

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Н. Ржаникова, Н.И. Ржанникова, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

Язвенная болезнь (ЯБ) – остается одной из важнейших проблем современной гастроэнтерологии [2]. Язвенная болезнь поражает оба пола и все возрастные группы взрослого населения. У пожилых и старых пациентов согласно данным статистики, является достаточно распространенным заболеванием [6]. Происходящие демографические процессы в Российской Федерации определяют увеличение числа лиц старше 60 лет, а значит и увеличение количества пожилых с ЯБ. Следует заметить, что ЯБ в пожилом и старческом возрасте имеет свои клинические, морфологические особенности, требует особого подхода к диагностике, лечению и наблюдению [1, 4]. Развитие ЯБ у пациентов старших возрастных групп чаще связано со снижением факторов защиты, нежели повышением активности факторов агрессии. Особенности течения ЯБ у пациентов пожилого и старческого возраста обуславливают увеличения риска осложнений [5], малигнизации. Несмотря на очевидные успехи в изучении ЯБ остается много дискуссионных вопросов, благодаря чему интерес к этой теме не уменьшается [3, 4]. Так мы не встретили в доступной литературе данных характеризующих особенности клинического течения ЯБ у сельских жителей. В доступной литературе, нами не обнаружено эндоскопической характеристики язвенных дефектов, у пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в сельских территориях.

Цель исследования: выявить особенности клинической, эндоскопической картины ЯБ у лиц старших возрастных групп (60 лет и старше), сельских жителей Тюменской области.

Материалы и методы:

Обследовано 46 пациентов в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 68 лет), имеющих на момент включения в исследование подтвержденную язвенную болезнь («основная группа»). Для сравнения отобрана группа пациентов среднего возраста в количестве 32 человек (средний возраст года 44,7) («группа сравнения»). В составе групп оказалось 69 мужчин и 9 женщин. Критериями включения в группы были наличие язвенной болезни и заданный возраст. В основной группе у 37 (80,4%) пациентов имела ЯБ желудка, 25 (78,1%) пациентов «контрольной

группы» наблюдались с ЯБ двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам проведено объективное обследование. При объективном обследовании оценивались характер болевого синдрома, синдрома диспепсии, аппетит, сон, настроение, имеющиеся осложнения и сопутствующие заболевания. В перечне дополнительных методов обследования обязательной была ФГДС. Осмотр пациентов и дополнительное обследование было однократным. Течение заболевания, частота и характер обострений оценивались по имеющимся записям в первичной медицинской документации. Давность ЭГДС не превышала года. При эндоскопической характеристике язвенного дефекта использовалась классификация Ф.И. Комарова и А.В. Калинина (1992). Выделялись: небольшие язвы – менее 0,5 см; средние 0,5-1,0 см; большие – 1-2,0 см; гигантские – 2,0 и более см.

Результаты и обсуждение: полученные результаты представлены в таблице ниже.

Таблица 1

Частота встречаемости симптомов язвенной болезни

Признак	Основная группа (n=46)		Контрольная группа (n=32)	
	n	%	n	%
Болевой синдром	21	45,6	28	87,5
Диспепсический синдром	37	80,4	25	78,1
Изменение аппетита	29	63,0	24	75,0
Плохой сон	36	78,3	26	81,25
Нервозность	31	17,7	27	84,4
Наличие обострений	19	41,3	25	78,1
Сезонность обострений	7 (из 19)	36,8	19 (из 25)	76,1
Наличие осложнений	13	28,3	6	18,7
Наличие сопутствующих заболеваний	43	93,5	12	37,5

Как видно из полученных результатов в клинической картине ЯБ у пациентов «основной» группы значительно реже встречался болевой синдром (45,6% против 87,5%). В этой же группе реже фиксировались клинически очерченные обострения (41,3%). Сезонный характер обострений был отмечен только у 36,6% пациентов «основной группы» против 76,1% «контрольной группы». Осложнения течения заболевания наблюдались значительно чаще так же в «основной» группе пациентов и практически у всех пациентов этой группы (98%) ЯБ протекала на фоне сопутствующей патологии. Изменение аппетита, сна так же отличались в исследуемых группах, но в меньшей степени.

В таблице 2 представлены данные ФГДС, характеризующие размеры язвенного дефекта в обеих группах исследования.

Таблица 2

Характеристика язвенного дефекта слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки в исследуемых группах

Размер язвы	Основная группа (n=46)		Контрольная группа (n=32)	
	n	%	n	%
небольшая	16	34,6	17	53,1
средняя	15	32,6	9	28,1
большая	9	19,7	5	15,6
гигантская	6	13,0	1	3,1

В «основной» группе только у трети пациентов выявлялись «небольшие язвы» слизистой оболочки (в «контрольной» 53,1%). «Гигантские» и «большие» язвы слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки в группе пациентов пожилого и старческого возраста выявлены у 32,7% обследуемых.

Выводы: клиническая картина ЯБ у пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности отличается от таковой у пациентов среднего возраста: реже встречается болевой синдром; ведущим синдромом является диспепсический (80,4%); уменьшается количество четко очерченных обострений, стирается сезонность обострений; в основной группе достоверно чаще выявлялись осложнения (28,3% и 18,7% соответственно). У трети пациентов (32,7%) «основной группы» при эндоскопическом обследовании выявлены язвенные дефекты классифицируемые как «большие и гигантские».

Практические рекомендации: успех лечения хронической патологии имеет ряд составляющих [5]. Полученные результаты следует учитывать при лечении пожилых пациентов.

Литература:

1. Барышникова Н.В., Гайковая Л.Б., Крапивка Н.А. Уровень интерлейкинов при инфицировании *сagA(+)* и *сagA(-)* штаммами *Helicobacter pylori* // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 12.
2. Минушкин О.Н. Особенности лечения язвенной болезни у пожилых и старых // Лечащий врач. – 2006. – № 6. – С. 20-24.
3. Минушкин О.Н., Володин Д.В., Зверков И.В. и др. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив 2007. – Т.79, №2. – С.22-26.5
4. Пальцев А.И. Особенности клиники, диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки у лиц пожилого возраста // Сибирский

журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 1999. – № 9. – С. 13.

5. Ржанникова А.Н., Ржаникова Н.И., Болотнова Т.В. Приверженность к лечению мужчин трудоспособного возраста при обострении язвенной болезни // VII национальный конгресс терапевтов. Сборник материалов. – Москва, 2012. – С. 172.
6. Рысс Е.С., Звартау Э.Э. Фармакотерапия язвенной болезни. – СПб-М: Невский диалект: Бином, 1998. – 253 с.

АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ И НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

О.М. Рудакова, О.В. Андреева, С.Д. Сагадиева, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО Госпиталь для ветеранов войн, г. Тюмень, Россия

E-mail авторов: victory@tyumsma.ru

У большинства больных с сердечно-сосудистой патологией одновременно выявляются несколько факторов риска (ФР) [3, 6]. В перечень ФР включены новые позиции: величина пульсового артериального давления (ПАД) у пожилых; уровень глюкозы крови натощак и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), особое место занимают липиды крови [1, 4, 5].

Цель исследования: изучить факторы риска у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) в ассоциации с ишемической болезнью сердца (ИБС) и НТГ.

Материалы и методы.

Обследованы две группы больных: 1-я группа (основная) – 52 пациента пожилого возраста с АГ, ИБС и НТГ; средний возраст в группе составил 67,3±2,0 лет; 2-я группа (сравнения) – 49 больных пожилого возраста с АГ и ИБС; возраст больных составил 68,0±1,6 лет.

Всем больным проведены комплексные клиничко-функциональные, лабораторные (определение уровня свободных жирных кислот, общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), ЛПВП, ЛПНП, глюкозы крови, тест толерантности к глюкозе) и инструментальные исследования (электрокардиография, цветовая доплерэхокардиография).

Результаты исследования.

При изучении анамнеза у пожилых больных установлено, что отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии в группе сравнения выявлена у 71% больных, в основной группе – у 70% [5]. При определении веса выявлено, что вес больных во 2-й группе составил