

## ТЕРАПИЯ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ

**О. Денисова**

Омский государственный медицинский университет

E-mail: olgad571@mail.ru

*Разделение пожилых пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с учетом особенностей соматического статуса позволяет дифференцировать лечебные мероприятия в зависимости от числа неблагоприятных значений переменных.*

**Ключевые слова:** гастроэнтерология, геронтология, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пожилые пациенты, лечение, пантопрозол, омепразол, кластеры.

Одно из наиболее частых заболеваний в пожилом возрасте – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) [1]. Лечение ГЭРБ у пожилых остается сложной проблемой [2, 3]. При выборе лекарственной терапии требуется особый подход с учетом возрастных изменений моторики и трофики [4], так как стандартные методы медикаментозного лечения ГЭРБ не всегда могут быть прямо воспроизведены в старших возрастных группах.

Наиболее эффективными и безопасными препаратами признаны ингибиторы протонной помпы [5], однако данные о сравнительной эффективности конкретных антисекреторных препаратов у пожилых весьма противоречивы.

Нами проведена сравнительная оценка результативности терапии омепразолом и пантопрозолом у 55 пациентов пожилого возраста с ГЭРБ.

Критериями включения в исследование были возраст старше 60 лет, подписанное информированное согласие. Критерии исключения: терминальная фаза любого заболевания, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественное новообразование любой локализации, осложненное течение рефлюксной болезни (пищевод Барретта, стеноз пищевода), доказанная дисплазия пищевода, а также повышенная чувствительность или невосприимчивость к терапии омепразолом в анамнезе.

Пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) было 34, с эрозивной рефлюксной болезнью (ЭРБ) – 21.

Преобладающими в момент обращения были жалобы на регургитацию, отрыжку и изжогу умеренной степени выраженности. Из факторов риска следует отметить: курение (34,5%), скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы (30,9%), ожирение (47,3%), прием нитратов (27,5%), β-блокаторов (27,2%), нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП (35,7%). Из сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия (у 70,9%), ишемическая болезнь сердца – ИБС (у 61,8%), хроническая обструктивная болезнь легких – ХОБЛ (у 29,1%), хронический панкреатит (у 55,4%), язвенная болезнь (у 29,0%).

Дизайн данного исследования предполагал сбор исходной информации, статистическую обработку и всесторонний анализ полученных данных. Для уточнения соответствия критериям включения все пациенты прошли развернутое обследование. Диагноз ГЭРБ определен на основании клинической картины, данных эндоскопического исследования и суточной рН-метрии [5]. Самочувствие пациентов оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где 0 мм – плохое самочувствие, 100 мм – отличное самочувствие.

Исследуемые точки:

- скрининговый визит с проведением общего осмотра и определением индекса массы тела (ИМТ);
- 1-й контрольный визит – через 28 дней (4 нед) после начала лечения;
- 2-й контрольный визит – через 42 дня (6 нед) после начала лечения.

Выбор методов статистического анализа проводили с учетом рекомендации по вопросам статистической обработки [6, 7]. Для сравнительной характеристики полученных результатов использовали t-критерий Стьюдента.

Применяли кластерный анализ с разработкой соответствующей модели (модуль Cluster Analysis пакета статистических программ SPSS 12.0), позволяющей на основе оценок по независимым переменным разделить пациентов на группы (кластеры). Благодаря такому делению члены одной группы приобретали близкие по значению переменные, а члены разных групп – различные. Выбор наиболее значащих независимых переменных, влияющих на процесс лечения, осуществлен логическим путем:

1. Основные клинические симптомы:
  - изжога;
  - регургитация;
  - отрыжка.
2. Образ жизни:
  - курение;
  - масса тела (по показателю ИМТ: нормальный, избыточный, ожирение).
3. Форма ГЭРБ:
  - ЭРБ;
  - НЭРБ.
4. Сопутствующие заболевания:
  - ИБС;
  - ХОБЛ.
5. Прием медикаментов по поводу сопутствующих заболеваний:
  - нитраты;
  - β-блокаторы;
  - НПВП.

После определения диагноза и принадлежности к кластерной группе пациентов случайным образом разделили на 2 группы: в 1-й группе пациенты получали омепразол в суточной дозе 40 мг, во 2-й – пантопрозол в дозе 80 мг. Эффективность лечения оценивали по степени купирования основных клинических симптомов, с учетом показателей ВАШ, а также динамики результатов инструментальных исследований.

Разобраться в значении кластеров помогли кластерные профили, представленные средними значениями переменных (табл. 1).

В 1-й кластер (n=15) вошли пациенты с жалобами на умеренную регургитацию в сочетании с отрыжкой, слабую изжогу. Характерным для данной группы было небольшое число

неблагоприятных значений переменных (склонность к избыточной массе тела, прием НПВП со средней частотой, средняя возможность развития ИБС).

Во 2-м кластере (n=19) были пациенты с преобладанием умеренной регургитации с отрыжкой и изжогой. В этом кластере число неблагоприятных значений переменных увеличилось. Отмечались склонность к избыточной массе тела, высокая возможность развития ИБС, средняя возможность развития ХОБЛ; частота встречаемости ЭРБ – выше средней, употребления НПВП и β-блокаторов – средняя.

У пациентов из 3-го кластера (n=21) преобладали умеренная изжога с отрыжкой и выраженная регургитация. В этом кластере отмечено максимальное число неблагоприятных значений переменных, требующих коррекции: склонность к ожирению I степени, высокие встречаемость ЭРБ и

возможность развития ИБС, средняя возможность развития ХОБЛ, а также средней частоте употребления НПВП наряду с частым употреблением нитратов и выше среднего – β-блокаторов.

Наилучшие результаты в ходе терапии получены в 1-м кластере. Через 4 нед от начала терапии все клинические симптомы в группе пантопрозола (2-я) были купированы; в группе омепразола (1-я) сохранялись ретростернальная, эпигастральная боль и кашель слабой выраженности (0,2±0,2 балла). Уменьшение симптомов заболевания сопровождалось статистически значимым улучшением качества жизни – КЖ (p<0,05).

Во 2-м кластере через 42 дня терапии в группе пантопрозола в большей степени снизились выраженность отрыжки (p<0,05) при одновременном статистически значимом улучшении показателей КЖ по ВАШ (p<0,05; табл. 2).

Наибольший интерес представляет 3-й кластер, поскольку в нем представлено максимальное число неблагоприятных значений переменных (табл. 3).

Из оставшихся клинических симптомов во 2-й группе сохранялась только отрыжка слабой степени выраженности, статистически значимо более слабая, чем в группе омепразола (p<0,05). Преимущество пантопрозола подтверждалось по данным, полученным по шкале ВАШ (в 1-й группе – 3,600±0,155 балла, во 2-й – 4,0±0,0 балла; p<0,05), а также при сравнении сроков эпителизации эрозий в пищевом тракте (p<0,05).

Следовательно, кластерный анализ может быть использован для разделения пожилых пациентов на дифференцированные группы для оптимизации лечебного процесса. В случае максимального числа неблагоприятных значений переменных у пожилых пациентов с ГЭРБ препаратом выбора является пантопрозол.

Таблица 1  
Распределение пожилых пациентов по кластерам и значения кластерных профилей по переменным

| Переменные         | Кластер |      |      | Среднее |
|--------------------|---------|------|------|---------|
|                    | 1-й     | 2-й  | 3-й  |         |
| Изжога             | 1,13    | 1,47 | 1,52 | 1,4     |
| Регургитация       | 1,60    | 1,68 | 2,24 | 1,87    |
| Отрыжка            | 1,60    | 1,68 | 1,57 | 1,62    |
| ИМТ                | 1,67    | 2,0  | 2,33 | 2,04    |
| Курение            | 0,20    | 0,37 | 0,47 | 0,35    |
| Форма ГЭРБ         | 0,20    | 0,37 | 0,52 | 0,38    |
| ГЭРБ + ИБС         | 0,33    | 0,58 | 0,86 | 0,62    |
| ГЭРБ + ХОБЛ        | 0,07    | 0,32 | 0,43 | 0,29    |
| Прием нитратов     | 0,00    | 0,16 | 0,57 | 0,27    |
| Прием β-блокаторов | 0,00    | 0,16 | 0,57 | 0,27    |
| Прием НПВП         | 0,40    | 0,26 | 0,43 | 0,36    |

Таблица 2  
Основные клинические симптомы и показатели КЖ по ВАШ во 2-м кластере через 42 дня терапии; баллы

| Показатель   | 1-я группа  | 2-я группа  | p     |
|--------------|-------------|-------------|-------|
| Регургитация | 0,200±0,147 | –           | >0,05 |
| Отрыжка      | 0,700±0,153 | 0,200±0,147 | <0,05 |
| Кашель       | –           | 0,1±0,1     | >0,05 |
| КЖ по ВАШ    | 3,600±0,176 | 4,0±0,00    | <0,05 |

Таблица 3  
Основные клинические симптомы и показатели КЖ по ВАШ в исследуемых группах в 3-м кластере при 2-м визите; баллы

| Показатель   | 1-я группа  | 2-я группа  | p     |
|--------------|-------------|-------------|-------|
| Изжога       | 0,400±0,112 | –           | <0,05 |
| Регургитация | 0,100±0,063 | –           | >0,05 |
| Отрыжка      | 0,900±0,374 | 0,100±0,112 | <0,05 |
| КЖ по ВАШ    | 3,500±0,155 | 4,0±0,00    | <0,05 |

## Литература

1. Ляпин В.А. Социально значимая патология населения крупного промышленного центра // Соц. гигиена, экономика и управление здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 2003; 10: 145–8.
2. Ливзан М.А., Кононов А.В. Клинические и фармакоэкономические аспекты антисекреторной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2004; 4: 55–61.
3. Ливзан М.А., Лялюкова Е.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь рефрактерная к терапии ингибиторами протонной помпы. Клинические наблюдения // Лечащий врач. – 2015; 8: 18–20.
4. Katz P., Gerson L., Vela M. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // Am. J. Gastroenterol. – 2013; 108: 308–28.
5. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Вестн. практ. врача (Спецвып.). – 2013; 3: 6–9.
6. Денисов А.П., Дробышев В.В., Сергеева В.С. Рабочая книга по статистике (учебное пособие для студентов) / Омск: Издательско-полиграфический центр ОмГМА, 2002; 124 с.
7. Бюль А., Цифель П. SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / М.: ДиаСофт, 2005; 608 с.

## THERAPY FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE ELDERLY O. Denisova

Omsk State Medical University

The division of elderly patients with gastroesophageal reflux disease according to the features of the somatic status allows differentiation of therapeutic measures in relation to the number of untoward variables.

**Key words:** gastroenterology, gerontology, gastroesophageal reflux disease, elderly patients, treatment, pantoprazole, omeprazole, clusters.