

АО «Медицинский Университет Астана»  
Кафедра внутренних болезней

# ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Подготовила: Естай Ж.Б. 785 ВБ

Проверила: Костина О.В.

---

---

? Особенности болезней системы пищеварения, как и других органов и систем стареющего организма, в значительной мере определяются комплексом возрастных морфологических изменений желудочно-кишечного тракта и проявляются, главным образом, и атрофических процессах. Однако по сравнению с опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системами, дегенеративные процессы выражены весьма умеренно. Функциональные изменения проявляются в снижении активности секреторного аппарата различных отделов желудочно-кишечного тракта, а также печени и поджелудочной железы. Эти сдвиги сопровождаются развитием приспособительных факторов, обуславливающих при оптимальных условиях питания нормальный процесс пищеварения. При нарушениях режима питания, переедании, приеме недоброкачественной пищи и т. д., как правило, легко возникает функциональная недостаточность.

# ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

---

- ? Дивертикул пищевода представляет собой мешкообразное выпячивание пищеводной стенки, сообщаемое с его просветом. Различают пульсионные и тракционные дивертикулы. Пульсионные дивертикулы образуются вследствие вытягивания пищеводной стенки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время его сокращения. Развитие тракционных дивертикулов связано с воспалительным процессом в окружающих тканях и образованием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону пораженного органа. По расположению различают дивертикулы высокие (глоточно-пищеводные или ценкеровские), средней трети (эпибронхиальные) и нижней трети (эпифренальные) пищевода. Они бывают единичными и множественными. Дивертикулы пищевода чаще встречаются в возрасте 50-70 лет (82%), в основном у мужчин.

- 
- ? Эпибронхиальные дивертикулы чаще протекают бессимптомно, иногда возможны явления дисфагии, боли за грудиной. Эпифренальные дивертикулы у большинства больных протекают также бессимптомно, течение заболевания медленное, без существенного прогрессирования. Ценкеровские дивертикулы могут осложняться развитием дивертикулита и в последующем явиться причиной флегмоны шеи, медиастинита, развития пищевого свища, сепсиса.

# КЛИНИКА

---

- ? . Небольшой глоточно-пищеводный дивертикул проявляется чувством першения, царапания; в горле, сухим кашлем, ощущением инородного тела в глотке, повышенной саливацией, иногда спастическое дисфагией. По мере увеличения дивертикула наполнение его пищей может сопровождаться булькающим шумом при глотании, появлением выпячивания на! шее при отведении головы назад. Выпячивание имеет мягкую консистенцию, уменьшается при надавливании. При перкуссии над ним после приема воды можно определить шум плеска. Имеется дисфагия разной степени выраженности. Возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи из просвета дивертикул при определенном положении больного, затруднение дыхания из-за сужения трахеи этим объемным образованием, появление осиплости голоса при сдавлении возвратного нерва. При приеме пищи у больных может развиваться «феномен блокады», проявляющийся покраснением лица, ощущением нехватки воздуха, головокружением, обморочным состоянием, исчезающим после рвоты. При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта. У большинства больных нарушается питание, что приводит к их истощению.

---

? В число возможных осложнений входят воспаление дивертикула (дивертикулит), перфорации его с развитием медиастинита, пищеводно-трахеальных, пищеводно-бронхиальных свищей, кровотечение, образование полипов, развитие злокачественной опухоли на месте дивертикула. Диагностика дивертикулов основана на данных рентгенологического исследования, эзофагоскопии.

# ЛЕЧЕНИЕ И УХОД.

---

- ? При небольших размерах дивертикулов, отсутствии осложнений, абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят (консервативную терапию, направленную на профилактику задержки пищевых масс в дивертикуле и уменьшение возможности развития дивертикулита. При развитии осложнений показано оперативное лечение. Летальность после операции составляет 1-1,5%. Пища должна быть полноценной, механически, химически и термически щадящей. Больным рекомендуют питаться хорошо измельченной пищей малыми порциями, дробное питание 6 раз в день. Перед приемом пищи больному следует принимать масло шиповника, облепиховое масло. После еды следует выпивать несколько глотков воды, принимать положение, способствующее опорожнению дивертикула сидя с наклоном туловища и головы в сторону, противоположную локализации дивертикула.

- ? Язвенную болезнь, которая впервые возникла в молодом и среднем возрасте и на протяжении жизни проявляется обострениями и ремиссиями, называют длительно протекающей язвенной болезнью (30–50% всех случаев язвенной болезни у пациентов пожилого возраста). Для этого типа болезни характерны продолжительные обострения, поражение нескольких органов (желудка и двенадцатиперстной кишки), медленное рубцевание язвенного дефекта.
- ? Язвенная болезнь, впервые возникшая в пожилом возрасте (поздняя язвенная болезнь), отличается клиническими проявлениями и течением. При этом заболевании ослабевают защитные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Влияние атеросклеротических изменений сосудов желудка особенно выражено при заболевании, возникшем без участия *Helicobacter pylori*.
- ? Язвенная болезнь у пожилых часто развивается на фоне артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, сахарного диабета, хронических неспецифических заболеваний легких и других заболеваний, способствующих нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке желудка.

? Течение заболевания при стертой и атипичной клинической картине, со слабо выраженным болевым синдромом и диспепсическими расстройствами свойственно поздним гастродуоденальным язвам (чаще локализируются в субкардиальном отделе и теле желудка). Периодичность болевых приступов может быть не связана с приемом пищи, может отсутствовать сезонность обострений. При язвенной болезни в пожилом возрасте уровень секреции соляной кислоты (особенно при локализации язвы в желудке) обычно существенно ниже, чем у пациентов молодого и среднего возраста. Язвенная болезнь в пожилом возрасте характеризуется не только малосимптомностью и стертой клинической картиной, но и более тяжелым течением заболевания, которое проявляется прежде всего в более значительных размерах язвенного дефекта (особенно при локализации в желудке) по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста. Так, литературные данные указывают, что более чем в 1/3 случаев язвы желудка у пожилых больных имеются большие (более 2 см в диаметре) или гигантские (более 3 см в диаметре) размеры. К тому же язвенная болезнь у пожилых людей сопровождается частым желудочно-кишечным кровотечением (мелена) почти вдвое чаще, чем у пациентов молодого и среднего возраста. Также у пожилых больных часто встречается железодефицитная анемия, в большинстве случаев это результат скрытых кровотечений.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

---

- ? Если во время диагностики у пожилого человека обнаружен язвенный дефект желудка, необходимо убедиться, что язва носит доброкачественный характер (встречается в большинстве случаев). Данные литературы показывают, что большее число злокачественных язв желудка представлено не малигнизированными доброкачественными язвами, а первично-язвенной формой рака желудка.
- ? Первично-язвенную форму рака желудка можно определить по следующим признакам: короткий (менее 1 года) анамнез заболевания, локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, большой размер язвы, выраженное похудение и отсутствие аппетита, анемия, гистаминустойчивая ахлоргидрия. При рентгенологическом обследовании будут видны обрыв складок слизистой оболочки, ригидность стенки желудка в месте поражения и т. д. К эндоскопическим признакам относятся: неправильная форма язвы, неровные края, бугристое дно, ступенчатый обрыв стенок язвенного кратера, инфильтрированность слизистой оболочки, примыкающей к язве, ригидность и кровоточивость краев язвы и др.
- ? В то же время рентгенологические признаки инфильтративно-язвенной формы рака желудка могут быть схожими с эндоскопической картиной доброкачественной язвы, поэтому окончательное заключение о характере изъязвления может быть сделано только после повторного гистологического исследования биоптатов, взятых из краев и дна язвы.

# ЛЕЧЕНИЕ

- ? При лечении больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью используется общепринятая схема. При обнаружении *Helicobacter pylori* (морфологическим или уреазным методом) в течение 7 дней проводится антихеликобактерная терапия по одной из схем: ингибиторы протонной помпы (омепразол по 20 мг 2 раза в день, лансопразол по 30 мг 2 раза в сутки, пантопразол по 40 мг 2 раза в день; кларитромицин по 250 мг 2 раза в день); ингибиторы протонной помпы + амоксициллин (1 г 2 раза в день); метронидазол (0,5 г 2 раза в день). Эффективным считается комбинирование ранитидина, висмута и цитрата (по 400 мг 2 раза в день) с кларитромицином (по 250 мг 2 раза в день) и метронидазолом (по 0,5 г 2 раза в день).
- ? Эрадикационная терапия проводится вместе с базисным курсом антисекреторных препаратов (ранитидин по 150 мг 2 раза в день, фамотидин по 20 мг 2 раза в день или омепразол по 20 мг 1 раз в день). Как правило, базисный курс длится 4–6 недель при дуоденальной язве и 6–8 недель при язве желудка. Поскольку у пациентов пожилого возраста гастродуоденальные язвы рубцуются медленно, курс базисной антисекреторной терапии может длиться 10–12 недель до полного заживления язвы. Антацидные препараты купируют боль и диспепсические расстройства, поэтому при лечении они часто назначаются дополнительно. При достоверной эрадикации *Helicobacter pylori*, которая может подтвердиться не ранее чем через 4 недели после окончания антисекреторной терапии, применение противоязвенных препаратов

- 
- ? Эрадикационная терапия проводится вместе с базисным курсом антисекреторных препаратов (ранитидин по 150 мг 2 раза в день, фамотидин по 20 мг 2 раза в день или омепразол по 20 мг 1 раз в день). Как правило, базисный курс длится 4–6 недель при дуоденальной язве и 6–8 недель при язве желудка. Поскольку у пациентов пожилого возраста гастродуоденальные язвы рубцуются медленно, курс базисной антисекреторной терапии может длиться 10–12 недель до полного заживления язвы. Антацидные препараты купируют боль и диспепсические расстройства, поэтому при лечении они часто назначаются дополнительно. При достоверной эрадикации *Helicobacter pylori*, которая может подтвердиться не ранее чем через 4 недели после окончания антисекреторной терапии, применение противоязвенных препаратов отменяется.
- ? В случае если пожилой человек страдает язвенной болезнью, причиной которой не является *Helicobacter pylori*, антисекреторной терапии достаточно для лечения. Даже после достижения рубцевания язв для предупреждения риска рецидива пациентам необходимо ежедневно принимать антисекреторные препараты (H<sub>2</sub>-блокаторы или ингибиторы протонной помпы), чаще всего – в половинных дозах.

# ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- ? Подобные поражения являются важной проблемой гастроэнтерологии и геронтологии. Исследования, проведенные в США, Канаде, Австралии и других странах, показали, что 10–20% лиц пожилого и старческого возраста регулярно принимают НПВП (ацетилсалициловая кислота, кетопрофен, индометацин и др.) при остеоартрозе, невралгиях и миалгиях, остеохондрозе позвоночника. При этом в группе риска развития язв желудка и двенадцатиперстной кишки находятся 20–25% (из-за угнетения синтеза простагландинов в слизистой оболочке). Пожилые больные госпитализируются по причине желудочно-кишечных осложнений вследствие приема НПВП в 4 раза чаще молодых людей и людей среднего возраста. Если же у пожилого пациента язвенная болезнь диагностировалась ранее, то риск развития эрозивно-язвенных поражений при приеме НПВП возрастает в 14–17 раз.
- ? Гастродуоденальные язвы, обусловленные приемом НПВП, часто бывают острыми, множественными, клинически проявляются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями (меленой или рвотой содержимым, имеющим вид кофейной гущи). Наиболее часто ulcerогенные побочные явления сопровождают применение таких НПВП, как пироксикам, кетопрофен, индометацин, реже – ибупрофен. Даже небольшие дозы ацетилсалициловой кислоты (менее 300 мг/сут), которые достаточно часто назначаются пожилым людям в профилактических целях во избежание осложнений при ишемической болезни сердца, могут способствовать развитию язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

- ? Если гастродуоденальная язва у больного пожилого возраста вызвана применением НПВП, необходимо уменьшить дозу или полностью отменить препарат. На сегодняшний день при лечении гастродуоденальных язв, причиной которых является прием НПВП, применяются стандартные дозы ингибиторов протонной помпы (омепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/день, пентопразол 40 мг/день). При осложненном течении, множественном характере язв и их больших размерах, медленной динамике заживления, а также при необходимости продолжения приема НПВП рекомендуется удвоение дозы ингибиторов протонной помпы.
- ? Существуют синтетические аналоги простагландинов, которые могут применяться вместо ингибиторов протонной помпы для лечения гастродуоденальных язв, связанных с приемом НПВП. К ним относятся: мезопростол (по 200 мг 4 раза в сутки) или блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, ранитидин (по 150 или 300 мг 2 раза в сутки), фамотидин (по 20 или 40 мг 2 раза в день). Но они являются менее эффективными по сравнению с ингибиторами протонной помпы.
- ? В настоящее время целесообразность проведения у больных с НПВП-гастропатией эрадикационной терапии против *Helicobacter pylori* окончательно не доказана.
- ? Но по мнению большинства гастроэнтерологов, проведение такого лечения (по одной из приведенных схем) существенно снижает вероятность возникновения рецидивов гастродуоденальных язв и повышает устойчивость слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки к повторному действию НПВП.

# ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПОЖИЛЫХ

? Для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) характерно воспаление дистальной части пищевода из-за периодического заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого. Считается, что ГЭРБ более распространена среди пожилых людей из-за укорочения внутрибрюшного сегмента пищевода и нижнего пищеводного сфинктера, а также из-за других изменений пищевода, которые могут сочетаться с ГЭРБ у лиц пожилого и старческого возраста: снижение вторичной перистальтики, повышение частоты третичных сокращений, более низкая амплитуда перистальтических сокращений.

? По результатам исследований, проведенных при участии 79 здоровых добровольцев, оказалось, что возраст имеет обратную корреляционную зависимость с тоном и длиной сфинктера и прямо коррелирует с количеством одновременных сокращений. Также было выявлено, что у лиц старшего возраста чаще наблюдается аномальная перистальтика и большая продолжительность эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса, чем у молодых людей и лиц среднего возраста. Морфологически эти функциональные изменения не доказаны. Известно, что даже при сохраненной с возрастом толщине гладких мышц пищевода, миентеральных нейронов становится меньше, особенно на уровне соединения пищевода с гортанью. Следует отметить, что старение не является причиной снижения

---

? Существует множество причин развития ГЭРБ у пожилых. К функциональным причинам относятся: нарушение моторики пищевода, снижение тонуса и уменьшение длины нижнего пищеводного сфинктера, замедленное опорожнение желудка, снижение секреции слюны, снижение резистентности слизистой оболочки вследствие нарушения эпителиальной регенерации, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс желчи. К анатомическим причинам относятся: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, трудности в поддержании вертикального положения тела. Также причиной ГЭРБ может стать прием лекарственных препаратов (НПВП, соли калия, соли железа, кортикостероиды, алендронат), которые напрямую неблагоприятно воздействуют на слизистую оболочку пищевода. К препаратам непрямого действия, которые снижают давление в нижнем сфинктере пищевода относятся теофиллин, нитраты, блокаторы кальциевых каналов, бензодиазепины, дофаминергические препараты, трициклические антидепрессанты, антихолинергические препараты.

? **Симптоматика.** Из-за различной симптоматики у молодых и пожилых людей для правильной диагностики необходим анализ клинических проявлений болезни. Эти различия изучались в работе Franceschi и соавт., включавшей 775 пациентов с рефлюкс-эзофагитом. Они были разделены на 4 возрастные группы: молодые (16–49 лет), взрослые (50–69 лет), пожилые (70–84 года) и очень старые пациенты (старше 85 лет).

По сравнению с молодыми и взрослыми людьми у пожилых пациентов чаще встречались тяжелый эзофагит и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Чем старше был человек, тем реже у него встречались типичные симптомы (изжога, регургитация, боль), но в тоже время чаще наблюдались такие симптомы, как рвота, анорексия, потеря веса, дисфагия, анемия, мелены.

Клиническим следствием редкости типичных симптомов рефлюкса у пожилых является тот факт, что у них болезнь можно не заметить, особенно при легких формах рефлюкс-эзофагита, а у существенного числа пациентов могут быть субклинические формы заболевания. Причина того, что с возрастом реже встречаются типичные симптомы болезни, не ясна, но существует предположение, что это связано со снижением чувствительности к висцеральной боли из-за растяжения баллона в пищеводе.

Проведенное 24-часовое мониторирование уровня pH в пищеводе, а также эндоскопия доказали, что с возрастом снижается чувствительность слизистой оболочки пищевода к кислоте. В этом же исследовании было подтверждено, что чем старше пациент, тем менее выражены у него симптомы ГЭРБ, несмотря на тенденцию к повышению тяжести повреждения слизистой оболочки пищевода и увеличение времени экспозиции кислоты в нем.

# ДИАГНОСТИКА

- ? При диагностике заболеваний пищевода у пожилых и старых людей необходимо помнить о следующих принципах: пожилые больные более предрасположены к осложнениям (например, таким как эрозивный эзофагит, пептическая стриктура и пищевод Барретта); заболевания пищевода могут проявляться атипичными симптомами или их симптомы можно спутать с другими нарушениями (например, боль в грудной клетке вследствие ГЭРБ можно расценить как ИБС); некоторыми заболеваниями страдают исключительно пожилые люди (ценкеровский дивертикул, шейные остеофиты и аортальная дисфагия); у них чаще проявляются побочные эффекты препаратов, таких как метоклопрамид и H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов; частота заболеваний меняется по мере старения (например, если пациент описывает симптомы, характерные для ахалазии кардии, есть большая вероятность, что у него псевдоахалазия, которая ассоциируется с неопластическим процессом).
- ? Пациентам молодого и среднего возраста клинический диагноз ГЭРБ можно поставить при устранении типичных симптомов во время антирефлюксной терапии. В настоящее время существуют рекомендации для диагностики и лечения пациентов данной категории, в которых говорится о том, что первоначально можно проводить пробное лечение, а инструментальную диагностику (эндоскопия, рентгенологическое исследование, функциональные тесты) осуществлять лишь у больных с симптомами, не поддающимися терапии, рецидивирующим обострением или при наличии симптомов «тревоги» (похудение, анемия, дисфагия).

- 
- ? У пациентов пожилого и старческого возраста болезнь протекает тяжелее, но атипично или со слабо выраженными симптомами из-за кумулятивного повреждения слизистой оболочки пищевода, к которому привел многолетний заброс кислоты. Поэтому для пожилых пациентов с изжогой, регургитацией кислоты рекомендуется более раннее проведение эндоскопии в качестве первого диагностического теста, не зависимо от тяжести состояния или продолжительности жалоб. Пожилые пациенты, во время осмотра которых не наблюдаются типичные симптомы, но в анамнезе которых имеется ГЭРБ тоже должны пройти эндоскопию, которая поможет провести правильную диагностику и оценку тяжести рефлюкс-эзофагита, а также грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, позволит диагностировать возможные осложнения болезни.
  - ? Опасения врачей по поводу того, что инструментальная диагностика у пожилых пациентов может повлечь за собой осложнения при наличии сопутствующих патологий внутренних органов не оправданы, поскольку, по данным проведенного исследования, включавшего эндоскопическое обследование верхних отделов пищеварительного тракта у 34 больных с подтвержденным диагнозом ИБС, стенокардии напряжения I–III функциональных классов на фоне суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, не было выявлено ни одного случая осложнения, связанного с сердечнососудистой системой, не происходило достоверного усугубления функционального состояния, появления опасных для жизни изменений работы сердца.

- 
- ? Качественным методом диагностики считается рентгенологическое исследование грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Рентгеноскопия и рентгенография хорошо переносятся пожилыми пациентами. Также возможна ультразвуковая диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желудочно-пищеводного рефлюкса, рака пищевода. Этот высокоточный метод является простым и необременительным для пожилого человека.
  - ? Также широко используемыми методами диагностики являются 24-часовая рН-метрия и манометрия пищевода. Они применяются в случае толерантности пациентов к медикаментозной терапии или в качестве предоперационной подготовки. В случае эндоскопически негативной ГЭРБ рН-метрия может подтвердить необходимость более действенной лекарственной терапии.

# ЛЕЧЕНИЕ

---

- ? Лечение должно привести к максимально быстрому избавлению от симптомов, заживлению 1094 \_ 1101 эзофагита, поддержанию ремиссии, предупреждению рецидивов и осложнений. Для достижения этих целей назначается комплексная терапия, включающая в себя три составляющие: соблюдение диеты и рекомендаций по изменению образа жизни, медикаментозное лечение и хирургическое лечение. Такая терапия называется поэтапно возрастающей. Но в последнее время отдается предпочтение поэтапно снижающейся терапии: на первых стадиях лечения используются ингибиторы протонной помпы, а после достижения клинического и эндоскопического эффектов больных постепенно переводят на прием поддерживающих доз ингибиторов протонной помпы либо блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина и прокинетиков.
- ? Пожилым пациентам с данной болезнью рекомендованы следующие изменения в образе жизни: снижение массы тела (при избыточном весе); не принимать горизонтальное положение после принятия пищи в течение 1–1,5 часов; не есть перед сном (последний прием пищи – за 3 часа до сна), рекомендуется частое дробное питание (5–6 раз в день); ограничение приема жиров и кофеиносодержащих, газированных напитков, цитрусовых соков, горячей, острой пищи; употребление продуктов, богатых белком и пищевыми волокнами. Также необходимо отказаться от курения, не носить тесную одежду, тугие пояса.

---

? Известно, что люди в пожилом и старческом возрасте вследствие коморбидности вынуждены принимать ряд лекарственных средств, и некоторые из них могут способствовать развитию дисфагии или рефлюкс-эзофагита, поэтому врач должен разъяснить пациентам правила приема препаратов: только сидя или стоя, употребляя адекватное количество воды (100–150 мл); не принимать лекарственные средства перед сном; по возможности использовать растворимые или жидкие формы лекарственных средств; стараться избегать медикаментозных средств, снижающих давление в нижнем пищеводном сфинктере, вызывающих гастроэзофагеальный рефлюкс.

# МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- ? Традиционно антирефлюксная терапия направлена на подавление секреции соляной кислоты H<sub>2</sub>-блокаторами и ингибиторами протонной помпы.
- ? Сравнивая результаты лечения ингибиторами протонной помпы и H<sub>2</sub>-блокаторами, удалось выявить наибольшую эффективность терапии с использованием ингибиторов протонной помпы (1 раз в сутки) по сравнению с действием H<sub>2</sub>-блокаторов (2 раза в сутки). Наблюдалось скорейшее заживление эрозивно-язвенных повреждений пищевода, более полное купирование изжоги при применении в терапии ингибиторов протонной помпы. Причиной меньшей эффективности H<sub>2</sub>-блокаторов может являться быстрое привыкание к ним. С течением времени антисекреторный эффект данного класса блокаторов желудочной секреции снижается, что, возможно, связано с повышением уровня гастрина, активирующего париетальные клетки. Толерантность развивается через 72 часа после начала перорального приема. Таким образом, целесообразность использования H<sub>2</sub>-блокаторов для лечения ГЭРБ находится под сомнением.
- ? В целом все ингибиторы протонной помпы отличаются хорошей переносимостью, при этом частота побочных эффектов не превышает 2,5%. Исследования, в которых сравнивались показатели медикаментозных вариантов лечения пожилых пациентов, доказали, что омепразол и пантопразол не влияют на сердечный ритм, показатели ЭКГ и АД, двухмесячный прием омепразола/лансопразола/пантопразола приводит к желаемому результату излечения рефлюкс-эзофагита, устраняя симптомы. При этом не наблюдаются значительные побочные эффекты.
- ? Поскольку ГЭРБ является хроническим рецидивирующим заболеванием, большинство пациентов нуждаются в поддерживающей терапии. В возрасте 65 лет и старше наилучшее поддерживающее действие и эффект предупреждения обострения эзофагита оказывает терапия антисекреторными препаратами. Также ингибиторы протонной помпы показывают высокую эффективность в сохранении длительности ремиссии болезни.

# ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ? Безрезультатное медикаментозное лечение пожилых пациентов может послужить причиной оперативного вмешательства при серьезных осложнениях (стриктуры, не поддающиеся эндоскопическому лечению); при тяжелой дисфагии, аспирации или атипичных симптомах (некардиальная боль в грудной клетке, бронхиальная астма); при большой грыже пищеводного отверстия диафрагмы; при пренеопластическом повреждении пищевода, аналогичном пищеводу Барретта. Наиболее часто выполняется лапароскопическое вмешательство.
- ? Поскольку при диагностике и лечении гериатрических пациентов с ГЭРБ нельзя опираться на симптоматику (она может не отражать истинной картины заболевания), а течение заболевания более тяжелое, чем у молодых людей или людей среднего возраста, таким пациентам необходима более агрессивная стратегия диагностики (включая эзофагогастродуоденоскопию) и лечения (в первую очередь, применение ингибиторов протонной помпы).
- ? Течение и лечение ГЭРБ у лиц пожилого возраста имеет свои особенности, которые диктуют необходимость комплексного подхода к диагностике и терапии этой категории больных.