

Clinical symptoms and quality of life myocardial infarction under the influence of hypoxia in a decompression chamber

A.D. Bulatova, D.I. Yakovlev, M.N. Bredikhina, A.B. Prokofiev

85 men with myocardial infarction in the period of scarring, have the dynamics of comparative clinical and quality of life under the influence of periodic barokamernoy hypoxia (experimental group) and rehabilitation (control group) was studied. It was found that among patients of the experimental group the clinical benefit was achieved in 91% patients. QOL in patients receiving aeropiezotherapy significantly improved immediately after completion of rehabilitation, which was not the case in the control group.

Key words: myocardial infarction, quality of life, hypoxia in a decompression chamber.

Об особенностях сочетанного течения ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА у лиц пожилого и старческого возраста и вопросы терапии

И.Г. Бушнева, А.И. Шатихин

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Контактная информация: Шатихин Андрей Ионович elmed@yandex.ru

Обследовано 2 группы больных ГЭРБ: 1-я группа – 58 больных в возрасте от 18-ти до 60-ти лет и 2-я группа – 72 больных в возрасте от 61-го до 88-и лет. Изучалась сочетанная ГЭРБ с ИБС (стабильная стенокардия I-й ФК), АГ 1-2-ой степени (класс. ВНОК, 2005), ХОБЛ и РА (ревматоидный артрит). Отмечена достоверная зависимость выраженности рефлюкс-эзофагита (по появлению изжоги) от принимаемых больными 2 группы лекарственных средств (ЛС) при сочетании с ИБС. АГ – от нитратов, β -блокаторов (ББ), блокаторов кальциевых каналов (БМКК); при сочетании с ХОБЛ – от препаратов группы теофиллина и в обеих группах от принимаемых при РА – НПВС. Больным ГЭРБ пожилого и старческого возраста показано назначение ингибитора протонной помпы – нольпаза (пантопразола) в дозе от 40 до 80 мг/с в течение до полугода.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пациенты пожилого возраста.

К пожилому и старческому возрасту у больных появляются заболевания, которые могут оказывать существенное отягощающее влияние на характер течения ГЭРБ. Полиморбидность, влияющая на течение ГЭРБ у пожилых и престарелых, обусловлена сочетанием с большим количеством факторов риска и сопутствующих заболеваний. Практический интерес представляют особенности те-

чения ГЭРБ у пожилых и стариков, сочетающейся с ИБС, АГ, ХОБЛ и ревматоидным артритом (РА) [2]. Указанные заболевания наиболее часто встречаются в практике интерниста, ревматолога, гастроэнтеролога, кардиолога, пульмонолога.

Цель. Оценить особенности течения и ведения ГЭРБ в сочетании с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА.

Материалы и методы

Обследовано 2 группы больных ГЭРБ: 1-я группа – 58 больных в возрасте от 18-ти до 60-ти лет и 2-я группа – 72 больных в возрасте от 61-го до 88-и лет. Изучалась сочетанная ГЭРБ с ИБС (стабильная стенокардия I-й ФК), АГ 1-2-ой степени (класс. ВНОК, 2005), ХОБЛ и РА (ревматоидный артрит). Курение встречалось в обеих группах с одинаковой частотой, употребление алкоголя немного преобладало в 1-й группе; во 2-й группе достоверно чаще встречалось ожирение и ГПОД. Во 2-й группе обследованных (в возрасте от 61-го до 88-и лет) достоверно чаще встречалось ожирение, ГПОД, сахарный диабет.

Результаты исследования и обсуждение

Следует отметить, что если у больных молодого и среднего возраста ИБС с АГ, ХОБЛ и РА соответственно встречались в 19, 25,8 и 3,4% случаев, то у пожилых и стариков – в 70,8%, 52,8 и 15,3% случаев. При указанном сочетании ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА оценивалось влияние таких групп ЛС как нитраты, ББ, БМКК, эуфиллин, НПВС. У больных ГЭРБ, сочетающийся с ИБС и АГ, назначаются нитраты, ББ (метопролол, атенолол), БМКК (нифедипин, коринфар), которые ослабляют тонус НПС, утяжеляют течение ГЭРБ, замедляют эпителизацию эрозий и рубцевание язв. В этой ситуации кардиолог может или увеличить дозу указанных препаратов, или приступить к поиску других кардиопротекторов. Однако необходим поиск более эффективных ИПП [2]. В этой группе выявлена прямая корреляционная связь между фактом приема нитратов и выраженностью рефлюкс-

эзофагита (РЭ) ($r=0,18$, $p<0,05$), в то время как в группе молодого и зрелого возраста такая взаимосвязь статистически не подтвердилась ($r=0,067$, $p>0,05$). Определялась прямая корреляционная связь между приемом ББ и выраженностью РЭ ($r=0,15$, $p<0,05$). При наличии у больных ГЭРБ хронической обструктивной болезни легких, как сопутствующего заболевания, оценивалось влияние препаратов эуфиллина (Э) – стимулятора желудочной секреции. Прием Э преобладает среди больных пожилого и старческого возраста. Выявлена прямая корреляционная связь между приемом Э и выраженностью РЭ среди лиц пожилого возраста ($r=0,12$, $p<0,05$). У больных молодого и зрелого возраста такая взаимосвязь не подтвердилась ($r=0,031$, $p>0,05$). При наличии у больных ГЭРБ РА, в качестве сопутствующего заболевания, оценивалось влияние приема НПВП (в основном, неселективного ряда). Прием НПВП преобладал среди больных пожилого возраста, длительно страдавших РА (12,5% против 1,7% у молодых и зрелых). Выявлена прямая корреляция между приемом НПВП и выраженностью РЭ – как среди больных пожилого возраста и старческого возраста ($r=0,26$, $p<0,05$), так и больных молодого и зрелого возраста ($r=0,21$, $p<0,05$).

Назначение ИПП при ГЭРБ признано наиболее эффективным и должно проводиться при всех ее стадиях. Не следует забывать, что эффективность разных ИПП при ГЭРБ неодинакова, что обусловлено различиями в их абсорбции, биодоступности, времени начала антисекреторного эффекта, метаболизма [3]. Следует особо остановиться на особенностях препарата нольпаза (пантопразол). Известно, что многие ИПП ингибируют молекулу K^+/H^+ АТФа-

зы за счет связывания с одним цистеином-813, в то время как нольпаза образует связи с дополнительным (вторым), уникальным и глубоким цистеином 822, что значительно усиливает ее связывание с К+/Н+ АТФ-азой. Следствием этой прочной связи является клинико-фармакологическая эффективность препарата: увеличивается число пациентов с купированной изжогой и общий процент эффективного лечения больных ГЭРБ [1, 2]. Суточная доза нольпазы при обострении ГЭРБ, особенно при сочетании с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА, составляет до 80 мг, курс лечения не может быть короче 4 недель, и должен продолжаться при РЭ 1-2 степени до 6-8 недель, и при достижении ремиссии лечение может быть прекращено. При наличии РЭ 3-4 степени тяжести лечение назначается от 8 недель минимум и до полугода. При достижении ремиссии продолжается поддерживающая терапия нольпазы в дозе 40 мг/с. Преимущество назначения препарата нольпаза состоит также в том, что он обладает уникальной способностью не вступать во взаимодействие с другими ЛС. Это его свойство особенно

важно при назначении у больных старого и престарелого возраста, которые принимают одновременно и другие ЛС.

Выводы

Зависимость выраженности рефлюкс-эзофагита от принимаемых больными 2 группы ЛС при сочетании с ИБС. АГ – от нитратов, ББ, БКК; при сочетании с ХОБЛ – от препаратов группы теофиллина и в обеих группах от принимаемых при РА – НПВС. Больным ГЭРБ пожилого и старческого возраста показано назначение ингибитора протонной помпы – нольпазы (пантокразола) в дозе от 40 до 80 мг/с в течение до полугода.

Список литературы

1. **Маев И.В.** Алгоритм лечения ГЭРБ. // Фарматека. 2009. № 11. С. 1-4.
2. **Погромов А.П.** Принципы терапии ГЭРБ у больных с ИБС и АГ. // РМЖ. 2011. Т. 19. № 17. С.1072-1074.
3. **Машиарова А.А.** ГЭРБ у пожилых. // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. 2011. № 1. С. 6-7.

On the singularities of the combined flow of gastro-esophageal reflux disease with coronary heart disease, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease and rheumatoid arthritis in elderly and old age

I.G. Bushneva, A.I. Shatihin

We examined two groups of GERD patients: 1 group – 58 patients aged from 18 to 60 years and group 2 – 72 patients aged from 61 to 88 years. We investigated the coinfection with GERD with coronary artery disease (stable angina of FC I-st.). K 1-2 degrees (klass. GFCF, 2005), COPD and RA (rheumatoid arthritis). There was significant dependence severity of reflux esophagitis patients received drugs. AG-from the nitrate, β -blockers, calcium channel blockers, in combination with COPD – from preparations of theophylline and the two groups of adopted by the RA-NSAIDs. Patients with GERD in elderly shows the assignment of proton pump inhibitor-nolpaza (pantokrazola) at a dose of 40 to 80 mg/s for up to six months.

Key words: gastro-esophageal reflux disease, elderly patients.

Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности течения у пациентов пожилого и старческого возраста

И.Г. Бушнева, А.И. Шатихин

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Контактная информация: Шатихин Андрей Ионович elmed@yandex.ru

Статья посвящена изучению особенностей клинического течения ГЭРБ у пациентов пожилого и старческого возраста. Актуальность работы обусловлена ростом распространенности ГЭРБ, спектром широкого числа жалоб эзофагеального и внеэзофагеального характера, развитием серьезных осложнений, более высокой распространенностью ГЭРБ в старших возрастных группах, по сравнению с лицами моложе 60 лет. В результате проведенных исследований выявлено, что наибольшее диагностическое значение приобретают: опрос больного и выявление типичных для ГЭРБ жалоб (ответы больных на разработанный нами опросник), ЭГДС, на основании данных которой объективизируется картина болезни, уточняется степень тяжести и прогрессирования процесса, а также в динамике оцениваются результаты лечения.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пациенты пожилого возраста.

Проблема гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни по-прежнему привлекает к себе внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это обусловлено ростом распространенности ГЭРБ, спектром широкого числа жалоб эзофагеального и внеэзофагеального характера, развитием серьезных осложнений. ГЭРБ по праву считают заболеванием XXI века [2]. Изжога является ведущей, иногда – единственной и распространенной жалобой ГЭРБ [1]. Среди особенностей клинического течения отмечают ее возрастные отличия. Так, более высокая распространенность ГЭРБ в старших возрастных группах, по сравнению с лицами моложе 60 лет, составляет соответственно 26,5% и 20,2% [3].

Целью исследования было изучение особенностей клинического течения ГЭРБ у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования

Изучено течение болезней у 130-ти человек: первая группа – 58 больных в возрасте от 18-ти до 60-ти лет и вторая группа – 72 больных в возрасте от 61-го до 88-ти лет. Срок наблюдения составил более пяти лет. Использовались методы: 1) клинико-лабораторный (сбор жалоб, с помощью разработанного опросного листа, анамнез, лабораторные исследования); 2) ЭГДС; 3) эндоскопическая рН-метрия; 4) R-ское исследование верхних отделов ЖКТ; 5) эзография органов брюшной полости; 6) психометрические тесты шкалы оценки депрессии (Гамильтона и Бека) [4].

Результаты и их обсуждение

При изучении симптоматики в двух группах больных было найдено достоверное увеличение числа жалоб у лиц пожилого и старческого возраста: 1) на