

ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Немцов Б.Ф., Вязникова О.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрав»

Диспептический синдром и патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявляется у 15-60% больных ревматоидным артритом. 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.

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

Исследование проводилось у 40 больных достоверным РА, средний возраст — $50,17 \pm 9,6$ лет, стаж болезни — 7,8 лет. Большинство больных (33) были серопозитивные по РФ, с III степенью активности — 38 (95%) и тяжёлым 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). 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.

При изучении базальной интрагастральной кислотности у больных РА до приема антисекреторных препаратов нами были получены следующие результаты: 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) — у 36 больных, среднее значение рН в этой группе составило $0,822 \pm 0,35$, 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. Наблюда-

лась достоверная прямая корреляция слабой степени выраженности между величиной минимальной интрагастральной кислотности (в единицах) и индексом тяжести РА ($r = 0,363$; $p = 0,022$). Мы выявили достоверную прямую корреляцию средней степени выраженности между величиной минимальной интрагастральной кислотности и возрастом обследованных нами больных ($r = 0,503$; $p = 0,0001$). При этом наблюдалась достоверная 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 достоверно связано с уровнем РФ в сыворотке крови и с более молодым возрастом больных РА.

Корреляция длительности времени закисления (в минутах) со стажем 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. (нормоцидность) у больных обеих групп нами обнаружены не были. Время закисления было достоверно ($p = 0,05$) 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 достоверно связано с такими показателями, как увеличение возраста больных РА и индекса тяжести РА. Отсутствовала корреляция уровня минимальной рН в теле желудка со стажем 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. (нормоцидность) был более длительным у больных средней возрастной группы от 31 до 59 лет. При исследовании связи секреции соляной кислоты и терапии ГКС и различными группами НПВС были получены следующие результаты. Не было получено различий величины кислотопродукции у больных со стероидозависимостью и без неё. Но была выяв-

лена тенденция к увеличению периода времени с $\text{pH} < 1,5$ ед. и времени закисления у больных без стероидозависимости. Из 40 обследованных 27 принимали селективные НПВС и 13 пациентов использовали группу неселективных НПВС. При оценки 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 pH 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 pH 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 pH менее 1,5 ед. у больных с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ, а также данные пациенты имели более длительный период закисления, но диапазон времени с pH от 1,6 до 2,0 ед. (нормацидность) у больных РА с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ был более продолжительный, хотя достоверные различия его в обеих группах отсутствовали. Таким образом, нами была выявлена высокая частота нарушений кислотопродуцирующей функции желудка у больных РА имеющих синдром диспепсии, что соответствует данным литературы. 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. Выявлена достоверная 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.. Результаты проведенного исследования указывают на высокую частоту и актуальность своевременной диагностики и лечения патологии со стороны верхних отделов ЖКТ у больных РА.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЛОКАДЫ В СИСТЕМЕ ПУЧКА ГИСА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Никулина Н.Н., Якушин С.С., Кречетова М.В., Калинина Л.П., Зайцева Н.В.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Оценивали 30-дневный прогноз больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) при различных типах нарушения внутрижелудочковой проводимости.

Обследовано 419 больных (из них 60,6% мужчин), госпитализированных в стационар Рязанского областного клинического кардиологического диспансера с диагнозом ОИМ (независимо от объема некроза миокарда и локализации поражения).

У 198 человек (47,3%) не наблюдалось никаких нарушений проводимости в системе пучка Гиса (ПГ) — в дальнейшем это группа контроля, у 152 пациентов (36,3%) — блокада левой ножки ПГ (БЛНПГ), у 69 (16,5%) — блокада правой ножки ПГ (БПНПГ). Доля впервые возникших нарушений внутрижелудочковой проводимости составила 34,72% среди БЛНПГ и 27,54% — среди БПНПГ.

Отсутствие нарушений проведения сердечного импульса в системе ПГ соответствовало более молодому возрасту — $61,4 \pm 7,1$ лет, тогда как лица с БЛНПГ практически на 10 лет старше ($70,9 \pm 6,5$ лет). Средний возраст больных с БПНПГ — $66,8 \pm 5,8$ лет. Частота перенесенного инсульта незначительно ($p > 0,05$) варьировала в группах:

2,53—2,82%. Артериальная гипертензия встречалась у 9 из 10 больных, сахарный диабет — у каждого пятого пациента независимо от состояния проводимости в системе ПГ.

Предшествующий инфаркт миокарда достоверно чаще ($p < 0,01$) выявлялся у лиц с полной БЛНПГ (51,2%), тогда как в группе с БПНПГ его частота (33,8%) была сравнима с таковой у пациентов без нарушений внутрижелудочковой проводимости (31,8%).

Пиковая концентрация МВ-фракции креатинфосфокиназы в группе контроля минимальна ($59,6 \pm 4,2$ Е/л, при норме до 24 Е/л), несколько выше у лиц с БПНПГ ($90,7 \pm 6,3$ Е/л, $p > 0,05$) и при полной БЛНПГ ($110,4 \pm 11,6$ Е/л, $p > 0,05$).

Частота фибрилляции предсердий в группе контроля — 7,1%, при полной БЛНПГ — 13,4%, БПНПГ — 16,9%. Фибрилляция желудочков осложняла течение ОИМ без нарушений внутрижелудочковой проводимости лишь в 1,01% случаев, тогда как при БЛНПГ — в 2,44%, БПНПГ — в 8,45%. Кардиогенный шок — соответственно у 0; 6,1; 7,0% пациентов. Сердечная астма и отек лег-