

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

С.И. Рапопорт¹, А.Н. Ильницкий², К.И. Прощаев², А.М. Стояков², Н.М. Позднякова^{2,3},
В.В. Кривецкий³, Л.Ю. Варавина¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119048 Москва; ²АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», 125319 Москва; ³ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015 Белгород

Показано, что в пожилом возрасте на фоне метаболического синдрома характерны безболевого течения язвенной болезни, сопутствующие нарушения стула в виде запора, усиление аппетита, немотивированное увеличение потребности в гипогликемической терапии, повышенная склонность к осложнениям на фоне возрастзависимого повышения активности воспалительного процесса в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки и увеличения обсеменности Helicobacter pylori. Полученные данные легли в основу возрасториентированной тактики ведения пожилых пациентов с сочетанной патологией.

Ключевые слова: язвенная болезнь; метаболический синдром; пожилой возраст.

PECULIARITIES OF THE STRATEGY FOR THE TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH DUODENAL ULCER AND CONCOMITANT METABOLIC SYNDROME

S.I. Rapoport¹, A.N. Il'niĭskiy², K.I. Proshchayev², A.M. Stoyakov², N.M. Pozdnyakova^{2,3},
V.V. Krivetskiy³, L.Yu. Varavina¹

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Gerontology Research Medical Centre, Moscow; Belgorod State National Research University, Russia

The study showed that ulcer disease in patients with metabolic syndrome is characterized by painless clinical course, bowel disorders in the form of constipation, enhanced appetite, unmotivated requirement for hypoglycemic therapy, predisposition to complications along with activation of the inflammatory process in duodenal mucosa, high H.pylori count. The data obtained were used to develop the age-specific strategy for the treatment of elderly patients with duodenal ulcer and concomitant metabolic syndrome.

Key words: ulcer disease; metabolic syndrome; advanced age.

Развитие современной гериатрии основано на синдромальном подходе, когда при оказании помощи пациенту пожилого и старческого возраста необходимо выделить ведущий синдром, который ухудшает качество жизни, и сформировать такую программу лечения и реабилитации, которая позволит путем воздействия на этот синдром повысить степень физической автономии и социального функционирования [1—3]. Подобный принцип особенно важен при оказании помощи пациентам старческого возраста, так как именно в этой возрастной группе формируется феномен полиморбидности и развивается большое количество гериатрических синдромов, ухудшающих качество жизни, основным из которых представляется синдром старческой астении [4—6]. В гериатрической практике, однако, возникает проблема ведения не только лиц старческого возраста, но и так называемых молодых пожилых людей, которые находятся в возрасте от 60 до 65 лет [7—9]. В этой группе гериатрические синдромы, ухудшающие качество жизни, еще не успевают сформироваться, однако уже начинаются патогенетические процессы, характерные для людей старших возрастных групп. К ним относятся прежде всего коморбидные состояния, когда наличие одного заболевания патогенетически способствует развитию другого. Особый практический интерес представляют те сочетания заболеваний, которые

встречаются наиболее часто [10]. К наиболее частым заболеваниям относится метаболический синдром и сахарный диабет 2-го типа, наличие которого обуславливает риск развития многочисленных осложнений. В связи с наличием гипоксического влияния на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, диетическими ограничениями, изменением иммунологической реактивности, моторно-эвакуаторной функции создаются условия для ульцерогенного процесса при сахарном диабете 2-го типа [11]. При этом нередко язвенный процесс, протекающий в двенадцатиперстной кишке, является случайной находкой, нередко уже на этапе осложнений [12—14]. В связи с этим важным является проведение исследований, направленных на изучение особенностей клинического течения, диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста с сочетанием язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и сахарного диабета 2-го типа.

Цель исследования — выявить возрастные особенности тактики ведения пожилых пациентов при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и метаболического синдрома.

Материал и методы

Проведено проспективное когортное исследование, которое было направлено на изучение характерных

возрастных различий пациентов с сочетанием язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и метаболического синдрома.

Сформированы 2 группы пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: без метаболического синдрома — 107 пациентов среднего возраста ($51,5 \pm 2,5$ года) и 115 пациентов пожилого возраста ($63,2 \pm 1,8$ года), с метаболическим синдромом — 109 пациентов среднего возраста ($51,3 \pm 2,2$ года) и 121 пациент пожилого возраста ($63,6 \pm 1,9$ года).

Критерии включения: метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа средней степени тяжести вне фазы инсулинопотребности, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки средней степени тяжести.

Критерии исключения: другие градации тяжести изученной патологии, наличие фазы инсулинопотребности при сахарном диабете на фоне метаболического синдрома, заболевания с выраженным когнитивным дефицитом, затрудняющим контакт с пациентом.

Проведена оценка субъективных проявлений и характера течения язвенной болезни с учетом таких жалоб, как изжога, тошнота, отрыжка, тяжесть в желудке после еды, тошнота, рвота и др. На основании личного осмотра пациентов и изучения медицинской карты амбулаторного больного был выявлен полиморбидный статус (сопутствующие заболевания); изучен характер медикаментозной терапии при указанной сочетанной патологии.

Из лабораторно-инструментальных методов были применены следующие: уровень глюкозы крови оценивали классическим глюкозооксидазным методом, построение гликемического профиля и его анализ проводили по общепринятым методикам, содержание гликированного гемоглобина определяли методом колоночной хроматографии. Для диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была применена фиброэзофагодуоденоскопия с помощью аппарата фирмы «Olympus» (Япония) с использованием описанных В.С. Савельевым и соавт. (2003), Л.К. Соколовым и соавт. (2005) визуальных признаков эзофагогастродуоденальной патологии. При необходимости осуществляли забор материала при гастробиопсии по следующей схе-

ме. Два фрагмента ткани были взяты из антрального отдела желудка (по малой и большой кривизне) на расстоянии 2 см от привратника. Дополнительно два фрагмента ткани изымали из тела желудка также из области малой и большой кривизны на расстоянии около 8 см от кардии. Полученный материал фиксировали традиционным способом и подвергали гистологическому исследованию. Для оценки результатов гистологического исследования был использован Хьюстонский вариант Сиднейской классификации хронического гастрита (1996). Активность воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка оценивали по степени инфильтрации полиморфно-ядерными лейкоцитами и мононуклеарными клетками.

Для диагностики сопутствующей патологии органов желудочно-кишечного тракта был применен метод ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства по общепринятым методикам с помощью аппаратов Hitachi EUB-310 (Япония), Aloka SSD 1100 (Япония), Shimadzu SDU-500 (Япония), Siemens SL-2 (Германия) с датчиками 3,5, 5 и 7 МГц. Регистрацию эхограмм осуществляли серийными тепловыми принтерами фирмы «Mitsubishi» (Япония) или на магнитном носителе.

Для диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и сахарного диабета были применены традиционные, принятые в клинической практике критерии.

Для оптимизации тактики ведения пожилых пациентов с сочетанием язвенной болезни и метаболического синдрома был применен метод экспертных оценок. Статистическая обработка данных выполнена при помощи пакета компьютерных программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

При изучении субъективного статуса пациентов с сочетанной патологией выявлено, что достоверные различия имели место по следующим позициям. При сочетанной патологии в группе лиц пожилого возраста имела место достоверно меньшая частота распространенности болевого синдрома — в группе пациентов без метаболического синдрома в среднем и пожилом

Таблица 1. **Возрастные особенности субъективных проявлений сочетанной патологии ($M \pm m$, %)**

Субъективное проявление заболевания	Пациенты с язвенной болезнью			
	без метаболического синдрома		с метаболическим синдромом	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
Болевой синдром	$28,5 \pm 3,4$	$28,4 \pm 3,2$	$28,6 \pm 3,3$	$20,5 \pm 2,7^*$
Изжога	$15,4 \pm 1,8$	$15,5 \pm 1,7$	$15,3 \pm 1,6$	$15,7 \pm 1,8$
Отрыжка кислым	$21,7 \pm 2,1$	$22,1 \pm 2,2$	$22,3 \pm 2,3$	$21,8 \pm 2,0$
Тошнота	$9,6 \pm 1,0$	$9,5 \pm 1,1$	$9,6 \pm 1,2$	$9,7 \pm 1,2$
Рвота	$1,4 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,3$
Запор	$20,7 \pm 3,0$	$25,8 \pm 3,1$	$20,8 \pm 2,9$	$41,5 \pm 2,8^*$
Понос	$2,1 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,3$	$2,2 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,3$
Нарушение аппетита	$41,5 \pm 4,1$	$41,6 \pm 0,2$	$41,4 \pm 3,9$	$69,7 \pm 4,1^*$

Примечание. * — $p < 0,05$ при сравнении с показателями у пациентов пожилого возраста без метаболического синдрома и среднего возраста при сочетанной патологии.

Таблица 2. **Возрастные особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при сочетанной патологии (M±m, %)**

Особенности течения заболевания	Пациенты с язвенной болезнью			
	без метаболического синдрома		с метаболическим синдромом	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
Наличие клинически манифестных обострений	58,7±4,8	58,9±4,1	59,1±5,0	41,3±4,1*
Применение терапии «по требованию»	62,1±4,5	44,2±4,6*	62,3±4,1	45,1±4,3**
Применение современной эрадикационной терапии	62,2±4,7	44,5±4,3*	62,4±4,4	45,5±4,2**
Изменение потребности в гипогликемической терапии при обострении	-	-	17,8±2,3	38,3±3,5*
Частота кровотечений	2,1±0,3	2,2±0,2	2,2±0,4	4,1±0,3**
Частота перфораций	2,2±0,2	2,3±0,3	2,3±0,3	5,2±0,2**
Частота случайного выявления обострений/осложнений	15,7±1,8	15,9±1,7	15,8±1,6	15,7±1,8

Примечание. Здесь и в табл. 3—5: * — $p < 0,05$ при сравнении показателей у пациентов среднего и пожилого возраста без метаболического синдрома; ** — $p < 0,05$ при сравнении с показателями у пациентов пожилого возраста без метаболического синдрома и среднего возраста при сочетанной патологии.

возрасте — 28,5±3,4 и 28,4±3,2% соответственно, с метаболическим синдромом — 28,6±3,3 и 20,5±2,7% ($p < 0,05$). В то же время выявлено, что при сочетанной патологии одним из ее возрастзависимых признаков было нарушение стула в виде запора — в группе пациентов без метаболического синдрома — 20,7±3,0 и 25,8±3,1%, в группе пациентов с метаболическим синдромом — 20,8±2,9 и 41,5±2,8% ($p < 0,05$). Также характерным возрастзависимым признаком были девиации аппетита, чаще в сторону увеличения: без метаболического синдрома — 41,5±4,1 и 41,6±4,2%, с метаболическим синдромом — 41,4±3,9 и 69,7±4,1% ($p < 0,05$). В отношении других субъективных проявлений, таких как изжога, отрыжка кислым, тошнота и рвота, понос, достоверных возрастных и нозологических различий не выявлено (табл. 1).

Показано, что у пациентов пожилого возраста при сочетании с метаболическим синдромом имели место определенные отличия течения язвенной болезни: при сочетанной патологии имела место достоверно меньшая частота клинически манифестных обострений заболевания — в группе без сахарного диабета — 58,7±4,8 и 58,9±4,1%, с сахарным диабетом — 59,1±5,0 и 41,3±4,1% ($p < 0,05$). Вместе с тем на фоне выявленного обострения в пожилом возрасте имело место повышение потребности в коррекции гипогликемической терапии с увеличением дозы препаратов — 17,8±2,3 и 38,3±3,5% ($p < 0,05$). Эти особенности отмечены на фоне того, что люди пожилого возраста в меньшей степени осведомлены о необходимости проведения сезонной терапии «по требованию» и реже ее применяют: в группе без метаболического синдрома — 62,1±4,5 и 44,2±4,6%, с метаболическим синдромом — 62,3±4,1 и 45,1±4,3%; аналогичные результаты получены в отношении частоты применения современных схем эрадикационной терапии — соответственно 62,2±4,7 и 44,5±4,3%, 62,4±4,4 и 45,5±4,2% ($p < 0,05$; табл. 2).

Полученные результаты позволяют сделать вывод: пациенты пожилого возраста не владеют в той степени, как пациенты среднего возраста, принципами те-

рапии «по требованию» и достоверно реже прибегают к эрадикационной терапии; повышение потребности в гипогликемической терапии может являться признаком обострения язвенного процесса при том, что субъективные проявления язвенной болезни при сахарном диабете на фоне метаболического синдрома в пожилом возрасте являются стертыми. Это приводит к достоверному преобладанию у пожилых пациентов с сочетанной патологией осложнений язвенной болезни, таких как кровотечение и перфорация.

По данным фиброэзофагодуоденоскопии, активность воспалительного процесса, определенная по степени инфильтрации биоптата слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки полиморфно-ядерными лейкоцитами и мононуклеарами, также имела возрастные различия на фоне сочетанной патологии. Так, средняя степень инфильтрации была достоверно большей у пациентов пожилого возраста при сочетанной патологии — в сформированных группах соответственно 24,2±3,2 и 34,3±3,1%, 34,4±3,3 и 41,6±5,1% ($p < 0,05$); при этом слабая степень инфильтрации у пациентов пожилого возраста с сочетанной патологией встречалась достоверно реже — 25,4±3,1 и 25,3±3,2%, 25,2±3,4 и 15,4±2,1% ($p < 0,05$). С полученными результатами коррелируют данные об обсеменности слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori* (HP): слабая степень обсеменности — соответственно 25,3±3,2 и 25,4±3,1%, 25,2±3,4 и 19,3±2,3%, умеренная степень обсеменности — 24,5±3,1 и 34,5±3,0%, 25,1±3,2 и 42,5±5,2% ($p < 0,05$; табл. 3).

Полученные данные позволяют считать, что по мере увеличения возраста происходит повышение активности воспалительного процесса в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, увеличивается обсеменность HP, что достигает еще больших значений при присоединении сахарного диабета 2-го типа при метаболическом синдроме.

Изучаемая сочетанная патология характеризуется присоединением ряда заболеваний по мере старения. Из заболеваний желудочно-кишечного тракта:

Таблица 3. **Возрастные особенности локального статуса при сочетанной патологии (M±m, %)**

Особенности локального статуса	Пациенты с язвенной болезнью			
	без метаболического синдрома		с метаболическим синдромом	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
Слабая активность воспалительного процесса	25,4±3,1	25,3±3,2	25,2±3,4	15,4±2,1**
Средняя активность воспалительного процесса	24,2±3,2	34,3±3,1*	34,4±3,3	41,6±5,1**
Слабая обсеменность <i>HP</i>	25,3±3,2	25,4±3,1	25,2±3,4	19,3±2,3**
Умеренная обсеменность <i>HP</i>	24,5±3,1	34,5±3,0*	25,1±3,2	42,5±5,2**

синдром раздраженной толстой кишки — 21,3±2,1 и 38,4±3,2%, 31,4±3,0 и 52,5±3,1% (увеличение распространенности в старшей возрастной группе имеет сильную положительную корреляционную связь с наличием сочетанной патологии, $r = 0,9$, $p < 0,05$); хронический панкреатит — 21,7±1,8 и 31,8±1,9%, 22,1±1,9 и 53,8±3,0% ($r = 0,8$, $p < 0,05$). Из других групп заболеваний наиболее значимыми были артериальная гипертензия — соответственно 17,5±1,8 и 25,9±2,2%, 27,4±2,5 и 51,5±3,2% ($r = 0,9$, $p < 0,05$), ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 17,4±1,7 и 25,7±2,1%, 27,5±2,6 и 52,4±3,1% ($r = 0,9$, $p < 0,05$), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) разных градаций — 17,1±1,5 и 25,6±2,0%, 27,6±2,3 и 52,1±3,0% ($r = 0,8$, $p < 0,05$), последствия мозгового инсульта — 3,1±0,3 и 7,5±1,0%, 7,1±0,9 и 15,1±1,3% ($r = 0,8$, $p < 0,05$), дисциркуляторная энцефалопатия II степени — 3,2±0,4 и 21,5±2,1%, 22,7±2,3 и 52,5±3,1% ($r = 0,8$, $p < 0,05$), тревожно-депрессивный синдром — 3,2±0,5 и 22,6±2,2%, 22,1±2,2 и 53,4±3,2% ($r = 0,7$, $p < 0,05$; табл. 4).

В связи с наличием множественной патологии исследуемые пациенты принимали значительное количество препаратов с достоверной тенденцией к увеличению с возрастом. Наиболее часто принимаемыми препаратами, исключая те, которые необходимы для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и сахарного диабета, в группах пациентов были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — 17,4±1,3 и 25,2±1,8%, 20,5±2,1 и 41,3±4,2% ($p < 0,05$), β -блокаторы — 17,5±1,2 и 25,4±1,7%, 21,3±2,2 и 42,4±4,1% ($p < 0,05$), антагонисты кальция — 10,2±1,1 и 17,5±1,2%, 16,1±1,0 и 27,1±1,4% ($p < 0,05$), нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) — 21,4±1,5

и 36,5±2,3%, 37,9±2,7 и 61,5±4,5% ($p < 0,05$), цереброангиорегуляторы — 17,4±1,3 и 25,3±1,5%, 22,4±1,9 и 43,5±4,2% ($p < 0,05$), дезагреганты — 18,5±1,5 и 26,4±1,8%, 32,4±2,1 и 50,6±3,3% ($p < 0,05$), снотворные препараты — 15,1±1,1 и 25,0±1,9%, 24,1±2,2 и 53,5±2,4% ($p < 0,05$; табл. 5).

Полученные данные показывают, что с возрастом количество принимаемых препаратов увеличивается; при этом при сочетанной патологии в пожилом возрасте этот показатель достигает статистически значимых максимальных значений.

При проведении исследования нами были выявлены клинические особенности пациентов пожилого возраста при сочетанной патологии, которые определяют целесообразность возрасториентированной оптимизации тактики их ведения по следующим позициям.

Оптимизация диагностики. При сборе анамнеза необходимо учитывать, что клинические проявления язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне метаболического синдрома у людей пожилого возраста имеют следующие особенности: безболевого течения заболевания ($\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$), сопутствующее нарушение стула в виде запора ($\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$), изменение (усиление) аппетита ($\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$), немотивированное повышение потребности в гипогликемической терапии ($\chi^2 = 7,9$, $p < 0,05$). Учет этих особенностей дает возможность заподозрить наличие язвенной патологии и своевременно приступить к началу комплексной терапии.

Оптимизация терапии. При назначении терапии важно внедрить обучающие программы и организовать контроль за ее проведением пациентом, что обусловлено тем, что пациенты пожилого возраста не владеют в той степени, как пациенты среднего возраста, прин-

Таблица 4. **Возрастные особенности полиморбидного фона при сочетанной патологии (M±m, %)**

Сопутствующие заболевания	Пациенты с язвенной болезнью			
	без метаболического синдрома		с метаболическим синдромом	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
Синдром раздраженной толстой кишки	21,3±4,1	38,4±3,2*	31,4±3,0	52,5±1,1**
Хронический панкреатит	21,7±1,8	31,8±1,9*	22,1±1,9	53,8±3,0**
Артериальная гипертензия	17,5±1,8	25,9±2,2*	27,4±2,5	51,5±3,2**
ИБС	17,4±1,7	25,7±2,1*	27,5±2,6	52,4±3,1**
ХСН	17,1±1,5	25,6±2,0*	27,6±2,3	52,1±3,0**
Последствия мозгового инсульта	3,1±0,3	7,5±1,0*	7,1±0,9	15,1±1,3**
Дисциркуляторная энцефалопатия	3,2±0,4	21,5±2,1*	22,7±2,3	52,5±1,1**
Тревожно-депрессивный синдром	3,2±0,5	22,6±2,2*	22,1±2,2	53,4±3,2**

Таблица 5. **Возрастные особенности синдрома полипрагмазии при сочетанной патологии (M±m, %)**

Препараты	Пациенты с язвенной болезнью			
	без метаболического синдрома		с метаболическим синдромом	
	средний возраст	пожилой возраст	средний возраст	пожилой возраст
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	17,4±1,3	25,2±1,8*	20,5±2,1	41,3±4,2**
β-Блокаторы	17,5±1,2	25,4±1,7*	21,3±2,2	42,4±4,1**
Антагонисты кальция	10,2±1,1	17,5±1,2*	16,1±1,0	27,1±1,4**
НПВС	21,4±1,5	36,5±2,3*	37,9±2,7	61,5±4,5**
Цереброангиорегуляторы	17,4±1,3	25,3±1,5*	22,4±1,9	43,5±4,2**
Деагреганты	18,5±1,5	26,4±1,8*	32,4±2,1	50,6±3,3**
Снотворные	15,1±1,1	25,0±1,9*	24,1±2,2	53,5±2,4**

ципами терапии «по требованию» ($\chi^2 = 8,0, p < 0,05$) и достоверно реже прибегают к эрадикационной антихеликобактерной терапии ($\chi^2 = 7,9, p < 0,05$). О важности тщательного соблюдения современных протоколов антисекреторной и антихеликобактерной терапии свидетельствуют полученные нами данные о том, что с возрастом происходит повышение активности воспалительного процесса в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки ($\chi^2 = 8,1, p < 0,05$), увеличивается обсеменность НР ($\chi^2 = 8,0, p < 0,05$), этот показатель достигает еще больших значений при присоединении метаболического синдрома ($\chi^2 = 8,2, p < 0,05$).

При назначении терапии пациентам пожилого возраста по поводу сопутствующих заболеваний необходимы взвешенный подход и избегание тех препаратов, которые оказывают прямое повреждающее действие на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки. Необходимость оптимизации и упорядочивания медикаментозной терапии при изучаемой сочетанной патологии обусловлена широким спектром сопутствующих заболеваний именно в пожилом возрасте — артериальная гипертензия, ИБС, ХСН разных градаций, последствия мозгового инсульта, дисциркуляторная энцефалопатия II степени и тревожно-депрессивный синдром ($\chi^2 = 8,1, p < 0,05$) и достоверно более частым в пожилом возрасте применением проульцерогенных препаратов, таких как НПВС, β-блокаторы, дезагреганты и др. ($\chi^2 = 8,0, p < 0,05$).

Оптимизация реабилитации. В связи с наличием у пожилых пациентов с сочетанной патологией когнитивного дефицита важным компонентом оптимизации тактики реабилитации являются ограничение приема снотворных ($\chi^2 = 8,0, p < 0,05$), занятия в специально организованных школах памяти с тренировкой памяти и когнитивных способностей ($\chi^2 = 8,1, p < 0,05$). В связи с выявленным функциональным дефицитом при сочетанной патологии в программы реабилитации необходимо включение кинезитерапевтических упражнений, ориентированных на общетренирующий эффект, тренировку мышц верхней и нижней конечности ($\chi^2 = 7,9, p < 0,05$).

Оптимизация динамического наблюдения. При динамическом наблюдении важно применять методы диагностики осложнений язвенной болезни, так как

при сочетанной патологии у людей пожилого возраста достоверно чаще, чем при изолированном течении язвенной болезни, развиваются кровотечения и перфорация ($\chi^2 = 8,1, p < 0,05$).

Оптимизация оценки эффективности тактики ведения. В связи с достоверным ухудшением качества жизни у пожилых пациентов с сочетанной патологией и принятыми в современной гериатрии подходами, ориентированными на улучшение качества жизни пожилого человека, оценка эффективности проводимых мероприятий должна включать в себя и определение в динамике качества жизни ($\chi^2 = 8,1, p < 0,05$).

Выводы

1. Возрастными особенностями клинических проявлений и течения сочетания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и метаболического синдрома в пожилом возрасте являлись безболевое течение заболевания, сопутствующее нарушение стула в виде запора, изменение (усиление) аппетита, немотивированное повышение потребности в гипогликемической терапии, при этом в пожилом возрасте в 2,5 раза чаще, чем в среднем, имелась склонность к развитию осложнений язвенной болезни, таких как кровотечения и перфорация, на фоне возрастзависимого повышения активности воспалительного процесса в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки и увеличения обсеменности *Helicobacter pylori*.

2. При изученной сочетанной патологии отмечен феномен полипрагмазии у пациентов пожилого возраста (6—7 препаратов на одного человека) в связи с высокой распространенностью сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, при этом достоверно более часто в пожилом возрасте пациенты самостоятельно или по назначению врача применяют такие проульцерогенные препараты, как нестероидные противовоспалительные средства, β-блокаторы, дезагреганты при одновременном игнорировании антисекреторной терапии «по требованию» и эрадикационной терапии.

3. Выявленные особенности требуют модификации тактики ведения пациентов с изученной сочетанной патологией, которая имеет выраженный возрасториентированный характер.

Сведения об авторах:

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Рапопорт Семен Исаакович — д-р мед. наук, проф., зав. отделом метаболического синдрома.

Варавина Лина Юрьевна — канд. мед. наук, науч. сотр. отдела клинической геронтологии.

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»

Ильницкий Андрей Николаевич — д-р мед. наук, доцент, зам. директора; e-mail: a-ilnitski@yandex.by

Прощаев Кирилл Иванович — д-р мед. наук, проф., директор центра.

Стояков Анатолий Михайлович — науч. сотр. отдела клинической геронтологии.

Позднякова Наталья Михайловна — канд. мед. наук, рук. отдела биogerонтологии.

Белгородский государственный медицинский национальный исследовательский университет

Кривецкий Валерий Васильевич — канд. мед. наук, доц. каф. хирургических болезней № 1.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Basta L.L. Ethical issues in the management of geriatric cardiac patients. *Am. J. Geriatr. Cardiol.* 2005; 14 (6): 331—2.
2. Duursma S.A., Overstall P.W. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios. *Z. Gerontol. Geriatr.* 2003; 36 (3): 204—15.
3. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001; 56 (3): 146—57.
4. Couteur D.G., Hilmer S.N., Glasgow N. et al. Prescribing in older people. *Aust. Fam. Physician.* 2004; 33 (10): 777—81.
5. Hilton C. The origins of old age psychiatry in Britain in the 1940s. *Hist. Psychiatry.* 2005; 16: 267—89.
6. Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *J. Vasc. Nurs.* 2006; 24 (1): 22—6.
7. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41 (10): 1447—62.
8. Fletcher A.E., Price G.M., Stirling S.L. et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet.* 2004; 364 (9446): 1667—77.
9. Kalvach Z. *Geriatricke syndromy a geriatricky pacient* / Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R., Zavazalova H., Holmerova I., Weber P. Praga: Grada; 2008.
10. Fisher A.L. Just what defines frailty? *J. Am. Geriatr. Soc.* 2007; 53 (12): 2229—30.
11. Heyland D.K., Dodek P., Rocker G. et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Can. Med. Assoc. J.* 2006; 6: 627—33.
12. Nagappan R., Parkin G. Geriatric critical care. *Crit. Care Clin.* 2003; 19 (2): 253—70.
13. Shore W.S., DeLateur B.J. Prevention and treatment of frailty in post-menopausal women. *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.*; 2007; 18 (3): 609—21.
14. Vellas B. et al. The Mini-Nutritional Assessment and its use in the grading of nutritional status of elderly patients. *Nutrition.* 1999. 15: 116—22.

Поступила 10.12.13