

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.И. Шугаев, В.П. Земляной, Л.В. Красавцева, А.К. Сухомлин

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

GASRIC AND DUODENAL ULCERS FOR OLD-AGE PATIENTS

A.I. Shugaev, V.P. Zemlynoy, L.V. Krasavceva, A.K. Suhomlin

St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2011

Статья посвящена актуальным проблемам диагностики и лечения язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки в группе больных пожилого и старческого возраста. В работе представлены особенности хронических язв, впервые возникших в пожилом и старческом возрасте, отличающейся по патогенезу, эндоскопической картине и лечению. Особое внимание уделено дифференциальной диагностике различных язвенных поражений.

Ключевые слова: язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, пожилой и старческий возраст.

The article is devoted to the actual problems of diagnostic and treatment of ulcer defects of a gastric and duodenal gut at patients of elderly and senile age. In work features of the chronic ulcers which for the first time have arisen at elderly and senile age are presented. The special attention is given for differential diagnostic of various variants of ulcer defeats.

Key words: gastric and duodenal ulcer, old-age patients.

Введение. Большинство работ, посвященных анализу язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (12пк) у лиц пожилого и старческого возраста, касаются особенностей клинических проявлений и тактики лечения язвенной болезни, без учета сроков возникновения этой патологии у рассматриваемого контингента больных. Лишь немногие исследователи придают значение этому фактору. Так, Л.Н. Валенкевич (1987) в пожилом и старческом возрасте выделяет 3 формы язвенных поражений желудка:

- 1) язвенная болезнь, начавшаяся до периода наступления старости;
- 2) язвенная болезнь, возникшая после 60 лет;
- 3) старческие язвы.

Т.И. Желнова и соавт. (1995) различают язвенную болезнь, начавшуюся в молодости и рецидивирующую многие годы; язвенную болезнь, возникшую после 60 лет, т.е. язвенная болезнь у пожилых; старческие язвы, возникшие после 80 лет.

Аналогичной классификации придерживаются О.В. Коркушко и соавт. (1993) и В.Т. Ивашкин (1999), выделяя:

- 1) язвенную болезнь «старую», длительно существующую, которая возникла в молодом и среднем возрасте;

- 2) язвенную болезнь «позднюю», начавшуюся и развивающуюся в пожилом и старческом возрасте;

- 3) «старческие» язвы, являющиеся, симптоматическими язвами, обусловленные нарушением кровообращения в результате заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, приемом определенных лекарственных препаратов и другими факторами.

Несмотря на наличие большого количества публикаций, посвященных разработке и обоснованию подходов к выбору лечебной тактики при рассматриваемой патологии (Барановский А.Ю., 2001; Воронина Л.П. 2008; Гончарик И.И., 2002; Ивашкин В.Т., 2008; Fujishiro M. et al., 2010; Wang Y.R. et al., 2010), язвенные поражения желудка и 12пк, возникающие в различные периоды жизни у больных пожилого и старческого возраста, остаются еще мало изученной проблемой, поэтому целью нашей работы является совершенствование диагностической и лечебной тактики при язвенных поражениях у рассматриваемой категории больных.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ клинко-эндоскопических особенностей язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у 357 больных, из которых 307 больных пожилого и старческого возраста, и 50 больных

молодого и среднего возраста, которые были включены в качестве контрольной группы при оценке особенностей эндоскопической и клинической картины.

Частота и характер сопутствующих заболеваний у 307 больных были следующими: церебральный атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия – 269 (87,6%); гипертоническая болезнь 2–3 ст. – 227 (30,6%); сердечная недостаточность 3–4 функционального класса – 105 (34,2%); ИБС, стенокардия напряжения 3–4 ф. класса – 94 (30,6%); хр. обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность 1–3 ст. – 56 (18,2%); посттромбофлебитический синдром – 56 (18,2%); сахарный диабет 1 и 2 типов – 53 (17,3%); хр. пиелонефрит, хр. почечная недостаточность – 47 (15,3%); ИБС, нестабильная стенокардия – 41 (13,3%); полиорганная недостаточность – 39 (12,7%); острые нарушения мозгового кровообращения – 35 (11,4%); ИБС, острый инфаркт миокарда – 16 (5,2%); цирроз печени – 10 (3,3%). Общее число сопутствующих заболеваний у 307 больных пожилого и старческого возраста составляло 1048.

Анализируемые больные составили 3 группы: 1) Больные пожилого и старческого возраста с хроническими язвами, как проявление язвенной болезни, возникшей еще в ранних периодах жизни («старые» язвы) – 85 человек; 2) 170 пациентов с хроническими язвами, впервые возникшими в пожилом и старческом возрасте – «поздние» язвы; 3) 52 пациента пожилого и старческого возраста с острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выполнено 714 эндоскопических исследований, включая повторные и контрольные осмотры, определение *Helicobacter pylori* (Hr) до и после лечения, гистологическое исследование биопсийного материала.

Биопсия во время эндоскопии производилась по общепринятым принципам. Препарат фиксировали в 10% нейтральном формалине и проводили цитоморфологическое исследование.

Кроме эндоскопических исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в 52 случаях произведены рентгенологические исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, которые проводились на аппарате Sireskor CX – S, фирмы Siemens с бариевой взвесью.

Консервативная терапия включала: комбинацию антибактериальных препаратов, входящих в схемы антихеликобактерной терапии; ингибиторы протонной помпы; спазмолитики

и м-холинолитики; антацидные и обволакивающие средства; прокинетики; цитопротекторы; дезагреганты; седативные средства; физиотерапию; экстракорпоральные методы лечения (ВЛОК, УФО крови). При лечении сопутствующих заболеваний при язвенных поражениях желудка и 12пк по возможности исключали препараты, влияющие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки: препараты, содержащие резерпин, кортикостероидные гормоны, нестероидные противовоспалительные препараты.

Эффективность лечения оценивали, рассчитывая частоту рубцевания язв, уменьшение размеров язвенного дефекта и клинических проявлений язвенной болезни.

Результаты и их обсуждение.

Хронические язвы при язвенной болезни, возникшей еще в молодом или среднем возрасте («старые» язвы). В группе больных с длительной язвенной болезнью преобладали мужчины. Средняя продолжительность язвенного анамнеза составляла 24 года. «Старые» язвы несколько чаще локализовались в 12пк – 47(55,3%), в желудке – 38 (44,7%) .

«Старая» язвенная болезнь в пожилом и старческом возрасте проявлялась несколькими вариантами:

1) бессимптомный (8,9%), когда язвы случайно были обнаружены при эндоскопическом исследовании;

2) диспептический (8,9%) – характеризуется изжогой, отрыжкой воздухом, запорами, рвотой;

3) Болевой, характеризующийся болями в эпигастральной области, которые возникали через 1–1,5 час после еды или носили характер «голодных» (14,4%). В отличие от больных молодого и среднего возраста болевой синдром не носил столь выраженного характера;

4) сочетанный (38,9%), отличавшийся болями в правом подреберье, в эпигастральной области, связанный с приемом пищи, ночными болями, снижением аппетита, тошнотой, изжогой, рвотой, неустойчивым стулом, иногда запорами;

5) латентный (28,9%), когда язвенная болезнь впервые проявлялась осложнениями – кровотечением, перфорацией, стенозом. В 6% случаев наблюдалась малигнизация язв.

«Старая» язвенная болезнь у больных пожилого и старческого возраста по анатомическим особенностям и клиническому течению отличалась от язвенной болезни у лиц молодого и среднего возраста. У пожилых больных чаще

наблюдалась слабость, снижение массы тела, анемия; в 2 раза чаще, чем в молодом возрасте, наблюдались профузные кровотечения; чаще, чем у молодых, кровотечение сочеталось с перфорацией. В большинстве случаев локализация язвенного дефекта была на задней стенке тела, в антральном отделе желудка и на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. При рентгеновском исследовании «старая» язвенная ниша, как правило, была округлой или овальной формы, чаще небольших размеров с выраженным воспалительным валом, обычно перекрывающим в зоне поражения дефект наполнения. При эндоскопическом исследовании хроническая язва в стадии «острых краев» имела округлую, овальную, эллипсоидную или щелевидную форму, края язвы валикообразные, высокие, дно язв покрыто фибринозными наложениями серовато-белого или грязно-желтого цвета, слизистая вокруг язв имела повышенную ранимость и кровоточивость. При гистологическом исследовании определялся хронический гастрит с очагами фиброза, участками атрофии, лимфоплазмоцитарной инфильтрации, пластами грануляционной ткани, множественными эозинофильными лейкоцитами. В дне язв определялись пласты волокнистой ткани, замещающие обширные участки мышечной оболочки. При «старых» язвах определялся в 86% случаев при язвах двенадцатиперстной кишки, при язвах желудка – в 77% случаев.

Результаты консервативного лечения в группе не оперированных 57 больных со «старой» язвой: рубцевание язвы – 23, уменьшение язвы в размерах с клиническим улучшением – 19, без перемен – 15. Эффективность консервативного лечения при стационарном лечении в течение трех недель у больных со «старой» язвой – 73,7%. Следует отметить, что полная эпителизация диагностирована только у 19 из 57 человек (33,3%). Средний койко-день – 24.

28 больным этой группы потребовалось оперативное лечение в связи с различными осложнениями (перфорация, кровотечение, стеноз). Из них оперированы только 20 человек, 8 пациентов отказались от операции. Характер оперативных вмешательств в группе оперированных больных: резекция желудка – 13, гастроэнтероанастомоз – 3, прошивание кровоточащего сосуда в язве с пилоропластикой – 1, стволовая ваготомия с пилоропластикой – 1, ушивание перфорации – 2.

Все 8 человек, отказавшиеся от операции, погибли. В группе из 20 оперированных больных умерло 4, послеоперационная летальность

составила 20%. Причины смерти оперированных больных: острый инфаркт миокарда – 1, прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность – 2, печеночно-почечная недостаточность – 1.

Хронические язвы, впервые возникшие в пожилом и старческом возрасте («поздние» язвы). При хронических язвах, впервые возникших в пожилом и старческом возрасте, длительность язвенного анамнеза до 6 месяцев прослеживалась у 148 (87%), до 5 лет – у 22 (13%) больных. Из 170 больных этой группы у 109 (64,1%) язвы локализовались в желудке и только у 61 (35,9%) – в 12 пк.

В отличие от «старых», клиническая картина «поздних» язвенных поражений была более выраженной, о чем свидетельствует снижение частоты бессимптомного варианта, который наблюдался в 2 раза реже (4,7%), и значительно возрастал удельный вес сочетанного варианта – 47,6%. Разница в частоте других вариантов клинических проявлений была статистически недостоверна: болевой – 15,3%; диспептический вариант – 10,6%; латентный – 21,8% ($P \geq 0,05$).

При рентгеновском исследовании «поздних» язв желудка отсутствовал симптом инфильтративного вала вокруг ниши; не наблюдалось признаков повышенной желудочной секреции и выраженной воспалительной перестройки рельефа слизистой оболочки; язвенная ниша округлой или овальной формы.

При эндоскопическом исследовании «поздняя» язва в фазе обострения имела округлую или овальную форму, «штампованный» вид, в виде «пробойника», края язвы обычно невысокие, с четкими контурами, без выраженного периаульцерозного воспаления, глубина язв была различной, дно покрыто фибринозным налетом. При гистологическом исследовании определялись морфологические признаки атрофического гастрита, наблюдались изменения структурных элементов подслизистого слоя: истончение, появление диффузных клеточных инфильтратов; определялись фрагменты соединительнотканых волокон в дне или краях язвы, интестинальная метаплазия желез, преимущественно пилорических, гиперплазия лимфоидной ткани. При определялся в 100% случаев при «поздних» язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Случаев малигнизации не выявлено.

При проведении комплексной консервативной противоязвенной терапии в этой группе больных особый акцент был сделан на эрадикацию *Helicobacter pylori*, поскольку в отличие от

«старых» язв, в случаях «поздних» язв желудка и двенадцатиперстной кишки Нр определялся в 100% случаев.

У лиц пожилого и старческого возраста с «поздней» язвенной болезнью проводили эрадикацию двух-, трех- и четырехкомпонентными схемами. Двухкомпонентная терапия язвенной болезни включала: омепразол 20 мг 2 раза в сутки – 14 дней, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки – 14 дней. Трехкомпонентная терапия в течение 7 дней: омепразол 20 мг 2 раза в сутки, Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки. Квадротерапия в течение 7 дней: омепразол 20 мг 2 раза, висмута субцитрат 120 мг 4 раза, амоксициллин 500 мг 4 раза, метронидазол 200 мг 4 раза в сутки. Четырехкомпонентная схема, включавшая еще и препараты висмута, была наиболее эффективна при «поздних» язвах. Эффективность эрадикационной 2-компонентной терапии – 82,6%; 3-компонентной – 82,4%; 4-компонентной – 92,3%.

Результаты консервативного лечения у 109 больных пожилого и старческого возраста с «поздними» язвами: рубцевание язвы – у 51, уменьшение язвы в размерах – у 44, без перемен – у 14 больных. Средний койко-день – 25. Эффективность консервативной терапии – 87,2%. Следует отметить, что полная эпителизация язвенных дефектов, при стационарном лечении в среднем до 25 дней наступила только у 51 из 109 (46,8%).

61 из 170 больных (35,9%) с «поздними» язвами было показано оперативное лечение по поводу различных осложнений язвенной болезни, однако оперировано только 44 человека. 17 больных отказались от оперативного вмешательства.

В группе оперированных больных: резекция желудка – 27, гастроэнтероанастомоз – 3, иссечение язвы с пилорoduоденопластикой – 2, проксимальная ваготомия – 1, стволовая ваготомия с пилоропластикой – 1, прошивание кровоточащего сосуда – 5, ушивание перфорации – 5. Из 44 оперированных больных умерло 21, послеоперационная летальность составила 47,7%. Причинами летальных исходов были: острый инфаркт миокарда – 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 4, нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность – 12, разлитой фибринозно-гнойный перитонит с интоксикацией и дистрофией внутренних органов – 3, тяжесть сопутствующих заболеваний, массивная кровопотеря – 1.

«Поздние» хронические язвы следует отнести к особой нозологической форме, которая по патогенезу, клинике и эндоскопической картине отличается от классической язвенной болезни – «болезни Крювелъе».

Представленные данные свидетельствуют о некоторых особенностях течения хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, впервые выявленных в пожилом и старческом возрасте. Они заключаются в позднем развитии язв желудка и двенадцатиперстной кишки, характеризуются особенностями клинической и эндоскопической картины – язвенный дефект всегда выявлялся на фоне атрофического гастрита, когда кислотно-пептический фактор уже не имеет важного значения. При этом варианте увеличивается до 100% удельный вес Нр. В патогенезе «поздних» хронических язв возрастает роль факторов, способствующих ослаблению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Они развивались, по нашим данным, на фоне генерализованного атеросклероза, гипертонической болезни, хронических неспецифических заболеваний легких и других заболеваний, способствующих нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке желудка.

Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Анамнез у больных с острыми язвами отсутствовал или был очень коротким. Начало заболевания острое, без предвестников, на фоне основного заболевания, нарушающего макро- и микроциркуляцию. Клиническая картина острых язв характеризовалась неприятными ощущениями в эпигастральной области, проходящими после приема пищи; у ряда больных наблюдалась изжога, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, головокружение, слабость. Из 52 больных пожилого и старческого возраста у 5 развились осложнения в виде кровотечений, остановленных эндоскопическими методами гемостаза.

Различали 2 вида острых язв: плоские и кратерообразные. Острые язвы чаще были множественными, их форма округлая или овальная, реже – полигональная. Дно острых язв обычно некротическое с участками гематина, иногда покрыто серовато-желтым фибрином или сгустком крови, после отторжения некротических масс дно язвы было серо-красным. Диаметр острых язв колебался от 2–3 мм до 2–3 см и более. Вокруг острых язв отсутствовал периульцерозный воспалительный вал, как при хронических язвах, но наблюдался ярко-красный ободок воспалительной гиперемии.

Острые язвы, как правило, располагались на отечной слизистой оболочке, покрытой вязкой слизью и фибрином, отличались повышенной контактной ранимостью и кровоточивостью. Форма большинства острых язв клиновидная, вершина клина обращена в толщу стенки желудка, язвы в этих случаях имели подрывтый нависающий оральный край и пологий аборальный. В области подрывтого края некроз и пропитывание фибрином дна язвы выражены значительно больше, чем у противоположного пологого края. При микроскопическом исследовании в дне и краях эрозивного или язвенного дефекта определялась узкая зона не-

кротизированных тканей и лейкоцитарной инфильтрации.

Заживление острых язв и эрозий сопровождается полной эпителизацией или (реже) формированием нежного розового рубца. При острых язвах желудка и двенадцатиперстной кишки Нр определялся в 70% случаев. Эффективность трехнедельной консервативной терапии в условиях стационара при язвах желудка – 62,5%, при язвах двенадцатиперстной кишки – в 100% случаев.

Дифференциально-диагностические критерии язвенных поражений желудка и 12 пк представлены в таблице.

Характеристика «старых», «поздних» и острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста

Параметры	«Старая» хроническая язва		«Поздняя» хроническая язва		Острые язвы	
	желудок	ДПК	желудок	ДПК	желудок	ДПК
Число обследованных больных	38 (44,6%)	47 (55,2%)	109 (64,1%)	61 (35,9%)	32 (61,5%)	20 (38,5%)
Длительность заболевания	от 11,5 до 40 лет и более		От 1 до 5 мес. – 87%, От 1 до 5 лет – 13%		Внезапное начало, без предвестников	
Преимущественная локализация язвенного дефекта	Антральный отдел	Передняя стенка	Малая кривизна и задняя стенка тела	Передняя и задняя стенки	Антральный отдел и малая кривизна тела желудка	Передняя и задняя стенка
Размеры язвенного дефекта	Малые и средние		Малые, средние и большие		Средние, большие и гигантские	
Форма язв	Округлая, с неровными контурами, глубокая, с воспалительным валом вокруг, одиночная		Округлая, имеет «штампованный» вид, неглубокая, без воспалительного вала вокруг		Полигональные, множественные, поверхностные	
Слизистая оболочка вокруг язвы	Атрофический и неатрофический гастрит		Атрофический гастрит, поверхностные эрозии		Отечная, эрозии	
Гистологическая характеристика	На фоне атрофического и неатрофического гастрита грубые соединительнотканые волокна в дне или краях язвы		На фоне атрофии слизистой расширяется зона некроза, соединительно-тканые волокна в дне язвы		На фоне атрофии слизистой, множество микроэрозий, лимфоидная инфильтрация	
<i>Helicobacter pylori</i> , %	88,8		100		70	

Параметры	«Старая» хроническая язва		«Поздняя» хроническая язва		Острые язвы	
	Желудок	ДПК	желудок	ДПК	желудок	ДПК
Эффективность консервативной терапии, %	73,7%		87,2%		100%	
Полная эпителизация язвы	33,3%		46,8%		100%	
Осложнения	32,4%		35,9%		9,5%	

Высокий удельный вес различного рода осложнений у больных со «старыми» и «поздними» хроническими язвами потребовал оперативных вмешательств, сопровождавшихся высокой летальностью – 20% при «старых» и 47,7% – при «поздних» язвах, что в определенной мере могло быть связано с завышением объема вмешательства, о чем свидетельствует большое число резекций желудка. Последняя считается радикальным методом лечения язвенной болезни, однако приемлема только для узкого круга лиц пожилого и старческого возраста, способных перенести такой объем вмешательства. Для основного контингента больных этих возрастных групп, отягощенных рядом сопутствующих заболеваний, они должны выполняться в минимальном объеме.

Выводы:

1. При язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста следует выделять хронические и острые язвы: хронические язвы, как проявление язвенной болезни, возникшей еще в молодом или среднем возрасте («старые» язвы), и «поздние» язвы, впервые возникшие в пожилом и старческом возрасте. Указанные поражения отличаются по патогенезу, клинко-эндоскопической картине и лечению.

Литература:

1. Барановский, А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А.Ю. Барановский. – СПб. : Фолиант. – 2001.

2. Валенкевич, Л.Н. Гастроэнтерология в гериатрии / Л.Н. Валенкевич. – Л. : Медицина. – 1987. – С. 6–13, 42–89.

3. Воронина, Л.П. Язвенная болезнь в практике гериатра / Л.П. Воронина // Медицинские новости. – 2008. – № 15. – С. 28–32.

4. Гончарик, И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И. Гончарик. – Минск : Интерпрес-сервис. – 2002.

5. Желнова, Т.И. Практическая гериатрия : руководство для врачей / Т.И. Желнова, О.Г. Яковлев, Т.В. Карцева, В.М. Капустин ; под ред. Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева. – Самара, 1995. – С. 198–221.

6. Ивашкин, В.Т. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин // Гериатрия, 1999. – Т. 7, № 16. – С. 44–50.

7. Клиническое руководство по гастроэнтерологии : руководство для практических врачей / под ред. В.Т. Ивашкина. – М. : Анахарсис. – 2008.

8. Коркушко, О.В. Гериатрия в терапевтической практике / О.В. Коркушко, Д.Б. Чеботарев, Е.Г. Калиновская. – Киев : Здоровье, 1993 – С. 93–97, 575–592.

9. Fujishiro, M. Current managements and outcomes of peptic and artificial ulcer bleeding in Japan / Fujishiro M. [et al.] // Dig Endosc. 2010 Jul;22 Suppl 1:S9–14.

10. Wang, Y.R. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, 1993 to 2006 / Y.R. Wang, J.E. Richter, D.T. Dempsey // Ann Surg. 2010 Jan;251(1):51–8.

Земляной Вячеслав Петрович
e-mail: vyacheslav.zemlyanoy@spbmapo.ru