

047. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Бушнева И.Г., Шатихин А.И.
 Кафедра клинической фармакологии и
 пропедевтики внутренних болезней.
 ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава г.
 Москва, Россия

Актуальность: Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последнее время привлекает к себе внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это связано, в первую очередь, с ростом распространенности ГЭРБ, широким спектром предъявляемых пациентами жалоб, в том числе и «внеэзофагеального характера», развитием таких серьезных осложнений, как пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода, а также продолжительностью консервативной терапии и в ряде случаев неизбежностью хирургического вмешательства. ГЭРБ по праву считают заболеванием XXI века, так как в последние годы прослеживается тенденция к уменьшению заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и увеличению заболеваемости ГЭРБ.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%. В странах Западной Европы и США широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что до 40% людей постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу - основной симптом ГЭРБ. В России распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 40-60%, причем у 45-80% таких пациентов обнаруживается эзофагит. В общей популяции населения распространенность эзофагита оценивается в 5-6%, при этом у 65-90% больных отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, у 10-35% - тяжелый.

Цель работы: Пристального внимания заслуживают особенности клинического течения ГЭРБ и терапии у пациентов пожилого и старческого возраста (от 61 до 90 лет).

Материалы и методы исследования: В исследовании были включены две группы пациентов, в количестве 130 человек, с симптомами ГЭРБ. Первая группа составила 58 человек (28 женщин, 30 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет (молодого и зрелого возраста). Вторая группа составила 72 человека (23 женщины, 49 мужчин) пожилого и старческого возраста от 61 до 88 лет. Продолжительность течения ГЭРБ в исследуемых группах от 1 года до 25 лет. Сроки наблюдения более 5 лет. Для оценки состояния пациентов ГЭРБ использованы следующие методы обследования: клинико-лабораторное обследование, ЭГДС, рентгенологический (методика одномоментного двойного контрастирования с водной взвесью сульфата бария), эндоскопическая рН-метрия, психометрия.

Результаты: У пожилых и старых были выявлены важные особенности клинического течения: достоверно чаще у исследуемой группы больных (по сравнению с контрольной группой – молодого и зрелого возраста) отмечались чувство изжоги (ежедневно, ночью, еженедельно); боли за грудиной – чувство тяжести за грудиной; дисфагия, тошнота, рвота. Достоверно чаще – в 7 раз отмечались внепищеводные проявления (ночной кашель, осиплость голоса, фарингит).

Более тяжелое и своеобразное течение ГЭРБ у пожилых и старческом возрасте можно объяснить рядом причин. Среди факторов, усугубляющих течение ГЭРБ у пожилых и лиц старшего возраста, следует отметить следующее: курение, приём алкоголя, ожирение, приём различных лекарственных средств (НПВС, нитраты, производные эуфилина), а также сочетание с другими заболеваниями пожилого и старческого возраста (ожирение, ИБС, сахарный диабет, болезни суставов, желчнокаменная болезнь, болезни ЖКТ). При ЭГДС у больных исследуемой группы по сравнению с данными более молодой группы чаще отмечены более выраженные изменения: рефлюкс-эзофагит 2-3-4 степени тяжести (соответственно в 16%, 14%, 5%) по сравнению с частотой рефлюкс-эзофагита у контрольной группы (8%, 4%, 1,5%). Пищевод Барретта в 7 раз чаще выявляется у исследуемой группы больных.

У 9 пациентов (6,92%) пожилой группы рефлюкс-эзофагит осложнился кровотечением из эрозий и язв пищевода, что потребовало срочной госпитализации в хирургическое отделение.

Медикаментозную терапию пожилым пациентам с ГЭРБ (учитывая длительный анамнез заболевания, более тяжелую форму эзофагита и сопутствующие заболевания) мы начинали сразу с применения ингибиторов протонной помпы в сочетании с антацидными препаратами и альгинатами (маалакс, гевискон). В качестве ИПП назначался пациентам препарат Ультоп (омепразол) компании КРКА, двукратный прием в дозе 20 мг в утренние и вечерние часы. У пациентов с неэрозивным рефлюкс – эзофагитом длительность приема составила 4 недели. У пациентов в эрозивно-язвенной форме эзофагита от 8 до 16 недель, у пациентов с сопутствующими заболеваниями (ИБС, БА, РА) необходимо переходить на поддерживающие дозы препарата (20 мг однократно) в течение длительного периода до года. Также эффективна терапия ИПП «по требованию», то есть после основного курса лечения,

при возникновении симптомов ГЭРБ, прием препарата в дозе 20 мг от двух до трех раз в неделю.

Выводы:

К числу клинических особенностей течения ГЭРБ у пожилых относится:

- Длительный анамнез течения ГЭРБ и высокий риск развития пищевода Барретта;
- Наличие более тяжелых форм рефлюкс-эзофагита: эрозивно-язвенный, эзофагиты, осложняющиеся кровотечениями;
- Более частые внепищеводные проявления ГЭРБ;
- Наличие сопутствующих заболеваний (ИБС, ожирение, болезни суставов, хронические обструктивные заболевания лёгких), по поводу которых больные принимают лекарственные средства, отрицательно влияющие на ГЭРБ.
- Наличие устоявшихся поведенческих привычек (курение, алкоголь, нарушение режима питания);
- полученные результаты указывают на необходимость периодического усиления терапии ИПП у пожилых, особенно при сочетании с ИБС, ХОБЛ, ожирением, болезнями суставов;
- У пожилых больных ГЭРБ при развитии признаков тревоги и депрессии показано назначение антидепрессантов, смягчающих течение заболевания (феварин).

048. ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННОЕ ПРИЕМОМ ЧИСТОТЕЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Василенко В. В. , Тимофеев С. Е. , Фролова Н. И.
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Краткий обзор клинического случая

Женщина 43 лет, бухгалтер. Не курит, алкогольные напитки, по ее утверждению, употребляет 1-2 раза в месяц в количестве не более 250 мл вина. В возрасте 20 лет перенесла радикальную экстирпацию матки по поводу цистаденокарциномы. После операции в течение двух лет осуществлялась химиотерапия. Заместительная гормональная терапия не проводилась и не проводится.

В июне 2009 г., через 3 дня после пищевого эксцесса, появились неинтенсивные, не иррадиирующие боли, локализованные в левой подвздошной области, и общая слабость. При расспросе выяснилось, что пациентка ежегодно на протяжении 22 лет «для профилактики рака» в течение месяца осенью пила настой сухой травы чистотела, которую приобретала на рынках.

Динамика печеночных показателей за весь период болезни: γ -ГТП повышалась максимально в 2,5 раза (при первом определении), АсАТ и АлАТ – в полтора раза (при третьем определении); соотношение АсАТ/АлАТ \approx 0,73-0,78. Концентрация билирубина однократно превысила верхнюю границу в 1,4 раза. Активность щелочной фосфатазы стабильно нормальная. Определение альфа-амилазы (диастазы) в моче и в крови не обнаруживало отклонений от референсных значений. Холестерол общий менялся незначительно (максимально превысил норму в 1,16 раза) и нормализовался.

Контрольное рентгеновское исследование, как и было рекомендовано, проведено через три месяца. По