

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

изжогу в течение недели, ежедневно и в ночное время; 2) достоверно чаще отмечалась отрыжка (59,4% у больных первой группы и 73,6% – у второй группы); 3) почти в 10 раз чаще отмечались боли за грудиной у лиц второй группы (80,6% по сравнению с 8,62%); 4) достоверно чаще у лиц второй группы отмечались боли в эпигастрии и чувство тяжести в эпигастрии (в первой группе – 50% и 39,6%; во второй группе – 75% и 84,7%).

Также достоверно чаще отмечались внепищеводные симптомы: хронический кашель, осиплость голоса, фарингит, стоматит. Среди факторов риска в обеих группах было найдено достоверное влияние устойчивых длительных поведенческих привычек, таких как курение (длительный анамнез у пожилых пациентов), употребление алкоголя (в обеих группах), избыточная масса тела и, особенно, наличие у пожилых грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – ГПОД (у 57% пожилых больных по сравнению с 19% группы молодого и зрелого возраста). В группе пожилых пациентов значительно чаще встречаются такие факторы риска как прием лекарственных препаратов (НПВП, нитратов и др.) – 51,4% и 13,8% соответственно.

Следует особо отметить, что ГПОД в группе молодого и зрелого возраста с ГЭРБ диагностирована у 11 больных (19%), в то время как у пожилых она составляла 41 чел. (57%). Появляясь вследствие ослабления мышечного аппарата диафрагмы, когда в последней возникают слабые места, способствующие развитию грыж, ГПОД отягощает течение ГЭРБ.

Логично, что среди больных пожилого и старческого возраста с ГЭРБ, подверженных тревожным и депрессивным расстройствам, были проведены исследования по шкалам оценки депрессии (по Гамильтону и Беку). Так, в группе

пациентов молодого и зрелого возраста преобладало либо полное отсутствие признаков тревоги и депрессии, либо отмечалась легкая степень депрессии (40,5%), что не оказывало существенного влияния на качество жизни пациентов. В группе пациентов пожилого и старческого возраста, напротив, преобладали эпизоды тяжелых и затяжных тревожно-депрессивных расстройств (75,4%), что значительно снижало качество жизни и отрицательно влияло на результаты и длительность лечения, требуя коррекции и добавления к лечению антидепрессантов (в частности, препарата феварин).

Заключая оценку особенностей течения ГЭРБ у лиц пожилого и старческого возраста, следует отметить, что у них чаще развивался пищевод Барретта (в 3 раза по сравнению с больными первой группы), а рефлюкс-эзофагит также чаще осложнялся кровотечением из эрозий и язв пищевода (6,9%, при отсутствии кровотечения у больных первой группы), что требовало срочной госпитализации в хирургическое отделение.

Выводы

По результатам наших исследований и оценке диагностических возможностей методов, которые использовались в настоящей работе с больными ГЭРБ в амбулаторной практике, следует четко отметить, что наибольшее диагностическое значение приобретают опрос больного и выявление типичных для ГЭРБ жалоб (ответы больных на разработанный нами опросник). Ведущее место принадлежит ЭГДС, на основании данных которой объективизируется картина болезни, уточняется степень тяжести и прогрессирования процесса, а также в динамике оцениваются результаты лечения.

В амбулаторной практике наименьшее значение имеет эндоскопическая рН-метрия. Особое значение принадлежит при ГЭРБ рентгенологическому методу, позволяющему диагностировать ГПОД, особенно осложняющей течение болезни у пожилых и стариков.

С учетом воздействия кислотно-пептического фактора, как основного механизма, воздействующего на слизистую пищевода при ГЭРБ, считается необходимым назначение ингибиторов протонного насоса. При этом у пожилых и престарелых пациентов показано назначение не любого ИПП, а такого антикислотного препарата, действие которого будет наиболее эффективно у данной возрастной группы больных. Таким препаратом является Нольпаза (Пантопрозол), механизм действия которого является максимально эффективным у пожилых и стариков. Мы уже отмечали фактор полиморбидности у данной группы больных, по поводу чего они принимают одновременно лекарственные средства (ЛС) нескольких групп. При этом количество назначаемых у них ЛС может быть в среднем 4-5, а иногда и больше. В такой непростой ситуации назначение еще одного ЛС может стать той дополнительной каплей, которая навредит лечебному процессу. В данном случае назначение Нольпазы, не

вступающего во взаимодействие с другими, часто назначаемыми ЛС, может быть весьма удачным решением этой непростой задачи. Нольпаза у больных ГЭРБ, при сочетании последней с ИБС, ХОБЛ, РА, и другими заболеваниями, назначается в дозе 40-60-80 мг/сут. (в среднем 60 мг/сут) на срок обострения ГЭРБ с последующим снижением дозы препарата до 60-40 мг/сут.

Список литературы

1. **Исаков В.А., Морозов С.В., Ставрики Е.С., Комаров Р.М.** Анализ распространенности изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения, -журнал «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология». 2008. № 1. С. 20-30
2. **Маев И.В., Вьючнова Е.С., Щеткина М.И.** «Гастроэзофагиально-рефлюксная болезнь – болезнь 21 века». М. Врач. 2004. № 4. С. 10-14.
3. **Машиарова А.А.** «Гастроэзофагиально-рефлюксная болезнь у пожилых: особенности применения ИПП». Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. 2010. № 1. С. 6-7.
4. **Чеботарев Д.Ф., Маньковский Н.Б., Фролькис В.В.** Основы геронтологии. М. 1969.

Gastro-esophageal reflux disease: characteristics of the course in elderly patients

I.G. Bushneva, A.I. Shatihin

The article is devoted to investigation of peculiarities of the clinical course of GERD in aged and old patients. Relevance of the work is due to increase in the prevalence of GERD, a wide range of complaints of esophageal and non-esophageal characters development of serious complications, a higher prevalence of GERD in older age groups, compared with those in patients younger than 60 years old. The investigations revealed that the greatest diagnostic values belong to: the interrogation of the patient and identification of typical for GERD complaints (responses of patients to a questionnaire developed by us), endoscopy, basing on data of which it is possible to objectify the picture of disease and to specify the degree of severity and progression of the process, as well as to evaluate the treatment results in the dynamics.

Key words: gastroesophageal reflux disease, elderly patients.