

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Е. Андреева, кандидат медицинских наук,
И. Унанова, Е. Андреева,
А. Байда, доктор медицинских наук, профессор,
О. Позднякова, кандидат медицинских наук
Ставропольский государственный медицинский университет
E-mail: eandreeva-doctor@yandex.ru

Рассматривается влияние метаболического синдрома на клинические проявления и инструментальные показатели. При метаболическом синдроме отмечено более тяжелое течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, метаболический синдром, ожирение.

Метаболический синдром (МС) по-прежнему остается серьезной проблемой медицинской практики, многие аспекты которой далеки от разрешения.

Разнообразные сочетания метаболических нарушений и заболеваний при ожирении описывались под разными названиями: метаболический трисиндром, синдром избытка МС, синдром Х, смертельный квартет. Чаще всего употребляются понятия: метаболический синдром (МС) и синдром инсулинорезистентности [2, 3].

Один из клинических признаков МС — абдоминально-висцеральное ожирение; оно же служит ведущим клиническим проявлением МС, распространенность которого приобрела характер неинфекционной эпидемии [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, у 1,7 млрд жителей планеты имеется избыточная масса тела или ожирение [5].

Данные выборочных исследований позволяют предположить, что в настоящее время не менее 30% трудоспособного населения России имеют избыточную массу тела и 25% — ожирение. За последние 10 лет число людей с ожирением в мире увеличилось почти на 75%. Распространение ожирения тесно связано с такими тяжелыми соматическими заболеваниями, как сахарный диабет типа 2, артериальная гипертензия, коронарная болезнь сердца, атеросклероз, онкологические заболевания [1]. Вместе с тем в последние годы появились основания для оптимистического прогноза при лечении больных, страдающих ожирением [6].

В научной литературе МС чаще рассматривают как фактор риска заболеваний сердечно-сосудистой системы: о состоянии органов пищеварения при МС клиницистам известно мало [6]. Вместе с тем в ряде работ показано, что заболевания органов пищеварения могут отягощать течение заболеваний органов дыхания и др. [7].

Целью нашего исследования было изучение клинических, функциональных особенностей проявления гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ) у больных с МС.

Обследованы 58 больных обоих полов с ГЭРБ, разделенные на 2 группы: в 1-ю (основную) группу (n=38) были включены больные с проявлениями МС, во 2-ю (контрольную; n=20) — без проявлений МС.

Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее общеклиническое исследование, а также эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС), рентгенологическое исследование пищевода, суточное рН мониторингирование пищевода на аппарате Гастроскан 24, УЗИ печени.

Статистический анализ производили с использованием программ Excel 2007, Biostat; рассчитывали критерий χ^2 .

Анализ полученных данных показал, что ведущей жалобой у пациентов 1-й группы был кашель — он отмечен у 42% больных, что было в 1,4 раза чаще, чем во 2-й группе (рис. 1).

Такая жалоба, как ощущение комка за грудиной, отмечалась у 29% больных 1-й группы (почти в 6 раз чаще, чем во 2-й). Одинаково часто пациенты обеих групп жаловались на дисфагию и боль за грудиной (не связанную с ИБС). В то же время среди больных без МС только 40% не предъявляли перечисленных жалоб.

У 84% больных обеих групп обнаружены такие клинические признаки нарушения деятельности билиарной системы, как отрыжка, горечь во рту, выраженный метеоризм.

При ЭГДС у больных 1-й группы чаще отмечали умеренно выраженный эзофагит (у 63,2%), недостаточность кардии (у 15,8%). Во 2-й группе недостаточность кардии была установлена у 50% обследованных. У всех пациентов 1 и 2-й групп был подтвержден диагноз ГЭРБ. Результаты изучения индекса De Meester, являющегося одним из диагностических критериев ГЭРБ, у больных обеих групп представлены на рис. 2.

При рентгенологическом исследовании в обеих группах отмечалась одинаковая частота нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка — около 10%.

При УЗИ желчного пузыря почти у 76% обследованных обеих групп выявлен холестероз желчного пузыря (полипозно-сетчатая форма), имелось утолщение стенок желчного пузыря (24,6%), просвет желчного пузыря был заполнен замазкообразной желчью или содержал билиарный сладж.

Таким образом, полученные нами предварительные данные свидетельствуют о том, что МС существенно влияет на клинические проявления ГЭРБ; при его наличии предполага-

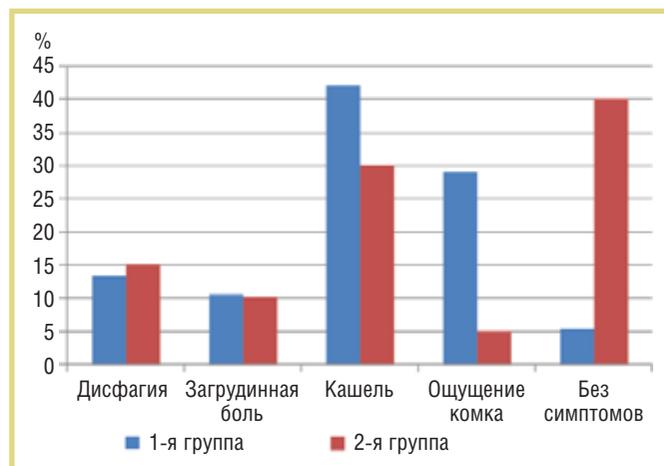


Рис. 1. Сравнительная характеристика жалоб, характерных для ГЭРБ, у пациентов с МС и без такового ($p=0,005$)

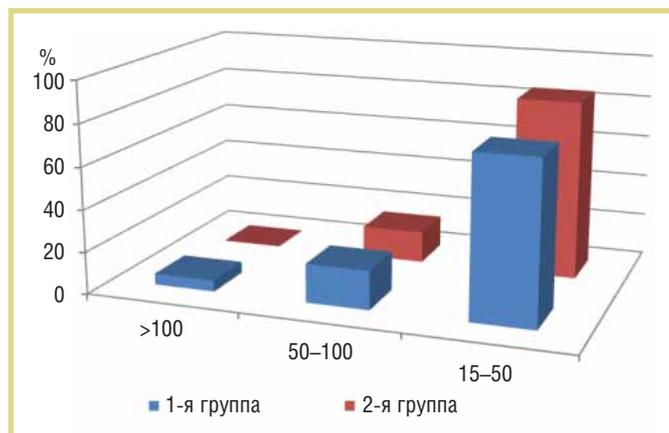


Рис. 2. Индекс De Meester у пациентов с ГЭРБ в сочетании с МС и без такового (%)

ется более тяжелое течение заболевания. Все это необходимо учитывать в процессе диагностики ГЭРБ у пациентов с избыточной массой тела, а также при выработке схем их ведения как в стационаре, так и при амбулаторном лечении. Лечение ГЭРБ на фоне МС предполагает комплексную терапию с учетом метаболических изменений.

Литература

1. Андреева Е.И., Унанова И.А Роль жировой ткани в развитии метаболических нарушений, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни больных с сахарным диабетом типа 2 в сочетании с ожирением. Мат-лы III Конф. гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качества жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». Пятигорск, 2012; с. 48–9.
2. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии СД // Consilium Medicum. – 2003; 9 (5): 23–8.
3. Бутрова С.А., Берковская М.А. Современные аспекты терапии ожирения // Consilium Medicum (Ukraina). – 2010; 7: 34–7.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А. Ожирение у подростков в России // Тер. арх. – 2007; 10: 28–32.
5. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Егорова Е.Г. Метаболический синдром у пациентов с заболеваниями органов пищеварения // Тер. арх. – 2007; 10: 9–13.
6. Мельниченко Г.А., Пышкина Е.А. Ожирение и инсулинорезистентность – факторы риска и составная часть метаболического синдрома // Тер. арх. – 2001; 12: 5–8.
7. Позднякова О.Ю. Батурин В.А Влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на течение бронхиальной астмы // Кубанский науч. медицинский вестник. – 2012; 3 (132): 114–7.

IMPACT OF METABOLIC SYNDROME ON THE DEVELOPMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASES

E. Andreeva, Candidate of Medical Sciences; **I. Unanova**; **E. Andreeva**, Professor **A. Bayda**, MD; **O. Pozdnyakova**, Candidate of Medical Sciences Stavropol State Medical University

The paper considers the impact of metabolic syndrome on the clinical manifestations and instrumental readings. Gastroesophageal reflux disease is noted to run a severer course in meta-bolic syndrome.

Key words: gastroesophageal reflux disease, metabolic syndrome, obesity.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ МИГРАЦИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА РОТОГЛОТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНФИЛЬТРАТА ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Д. Фернандо, кандидат медицинских наук,
В. Шпотин, кандидат медицинских наук
Александро-Мариинская областная клиническая
больница, Астрахань
E-mail: dinafernando@mail.ru

Описан редкий клинический случай формирования объемного образования в верхних отделах шеи в результате миграции из полости рта инородного тела, длительное время бессимптомно находящегося в толще мягких тканей.

Ключевые слова: инфильтрат шеи, инородное тело ротоглотки.

Ранняя и точная диагностика объемных образований верхних отделов шеи – актуальный вопрос клинической практики. Затруднения связаны главным образом со значительным перечнем нозологических форм, сопровождающихся появлением опухолевидного образования на шее [1, 2, 4, 7]. Основные из них – врожденные и приобретенные кисты (бранхиогенные, ретенционные, дермоидные, кисты подъязычной и поднижнечелюстной слюнных желез, киста щитовидно-язычного протока), доброкачественные (гемангиома, лимфангиома) и злокачественные опухоли шеи (лимфома, лимфосаркома, рабдомиосаркома, фибросаркома, нейробластома, эпидермоидный рак, злокачественные опухоли щитовидной железы), а также объемные образования воспалительной этиологии (бактериальный и вирусный шейный лимфаденит, специфические инфильтраты, сиалоаденит, инфекционный мононуклеоз и т.д.) [3, 5, 6, 8–10].

Приводим клинический пример.

Пациент С., 52 лет, поступил в оториноларингологическое отделение Александро-Мариинской областной клинической больницы Астрахани на плановое лечение. Госпитализирован с жалобами на наличие умеренно болезненного инфильтрата в подподбородочной области, периодически возникающий субфебрилитет. Болен около 4 нед, когда впервые появились и стали нарастать

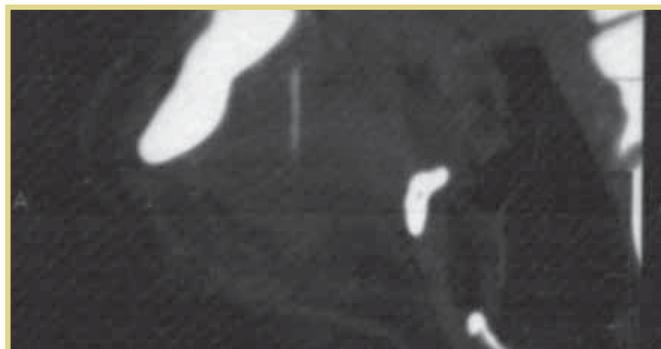


Рис. 1. Компьютерная томограмма шеи больного С.; в подбородочной области определяется вертикально расположенное инородное тело