

movement. Significant objective and subjective responses were registered in 15 and 14, partial response — in 10 and 12 patients of the study group, respectively, no response — in 5 and 4 patients, respectively. In the controls, the higher degree of the response was in 9 and 12, 18 and 16, 3 and 2 patients, respectively. Negative effects of the treatments were not seen. Conclusion. SJP treatment with artrofoon is effective. It relieves pain, improves motility of the joint, normalizes mental and somatic status of the patients.

© НЕМЦОВ Б.Ф., ВЯЗНИКОВА О.А. – 2007

КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Б.Ф.Немцов, О.А.Вязникова

(Кировская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.В. Шешунов,
кафедра госпитальной терапии, зав. – д.м.н., проф. Б.Ф. Немцов)

Резюме. У 40 больных с определённым РА, проводилось исследование функционального состояния желудка и их связи с клиническими особенностями болезни, проводимой терапией и наличием хеликобактерной инфекции. Кислотообразующую функцию изучали методом 24-часовой рН-метрии Гастроскан-24 (Россия, Фрязино) до и после приема ингибиторов протонной помпы. При этом была выявлена высокая частота нарушений кислотопродуцирующей функции желудка у больных РА. При этом не было обнаружено достоверных различий кислотопродуцирующей функции желудка в зависимости от хеликобактерной инфекции и стероидозависимости. Выявлена достоверная ассоциация повышения внутрижелудочной кислотности у пациентов мужского пола, а так же у больных РА с эрозивно-воспалительными изменениями слизистой, удлинение времени закисления было у пациентов с хеликобактериозом, без стероидозависимости с эндоскопическими изменениями слизистой с высокими титрами РФ и с более молодым возрастом больных РА. Прием ИПП приводил к нормализации показателей интрагастральной кислотности у больных РА. Результаты проведенного исследования указывают на высокую частоту и актуальность своевременной диагностики и лечения патологии со стороны верхних отделов ЖКТ у больных РА.

Ключевые слова: Ревматоидный артрит, 24-часовая рН-метрия, хеликобактерная инфекция, кислотообразующая функция желудка, ингибиторы протонной помпы.

Диспептический синдром и патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявляется у 15-60% больных ревматоидным артритом [5, 3, 4]. Большой диапазон показателей зависит от целенаправленности и примененных методов исследования. Суточный рН-мониторинг позволяет определить характер функционального состояния желудка, а по динамике внутрижелудочного рН объективно оценить эффективность проводимой терапии и подобрать оптимальную дозу и частоту приема препаратов [6].

Цель исследования – оценить функциональное состояние желудка у больных ревматоидным артритом в зависимости от клинических особенностей болезни, характером проводимой терапией и наличием хеликобактерной инфекции.

Материал и методы

Исследование проводилось у 40 больных достоверным РА, средний возраст – (50,17 ± 9,6 лет), стаж болезни 7,8 лет. Большинство больных – 33 были серопозитивные по РФ, с III степенью активности – 38 (95%) и тяжелым течением РА – 22 (55,0%). Стероидозависимость выявлена у 18 больных. У 18 больных РА эндоскопически выявлена патология верхних отделов ЖКТ: дуоденит – у 8, бульбит – у 2 пациентов, язвенная болезнь 12-перстной кишки – у 7, язвенная болезнь желудка – у 1, эрозии желудка – у 1 и у 1 – эрозии 12-перстной кишки. Диспептический синдром наблюдался у 34 больных (85%). Из жалоб определялись боли в эпигастрии – у 32 человек, тяжесть в эпигастрии – у 31, тошнота и изжога – у 30, отрыжка у 27 пациентов. Изучение кислотообразующей функции желудка проводили определением 24-часовой интрагастральной кислотности с использованием прибора «Гастроскан-24» (Россия, Фрязино). Исследование рН у больных РА проводилось в динамике: первое – через 5 дней после отмены антисекреторных препаратов и через 5 дней приема антисекреторных препаратов. Уровень рН в базальный период для тела желудка в пределах от 1,6 до 2,0 рассматривали как нормоцидность, рН менее 1,5 – гиперацидность, рН от 2,1 до 6,0 – гипоацидность и рН свыше 6,0 – анацидность. Время закисления считали нормальным в пределах 360 минут. Статистическая обработка проводилась с использованием корреляционного анализа. Значимыми считались $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При изучении интрагастральной кислотности у больных РА до приема антисекреторных препаратов нами были получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1. Показатели базальной интрагастральной кислотности (в теле желудка) у больных РА (n=40)

Показатель	Количество наблюдений	Среднее значение
рН менее 1,5 ед.	36 (90%)	0,822 ± 0,375
рН в диапазоне от 1,6 до 2,0 ед.	1 (2,5%)	1,8 ± 0,010
рН в диапазоне от 2,1 до 6,0 ед.	3 (7,5%)	3,8 ± 0,000

Как видно из таблицы 1, нормальная кислотопродукция (при рН в диапазоне от 1,6 до 2,0 ед.) была выявлена только у одного обследованного нами больного РА, гиперацидное состояние (при рН менее 1,5) было выявлено у 36 больных, гипоацидность (при рН в диапазоне от 2,1 до 6,0) наблюдалась у 3 пациентов и анацидное состояние (при рН свыше 6,0) нами не было выявлено. При проведении изучения связи клинических особенностей РА и интрагастральной кислотности были получены следующие результаты. (табл. 2)

Таблица 2. Клинические особенности РА и уровень минимальной интрагастральной кислотности (n=40)

Клинические особенности РА	Коэффициент корреляции, r	P
Возраст больных	0,503	<0,001
Длительность болезни	0,231	>0,05
Индекс тяжести (в баллах)	0,363	<0,05
Индекс активности (в баллах)	0,198	>0,05

Наблюдалась значимая прямая корреляция слабой степени выраженности между величиной минимальной интрагастральной кислотности (в единицах) и индексом тяжести РА ($r=0,363$; $p=0,022$). Мы выявили значимую прямую корреляцию средней степени выраженности

ти между величиной минимальной интрагастральной кислотности и возрастом обследованных нами больных ($r=0,503$; $p=0,0001$). При этом наблюдалась значимая обратная корреляция между длительностью времени закисления (в минутах) и возрастом больных РА ($r=-0,355$; $p=0,025$). При изучении связи показателя времени закисления в теле желудка и наличием РФ в сыворотке крови у больных РА нами была выявлена достоверная прямая корреляция слабой степени выраженности между длительностью времени закисления (в минутах) и серопозитивностью по РФ ($r=0,352$; $p=0,027$). Таким образом, удлинение времени закисления (в минутах) у больных РА было значимо связано с уровнем РФ в сыворотке крови и с более молодым возрастом больных РА. Корреляция длительности времени закисления (в минутах) со стадией заболевания, индексом активности и индексом тяжести РА отсутствовала, мы не выявили достоверных различий уровня интрагастральной кислотности у серопозитивных и серонегативных по РФ больных РА. Были выявлены достоверные различия периода времени с рН менее 1,5 ед. и времени закисления в обеих группах обследованных нами пациентов: период времени закисления был достоверно больше у больных с серопозитивным вариантом РА. Достоверные различия периода времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормацидность) у больных обеих групп нами обнаружены не были. Корреляция величины минимальной кислотности в теле желудка и титром РФ у больных РА также отсутствовала ($r=-0,291$; $p>0,05$). При исследовании связи показателей интрагастральной кислотности и пола больных РА мы получили следующие результаты (табл. 3).

Таблица 3. Показатели интрагастральной кислотности и пол больных РА (n=40) ($X \pm \delta$)

Показатель рН-граммы (тело желудка) ($X \pm \delta$)	Мужчины (n=18)	Женщины (n=22)	p
Минимальное значение рН (ед.)	0,927 $\pm$ 0,795	1,186 $\pm$ 0,941	> 0,05
Время закисления (минуты)	621,7 $\pm$ 478,8	362,2 $\pm$ 329,1	= 0,05

Время закисления было значимо ($p=0,05$) больше у больных РА мужского пола и была выявлена тенденция к увеличению уровня минимальной кислотности у мужчин, страдающих РА. Таким образом, повышение величины минимальной кислотности у больных РА было значимо связано с такими показателями, как увеличение возраста больных РА и индекса тяжести РА. Отсутствовала корреляция уровня минимального рН в теле желудка со стадией заболевания, индексом активности РА и серопозитивностью. Нами была отмечена тенденция к увеличению уровня минимального значения рН и удлинению времени закисления в теле желудка в средней возрастной группе в возрасте больных от 31 до 59 лет. Период времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормацидность) был более длительным у больных средней возрастной группы от 31 до 59 лет. Была выявлена тенденция к увеличению показателей интрагастральной кислотности у больных со среднетяжелым и тяжелым РА. В группе обследованных нами больных – 18 пациентов постоянно принимали ГКС. Мы исследовали связь секреции соляной кислоты и терапией ГКС и различными группами НПВС доз приема антисекреторных препаратов. При этом не было получено различий величины кислотопродукции у больных со стероидозависимостью и без неё. Но была выявлена тенденция к увеличению периода времени с рН < 1,5 ед. и времени закисления у больных без стероидозависимости. Из 40 обследованных больных РА – 27 принимали селективные НПВС и 13 пациентов использовали группу неселективных НПВС. При оценке полученных результатов мы не получили достоверных различий величины кислотопродукции у больных РА, принимающих селективные и неселективные НПВС, хотя была выявлена тенденция к увеличению периода времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормацидность) у пациентов, принимающих препараты из группы селективных НПВС. Нами не получено также достоверных различий показателей интрагастральной кислотности у больных с хеликобактерной инфекцией и без неё. Хотя период времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормацидность) был больше у больных с хеликобактерной инфекцией. Также нами было выявлено удлинение времени закисления у больных с наличием хеликобактериоза. Нами также не было получено достоверной корреляции величины минимальной кислотности в теле желудка и титров АТ к НР ($r=-0,002$; $p>0,05$) и времени закисления в теле желудка и хеликобактерной инфекцией ($r=0,029$; $p>0,05$). Таким образом, уровень интрагастральной кислотности у больных РА не зависела от наличия НР. У 18 (52,9%) больных были выявлены эрозивно-воспалительные изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) при эндоскопическом исследовании. При этом различия кислотопродукции у больных с эрозивно-язвенными изменениями СОЖ и у пациентов без эндоскопических изменений СОЖ, отсутствовали. Отмечена тенденция к увеличению периода времени с рН менее 1,5 ед у больных с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ, а также данные пациенты имели более длительный период закисления, но диапазон времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормацидность) у больных РА с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ был более продолжительным, хотя достоверные различия его в обеих группах отсутствовали. Для изучения влияния антисекреторных препаратов на интрагастральную кислотность мы проводили сравнение показателей кислотопродукции желудка у больных РА за 5 дней до и после приема антисекреторного препарата –ингибитора протонной помпы ИПП омепразола. Мы назначали омепрозол в дозе 20 мг/день при отсутствии клинических проявлений синдрома диспепсии и выявлении только функциональных нарушений по данным рН-метрии, омепрозол 20 мг – 2 раза в день получали пациенты при выявлении клинических и эндоскопических признаков поражения желудка и пищевода. При выявлении функциональных, клинических, эндоскопических признаков эрозивно-язвенного поражения и выявлении *Helicobacter pylori* – проводили эрадикационную терапию (омепрозол 20 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день. Курс лечения – 10 дней). При изучении интрагастральной кислотности у больных РА после приема антисекреторных препаратов ИПП нами были получены следующие результаты (табл. 4).

Как видно из таблицы, на фоне приема омепразола

Таблица 4. Динамика базальной интрагастральной кислотности (в теле желудка) у больных РА при приеме ингибитора протонной помпы.

Показатель рН-граммы (тело желудка)	До приема омепразола		После приема омепразола	
	Количество наблюдений	Среднее значение	Количество наблюдений	Среднее значение
рН менее 1,5 ед.	36 (90%)	0,822 $\pm$ 0,375	28 (70%)	1,079 $\pm$ 0,388
рН в диапазоне от 1,6 до 2,0 ед.	1 (2,5%)	1,8 $\pm$ 0,0	1 (2,5%)	1,9 $\pm$ 0,0
рН в диапазоне от 2,1 до 6,0 ед.	3 (7,5%)	3,8 $\pm$ 0,000	11 (27,5%)	3,182 $\pm$ 0,856

при повторной рН - метрии число случаев нормальной кислотопродукции (при рН в диапазоне от 1,6 до 2,0 ед.) не изменилась. Частота гиперацидных состояний (при рН менее 1,5) уменьшилось на 20 %, а частота гипоацидности увеличилась почти в 4 раза. При изучении показателей рН-граммы у больных РА до и после антисекреторной терапии ИПП были получены следующие результаты (табл. 5).

Таблица 5. Динамика показателей рН-граммы у больных РА до и после антисекреторной терапии ИПП. (n=40)

Показатель рН-граммы (тело желудка)	До приёма ИПП	На фоне приёма ИПП	P1,2
Минимальное значение рН (ед.)	1,07±0,877	1,677±1,091	<0,001
Максимальное значение рН (ед.)	7,76±0,819	7,9±0,634	>0,05
Среднее значение рН (ед.)	4,318±1,352	5,61±0,754	<0,001
Время с рН < 1,5	284,4±308,3	24,84±57,16	<0,001
% времени с рН < 1,5	19,95±21,53	1,725±4,032	<0,001
Время с рН в диапазоне от 1,6 до 2,0	166,7 ± 148,1	37,29 ± 72,15	<0,001
% времени с рН в диапазоне от 1,6 до 2,0	12,27 ± 10,99	2,575 ± 4,997	<0,001
Время закисления (минуты)	479,0 ± 418,8	61,39 ± 98,72	<0,001

Приём ИПП способствовал значительному снижению интрагастральной кислотности и увеличению времени нормацидности (при рН от 1,6 до 2,0 ед.), а также значительно уменьшал период времени закисления до уровня нормальных показателей, что соответствует результатам исследований полученных другими авторами (таб. 4).

Таким образом, нами была выявлена высокая частота нарушений кислотопродуцирующей функции желудка у больных РА имеющих синдром диспепсии, что соответствует данным литературы [4,7]. При этом мы не обнаружили достоверных различий кислотопродуцирующей функции желудка в зависимости от хеликобактерной инфекции и стероидозависимости, что указывает на недоказанность данного фактора риска в развитии гастропатий у больных РА [4.]. Выявлена значимая ассоциация повышения

внутрижелудочной кислотности у пациентов мужского пола. Нами была выявлена тенденция к увеличению кислотопродукции у больных РА, предъявляющих жалобы со стороны верхних отделов ЖКТ и у пациентов с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ, а также удлинение времени закисления у пациентов с хеликобактериозом, без стероидозависимости с эндоскопическими изменениями СОЖ, а так же с уровнем РФ в сыворотке крови и с более молодым возрастом больных РА. Прием ИПП приводит к нормализации или улучшению показателей интрагастральной кислотности у больных РА с диспепсией и эрозивно-воспалительными изменениями верхних отделов ЖКТ, что согласуется с принципами терапии основных кислотозависимых состояний [2]. Результаты проведенного исследования указывают на высокую частоту и актуальность своевременной диагностики и лечения патологии со стороны верхних отделов ЖКТ у больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтапова Н.В. Роль *Helicobacter pylori* в развитии гастропатий у больных ревматоидным артритом на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидов. Автореф. дис. к.м.н. – М. 2000. – 22 с.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Перспективы применения блокаторов протонного насоса в гастроэнтерологии. // Болезни органов пищеварения. – 2001. Т. 3 №1. – С. 3-6.
3. Каратеев А.Е., В.А. Насонова, Муравьев Ю.В. Оценка влияния глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов на развитие эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у больных с ревматическими заболеваниями // Тер. арх. – 1999, №2. – С. 26-30.
4. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Неязвенная диспепсия, ассоциированная с приемом НПВП: возможность применения антацидных препаратов. Научно-практическая ревматология, №2. – 2003. – С.28-30
5. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. Поражения желудка, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Клини. мед. – 2003. №3-4. С. 4-9
6. Яковенко А.В. pH-метрия в клинической практике. Учебно-методическое пособие. – М. 2001. – 35 с.
7. Brun J., Jones R. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated dyspepsia: the scale of the problem // Am. J. Med. – 2001. – Vol. 110. – P. 12-13.

ACID-FORMING FUNCTION OF A STOMACH IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

B.F. Nemtsov, O.A. Vjaznikova
(Kirov State Medical Academy, Russia)

In 40 patients with reliable RA there has been conducted the investigations of acid-forming function of stomach and the relation with clinical features of the disease, the therapy conducted and the presence of helicobacter infection. Acid-forming function was studied by the method of 24-hour pH-metry. There has been shown the higher frequency of disturbances of acid-producing function of stomach in the patients with RA. The results of investigation showed the high frequency and actuality of timely diagnostics and pathology treatment on the part of higher sections of gastrointestinal tract in the patients with rheumatoid arthritis.

© КОЧЕРОВА Т.Ю., ОТТЕВА Э.Н. – 2007

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ИНДЕКС АКТИВНОСТИ

Т.Ю. Кочерова, Э.Н. Оттева

(ГУЗ Хабаровская краевая клиническая больница №1 им. профессора С.И. Сергеева,
гл. врач – С.С. Пудовиков, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения,
г. Хабаровск, ректор – д.м.н., проф. С.Ш. Сулейманов)

Резюме. С целью оценки активности ревматической полимиалгии (РП) по упрощенному индексу активности (ИАРП) на базе ревматологического отделения ККБ № 1 пролечено 76 больных с достоверным диагнозом РП, изучена клиническая картина и дана оценка активности болезни по ИАР, а также определено влияние глюкокортикоидов на показатели индекса. У всех больных с достоверным диагнозом РП при поступлении наблюдался высокий индекс активности заболевания ($32,8 \pm 0,8$). Через 3 недели ИАРП на фоне глюкокортикостероидами терапии достоверно снижался. Частота развития рецидивов РП коррелировала с отсутствием ремиссии РП при снижении доз преднизолона. Заключение: таким образом, зная клинику и течение РП, несложно поставить диагноз данного заболевания, однако для адекватного ведения больных необходимо оценивать степень активности болезни, во время мониторинга, при снижении дозы и отмене преднизолона.

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, диагностические критерии, индекс активности ревматической полимиалгии, рецидивы, ремиссия.