

УДК 616.3-008.1:053.88

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЛИЦ СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Ковалевская Ольга Витальевна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Серикова Светлана Николаевна – д.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

В статье представлены обзор литературы, обобщающие особенности болезней органов пищеварения у лиц старших возрастных групп, а также собственные результаты анализа клинических детерминант язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от возрастной структуры. Приведено патофизиологическое обоснование патоморфоза, сложностей диагностики и лечения.

Ключевые слова: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ, СТАРШАЯ ВОЗРАСТНАЯ
ГРУППА

UDC 616.3-008.1:053.88

**FEATURES OF DISEASE COURSE OF
DIGESTIVE ORGANS IN ELDER PATIENTS**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Kovalevskaya Olga Vitalievna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Serikova Svetlana Nikolaevna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

The article presents a review that summarizes the features of digestive organ disease in elder patients. The results of own experience of treatment of gastric and duodenal ulcer against patients' age are shown. The path-physiologic assessment of pathomorphism, complications in diagnostics and treatment.

Key words: DIGESTIVE ORGAN'S DISEASES,
ELDER AGE GROUP

Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. определены стратегические задачи развития страны на период до 2024 г., которые должны быть реализованы в рамках национальных проектов. Одна из них – рост ожидаемой продолжительности жизни к 2024 г. до 78 лет (к 2030 г. – до 80 лет) – реализуется в рамках проекта «Демография» [1]. Проблема старения населения особенно актуальна и для Краснодарского края, относящегося к регионам с высоким удельным весом населения старше трудоспособного возраста – 26,1 % (по России – 25,4 %). Средний возраст жителей составляет 40,1 лет (по России – 39,8). За последние пять лет средний возраст живущих в крае увеличился на 0,2 года. Особенно возрастает число лиц в возрасте 65 лет и старше – с 14,3 до 15,6 % [2]. Старение населения сопровождается развитием нескольких патологических состояний и хронических заболеваний с одновременным естественным возрастанием потребности в оказании медицинской помощи.

В связи с актуальностью проблемы оказания специализированной медицинской помощи лицам старших возрастных групп нами проанализированы особенности течения болезней органов пищеварения (БОП) у пожилых пациентов. В настоящее время общепринятым является определение старшей возрастной группы как лица старше 65 лет [3]. Однако увеличивающаяся продолжительность жизни может привести к повышению границы этого показателя. Предсказывают, что к 2050 г. во всем мире лиц в возрасте старше 80 лет будет 17 % [4].

Возраст оказывает существенное воздействие на все функции пищеварительной системы: моторную, секреторную (секрецию ферментов и гормонов), переваривания и всасывания. Кроме того, пищеварительная система участвует во всасывании и метаболизме лекарственных препаратов. Возрастные изменения пищеварительной системы могут способствовать возникновению нежелательных явлений при

медикаментозных воздействиях, а также влиять на клинические проявления ряда заболеваний, что следует учитывать при планировании терапевтических мероприятий. Далее рассмотрим ряд клинических синдромов и заболеваний, которые существенно трансформируют свое клиническое течение у лиц старших возрастных групп.

Орофарингеальная дисфагия – клинический синдром, характеризующийся затруднениями при пережевывании пищи или в начале ее проглатывания [5], развивается в результате изменения нейромышечных механизмов, координирующих работу языка, глотки и верхнего пищеводного сфинктера. Наиболее частыми причинами появления орофарингеальной дисфагии являются нейромышечные заболевания, такие как перенесенный инсульт, рассеянный склероз, миастения гравис (*myasthenia gravis*), деменция, болезнь Паркинсона, мышечная дистрофия [5, 6]. Рак глотки и стриктуры пищевода являются наиболее распространенными механическими причинами орофарингеальной дисфагии [7, 8]. Это заболевание встречается у 13 % лиц старше 65 лет и до 50 % у пациентов, пребывающих в домах престарелых [5, 6]. Лица старших возрастных групп поздно обращаются за медицинской помощью, как правило, только после развития таких осложнений, как нарушения питания, дегидратация, аспирационная пневмония.

Заболевания пищевода включают функциональные и структурные нарушения. Ferriolli и соавторы [9] продемонстрировали, что у здоровых лиц старше 65 лет имеются существенные нарушения перистальтики и замедленный клиренс пищевода, по сравнению с лицами более молодого возраста. Два других исследования [10, 11] выявили существенные нарушения перистальтики и снижение давления верхнего и нижнего пищеводных сфинктеров у лиц старших возрастных групп. Пищеводная

дисфагия, как правило, проявляется ощущением застревания пищи в области грудины, может быть вызвана механической обструкцией пищевода (стриктуры, опухоль), сдавлением окружающих тканей (компрессия сосудов или опухоли средостения) или ассоциирована с такими нейромышечными заболеваниями, как ахалазия, склеродермия или диффузный спазм пищевода. Кроме того, воспалительные или инфекционные заболевания пищевода (эозинофильный эзофагит, кандидоз пищевода) могут проявляться пищеводной дисфагией.

Одинофагия – боль, возникающая при глотании. Рядом исследователей было продемонстрировано, что у лиц старших возрастных групп повышен порог болевой чувствительности [12, 13]. Этот феномен может быть объяснён возрастными изменениями в миоэнтеральных нейронах. Как следствие, пожилые люди позже обращаются за медицинской помощью, как правило, на более продвинутых стадиях заболевания.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается до 23 % лиц старших возрастных групп [14]. Одни исследователи считают, что частота ГЭРБ увеличивается с возрастом в связи с ростом частоты моторных нарушений пищевода, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, снижением дебита компонентов слюны [14]. Другие авторы продемонстрировали сходную распространенность ГЭРБ у лиц различных возрастных групп [15, 16]. Ни у кого не вызывает сомнения фактор увеличения тяжести ГЭРБ и роста таких осложнений заболевания, как пищевод Барретта, тяжелый эзофагит, язвы и стриктуры пищевода в старших возрастных группах [15, 16].

Воспалительные заболевания желудка. Возрастные изменения желудка характеризуются трансформацией состава желудочной микробиоты, снижением факторов защиты слизистой оболочки и

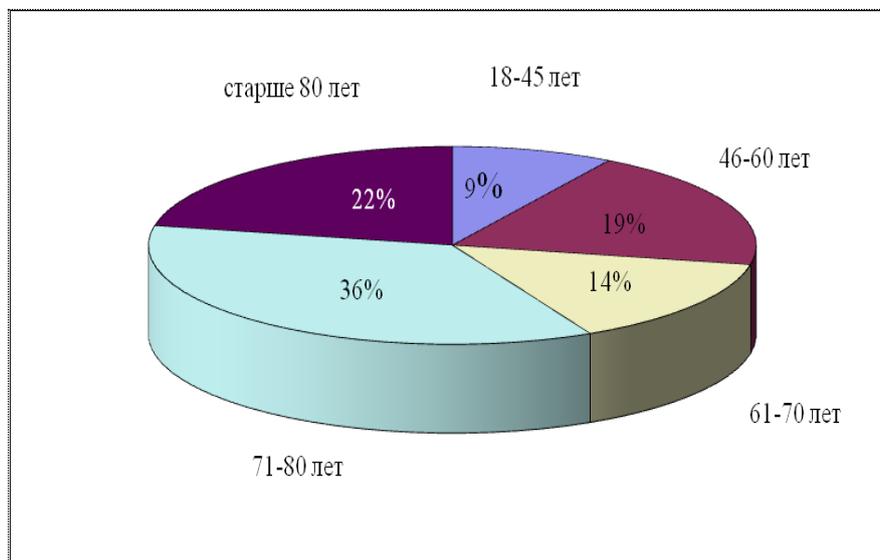
желудочного кровотока [17, 18]. Эти возрастные изменения приводят к тому, что лица старших возрастных групп более подвержены развитию таких заболеваний, как язва желудка, атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка [18]. Вместе с тем современные данные свидетельствуют о том, что основным этиологическим фактором развития атрофического гастрита является инфекция *Helicobacter pylori*, а не возрастные изменения [19].

Воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка могут быть купированы эрадикационной терапией у лиц различных возрастных групп [19, 20]. В частности, в исследовании Kokkola и соавторов [21] было продемонстрировано, что у пожилых пациентов успешная эрадикационная терапия приводила к существенному уменьшению воспалительных, атрофических изменений в слизистой оболочке желудка и замедлению прогрессии кишечной метаплазии.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Большинство язв желудка в старших возрастных группах вызвано приемом нестероидных противовоспалительных препаратов и дезагрегантов лицами, инфицированными *Helicobacter pylori* [22, 23]. Нами были проанализированы медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и истории болезни больных, умерших в Краснодарском крае с диагнозом язва желудка и двенадцатиперстной кишки (K25-K28) в 2017–2018 гг. ($n = 818$) (рисунки 1–2).

Согласно данным, представленным на рисунке 1, 589 (72 %) человек были старше трудоспособного возраста, причем из них 180 (22 %) – старше 80 лет. Только 9 % умерших не имели сопутствующих заболеваний, у остальных в качестве сопутствующей (конкурирующей) патологии выступали различные формы ишемической болезни сердца (65 %). У лиц

молодого возраста встречались ревматические заболевания (4 %) и цирроз печени (12 %) (рисунок 2).



Рисунки 1 – Возрастной состав лиц, умерших с диагнозом «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (K25-K28) в 2017–2018 гг. (818 чел.)

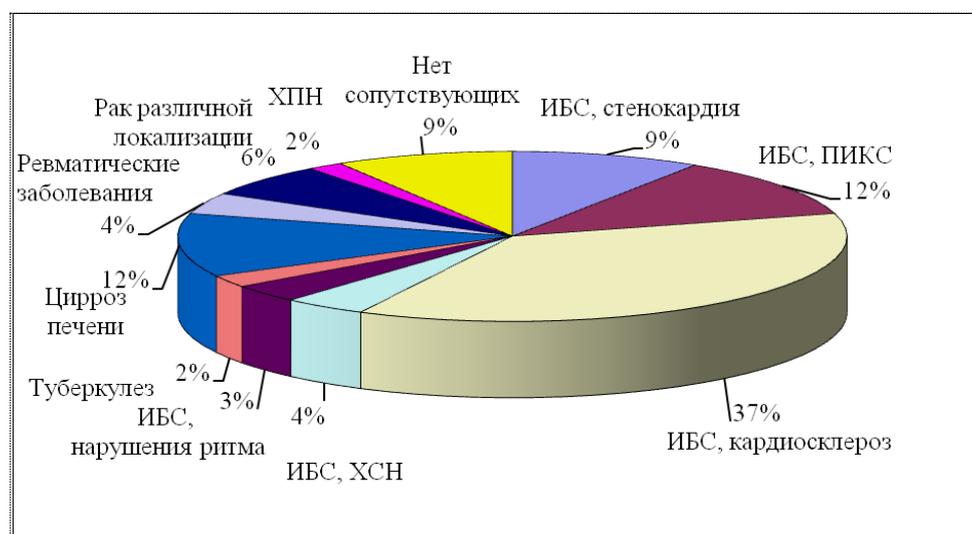


Рисунок 2 – Структура сопутствующих заболеваний у лиц, умерших с диагнозом «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (K25-K28) в 2017–18 гг.

Согласно медицинской документации, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и дезагрегантов отмечен в

анамнезе у 587 (71,8 %) умерших с посмертным диагнозом «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки».

Заболевания тонкой кишки. Среди заболеваний тонкой кишки у лиц старших возрастных групп превалирует мезентериальная ишемия, которая патофизиологически связана с артериальной окклюзией эмболами (окклюзия верхней мезентериальной артерии встречается в 50 % случаев), продвинутым атеросклерозом и последующим тромбозом, гипоперфузией кишечника в связи с гиповолемией и гипотензией [24]. В последние годы отмечен рост язв тонкой кишки, обусловленный приемом дезагрегантов, более выраженный у лиц старших возрастных групп (13,4 %) против 7,27 % у более молодых лиц (младше 40 лет) [25].

Заболевания толстой кишки. У лиц старших возрастных групп чаще всего встречается дивертикулярная болезнь (ДБ), распространенность которой увеличивается с возрастом. Частота ДБ в возрастной группе младше 40 лет составляет 5 % и достигает 70 % среди лиц старше 80 лет [26–28]. Ряд лекарственных препаратов, как правило, принимаемых лицами старших возрастных групп (НПВП, кортикостероиды, опиоиды), предрасполагают к развитию ДБ [29, 30], в то время как блокаторы кальциевых каналов и статины демонстрируют протективный эффект [31]. У лиц старших возрастных групп с ДБ повышен риск развития ишемического колита, который часто проявляется гематошезией, абдоминальной болью и повышением уровня лактатов в крови. Пожилые больные с ДБ и продвинутым атеросклерозом более предрасположены к дивертикулярным кровотечениям, чем лица, сопоставимые по возрасту, без выраженных атеросклеротических изменений [32].

Заключение

Диагностика и лечение болезней органов пищеварения у лиц старше 65 лет сопряжены с рядом проблем. До настоящего времени трудно разграничить физиологические изменения функционирования пищеварительной системы у лиц старших возрастных групп и клинические проявления болезней органов пищеварения. В доступной литературе относительно небольшое количество публикаций посвящено этой проблеме, а опубликованные результаты нередко имеют противоречивый характер. У пожилых пациентов приходится сталкиваться с атипичным, малосимптомным течением ряда заболеваний, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. Кроме того, диагностический и лечебный процесс у этой группы пациентов нередко затруднен наличием коморбидной патологии, что приводит к полипрагмазии. Коморбидность и полипрагмазия приводят к развитию ряда осложнений, что необходимо учитывать при планировании терапевтических воздействий.

Список литературы

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».
2. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Краснодарского края по итогам 2018 года: государственный доклад / Администрация Краснодарского края, Министерство здравоохранения Краснодарского края; под общей редакцией Е.Ф. Филиппова. – Краснодар: ГБУЗ МИАЦ, 162 с.
3. <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>.
4. *Bhutto A. and Morley J. E.* The clinical significance of gastrointestinal changes with aging // *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care.* – 2008. – Vol. 11, no. 5, pp. 651–660.
5. *Durazzo M., Campion D., Fagoonee S. and Pellicano R.* Gastrointestinal tract disorders in the elderly // *Minerva Medica.* – 2017. – Vol. 11, no. 6, pp. 575–591.
6. *Cabre M., Serra-Prat M., Palomera E., Almirall J., Pallares R. and Clav'e P.* Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia // *Ageand Ageing.* – 2010. – Vol. 39, no.1, pp. 39–45.
7. *Wirth R., Dziewas R., Beck A. M. et al.* Oropharyngeal dysphagia in older persons—from pathophysiology to adequate intervention: Are view and summary of an international expert meeting // *Clinical Interventions in Aging.* – 2016. – Vol. 11, pp. 189–208.
8. *Firhand M. Prather C. M.* Gastrointestinal motility problems in the elderly patient // *Gastroenterology.* – 2002. – Vol. 1, 22, no. 6, pp. 1688– 1700.
9. *Ferriolli E., Dantas R. O., Oliveira R. B., and Braga F. J. N. H.* The influence of ageing on esophageal motility after ingestion of liquids with different viscosities // *European Journal of Gastroenterology & Hepatology.* 1996. – Vol. 8, no. 8, pp. 793–798.
10. *Grande L., Lacima G., Rosetal E.* Deterioration of esophageal motility with age: A manometric study of 79 healthy subjects // *American Journal of Gastroenterology.* – 1999. – Vol. 94, no. 7, pp. 1795– 1801.
11. *N. Nishimura, M. Hongo, M. Yamada et al.* Effect of aging on the esophageal motor functions // *Journal of Smooth Muscle Research.* 1996. – Vol. 32, no. 2, pp.43–50.
12. *Rao S. S. C., Mudipalli R. S., Mujica V. R., Patel R. S., and Zimmerman B.* Effects of gender and age on esophageal biomechanical properties and sensation // *American Journal of Gastroenterology.* – 2003. – Vol. 98, no. 8, pp. 1688–1695.
13. *Lasch H. et al.* Evidence for diminished visceral pain with aging: studies using graded intraesophagealballoondistension // *American Journal of Physiology Gastrointestinal and Liver Physiology.* – 1997. – Vol. 272, no.1, pp.G1–G3.
14. *Moore K. L., Boscardin W. J., Steinman M. A. and Schwartz J. B.* Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. Nursing homes // *Journal of the American Geriatrics Society.* – 2012. – Vol. 60, no. 4, pp. 756–764.
15. *Chait M. M.* Gastro esophageal reflux disease: Important considerations for the older patients // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy.* 2010. – Vol. 2, no.12, pp. 388–396,
16. *Poh C. H., Navarro-Rodriguez T., and Fass R.* Review: treatment of gastro esophageal reflux disease in the elderly // *American Journal of Medicine.* – 2010. – Vol. 123, no. 6, pp. 496–501
17. *Newton J. L.* Effect of age-related changes in gastric physiology on tolerability of medications for older people // *Drugs & Aging.* –2005. – Vol. 22, no. 8, pp. 655–661.
18. *Pearson B. N., Ijaz U. Z., and D' Amore R.* Comparison of the human gastric microbiota in hypochlorhydric state arising as a result of *Helicobacter pylori*-induced atrophic gas-

- tritis, autoimmune atrophic gastritis and proton pump inhibitor use // *PLOS Pathogens*. – 2017. – Vol. 13, no. 11, ArticleIDe1006653.
19. *Pilotto A. and Franceschi M.* Helicobacter pylori infection in older people // *World Journal of Gastroenterology*. – 2014. – Vol. 20, no. 21, pp. 6364–6373.
 20. *Pilotto A. and Malfertheiner P.* Review article: An approach to Helicobacter pylori infection in the elderly // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2002. – Vol. 16, no. 4, pp. 683–691.
 21. *Kokkola A., Sipponen P., Rautelin H. et al.* The effect of Helicobacter pylori eradication on the natural course of atrophic gastritis with dysplasia // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. – 2002. – Vol. 16, no. 3, pp. 515–520.
 22. *Lanas A. and Chan F. K. L.* Peptic ulcer disease // *The Lancet*. – 2017. – Vol. 390, no. 10094, pp. 613–624.
 23. *Malfertheiner P., Chan F. K. and McCol K. E.* Peptic ulcer disease // *The Lancet*. 2009. – Vol. 374, no. 9699, pp. 1449–1461.
 24. *Karkkainen J. M.* Acute mesenteric ischemia in elderly patients // *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. – 2016. – Vol. 10, no. 9.
 25. *Zhang B.-L., Chen C.-X., and Li Y.-M.* Capsule endoscopy examination identifies different leading causes of obscure gastrointestinal bleeding in patients of different ages // *The Turkish Journal of Gastroenterology*. – 2012. – Vol. 23, no. 3, pp. 220–225.
 26. *Boynton W., Floch M.* New strategies for the management of diverticular disease: Insights for the clinician // *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. – 2013. – Vol. 6, no. 3, pp. 205–213.
 27. *Gargallo C. J., Puyuelo, F. Sopeña, and A. Lanás Arbeloa,* Colonic diverticular disease Treatment and prevention // *Gastroenterología y Hepatología*. – 2015. – Vol. 38, no. 10, pp. 590–599.
 28. *Comparato G., Pilotto A., Franzè A., Franceschi M. and Di Mario F.* Diverticular disease in the elderly // *Digestive Diseases*. – 2007. – Vol. 25, no. 2, pp. 151–159.
 29. *Strate L. L., Liu Y. L., Huang, E. L. Giovannucci, and Chan A. T.* Use of aspirin or non-steroidal E. S. anti-inflammatory Drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding // *Gastroenterology*. – 2011. – Vol. 140, no. 5, pp. 1427–1433.
 30. *Humes D. J., Fleming K. M., Spiller R. C., and J. West* Concurrent drug use and the risk of perforated colonic diverticular disease: A population-based case-control study // *Gut*. 2011. – Vol. 60, no. 2, pp. 219–224.
 31. *Morris C. R., Harvey I. M., Stebbings W. S. L., Speakman C. T. M., Kennedy H. J. and Hart A. R.* Do calcium channel blockers and ant muscarinic protect against perforated-colonic diverticular disease? A case control study // *Gut*. – 2003. – Vol. 52, no. 12, pp. 1734–1737.
 32. *Comparato G., Pilotto A., Franzè A., Franceschi M. and Di Mario F.* Diverticular disease in the elderly // *Digestive Diseases*. – 2007. – Vol. 25, no. 2, pp. 151–159.