

Изжога и запор у больных с избыточной массой тела

Н. В. Барышникова, к.м.н., доцент^{1,2}

Я. В. Соусова, аспирант³

А. С. Иванова, клинический ординатор¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», г. Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Heartburn and constipation in overweight patients

N. V. Baryshnikova, Ya. V. Sousova, A. S. Ivanova

First Saint Petersburg State Medical University n.a. I. P. Pavlov, Institute of Experimental Medicine, Saint Petersburg State Pediatric Medical University; Saint Petersburg, Russia

Резюме

Цель исследования: оценить корреляционные взаимосвязи между наличием избытка массы тела и развитием запоров и изжоги у пациентов гастроэнтерологического профиля. **Материалы и методы.** Выполнено анкетирование 51 пациента гастроэнтерологического отделения по авторскому опроснику, в котором учитываются следующие показатели: возраст, рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), частота стула, раз в неделю, тип стула по Бристольской шкале (1–7), частота изжоги (раз в неделю), выраженность изжоги (по шкале от 0 до 10 баллов). Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS 8.0, клиническая база – СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». **Результаты.** Выявлены следующие корреляционные взаимосвязи: 1) ИМТ – возраст. С возрастом увеличивается ИМТ: $r = 0,329$ ($p = 0,014$); 2) частота стула – возраст. С возрастом происходит урежение частоты стула: $r = -0,651$ ($p < 0,001$); 3) тип стула по Бристольской шкале – возраст. С возрастом тип стула смещается в сторону запоров: $r = -0,515$ ($p < 0,001$); 4) пол – частота изжоги. Женский пол чаще страдает от изжоги: $r = -0,269$ ($p = 0,047$); 5) тип стула по Бристольской шкале – ИМТ. С увеличением ИМТ происходит смещение стула в сторону запоров: $r = -0,307$ ($p = 0,023$); 6) частота изжоги – масса тела. С увеличением массы тела растут частота и выраженность изжоги: $0,439$ ($p = 0,001$); 7) частота изжоги – ИМТ. С увеличением частоты и выраженности изжоги растет ИМТ: $0,403$ ($p = 0,002$). **Выводы.** Выявленные корреляционные взаимосвязи показали, что у лиц с избыточной массой тела требуются проведение активного опроса в отношении наличия жалоб на запор и изжогу, а также мониторинг состояния пациентов в динамике в целях раннего выявления сопутствующей гастроэнтерологической патологии и профилактики развития рака пищевода у пациентов с изжогой и колоректального рака у пациентов с запорами.

Ключевые слова: ожирение, изжога, запор.

Summary

Objective. To assess the correlation between the presence of excess body weight and the development of constipation and heartburn in patients with a gastroenterological profile. **Materials and methods.** A questionnaire was completed for 51 patients of the gastroenterological department using the author's questionnaire, which takes into account the following indicators: age, height, body weight, body mass index (BMI), stool frequency, once a week, type of stool according to the Bristol scale (1–7), frequency of heartburn (once a week), severity of heartburn (on a scale from 0 to 10 points). Statistical processing was performed using the SPSS 8.0 program, the clinical base was the Elizabethan Hospital (Saint Petersburg). **Results.** The following correlation relationships were identified: 1) BMI – age. BMI increases with age: $r = 0,329$ ($p = 0,014$); 2) stool frequency – age. With age, a decrease in stool frequency occurs: $r = -0,651$ ($p < 0,001$); 3) the type of chair on the Bristol scale is age. With age, the type of stool shifts toward constipation: $r = -0,515$ ($p < 0,001$); 4) gender – frequency of heartburn. The female sex is more likely to suffer from heartburn: $r = -0,269$ ($p = 0,047$); 5) the type of chair on the Bristol scale – BMI. With an increase in BMI, the stool shifts toward constipation: $r = -0,307$ ($p = 0,023$); 6) frequency of heartburn – body weight. With an increase in body weight, the frequency and severity of heartburn increase: $0,439$ ($p = 0,001$); 7) the frequency of heartburn – BMI. With an increase in the frequency and severity of heartburn, BMI increases: $0,403$ ($p = 0,002$). **Conclusions.** The correlation relationships revealed that overweight people require an active survey regarding the presence of complaints of constipation and heartburn, as well as monitoring the status of patients in dynamics for the early detection of concomitant gastroenterological pathology and prevention of esophageal cancer in patients with heartburn and colorectal cancer in patients with constipation.

Key words: obesity, heartburn, constipation.

Ожирение – одна из пандемий XXI века, представляющая мировую угрозу для жизни людей независимо от их социальной, профессиональной, географической, возрастной и гендерной принадлежности. Значимость проблемы определяется повышенным риском развития множества хронических заболеваний у лиц с ожирением, угрозой инвалидизации пациентов,

в том числе людей молодого трудоспособного возраста, и снижением общей продолжительности жизни. В ряде исследований выявлены сопряженности между развитием ожирения и появлением гастроэнтерологических жалоб, среди которых важное место отводится хроническому запору и изжоге как одним из неинфекционных «эпидемий» XXI века [3]. При этом отмечено,

что и врачи, и больные недооценивают значение изжоги и хронического запора [4, 5]. Пациенты либо игнорируют эти симптомы, либо, даже при их значительной выраженности, лечатся самостоятельно. По результатам многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России», только 29,2 % пациентов обращаются за професси-

<p>Большое время транзита (100 часов)</p> <p>Короткое время транзита (10 часов)</p>	Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
	Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
	Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
	Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

Рисунок 1. Типы стула по Бристольской шкале формы кала.

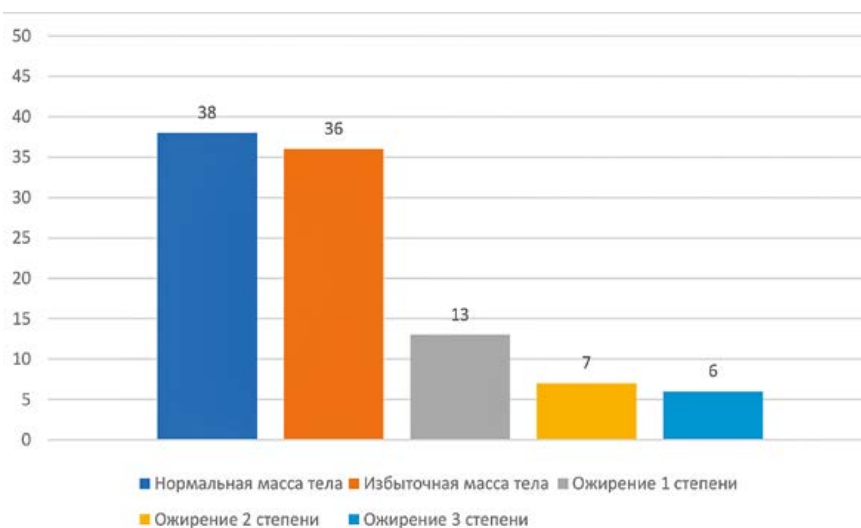


Рисунок 2. Распределение обследованных пациентов по массе тела. По оси абсцисс – варианты массы пациентов (от нормы до ожирения III степени), по оси ординат – процент от общего числа обследованных пациентов.

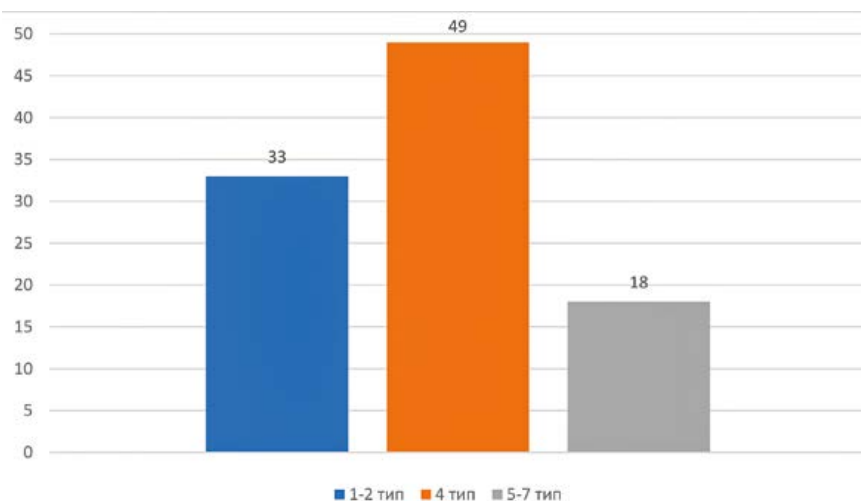


Рисунок 3. Распределение обследованных пациентов по частоте стула. По оси абсцисс – тип стула по Бристольской шкале (1–3-й тип – склонность к запорам, 4-й тип – норма, 5–7-й тип – склонность к диарее, по оси ординат – процент встречаемости разных типов стула у обследованных пациентов.

ональной помощью, причем изжога считается наиболее характерным симптомом (встречается у 83 % пациентов) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), ухудшает качество жизни, снижает уровень социальной адаптации пациента [1, 2, 5, 6]. Хронический запор может быть проявлением манифестации метаболических расстройств (сахарный диабет, гипотиреоз, гиперкальциемия), неврологических или obstructивных кишечных заболеваний, а также может быть ассоциирован с приемом различных медикаментов [4, 8, 9]. Хронический запор остается одной из важных проблем гастроэнтерологии, требующей грамотной дифференциальной диагностики, адекватного подбора терапии, высокого уровня комплаентности пациента [7, 10, 11].

Целью исследования явилась оценка корреляционных взаимосвязей между наличием избытка массы тела и развитием запоров и изжоги у пациентов гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы

Выполнено анкетирование 55 пациентов гастроэнтерологического отделения (25 мужчин и 30 женщин, средний возраст $49,12 \pm 17,03$ года) на клинической базе в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» по авторскому опроснику, в котором учитываются следующие показатели: возраст, рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), частота стула (раз в неделю), тип стула по Бристольской шкале (1–7) (рис. 1), частота изжоги (раз в неделю), выраженность изжоги (по шкале от 0 до 10 баллов).

Статистическая обработка проведена с помощью пакета компьютерных программ SPSS Statistics 8.0. Распределение исследуемых показателей в выборке отлично от нормального, что было определено посредством использования графического метода, критерия согласия χ^2 Пирсона и W-теста Шарко-Уилка.

Для корреляционного анализа применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена, положитель-

ные значения которого свидетельствовали о прямой связи между двумя переменными, а отрицательные – об обратной. Сила корреляционной связи оценивалась по шкале Чеддока. Значение критерия статистической значимости (p) принято на уровне менее 0,05.

Результаты исследования

Повышение массы тела было выявлено у 62% пациентов. Среди них были лица как с избыточной массой тела, так и с ожирением всех трех степеней (рис. 2).

Нарушение стула имело место у 51% обследованных, при этом наблюдалось смещение типа стула по Бристольской шкале как в сторону запора, так и диареи (рис. 3).

Изжога в той или иной степени беспокоила 100% пациентов, при этом изжога, беспокоящая более трех раз в неделю, была отмечена у 51% обследуемых.

При проведении корреляционного анализа выявлены следующие статистически значимые корреляционные взаимосвязи:

1. ИМТ – возраст. С возрастом увеличивается ИМТ: $r = 0,329$ ($p = 0,014$);
2. частота стула – возраст. С возрастом происходит урежение частоты стула: $r = -0,651$ ($p < 0,001$);
3. тип стула по Бристольской шкале – возраст. С возрастом тип стула смещается в сторону запоров: $r = -0,515$ ($p < 0,001$);
4. пол – частота изжоги. Женский пол чаще страдает от изжоги: $r = -0,269$ ($p = 0,047$);
5. тип стула по Бристольской шкале – ИМТ. С увеличением ИМТ происходит смещение стула в сторону запоров: $r = -0,307$ ($p = 0,023$);
6. частота изжоги – масса тела. С увеличением массы тела растут частота и выраженность изжоги: 0,439 ($p = 0,001$);
7. частота изжоги – ИМТ. С увеличением частоты и выраженности изжоги растет ИМТ: 0,403 ($p = 0,002$).

Наиболее значимые корреляционные взаимосвязи представлены на рис. 4, 5.

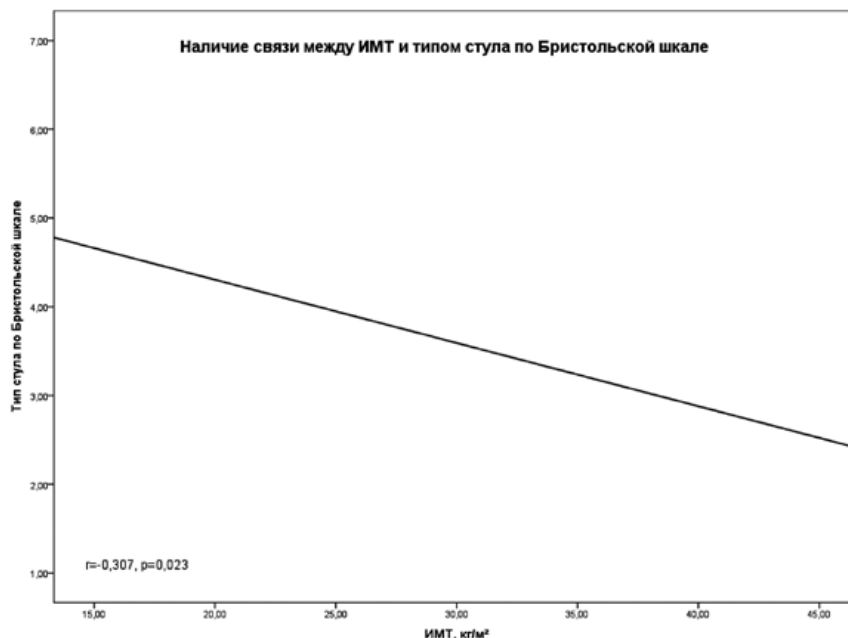


Рисунок 4. Корреляционная связь: тип стула по Бристольской шкале – ИМТ.

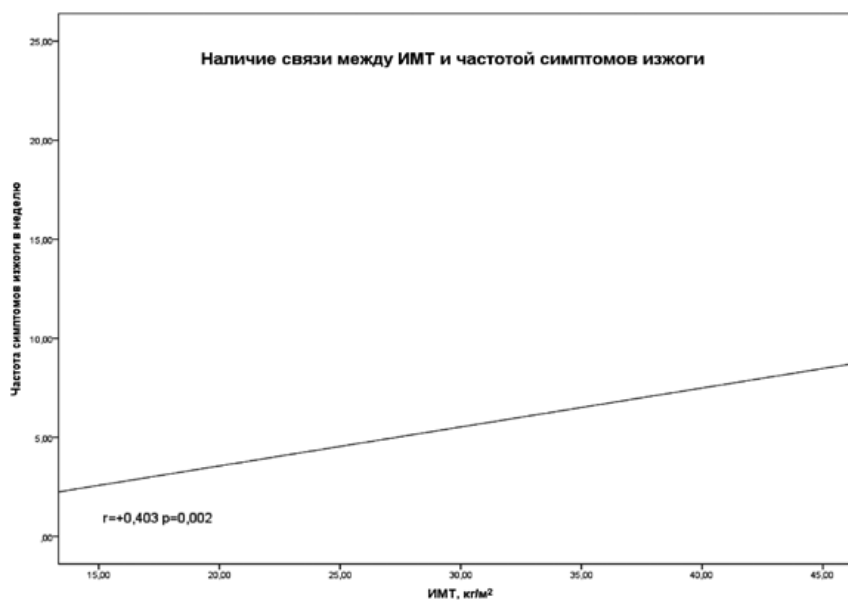


Рисунок 5. Корреляционная связь: частота изжоги – ИМТ.

Выводы

Выявленные корреляционные взаимосвязи показали, что у лиц с избыточной массой тела требуются проведение активного опроса в отношении наличия жалоб на запор и изжогу, а также мониторинг состояния пациентов в динамике в целях раннего выявления сопутствующей гастроэнтерологической патологии и профилактики развития рака пищевода у пациентов с изжогой и колоректального рака у пациентов с запорами.

Сопряженность между повышенной массой тела и частотой жалоб

на запор и изжогу свидетельствует об остроте затронутой темы, важности индивидуального подхода и доверительных отношений врача и пациента, необходимости своевременно начинать правильно подобранное лечение. Метаболически больные пациенты с ожирением при появлении у них жалоб на запоры и (или) изжогу нуждаются в расширенном гастроэнтерологическом обследовании для исключения органической патологии желудочно-кишечного тракта и индивидуальном подборе терапии в зависимости от выявленных изменений (табл. 1, 2).

Таблица 1
Варианты терапии изжоги у больных с ожирением

Терапия	Функциональная изжога	Неэрозивная ГЭРБ	Эрозивная ГЭРБ
Первой линии	Прокинетики	Прокинетики, антациды, альгинаты	Ингибиторы протонной помпы
Второй линии	Анксиолитики, антидепрессанты	Ингибиторы протонной помпы	Ингибиторы протонной помпы

Таблица 2
Варианты терапии запора у больных с ожирением [7, 13]

Терапия	Органический запор	Функциональный запор	Запор как осложнение терапии*
Немедикаментозное лечение	Диета, соответствующая основному заболеванию	Изменение образа жизни Диета, потребление пищевых волокон, водный режим Ритуальное регулярное посещение ванной комнаты	Отмена лекарственного препарата, способствующего развитию запора
Первой линии	Устранение причины (хирургической лечение)	Слабительные: • осмотические: полиэтиленгликоль, макроголь, лактулоза • стимулирующие: бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны	Слабительные: • осмотические – полиэтиленгликоль, макроголь, лактулоза; • стимулирующие – бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны
Второй линии	Восстановительная терапия в зависимости от первичного диагноза	Прукалоприд	Исключение органического запора
Вспомогательная терапия	Улучшение кишечной микрофлоры		

Примечание: * – список основных лекарственных препаратов, способствующих развитию запора [12]: антациды (содержащие алюминий, кальций); противодиарейные; добавки кальция и железа; нестероидные противовоспалительные средства; антидепрессанты; противоэпилептические; антигистаминные; нейролептики; блокаторы кальциевых каналов; диуретики; ингибиторы моноаминоксидазы; симпатомиметики; трициклические антидепрессанты.

Список литературы

1. Лазебник Л. Б., Бордин Д. С., Машарова А. А. Общество против изжоги. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2007. № 4. С. 5–10.
2. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С., Васильев Ю. В., Ткаченко Е. И. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ)». Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. С. 4–9.
3. Лысов Н. А., Осадчук М. М., Осадчук А. М. Центральнопосредованные желудочно-кишечные болевые расстройства. Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2017. № 1. С. 37–39.
4. Минушкин О. Н., Ардатская М. Д. и др. Хронический запор: представления, патогенез, диагностика, новые возможности лечения. Врач. 2012. № 12. С. 77.
5. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Изжога – актуальные аспекты дифференциальной диагностики и лечения. Медицинский альманах. 2013. № 1. С. 92–95.
6. Циммерман Я. С., Л. Г. Воложанина. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение. Клин. мед. 2005. № 9. С. 16–24.
7. Brian E. Lacy, Michael D Crowell, John K DiBaise. Functional and Motility Disorders of the Gastrointestinal Tract: A Case Study Approach. 2017. P. 219–251.
8. Bharucha A. Dorn S.D., Lembo A., Pressman A. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation Gastroenterology. 2013. N144. N1. P. 211–217.
9. Gray J.R. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2011. N25. P. 7–10.
10. Pare P. The approach to diagnosis and treatment of chronic constipation: suggestions for a general practitioner. Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2011. N25. P. 36–40.
11. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation. Cochrane Review 23 September 2014.
12. Constipation: A Global Perspective. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines 2010.
13. Ивашкин В.Т., Абдуллаков С.Р., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором // РЖГТК. 2014. 5. С. 69–75.

Для цитирования: Барышникова Н.В., Соусова Я.В., Иванова А.С. Изжога и запор у больных с избыточной массой тела. Медицинский алфавит. 2020; (17): 11–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-17-11-14>.

For citation: Baryshnikova N.V., Sousova Ya. V., Ivanova A.S. Heartburn and constipation in overweight patients. Medical alphabet. 2020; (17): 11–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-17-11-14>.



XXXVI Всероссийская научно-практическая монотематическая конференция «Пищевод – 2020. Защита слизистой оболочки, моторика, канцерпревенция» (10 сентября, онлайн)

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА), Российская группа нейрогастроэнтерологии и моторики совместно с профильной комиссией Минздрава России по специальности «гастроэнтерология» и клиникой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии имени В. Х. Василенко (сертифицированным центром Европейского совета по гастроэнтерологии и гепатологии) приглашают на XXXVI Всероссийскую научно-практическую монотематическую конференцию «Пищевод – 2020. Защита слизистой оболочки, моторика, канцерпревенция».

Конференция проводится под руководством главного гастроэнтеролога Минздрава России, президента РГА, академика РАН Владимира Трофимовича Ивашкина.

В сложившейся ситуации РГА считает здоровье и безопасность нашего сообщества главным приоритетом, поэтому президиумом ассоциации было принято решение провести в этот раз конференцию в формате онлайн. Рекомендуемая скорость подключения к интернету для участия мероприятия – не менее 10 Мбит/с. За технической поддержкой обращайтесь по адресу online@gastro.ru.

