



Т.П. Гарник¹, Н.А. Мирзабаева²

¹ ПВНЗ «Київський медичний університет
Української асоціації народної медицини»

² Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Особливості клінічних виявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння

Ключові слова

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, надлишкова маса тіла, ожиріння.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – це досить поширена патологія серед захворювань органів травлення. Останніми роками спостерігається тенденція до стрімкого прогресування цього захворювання у світі. Проведені у країнах Європи та Північної Америки епідеміологічні дослідження частоти та інтенсивності печії виявили, що симптоми ГЕРХ щодня наявні у 4–10 % населення, щотижня – у 20–30 %, щомісяця – у 50 % [6–8]. За останніх 20 років поширеність ГЕРХ збільшилася майже втричі і продовжує зростати з частотою 5 % на рік [3, 5]. У 2006 р. робочою групою Монреальського консенсусу було прийнято визначення ГЕРХ з позицій доказової медицини: «стан, який розвивається внаслідок рефлюксу шлункового вмісту в просвіт стравоходу і спричиняє у пацієнта симптоми дискомфорту і/або ускладнення» [9].

Розрізняють такі чинники розвитку ГЕРХ [1, 4]: зниження функції антирефлюксного бар'єра (зниження тиску нижнього стравохідного сфінктера, зростання кількості епізодів його спонтанного розслаблення); зниження кліренсу стравоходу; агресивні властивості рефлюксату (жовчні кислоти, соляна кислота, пепсин); зниження тканинної резистентності стравоходу (порушення її функціональної і структурної цілісності). Деякі дослідники розглядають порушення моторно-евакуаторної функції шлунка як одну з можливих причин ГЕРХ. Останнім часом з'явилися повідомлення про те, що надлишкова маса тіла (НМТ) і ожиріння належать до чинників ризику ГЕРХ [2, 5].

Мета дослідження – вивчення клініко-ендоскопічних та морфофункціональних ознак ГЕРХ на тлі надлишкової маси тіла й ожиріння.

Матеріали та методи

Під наглядом перебували 34 пацієнти з ГЕРХ віком від 16 до 45 років, з них 12 осіб чоловічої статі.

Для верифікації діагнозу, крім характерних клінічних виявів, проводили відеоезофагогастроуденоскопію (ВЕФГДС), ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, комп'ютерну інтрагастральну рН-метрію, спеціальне рентгенологічне дослідження для виявлення гастроезофагеального рефлюксу. Моторну функцію шлунка вивчали методом електрогастрографії за загальноприйнятою методикою. В усіх обстежених пацієнтів діагностовано ГЕРХ, у частини з них ГЕРХ поєднувалася з такими функціональними захворюваннями травної системи як функціональна диспепсія (17,6 %), дискінезія жовчного міхура (20,6 %), синдром подразненого кишечника (14,7 %). Хронічний гастрит виявлено у 61,8 % пацієнтів. У 41,2 % випадків зафіксовано наявність *Helicobacter pylori*. Тривалість захворювання у більшості пацієнтів не перевищувала 4 роки.

Результати та обговорення

Клінічні вияви ГЕРХ на тлі НМТ і ожиріння мали низку особливостей і характеризувалися поєднанням езофагеальних і позаезофагеальних виявів. Больовий синдром (у 58,8 % спостережень) мав характерну локалізацію за грудни-

ною і в епігастрії з іррадіацією в шию, спину, міжлопаткову ділянку. Зазвичай біль виникав періодично, посилюючись після їди, при фізичному напруженні, і мав пекучий або давлячий характер. Найхарактернішим симптомом для пацієнтів з ГЕРХ на тлі НМТ і ожиріння була печія, яку відмічали в 76,5 % спостережень. Вона мала тривалий і стійкий характер, що, вірогідно, залежало від тривалості контакту шлункового вмісту зі слизовою оболонкою стравоходу. Регургітація (зригування) як наслідок високого гастроєзофагеального рефлюксу, який досягає порожнини рота, особливо посилюючись при нагинанні, в 44,1 % і відрижка у 47,1 % спостережень також були характерними ознаками ГЕРХ. Відрижку повітрям спостерігали у 41,2 %, кислим – у 26,5 %, їжею – у 17,6 % пацієнтів. Як відрижка, так і зригування часто виникали після їди і провокувалися фізичним напруженням, горизонтальним положенням тіла. Це зазвичай супроводжувалося больовим синдромом. Почуття печії в епігастрії (у 35,3 % випадків) і по ходу стравоходу (в 32,3 %) часто виникало після їди, іноді – вночі. Нудота була в 47,1 % випадків. Дисфагію як симптом недостатності кардії, причиною якої був езофагоспазм у зоні езофагіту та наявність запального набряку слизової оболонки стравоходу, виявлено в 11,8 % спостережень.

У більшості пацієнтів переважали такі симптоми: пригнічений настрій (55,8 %), дратівливість і емоційна лабільність (58,8 %), поганий сон (32,4 %), пітливість (29,4 %), зниження працездатності (38,2 %). Імовірно, нейровегетативні розлади були пусковим імпульсом у розвитку ГЕРХ на тлі НМТ і ожиріння.

Аналіз електрокардіограм засвідчив, що у більшості пацієнтів (82,4 %) частота серцевих скорочень була нормальною, синусову тахікардію спостерігали в 11,8 % пацієнтів, синусову брадикардію – у 5,8 %. Порушень ритму серцевих скорочень не виявлено.

Гемодинамічні показники у більшості обстежуваних були в межах нормальних значень, але простежувалася деяка мінливість при порівнянні цих показників з вихідними даними. Функціональна нестійкість кровообігу, можливо, також пов'язана з підвищеною збудливістю вищих вегетативних відділів нервової системи.

У 35,3 % пацієнтів спостерігали гіпотензію. Нейроциркуляторну дистонію за змішаним типом при ГЕРХ на тлі НМТ і ожиріння виявлено у 64,7 % випадків. 23,5 % пацієнтів скаржилися на відчуття страху і внутрішнього напруження, 26,5 % – на підвищену тривожність, 44,1 % – на стомлюваність.

Із позаезофагеальних виявів ГЕРХ у 14,8 % випадків зафіксовано функціональну дисфонію, у 5,9 % – рецидивуючий ларингіт, у 8,8 % – подразнення в горлі. Карієс діагностовано у 38,2 % обстежених хворих.

При рентгенологічному дослідженні в усіх пацієнтів діагностовано закид контрастної маси у стравохід. Типовим було також уповільнене просування контрастної суспензії стравоходом, розширені складки слизової оболонки, зниження тонуусу.

При ендоскопічному дослідженні виявлено гіперемію різного ступеня вираженості, незначну набряклість слизової оболонки у 61,8 % хворих, зникнення лінії переходу слизової оболонки стравоходу в шлунок – у 35,3 %, зяяння кардії з вираженою занедбаністю вмісту.

Гістологічне дослідження біопатів слизової оболонки стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки підтвердило негативний вплив на морфологічний стан слизової оболонки ГЕРХ на тлі НМТ та ожиріння. Для слизової оболонки стравоходу були типові виражені зміни епітелію. Мали місце невелика атрофія епітелію, стоншення епітеліального шару. Шаруватість епітелію місцями була порушена. В окремих випадках виявлено дистрофію епітеліоцитів. Базальна мембрана епітелію переважно зберігала звичайні розміри, зрідка – була дещо потовщеною. Крім змін епітелію, відзначено невелику гіперемію судин, у всіх випадках кількість сосочків було збільшено. У товщі епітелію і в субепітеліальному шарі виявлено периваскулярні лімфоцитарні інфільтрати з поодинокими еозинофілами і полінуклеарними нейтрофілами. Випадків активно поточного запалення гістологічно не виявлено. Хронічний гастрит діагностовано у 61,8 % пацієнтів, він був вираженішим у пацієнтів, у яких виявлено *Helicobacter pylori*. Можливо, у цих пацієнтів запально-деструктивні зміни в нижній частині стравоходу були пов'язані з впливом *Helicobacter pylori* на слизову оболонку дистального відділу стравоходу і шлунка.

Аналіз показників внутрішньошлункової рН-метрії засвідчив, що у пацієнтів з ГЕРХ на тлі НМТ і ожиріння гіперацидність мала місце в 44,1 % випадків. Зазначено безперервне кислотоутворення, декомпенсацію олужнення в антральному відділі шлунка, різке підвищення продукції соляної кислоти натще, а також підвищення продукції соляної кислоти при стимуляції. Нормацидність виявлено у 23,5 % пацієнтів, гіпоацидність – у 32,4 %. При цьому відзначено компенсацію і субкомпенсацію олужнення в антральному відділі шлунка. Порушення олужнення середовища в базальній фазі секреції зазначено у 47,1 % випадків, а в стимульова-

ній – у 52,9 %. У поодиноких спостереженнях зазначалося олужнення тіла шлунка, зазвичай поєднане із закидом кислого шлункового вмісту в стравохід. Наявність гастроєзофагеального рефлюксу діагностували при зниженні рН у кардіальному відділі нижче за 4,0.

Важливі дані отримано під час електрогастрографії. Так, у пацієнтів з ГЕРХ на тлі НМТ і ожиріння спостерігали значну поширеність шлункових дизритмій. У більшості (47,1 %) випадків виявлено гіперкінетичний тип з прискореними, нерівномірно високоамплітудними зубцями. Дещо рідше (у 26,5 %) зафіксовано гіпокінетичний тип

електрогастрограм, у решти пацієнтів крива не відрізнялася від норми.

Висновки

ГЕРХ на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння характеризується певною клінічною картиною і морфофункціональними порушеннями.

У хворих на ГЕРХ на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння спостерігаються не лише локальні зміни травного тракту, а й дисфункція вегетативної нервової системи.

Вегетативні дисфункції відіграють важливу роль у розвитку ГЕРХ.

Список літератури

1. Cicala M., Emerenziani S., Caviglia R. et al. Intra-oesophageal distribution and perception of acid reflux in patients with non erosive gastro-oesophageal reflux disease // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2003.— Vol. 18.— P. 605–613.
2. Corley D.A., Kubo A. Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis // *Am. J. Gastroenterology.*— 2006.— Vol. 101.— P. 2619–2628.
3. Dent J., El-Serag H.B., Wallander M.A. et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A Systematic Review // *Gut.*— 2005.— Vol. 54.— P. 710–717.
4. Diener U., Patti M.G., Molena D. et al. Esophageal dysmotility and gastroesophageal reflux disease // *J. Gastrointest. Surg.*— 2007.— Vol. 5, N 3.— P. 260–265.
5. El-Serag H.B. Time trends of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*— 2007.— Vol. 5.— P. 17–26.
6. Hiltz S.W. et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease // *Gastroenterology.*— 2008.— Vol. 135.— P. 1383–1391.
7. Shaheen N., Ransohoff D.F. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus, and esophageal cancer: scientific review // *JAMA.*— 2002.— Vol. 287 (15).— P. 1972–1981.
8. Takayasu H., Miwa T. Epidemiology of gastro-esophageal reflux disease // *Nippon Rinsho.*— 2000.— Vol. 58 (9).— P. 1886–1891.
9. Vakil N., Van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. the Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A Global Evidence-based Consensus // *Am. J. Gastroenterol.*— 2006.— Vol. 101.— P. 1900–1920.

Т.П. Гарник, Н.А. Мырзабаева

Особенности клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне избыточной массы тела и ожирения

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь на фоне избыточной массы тела и ожирения характеризуется определенной клинической картиной и морфофункціональними порушеннями, локальними змінами травного тракту та дисфункцією вегетативної нервової системи. Вегетативні дисфункції іграють суттєву роль у розвитку гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

T.P. Garnyk, N.A. Myrzabayeva

Peculiarities of clinical manifestations of gastroesophageal reflux disease against the background of overweight and obesity

Gastroesophageal reflux disease against the background of the excessive body mass and obesity is characterized by certain clinical, morphological and functional impairment, local changes in the digestive tract, and dysfunction of the autonomic nervous system. Autonomic dysfunction plays an important role in the development of GERD.

Контактна інформація

Гарник Тетяна Петрівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри
Тел. (44) 253-60-24. E-mail: zvnin@moz.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 19 липня 2012 р.