

ЭНТЕРОПАТИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА

Кулеш Л.Д., Варнакова Г.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Введение. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются основными средствами лечения первичного остеоартрита (ПОА). Пациенты пользуются ими зачастую длительно и бесконтрольно. Одна из важнейших проблем, связанных с применениями НПВП – их повреждающее действие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). И если термин НПВП-гастропатии известен с 1986 г., то к проблеме хронического воспаления тонкого кишечника при приеме этих препаратов внимание исследователей стало возрастать в последние годы.

Диарея – достаточно частый нежелательный симптом НПВП-энтеропатии, существенно влияющий на качество жизни пациентов и требующий медикаментозной коррекции. При этом патогенез НПВП ассоциированной диареи может быть связан с воспалением и повышением проницаемости тонкого кишечника (ТК) – экссудативная, осмотическая, обусловленная потерей белка диарея. Потеря белка, связанная с хроническим воспалением ТК и повышением проницаемости слизистой оболочки, приводит к развитию диспротеинемических изменений, в частности, гипоальбуминемии. При этом повышение проницаемости кишечной стенки рассматривается как важный фактор хронической кишечной кровопотери и развития железодефицитной анемии при отсутствии определяемых при ФГДС и колоноскопии эрозивно-язвенных изменений в верхних и нижних отделах ЖКТ, и положительного результата результата корректно выполненного анализа кала на скрытую кровь.

Ввиду ограниченных возможностей диагностики патологии ТК для выявления НПВП-энтеропатии рекомендуется исследовать в динамике показатели красной крови, уровень общего белка и альбумина и корректно проводить анализ кала на скрытую кровь, при исключении эндоскопических признаков поражения желудка и толстого кишечника.

Цель исследования: оценить наличие проявлений энтеропатии у пациентов с ПОА при лечении диклофенаком и артрофооном.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 2 группы пациентов. Первая группа – 12 пациентов с ПОА II ст. (женщин в возрасте 45-56 лет). Длительность заболевания составила от 5 до 8 лет. В периоды обострений пациенты самостоятельно длительно в течение 4-6 недель принимали диклофенак в дозе 100-150 мг в сутки вместе с блокаторами протонной помпы (омепразол, лансопрозол) для защиты слизистой желудка. Из клинических проявлений со стороны ЖКТ у них отмечалось развитие диареи до трех раз в сутки. Другой симптоматики не было. Вторую группу

составили 9 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту и клиническим проявлениям ПОА, которые длительно, от 3 до 6 мес., лечились антицитокиновым препаратом – артрофооном – в дозе от 8 до 4 таблеток в сутки. Жалоб на патологию ЖКТ у них не отмечалось.

Патологию гастродуоденальной зоны исключали с помощью эндоскопического исследования, а поражение кишечника – колоноскопически. Для подтверждения НПВП-энтеропатии исследовали уровень эритроцитов, гемоглобина, гематокрит, общий белок и альбумин, содержание сывороточного железа, а также выполняли анализ кала на скрытую кровь.

Результаты и их обсуждение. В первой группе средние значения эритроцитов составили $3,62 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобина – 107 г/л, гематокрита – 0,35, общего белка – 61 г/л, альбумина – 35 г/л, уровень сывороточного железа – 9,7 ммоль/л. При этом у 9 из 12 пациентов реакция кала на скрытую кровь была положительная.

Во второй группе обследованных изменений в общем анализе крови в белковом спектре, уровне сывороточного железа не было, а в анализах кала скрытая кровь не выявлялась.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что длительный прием неселективных НПВП (диклофенака) приводит к развитию энтеропатии, что, вероятно, может быть связано со снижением синтеза простагландинов энтероцитами и повышенной кишечной экскрецией фактора некроза опухоли – альфа у пациентов, принимавших НПВП, и увеличением проницаемости тонкого кишечника (Каратаев А.Ч. и соавт., 2004 г.). В группе пациентов, получавших артрофоон, признаки энтеропатии не выявлены, т.к. препарат содержит аффинно очищенные антитела к фактору некроза опухоли – альфа и обладает способностью продуцировать противовоспалительные цитокины.

Выводы:

1. Прием неселективных НПВП (диклофенак) может вызывать хроническое воспаление слизистой тонкой кишки, приводящее к потере белка и железодефицитной анемии.

2. Представляется целесообразным исследование показателей красной крови, белкового спектра, уровня сывороточного железа и корректно выполненного анализа кала на скрытую кровь у пациентов, длительно принимающих НПВП для своевременной диагностики энтеропатии.

3. Использование для лечения ПОА антицитокинового препарата артрофоон безопасно для слизистой ЖКТ и предупреждает НПВП-индуцированную энтеропатию.

Литература:

1. Насонова, В.А., Муравьев, Ю.В., Каратеев, А.Е. Влияние нестероидных противовоспалительных препаратов на развитие эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у больных с ревматическими заболеваниями / В.А. Насонова, Ю.В. Муравьев, А.Е. Каратеев // Терапевтический архив. 1999. – №2. – С. 26-30.
2. Каратеев, А.Е., Насонова, В.А. Энтеропатия, индуцированная нестероидными

УДК 616/127-005.8-085.273.52.065+616.329-002-02-06]-071.1

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСНИКА GERDQ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ПРЕПАРАТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Левкович Т.В., Пронько Т.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Введение. В последние десятилетия гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) стала одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта [1]. В связи с ограниченными возможностями для точной диагностики ГЭРБ (суточная рН-метрия, эндоскопия) международные руководства рекомендуют выявлять ГЭРБ, основываясь на клинической картине заболевания. В мировой практике используется такой метод диагностики ГЭРБ, как шкала GerdQ. Шкала GerdQ – международный стандартизованный вопросник, который заполняется пациентом и состоит из 6 вопросов [2]. Он включает следующие показатели: изжога и регургитация (группа А) – свидетельствуют в пользу диагноза ГЭРБ; тошнота и эпигастральная боль (группа В) – проявления, ставящие диагноз ГЭРБ под сомнение; нарушение сна и прием дополнительных медикаментов (группа С) – вопросы о влиянии заболевания на качество жизни и свидетельствующие в пользу ГЭРБ. Каждый из 6 пунктов шкалы оценивается от 0 до 3 баллов, при этом для симптомов, характерных для ГЭРБ: 0 – это отсутствие симптома, 3 – его возникновение 4-7 раз в неделю, и, наоборот, для проявлений, малохарактерных для ГЭРБ (тошнота и эпигастральная боль): 3 – полное отсутствие симптомов, 0 – его появление в течение 4-7 дней в неделю. Максимально возможная сумма баллов по шкале GerdQ составляет 18 [3]. Согласно рекомендациям, при получении общего балла 8 и выше пациенту рекомендовано обратиться к гастроэнтерологу, так как более чем у 80% лиц, набравших 8 и более баллов по опроснику GerdQ, диагностируется ГЭРБ [3, 4].

Цель исследования: провести анкетирование с помощью опросника GerdQ среди пациентов с ИБС, принимавших на амбулаторном этапе препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК).

Материалы и методы. Нами были проанкетированы 58 пациентов с различными формами ИБС (ССН ФК I-III, постинфарктным кардиосклерозом) терапевтического и кардиологического отделений УЗ «ГОКБ реабилитации» с помощью шкалы GerdQ. Средний возраст анкетированных составил $64,83 \pm 12,33$ лет (от 36 до 87 лет), из них было 36 (62%) женщин и 22 (38%) мужчины. Все опрошенные пациенты принимали