**Заболевания органов пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста. Основы профилактики, лечения, рационального питания, реабилитации. Фитотерапия.**

**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**Изменения пищеварительной системы у пожилых.**

В процессе старения отмечаются следующие изменения системы пищеварения.

**Пищевод.** Наблюдается удлинение пищевода и его смещение от средней линии вследствие кифоза грудного отдела и расширения аорты, атрофия слизистой оболочки с уменьшением числа секреторных клеток; в мышечном слое уменьшается число мышечных клеток. В результате снижается тонус стенки и сфинктеров, внутрипищеводное давление, развивается гипомоторная дискинезия, в некоторых случаях — склонность к эзофагоспазму.

**Желудок.** В результате сокращения площади капиллярного русла развивается склонность к гипоксии. Происходят атрофия нервного аппарата, дегенерация мышечных волокон. Снижается тонус желудка (в большей степени тела и антрального отдела). Перистальтическая активность в целом достоверно не изменяется.

Отмечается диффузное снижение количества трубчатых желез и секреторных клеток. Нарушается выработка нейтральныхмукополисахаридов. В главных клетках значительно уменьшается содержание пепсиновых гранул. В составе желудочного сока более выражено снижение содержания кислых компонентов.

Доказано, что в пожилом возрасте регенераторные способности слизистой оболочки сохранены, но нарушен процесс дифференциации клеток.

**Поджелудочная железа.** Наблюдается возрастная атрофия ацинусов (к 80 годам их число снижается вдвое), одновременно снижается объем секреции бикарбонатов и ферментов. В наименьшей степени снижается продукция амилазы, в большей — липазы. Вследствие снижения продукции желчи и энтерокиназы, в двенадцатиперстной кишке нарушается процесс активации ферментов поджелудочной железы, что усугубляет проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

**Желчный пузырь.** По мере старения развивается гипокинезия желчных путей, причиной которой являются фиброзные изменения мышечной ткани дна пузыря, деформация клапанного аппарата, снижение продукции холецистокинина. Кроме того, снижается концентрационная функция желчного пузыря, что способствует повышению литогенных свойств желчи.

**Печень.** С увеличением возраста уменьшается масса органа, чаще выявляются признаки стеатоза. Изменение метаболических процессов выражается также в снижении гликогенобразующей, антитоксической функции, снижении активности микросомального окисления.

**Кишечник.** Возрастные изменения в кишечнике включают укорочение ворсинок и уменьшение слоя крипт, появление полей атрофии эпителия, уменьшение количества бокаловидных клеток (особенно в двенадцатиперстной кишке). В результате нарушаются пристеночное пищеварение и абсорбция пищевых компонентов. Кроме того, отмечается ослабление двигательной функции толстой кишки. Этому также способствует снижение тонуса мышц брюшной стенки и таза. С высокой частотой выявляются дивертикулы толстой кишки. Отмечается также атеросклеротическое поражение артерий кишечника.

В структуре заболеваний органов пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста наиболее важное место занимают такие расстройства как гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, калькулезный холецистит, висцеральный ишемический синдром, хронические запоры, а также злокачественные опухоли толстой кишки, пищевода, желудка.

Частота ГЭРБ возрастает как следствие недостаточности кардиального сфинктера и снижения пищеводного клиренса. Необходимо дифференцировать симптоматику этого заболевания от проявлений ишемической болезни сердца (в случае поражения пищевода ощущение жгучей боли за грудиной купируется приемом антацидных ЛС). Схема лечения этого заболевания у пожилых принципиально не отличается от таковой у лиц более молодого возраста.

При назначении антацидных ЛС преимущество следует отдавать невсасывающимся антацидам, содержащим в составе магний (с учетом возможности возникновения запоров на фоне лечения этими ЛС).

При выборе прокинетика метоклопрамиду следует предпочесть домперидон, который практически не проникает через гематоэнцефалический барьер и не дает побочные эффекты в виде паркинсоноподобной симптоматики.

**Язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки**

Этиологические факторы язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста в целом соответствуют таковым в более молодых группах. Однако по локализации преобладающим является поражение желудка (в пожилом возрасте язвы желудка выявляются в 1,7 раза чаще, в старческом — в 3 раза чаще, чем язвы двенадцатиперстной кишки; в то время как у лиц молодого и среднего возраста это отношение составляет 1:4).

Гастродуоденальные язвы, впервые возникшие в возрасте старше 80 лет, в литературе не совсем корректно называются «старческими». В патогенезе образования язв у пожилых людей преобладающее значение имеет снижение защитных факторов.

В этой связи также следует помнить о том, что риск развития гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), у пациентов пожилого и старческого возраста существенно повышен.

В диагностике язвенного поражения у пожилых пациентов необходимо помнить о нередко стертой и неопределенной симптоматике; особое внимание следует уделить морфологической верификации (исключению язвенной формы рака желудка).

При выявлении у пациента инфекции Helicobacterpylori показано проведение эрадикационной терапии по общепринятым схемам. Однако следует учитывать повышенный риск развития антибиотик-ассоциированной диареи у пациентов пожилого и старческого возраста. Поэтому назначение антибиотиков должно быть строго обоснованным и контролируемым.

Лечение язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста должно быть направлено на повышение общих и местных защитных механизмов.

ЛС, используемые в качестве патогенетической терапии, назначают изолированно или в комбинациях:

Антацидные ЛС. Их используют только в комбинации с другими ЛС. Целесообразно назначение невсасывающихся антацидных ЛС, в составе которых содержится гидроокись магния (с учетом возможности возникновения запоров на фоне применения антацидов).

Антисекреторные ЛС.

ИПП: омепразол назначают внутрь 20—60 мг/сут в течение 2—4 недель, затем с уменьшением дозы до 20—40 мг/сут до 4 месяцев.

Блокаторы Н2-рецепторов. Представитель I поколения блокаторов Н2-рецепторов — циметидин (гистадил, тагомет) часто дает побочные эффекты (у 10—20% пациентов), такие как гепатотоксичность, антиандрогенные свойства, лекарственные цитопении. Предпочтительно применение блокаторов Н2-рецепторов II и III поколений ранитидина внутрь в дозе 75—150 мг 2 р/сут и фамотидина в дозе 40 мг на ночь в течение 3—4 недель.

Применение атропиноподобных ЛС и синтетическиххолиноблокаторов ограничено побочными эффектами (нарушение мочеиспускания, повышение внутриглазного давления, влияние на сердечный ритм, тонус кишечника и пр.).

Цитопротективные ЛС.

ЛС, стимулирующие образование слизи: препараты простагландина Е (мизопростол) и карбеноксолон. Мизопростол назначают внутрь по 200 мг 4 р/сут в течение 3—4 нед, натрия карбеноксолон (биогастрон, вентроксол) — по 50—100 мг 3 р/сут в течение 4 нед.

Средства, оказывающие местное защитное действие: алюминиевая соль октасульфата сахарозы (500 — 1000 мг 4 р/сут), висмута субцитрат коллоидный (120 мг 4 р/сут) до 2 месяцев.

Средства, стимулирующие репаративные процессы, назначают пациентам с дефицитом массы тела, длительно не рубцующимися язвами. Солкосерил (депротеинизированный экстракт крови крупного рогатого скота) улучшает кровоснабжение слизистой оболочки желудка, выработку желудочной слизи, стимулирует процессы репарации. Назначается внутримышечно по 2—4 мл/сут ежедневно курсом до 6 недель.

Производные пиримидина (метилурацил, пентоксил), натрия нуклеинат, рибоксин обладают анаболическими свойствами, стимулируют общие и местные факторы защиты. Натрия нуклеинат назначают внутрь по 100—200 мг 4 р/сут.

Вспомогательную роль при лечении гастродуоденальных язв у пациентов пожилого и старческого возраста играют также сосудистые препараты (трентал, ноотропил).

**Хронический панкреатит**

Возрастное снижение экзокринной функции поджелудочной железы может затруднять диагностику хроническогопанкратита. В качестве основных факторов, обусловливающих развитие хронического панкреатита у пожилых, выступают желчнокаменная болезнь, метаболические расстройства (гиперлипидемия), нарушение кровообращения, прием некоторых ЛС (мочегонные, НПВС). Однозначно нельзя полностью отвергнуть роль алкоголя. Следует помнить, что боли опоясывающего характера панкреатогенного генеза у пожилых пациентов встречаются относительно редко из-за редкого вовлечения головки поджелудочной железы в воспалительный процесс.

Основные принципы лечения хронического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста соответствуют общим принципам лечения более молодых пациентов. Особенностью является назначение диеты с более низкой энергетической ценностью:

на 2 — 5-е сутки обострения панкреатита пациент получает не более 1000 ккал/сут,

с 5 — 6-го дня — до 1600 ккал/сут (увеличение энергетической ценности за счет белковой пищи),

с 10-го дня — до 2400 ккал/сут.

Для купирования болевого синдрома применяют общепринятые обезболивающие ЛС (метамизол, парацетамол, промедол).

Для подавления секреции нежелательно применять атропин и синтетические атропиноподобные средства из-за высокого риска развития побочных явлений в старших возрастных группах. Допускается назначение платифиллина, поскольку препарат оказывает меньшее нежелательное влияние на секрецию желез и функцию сердечнососудистой системы, а также пирензепина. Оптимальным является назначение блокаторов Н2-рецепторов или ИПП.

Для профилактики гнойных осложнений с первых дней обострения назначают антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины).

Ферментные препараты для лечения болевого синдрома и в качестве заместительной терапии применяют по общим принципам.

**Калькулезный холецистит**

Особенностью обострения калькулезного холецистита у пожилых пациентов является склонность к быстрому распространению процесса с развитием осложнений в виде флегмоны, гангрены желчного пузыря. При этом симптомы заболевания нередко бывают стертыми.

Принципы ведения пациентов пожилого возраста, страдающих калькулезным холециститом, соответствуют таковым для более молодых пациентов.

**Висцеральный ишемический синдром**

Атеросклероз мезентериальных артерий и чревного ствола проявляется ноющими болями в животе (чаще в околопупочной области, внизу живота) через 10—15 мин после приема пищи. Сопровождается нарушением пищеварения и похуданием. В консервативном лечении этого заболевания основное место уделяется соблюдению диеты, назначению нитратов, антагонистов кальция, гиполипидемических препаратов и спазмолитиков.

**Хронические запоры**

Развитию запора у пациентов в этой группе в значительной мере способствуют гиподинамия, алиментарные факторы (включающие дефекты жевательного аппарата), нейрогенные факторы (эмоциональные стрессы, депрессия), заболевания аноректальной зоны (геморрой, трещины заднего прохода), медикаментозные факторы (прием ганглиоблокаторов, холинолитиков, седативных ЛС, транквилизаторов, антацидных, мочегонных ЛС, длительный прием слабительных ЛС, препаратов кальция), нарушения водно-электролитного баланса (при сердечной, почечной недостаточности, асците). Важно исключить наличие опухоли толстой кишки как причину запора.

При лечении запора главным направлением является соблюдение диеты: прием достаточного количества жидкости (воды и соков не менее 1,2—1,5 л/сут), утром натощак выпивать стакан холодной воды; употребление блюд, богатых растительными пищевыми волокнами, органическими кислотами, поваренной солью, углекислотой (в отсутствие противопоказаний).

При неэффективности соблюдения диеты возникает необходимость в назначении слабительных ЛС. Рекомендуется начинать с небольших доз слабительных — «наполнителей» для увеличения объема кишечного содержимого — морской капусты, пшеничных отрубей, семени подорожника, метилцеллюлозы, а также «контактных» слабительных — глицериновых свечей. Лекарственную терапию рекомендуется сочетать с массажем живота, лечебной физкультурой.

**Дивертикулярная болезнь**

Принципы консервативного лечения неосложненной дивертикулярной болезни и хронического дивертикулита сводятся к профилактике и устранению запоров, приему спазмолитических ЛС — мебеверина, дицетела, гиосцинабутилбромида (по показаниям).

При остром дивертикулите или обострении хронического показаны госпитализация, проведение дезинтоксикационной терапии, применение антибиотиков широкого спектра действия, эффективных против кишечной микрофлоры. На время обострения целесообразно соблюдение диеты № 4 или голодание с проведением парентерального питания. Для купирования поноса показано назначение вяжущих средств.

Показаниями к экстренному хирургическому лечению являются признаки перфорации, перитонита, острой непроходимости кишечника, тяжелого кишечного кровотечения; отсроченное хирургическое лечение показано при неэффективности консервативного лечения острого дивертикулита; плановое хирургическое лечение проводят при частичной непроходимости кишечника, повторном тяжелом кровотечении, частых рецидивах дивертикулита, формировании свищей, абсцессах.

**ФИТОТЕРАПИЯ**

При воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, таких как гастрит (особенно его смешанные типы АВ, АС), гастродуоденит, показано использование противовоспалительных растительных препаратов. К растениям противовоспалительного действия можно отнести аир, алоэ, березу, девясил, зверобой, золототысячник, календулу, капусту, крапиву, лапчатку, лен, лопух, мяту, овес, одуванчик, подорожник, ромашку, сушеницу, тмин, тысячелистник, цикорий, чистотел, шиповник, эвкалипт и др.

Для лечения заболеваний желудка, ассоциированных с Helicobacterpylori, используются стандартные схемы, рекомендованные решением Маастрихтских согласительных конференций. Однако в комплексной терапии есть место и препаратам растительного происхождения. Фитотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеет давнюю историю. Несмотря на незнание вопросов развития заболевания, в прошлом фитотерапия с успехом применялась для лечения патологии благодаря универсальному набору биологически активных веществ, входящих в состав лекарственных растений. В процессе фитотерапии хеликобактериоза (гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) необходимо использовать растения, обладающие:

— антимикробным и противовоспалительным действием;

— способностью снижать продукцию соляной кислоты;

— способностью защищать слизистую от механического и химического повреждения;

— способностью активизировать процесс регенерации слизистой оболочки.

Такие требования выполнимы лишь при использовании наравне со стандартной антихеликобактерной терапией фитотерапевтических препаратов.

Исходя из патогенеза хеликобактериоза при гастродуодените и особенно язвенной болезни, период обострения сопровождается снижением уровня эстрогенов в крови при одновременном увеличении андрогенов. Поэтому при составлении сборов следует обязательно включать растения, повышающие эстрогенную активность (ромашка аптечная, тысячелистник обыкновенный, душица обыкновенная, лапчатка гусиная и др.).

Наиболее эффективными растительными препаратами при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта являются корневища аира, цветки ромашки лекарственной и семена льна.

**Подготовила ВОП, главный валеолог Дзержинского района Ильюхина Ольга Николаевна**