

© Е. Е. Петров, Ю. М. Казаков, Н. И. Чекалина

УДК 616.342-002.44-053.9-071

Е. Е. Петров, Ю. М. Казаков, Н. И. Чекалина

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Высшее государственное учебное заведение Украины

“Украинская медицинская стоматологическая академия” (г. Полтава)

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) среди гастроэнтерологической патологии продолжает оставаться одной из наиболее частых причин обращаемости людей за медицинской помощью [35]. Патология выявляется у 6-10% населения мира [53,63]. В странах Западной Европы случаи заболевания дуоденальной язвой ежегодно регистрируются у 0,1-0,3% населения возрастом свыше 15 лет [63]. В Украине наблюдается рост частоты ЯБ ДПК. Так, за 1997-2005 гг распространенность ЯБ ДПК выросла на 24,3% [46].

В последние 10-20 лет наблюдаются изменения в возрастной структуре заболеваемости населения ЯБ. С одной стороны отмечается «омоложение» случаев заболевания ЯБ [12,15,42]. С другой – «постарение» заболевания как за счет рецидивов многолетней ремиссии, так и язв, впервые выявленных у лиц возрастом старше 60 лет [4,41,64].

По данным В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина [21] пациенты возрастом свыше 60 лет составляют около 10% всех больных ЯБ. Они допускают, что предельного возраста, в котором может возникать это заболевание, не существует (в литературе, например, имеется описание 103-летнего больного с перфоративной пептической язвой). Dombal F. T. [54] сообщает, что частота пептической язвы у лиц пожилого и старческого возраста, согласно результатов различных исследований, составляет 10-25% от всех больных этой патологией.

С учетом того факта, что численность контингента населения возрастом свыше 60 лет в последние годы увеличивается как в масштабе нашей страны, так и планетарном масштабе, вполне очевидно, что показатели заболеваемости ЯБ различной локализации у пациентов пожилого и старческого возраста также будут возрастать. Все это подчеркивает актуальность затронутой проблемы и обуславливает необходимость детального изучения особенностей патогенеза и клинического течения ЯБ у рассматриваемого контингента.

В пожилом возрасте язвы дуоденальной локализации возникают в 1,7 раза (а в старческом возрасте – в 3 раза) реже, чем язвы желудка [32], но и в большинстве публикаций они анализируются

намного меньше. Поэтому мы и решили представить в работе анализ именно ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста.

У лиц пожилого и старческого возраста различают два варианта развития ЯБ ДПК. Первый вариант – это «длительно протекающая язвенная болезнь», которая впервые возникла в молодом и среднем возрасте. При этом варианте ЯБ периодичность чередования обострений и ремиссий сохраняется и в пожилом возрасте. На долю этого варианта приходится от 30 до 50% всех случаев этого заболевания у лиц в возрасте 60 лет и старше [21]. По отношению к этому варианту некоторые авторы применяют стилистически менее удачный термин – «старая язвенная болезнь». Второй вариант – так называемая «поздняя язвенная болезнь», когда заболевание впервые возникает уже в пожилом возрасте [21,32]. По мнению В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина [21] выражение «старческие язвы», часто используемое в подобных случаях и в целом правильно трактуемое сущность имеющихся изменений, с деонтологической точки зрения является неудачным.

Л. П. Воронина [10] сообщает, что дуоденальные язвы, как «длительные», так и «поздние» дают стертую клиническую картину. При обоих вариантах заболевания желудочная секреция обычно повышена или сохранена, что не характерно для этого возраста. У пациентов с первым вариантом наблюдаются умеренные боли, диспепсические явления.

О малосимптомности, стертом и атипичном течении обострений ЯБ ДПК у людей пожилого возраста сообщают О. В. Коркушко с соавт. [19]. При этом болевой синдром уменьшается или вообще отсутствует. У большинства обследованных больных связь между болью и приемом пищи и ночным периодом суток отсутствовала. «Голодная» боль беспокоила только 30% лиц, ночная – 22%. У части больных боль была нетипичной локализации – правое и левое подреберье.

По данным В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина [21] длительно протекающая ЯБ отличается от таковой у лиц молодого и среднего возраста только более высокой частотой сочетанных форм поражения (желудок и ДПК), более продолжительными

обострениями и более медленным рубцеванием язвенного дефекта.

А. И. Чернооков с соавт. [45] сообщает, что в 30% случаев у пациентов возрастом свыше 60 лет дуоденальная язва протекает с выраженным болевым синдромом и высокими показателями кислотности желудочного содержимого.

Язвы ДПК, которые впервые проявились в пожилом возрасте, характеризуются своеобразной клинической картиной [17,21,38]. Прежде всего, отмечается невыраженность болевого синдрома и диспепсических проявлений. У пациентов старших возрастных групп при ЯБ ДПК может отсутствовать периодичность болей и их связь с приемом пищи, а также не отмечается сезонность обострений.

Л. П. Воронина [10] сообщает, что «поздняя» язва нередко случайно обнаруживается при исследовании, проводимом по иному поводу. Язва рубцуются медленно и часто не полностью. Первым симптомом бывает кровотечение, которое составляет более половины осложнений.

Ряд исследователей [7,20] также указывает на частую манифестацию заболевания осложнениями, частота которых увеличивается от 31% (в возрасте 60-65 лет) до 76% (в возрасте 75-80 лет).

Т. Л. Горшенин с соавт. [40] сообщает, что у больных старших возрастных групп с ЯБ ДПК частота развития желудочно-кишечных кровотечений из язв почти вдвое выше, чем у людей, у которых заболевание возникло в молодом возрасте. Более чем в 30% случаев размеры язвы могут быть отнесены к большому или гигантским [40].

Л. П. Воронина [10] информирует, что гигантские дуоденальные язвы чаще развиваются у лиц возраста свыше 70 лет.

У людей старческого возраста чаще, чем у молодых, встречаются внеульцерозные язвы. Им свойственны упорные боли, диспепсические явления, внезапное развитие кровотечения, склонность к рецидивам, нередко возникает пенетрация язвы в головку поджелудочной железы. При внеульцерозных дуоденальных язвах возможно появление спазма, отека фатерова соска с развитием желтухи, возникновение функционального стеноза ДПК. Желудочная секреция обычно повышена [10].

В отличие от пациентов молодого возраста у больных пожилого и старческого возраста при ЯБ нередко отмечаются особенности в нервно-психическом статусе. В большинстве случаев это проявляется понижением возбудимости вегетативной нервной системы и реактивности нервной системы [8,39].

Существенной особенностью клинической картины ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста является то, что часто эта патология диагностируется на фоне других длительно протекающих болезней [36,38,44], которые часто сопровождаются гипоксией, в том числе гастродуоденальной слизистой оболочки [17]. В целом для больных пожилого и старческого возраста характерна полиморбидность. Объективно оценить влияние сопутствующей

патологии на течение ЯБ ДПК затруднительно, так как до настоящего времени не существует адекватных систем оценки степени тяжести течения сопутствующих заболеваний, как это принято в случаях критических состояний [16]. Часто это приводит к запоздалой диагностике ЯБ ДПК в связи с ее атипичным течением, что способствует увеличению числа осложнений заболевания. Дифференциальная диагностика становится затрудненной [62]. Анализ случаев «острого живота» показал, что среди больных 22-26% составляют люди пожилого и старческого возраста. При этом, если у больных детей ранний диагноз был установлен в 60% случаев, то у больных в возрасте свыше 50 лет – в 45%, а после 80 лет – только в 29% [57].

Ряд авторов указывает на особенно частое сочетание ЯБ и ишемической болезни сердца у лиц пожилого возраста (52-62%) [16, 36,51]. В этом случае ЯБ нередко впервые проявляется картиной желудочно-кишечного кровотечения, которое, как правило, диагностируется в поздние сроки от его начала. Существенную роль играют патологические изменения в сосудах желудка и ДПК. Часто ЯБ развивается на фоне атеросклероза сосудов пищеварительного тракта [40].

По данным Коркушко О. В. с соавт. [50] пептическая язва ДПК у лиц пожилого и старческого возраста в подавляющем большинстве случаев сочетается с заболеваниями других органов пищеварения.

ЯБ ДПК у больных пожилого и старческого возраста отличается не только клиническими особенностями, но и спецификой патогенетических механизмов язвообразования. Ряд научных источников сообщают о существенной роли *Helicobacter pylori* (Н. Р.) в формировании гастродуоденальной патологии и, в частности, ЯБ ДПК у людей старших возрастных групп [47, 49, 65].

Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о широком распространении Н. Р. во всем мире. В развитых странах мира показатель инфицированности населения Н. Р. составляет 16,5% у детей и 20% у подростков, увеличиваясь с возрастом в среднем на 1% в год и достигая уровня 50-60% у людей пожилого возраста [27]. В Украине средний уровень инфицированности Н. Р. среди взрослого населения составляет более 80% [48]. Вместе с тем, следует отметить, что данные о распространенности Н. Р. – инфекции в разных возрастных группах противоречивы. Одни авторы наблюдали прогрессивное увеличение инфицированности Н. Р. с возрастом [23, 56, 61]. Есть сообщения, что в возрасте 40-60 лет инфицирование Н. Р. достигает 80-100%, а старше 80 лет – лишь 65,8%. По данным же других авторов, частота инфицированности Н. Р. пожилых людей составляет примерно 40-60% при асимптоматичном течении и достигает свыше 70% при гастродуоденальной патологии [9,52,67]. Есть данные, что только у 45% пациентов старше 80 лет ЯБ ассоциирована с Н. Р. [55]. Следует отметить, что реальную частоту инфицированности Н. Р. у пожилых людей трудно определить из-за

высокой частоты использования ними антибиотиков и антисекреторных средств [68].

Ряд исследователей считают, что Н. Р. как этиологический фактор у больных пожилого возраста играет особую роль, поскольку обнаруживается в 90-95% случаев ЯБ ДПК [33, 37, 63]. Примерно такие же данные (85-95%) представлены другими авторами [3, 25].

Результаты исследований, выполненных в Институте геронтологии АМН Украины, показали, что у больных ЯБ ДПК зрелого возраста частота выявления Н. Р. составила 92%, а у больных пожилого и старческого – соответственно 80 и 70% [28].

Развитию ЯБ способствуют генетические, конституциональные, алиментарные, нервно-психические и лекарственные факторы [2]. Выражение «нет Н. Р. и кислоты – нет язвы» вполне приемлемо для понимания патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с Н. Р. Вместе с тем, следует отметить, что в процессе старения человека функциональные возможности кислотообразования снижаются, уменьшается комфортность условий для развития Н. Р., что в свою очередь приводит к снижению частоты развития ЯБ ДПК [50]. Следует отметить, что у людей пожилого и старческого возраста пол не влияет на базальную и стимулированную кислотную продукцию. Это является одной из причин отсутствия половых различий в заболеваемости ЯБ в этом возрасте [50].

В целом в процессе старения нарушаются соотношения отделов вегетативной нервной системы – симпатическая система превалирует над парасимпатической. На фоне повышенной общей активности адренергической системы у людей пожилого и старческого возраста наблюдается превалирование ингибирующих альфа-адренорецепторных эффектов, что проявляется снижением трофики слизистой оболочки желудка и ДПК. Это имеет значение не только для патогенеза Н. Р. -ассоциированной ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста, но и формирования язв желудочно-кишечного тракта другого генеза [29].

Исследования Коркушко О. В. с соавт. [43] показали, что у больных пожилого возраста с обострением ЯБ ДПК уменьшается влияние колебаний парасимпатической активности на периодическую моторную деятельность желудка. Констатировано также нарушение взаимодействия кислотообразующей и моторной функций желудка. Об этом свидетельствует отсутствие зависимости длительности фаз мигрирующего моторного комплекса от среднего уровня интрагастрального рН.

Известно, что активность H^+/K^+ -АТФ-азы (протонный насос) апикальной мембраны париетальной клетки отображает состояние кислотообразующей функции желудка. Результаты исследований Коркушко О. В. с соавт. [19] свидетельствуют, что у больных ЯБ ДПК пожилого возраста активность H^+/K^+ -АТФ-азы париетальных клеток желудка превышает показатель здоровых лиц соответствующего возраста и не отличается от активности

фермента у больных молодого возраста. Это свидетельствует о том, что у больных ЯБ ДПК пожилого возраста париетальные клетки функционируют в таком же напряженном режиме, как у молодых больных. У больных с ЯБ ДПК пожилого возраста с более высокой активностью H^+/K^+ -АТФ-азы выявлено более низкий базальный рН, то есть большую кислотную продукцию по сравнению с больными, у которых была более низкая активность фермента. При наличии «голодных» и «ночных» болей в эпигастральной области у больных пожилого возраста с обострением ЯБ ДПК наблюдали более высокую активность фермента. Авторы подчеркивают, что активность фермента одинаково повышена у инфицированных Н. Р. и неинфицированных больных пожилого возраста, что свидетельствует об отсутствии зависимости между функционированием протонного насоса и Н. Р. -статусом больных с ЯБ ДПК пожилого возраста.

По мере старения человека изменяется микроциркуляция за счет ангиопатий, сужения просвета сосудов, образования малососудистых зон из-за облитерации капиллярной сети непосредственно в слизистой оболочке желудка и кишок, что является одной из причин развития дегенеративно-дистрофических процессов и атрофии секреторных клеток, высокочувствительных к гипоксии [50, 59]. В результате уменьшения емкости функционирующего сосудистого русла увеличиваются метаболические нарушения, которые усиливают внутрисосудистую агрегацию эритроцитов, способствуют повышению проницаемости капилляров, замедлению скорости кровотока и доставки кислорода к субстратам окисления. В результате этого развивается гипоксия в области желудка и кишок, нарушаются биоэнергетические процессы, уменьшается резистентность слизистой оболочки по отношению к агрессивным факторам, нарушаются трофические процессы, замедляется регенерация. Это приводит к уменьшению количества секреторных клеток, изменению основных показателей секреторной функции желудка у людей пожилого и старческого возраста: уменьшается объем секрета, снижаются кислотность желудочного сока и продукция гидрокарбонатов, гастромукопротеина [5, 30, 31, 66].

По мнению ряда исследователей [17, 32], факторы, способствующие ослаблению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта, особую роль играют в патогенезе «поздней» ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста. В. Т. Ивашкин соавт. [20], I. Laine et al. [58] отмечают значительное снижение секреции фукогликопротеинов, замедление секреции муцина, простагландина E₂, эпидермального фактора роста.

Вышеупомянутые изменения в морфофункциональном состоянии слизистой оболочки желудка и ДПК в процессе старения человека разворачиваются на фоне нарастающих общих метаболических нарушений: ослабления тканевого и клеточного дыхания, недостаточного образования макроэргических

соединений, энергетических ресурсов в клетках и тканях, снижения синтеза белка [17].

По мнению ряда авторов значение гипоксии и связанных с ней атрофических и метаболических нарушений (в т. ч. атеросклеротических изменений в сосудах гастродуоденальной зоны, снижающих трофику ее слизистой оболочки) становится особенно заметным в тех случаях, когда заболевание развивается вне связи с инфицированностью организма Н. Р. [38, 68].

Важным звеном в развитии ЯБ и ее осложнений по мере старения организма человека некоторые исследователи считают ослабление общего и местного иммунитета [22, 49]. Есть мнение, что уровень иммуноглобулинов в крови зависит от возраста больных ЯБ ДПК, фазы патологического процесса, продолжительности и тяжести болезни и даже времени года [6, 14, 69]. Выявляемая при ЯБ дисрегуляция в иммунной системе поддерживает деструктивно-воспалительные изменения в зоне язвенного дефекта и ингибирует пролиферативную фазу регенерационного процесса, что связано не только с нарушением синтеза структурных белков, но и изменениями в биопродукции молекул межклеточного взаимодействия [1]. Установлено, что в период обострения ЯБ в сыворотке крови больных пожилого возраста отмечается повышение концентрации фактора некроза опухоли – альфа, превышающее норму в три раза. Характерно, что после стандартного курса лечения его уровень возвращается к нормальным величинам [18].

Некоторые авторы [11, 26] важнейшим звеном патогенеза ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста считают активацию липопероксидации и ослабление антиоксидантной защиты организма. Значительную роль в патогенезе ЯБ у больных пожилого возраста играет дисаминоацидемия, резкое снижение уровня свободных аминокислот [26].

В. С. Гайдичук, М. Ю. Коломоец [13] изучали гормональный статус организма у больных с ЯБ в возрастном аспекте. Авторами показано, что при ЯБ наблюдаются дисгормональные изменения, характер и выраженность которых зависит от возраста больных. Исследователи отмечают, что повышение уровня кортизола в крови у людей пожилого возраста способствует рецидивированию заболевания,

однако возникновение рецидива, в отличие от молодых юношеского и зрелого возраста, не сопровождается гипергастринемией и гипертироксинемией. Компенсаторное повышение в крови уровня инсулина (учитывая его анаболический эффект) у больных пожилого возраста является малоэффективным. У мужчин рецидивирование заболевания сопровождается снижением концентрации тестостерона и прогестерона в крови, а у женщин – эстрадиола и тестостерона.

С возрастом нарушаются поверхностная гидрофобность слизистой оболочки, биосинтез простагландинов, что является существенным компонентом защитной системы слизистой оболочки гастродуоденальной зоны [34, 60].

Исследования Е. А. Исламовой [24] показали, что для ЯБДК у пожилых пациентов характерны значительное увеличение числа эпителиальных клеток желудка, иммунопозитивных к эндотелину-1 и синтезу оксида азота, и гипоплазия мелатонин-продуцирующих клеток желудка, что свидетельствует о снижении эффективности защитных реакций слизистой оболочки желудка.

Следует иметь в виду, что с возрастом увеличивается использование нестероидных противовоспалительных препаратов, что также вносит вклад в увеличение частоты развития язв и их осложнений у лиц пожилого и старческого возраста [67, 70].

Итак, в патогенезе ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста, кроме хеликобактерной инфекции и состояния кислотообразующей функции, важную роль играют факторы нарушения трофики и ослабления защитных механизмов слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Таким образом, анализ литературы позволяет констатировать, что ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста имеет свои клинико-патогенетические особенности. Вместе с тем, следует отметить, что единой точки зрения исследователей на ход процессов язвообразования и особенности клинических проявлений ЯБ ДПК у этого контингента больных нет. Проблема нуждается в дальнейших исследованиях, ее решение во многом зависит от тесного сотрудничества специалистов различного профиля: гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, патоморфологов и др.

Список литературы

1. Аскар М. Б. Мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки аутологичного костного мозга ускоряют заживление длительно незаживающих язв желудка / М. Б. Аскар, В. И. Шумаков, Н. А. Онищенко // Вестник хирургии. – 2009. – Т. 168, №2. – С. 22-26.
2. Бабак О. Я. Фармакотерапия пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко. – Харьков: Основа, 1997. – 240 с.
3. Баранская Е. К. Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori* / Е. К. Баранская // Болезни органов пищеварения. – 2000. – №1. – С. 8-14.
4. Безруков В. В. Захворюваність населення старшого працездатного віку в Україні / В. В. Безруков, Н. В. Вержиківська, Т. Л. Єхнева // Журн. Акад. мед. наук України. – 1998. – №2. – С. 268-277.
5. Валенкевич Л. Н. Пищеварительная система человека при старении / Л. Н. Валенкевич. – Л.: Наука, 1984. – 224 с.
6. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь: патологические аспекты и медикаментозное лечение больных / Ю. В. Васильев // *Consilium medicum*. – 2002. – №2. – С. 4-10.
7. Вербицкий В. Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) / В. Г. Вербицкий, С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

8. Влияние возраста и типа поведения на течение язвенной болезни / О. С. Малышенко, Э. И. Белобородова, А. М. Вавилов [и др.] // Терапевт. архив. – 2005. – Т. 77, №2. – С. 28-31.
9. Возраст и эрадикационная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / О. Н. Минушкин, Д. В. Володин, И. В. Зверков И. В. [и др.] // Терапевт. архив. – 2007. – №2. – С. 22-26.
10. Воронина Л. П. Язвенная болезнь в практике гериатра / Л. П. Воронина // Медицинские новости. – 2008. – №15. – С. 28-32.
11. Воронич-Семченко Н. М. Взаємозв'язок процесів перекисного окиснення ліпідів, активності антиоксидантної системи та психоемоційного стану при виразковій хворобі у хворих похилого віку / Н. М. Воронич-Семченко, І. В. Ємельяненко // Фізіологія і патологія органів травлення у осіб похилого і старечого віку: Матеріали Пленуму правління Українського наукового товариства геронтологів і гериатрів (Чернівці, 18-20 вересня 1996 р.). – Чернівці, 1996. – С. 25-26.
12. Востриков Г. П. Распространенность гастрита, дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в г. Москве за последние пять лет (1996-2000 гг) / Г. П. Востриков, М. Д. Сперанский // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – №2. – С. 96-97.
13. Гайдичук В. С. Патогенетична роль дисгормонозу при виразковій хворобі у осіб різного віку / В. С. Гайдичук, М. Ю. Коломоець // Фізіологія і патологія органів травлення у осіб похилого і старечого віку: Матеріали Пленуму правління Українського наукового товариства геронтологів і гериатрів (Чернівці, 18-20 вересня 1996 р.). – Чернівці, 1996. – С. 27-28.
14. Григорьев П. Я. Клиническая гастроэнтерология / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 647 с.
15. Денисова Н. А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у подростков / Н. А. Денисова // Врач. – 1993. – №2. – С. 21-25.
16. Затевахин И. И. Особенности лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / И. И. Затевахин, А. А. Щеголев, Б. Е. Титков. – М., 2003. – 166 с.
17. Звенигородская Л. А. Язвенная болезнь у пожилых лиц, клиничко-морфологические особенности. Проблемы лекарственной терапии / Л. А. Звенигородская, Л. А. Горунувская // Губернские медицинские вести. – 2002. – №2. – С. 26-27.
18. Зезюлин П. Н. Фактор некроза опухолей альфа как критерий эффективности лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом возрасте / П. Н. Зезюлин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – Т. 3. – С. 34-37.
19. Зміна активності H^+ / K^+ -АТФ-ази парієтальних клітин та інтрагастрального рН у процесі фізіологічного старіння при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки / О. В. Коркушко, Л. І. Остапченко, В. Б. Шатило [та ін.] // Сучасна гастроентерол. – 2011. – №5. – С. 5-8.
20. Ивашкин В. Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, Ф. И. Комаров, С. И. Раппопорт. – М., 2001. – 457 с.
21. Ивашкин В. Т. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин // Рус. мед. журнал. – 1999. – Т. 7, №16. – С. 769-772.
22. Иммунологический и патогенетический аспект применения иммунофана при язведвенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста / И. В. Буторов, Ю. П. Осояну, С. И. Буторов, В. В. Максимов // Терапевт. архив. – 2007. – №2. – С. 18-22.
23. Исаков В. А. Хеликобактериоз / В. А. Исаков, И. В. Доморадский. – М.: Медпрактика, 2003. – 412 с.
24. Исламова Е. А. Возрастные особенности течения и диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Е. А. Исламова // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 7. – С. 38.
25. Коваленко Т. В. Частота встречаемости *Helicobacter pylori* в разных отделах желудочно-кишечного тракта / Т. В. Коваленко // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2006. – №2. – С. 85-91.
26. Коломоець М. Ю. Патогенетичні особливості виразкової хвороби та її рецидивів у хворих похилого та старечого віку / М. Ю. Коломоець // Фізіологія і патологія органів травлення у осіб похилого і старечого віку: Матеріали Пленуму правління Українського наукового товариства геронтологів і гериатрів (Чернівці, 18-20 вересня 1996 р.). – Чернівці, 1996. – С. 52-54.
27. Корниенко Е. А. Клиника, диагностика и лечение гастродуоденальной патологии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* у детей: автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 1999. – 33 с.
28. Коркушко О. В. Методы диагностики хеликобактерной инфекции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста / О. В. Коркушко, Л. И. Коваленко, Е. А. Дзизинская // Пробл. старения и долголетия. – 1999. – №4. – С. 412-419.
29. Коркушко О. В. Гериатрия в терапевтической практике / О. В. Коркушко, Д. Ф. Чеботарев, Е. Г. Калиновская. – К.: Здоров'я, 1993. – 840 с.
30. Коркушко О. В. Трансформація шлункової секреції при фізіологічному старінні людини (базальна секреція) / О. В. Коркушко, Д. М. Якименко // Сучасна гастроентерол. – 2003. – №2. – С. 19-24.
31. Коркушко О. В. Трансформація шлункової секреції при фізіологічному старінні людини: секреція, стимульована гістаміном та пентагастрином / О. В. Коркушко, Д. М. Якименко // Сучасна гастроентерол. – 2003. – №3. – С. 34-39.
32. Лазебник Л. Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л. Б. Лазебник, В. Н. Дроздов. – М.: Анахарсис, 2003. – 206 с.
33. Лазебник Л. Б. Фармакоэкономические аспекты *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник, В. И. Касьяненко // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. – 2004. – №2. – С. 25-29.
34. Лазебник Л. Б. Хронические язвы у лиц пожилого возраста / Л. Б. Лазебник, Г. Н. Соколова, А. Я. Черняев // Гастроэнтерология. – 2002. – №1. – С. 84-86.
35. Лазебник Л. Б. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник, М. Г. Гусейнзаде // Терапевт. архив. – 2007. – Т. 79, №2. – С. 12-15.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

36. Логинов А. С. Особенности язвенной болезни у лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца / А. С. Логинов, Л. А. Звенигородская // Терапевт. архив. – 1998. – №2. – С. 9-13.
37. Маев И. В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter Pylori* / И. В. Маев // Терапевт. архив. – 2006. – №2. – С. 10-15.
38. Михеева О. М. Язвенная болезнь у пожилых пациентов с артериальной гипертонией / О. М. Михеева // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, №1. – С. 17-25.
39. Особенности психологического статуса у больных язвенной болезнью / В. А. Леонтьева, Г. С. Беляева, Ю. И. Колесникова, А. А. Смирнова // Клин. медицина. – 2007. – Т. 85, №3. – С. 51-53.
40. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста / Т. Л. Горшенин, Т. И. Оболенская, В. А. Сидоренко [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – №2. – С. 192-197.
41. Пальцев А. И. Особенности клиники, диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста / А. И. Пальцев, О. И. Абрамова // Сиб. журн. Гастроэнтерол. и гепатол. – 1999. – №9. – С. 131.
42. Петров Е. Е. Особенности клинического течения язвенной болезни у лиц юношеского и молодого возраста / Е. Е. Петров // Международный медицинский журнал. – 1998. – №2. – С. 29-32.
43. Состояние моторной функции желудка у больных пожилого возраста с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / О. В. Коркушко, В. Б. Шатило, Д. М. Якименко [и др.] // Пробл. старения и долголетия. – 2010. – №4. – С. 361-371.
44. Сравнительная характеристика течения язвенной болезни в разные возрастные периоды / Я. М. Вахрушев, Л. И. Ефремова, Е. В. Белова, Т. П. Романова // Терапевт. архив. – 2004. – №2. – С. 15-18.
45. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / А. И. Чернооков, Б. А. Наумов, А. Ю. Котаев [и др.] // Анн. хирургии. – 2010. – №1. – С. 12-16.
46. Філіппов Ю. О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних центру статистики МОЗ України / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірда, Л. М. Петречук // Гастроентерологія: Міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2007. – Вип. 38. – С. 3-15.
47. Хомерики С. Г. *Helicobacter pylori* – индуктор и эффектор окислительного стресса в слизистой оболочке желудка: традиционные представления и новые данные / С. Г. Хомерики // Эксп. и клин. гастроентерология. – 2006. – №1. – С. 37-46.
48. Швец Н. И. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* у больных с гастродуоденальной патологией, по данным ¹³C-мочевинного дыхательного теста / Н. И. Швец, О.В. Швец // Матер. XIV з'їзду терапевтів України. – К., 1998. – С. 447.
49. Ющук Н. Д. Иммуитет при хеликобактерной инфекции / Н. Д. Ющук, И. В. Маев, К. Г. Гуревич // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колонопроктол. – 2002. – №3. – С. 37-45.
50. Язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, у лиц пожилого и старческого возраста / О. В. Коркушко, Е. А. Дзизинская, Д. М. Якименко, М. С. Романенко // Сучасна гастроентерол. – 2005. – №4. – С. 31-36.
51. Язвенная болезнь у пожилых: клинические особенности и значение *Helicobacter pylori* / Л. А. Звенигородская, Е. Ю. Бондаренко, И. А. Морозов, Б. З. Чикунова // Клиническая геронтология. – 2007. – №1. – С. 9-14.
52. Active infection with *Helicobacter pylori* infection in an asymptomatic of middle aged to elderly people / D. Rothenbacher, G. Bode, F. Peschke [et al.] // Epidemiol. infect. – 1998. – Vol. 120, № 3. – P. 297-303.
53. Delterne M. A. Economics of *Helicobacter pylori* eradication therapy / M. A. Delterne // Eur. J. Gastroenterol., Hepatol. – 1997. – № 9, Suppl. 1. – P. 23-26.
54. Dombal F. T. Acute abdominal pain in the elderly / F. T. Dombal // J. Clin. Gastroenterol. – 1994. – Vol. 19, №4. – P. 331-335.
55. Effects of sucralfate on vacuolating cytotoxin activity and adherence of *Helicobacter pylori* to human gastric epithelial cells / D. T. Smoot, M. N. Earlington, E. Abebe [et al.] // J. Assoc. Academy of Minor Phys. – 1996. – Vol. 7, № 4. – P. 88-92.
56. Efficacy of 7 day lansoprazole-based triple therapy for *Helicobacter pylori* infection in elderly patients / A. Pilotto, M. Franceschi, G. Leandro [et al.] // J. Gastroenterology & Hepatology. – 1999. – Vol. 14, №5. – P. 468-475.
57. Furazolidone combination therapies for *Helicobacter pylori* infection in the United States / D. Y. Graham, M. S. Osato, J. Hoffman [et al.] // Alimentary Pharmacology & therapeutics. – 2000. – Vol. 14, № 2. – P. 211-215.
58. Gastric mucosal defence and cytoprotection: bench to bedside / I. Laine, K. Takeuchi, A. Tarnawski [et al.] // Gastroenterology. – 2008 – Vol. 3, № 1. – P. 41-60.
59. Guslandi M. Gastric mucosal defences in the elderly / M. Guslandi, A. Pellegrini, M. Sorhi // Gerontology. – 1999. – Vol. 45, № 4. – P. 206-208.
60. Holt P. K. Editorial: are gastrointestinal disorders in the elderly important? / P. K. Holt // J. Clin. Gastroenterol. – 1993. – Vol. 16, №3. – P. 186-188.
61. How to determine the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in the elderly / N. Salles-Montaudon, S. Dertheil, N. Broutet [et al.] // Revue Med. Interne. – 2001. – Vol. 22, №4. – P. 339-347.
62. Kempainen H. Clinical presentation of peptic ulcer in the elderly / H. Kempainen, I. Raiha, L. Sourander // Gerontology. – 1997. – Vol. 43, № 5. – P. 283-288.
63. Konturek S. J. *Helicobacter pylori* and its involvement in gastritis and peptic ulcer formation / S. J. Konturek, P. S. Konturek // J. Physiol. Pharmacol. – 2006. – Vol. 57, №3. – P. 29-50.
64. Openaccess endoscopy: a large-scale analysis of its use in dyspeptic patients / C. Mansi, G. G. Mela, V. Savarino [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. – 1993. – Vol. 16, №2. – P. 149-164.
65. Pilotto A. Aging and upper gastrointestinal disorders / A. Pilotto // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 18. – P. 73-81.
66. Pilotto A. *Helicobacter pylori*- associated peptic ulcer disease in older patients: current management strategies / A. Pilotto // Drugs Aging. – 2001. – Vol. 18, №7. – P. 487-494.
67. Pilotto A. An approach to *Helicobacter pylori* infection in the elderly / A. Pilotto, P. Malfertheiner // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2002. – Vol. 16, №4. – P. 683-685.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

68. Seinela L. Peptic ulcer in very old patients / L. Seinela, J. Ahvenainen // Gerontology. – 2000. -Vol. 46, № 5. – P. 271-275.
69. The polymorphic IL-1B and IL-1RN genes in the aetiopathogenesis of peptic ulcer / M. Garcia-Gonzalez, A. Lanas, S. Santoralia [et al.] // Clin. Exp. Immunol. – 2001. – Vol. 125. – P. 368-375.
70. Watanabe T. Pathogenesis of gastric and duodenal ulcer in the elderly / T. Watanabe, T. Chiba // Nippon. Rinsho. – 2002. – Vol. 60, №8. – P. 1515-1520.

УДК 616.342-002.44-053.9-071

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ І ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Петров Є. Є., Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І.

Резюме. В огляді представлено клінічні та патогенетичні особливості виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у осіб похилого і старечого віку.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, особи похилого і старечого віку.

УДК 616.342-002.44-053.9-071

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Петров Е. Е., Казаков Ю. М., Чекалина Н. И.

Резюме. В обзоре представлены клинические и патогенетические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лица пожилого и старческого возраста.

UDC 616.342-002.44-053.9-071

Some Peculiarities of Clinical Picture and Pathogenetic Mechanisms of Peptic Duodenal Ulcer in Patients of Elderly and Senile Age

PetrovYe. Ye., KazakovYu. M., Chekalina N. I.

Summary. Clinical and pathogenetic peculiarities of peptic duodenal ulcer in patients of elderly and senile age are presented in the review.

Key words: peptic duodenal ulcer, patients of elderly and senile age.

Стаття надійшла 23.10.2012 р.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.