

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Уварова Н.А.¹, Колпакова Н.В.¹ Сатывалдаев М.Н.²

¹ФБГОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Тюмень, e-mail: Tussyah@ya.ru;

²ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень

Проведен ретроспективный анализ 74 историй болезни пациентов с диагнозом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) с целью выявить факторы, которые способствуют развитию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Установлено, что среди женщины чаще всего подвержены возникновению ГПОД лица, имеющие ГЭРБ. Основной пик заболевания приходится на возраст 46-60 лет. Основными проявлениями заболевания являются диспепсический синдром, в основном за счет изжоги и отрыжки, а также болевой синдром. Что касается сопутствующих заболеваний, то наиболее часто встречается абдоминальное ожирение и другие проявления метаболического синдрома, способствующие не только формированию ГПОД, но и возникновению рецидивов и осложнений. Самое частое осложнение - пищевод Баррета. Учитывая эти факторы, тщательное выявление сопутствующей патологии, а также адекватно проведенная консервативная терапия помогут снизить количество осложнений и рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, абдоминальное ожирение, метаболический синдром, пищевод Баррета.

FEATURES OF CLINICAL-ENDOSCOPIC MANIFESTATIONS OF HITAL HERNIA IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Uvarova N.A.¹, Kolpakova N.V.¹, Satyvaldaev M.N.²

¹FSBEI HE "Tyumen State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation", Tyumen, e-mail: Tussyah@ya.ru;

²SBIPH TR "Regional Clinical Hospital №1", Department of Thoracic Surgery № 1, Tyumen

A retrospective analysis of 74 medical records of patients diagnosed with gastroesophageal reflux disease (GERD) was conducted in order to identify the factors contributing to the development of hiatal hernia (HH). It was found that among patients with GERD, women are more likely to be affected by HH. The peak incidence of the disease - the age of 46-60 years. The main manifestations of the disease - a dyspeptic syndrome, mainly due to heartburn and regurgitation, and pain syndrome. From accompanying diseases the most common are abdominal obesity and other manifestations of the metabolic syndrome, contributing not only to the formation of HH, but also to the emergence of relapses and complications. The most frequent complication - Barrett's esophagus. Thus, a thorough identification of comorbidities and adequately conducted conservative therapy can help reduce the number of complications and relapses and improve the quality of life of patients.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, abdominal obesity, metabolic syndrome, Barrett's esophagus.

За последние годы все больше людей обращаются к гастроэнтерологу с такими симптомами, как изжога, отрыжка и боли за грудиной. Причиной всех этих проявлений является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. При сравнении данных мировой литературы эти симптомы обнаруживаются практически у половины взрослых людей, а морфологическое проявление этого заболевания в виде рефлюкс-эзофагита - более 6-12% пациентов, которым было проведено эндоскопическое исследование.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - одно из самых распространенных неинфекционных заболеваний. Неоспоримым является тот факт, что среди

гастроэнтерологической патологии за последнее время все чаще как клиническую, так и социальную значимость завоевывает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Учитывая результаты обширных эпидемиологических исследований в таких странах, как Соединенные Штаты Америки, Российская Федерация, а также страны Западной Европы, среди взрослого населения распространенность изжоги, как основного наиболее значимого проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, составляет от 40 до 60%, однако за последнее время отмечается неуклонный рост этого показателя.

Еще в 1998 году гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь отнесли к основным наиболее популяционно значимым патологиям, которые в наибольшей степени ухудшают качество жизни населения. Такие её особенности, как хроническое рецидивирующее течение, высочайшая распространенность, непрерывный рост заболеваемости, который захватывает все континенты, негативное влияние как на качество жизни, так и на психологическое состояние индивидуума, а также трудности в лечении выделяют гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь среди остальных поражений желудочно-кишечного тракта и определяют необходимость в поиске все новых методов ранней диагностики, а также вариантов ведения данной группы больных.

Необходимо помнить и о том, что у гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имеется достаточно опасное последствие - это развитие пищевода Баррета (возникает у около 30% пациентов с эзофагитом) с дальнейшей возможной трансформацией в такую патологию, как аденокарцинома пищевода, вероятность обнаружения которой значительно возросла (около 800 случаев на 100 тыс. населения в год среди пациентов, которые имеют пищевод Баррета).

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в гастроэнтерологической практике часто описывают как «айсберг». В основании «айсберга» образно можно разместить большинство (70-80%) больных, которые имеют слабовыраженные или редко протекающие симптомы, по поводу которых они не прибегают к помощи врача, при необходимости занимаясь самолечением, широко используя советы знакомых - так называемые телефонные рефлюксы. Среднюю часть «айсберга» составляют пациенты с постоянными, выраженными симптомами, без осложнений, нуждающиеся в проведении регулярного лечения – «амбулаторные рефлюксы», которые составляют до 25% больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Вершину же «айсберга» составляют пациенты (2-5%), у которых образовались различные осложнения, такие как кровотечения, стриктуры, пищевод Баррета, пептические язвы и т.д. - это «госпитальные рефлюксы» [1]. Учитывая данные последних эпидемиологических исследований, наиболее выраженные и

клинические, и эндоскопические признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни могут быть обнаружены у 8–25% населения в зависимости от пола, расы и континента [4].

На данный момент гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка, распространенность которого в Российской Федерации достигает 12–18% [2].

Одним из факторов, которые способствуют развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы [3]. Под грыжей пищеводного отверстия диафрагмы следует понимать смещение в грудную клетку сквозь пищеводное отверстие различных органов: части пищевода, желудка, встречающихся реже - петель кишечника.

На сегодняшний момент грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - одно из самых наиболее часто встречающихся заболеваний пищеварительной системы, наряду с такими патологиями, как язвенная болезнь желудка и хронический калькулезный холецистит.

В обычных условиях связочный аппарат диафрагмы, а также физиологичное положение органов брюшной полости должны препятствовать проникновению органов, лежащих ниже диафрагмы, в грудную полость. Из этого понятия можно вывести основные причины развития грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: повышение внутрибрюшного давления из-за различных причин, в частности проявлений метаболического синдрома (абдоминального ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии, сахарного диабета II типа) [8], особенности формирования которого до сих пор являются малоизученными [5], и ослабление связочного аппарата в возрастной группе старше 50 лет [7].

Необходимым методом исследования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является рентгенологическое исследование, которое позволяет выявить различные её характеристики: определение её размеров, топографических особенностей, конфигурации и т.д. Только при наличии данных эзофагогастродуоденоскопии и рентгенологического исследования появляется возможность выявить наиболее полную картину данного патологического сочетания заболеваний и выработать наиболее оптимальную тактику лечения.

При этом соотношение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы может быть взаимоотношающим: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь может как увеличить риск формирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, так и наоборот.

К сожалению, большая часть пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, достаточно редко

обращаются за медицинской помощью, в связи с чем увеличивается риск развития осложнений, имеющих характерную особенность развиваться незаметно.

К наиболее опасным осложнениям, кроме вышеуказанного пищевода Баррета, относятся такие заболевания, как:

- кровотечения (до 15% пациентов) - самое частое осложнение;
- пептическая язва пищевода - есть высокий риск перфорации подобных язв;
- пептическая стриктура пищевода - одно из самых тяжелых осложнений, имеющее большие трудности в его консервативном и хирургическом лечении.

При наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у лиц с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью нередко стандартные дозы ингибиторов протонной помпы (ИПП) не оказывают достаточного антисекреторного эффекта, у больных сохраняются клинические симптомы рефлюкса. При сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) пациентам требуются более высокие суточные дозы препаратов для контроля симптомов [5].

Тщательный анализ таких тесно связанных друг с другом патологий, рассматриваемых во всех аспектах, начиная от анамнестических данных, включающих анализ факторов риска развития данного сочетания, оценка эффективности результатов ведения пациентов, а также изучение использования различных методов лечения помогут лечащему врачу максимально быстро оценить клиническую симптоматику больного и улучшить качество его жизни.

Цель исследования: выявить факторы, которые способствуют развитию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы исследования. Объект исследования - истории болезней 74 пациентов с наличием ГЭРБ и ГПОД, подтвержденной и эндоскопическими, и рентгенологическими методами, находящихся в возрасте 30-80 лет (средний возраст 55 лет). Продолжительность заболевания составляет от 3 месяцев до 10 лет (в среднем - 5,3 года), при этом из них 71,6% (n=53) женщин, и 28,3% (n=21) мужчин. Обследование пациентов, которые находились на оперативном этапе лечения, проводилось на базе отделения торакальной хирургии № 1 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения в Тюменской области «Областная клиническая больница № 1» (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1») за период январь – декабрь 2015 г.

Результаты исследования. При анализе историй болезни выявлено, что средний возраст 63,5% (n=47) пациентов, которые нуждались в оперативном лечении, составляет 50-

65 лет. При этом у женщин пик обращения приходится на возрастной период от 51 до 60 лет - 52,8% (n=28), в то время как у мужчин определены два наибольших пика обращений: возраст 30-40 лет - 25% (n=5) и 56-70 лет - 56% (n=12). Было отмечено, что из группы молодых пациентов (возраст 30-40 лет) преобладают мужчины - 25% (n=5), в то же время женщин в этом возрастном периоде лишь около 5,6% (n=3). Продолжительность анамнеза, предшествующего оперативному лечению, чаще всего составляет 1-2 года - 40,5% (n=30); от 3 до 5 лет - 31% (n=23), 5 лет и более - 28,3% (n=21). Первые клинические проявления в 56,3% (n=42) случаев появились в возрасте 46-60 лет. Кроме того, непрерывно рецидивирующее течение ГЭРБ в сочетании с ГПОД наблюдается у 63% (n=47) пациентов.

При изучении анамнеза и тщательном клинико-лабораторном обследовании у 77% (n=57) пациентов обнаружены различные сопутствующие заболевания. При этом было выявлено, что самыми распространенными патологиями являлись маркеры метаболического синдрома: артериальная гипертензия - у 64,9% (n=48), абдоминальное ожирение - у 47,3% (n=35), дислипидемия - у 7% (n=5), атеросклероз - у 5,2% (n=4), сахарный диабет II типа - у 3,5% (n=3). Среди гастроэнтерологической патологии чаще всего наблюдалось поражение желчевыводящих путей 42% (n=31), в основном - холецистит - у 26,3% (n=19), желчекаменная болезнь - у 15,7% (n=12).

Что касается клинических проявлений, то ведущую роль при сочетании данных заболеваний играют диспепсический синдром, определенный у 97,2% (n=72) пациентов, а также болевой синдром - определен у 46% (n=34) пациентов. Каждый из других симптомов, таких как похудание, осиплость голоса, ощущение дискомфорта в эпигастральной области, слабость, вялость и т.п., беспокоил не более 1,5% (n=1) обратившихся. Болевой синдром по локализации проявлялся в основном в эпигастральной области - 64% (n=22), за грудиной - 32,3% (n=11), в левом или правом подреберье - по 5,8% (n=2) каждый. Также у 2,9% (n=1) была выявлена иррадиация в спину, лопатку.

Что касается проявлений диспепсического синдрома, то наиболее частым из них являлась изжога - у 97,2% (n=70), отрыжка - у 26,4% (n=19), дисфагия - у 20,8% (n=15), регургитация пищи - у 11,1% (n=8), тошнота - у 8,3% (n=6), рвота - у 4,2% (n=3) пациентов. Такие симптомы, как чувство тяжести, раннее насыщение, вздутие, икота, нехватка воздуха, горечь во рту - не более 2,7% (n=1) каждый. Обращает на себя внимание то, что изжога у 42,8% (n=31) пациентов - самое первое, а у 20,8% (n=15) пациентов - единственное проявление ГПОД.

Из инструментальных методов обследования были проведены рентгенологическое и эндоскопическое (эзофагогастродуоденоскопия). Исходя из данных рентгенологического обследования, диагноз ГПОД II стадии выставлен 41,6% (n=31) пациентам. При этом ГПОД

I стадии выставлена 37,5% (n=28), а ГПОД III стадии – 20,8% (n=15) обследуемых. Что касается результатов эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы подтверждена в 74% (n=55) случаев, рефлюкс-эзофагит - в 40,8% (n=29), пищевод Баррета - в 14% (n=10), хронический атрофический гастрит - в 7% (n=5) случаев, все остальные диагнозы – не более 6% каждый (стриктура пищевода, укорочение пищевода, дивертикул пищевода).

У 26% (n=19) пациентов, находившихся на лечении, выявлены осложнения заболевания: пищевод Баррета - 53% (n=10), стриктура пищевода - 26% (n=5), хроническая анемия - 16% (n=3), укорочение пищевода - 5% (n=1).

Первый этап лечения - консервативный, на котором 66% (n=49) пациентов регулярно получали базисную терапию ГЭРБ, ситуационно антисекреторные средства получали 26,7% (n=20) пациентов, а 7,1% (n=5) пациентов не соблюдали врачебных рекомендаций и не принимали препараты. При этом длительность анамнеза у данной группы составляет не более 2 лет. Даже несмотря на регулярный прием препаратов, у 86,5% (n=41) пациентов клинически не наблюдалось положительной динамики, а у 13,5% (n=66) пациентов наблюдался только временный положительный эффект. Однако в результате нашего исследования выявлено, что у пациентов, которые регулярно принимали препараты, даже на фоне отсутствия полного купирования симптомов, частота осложнений составила 10,8% (n=5), тогда как у пациентов, которые препараты принимали нерегулярно, или вообще не лечились - 31% (n=10).

На втором этапе лечения, оперативном, в 100% случаев была проведена эзофагофундопликация по Nissen. Частота рецидивов после проведенной операции составила 10,8% (n=8). При этом у 75% (n=6) пациентов, у которых произошел рецидив, сопутствующее заболевание - артериальная гипертензия, 50% (n=4) имеют абдоминальное ожирение, 37,5% (n=3) - холецистит, у 12,5% (n=1) - бронхиальную астму.

Заключение. Исходя из результатов проведенного исследования было выявлено, что появлению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у лиц с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью больше всего подвержены женщины. Наибольший пик заболевания определяется в возрастной группе 46-60 лет, причиной чему является возрастное ослабление связок диафрагмы. Основные проявления заболевания - диспепсический синдром, преимущественно за счет изжоги и отрыжки, а также болевой синдром, который чаще всего определяется в эпигастральной области и за грудиной. Из сопутствующих заболеваний наиболее частые - артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение, являющиеся маркерами метаболического синдрома, и заболевания желчевыводящих путей. При

регулярном приеме препаратов риск и рецидивов, и осложнений - лишь 10,8%. Наиболее частое осложнение - пищевод Баррета (из всех осложнений - 65,2%).

Следовательно, при обнаружении первых клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни требуется тщательное обследование пациента, которое поможет выявить факторы риска в развитии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Для этого рекомендуем ввести в стандарты обследования пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью:

- определение антропометрических параметров (индекс массы тела, отношение объем талии / объем бедер, биоимпедансметрия) для выявления абдоминального ожирения;
- исследование углеводного обмена (индекс НОМА, пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ)).
- исследование липидного обмена - липидограмма (общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды очень низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, триглицериды);
- мониторинг артериального давления;
- определение уровня мочевой кислоты;
- определение состояния органов-мишеней - сердца (с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ)), почек (с определением микроальбуминурии (МАУ)), сосудов (с определением толщины слоя интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА)).

Тщательный анализ этих тесно связанных друг с другом патологий поможет лечащему врачу максимально быстро оценить клиническую симптоматику больного.

Выявление таких маркеров метаболического синдрома, как абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия и атеросклероз, которые являются факторами риска в развитии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, а также адекватно проведенная регулярная консервативная терапия помогут уменьшить количество осложнений, рецидивов и, кроме того, улучшить общее состояние пациентов.

Список литературы

1. Волчкова И.С., Оспанов О.Б. Современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинская наука и образование Урала. - 2012. - № 1. - С. 171-175.
2. Восстановление качества жизни устранением и предотвращением изжоги алгинатом: результаты многоцентрового исследования ВИА АПИА / Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А., Джулай Г.С., Бутов М.А., Абдулхаков Р.А., Еремина Е.Ю., Тарасова Л.В.,

Сафонова О.В., Фирсова Л.Д., Кожурина Т.С. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 6. - С. 70-76.

3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение / Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Васнев О.С., Бордин Д.С., Валитова Э.Р., Янова О.Б. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 12. - С. 10–16.

4. Системный иммунный ответ у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Евсютина Ю.В., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т., Лямина С.В., Малышев И.Ю. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2015. - № 5. - С. 32-38.

5. Сметанина С.А. Избыточная масса тела с детского и подросткового возраста как фактор риска метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста // Медицинская наука и образование Урала. - 2015. - № 2. - С. 87-89.

6. Соломенцева Т.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: какие факторы определяют тяжесть течения? // Здоровье Украины. - 2011. - № 4. - С. 43-44.

7. Уварова Н.А. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Университетская медицина Урала. - 2016. - № 1. - С. 87-89.

8. Хамитова Л.Р. Ожирение и метаболический синдром - преграда для увеличения продолжительности жизни // Медицинская наука и образование Урала. - 2015. - № 1. - С. 166-168.