

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-09>

Клинико-эндоскопические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с ревматологической патологией

М. Денисов¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Якушин^{1, 3},
Е. Сарычева², доктор медицинских наук, профессор,
Н. Аксенов¹

¹Новосибирский национальный исследовательский государственный университет

²Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

³ООО «Центр семейной медицины», Новосибирск

E-mail: m.denisov@g.nsu.ru

Обследованы 36 пациентов с ревматическими заболеваниями. Клинические признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни выявлены в 69,4% случаев, у 52,8% пациентов течение болезни было типичным, у 16,7% – атипичным. У 61,1% отсутствовала гастропротективная терапия, направленная на нивелирование симптомов или профилактику болезни; у 86,1% выявлены эндоскопические изменения слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта, у 13,9% диагностирован рефлюкс-эзофагит.

Ключевые слова: гастроэнтерология, ревматические болезни, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Для цитирования: Денисов М., Якушин А., Сарычева Е. и др. Клинико-эндоскопические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с ревматологической патологией // Врач. – 2019; 30 (5): 50–53. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-09>

Предрасположенность к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов ревматологического профиля неоспорима. Доказано, что у страдающих ревматоидным артритом (РА) выявляемость ГЭРБ существенно выше, чем в общей популяции [1]. При столь значимой заболеваемости механизм возникновения ГЭРБ у больных РА исследован недостаточно.

Доминирует точка зрения, согласно которой лекарственные препараты, применяемые пациентами с ревматическими заболеваниями (РЗ), являются фактором эрозивно-язвенного поражения верхнего отдела пищеварительного тракта [2]. Показана прямая корреляция между приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и выраженностью рефлюкс-эзофагита [3]. Другие исследования свидетельствуют

об обратном: корреляции между приемом НПВП и возникновением ГЭРБ у таких больных не обнаружено [2, 5]. Скорее всего, эти результаты связаны с приемом пациентами в рамках исследования так называемых безопасных НПВП (ацеклофенак, мелоксикам, нимесулид и др.), связь которых с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) расценивается как слабая [6]. В то же время применение цитотоксических препаратов и глюкокортикостероидов не ассоциируется с частотой эрозивного эзофагита у пациентов с РА [4].

Согласно данным литературы, спектр возможных причин развития и особенностей клинического течения ГЭРБ у пациентов с РЗ довольно широк. К сожалению, осторожность врачей, курирующих таких больных, не всегда достаточна: не проводятся скрининг признаков ГЭРБ в ходе первичной патогенетической терапии, не выполняется соответствующая гастропротективная коррекция. Кроме того, у пациентов клинически доминируют специфические болевые ощущения, связанные с основным заболеванием, что нивелирует восприятие расстройств, обусловленных сопутствующей патологией ЖКТ, в частности ГЭРБ.

Авторами изучены особенности клинической и эндоскопической характеристики ГЭРБ у пациентов с РЗ, длительное время получающих патогенетическую терапию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В условиях специализированного стационара обследованы 36 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст — $44,5 \pm 10,3$ года); по полу больные распределены равномерно. В исследование включили лиц, у которых лекарственная терапия (НПВП) в связи с основным заболеванием осуществлялась >6 мес. В исследование не включали лиц с онкологическими заболеваниями, хирургическими вмешательствами на органах ЖКТ в анамнезе, ожирением, сахарным диабетом типов 1 и 2, курящих, страдающих алкоголизмом и наркоманией.

В результате клинико-лабораторного обследования, принятого в ревматологической практике, диагностированы следующие заболевания: РА — у 17 (47,2%) больных, системная красная волчанка — у 9 (25,0%), подагра средней степени тяжести — у 5 (13,9%), другие диффузные заболевания соединительной ткани — у 5 (13,9%). Все пациенты обследованы в период обострения заболевания; длительность основного заболевания составила $8,8 \pm 5,0$ года, продолжительность патогенетической терапии — $5,7 \pm 1,7$ года.

Целенаправленное гастроэнтерологическое обследование проводилось по инициативе лечащего врача в 3 этапа. На 1-м этапе, вскоре после поступления в стационар, осуществлялось скрининговое анкетирование пациентов по опроснику GerdQ для выявления признаков ГЭРБ [7]. На 2-м этапе проводились постскрининговый анализ полученных данных и тщатель-

ный гастроэнтерологический распрос для выявления типичной и атипичной симптоматики ГЭРБ. Одновременно с анкетированием анализировали лекарственный анамнез за последние 5 лет течения основной патологии. На 3-м этапе у всех 36 обследованных путем эндоскопии изучали верхний отдел пищеварительного тракта с осмотром пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании без использования персональных данных. Для статистической обработки результатов применяли стандартный параметрический анализ с определением частоты признаков.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Опросник GerdQ самостоятельно заполнял каждый пациент. Анкета состоит из 6 простых вопросов, объединенных в 3 группы (по 2 вопроса в каждой). Вопросы группы А уточняют наличие симптомов, однозначно свидетельствующих в пользу ГЭРБ — изжога и регургитация. В группе В названы симптомы, появление которых ставит под сомнение наличие ГЭРБ, — тошнота и боли в эпигастрии. Вопросы группы С уточняют влияние возможного заболевания на качество жизни (изменение характера сна и прием дополнительных медикаментов для устранения навязчивых симптомов). Число баллов, которые суммарно может набрать пациент, колеблется от 0 (патология отсутствует) до 12 (патология значима). Средняя сумма баллов у больных с РЗ составила $6,4 \pm 1,0$ балла. Этот средний показатель не может быть адекватно оценен, так как не учитывает индивидуальные ответы обследованных. В соответствии с методикой анкетирования по GerdQ выявлены 6 (16,7%) из 36 человек, которые в ходе опроса дали положительные ответы на вопросы соответствующей части опросника и получили в сумме ≥ 8 баллов [7]. Этот показатель сравнили с результатами обследования относительно здоровых лиц — 253 студентов одного из российских вузов; из них у 14,6% отмечены симптомы ГЭРБ (>8 баллов) [8], т.е. различия между ними и нашими пациентами по частоте клинической симптоматики ГЭРБ установить не удалось.

Обследованные нами пациенты в 41,7 % случаев указывали на типичные признаки течения ГЭРБ (изжога, отрыжка, дисфагия); в то же время у относительно здоровых студентов [8] аналогичный показатель оказался идентичным — на изжогу указали 40,1% ($p > 0,05$).

Мы считаем, что полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с РЗ должным образом не ощущают или, судя по результатам опроса, недооценивают гастроэнтерологические симптомы. Очевидно, это связано с доминированием специфических болевых жалоб, обусловленных РЗ. Опросник GerdQ не предназначен для полной характеристики специфической симптоматики и диагностики; он носит лишь скрининговый характер.

Поэтому на 2-м этапе исследования был проведен тщательный гастроэнтерологический опрос всех 36 пациентов; лечащий врач задавал дополнительные вопросы, устанавливал микросимптоматику и уточнял неважные с точки зрения пациента симптомы. В ходе расспроса клиническая картина значимо уточнялась, выделены 2 характеристики течения ГЭРБ. У 19 (52,8%) человек выявлены моно- или полисимптомы типичного течения ГЭРБ – изжога, отрыжка, дисфагия. Следовательно, по сравнению с данными, полученными с помощью опросника GerdQ, лиц с РЗ, страдающих ГЭРБ, при активном расспросе оказалось в 3 раза больше.

Симптомы атипичного течения ГЭРБ в ходе расспроса установлены у 6 (16,7%) пациентов. У них наиболее часто (у 66,7%) выявлялись признаки абдоминального синдрома – эпизодические боли в животе, за грудиной и в подложечной области, причем все эти больные не обращали внимания на указанные симптомы, так как боли в области суставов, позвоночника у них доминировали и нивелировали абдоминальный синдром.

Некоторые пациенты вообще считали подобные боли в животе совершенно нормальным явлением. У половины лиц с атипичным течением ГЭРБ вскоре после еды или в положении лежа наблюдались боли в левой половине грудной клетки, которые проходили при перемене положения или вставании. Эти признаки расценены нами как кардиальный синдром ГЭРБ (дополнительные кардиологические исследования проведены в полном объеме, их результаты не приводятся в статье). У каждого 2-го из этих 6 пациентов с атипичной клинической картиной выявлялись признаки рецидивирующей ЛОР-патологии: заложенность и «стреляние» в ухе из-за отека евстахиевой трубы; неприятные болевые ощущения в области миндалин и задней стенки глотки; частые, с точки зрения пациентов, простудные заболевания без температурной реакции; 2 (33,3%) пациента жаловались на сухость во рту, «застывание» пищи в горле, желание запить сухость, попытки «почесать горло». Эти двое мужчин не понимали значения слова «изжога», не могли ее описать. Отметим, что в большинстве (83,3%) случаев синдромы атипичного течения ГЭРБ сочетались.

Таким образом, у 25 (69,4%) обследованных с РЗ диагностировано характерное типичное и атипичное течение ГЭРБ – соответственно у 19 (52,8%) и 6 (16,7%).

Оценка лекарственного анамнеза позволила выявить следующее. По поводу РЗ 38,9% пациентов достаточно длительно (>3 мес) получали неселективные НПВП: ибупрофен, салицилаты и др. Следует отметить, что эти препараты порой использовались пациентами эпизодически или в порядке самолечения «при болях в суставах». Ни в одном случае должного контроля гастроэнтерологической симптоматики не осуществлялось.

В 69,4% случаев после консультации ревматолога обследованные принимали селективные НПВП, причем в ряде случаев эпизодический прием неселективных и селективных препаратов сочетался без должного врачебного контроля. Пероральная краткосрочная глюкокортикостероидная терапия в связи с тяжестью заболевания использовалась у 52,8% пациентов.

Выявлено, что гастропротективные меры (антисекреторные и обволакивающие средства) при приеме НПВП и стероидных гормонов применялись только в 38,9% случаев, т.е. специфические препараты обследованным назначали на длительные сроки, не во всех случаях – дифференцированно или же пациенты занимались самолечением; у 61,1% лиц с РЗ должные меры защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не применялись и контроль за секрецией не проводился.

Все пациенты после информированного получения согласия на участие в исследовании были эндоскопически обследованы с осмотром слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта. Применялась стандартная методика осмотра без гистологического подтверждения выявленных визуальных изменений.

Только у 5 (13,9%) из 36 пациентов не выявлено патологических изменений слизистой оболочки и сфинктерных структур верхнего отдела пищеварительного тракта. Это – молодые люди; ревматологический стаж не превышал у них 1,5–2,0 года; всем назначали селективные НПВП; стационарное обследование заключалось в уточняющих диагностических процедурах. Этим больным даны рекомендации по улучшению режима и рациона, назначено ежегодное тестирование по GerdQ.

У 31 (86,1%) пациента эндоскопическое обследование выявило изменения слизистой оболочки того или иного отдела пищеварительной системы. Так, при детализированном осмотре пищевода у 5 (13,9%) пациентов диагностированы признаки эзофагита; у 2 (40%) визуализировалась гиперемия нижней трети пищевода с четкими рефлюксными «языками пламени» без эрозий или язв, что классифицировано как изолированный поверхностный рефлюкс-эзофагит. В остальных 3 (60%) случаях наблюдали полное зияние кардии, пролабирание слизистой оболочки кардии, заброс желудочного содержимого вплоть до середины пищевода и выше. Во всех 3 случаях обнаруживались эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода, налет фибрина, у 1 пациента – язвенный дефект в нижней трети пищевода.

У всех 3 пациентов с выраженным поражением пищевода на 1-м и 2-м этапах исследования в ходе расспроса диагностировано типичное клиническое течение ГЭРБ. У 1 мужчины с рефлюкс-эзофагитом изжога была столь выраженной, что значительно нарушала ночной сон вплоть до бессонницы; у другого пациента симптоматика ГЭРБ характеризовалась

атипичным течением с преобладанием «сухого синдрома» с неприятными ощущениями в области задней стенки глотки, желанием «почесать горло» каким-либо предметом, еще у 1 пациента с эзофагитом вообще отсутствовала клиническая симптоматика, несмотря на то, что распрос осуществлялся весьма тщательно. Отметим, что только у 1 из 5 человек проводилась специфическая гастропротективная терапия. Сразу после обследования эта ошибка исправлена путем нутритивной коррекции, назначения ингибиторов протонной помпы и обволакивающих средств.

При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у 18 (50,0%) пациентов диагностировано изолированное поражение дистального отдела желудка – поверхностный антральный гастрит. В половине случаев при эндоскопическом обследовании у них обнаружен заброс желчи в желудок. У 1 пациентки патология желудка сочеталась с поверхностным эзофагитом. В большинстве случаев больные предъявляли жалобы на эпизодические боли в животе, тошноту, дискомфорт после приема пищи. Этим пациентам показана антисекреторная и прокинотическая терапия.

Значимые сочетанные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки диагностированы у 13 (36,1%) обследованных. Поражение слизистой оболочки желудка характеризовалось тотальным поверхностным (38,5%) или поверхностно-эрозивным (61,5%) патологическим процессом. В двенадцатиперстной кишке выявлен поверхностный дуоденит. Тотальное поражение пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки диагностировано в 4 случаях. Этим пациентам длительное время назначали специфическую лекарственную терапию, почти 1/3 пациентов считали самолечение неселективными НПВП «обычным делом». У всех них не применялась должная защита слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта и всем им требовалось тщательное гастроэнтерологическое наблюдение.

Таким образом, в ходе обследования 36 пациентов с РЗ клинические признаки ГЭРБ выявлены у 69,4%, из них у 52,8% – типичное, у 16,7% – атипичное течение заболевания. Оценка лекарственного анамнеза обнаружила у большинства пациентов (61,1%) отсутствие гастропротективной терапии, направленной на нивелирование симптомов или профилактику. Это свидетельствует о необходимости тщательного контроля таких пациентов со стороны как лечащего врача, так и гастроэнтерологов. Выявлены случаи самолечения неселективными НПВП. ЭГДС у большинства пациентов (86,1%) выявила патологию слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта. У 13,9% диагностирован рефлюкс-эзофагит, из них у 60,0% – типичного клинического течения, ГЭРБ, у 20,0% – атипичного, у 20,0% – отсутствие должной клинической симптоматики. Следовательно, клинико-инструментальное обследование лиц,

страдающих РЗ, с целью выявления ГЭРБ и иной патологии ЖКТ – обязательный компонент диагностического процесса.

* * *

Конфликт интересов не заявлен.

Литература/Reference

1. Miura Y., Fukuda K., Maeda T. et al. Gastroesophageal reflux disease in patients with rheumatoid arthritis // *Mod. Rheumatol.* – 2014; 24 (2): 291–5. DOI: 10.3109/14397595.2013.843749.
2. Nozaki Y., Kinoshita K., Ri J. et al. Estimation of the symptoms for GERD by GerdQ in the patients with rheumatic diseases // *Mod. Rheumatol.* – 2016; 26 (2): 265–70. DOI: 10.3109/14397595.2015.1077556.
3. Nampei A., Shi K., Ebina K. et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease symptoms and related factors in patients with rheumatoid arthritis // *J. Clin. Biochem. Nutr.* – 2013; 52 (2): 179–84. DOI: 10.3164/jcfn.12-83.
4. Бушневая И. Г., Шатихин А. И. Об особенностях сочетанного течения ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА у лиц пожилого и старческого возраста и вопросы терапии // *Биомедицина.* – 2011; 4: 62–4. [Bushneva I.G., Shatikhin A.I. On the singularities of the combined flow of gastroesophageal reflux disease with coronary heart disease, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease and rheumatoid arthritis in elderly and old age // *Biomeditsina.* – 2011; 4: 62–4 (In Russ)].
5. Каратеев А.Е., Movsisyan M.M., Ананьева Л.П. и др. Патология пищевода при системной склеродермии: данные клинико-эндоскопического обследования // *Научно-практическая ревматология.* – 2012; 50 (1): 54–9 [Karateev A.E., Movsisyan M.M., Ananyeva L.P. et al. Esophageal pathology in scleroderma systematica: clinical and endoscopic findings // *Rheumatology Science and Practice.* – 2012; 50 (1): 54–9 (In Russ)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2012-505>
6. Brune K., Patrignani P. New insights into the use of currently available non-steroidal anti-inflammatory drugs // *J. Pain. Res.* – 2015; 8: 105–18. DOI: 10.2147/JPR.S75160.
7. Кайбышева В.О., Кучерявый Ю.А., Трухманов А.С. и др. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *РЖГГК.* – 2013; 23 (5): 15–24 [Kaibysheva V.O., Kucheryavyy Yu.A., Trukhmanov A.S. et al. Results of multicenter observation study on application of international questionnaire GerdQ for diagnostics of gastroesophageal reflux disease // *RZhGGK.* – 2013; 23 (5): 15–24 (In Russ)].
8. Пшихачева Л.Р., Рабаданова А.А. Оценка распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у студентов с помощью опросника GerdQ // *Молодой ученый.* – 2016; 29 (2): 24–5 [Pshikhacheva L.R., Rabadanova A.A. Otsenka rasprostranennosti simptomov gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni u studentov s pomoshch'yu oprosnika GerdQ // *Molodoy uchenyy.* – 2016; 29 (2): 24–5 (In Russ)].

CLINICAL AND ENDOSCOPIC ASPECTS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASE

Professor M. Denisov¹, MD; A. Yakushin^{1,3}; Professor E. Sarycheva², MD; N. Aksenov¹

¹Novosibirsk National Research State University

²Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians, Branch, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education

³Center for Family Medicine, Novosibirsk

Thirty-six patients with rheumatic diseases were examined. Clinical signs of gastroesophageal reflux disease were detected in 69.4% of cases; the course of the disease was typical and atypical in 52.8 and 16.7% of patients, respectively. Gastroprotective therapy aimed at resolving the symptoms of the disease or preventing the latter was not performed in 61.1%; endoscopic changes in the mucous membrane of the upper digestive tract were detected in 86.1%, and reflux esophagitis was diagnosed in 13.9%.

Key words: gastroenterology, rheumatic diseases, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, gastroesophageal reflux disease.

For citation: Denisov M., Yakushin A., Sarycheva E. et al. Clinical and endoscopic aspects of gastroesophageal reflux disease in patients with rheumatic disease // *Vrach.* – 2019; 30 (5): 50–53. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-09>