А. С. Лаврик,
Е. П. Дмитренко

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова» НАМН Украины

© Лаврик А. С., Дмитренко Е. П.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Резюме. В работе изучено морфо-функциональное состояние пищеводно-желудочного перехода у 58 пациентов с морбидным ожирением. Средний ИМТ составил (55,6±10,3) кг/м^2, максимальный 72 кг/м^2. У 22 (37,93 %) обследованных пациентов диагностирована ГЭРБ, у 5 (8,62 %) больных на фоне ГПОД. В структуре ГЭРБ преобладала эндоскопически позитивная форма – у 14 (24,14 %) пациентов. Более чем у трети обследованных пациентов 19 (32,76 %) патологический рефлюкс диагностирован в дневное время, после приема пищи.

Ключевые слова: *морбидное ожирение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищеводно-желудочный переход, нижний пищеводный сфинктер.*

Ведение

В последнее время количество пациентов с ожирением неуклонно растет, особенно в промышленно развитых странах. В настоящее время ожирение это не только медицинская, но и социальная проблема. К сожалению, среди больных в последнее время увеличилось количество пациентов с патологическим ожирением и метаболическим синдромом. Метаболические нарушения в организме носят системный характер и приводят к развитию серьезных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной, лежат в основе развития сахарного диабета. Так же ожирение негативно влияет и на состояние органов желудочно-кишечного тракта [3, 5]. Ранее считалось, что ожирение является фактором риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Однако достоверных данных свидетельствующих или опровергающих эту гипотезу нет [5]. Роль избыточной массы тела и ожирения, как факторов риска ГЭРБ оценивается неоднозначно. По данным одних авторов, симптомы ГЭРБ отмечаются независимо от величины индекса массы тела больных, а по другим – симптомы ГЭРБ более выражены у больных с повышенным ИМТ и абдоминальное ожирение является фактором риска развития эрозивного эзофагита [2, 5, 8].

Тем ни менее многие исследования подтверждают влияние ожирения на появление симптомов пищеводного рефлюкса. По данным Jacobson BC даже умеренное увеличение веса у женщин с нормальным весом может спровоцировать или усугубить симптомы пищеводно-желудочного рефлюкса [2]. Проведенный мета анализ Hampel H в 2005 году свидетельствует о статистически значимом увеличение риска развития симптомов ГЭРБ, эрозивного эзофагита. Риск этих з аболеваний постепенно возрастает с увеличением веса [6].

Патогенетическую связь ожирения с ГЭРБ можно объяснить несколькими теориями, прежде всего это повышение внутрижелудочного давления, что в свою очередь приводит к нарушению работы сфинктера. Возможно, в связи с повышением внутрибрюшного давления и механического давления на диафрагму, что приводит к грыже пищеводного отверстия диафрагмы, а так же увеличивает продолжительности транзиторных релаксаций НПС [4, 10]. Так же замечено, что рацион пациент с большим употреблением пищи богатой жирами замедляет опорожнение желудка. Kendall BJ в своих исследованиях установил, что у мужчин уровень лептина сыворотки крови ассоциируется с повышенным риском развития ГЭРБ и пищевода Барретта, хотя у женщин такая связь не установлена [10].

Наоборот же, в своих работах Ierardi E и соавт., показали, что снижение веса у больных с ожирение первой степени не привело к улучшению состояния или изменению показателей пищеводной pH при 24–часовом контроле. Тот факт, что даже умеренное снижение веса приводит к значительному уменьшению симптомов ГЭРБ, говорит скорее всего за то, что благоприятный клинический эффект достигается больше благодаря диете, нежели собственно снижению массы тела [7].

К сожалению существующие консервативные методы снижения массы тела у пациентов с критическим ожирением не всегда позволяют добиться желаемого результата или удержать вес стабильным после его снижения. В настоящее время вырос интерес к бариатрической хирургии, как к радикальному методу лечения пациентов с морбидным ожирением. Использование хирургических методов снижения массы тела позволяет не только снизить вес, а так же нормализовать биохимические показатели крови. Все современные оперативные методы бариатрических операций,

в той или иной степени связаны с вмешательствами на желудке. Однако в литературе не уделяется должного внимания изучению морфо-функционального состоянии пищеводно-желудочного перехода у пациентов с ожирением, которые должны учитывать при выборе операции.

Цель исследования

Изучить морфо-функциональное состояние пищеводно-желудочного перехода у пациентов с морбидным ожирение, с учетом эндоскопических изменений и функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС).

Материалы и методы исследований

С 2009 по 2015 год в клинике обследовано 58 пациентов с морбидным ожирением, которым в дальнейшем была выполнена бариатрическое оперативное вмешательство. Из них мужчин было 20 (34,48 %), женщин — 38 (65,52 %). Возраст больных варьировал от 18 до 64 лет, средний возраст составил (42,3±8,5) года. Средний ИМТ составил (55,6±10,3) кг/м^2, максимальный — 72 кг/м^2. Более чем у половины пациентов ИМТ был выше 50 кг/м^2. Все пациенты прошли клиническое обследование, особое внимание уделяли основным жалобам со стороны желудочно-кишечного тракта. Из инструментальных методов исследования всем пациентам была выполнена эгофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), манометрия пищевода и внутрипищеводный pH-мониторинг, 35 (60,34 %) пациентам было выполнено рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ, при ЭФГДС особое внимание уделяли уровню расположения зубчатой линии, степени смыкания «розетки» кардии, а так же состоянию слизистой оболочки нижней трети пищевода.

Наличие и степень выраженности патологического гастроэзофагеального рефлюкса оценивали на основании индекса DeMeester по данным внутрипищеводного pH-мониторинга.

Рентгенологическое исследование проводили как в скопическом, так и в графическом режимах с использованием в качестве контраста сульфата бария; 25 пациентам из 35 исследование было проведено как в вертикальном, так и горизонтальном положении, в положении по Тренделенбургу, с использованием функциональных нагрузок.

О нарушениях функции НПС свидетельствовали изменения при эзофагоманометрии, а также косвенно данные внутрипищеводного pH-мониторинга, а именно число рефлюксов более 5 минут и продолжительность самого длительного рефлюкса.

Результаты исследований и их обсуждение

Жалобы со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта предъявляли 27 (46,55 %) больных. Наиболее частой жалобой была отрыжка и тяжесть в эпигастрии, которые встречались у 15 (25,86 %) больных. Частая изжога наблюдалась у 3 (5,17 %) пациентов, эпизодическая — у 5 (8,62 %) больных. Следует отметить, что 8 (17,79 %) больных с подтверждённым патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом жалобы не предъявляли.

У 6 (10,34 %) пациентов отмечались эндоскопические признаки ГПОД, уровень расположения зубчатой линии находился на 36–38 см от резцов. Более чем у четверти пациентов 15 (25,86 %) «розетка» кардии зияла, у 7 (12,07 %) больных смыкалась частично. Следует отметить, что у 14 (24,14 %) пациентов диагностирована эноскопически позитивная форма ГЭРБ, из них у 9 (15,52 %) пациентов изменения слизистой оболочки нижней трети пищевода соответствовали рефлюкс-эзофагиту LA-A, у 5 (8,62 %) больных рефлюкс-эзофагиту LA-B.

По данным внутрипищеводного мониторинга pH у 22 (37,93 %)пациентов диагностирована ГЭРБ, следует отметить, что у 8 (13,79 %) пациентов при ЭФГДС никаких изменений слизистой оболочки нижней трети пищевода не отмечалось. Индекс DeMeester у этих пациентов значительно превышал норму и находился в пределах 32,15–87,51. Среднее значение этого показателя составляло 54,69 ± 5,86. Повышение индекса DeMeester было обусловлено, как увеличение количества патологических рефлюксов, так и увеличением их продолжительности.

Наиболее часто патологический желудочно-пищеводный рефлюкс у пациентов ГЭРБ отмечался в дневные часы – у 12 (20,69 %), на протяжении всего времени исследования у 7 (12,07 %). Изолированный ночной рефлюкс зарегистрирован у 3 (5,17 %) пациентов. Для рефлюксов в дневные часы было характерно увеличение их количества и продолжительности после приема пищи. Чаще наблюдали кислый рефлюкс – у 19 (32,76 %) пациентов. Смешанный кислотно-щелочной рефлюкс отмечен у 3 (5,17 %) пациентов.

При исследовании базальной pH в просвете пищевода этот показатель находился в пределах 3,10 – 6,30, среднее значение 4,3 ± 0,27.

При манометрии пищевода у 20 (34,48 %) пациентов отмечалось снижение давления нижнего пищеводного сфинктера и в среднем составляло (8,44 ± 0,97) мм рт. ст. Следует отметить, что у 3 (5,17 %) пациентов с ГЭРБ

давление НПС было в пределах нормы. У 2 (3,45 %) пациентов при сниженном давлении НПС при мониторинге pH пищевода патологические гастроэзофагеальные рефлюксы не зарегистрированы.

При рентгенологическом исследовании у 6 (10,34 %) больных диагностирована аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рентгенологически желудочно-пищеводный рефлюкс зарегистрирован у 9 (15,52 %) больных. У 4 (6,9 %) больных с ГПОД при эндоскопическом исследовании изменений со стороны слизистой оболочки пищевода мы не наблюдали.

Выводы

Состояние и функция пищеводно-желудочного перехода у больных морбидным ожирением заслуживает внимания и требует дальнейшего изучения. При выборе бариатрической операции следует учитывать состояние пищевода. При выраженном рефлюкс-эзофагите, следует отдавать предпочтение операции шунтирование желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с ожирением: клиника, диагностика, лечение : метод. Рекомендации / Л. А. Звенигородская, Е. Ю. Бондаренко, А. А. Чурикова, Т. В. Мищенкова. – М., 2011. – 14 с.
2. Бондаренко Е. Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с ожирением / Е. Ю. Бондаренко, Л. А. Звенигородская // Тезисы IX Съезда научного общества гастроэнтерологов России. — М. — 2009. — С. 338.
3. Патология органов пищеварения при ожирении (обзор) / Е. В. Анисимова, И. В. Козлова , С. В. Волков, В. Л. Мещеряков // Саратовский научно -медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 851-856.
4. de Vries D.R. Gastroesophageal pressure gradients in gastroesophageal reflux disease: rela tions with hiatal hernia, body mass index, and esophageal acid exposure / de Vries D.R., van Herwaarden M.A., Smout A.J. & Samsom M. // Am. J. Gastroenterol. -2009. - № 103. P.-1349-1354.
5. Does BMI predict recurrence or complications after reoperative reflux surgery? Review of a single center's experience and a comparison of outcomes / Wakeam E, Wee J, Lebenthal A [et al.] // J. Gastrointest Surg. — 2014. — Vol. 18, № 11. — P.-1965-73
6. Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications//Ann Intern Med.- 2005.-Vol. 2.- № 3. - :P.-199-211
7. Metabolic syndrome and gastro-esophageal reflux: A link towards a growing interest in developed countries / Ierardi E, Rosania R, Zotti M [et al.] // World J Gastrointest Pathophysiol. – 2010.- Vol.- 1. № 3. –P. 91-9
8. Obesity and Gastrointestinal Diseases / Ai Fujimoto, Shu Hoteya, Toshiro Iizuka [et al.] // Gastroenterol Res Pract. - 2013.
9. Obesity and gastroesophageal reflux: quantifying the association between body mass index, esophageal acid exposure, and lower esophageal sphincter status in a large series of patients with reflux symptoms / Ayazi S. [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2009. - № -13. – P.1440-1447.
10. Study of Digestive Health. Leptin and the risk of Barrett's oesophagus / Kendall BJ, Macdonald GA, Hayward NK [et al.] // Gut. -2008.- № 4.- P.-:448-54.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ.

А. С. Лаврик,
О. П. Дмитренко

Резюме. У даній роботі вивченно морфо-функційний стан стравохідно-шлункового переходу у 58 пацієнтів на морбідне ожиріння. Середній ІМТ склав (55,6 ± 10,3) кг/м^2, максимальний 72 кг/м^2. У 22 (37,93 %) обстежених пацієнтів діагностовано ГЕРХ, у 5 (8,62 %) хворих на тлі ГПОД. У структурі ГЕРХ переважала ендоскопічно позитивна форма — у 14 (24,14 %) пацієнтів. Більш ніж у третини обстежених пацієнтів 19 (32,76 %) патологічний рефлюкс діагностований в денний час, після прийому їжі.

Ключові слова: *морбідне ожиріння, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, стравохідно-шлунковий перехід, нижній стравохідний сфінктер.*

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY

A. S. Lavryk, E. P. Dimitrenko

Summary. In this paper we study morfo-functional state of esophageal-gastric junction in 58 patients with morbid obesity. Average BMI was (55,6 ± 10,3) kg/m^2, maximum 72 kg/m^2. GERD diagnosed in 22 (37.93 %) patients, 5 (8.62 %) of them has Hiatal hernia. In the structure of GERD prevailed endoscopically positive form - in 14 (24.14 %) patients. In 19 (32.76 %) patients pathological reflux diagnosed during the day, after meals.

Key words: *morbid obesity, gastroesophageal reflux disease, esophageal-gastric junction, the lower esophageal sphincter.*