



УДК 616.3-008.6-053.9-085.241.2]-036.8



ВОРОНІН К.О.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ І ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Резюме. Автор навів у статті результати власного дослідження хворих похилого та старечого віку із хронічною абдомінальною ішемією, на тлі якої розвинулися біліарні дисфункції та функціональні закрепи. До лікування таких хворих доцільно включати тримебутин та тівортину аспартат, що сприяють позитивній клінічній динаміці.

Ключові слова: абдомінальний ішемічний синдром, функціональні запори, біліарні дисфункції, тримебутин.

Поширеність гастроентерологічної патології постійно збільшується в усьому світі, у тому числі в Україні. На теперішній час цей показник у нашій країні перевищує 18 тис. на 100 тис. населення, причому за останні 10 років він виріс на 47 %. Вагомий внесок у збільшення поширеності захворювань органів травлення вносять такі фактори, як нераціональне та незбалансоване харчування, погіршення екологічної ситуації, психоемоційні перевантаження. В останні роки найвища питома вага серед хвороб органів травлення в Україні припадає на хвороби жовчного міхура (ЖМ) та жовчовивідних шляхів [1, 2]. Крім того, зросла частота захворювань кишечника, у тому числі функціональних. Як патологія жовчовивідних шляхів, так і кишкові дисфункції впливають не тільки на фізичний стан пацієнта, але й на психологію його поведінки, емоційні реакції, змінюють його місце в соціальному житті, впливають на якість життя [1, 2].

Особливості перебігу, діагностики та лікування захворювань жовчного міхура та кишечника в похилому та старечому віці мало вивчені. У той же час відомо, що дисфункції жовчного міхура, хронічні запори, які є характерними для таких хворих, без правильного і своєчасного лікування призводять до підвищення ризику формування жовчнокам'яної хвороби, ішемічного коліту. А ця патологія, у свою чергу, тягне за собою розвиток ускладнень, потребує хірургічних втручань [3, 4]. Однією з особливостей патології в осіб старшого віку є достатньо частий розвиток ішемії тонкої і товстої кишки, при яких можливий розвиток їх інфаркту та гангрен

з поширенням некрозу на всі шари кишки. При скороминущих порушеннях (синдром зникаючого коліту) морфологічні зміни стосуються тільки поверхневих шарів слизової кишки (виразки, вогнища атрофії і деструкції) [3, 4]. Для хронічного варіанта абдомінального ішемічного синдрому характерні такі морфологічні зміни слизової оболонки тонкої кишки [3, 4]:

- атрофія ворсин і крипт;
- зменшення кількості крипт;
- зменшення кількості бокалоподібних клітин;
- наявність «гіпопороподібних» крипт і звитих ворсин або неправильної форми низьких ворсин, ділянок слизової оболонки з відсутністю ворсин і атрофією крипт.

У результаті у 15,0 % випадків розвивається мальабсорбція зі зниженням маси тіла аж до кахексії, діареєю, стеатореєю. Найважливішими морфологічними ознаками ішемічного коліту є такі:

- часта локалізація в селезінковому вигині;
- поверхневий некроз слизової оболонки зі збереженням епітелію крипт на великому протязі;
- наявність тромбів або згустків фібрину в дрібних артеріях;
- макрофаги, навантажені гемосидерином;
- заміщення власної м'язової пластинки сполучною тканиною.

© Воронін К.О., 2013

© «Гастроентерологія», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

При ішемічному коліті страждає моторика товстої кишки: сповільнюється пасаж вмісту з розвитком запорів, метеоризму. Можливе формування сегментарних стенозів, стриктур товстої кишки [3, 4].

На особливу увагу в гериатричній практиці заслуговує проблема поліморбідності. І хоча початок захворювань, що формують синдром поліморбідності, та їх хронізація припадають переважно на середній вік, результат їх сумарного накопичення, тобто період яскравої демонстрації клініки починає проявлятися саме в літньому віці. Поліморбідність у літніх людей призводить до складного переплетення багатьох симптомів, знижує їхню діагностичну цінність, а різні прояви патології можуть потенціювати один одного та вибірково погіршують перебіг одного із захворювань [3, 4].

Лікування поєднаної патології на тлі атеросклерозу черевної аорти та її гілок, що призводить до абдомінального ішемічного синдрому, є досить складним на практиці. У зв'язку з цим щодо хворих літнього та старечого віку потрібно особливо обережно підбирати лікарські препарати з урахуванням їхніх можливих взаємодій.

Насамперед нам уявляється обґрунтованим призначення препаратів, що містять тримебутин. Дія тримебутину на шлунково-кишковий тракт обумовлена тим, що він є агоністом периферичних μ -, κ - і δ -опіатних рецепторів і впливає на вивільнення шлунково-кишкових пептидів, таких як мотилін, і модулює вивільнення інших пептидів, включаючи вазоактивний кишковий пептид, гастрин і глюкагон. Тримебутин прискорює евакуацію зі шлунка, індукує передчасну фазу III мігруючого моторного комплексу в кишечнику та модулює скорочувальну здатність товстої кишки. Нещодавно було також встановлено, що тримебутин знижує рефлексі, викликані розширенням просвіту кишки у тварин, і тому він може модулювати вісцеральну чутливість. Клінічно тримебутин виявився ефективним при лікуванні гострого та хронічного болю в животі в пацієнтів із функціональними порушеннями кишечника, особливо при синдромі подразненої товстої кишки, у дозі 300–600 мг/день [5]. Крім того, у зв'язку з наявністю в жовчному міхурі опіатних рецепторів тримебутин робить позитивний вплив при лікуванні його функціональних розладів.

Мета дослідження: визначити особливості кровотоку у великих судинах черевної порожнини при функціональній патології кишечника і жовчного міхура у хворих похилого віку та ефективність лікування.

Матеріал і методи

Обстежені 59 хворих старечого та похилого віку, в яких за допомогою доплерографії діагностовано хронічну абдомінальну ішемію. Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб відповідного віку.

Розподіл хворих за віком наведено на рис. 1.

Одним із основних методів як для діагностики абдомінального ішемічного синдрому, так і для оцінки

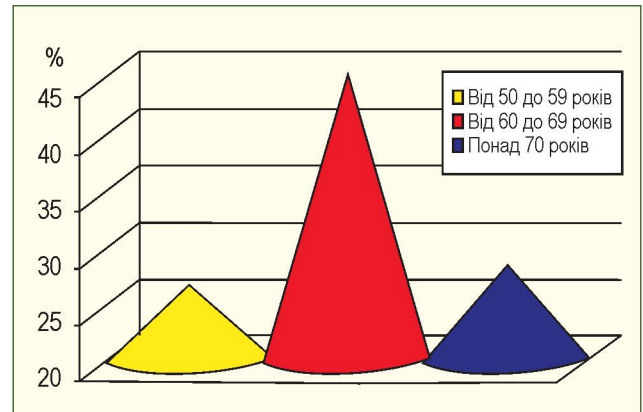


Рисунок 1 — Розподіл хворих за віком

ефективності лікування служило доплерівське дослідження. Допплерографію виконували на апараті Philips En Visor (Голландія). Визначали пікову систолічну швидкість кровотоку (V_{ps}), кінцеву діастолічну швидкість кровотоку (V_{ed}), індекс резистентності (IR) та пульсаційний індекс (PI) у черевному відділі аорти (ЧВА), черевному стовбурі (ЧС) й верхній брижовій артерії (ВБА). Пацієнтів обстежували до і після лікування. Причому кожне дослідження полягало у проведенні доплерографії натщесерце й через 30–45 хвилин після прийому розчину 50 г глюкози у 200 мл теплої кип'яченої води [7].

Хворим виконували динамічну сонографію жовчного міхура, рентгенологічне та/або ендоскопічне дослідження кишечника. До дослідження включали тільки хворих із функціональними порушеннями. Хворих було розподілено на дві групи залежно від варіанта лікування. Хворим групи порівняння (29 пацієнтів) як спазмолітик призначали дротаверин, а хворим основної групи (30 пацієнтів) — тримебутин у зазначеній вище дозі протягом 15–18 діб. Крім того, хворі основної групи одержували тівортину аспартат по 15 мл 2 рази на день *per os* протягом того ж періоду. Вираженість клінічних проявів оцінювали за допомогою напівкількісного показника середнього ступеня тяжкості (ССТ) [8].

Статистична обробка отриманих даних виконувалася на комп'ютері IBM PC Pentium III з використанням стандартних пакетів програм Microsoft Excel. Вираховувалися середня величина (M), її помилка (m). Вірогідність отриманих даних оцінювалася за допомогою критерію Стюдента, з урахуванням якої ймовірність (p) становила не менше ніж 95 % [8].

Результати

Безумовно, найважливіше значення для діагностики абдомінального ішемічного синдрому мало доплерівське дослідження ЧВА, ЧС й ВБА. Отримані дані наведені в табл. 1.

Таким чином, на користь діагнозу абдомінального ішемічного синдрому свідчить збільшення IR, PI після навантаження, значніше зростання V_{ps} під впливом навантаження, ніж в осіб контрольної групи. Менше значення для діагностики абдоміналь-

Таблиця 1 — Показники доплерографії черевної аорти, ЧС й ВБА в обстежених хворих до та після навантаження глюкозою

Показник	Хворі (n = 59)		Контрольна група (n = 30)	
	До навантаження	Після навантаження	До навантаження	Після навантаження
Черевна аорта				
Vps, м/с	0,89 ± 0,04	1,39 ± 0,03*/**	0,94 ± 0,05	1,25 ± 0,04*
Ved, м/с	0,53 ± 0,03	0,64 ± 0,02*	0,56 ± 0,06	0,71 ± 0,03*
IR	1,20 ± 0,04	1,31 ± 0,03*/**	1,15 ± 0,09	0,91 ± 0,04*
PI	1,86 ± 0,03**	1,98 ± 0,02*/**	1,68 ± 0,07	1,59 ± 0,11
Черевний стовбур				
Vps, м/с	0,97 ± 0,04	1,37 ± 0,04*/**	1,01 ± 0,05	1,25 ± 0,02*
Ved, м/с	0,25 ± 0,02	0,36 ± 0,02*/**	0,30 ± 0,03	0,49 ± 0,01*
IR	0,70 ± 0,02	0,79 ± 0,01*/**	0,69 ± 0,03	0,62 ± 0,02
PI	1,79 ± 0,08	2,05 ± 0,04*/**	1,58 ± 0,14	1,50 ± 0,08
Верхня брижова артерія				
Vps, м/с	0,86 ± 0,06**	1,25 ± 0,04*/**	1,01 ± 0,04	1,08 ± 0,03
Ved, м/с	0,21 ± 0,02	0,30 ± 0,02*/**	0,17 ± 0,02	0,43 ± 0,05*
IR	0,75 ± 0,03**	0,90 ± 0,06*/**	0,87 ± 0,02	0,60 ± 0,01*
PI	1,77 ± 0,15**	2,58 ± 0,21*/**	2,19 ± 0,12	1,34 ± 0,18*

Примітки: * — показники до й після навантаження розрізняються вірогідно; ** — показники хворих і осіб контрольної групи до навантаження чи хворих і осіб контрольної групи після навантаження розрізняються вірогідно.

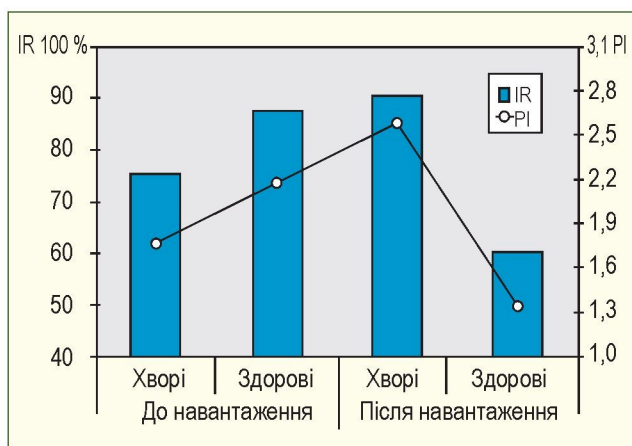


Рисунок 2 — Динаміка IR і PI у ВБА до та після навантаження глюкозою у хворих і осіб контрольної групи

ного ішемічного синдрому має не настільки виражене зростання Ved під впливом навантаження, ніж в осіб контрольної групи (рис. 2).

При аналізі показників доплерографії до навантаження виявилося, що від норми відрізняються тільки PI черевної аорти (підвищений), Vps ВБА (знижений), IR й PI ВБА (знижені). Значно інформативнішими були показники після навантаження глюкозою: всі вони (за винятком Ved черевної аорти) істотно відрізнялися від норми. Причому у хворих на абдомінальний ішемічний синдром після навантаження порівняно з показниками контрольної групи були знижені тільки Ved ЧС й ВБА, а інші по-

казники, отримані після навантаження із глюкозою, були вірогідно вищими, ніж у контролі (табл. 1).

Ми провели порівняння показників доплерографії до та після навантаження. Виявилося, що Vps й у черевній аорті, і в ЧС, і у ВБА під впливом навантаження зростає більшою мірою, ніж у здорових. Це свідчить про посилення кровотоку до органів травлення при АІС в умовах меншого діаметра й більшої ригідності стінок великих артерій черевної порожнини. Ved у результаті навантаження глюкозою у хворих на абдомінальний ішемічний синдром зростала хоча й вірогідно, але менш виражено, ніж у здорових. Можливо, це пояснюється тим, що на показник менше впливає серцевий викид. Ved більше залежить від тону судин, ніж Vps. Тому у хворих на АІС після навантаження Ved змінюється менше, ніж у контрольної групи (табл. 1).

IR у ЧВА, ЧС й ВБА при абдомінальному ішемічному синдромі після навантаження вірогідно зростає. В осіб контрольної групи цей показник після навантаження в ЧВА й ВБА знижувався вірогідно, у ЧС мав невірогідну спрямованість до зниження. Тобто динаміка IR під впливом навантаження глюкозою може служити діагностичним критерієм абдомінального ішемічного синдрому. Також діагностичне значення має й PI, що після навантаження в усіх трьох судинах вірогідно збільшувався. В осіб контрольної групи PI після навантаження в черевній аорті й ЧС мав тенденцію до зниження, а у ВБА вірогідно зменшувався (табл. 1).

За даними динамічної сонографії жовчного міхура гіперкінетично-гіпотонічна дисфункція була найчастішою і виявлялася в 32 (54,2 %) хворих. Наступ-

ною за частотою була гіперкінетично-гіпертонічна дисфункція жовчного міхура — у 12 (20,3 %) хворих. Рідше визначалися гіпокінетично-гіпотонічна та гіпокінетично-гіпертонічна дисфункції жовчного міхура — відповідно у 8 (13,6 %) і 5 (8,5 %) хворих. Лише у 2 (3,4 %) хворих дисфункції ЖМ не виявлено. У здорових переважно була нормальна функція ЖМ (у 86,6 % випадків). Лише у 2 (6,7 %) практично здорових осіб було діагностовано гіпокінетично-гіпотонічну і в такої ж кількості — гіперкінетично-гіпертонічну дисфункцію жовчного міхура.

У всіх хворих діагностовано функціональні запори.

ССТ абдоминального болю у хворих основної групи до лікування становив ($1,72 \pm 0,15$), а після лікування — ($1,18 \pm 0,21$) ($p < 0,05$). У групі порівняння динаміка вираженості болювого синдрому не була вірогідною: ССТ до лікування ($1,75 \pm 0,13$), а після лікування — ($1,38 \pm 0,35$) ($p > 0,05$).

ССТ диспептичного синдрому в основній групі до лікування — ($1,68 \pm 0,14$), а після лікування — ($1,19 \pm 0,16$) ($p < 0,05$). У групі порівняння відповідно ($1,70 \pm 0,12$) та ($1,31 \pm 0,27$) ($p > 0,05$).

Ми також контролювали частоту випорожнення. До лікування в пацієнтів основної групи цей показник становив ($2,2 \pm 0,3$) на тиждень, після лікування — ($3,8 \pm 0,5$) на тиждень ($p < 0,05$). У групі порівняння частота випорожнення була відповідно ($2,4 \pm 0,4$) та ($3,1 \pm 0,5$) на тиждень ($p > 0,05$).

Побічних ефектів у наших хворих ми не спостерігали.

Висновки

1. У хворих похилого та старечого віку за даними доплерографії ЧВА та його гілок спостерігаються суттєві порушення кровообігу в черевній порожнині.

2. У лікування хворих похилого та старечого віку із хронічною абдоминальною ішемією, на тлі якої розвинулися функціональні порушення кишечника та біліарні дисфункції, доцільно включати тримебутин та тівортину аспарат, що сприяють позитивній клінічній динаміці.

Перспективи дослідження полягають у вивченні впливу лікування на функцію жовчного міхура залежно від вихідного варіанта функціональних порушень із подальшою розробкою диференційованого лікування.

Список літератури

1. Степанов Ю.М. Динаміка захворюваності та поширеності основних хвороб органів травлення в Україні за 5 останніх років / Ю.М. Степанов, Н.Г. Гравіровська // Гастроентерологія : міжвід. зб. — Д.: Журфонд, 2012. — Вип. 46. — С. 3-12.
2. Харченко Н.В. На пути серьезных преобразований гастроэнтерологической службы в Украине / Н.В. Харченко // Здоров'я України. — 2008. — № 19(1). — С. 7.
3. Возрастная гастроэнтерология: в 3 т. / Под общ. ред. Л.Б. Лазебника, П.Л. Щербакова. — М.: Анахарсис, ПиАр-Медиа Групп, 2009. — Т. 3: Хирургическая гастроэнтерология пожилого и старческого возраста: (избр. разд.) / Под ред. Л.И. Костюченко. — 280 с.
4. Ішемічний коліт як прояв абдоминальної ішемічної хвороби: дискусійні питання клініки, діагностики, лікування: огляд літератури та власні дослідження / О.І. Волошин, О.І. Славський, І.О. Руснак [та ін.] // Внутрішня медицина. — 2009. — № 1-2. — С. 47-59.
5. Губергриц Н.Б. Хроническая абдоминальная боль. Боль при заболеваниях кишечника / Н.Б. Губергриц. — Донецк: Лебедь, 2010. — 460 с.
6. Ильченко А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. — М.: МИА; ООО ГЕРУС, 2010. — 160 с.
7. Лелюк В.Г. Методика ультразвукового исследования сосудистой системы: технология сканирования, нормативные показатели: метод. пособие / В.Г. Лелюк, С.Э. Лелюк. — М.: [б. и.], 2002. — 39 с.
8. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

Отримано 21.05.13

Воронин К.А.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

Voronin K.O.

Donetsk National Medical University named after. M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. Автор представил в статье результаты собственного исследования больных пожилого и старческого возраста с хронической абдоминальной ишемией, на фоне которой развились билиарные дисфункции и функциональные запоры. В лечение таких больных целесообразно включать тримебутин и тивортину аспарат, которые способствуют позитивной клинической динамике.

Ключевые слова: абдоминальный ишемический синдром, функциональные запоры, билиарные дисфункции, тримебутин.

FEATURES OF PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS AND EFFICACY OF THEIR TREATMENT

Summary. The author presented in the article the results of own study of elderly and senile patients with chronic abdominal ischemia, against which biliary dysfunction and functional constipation had been developed. In the treatment of such patients it is appropriate to include trimebutine and tivortin aspartate, which contribute to positive clinical dynamics.

Key words: abdominal ischemic syndrome, functional constipations, biliary dysfunctions, trimebutine.