



Ю. Л. Шкарівський, М. А. Станіславчук
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова

Динаміка показників стану скелетних м'язів та якості життя хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою на тлі антирефлюксної терапії лансопразолом

Мета — вивчити вплив антирефлюксної терапії лансопразолом на стан скелетних м'язів та показники якості життя пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

Матеріали та методи. Проведено 8-тижневе відкрите контрольоване дослідження, в яке було залучено 59 хворих на ХОЗЛ та ГЕРХ. Пацієнтів розподілили на три групи: 1-ша — 19 осіб з неерозивною ГЕРХ, які дотримувалися рекомендацій з модифікації способу життя, 2-га — 17 осіб з неерозивною ГЕРХ, 3-тя — 23 особи з ерозивною ГЕРХ, які отримували лансопразол (30 мг двічі на добу). Оцінювали масу та силу м'язів, толерантність до фізичного навантаження (6MWD) та якість життя за шкалами GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) та SGRQ-C (Saint Georges Hospital Respiratory Questionnaire for COPD patients).

Результати. Восьмитижнева антирефлюксна терапія інгібітором протонної помпи лансопразолом спричиняє регрес дисфункції стравоходу та поліпшує якість життя за шкалами GSRS (на 46—52 %) та SGRQ-C (на 28—34 %) у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ. Прийом лансопразолу не посилює втрату м'язової маси і підвищує показники тесту 6MWD та динамометрії (на 5—10 %) на тлі базисної терапії.

Висновки. Антирефлюксна терапія лансопразолом дає змогу підвищити ефективність базисної терапії, що асоціюється з поліпшенням якості життя та зменшенням ознак дисфункції скелетних м'язів у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, маса м'язів, дисфункція м'язів, якість життя, лансопразол.

Питання коморбідності хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) як взаємозумовлених патологічних станів привертає дедалі більшу увагу. Поширеність ХОЗЛ та ГЕРХ у популяції становить 7—20 %. За різними даними, ці захворювання поєднуються у 25—60 % випадків [2, 5, 7]. Хронічний кашель, легенева гіперінфляція, прийом β_2 -агоністів, М-холіноблокаторів, глюкокортикостерої-

дів, метилксантинів провокують розвиток ГЕРХ у хворих з ХОЗЛ [2, 4]. ГЕРХ індукує гіперреактивність бронхів, посилення респіраторного опору, запалення слизових оболонок дихальних шляхів унаслідок закиснення порожнини стравоходу та мікроаспірації шлункового вмісту (езофаготрахеобронхіальний рефлекс) [2]. Загострення ГЕРХ часто збігається з періодами загострення ХОЗЛ, за цих умов складніше досягти ремісії гастроєзофагеальних порушень, що зумовлює тривалішу антирефлюксну фармакотерапію [1].

Одним із тяжких системних ускладнень ХОЗЛ є зниження м'язової маси та розвиток міопатії, що суттєво погіршує якість життя та підвищує ризик смерті пацієнтів [3, 8]. Виникає питання, як фармакотерапія ГЕРХ інгібіторами протонної помпи (ІПП) позначиться на стані м'язів у пацієнтів з ХОЗЛ, адже є дані щодо розвитку міозитів, міопатій і навіть рабдоміолізу при їх прийомі [9]. Тривале застосування ІПП (омепразолу, езомепразолу) може спричинити електролітний дисбаланс (гіпомагніємію, гіпокальціємію, гіпокаліємію) і, як наслідок, — енцефалопатію та порушення скоротливості м'язів [14].

Мета роботи — вивчити вплив антирефлюксної терапії лансопразолом на стан скелетних м'язів та показники якості життя пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ.

Матеріали та методи

Проведено 8-тижневе відкрите контрольоване дослідження, в яке було залучено 59 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ. Усі хворі перебували на стаціонарному та амбулаторному лікуванні у пульмонологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова. Діагноз ХОЗЛ встановлювали згідно з наказом МОЗ України від № 128 19.03.2007 р. та рекомендаціями GOLD (2011), діагноз ГЕРХ — за критеріями Американської колегії гастроентерологів (Лос-Анджелес, 2005), Монреальського консенсусу (2006) та Гштадтських настанов зі стратегії лікування ГЕРХ.

Критеріями залучення у дослідження були: згода хворого, вік 18–75 років, установлений діагноз ХОЗЛ II–III стадії з тривалістю захворю-

вання понад 3 роки, верифікований діагноз ГЕРХ. Критеріями виключення з дослідження були: небажання хворого брати участь у дослідженні; прийом ІПП, H_2 -блокаторів, антацидів, прокінетиків на момент дослідження, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, тяжкі та декомпенсовані стани, верифіковані захворювання, які супроводжуються ураженням м'язової та нервової систем, онкологічні захворювання, для жінок — вагітність та період лактації. Всі обстежені дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Пацієнти були розподілені на три групи, репрезентативні за віком, співвідношенням статей, антропометричними показниками, показниками функції зовнішнього дихання (табл. 1): 1-ша — 19 пацієнтів з неерозивною формою ГЕРХ, які для профілактики рефлюксів дотримувалися рекомендацій з модифікації способу життя (наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.), 2-га (17 хворих з неерозивною формою ГЕРХ) і 3-тя (23 хворих з ерозивною формою ГЕРХ) групи отримували ІПП — лансопразол («Ланцерол», Arterium, Україна) по 30 мг двічі на добу. Всім хворим з ХОЗЛ проводили базисне лікування (наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.), яке включало β_2 -агоністи короткої та тривалої дії, М-холінолітики, інгаляційні глюкокортикостероїди тощо. Стан хворих оцінювали до початку лікування та через 8 тиж корекції ГЕРХ.

Стан м'язів характеризували за їх абсолютною та відносною масою, силою м'язів кисті та толерантністю до фізичного навантаження. Абсолютну масу м'язів визначали за добовою екскрецією креатиніну (1 кг м'язової маси відповідає

Таблиця 1. Характеристика груп хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ (М±σ)

Показник	1-ша група (n = 19)	2-га група (n = 17)	3-тя група (n = 23)
Чоловіки	16 (84,2%)	15 (88,2%)	20 (86,9%)
Середній вік, роки	51,8 ± 11,3	52,8 ± 10,1	51,4 ± 7,3
Тривалість ХОЗЛ, роки	10,1 ± 4,8	11,5 ± 5,8	10,3 ± 5,2
Індекс маси тіла, кг/м ²	26,4 ± 5,6	25,1 ± 5,4	25,6 ± 3,8
Частка м'язів у масі тіла, %	24,7 ± 5,5	26,6 ± 5,2	24,5 ± 4,6
ОФВ ₁ , %	50,2 ± 7,2	48,0 ± 9,8	48,9 ± 10,6
ФЖЄЛ, %	61,9 ± 8,5	60,0 ± 11,4	61,0 ± 14,6
Індекс Тіфно, %	64,9 ± 4,4	64,2 ± 5,3	62,9 ± 5,9
ПШВ, %	45,5 ± 10,9	46,9 ± 15,3	42,9 ± 11,3

Примітка. Різниця між усіма показниками у групах порівняння статистично незначуща (p > 0,5).

ОФВ — об'єм форсованого видиху; ФЖЄЛ — форсована життєва ємність легень; ПШВ — пікова швидкість видиху.

50 мг креатиніну) [6]. Частку м'язів у масі тіла (відносну масу) розраховували як відсоткове відношення маси м'язів до маси тіла: частка м'язів (%) = (маса м'язів (кг) · 100) / маса тіла (кг). Силу м'язів кисті визначали за допомогою кистьового динамометра ДРП-90. Толерантність до фізичного навантаження оцінювали за 6-хвилинним тестом ходьби (6MWD) [6]. Якість життя — за допомогою шкал SGRQ-C (Saint Georges Hospital Respiratory Questionnaire for COPD patients) та GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) [10, 11]. Добовий езофаго-рН-моніторинг проводили за допомогою апарата АГ-1рН-М.

Статистичну обробку одержаних результатів проводили стандартними методами варіаційної статистики. Вірогідність результатів оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента (для парних або незалежних груп даних), методу Фішера (при порівнянні частоти змін). Для ранжирування окремих показників застосовували метод перцентилів (P5-P95). Вірогідними вважали відмінності при $p < 0,05$. Результати наведено як $M \pm \sigma$.

Результати та обговорення

Результати добового езофаго-рН-моніторингу засвідчили, що через 8 тиж у хворих, які дотримувалися рекомендацій з модифікації способу життя з приводу ГЕРХ, виявлено тенденцію до зниження кількості рефлюксів, переважно у денний період, та зменшення тривалості зниження рН < 4 у положеннях стоячи та лежачи. Однак у них часто спостерігали тривалі рефлюкси (до

30 хв) у нічний період, не зареєстровано істотних змін індексу DeMeester (табл. 2). У хворих 2-ї та 3-ї груп, які отримували лансопризол, відзначено достовірне зменшення (на 60–65%) кількості рефлюксів удень та вночі, кількості рефлюксів тривалістю понад 5 хв, суттєве зменшення тривалості епізодів з рН $< 4,0$ у положеннях стоячи та лежачи, достовірне зменшення (на 65%) індексу DeMeester.

Оцінка якості життя за шкалою GSRS підтвердила, що модифікація способу життя не спричиняла бажаного антирефлюксного ефекту у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ (табл. 3). У 73–78% хворих 1-ї групи зберігалися скарги на печію, біль в епігастрії, грудній клітці та за грудниною, відрижку, тоді як наприкінці 8-тижневого прийому лансопризолу у 88,2% хворих 2-ї та у 86,9% 3-ї групи зменшилися частота та вираженість больових епізодів, практично зникли скарги на печію і відрижку, зменшилось відчуття тяжкості в епігастрії.

Прийом лансопризолу достовірно підвищував ефективність базисного лікування у хворих на ХОЗЛ з ГЕРХ (табл. 4). Динаміка оцінки за шкалами SGRQ-C у хворих 2-ї та 3-ї груп перевищувала таку у хворих 1-ї групи у 2,0–2,5 рази. Серед пацієнтів 2-ї та 3-ї групи понад 65% осіб наприкінці 8-го тижня відзначали достовірне зменшення кількості епізодів та інтенсивності кашлю, особливо в нічний період, вираженість задишки, підвищення працездатності та поліпшення нічного сну. В 1-й групі кашель у нічний час турбував 73,6% осіб, зниження працездат-

Таблиця 2. Динаміка показників добового езофаго-рН-моніторингу у хворих на ХОЗЛ з ГЕРХ ($M \pm \sigma$)

Показник	1-ша група (n = 19)	2-га група (n = 17)	3-тя група (n = 23)
Кількість рефлюксів за добу			
У цілому	$-11,3 \pm 17,4$	$-62,5 \pm 15,3^*$	$-61,9 \pm 20,6^*$
Удень	$-7,96 \pm 23,2$	$-60,0 \pm 20,7^*$	$-56,1 \pm 23,2^*$
Уночі	$-8,26 \pm 17,4$	$-62,7 \pm 19,8^*$	$-64,4 \pm 22,3^*$
З тривалістю понад 5 хв при рН $< 4,0$	$-1,31 \pm 32,4$	$-58,4 \pm 22,4^*$	$-61,5 \pm 22,8^*$
Тривалість зниження рН $< 4,0$			
Сумарний відсоток часу з рН $< 4,0$, %	$-9,25 \pm 9,09$	$-66,1 \pm 14,3^*$	$-56,4 \pm 22,2^*$
Відсоток часу з рН $< 4,0$ у положенні стоячи	$-4,96 \pm 46,3$	$-26,7 \pm 32,3^*$	$-21,9 \pm 32,4^*$
Відсоток часу з рН $< 4,0$ у положенні лежачи	$-3,22 \pm 23,9$	$-70,3 \pm 41,7^*$	$-78,7 \pm 10,4^*$
Час найтривалішого рефлюксу, хв	$-4,37 \pm 30,8$	$-41,9 \pm 27,6^*$	$-43,4 \pm 22,8^*$
Індекс DeMeester	$-5,50 \pm 6,05$	$-64,6 \pm 10,4^*$	$-58,0 \pm 21,3^*$

Примітка. * Різниця щодо показників 1-ї групи статистично значуща ($p < 0,001$).

Таблиця 3. Динаміка показників якості життя хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ за шкалою GSRS ($M \pm \sigma$), бали

Група		Абдомінальний біль	Рефлюкс-синдром	Диспепсичний синдром	Загальна оцінка
1-ша (n = 19)	До лікування	8,74 ± 1,41	12,6 ± 2,11	10,3 ± 1,56	39,8 ± 4,25
	Через 8 тиж	6,74 ± 1,19*	11,0 ± 1,97*	10,2 ± 1,42	36,9 ± 3,98*
	Δ, %	-22,1 ± 12,7	-11,1 ± 19,6	-0,60 ± 7,83	-6,85 ± 9,10
2-га (n = 17)	До лікування	8,82 ± 1,24	12,9 ± 1,93	9,88 ± 1,50	40,9 ± 5,09
	Через 8 тиж	2,88 ± 1,22*	4,18 ± 1,01*	6,24 ± 1,68*	20,6 ± 4,06*
	Δ, %	-67,0 ± 14,2#	-66,8 ± 9,8#	-35,5 ± 20,6#	-48,6 ± 12,8#
3-тя (n = 23)	До лікування	11,4 ± 1,31	17,3 ± 1,72	13,0 ± 2,22	50,2 ± 5,41
	Через 8 тиж	4,87 ± 1,32*	8,57 ± 1,12*	6,22 ± 1,88*	26,7 ± 3,41*
	Δ, %	-57,4 ± 11,1#	-50,4 ± 4,84#	-51,3 ± 15,4#	-46,6 ± 5,34#

Примітка. * Різниця щодо показника до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

Різниця щодо показника 1-ї групи статистично значуща ($p < 0,05$).

Різниця показників приросту між 2-ю та 3-ю групою статистично незначуща ($p > 0,05$).

Таблиця 4. Динаміка показників якості життя хворих на ХОЗЛ з ГЕРХ за шкалою SGRQ-C ($M \pm \sigma$), бали

Група		Симптоми	Фізична активність	Функціональна активність	Загальна оцінка
1-ша (n = 19)	До лікування	76,2 ± 12,5	68,8 ± 22,3	57,1 ± 16,7	64,3 ± 15,3
	Через 8 тиж	64,5 ± 15,6*	56,1 ± 16,3*	47,7 ± 13,1	56,1 ± 11,3
	Δ, %	-13,9 ± 21,2	-13,6 ± 25,6	-12,1 ± 28,0	-8,68 ± 26,4
2-га (n = 17)	До лікування	75,5 ± 13,6	75,9 ± 21,4	60,1 ± 19,1	67,3 ± 16,9
	Через 8 тиж	55,0 ± 17,0*	51,5 ± 14,7*	33,8 ± 12,7*	44,3 ± 12,9*
	Δ, %	-23,6 ± 32,9	-26,0 ± 31,1	-35,5 ± 39,3#	-29,8 ± 30,6#
3-тя (n = 23)	До лікування	83,8 ± 8,70	80,0 ± 14,7	63,0 ± 16,0	70,8 ± 12,7
	Через 8 тиж	64,9 ± 15,8*	58,4 ± 18,2*	41,7 ± 14,6*	50,6 ± 14,5*
	Δ, %	-20,6 ± 27,4	-26,2 ± 22,5	-31,9 ± 22,5#	-27,9 ± 19,2#

Примітка. * Різниця щодо показника до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

Різниця щодо показника 1-ї групи статистично значуща ($p < 0,05$).

ності — 63,1%, стомлюваність — 84,2%, порушення сну — 78,9%.

Установлено, що 8-тижневий прийом лансопразолу не спричинив негативних змін показників стану скелетних м'язів у жодного хворого з ХОЗЛ (табл. 5). У всіх групах хворих не зареєстровано суттєвих змін індексу маси тіла та прогресування втрати абсолютної і відносної маси м'язів упродовж лікування. У хворих 2-ї та 3-ї груп відзначено незначне (1–3%) підвищення відносної маси м'язів, достовірне збільшення фізичної витривалості та сили периферійних м'язів: наприкінці 8-го тижня показники динамометрії підвищилися на 9–12%, тесту 6MWD — на 5–8%.

Таким чином, антирефлюксна терапія лансопразолом дає змогу не лише поліпшити стан стравоходу та зменшити гастроєзофагеальну дисфункцію, а і підвищити ефективність базисної терапії у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ. Восьмитижневий прийом лансопразолу не спричиняв негативних змін абсолютної та відносної маси м'язів, сприяв підвищенню толерантності до фізичного навантаження і відновленню м'язової сили. Існують дані, що лансопразол чинить прямий вплив на стан скелетних м'язів: у мишей із м'язовою дистрофією введення препарату (5 мг/кг маси тіла на добу) протягом 3 міс зменшувало кількість міофібрил з ознаками дегенера-

Таблиця 5. Динаміка індексу маси тіла та показників маси м'язів у хворих на ХОЗЛ з ГЕРХ (М±σ)

Група		ІМТ, кг/м ²	Маса м'язів, кг	Частка м'язів, %	Динамометрія, кг·с	6MWD, м
1-ша (n = 19)	До лікування	26,3 ± 5,59	18,7 ± 4,21	24,7 ± 5,45	26,5 ± 5,06	287 ± 32,6
	Через 8 тиж	26,4 ± 5,56	19,0 ± 4,15	25,1 ± 5,40	27,4 ± 5,28	293 ± 31,9
	Δ, %	0,06 ± 0,27	1,94 ± 2,45	1,88 ± 2,42	3,38 ± 2,65	1,94 ± 1,74
2-га (n = 17)	До лікування	25,0 ± 5,37	19,2 ± 4,02	26,2 ± 5,04	27,6 ± 3,69	304 ± 32,9
	Через 8 тиж	25,1 ± 5,33	19,6 ± 4,00	26,8 ± 5,21	30,2 ± 3,74*	329 ± 34,7*
	Δ, %	0,04 ± 0,25	2,20 ± 1,18	2,17 ± 1,13	9,71 ± 3,41#	8,38 ± 2,87#
3-тя (n = 23)	До лікування	25,6 ± 3,80	18,4 ± 2,59	24,5 ± 4,60	26,8 ± 5,52	277 ± 24,7
	Через 8 тиж	25,6 ± 3,76	19,0 ± 2,77	25,3 ± 4,82	30,0 ± 5,14*	292 ± 22,7*
	Δ, %	0,05 ± 0,24	3,22 ± 2,08	3,18 ± 2,07	12,8 ± 8,09#	5,75 ± 4,00 #

Примітка. * Різниця щодо показника до лікування статистично значуща (p < 0,05).

Різниця щодо показника 1-ї групи статистично значуща (p < 0,05).

ції та запалення, підвищувало активність креатинфосфокінази, збільшувало силу і скоротливість скелетних м'язів, зокрема на тлі введення глюкокортикоїдів [12]. Окрім безпосередньої антисекреторної дії, лансопризол виявляє незалежні протизапальний, антибактеріальний та цитопротекторний ефекти [13], що може сприяти зменшенню ознак ХОЗЛ-індукованої міопатії.

Висновки

Восьмитижнева антирефлюксна терапія лансопризолом (30 мг двічі на добу) у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ спричиняє регрес дисфункції стравоходу і підвищує ефективність базисної терапії у 85–88 % осіб, про що свідчить

достовірне зростання якості життя за шкалами GSRС (на 46–52 %) та SGRQ-C (на 28–34 %).

Прийом лансопризолу не посилює втрату м'язової маси, сприяє зменшенню ознак дисфункції скелетних м'язів та підвищенню толерантності до фізичного навантаження (на 5–8 % за тестом 6MWD) у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГЕРХ.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення молекулярних механізмів впливу ІПП на стан м'язів та розвиток ХОЗЛ-індукованої міопатії. Не виключено, що введення ІПП у схему лікування ХОЗЛ є доцільним не лише за умов її коморбідності з ГЕРХ.

Список літератури

1. Бушнева І.Г., Шатишин А.І. Об особенностях сочетанного течения ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА у лиц пожилого и старого возраста и вопросы терапии // Биомедицина. — 2011. — № 4. — С. 62–64.
2. Гарчар В.П., Дебрецені К.О., Харітонова З.Б., Ковач В.Ю. Особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень // Медицина транспорту України. — 2010. — № 4. — С. 69–72.
3. Мостовой Ю.М., Демчук Г.В., Побережець В.Л. Дисфункція скелетних м'язів при хронічному обструктивному захворюванні легень // Здоров'я України. — 2014. — Лютий. — С. 12–13.
4. Опарин А.Г., Опарин А.А., Титкова А.В. Влияние сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на

5. Островський М.М., Герич П.Р. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ // Укр. пульмонолог. журн. — 2011. — № 4. — С. 19–24.
6. Станіславчук М.А. Стан скелетних та дихальних м'язів у хворих на системну склеродермію: зв'язок із функцією дихання та функціональним станом пацієнтів // Укр. ревм. журнал. — 2009. — № 2 (36). — С. 56–60.
7. Феценко Ю.І. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ // Укр. пульмонолог. журн. — 2012. — № 32. — С. 6–8.
8. Христин Т.М., Федів О.І., Плюшина А.А. та ін. Хронічне обструктивне захворювання легень: гетерогенність перебігу (огляд літератури) // Буков. мед. вісник. — 2012. — Т. 16, № 2 (62). — С. 174–178.

9. Clark D.W., Strandell J. Myopathy including polymyositis: a likely class adverse effect of proton pump inhibitors? // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* — 2006. — Vol. 62, N 6. — P. 473–479.
10. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. The St. George's Respiratory Questionnaire // *Respir. Med.* — 1991. — Vol. 85, suppl. B. — P. 25–31.
11. Mönnikes H., Bardhan K.D., Stanghellini V. et al. Evaluation of GERD Symptoms during Therapy // *Digestion.* — 2004. — Vol. 69. — P. 238–244.
12. Sali A., Many G.M., Gordish-Dressman H. et al. The proton pump inhibitor lansoprazole improves the skeletal phenotype in dystrophin deficient mdx mice // *PLoS One.* — 2013. — Vol. 8, N 7. — e66617. doi: 10.1371/journal.pone.0066617.
13. Satoh H. Discovery of lansoprazole and its unique pharmacological properties independent from anti-secretory activity // *Curr Pharm Des.* — 2013. — Vol. 19, N 1. — P. 67–75.
14. Tamura T., Sakaeda T., Kadoyama K., Okuno Y. Omeprazole- and esomeprazole-associated hypomagnesaemia: data mining of the public version of the FDA Adverse Event Reporting System // *Int. J. Med. Sci.* — 2012. — Vol. 9, N 5. — P. 322–326.

Ю. Л. Шкаровский, Н. А. Станиславчук

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Динамика показателей состояния скелетных мышц и качества жизни больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне антирефлюксной терапии лансопразолом

Цель — изучить влияние антирефлюксной терапии лансопразолом на состояние скелетных мышц и показатели качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы. Проведено 8-недельное открытое контролируемое исследование, в которое было включено 59 больных ХОБЛ и ГЭРБ. Пациентов распределили на три группы: 1-я — 19 лиц с неэрозивной ГЭРБ, которые придерживались рекомендаций по модификации образа жизни, 2-я — 17 лиц с неэрозивной ГЭРБ, 3-я — 23 лица с эрозивной ГЭРБ, которые получали лансопразол (30 мг дважды в сутки). Оценивали массу и силу мышц, толерантность к физической нагрузке (6MWD) и качество жизни по шкалам GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) и SGRQ-C (Saint Georges Hospital Respiratory Questionnaire for COPD patients).

Результаты. Восеминедельная антирефлюксная терапия ингибитором протонной помпы лансопразолом способствует регрессу дисфункции пищевода и улучшению качества жизни по шкалам GSRS (на 46–52 %) и SGRQ-C (на 28–34 %) у больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ. Прием лансопразола не усугубляет потерю мышечной массы и повышает показатели теста 6MWD и динамометрии (на 5–10 %) на фоне базисной терапии.

Выводы. Антирефлюксная терапия лансопразолом позволяет повысить эффективность базисной терапии, что ассоциируется с улучшением качества жизни и уменьшением признаков дисфункции скелетных мышц у больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, масса мышц, дисфункция мышц, качество жизни, лансопразол.

Yu. L. Shkarivsky, M. A. Stanislavchuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

The dynamics of the skeletal muscle indices and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with gastroesophageal reflux disease against the background of lansoprazole antireflux therapy

Objective — to investigate the effects of lansoprazole antireflux therapy on the state of skeletal muscles and quality of life of the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in comorbidity with gastroesophageal reflux disease (GERD).

Materials and methods. The open-labeled controlled 8-weeks trial included 59 patients with COPD and GERD. Patients were divided into 3 groups: 1 group involved 19 persons with non-erosive GERD, who observed the lifestyle modification recommendations; 2 group included 17 subjects with non-erosive GERD, and 3 group consisted of 23 persons with erosive GERD, treated with lansoprazole (30 mg 2 times a day). The assessments included the evaluation of the muscle mass and strength, exercise capacity (6MWD) and quality of life by GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) and SGRQ-C (Saint Georges Hospital Respiratory Questionnaire for COPD patients).

Results. The 8-weeks antireflux therapy with proton pump inhibitor lansoprazole caused regression in esophageal dysfunction and acceleration of life quality improvement by GSRS (by 46–52 %) and SGRQ-C (by 28–34 %) in patients with COPD with comorbid GERD. The administration of lansoprazole does not aggravate muscle mass loss but raises 6MWD test scores and dynamometry (5–10 %) in patients with COPD with comorbid GERD during basic therapy.

Conclusions. Lansoprazole antireflux therapy improves the efficiency of the basic treatment that is associated with improved quality of life and decrease symptoms of skeletal muscle dysfunction in COPD patients with GERD.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, gastroesophageal reflux disease, muscle mass, muscle dysfunction, quality of life, lansoprazole.

Контактна інформація

Шкарівський Юрій Леонідович, аспірант
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56

Стаття надійшла до редакції 22 травня 2014 р.