

редко они и являются непосредственной причиной смерти больных [13].

Всегда необходима максимально ранняя диагностика, затрудняемая у пожилых людей кажущейся неспецифичностью, а нередко и малой демонстративностью признаков поражения почек, способных вместе с тем быстро нарастать вплоть до необратимого ухудшения почечной функции.

Диагностика хронических нефропатий пожилого и старческого возраста, особенно при их сочетании (мультиморбидность), представляет собой трудную задачу, тем более что клинические проявления большинства из них неспецифичны. Однако замедление прогрессирования поражения почек при своевременном распознавании его происхождения у людей пожилого и старческого возраста достижимо — за счет коррекции обменных нарушений, оптимизации приема лекарственных препаратов, а также отказа от курения и минимизации потребления поваренной соли. Необходимость предотвращения необратимого ухудшения функции почек в этой группе пациентов очевидна, так как заместительная почечная терапия у них более сложная и дорогостоящая, чем у молодых пациентов [4].

Проведение заместительной почечной терапии при развитии терминальной почечной недостаточности любого происхождения показано людям пожилого и старческого возраста в полном объеме. Можно утверждать, что число людей старше 60 лет, нуждающихся в заместительной почечной терапии, в ближайшие годы будет возрастать. Продолжает накапливаться опыт трансплантации почки больным пожилого и старческого возраста.

Основные положения лекции.

В мире происходит постоянный рост числа пожилых и старых пациентов, что делает проблему «сенильной почки» одной из самых актуальных.

Сенильные (или старческие) почки — это возрастзависимая бурая атрофия ткани почек, сопровождающаяся прогрессирующим снижением функциональной способности и адаптационных возможностей, увеличением поздновозрастных форм патологии.

Многие хронические заболевания почек у пациентов пожилого и старческого возраста длительное время остаются нераспознанными, так как большинство вариантов поражения почек у них имеют «стертую» клиническую картину.

Почечная недостаточность при этом может развиваться драматически быстро, среди провоцирующих факторов продолжают лидировать лекарственные препараты, рентгеноконтрастные средства.

Феномен «мультиморбидности» старческой почки, подразумевающий возможность сочетания нескольких форм хронической нефропатии у одного человека, делает риск необратимого ухудшения функции почек максимальным.

Некоторые особенности патологии «старческие почки» детально изучены, и их учет принципиально важен при длительном наблюдении за пожилыми больными, даже когда признаки хронических болезней почек у них отсутствуют или выражены минимально, а почечная функция представляется сохранной.

References (литература)

1. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. *Lancet* 2013; 382: 339–52.
2. Stevens LA, Li S, Kurella Tamura M, et al. Comparison of the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) and Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) study equations: risk factors for and complications of CKD and mortality in the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis* 2011; 57: S9–16.
3. McClellan WM. Epidemiology and risk factors for chronic kidney disease. *Med Clin North Am* 2005; 89: 419–45.
4. Tonelli M, Riella M. Chronic kidney disease and the ageing population. *Lancet* 2014; 383: 1278–9.
5. McLachlan MS. The ageing kidney. *Lancet* 1978; 2: 143–5.
6. Epstein M. Ageing and the kidney. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7: 1106–22.
7. Денисова Т.П., Малинова Л.И. Старение и долгожительство. М.: БИНОМ, 2007.
8. Famulski KS, Halloran PF. Molecular events in kidney ageing. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2005; 14: 243–8.
9. Baldea AJ. Effect of aging on renal function plus monitoring and support. *Surg Clin North Am* 2015; 95: 71–83.
10. Zhou X, Frohlich ED. Ageing, hypertension and the kidney: new data on an old problem. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 1442–5.
11. Rule AD, Cornell LD, Poggio ED. Senile nephrosclerosis—does it explain the decline in glomerular filtration rate with aging? *Nephron Physiol* 2011; 119 Suppl 1: 6–11.
12. Baggio B, Budakovic A, Perissinotto E, et al. Atherosclerotic risk factors and renal function in the elderly: the role of hyperfibrinogenemia and smoking. Results from the Italian Longitudinal Study on Ageing (ILSA). *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 114–23.
13. Rivas Velasquez KM, Hames E, Masri H. Evaluation and management of the older adult with chronic kidney disease. *Prim Care* 2014; 41: 857–874.

УДК 616.71–018.44

ОБЗОР

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР)

Ю. Г. Шапкин — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **А. А. Юанов** — ГБУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн», главный врач, доктор медицинских наук; **Е. В. Ефимов** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук.

STRATEGY AND TACTICS OF SURGICAL TREATMENT IN ELDERLY PATIENTS WITH ISCHEMIC FORM OF DIABETIC FOOT SYNDROME (REVIEW)

Y. G. Shapkin — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **A. A. Yuanov** — Head Doctor of Saratov Regional Hospital for War Veterans, Doctor of Medical Science; **E. V. Efimov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 21.01.2015 г.

Дата принятия в печать — 10.03.2015 г.

Шапкин Ю. Г., Юанов А. А., Ефимов Е. В. Стратегия и тактика хирургического лечения ишемической формы синдрома диабетической стопы у больных пожилого возраста (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (1): 49–52.

Проведен анализ опубликованных отечественных и иностранных исследований, затрагивающих вопрос лечения больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Показано, что тема актуальна и, несмотря на ее широкое освещение в печати, не имеет окончательного решения. В настоящее время еще не решены такие вопросы, как сроки и показания к реконструктивной операции, объем и метод ампутации, ведение послеоперационного периода.

Ключевые слова: критическая ишемия конечности, синдром диабетической стопы, пожилой возраст.

Shapkin YG, Yuanov AA, Efimov EV. Strategy and tactics of surgical treatment in elderly patients with ischemic form of diabetic foot syndrome (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2015; 11 (1): 49–52.

The article analyzes the Russian and foreign publications on the issue of treatment of elderly and senile patients with critical limb ischemia and diabetes mellitus. It is shown that the topic is relevant, and, despite its wide coverage in the press, does not have the final decision. Currently unresolved issues include the terms and indications for reconstructive surgery, the amount and the method of amputation, postoperative care.

Key words: critical limb ischemia, diabetic foot syndrome, old age.

Проблема лечения больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета является сложной и нерешенной. Несмотря на значительный прогресс в сосудистой хирургии, применении эндоваскулярных и открытых методов реваскуляризации, частота выполняемых ампутаций на уровне голени и бедра не имеет значимой тенденции к снижению. Техника выполнения ампутации как таковая хорошо отработана, вместе с тем частота развития специфических и неспецифических послеоперационных осложнений остается очень высокой [1–4].

По данным разных исследований частота послеоперационных осложнений при ампутации бедра выше коленного сустава у больных пожилого и старческого возраста составляет от 38 до 60%, а летальность, даже в крупных центрах достигает 44% [5–8]. Нередко в послеоперационном периоде возникает нагноение послеоперационной раны культи, появляется необходимость в реампутации. Летальный исход у больных пожилого и старческого возраста, как правило, является результатом сердечно-сосудистых осложнений, сепсиса, пневмонии и печеночно-почечной недостаточности.

Тема хирургического лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы является актуальной, поскольку в печати имеется большое количество исследований, защищены диссертации. Однако до настоящего времени в литературе нет четко сформулированных показаний к высокой ампутации при диабетической гангрене. Широкий спектр мнений в этом вопросе обусловлен объективными трудностями — затруднениями в определении жизнеспособности тканей, что и служит причиной нагноения культи и прогрессирования некроза, а так же последующей реампутации.

Российский консенсус по диагностике и лечению больных с критической ишемией рекомендует опираться на показатели чрескожного напряжения кислорода при определении уровня ампутации [9; 10]. Эта позиция близка ряду Российских исследователей, таких как В. А. Митиш [11], М. Д. Дибиров [12]. Однако ряд исследований свидетельствует о том, что данный показатель не является абсолютным [13–15].

Другие исследователи, в том числе Н. Г. Степанов [16], базируясь на своем диссертационном исследо-

вании, утверждает, что выбор уровня ампутации зависит от клинических показателей, таких как кровоточивость мышц, отек и показатели ультразвукового сканирования сосудов.

Вместе с тем не все разделяют данную точку зрения. Ультразвуковое исследование, безусловно, является золотым стандартом обследований данной категории больных. Однако предоставленная информация отражает характеристики пульсовой волны в магистральных сосудах и не отражает состояние сосудов микроциркуляции. Более информативные исследования, например, сцинтиграфия и другие дороги, и не могут использоваться в рутинной работе общехирургических стационаров [17; 18].

Следующей проблемой хирургического лечения диабетической гангрены у больных пожилого и старческого возраста после определения уровня ампутации является выбор способа операции. Дело в том, что выполнение ампутации конечности на уровне бедра весьма травматично. В результате операции образуется большая раневая поверхность, нарушается функция тазобедренного сустава, снижается способность к передвижению больного. В момент выполнения операции хирург не имеет возможности думать об опороспособности культи для последующего протезирования, так как борьба за каждый сантиметр бедра повышает риск прогрессирования некроза и нагноения раны [19].

Одним из наиболее острых дискуссионных вопросов по ведению послеоперационной раны культи бедра после ампутации служит решение по открытому способу или ушиванию ее наглухо. С одной стороны, как утверждает М. Pascone [20], у больных с сосудистой патологией прошивание ткани ведет к ухудшению кровоснабжения и провоцирует образование полостей с экссудатом. Кроме того мышцы разных групп имеют разную степень кровоснабжения и, по мнению авторов, требуют иссечения, после чего сшить мышцы-антагонисты не представляется возможным. В отечественной практике принято вести ампутационные раны закрытым способом, как рекомендуют А. Д. Гаиров [19], В. А. Митиш [21] и другие.

Нельзя не упомянуть разный взгляд авторов на методику проведения ампутации. Так некоторые хирурги предпочитают накладывать жгут перед операцией на бедро с целью предупреждения кровопотери, которая, по их мнению, и является одной из основных причин осложнений и летального исхода у больных на фоне анемии и гипопропротеинемии [20]. Другие исследователи, в том числе В. А. Митиш [21],

Ответственный автор — Шапкин Юрий Григорьевич
Тел. 89272237896
E-mail: shapkin Yuri@mail.ru

категорически не рекомендуют накладывать жгут в связи с тем, что последний приводит к усугублению ишемии из-за разрушения путей коллатерального кровообращения. Данные исследователи рекомендуют в качестве альтернативы жгуту наложение пневматической манжеты.

Самым же спорным и острым вопросом, не решенным до настоящего времени, является выбор между высокой ампутацией и использованием реваскуляризации по одному из возможных методов для сохранения конечности или максимального снижения уровня ампутации. Этот момент имеет особое значение у больных пожилого и старческого возраста. Сторонники выполнения реваскуляризации, пропагандируя лозунг «две ноги не роскошь», утверждают, что современный уровень сосудистой хирургии позволяет даже при гнойно-некротическом процессе на стопе провести успешную реконструкцию кровотока, и, спустя небольшое время, некрэктомию. В этом лагере различия сводятся к подходу — вначале выполнять некрэктомию и затем реваскуляризацию, или сосудистая операция предваряет усечение конечности, или некрэктомию. Срок выполнения реваскуляризации так же не определен [22; 23].

Противники данной концепции в защиту своей позиции утверждают, что высокая ампутация после неудачной попытки реваскуляризации сопровождается увеличением риска инфекционных осложнений и намного утяжеляет операционный период больных пожилого и старческого возраста. Реконструктивная операция в группе больных СДС не всегда возможна, как в связи с имеющейся у них микроангиопатией, так и с отсутствием «путей оттока». Реконструкция сосудистого русла, как правило, недолговечна и в течение первого года у 11–20% больных по данным А. М. Светухина [24] и других исследований [25] формируется тромбоз сосуда или шунта, и вновь возникает вопрос о необходимости ампутации у больного. Ряд авторов говорит, что частота ампутаций после реваскуляризации в течение полугода составляет 50% [26].

Анализ обращаемости пациентов, проведенный рядом авторов, свидетельствует о позднем обращении их за медицинской помощью, увеличении числа дистальных и мультифокальных форм поражения артериального русла [27–29].

Весьма спорным является и вопрос о качестве жизни больных пожилого и старческого возраста после ампутации. Ряд авторов утверждает, что после ампутации на уровне коленного сустава протезом пользуются и ходят без труда 69,4% больных, а после ампутации на уровне бедра до 31% больных [28–30].

Н. Г. Степанов в своем исследовании установил, что из 99 больных, перенесших ампутацию на бедре, 19 человек передвигаются на протезе, 31 на коляске, 15 на костылях, а 34 — неподвижны и привязаны к кровати [16].

Сам процесс протезирования даже при малых ампутациях ограничен соматическим состоянием больных пожилого и старческого возраста. В большинстве случаев это связано с нарушениями зрения, перенесенными инсультами, инфарктами миокарда, трофическими язвами в области культи, атрофией мышц и другими возрастными изменениями.

Нельзя забывать и об экономической целесообразности. При данном подходе стоимость лечения возрастает в разы, но отдаленные результаты остаются неутешительными [30].

Таким образом, анализ публикаций, посвященных проблеме хирургического лечения синдрома диабетической стопы у больных пожилого и старческого возраста за последние 10 лет, позволяет сформулировать вопросы, требующие своего решения.

Так, значительное количество исследований разработало подходы к лечению гнойно-некротических осложнений СДС с применением разных методов реваскуляризации. Вместе с тем некоторые вопросы так и не нашли своего отражения в исследованиях, не имеют решения либо дискутабельны. Так окончательно не решен вопрос о сроках выполнения операции, обоснованности и сроках проведения предоперационной подготовки, критериях выбора уровня операции, способах дренирования послеоперационной раны, целесообразности и длительности проведения антибактериальной терапии. Эти вопросы требуют проведения дальнейших исследований.

References (Литература)

1. Bensman VM. Surgery necrotic complications of diabetic foot: a guide for doctors. M.: Medicina, 1989; 272 s. Russian (Бенсман В. М. Хирургия некротических осложнений диабетической стопы: рук-во. М.: Медицина 1989; 272 с.)
2. Briskin BS, Dibirov MD, Khamitov FF Necrotic complications of diabetic foot syndrome and their reflection in the ICD-10 standards and health insurance. *Khirurgiya* 2007; (1): 49–54. Russian (Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Хамитов Ф. Ф. Некротические осложнения синдрома диабетической стопы и их отражение в классификации МКБ-10. *Хирургия* 2007; (1): 49–54)
3. Bloomgarden ZT. The diabetic foot. *Diabetes Care* 2008; (2): 372–376.
4. Boulton AJM, Cavanagh PR, Rayman G. The foot in Diabetes. John Wiley and Sons, 2008; 449 p.
5. Canavan RJ, Unvin NC, Kelly WF, et al. Diabetes and nondiabetes-related lower extremity amputation incidence before and after the introduction of better organized diabetes foot care. *Diabetes Care*. 2008; (3): 459–463.
6. Caputo WJ. Surgical Management of the Diabetic Foot. *Wounds* 2008; (3): 74–83.
7. Chen Hua-Fen, Ching-An Ho, Chung-Yi Li. Age and sex may significantly interact with diabetes on the risks of lower-extremity amputation and peripheral revascularization procedures. *Diabetes Care* 2006; (11): 2409–2414.
8. Clayton W, Elasy TA. A Review of the Pathophysiology, Classification, and Treatment of Foot Ulcers in Diabetic Patients. *Clinical Diabetes* 2009; (2): 52–58.
9. International Covenant on diabetic foot. International Working Group on the Diabetic Foot. M.: Coast, 2000; 96 p.
10. Diagnostika i lechenie patsientov s kriticheckoy ishemiei nizhnikh konechnostey: Rossiyskie rekomendatsii. M., 2007; 156 s. Russian (Диагностика и лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей: российские рекомендации. М., 2007; 156 с.)
11. Mitish VA. Amputation of limbs ischemia. *Klinicheskaya angiologiya* 2004; (2): 344–365. Russian (Митиш В. А. Ампутации при ишемии конечностей. *Клиническая ангиология* 2004; (2): 344–365)
12. Dibirov MD, Dibirov AA, Gadzhimuradov RU. The distal reconstruction with critical lower limb ischemia in patients of older age groups. *Khirurgiya* 2009; (1): 49–52. Russian (Дибиров М. Д., Дибиров А. А., Гаджимурадов Р. У. Дистальная реконструкция при критической ишемии нижних конечностей у больных старшей возрастной группы. *Хирургия* 2009; (1): 49–52)
13. Conrad MF, Cambria RP, Stone DH, et al. Intermediate results of percutaneous endovascular therapy of femoropopliteal occlusive disease: a contemporary series. *Vascular Surgery* 2006; (44): 762–769.
14. Daniels T, Tamir E. Surgical treatment of diabetic foot complications: clinical review. *Geriatrics Aging* 2006; (7): 499–504.
15. Korovin AY, Bazalov SB. Chronological variability of the microflora of wounds and antibiotic therapy in patients with purulent-necrotic lesions of the lower extremities in diabetes. *Infektsii v khirurgii* 2008; 6 (4): 47–49. Russian (Коровин А. Я., Базалов С. В. Хронологическая изменчивость микрофлоры



ран и антибиотикотерапия у больных с гнойно-некротическими процессами нижних конечностей при диабете. Инфекции в хирургии 2008; 6 (4): 47–49)

16. Stepanov NG. Quality of life and its duration after amputation. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya* 2004; 10 (4): 13–16. Russian (Степанов Н.Г. Качество жизни и ее продолжительность после ампутации. *Ангиология сосудистая хирургия* 2004; 10 (4): 13–16)

17. Zgonis T, Stapleton JJ, Roukis TS. A stepwise approach to the surgical management of severe diabetic foot infections. *Foot and Ankle* 2008; (1): 46–53.

18. Zgonis T, Stapleton J. Innovative techniques in preventing and salvaging neurovascular pedicle flaps in reconstructive foot and ankle surgery. *Foot and Ankle* 2008; (2): 97–104.

19. Gaibov AD, Kalmykov EL, Kamolov AN. Amputation of the lower limbs in their chronic critical ischemia: Review of the literature. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* 2009; (2): 40–46. Russian (Гаибов А.Д., Калмыков Е.Л., Камолов А.Н. Ампутации нижних конечностей при хронической критической ишемии: обзор. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия* 2009; (2): 40–46)

20. Pascone M, Papa G, Ranieri A. Use of a Novel Hydrosurgery Device in Surgical Debridement of Difficult-to-Heal Wounds. *Wounds* 2008; (5): 139–146.

21. Mitish VA, Eroshkin IA, Galstyan GR, et al. Features complex surgical treatment of necrotic lesions neuroischemic form of diabetic foot syndrome. *Sakharnyy diabet* 2009; (1): 8–13. Russian (Митиш В.А., Ерошкин И.А., Галстян Г.Р. и др. Особенности комплексного хирургического лечения некротических осложнений нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. *Сахарный диабет* 2009; (1): 8–13)

22. Dibirov MD, Briskin BS, Khamitov FF, et al. The role of vascular reconstructive surgery in patients with diabetic angiopathy. *Khirurgiya* 2009; (2): 59–63. Russian (Дибиров М.Д., Бришкин Б.С., Хамитов Ф.Ф. и др. Роль реконструкции сосудистого русла у больных с диабетической ангиопатией. *Хирургия* 2009; (2): 59–63)

23. Zelenov MA., Eroshkin IA., Zhukov AO. Balloon angioplasty and stenting of arteries of the lower extremities of patients with diabetes. *Diagnosticheskaya i interventsionnaya radiologiya* 2007; 1 (4): 71–80. Russian (Зеленов М.А., Ерошкин И.А., Жуков А.О. Баллонная ангиопластика и стентирование артерий нижних конечностей у больных диабетом. *Диагностическая и интервенционная радиология* 2007; 1 (4): 71–80)

24. Svetukhin AM, Zemlyanoy AB, Koltunov VA. Long-term results of treatment of patients with purulent-necrotic forms of diabetic foot syndrome. *Khirurgiya* 2008; (7): 13–17. Russian (Светухин А.М., Земляной А.В., Колтунов В.А. Отдаленные результаты лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы. *Хирургия* 2008; (7): 13–17)

25. De Godoy JM, de Godoy MF, Batigalia F, et al. Lower-extremity amputation: a 6-year follow up in Brazil. *Orthopaedic Surgery* 2005; (2): 164–165.

26. Gavrilenko AB, Skrylev SI. Long-term results of femoral-popliteal bypass vein and reversed by the method of «in situ». *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya* 2007; (3): 120–124. Russian (Гавриленко А.В., Скрилев С.И. Ангиология и сосудистая хирургия 2007; (3): 120–124)

27. Galstyan GR. The role of the doctor-intern in the management of patients with diabetic foot syndrome. *Meditinskaya kafedra* 2004; (9): 38–47. Russian (Галстян Г.Р. Роль терапевта в лечении больных с синдромом диабетической стопы. *Медицинская кафедра* 2004; (9): 38–47)

28. Gur'eva IV. Diabetic foot: Is it possible to effectively prevent? *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2001; (24): 1122–1126. Russian (Гурьева И.В. Диабетическая стопа: Возможно ли эффективное предупреждение? *РМЖ* 2001; (24): 1122–1126)

29. Dedov II. Diabetic foot. M.: *Prakticheskaya meditsina*, 2005; 197 p. Russian (Дедов И.И. Диабетическая стопа. М.: *Практическая медицина* 2005; 197с.)

30. Deneuille M, Perrouillet A. Survival and quality of life after arterial revascularization or major amputation for critical leg ischemia in Guadeloupe. *Annals of Vascular Surgery* 2006; (6): 1–8.

УДК 616.34–002.253

Оригинальная статья

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Т.Е. Липатова — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии ФПК и ППС, доктор медицинских наук; **Н.Г. Дудаева** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры терапии ФПК и ППС, доцент, кандидат медицинских наук.

MODERN STRATEGY OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NSAID-INDUCED ENTEROPATHY IN ELDERLY

T. E. Lipatova — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Therapy of Raising Skills Faculty, Doctor of Medical Science*; **N. G. Dudaeva** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapy of Raising Skills Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.*

Дата поступления — 16.01.2015.

Дата принятия в печать

Липатова Т.Е., Дудаева Н.Г. Современная стратегия диагностики и лечения НПВП-индуцированной энтеропатии у пожилых пациентов. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2015; 11 (1): 52–56.

Цель: повышение эффективности диагностики и лечения энтеропатии, индуцированной НПВП, у пожилых пациентов с хроническим болевым синдромом (остеоартроз, дорсопатии). **Материал и методы.** Обследованы 300 пожилых пациентов с остеоартрозом или дорсопатиями, регулярно (8 недель и более) принимающих диклофенак в дозе 75 мг в сутки. Изучены клинические особенности, общая морфология, особенности компонентов диффузной эндокринной системы тонкой кишки. **Результаты.** У пожилых пациентов при регулярном приеме НПВП в 25% случаев выявляется эрозивный дуоденит с локализацией в постбульбарной области, в 75% воспалительные и атрофические изменения слизистой оболочки дистального отдела двенадцатиперстной кишки. Диагностика энтеропатии, индуцированной НПВП, у пожилых должна включать определение содержания фекального кальпротектина и эзофагогастродуоденоскопию с биопсией постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. Замена диклофенака на мелоксикам и проведение курса терапии сульфасалазином у пожилых пациентов способствуют устранению или уменьшению кишечной диспепсии, мальабсорбции, признаков кишечного воспаления по результатам фекального кальпротектина и гистологической картины тонкой кишки. **Заключение.** Пожилые пациенты представляют группу высокого риска по формированию НПВП-индуцированной энтеропатии в связи с функциональными нарушениями в диффузной нейроэндокринной системе тонкой кишки.