	83,3%
- перебои в работе сердца	75,0%	66,7%

Примечание: разница между показателями у больных I и II группы достоверная: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

дали гастроэзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит (РЭ) различной степени выраженности (табл. 4)

При анализе данных установлено, что в группе больных с ГЭРБ (без ожирения) степень РЭ чаще отвечала LA-A, тогда как у больных с ГЭРБ на фоне ожирения (независимо от клинической формы заболевания) чаще определяли LA-B и LA-C степени. Эндоскопическая картина больных с сочетанной патологией отличалась от группы с ГЭРБ с более выраженным генерализованным, стойким отеком и гиперемией с множественными геморрагическими элементами, а также в группе больных с ГЭРБ на фоне ожирения чаще определяли кандидозный эзофагит и дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Обращает внимание, что ДГР у больных основной группы (ГЭРБ в сочетании с ожирением) чаще диагностировано у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, тогда как у больных группы сравнения (с ГЭРБ) — у пациентов с пищеводными проявлениями рефлюксной болезни.

Таким образом, у больных ожирением ГЭРБ часто проявляется атипично (до 39,4% случаев) под маской поражения верхних отделов органов дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Эндоскопические изменения эрозивной формы ГЭРБ у обследованных нами больных с ожирением чаще соответствовали степеням тяжести LA B и C. Также следует подчеркнуть, что у 36,8% (с пищеводными проявлениями) и 59,5% (с внепищеводными проявлениями) обследованных нами

пациентов с ГЭРБ на фоне ожирения при эндоскопическом исследовании установлено ДГР, который напрямую зависит от степени выраженности ожирения.

Выводы

1. ГЭРБ у больных ожирением в 39,4% случаев проявляется внепищеводной симптоматикой (отоларингологическая, кардиологическая формы).
2. Характерной особенностью ГЭРБ у больных ожирением является высокая частота дуоденогастрального рефлюкса при эндоскопическом исследовании, особенно при внепищеводной форме рефлюксной болезни (до 59,5% соответственно).

Список литературы

1. ГЭРБ и ожирение, особенности клинического течения / [И. А. Кляритская, Ю. А. Мошко, И. А. Иськова, В. В. Кривой] // Крымский терапевтический журнал. — 2017. — № 2. — С. 45–49.
2. Взаимосвязь ожирения с заболеваниями верхних отделов органов пищеварения / [М. Ф. Осипенко, Е. А. Казакова, Е. А. Бикбулатова, Ю. Д. Шакалите] // Доказательная гастроэнтерология. — 2014. — № 2. — С. 36–38.
3. Лаврик А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных морбидным ожирением / А. С. Лаврик, Е. Д. Дмитренко // Харківська хірургічна школа. — 2015. — № 6 (75). — С. 128–130.
4. Кушнир И. Э. ГЭРБ у пациентов с ожирением: патофизиологические механизмы развития, особенности течения и подходы к терапии / И. Э. Кушнир. — Здоров'я України. Тематичний номер. Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія. — 2013. — № 3 (29). — С. 70–71.
5. Chang P. Obesity and GERD / P. Chang, F. Friedenberg // Gastroenterol. Clin. North Am. — 2014. — № 43 (1). — P. 161–173.

Таблица 4

Характер эндоскопических изменений у обследованных больных

Эндоскопические проявления	I группа (n = 94), больные с ожирением и ГЭРБ		II группа (n = 85), больные с ГЭРБ	
	Пищеводные проявления ГЭРБ (n = 57)	Внепищеводные проявления ГЭРБ (n = 37)	Пищеводные проявления ГЭРБ (n = 63)	Внепищеводные проявления ГЭРБ (n = 22)
Рефлюкс-эзофагит (степень тяжести соответственно LA-классификации)				
LA-A	15,8%	10,8%	46,0%	54,5%
LA-B	57,9%	56,8%	31,7%	45,5%+
LA-C	22,8%	32,4%	17,5%	—
LA-D	3,5%	—	4,8%	—
Кандидозный эзофагит	24,6%**	5,4%	3,2%	—
ДГР	36,8%	59,5%*	19,0%*	4,8%

Примечание: разница между показателями у больных I группы с пищеводными и внепищеводными проявлениями достоверная: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; разница между показателями у больных II группы с пищеводными и внепищеводными проявлениями достоверная: + — $p < 0,05$.

Для цитирования. Сирчак Е. С., Стан М. П., Пичкар Й. И., Сирчак С. С. Клинико-эндоскопические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением // Медицинский алфавит. Серия «Практическая гастроэнтерология». — 2019. — Т. 2. — 13 (388). — С. 49–51.