

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СОЧЕТАЮЩАЯСЯ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Т.А. Бирюкова, Т.В. Савельева, Л.Т. Пименов

*Кафедра внутренних болезней с курсом поликлинической терапии (зав. – проф. Л.Т.Пименов)
Ижевской государственной медицинской академии*

Несмотря на большие успехи последних лет в лечении язвенной болезни (ЯБ), прослеживается рост числа больных и рецидивов ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста. Именно у пациентов этой категории наблюдаются наибольшее число осложнений, увеличение в структуре заболевания удельного веса язв больших и гигантских размеров, а также длительные сроки рубцевания, малосимптомность и стертость клинической картины ЯБ [8, 9]. Кроме того, у 52% пожилых имеет место сочетание ЯБ и ишемической болезни сердца (ИБС) [3], что нередко создает проблему при выборе метода лечения.

А. Шептулин (2005) утверждает, что ЯБ следует подразделять у пожилых пациентов на длительно протекающую (если она возникает в молодом и среднем возрасте, и ее обострения имеют место в пожилом возрасте) и позднюю (впервые развившуюся в пожилом возрасте) [9]. У лиц пожилого и старческого возраста при обострении ЯБ преобладает спастический тип нарушения микроциркуляции, характеризующийся спазмом артериол, повышением их тонуса и снижением кровотока из-за уменьшения притока крови в микроциркуляторное русло [4, 7]. Одним из патогенетических механизмов ЯБ является формирование в микроциркуляторном русле желудка или двенадцатиперстной кишки так называемой локальной (спланхической) гипертензии [4]. Последняя в слизистой желудка сопровождается развитием эндотелиальной дисфункции и нарушением выработки эндотелиального фактора релаксации – оксида азота. Существующая системная артериальная гипертензия и сопутствующая ей эндотелиальная дисфункция усугубляют местные гипоксические микроциркуляторные нарушения. По мнению Н.Ш. Амирова и А.С. Логинова [1], развитие язвенного процесса начинается с локального повреж-

дения эндотелия сосудов под влиянием эндотелина-3, способного нарушать целостность капилляров, артериол и венул.

Рассмотрение новых данных о механизмах язвообразования в пожилом возрасте требует поиска радикальных подходов к лечению больных данного контингента.

Мы наблюдали 50 пациентов в возрасте от 55 до 77 лет (средний возраст – $65,6 \pm 2,2$ года), из них 15 (30%) женщин и 35 (70%) мужчин с обострением ЯБ, составивших основную группу. У всех имела место та или иная патология сердечно-сосудистой системы: сочетание ЯБ с ИБС установлено у 23 (46%) из 50 пациентов, с артериальной гипертензией (АГ) – у 15 (30%), с ИБС и АГ – у 12 (24%). У 24 (48%) пациентов основной группы установлена другая сопутствующая патология: у 32,5% – хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта (калькулезный и некалькулезный холецистит, панкреатит, вирусный гепатит), у 8% – заболевания почек, у 35% – легких, у 37,5% – опорно-двигательного аппарата, у 13% – кожные, глазные и ЛОР-болезни.

Контрольную группу составили 20 пациентов молодого возраста, поступившие в стационар также с обострением ЯБ (средний возраст – $40,4 \pm 1,9$ года). Всем больным проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия. Наличие обсемененности *Helicobacter pylori* (НР) в слизистой оболочке желудка устанавливали гистологическим и уреазным методами. Изучали показатели липидного спектра крови: содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), рассчитывали содержание холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) и индекс атерогенности (ИА). Состояние микроциркуляции оценивали с

помощью конъюнктивальной биомикроскопии (КБМС) с характеристикой выявленных изменений по качественно-количественной методике [2]. Функциональное состояние эндотелия определяли по величине прироста диаметра плечевой артерии (поток-зависимая вазодилатация) в пробе с реактивной гиперемией посредством ультразвукового сканера Aloka-4000 (Япония) с линейным датчиком 7,5 МГц. У здоровых лиц прирост диаметра плечевой артерии после 4-минутной компрессии плеча составлял более 10%. Снижение величины этого показателя менее 10% свидетельствует о наличии эндотелиальной дисфункции (ЭД).

Для обработки данных использовались параметрические (критерий Стьюдента) и непараметрические (критерий Уайта) статистические методы. Результаты представлены в виде средней и стандартного отклонения либо в виде медианы значений и межквартильного интервала. Корреляционный анализ проводился путем вычисления рангового коэффициента корреляции Спирмена и критерия согласия Пирсона (2).

В основной группе длительно протекавшая ЯБ была выявлена у 27 (54%) из 50 человек, поздно возникшая – у 23 (46%), из них впервые выявленная – у 6 (26%). Средний возраст возникновения заболевания в группе с длительно протекавшей ЯБ составил $43,7 \pm 3,6$ года (от 20 до 57 лет), в группе поздних язв – $64,6 \pm 1,6$ года (от 60 до 70 лет). Средняя длительность течения ЯБ – $12,8 \pm 5,9$ года. Установлено преобладание дуоденальной локализации язвы (65%) над желудочной (35%). У 8 (16%) человек основной группы были зарегистрированы небольшие размеры язв (менее 0,5 см), у 32 (64%) – средние (0,5 – 1 см), у 10 (20%) – крупные (1,1 – 3 см). Обострения ЯБ у большинства больных возникали 1–2 раза в год, что соответствовало средней тяжести болезни. Частое рецидивирование имело место у 14 (28%) обследованных, из них у 50% больных диагностирована поздняя ЯБ. Сезонность обострений отмечали 32 (64%) пациента, преимущественно с длительно протекавшей ЯБ. Осложненные язвы (кровотечение, перфорация, стеноз) были выявлены у 15 (30%) больных. У 38 (76%) человек наблюдалось сочетание язвы с рубцовойязвенной деформацией луковицы

двенадцатиперстной кишки и желудка. Отягощенная наследственность была выявлена у 13 (26%) больных. Атипичность клинической картины ЯБ имела место у 35 (70%) пациентов, в том числе безболевого течения ЯБ у 9 (18%), нетипичная локализация боли (в левой половине грудной клетки, в подреберьях без отчетливой связи с приемом пищи, иррадиирующая в спину, поясницу, область сердца, а также загрудинные боли) у 17 (34%), выраженный диспептический синдром у 15 (30%). На связь боли с приемом пищи указывали преимущественно пациенты с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке.

Обсемененность НР в группе пожилых больных была достоверно ниже, чем у молодых, и составляла соответственно 42% и 85% ($p < 0,01$). Эти данные согласуются с результатами других авторов [3, 5, 6, 8].

Анализ липидного спектра крови основной группы выявил существенные отклонения его показателей у 48 (96%) пациентов. Так, констатируется повышение содержания ХС в среднем до $5,93 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$), содержания ТГ в среднем до $2,48 \pm 0,23$ ммоль/л, ХСЛПНП до $3,9 \pm 0,6$ ммоль/л, ХСЛПОНП до $0,76 \pm 0,07$ ($p < 0,05$), снижение содержания ХСЛПВП до $0,87 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$). ИА составил $5,35 \pm 0,46$.

Корреляционный анализ между показателями липидного спектра и особенностями клинического течения показал в основной группе наличие прямой положительной связи средней силы между размерами язвенного дефекта и уровнями ТГ, ХСЛПОНП, ИА, слабой положительной – с уровнем ХСЛПНП, отрицательной средней силы – с величиной ХСЛПВП ($p < 0,05$). В контрольной группе достоверных корреляций этих показателей не найдено. В основной группе скорость рубцевания язвенного дефекта (в мм²/сут) находилась в обратной зависимости от уровня ИА и в прямой – от уровня ХСЛПВП, а в контрольной группе – в обратной зависимости от уровня ТГ ($p < 0,05$). Достоверных различий в показателях липидного спектра у пациентов с впервые выявленной и поздно возникшей ЯБ установлено не было.

Таким образом, наличие дислипидемии у пожилых больных ЯБ в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы со-

проводяется развитием выраженных дистрофических изменений в слизистой гастродуоденальной зоны. Протективное действие ХСЛПВП, вероятно, связано с их положительным действием на эндотелий сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки.

Изменения кровотока в сосудах бульбарной конъюнктивы выявлены у 48 (96%) пациентов основной группы и у 10 (50%) в контрольной. По данным КБМС, в старшей возрастной группе конъюнктивальный индекс (КИ)₁ составлял $1,62 \pm 0,31$, КИ₂ – $6,23 \pm 1,44$, КИ₃ – $8,4 \pm 0,12$, КИ₀ – $14,34 \pm 1,82$ ($p < 0,05$), в контрольной группе – соответственно $1,03 \pm 0,21$, $3,35 \pm 0,92$, $2,32 \pm 0,32$ и $6,73 \pm 1,13$, что свидетельствовало о достоверных нарушениях микроциркуляции у пожилых больных с ЯБ. У пациентов основной группы значительно чаще выявлялись периваскулярный отек, сладж в венулах и капиллярах, замедление кровотока и тромбоз в посткапиллярных венулах. Достоверных различий в величинах К₁, К₂ и К₃ у пациентов с впервые установленной и поздно возникшей ЯБ не было.

Дисфункция эндотелия была обнаружена в основной группе у 50% больных, в контрольной – у 10% ($p < 0,01$). В частности, в старшей возрастной группе показатели поток-зависимой вазодилатации (ПЗВ) были ниже, чем в контроле: у 50% пациентов основной группы ПЗВ плечевой артерии варьировала от 5,8 до 10% при медиане, равной 7,35% ($p < 0,05$), в контрольной группе – от 8,1 до 17,8% при медиане, равной 13,80%.

Наличие эндотелиальной дисфункции отрицательно влияло на скорость рубцевания язвенного дефекта в основной группе ($\chi^2 = 4,15$; $p = 1$; $p < 0,05$), однако величина ПЗВ не коррелировала ни с размерами язв, ни со скоростью их рубцевания как в основной, так и в контрольной группе.

Таким образом, у большинства больных пожилого и старческого возраста ЯБ протекает на фоне сопутствующей патологии, преимущественно сердечно-сосудистой системы. Не исключено, что в развитии ЯБ на фоне ИБС и АГ значительную роль играют нарушения микроциркуляции, индуцированные атеросклеротическим поражением сосудов стенки желудка, двенадцатиперстной кишки, и ишемическая дисфункция эндотелия. Атипичность клинической картины ЯБ у пожилых создает

трудности в дифференциальной диагностике, что требует проведения дополнительных методов исследования. У 30% пациентов ЯБ клинически протекает по осложненному течению. У большинства больных выявлены выраженные изменения в липидном спектре крови. Установленные факты имеют несомненное значение для дальнейшей оптимизации лечения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста. Возникает вопрос о препаратах, действующих как на ЯБ, так и на сопутствующую патологию, в частности атеросклероз сердечно-сосудистой системы, отягощающий прогноз заболевания. В перспективе наши постулаты нуждаются в патогистологических серийных наблюдениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров Н.Ш., Логинов А.С. // Росс. гастроэнтерол. журн. – 1999. – № 1. – С. 7.
2. Богоявленский В.Ф. // Казанский мед. ж. – 1969. – № 3. – С. 65–70.
3. Звенигородская, Л.А., Горуновская И.Г. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2002. – № 3. – С. 16–20.
4. Коротько Г.Г., Фаусов Л.А. Функциональные и морфологические аспекты язвенной болезни. – Краснодар, 2002.
5. Лазебник Л.Б., Соколова Г.Н., Черняев А.А. – 2002. – № 1. – С. 3–7.
6. Михеева О.М., Лазебник Л.Б., Морозов И.А. и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – С. 130.
7. Сергеев С.А., Павлова Н.И. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2003. – № 4. – С. 31.
8. Ступин В.А., Смирнова Г.О., Силуянов С.В. и др. // Лечащий врач. – 2000. – № 5–6. – С. 54–55.
9. Шептулин А. // Врач. – 2005. – № 1. – С. 13–15.

Поступила 01.09.06.

PEPTIC ULCER IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS ASSOCIATED WITH ATHEROSCLEROTIC PATHOLOGY OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

T.A. Biryukova, T.V. Savel'eva, L.T. Pimenov

Summary

The peculiarities of stomach ulcer development were studied in 50 elderly and senile patients with the age of 55–77 y.o. who also had atherosclerotic pathology of cardiovascular system. Microcirculation condition, blood lipid spectrum and endothelial function were examined during exacerbation of ulcer. It was shown that in elderly and senile patients, ulcer has atypical clinical signs and often has complications. It was suggested that disturbances of microcirculation due to atherosclerosis of stomach blood vessels and endothelial dysfunction play important role in development of ulcer in elderly and senile patients.