

Д.И. Абдулганиева, Н.Э. Белянская

ВНУТРИЖЕЛУДОЧНАЯ pH-МЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА ДИКЛОФЕНАКА НАТРИЯ

Казанский государственный медицинский университет,
420012, ул. Бутлерова, 49, тел.: 8(843)-236-06-52, г. Казань

Резюме

Целью исследования являлась оценка моторных нарушений по данным 24-часовой pH-метрии у больных ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом (ОА) на фоне приема диклофенака натрия. Под наблюдением находилось 109 чел. В основную группу были включены 52 больных с диагнозом «ревматоидный артрит» (РА) и 43 больных с диагнозом «остеоартроз» (ОА), контрольную группу составили 14 добровольцев.

При оценке показателей 24-часовой интрагастральной кислотности в группах больных РА и ОА частота дуоденогастрального рефлюкса была выше, чем в контроле ($p < 0,05$), преимущественно в вечерние и ночные часы. Также отмечалось увеличение длительности дуоденогастрального рефлюкса ($p < 0,05$). При сравнении частоты и продолжительности рефлюксов между группами РА и ОА достоверных различий выявлено не было.

Ключевые слова: pH-метрия, дуоденогастральный рефлюкс, диклофенак натрия, ревматоидный артрит, остеоартроз.

D.I. Abdulganieva, N.E. Belyanskaya

INTRAGASTRIC PH-METRY IN EVALUATION OF MOTILITY CHANGES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND OSTEOARTHRITIS TAKING DICLOFENAC SODIUM

Kazan state medical university, Kazan

Summary

The aim of our study was evaluation of motility disorders by 24-hours pH-metry in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis taking diclofenac sodium. 109 subjects were enrolled into the study — 52 patients with rheumatoid arthritis (RA), 43 — with osteoarthritis (OA) and 14 healthy controls.

Assessment of 24-hours pH-metry showed that in both groups of patients with RA and OA frequency of duodenogastric reflux was higher than in control ($p < 0,05$), more often at evening and night time. The duration of duodenogastric reflux was also longer ($p < 0,05$). Evaluation of frequency and duration of refluxes in OA and RA groups didn't show any significant difference.

Key words: pH-metry, duodenogastric reflux, diclofenac sodium, osteoarthritis, rheumatoid arthritis.

Патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) выявляется у 13-62% больных [3, 9]. Клинически поражения ЖКТ проявляются субъективными неприятными ощущениями: болевым и диспепсическим синдромами, эндоскопически — поверхностными изменениями слизистой оболочки в виде гиперемии с подслизистыми кровоизлияниями, а также различной глубины и локализации эрозивно-язвенными дефектами [7]. Даже при отсутствии эндоскопических изменений диспепсия оказывает неблагоприятное влияние на качество жизни и приводит к существенным материальным затратам, поскольку является частой причиной для обращения за медицинской помощью, проведения дорогостоящих диагностических процедур и длительного приема различных препаратов для ее купирования [2, 5].

Одним из факторов, влияющих на развитие патологии верхних отделов ЖКТ, является состояние моторики верхних отделов ЖКТ [2].

Целью нашего исследования являлась оценка моторных нарушений по данным 24-часовой pH-метрии у больных ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом (ОА) на фоне приема диклофенака натрия.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 109 чел. В основную группу были включены 52 больных с диагнозом РА, средний возраст — $41,72 \pm 13,08$ лет, длительность заболевания — $8,13 \pm 6,74$ лет, и 43 больных с диагнозом ОА, средний возраст — $51,58 \pm 8,20$ лет, длительность заболевания — $5,91 \pm 4,59$ лет. Критерием исключения являлось наличие язвенной болезни гастродуоденальной зоны в анамнезе. Контрольную группу составили 14 добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами из основной группы, у которых в анамнезе отсутствовали ревматические заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта, при проведении фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) слизистая оболочка верхних отделов пищеварительного тракта оценивалась как практически неизменная.

Каждый пациент подписывал бланк информированного согласия на участие в исследовании.

Все больные не менее 1 мес. принимали диклофенак натрия в средних терапевтических дозах (100-150 мг/сут). Перед исследованием отменялись следующие препараты: антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов за 48 ч, ингибиторы протонной помпы за 72 ч, диклофенак натрия за 24 ч.

Всем включенным в исследование проводилось эндоскопическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Среди эндоскопических изменений,

характерных для НПВП-гастропатии, мы оценивали наличие выраженной гиперемии с подслизистыми кровоизлияниями, единичных или множественных эрозий, язв

Средние показатели 24-часовой интрагастральной кислотности у больных РА, ОА и здоровых добровольцев

Значение pH	РА (n=34)	ОА (n=29)	Контроль (n=14)
Среднее pH в течение сут	3,20±1,28	3,29±1,59	2,68±0,87
В дневное время	2,91±1,25	3,00±1,45	2,79±0,83
В ночное время	3,53±1,77*	3,65±1,99*	2,41±1,02*
В горизонтальном положении	3,35±1,54	3,49±1,84	2,60±1,03
В вертикальном положении	3,04±1,14	3,20±1,60	2,89±0,78
Минимальное значение pH	0,70±0,74	0,74±0,45	0,48±0,25
Максимальное значение pH	8,56±0,92**	7,98±1,13	7,44±0,73**

Примечания. * — $p < 0,05$ по сравнению с дневными показателями; ** — $p < 0,05$ по сравнению со здоровыми.

желудка и/или двенадцатиперстной кишки, а также рубцовые изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны [4, 8].

С целью оценки изменений pH верхних отделов ЖКТ всем включенным в исследование проводилась 24-часовая pH-метрия при помощи системы для длительного непрерывного мониторинга «Гастроскан-24» («Исток-Система», г. Фрязино, Московская область). Исследование проводилось на 2-3 сут после проведения ФГДС. Использовали зонды, содержащие на своей рабочей поверхности 3 электрода, что позволяло располагать проксимальный электрод в пищеводе выше пищеводно-желудочного перехода, а два дистальных — в желудке: в кардиальном отделе и теле; правильность положения электродов зонда контролировали рентгенологически. Все зонды подвергались калибровке непосредственно перед исследованием в стандартных буферных растворах согласно рекомендациям изготовителя. Зонд фиксировали в указанном положении на все время исследования. Электрод сравнения закрепляли в подключичной области.

Полученные данные подвергали предварительному компьютерному анализу при помощи прикладной программы изготовителя оборудования («Исток-Система», версия 8.34). Затем весь массив цифровых данных экспортировали в программу Statistica 5.0 А с определением

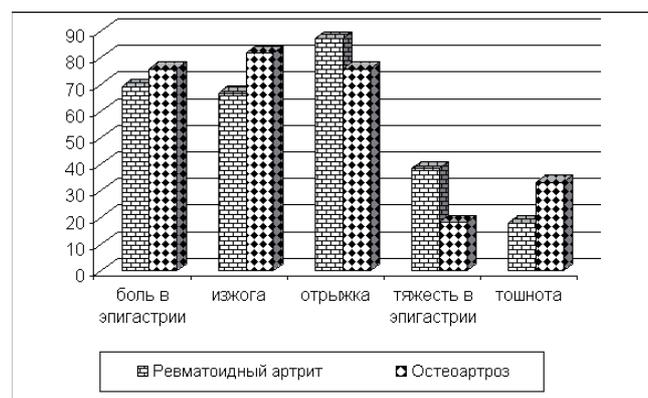


Рис. 1. Структура жалоб со стороны верхних отделов ЖКТ у больных РА и ОА

Характеристика ДГР у больных РА, ОА и в контрольной группе

Показатель	Группа больных РА	Группа больных ОА	Контроль
Частота ДГР	23 (67,7%)*	20 (69%)*	5 (35,7%)
Длительность ДГР, мин	268,2±157,8*	293,3±149,6*	53,4±48,0

Примечание. * — $p < 0,05$ по сравнению с группой контроля.

средних показателей, t-критерия Стьюдента. Нулевую гипотезу об отсутствии существенного различия между сравниваемыми группами отвергали при уровне значимости 0,05.

Результаты и обсуждение

Проведенное клиническое обследование больных РА и ОА с НПВП-гастропатией позволило выявить высокую частоту диспептического и абдоминального болевого синдромов в обеих группах (рис. 1).

При сравнении частоты жалоб на боль и тяжесть в эпигастральной области, изжогу, отрыжку, тошноту между группами больных РА и ОА достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$).

При эндоскопическом обследовании верхних отделов ЖКТ у 39 (75%) больных РА и у 33 (84,8%) больных ОА были выявлены поверхностные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны в виде выраженной гиперемии с подслизистыми кровоизлияниями. Острые эрозивно-язвенные изменения были выявлены у 5 (11,6%) пациентов с ОА: единичные эрозии — у 2 (4,7%), множественные эрозии — у 1 (2,3%), острые язвы двенадцатиперстной кишки — у 2 (4,7%) пациентов. У 3 (5,8%) пациентов с РА и 3 (7%) пациентов с ОА были обнаружены эрозии и рубцующиеся язвы в области луковицы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, у подавляющего большинства больных РА и ОА определялись поверхностные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны в виде выраженной гиперемии с подслизистыми кровоизлияниями ($p < 0,05$).

Средние показатели 24-часовой интрагастральной кислотности у 34 больных РА, 29 больных ОА и здоровых добровольцев представлены в табл. 1.

При оценке показателей 24-часовой интрагастральной кислотности нами было отмечено достоверные изменения кислотности у пациентов с РА и ОА в ночное время (табл. 1). Так, в контрольной группе происходило повышение кислотообразования в ночные часы ($p < 0,05$). В группе больных РА и ОА были выявлены противоположные изменения — понижение интрагастральной кислотности в ночное время до $3,53 \pm 1,77$ и $3,65 \pm 1,99$ соответственно ($p < 0,05$) (табл. 1). Данные изменения могут быть объяснены наличием дуоденогастрального рефлюкса (ДГР). Известно, что колебания уровня pH до 7,0 и выше в теле желудка свидетельствуют о наличии и выраженности ДГР [1].

В табл. 2 представлена сравнительная характеристика ДГР.

У здоровых лиц ДГР выявлялись в 35,7% случаев. Однако они регистрировались только в ранние утренние часы, суточная длительность их составила $53,4 \pm 48,0$ мин

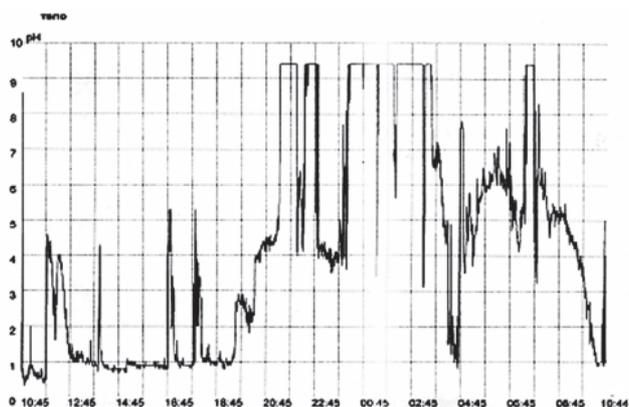


Рис. 2. 24-часовая рН-грамма тела желудка больной Т., 57 лет (РА)

с последующим возвращением рН к исходному уровню непосредственно перед завтраком. Этот феномен повышения уровня рН вследствие возникновения ДГР в утренние часы был описан у здоровых и ранее [6].

У 67,7% больных РА и 69% больных ОА были выявлены щелочные ДГР. Анализ кривых показал, что их наибольшее число возникало в вечерние и ночные часы, в отличие от группы контроля. Кроме увеличения частоты ДГР также отмечалось увеличение их длительности до $268,2 \pm 157,8$ мин у больных РА и до $293,3 \pm 149,6$ мин у больных ОА ($p < 0,05$). Самый длинный ДГР составил при РА 480 мин, при ОА — 382 мин. При сравнении частоты и продолжительности рефлюксов между группами больных РА и ОА достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). Следует отметить, что все больные с выявленными моторными нарушениями отмечали более выраженный синдром диспепсии и болевой синдром ($p < 0,05$).

На рис. 2 представлена 24-часовая рН-грамма тела желудка больной Т., на которой продемонстрированы щелочные ДГР, возникающие преимущественно в ночное время. Общая продолжительность рефлюксов составила не менее 4 ч, средний уровень рН в дневное время — 1,8, в ночное — 6,1.

Выводы

При оценке показателей 24-часовой интрагастральной кислотности в группах больных РА и ОА, принимающих диклофенак натрия, было выявлено понижение ночной интрагастральной кислотности по сравнению с контролем ($p < 0,05$), что может быть объяснено формированием ДГР у больных РА и ОА.

У пациентов РА и ОА частота ДГР была выше, чем в контроле ($p < 0,05$), преимущественно в вечерние и ночные часы. Также отмечалось увеличение длительности ДГР до $268,2 \pm 157,8$ мин у больных РА и до $293,3 \pm 149,6$ мин у больных ОА ($p < 0,05$). При сравнении частоты и продолжительности рефлюксов между группами РА и ОА достоверных различий выявлено не было.

Л и т е р а т у р а

1. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я. Компьютерная рН-метрия желудка и пищевода. Клиническое значение метода: мет. рек. - М.: Департамент здравоохранения Правительства Москвы, 2001. - 40 с.

2. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Корешков Г.Г. НПВП-индуцированная диспепсия: распространенность и возможность медикаментозной коррекции // Науч.-практ. ревматология. - 2003. - №5. - С. 76-78.

3. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клин. рек. // Рус. мед. журнал. - 2006. - №14 (25). - С. 1769-1778.

4. Лапина Т.Л. Лечение и профилактика гастропатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными средствами, в практике терапевта // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2009. - Т. 19, №4. - С. 13-18.

5. Никонов Е.Л. Качество жизни, клиническая симптоматика и состояние слизистой оболочки желудка у пациентов, длительно принимающих нестероидные противовоспалительные средства: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Хабаровск, 2002. - 21 с.

6. Раппопорт С.И., Лакшин А.А., Ракитин Б.В. и др. рН-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта [под ред. Ф.И. Комарова]. - М.: Медпрактика-М, 2005. - 208 с.

7. Шварц Г.Я. Современные нестероидные противовоспалительные препараты. - М., 2004. - 96 с.

8. Lanza F.L. Endoscopic studies of gastric and duodenal injury after the use of ibuprofen, aspirin, and other nonsteroidal anti-inflammatory agents // Am J Med. - 1984. - Vol. 77. - P. 19-24.

9. Singh G., Triadafilopoulos G. Epidemiology of NSAID-induced GI complications // J. Rheumatol. - 1999. - Suppl.26. - P. 18-24.

Координаты для связи с авторами: Абдулганиева Диана Ильдаровна — доцент кафедры госпитальной терапии КГМУ, e-mail: Diana_s@mail.ru, тел.: 8-987-296-27-68; Белянская Надежда Эдуардовна — ассистент кафедры госпитальной терапии КГМУ.

