

УДК: 616.21:616.329-002

## ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

*Азимзода С.М., Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н.*

*ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан», г.  
Душанбе, Республика Таджикистан*

**Актуальность.** Заболевания органов пищеварения при ожирении недостаточно изучены. У 72% больных с ожирением выявляется патология пищевода, у 64% - печени и билиарного тракта, и у 74% - толстой кишки [1]. Однако до настоящего времени факторы риска развития гастроэзофагиальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при ожирении все еще не выяснены.

**Цель исследования:** изучить клинико-эндоскопические особенности ГЭРБ и разработать патогенетически обоснованные принципы ее лечения у больных с ожирением.

**Материал и методы исследования:** обследованы 128 больных ГЭРБ (мужчин – 78, женщин - 50), в возрасте от 22 до 68 лет, длительностью заболевания от 6 месяцев до 5 лет. Больные разделены на 2 группы. Первую (основную) составили 76 больных ГЭРБ на фоне абдоминального ожирения и вторую (контрольную) – 52 больных ГЭРБ без ожирения.

Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного. Оценивались ИМТ, соотношение объём талии к объёму бедер (ОТ/ОБ). Ожирение оценивается как абдоминальное при соотношении ОТ/ОБ свыше 0.85 у женщин и свыше 1.0 у мужчин (международная диабетическая ассоциация, 2005г). У больных ГЭРБ наблюдается изжога и/или регургитация один-два раз в неделю или чаще в течение последних 6 месяцев (согласно рекомендациям клиники Мэйо и Монреальского консенсуса 2005 г.). Критериями исключения были операции на желудке, язвенная болезнь, недавний прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или ингибиторов протонной помпы, наличие сахарного диабета 1 и 2 типов, сопутствующая сердечно-сосудистая патология (ИБС, ГБ) средней или тяжелой степени тяжести, а также возраст старше 68 лет.

Всем больным проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Тяжесть эрозивных повреждений пищевода определяли в соответствии с эндоскопической классификацией – по M. Savary и G. Miller (1977). Диагноз

неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ) ставился при отсутствии отчетливых повреждений слизистой оболочки пищевода (эрозий, язв, пищевода Барретта) и при наличии малых изменений (эритема, отек, повышенная ранимость).

**Результаты:** Больные основной группы жаловались на отрыжку воздухом и/или съеденной пищей - 36 (47,4%), изжогу – 28 (36,8%), горечь во рту - 29 (38,1%), тошноту - 20 (26,3%). Боли в эпигастрии и за грудиной отмечались у 25 (32,9%) и 17 (22,3%) больных соответственно. У больных контрольной группы наиболее частыми жалобами были изжога – 37 (71,2%) и боли в эпигастральной области – 40 (76,9%). Реже встречались боли за грудиной и отрыжка воздухом и/или пищей - у 5 и 8 (9,6 и 15,4%) больных соответственно. Тошнота и горечь во рту отмечалась одинаково у 15 (28,8%) больных этой группы.

Таким образом, показано, что для больных с ожирением преобладающими жалобами являются диспепсические явления, такие как, отрыжка воздухом и/или съеденной пищей (47,4%), горечь во рту (38,1%), изжога (36,8%) и тошнота (26,3%). В то время как у больных контрольной группы основными жалобами являются изжога (71,2%) и боль в эпигастральной области (76,9%).

При эндоскопическом обследовании больных рефлюкс-эзофагит I степени наблюдался у 43 пациентов основной и 18 - контрольной группы (56,8 и 34,6% соответственно) ( $p < 0.05$ ). Рефлюкс-эзофагит II степени встречался у 30 (39,5%) больных с ожирением и у 32 (61,5%) без него. Рефлюкс-эзофагит III степени диагностирован у 3-х больных основной и 2-х контрольной группы (3,9 и 3,8% соответственно). Эзофагит IV степени не встречался ни у одного больного.

Таким образом, при эндоскопическом исследовании у больных ожирением достоверно чаще выявляется неэрозивный рефлюкс-эзофагит, т.е. эзофагит I степени в то время как у больных контрольной группы в большинстве случаев выявляется рефлюкс-эзофагит II степени ( $p < 0.05$ ). Недостаточность кардиального жома чаще встречается при ожирении. При рентгенологическом исследовании в основной группе отмечалось замедление эвакуации бария из желудка по сравнению с больными контрольной: 62 (81,6%) и 13 (25,0%), соответственно ( $p < 0,05$ ). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена одинаковой степени в обеих группах - 23 и 15 больных (30,3 и 28,8%), соответственно.

Некоторые авторы предполагают, что у пациентов с ожирением повышена предрасположенность к возникновению диафрагмальных грыжи механическому повреждению гастроэзофагиального соединения, которое

возникает на фоне повышенного интрагастрального давления, повышенного градиента давления между желудком и пищеводом, а также вследствие растяжения проксимального отдела желудка [2].

Известно, что одним из основных патогенетических механизмов ГЭРБ является спонтанная релаксация нижнего пищеводного сфинктера. Согласно последним исследованиям, при ожирении частота постпрандиальных спонтанных релаксаций нижнего пищеводного сфинктера увеличивается даже при отсутствии диафрагмальных грыж, незрозивной ГЭРБ и рефлюкс-эзофагита [3]. Это подтверждает тот факт, что ожирение следует считать важным фактором риска ГЭРБ.

Кроме того, установлена связь ожирения с пищеводом Барретта (ПБ) [4]. Недавние исследования свидетельствуют о том, что риск ПБ в большей степени коррелирует с абдоминальным ожирением, чем с общей избыточной массой тела [5]. Висцеральный жир метаболически более активен, чем подкожный, и вырабатывает больше лептина и провоспалительных цитокинов, которые ассоциируются с усилением пролиферации и угнетением апоптоза метапластически и диспластически измененных клеток при ПБ с развитием аденокарциномы пищевода. Отношение ОТ/ОБ достаточно четко коррелирует с риском развития ПБ. Это может объяснить высокую частоту ПБ и аденокарциномы пищевода у мужчин, поскольку именно для них характерно преимущественно абдоминальное ожирение.

С целью оценки эффективности терапии ГЭРБ до и после коррекции массы тела у больных с абдоминальным ожирением больные основной группы были разделены на 2 подгруппы: больные, которым удалось снизить массу тела (30 больных) и 46 больных, которым не смогли снизить массу тела.

Коррекция веса больных с ожирением проводилась с помощью низкокалорийной диеты (1600 ккал/сут) и приема препарата орлистат (Ксеникал) по 1 капсуле при каждом основном приеме пищи. После лечения изжога сохранялась у 8 (28,6%) больных, где не удалось снизить массу тела, тогда как в группе, где удалось ее корректировать она сохранилась лишь у 3 (10,7%) ( $p < 0.05$ ). Тошнота также сохранилась у 5-ти больных во второй группе. Чаще всего отрыжка и горечь во рту сохранились в группе больных, где не удалось снизить массу тела (27,8 и 31,0%, соответственно). При оценке эндоскопической картины, на фоне снижения массы тела через 12 недель отмечалось уменьшение отека и гиперемии дистальной части пищевода у 69,6% больных, где выявлялась нормальная слизистая оболочка пищевода. По данным критериям получена достоверная разница между подгруппами ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у больных с ожирением ГЭРБ протекает с преобладанием диспепсических явлений, нарушением моторики, как желудка, так и нижнего пищеводного сфинктера и развитием неэрозивного рефлюкс-эзофагита. Коррекция массы тела, на фоне стандартной терапии ГЭРБ у этих больных приводит к достоверной клинико-эндоскопической ремиссии.

#### **Выводы:**

1. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь на фоне ожирения протекает тяжелее, чем при ее отсутствии.
2. Ожирение, особенно абдоминальное, вызывает повышение внутрибрюшного давления и тем самым становится причиной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, который является важным фактором риска ГЭРБ.
3. Коррекция массы тела больных, страдающих ГЭРБ, способствует более эффективному лечению антисекреторными и прокинетическими препаратами.

#### **Литература**

1. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения // М.: Анахарсис. 2009. - С. 146-170.
2. Edelstein Z., Farrow D., Bronner M. et al. Central Adiposity and Risk of Barrett's Esophagus // Gastroenterology. - 2007. - 133. - P. 403-411.
3. El-Serag H., Kvapil V., HackenBitar J. Abdominal obesity and the risk of acid reflux in Barret's esophagus // Am. J.Gastroenterol. - 2005. - 100. - P. 2151-2156.
4. Fitton A., Wiseman L. Pantoprazole. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in acid related disorders // Drugs. - 1996. - Mar. - 51, 3. - P. 460-448.
5. Wrighton S.A., Thummel K. CYP3A. Metabolic drug interactions, chapter 10. Ed. by Levy R.H., Thummel K.E., Trager W.F. - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.