**Лекція 5**

**Тема: Особливості перебігу захворювань органів травлення у пацієнтів похилого віку. Хвороби шлунку та** дванадцятипалої кишки.

План.

1. Вікові фізіологічні зміни органів травлення.

2. Гострий гастрит.

3. Хронічний гастрит.

4. Виразкова хвороба.

5.Шлункова кровотеча.

Зміст лекції.

1. **Вікові фізіологічні зміни органів травлення.**

Процес старіння людини проявляється закономірним роз­витком змін структури і функцій різних органів, у тому числі і органів травної системи. Зміни органів травлення при старінні людини:

-Ротова порожнина- об’єм зменшується; атрофія верхньої щелепи

випереджає атрофію ниж­ньої; відбувається порушення прикусу, утруднюється жування їжі.

-Стравохід -подовжується і викривлюється; зменшується кількість секреторних клітин;

-Підшлунко­ва залоза- гинуть ацинозні клітини, розростаєтьсясполучнатканина, а в клітинах, які збереглися, зменшується кількість секреторних гранул;

-Печінка-зменшується маса тіла;

знижуються функціональні можливості гепатоцитів*;*

-Жовчний- збільшується в об’ємі (за рахунок подовження в передньозадньому розмірі

-Кишки- загальна довжина збільшується (частіше за раху­нок подовження окремих ділянок товстої кишки); у стінці тонкої кишки виявляються атрофічні змі­ни.

**2. Гострий гастрит**

Гострий катар, або гострий гастрит, — гостре запалення сли­зової оболонки шлунка, що виникає внаслідок впливу на неї не­доброякісної їжі, хімічних речовин, алкоголю та інших шкід- ливостей. Причиною гострого гастриту також може бути пере­їдання.

Клінічні прояви гострого гастриту у старих людей менше ви ражені, ніж у молодих, а захворювання перебігає тяжче і може бути небезпечним для життя — це пов’язано з тим, що воно часто спричинює тяжкі порушення водно-електролітного обміну. У пацієнтів виникають такі симптоми, як біль у надчеревній ділянці, нудота, відрижка (як повітрям, так і з домішками їжі, яку пацієнт їв напередодні), блювання. У блю­вотних масах містяться залишки їжі, яку нещодавно їв пацієнт. Позиви до блювання можуть поєднуватися з переймоподібним болем у надчеревній ділянці. Розвивається різка загальна слаб­кість із холодним потом, тахікардією, знижується артеріальний тиск. Спостерігаються запаморочення, головний біль, іноді підвищення температури тіла до 38 °С, відраза до їжі, іноді про нос.

*Профілактика.* Особливо по­грібно звертати увагу на продукти, що не піддаються поперед­ній термічній обробці: м’ясний і рибний холодець, паштети, деякі види ковбас, торти, домашній сир. Важливо, щоб праців­ники харчоблоків, дотриму­валися правил особистої гігієни, проходили періодичні про­філактичні огляди, обстежувались на бацилоносійство. Індиві­дуальна профілактика полягає в раціональному харчуванні.

**3. Хронічний гастрит.**

Хронічний гастрит — це хронічне запалення слизової оболон­ки шлунка з процесами її структурної перебудови (атрофія і ре­генерація), що супроводжується зазвичай функціональною не­достатністю шлунка, порушеннями його моторики й інкретор­ної функції. Досить часто трапляється в похилому і старечому віці. У старих людей переважають гіпоацидні та анацидні його форми. Це пояснюється тим, що з віком відбуваються структур­ні зміни нервового апарату і судинної сітки стінки шлунка, унаслідок чого створюються передумови для розвитку атрофіч­них змін з боку різних елементів стінки шлунка, зокрема зало­зистого апарату. Серед екзогенних причин мають значення: порушення режиму харчування, переїдання, систематичне спо­живання дуже гарячої або холодної їжі, погане пережовування їжі, вживання алкоголю, куріння, вживання лікарських за­собів. Серед ендогенних причин виділяють порушення в системі нейрогуморальної регуляції, дуоденогастральний рефлюкс, хро­нічні запальні захворювання інших органів, порушення обміну речовин.

Розрізняють три ступені морфологічних змін слизової оболонки шлунка: поверхневий гастрит, або початкову фазу; глибокий гастрит з ураженням залоз без атрофії, або проміжну фазу, і атрофічний гастрит, або кінцеву фазу. У пацієнтів похи­лого віку частіше трапляється атрофічний гастрит. Є дві його форми: чисто атрофічний і атрофічний з кишковою метаплазією.

За клінічними проявами в перебігу хронічного гастриту ви­діляють три фази: компенсації (ремісії), субкомпенсації (підго- стрий перебіг), декомпенсації (загострення). Як особливі форми цього захворювання розглядають: ригідний антральний, полі- позний і кістозний гастрити. Але специфічних клінічних симп­томів цих форм гастриту не існує, діагностика їх базується на даних комплексу загальноприйнятих, особливо ендоскопічних, досліджень. Частота поліпозних гастритів з віком збільшується.

Скарги і клінічна картина у пацієнтів похилого віку менше виражені, ніж у молодих, часто гастрит перебігає латентно. У пацієнтів виникають скарги на відчуття важкості в шлунку, його переповнення, тупий біль у надчеревній ділянці, що з’являються або посилюються після їди; знижений апетит; ну­доту після їди; відрижку повітрям, іноді тухлим яйцем; мож­ливий біль у роті і язиці. При цьому погіршується загальний стан пацієнта, можуть виникати проблеми із серцево-судинною недостатністю. Вираженість цих проблем залежить від фази захворю­вання (загострення, ремісії). При хронічному гастриті у пацієн­тів похилого віку, відсутні значне погіршення самопочуття, значна втрата маси тіла. Характерні хвилеподібний перебіг, переважання диспеп­сичного синдрому над больовим і наявність секреторної недо­статності шлунка.

*Діагностика.* Для встановлення діагнозу потрібно провести різні дослідження органів травлення (фіброгастродуодено- скопія — ФГДС), рН-метрія, фракційне дослідження шлунко­вого соку, рентгенологічне дослідження мають значення насам­перед для виключення раку шлунка тощо), підготувати пацієн­тів до обстежень, узяти біологічні рідини на дослідження (кров, сеча). Діагностика гастриту утруднена через прихований пере­біг хвороби, що часто спостерігається у пацієнтів похилого віку, відсутність специфічних симптомів і в основному базується на даних анамнезу, функціональному стані секреторного апарату шлунка, результатах рентгенологічних, цитологічних, гастро- скопічних досліджень.

*Профілактика* загострень хронічного гастриту передбачає протирецидивне лікування. Для цього крім дієти до курсового лікування включають засоби, що нормалізують функціональний стан травного тракту. У період ремісії показане санаторно-курорт­не лікування. Усі пацієнти з хронічним гастритом підлягають диспансерному спостереженню, яке включає в себе комплексне обстеження і протирецидивне лікування 1—2 рази на рік.

**4. Виразкова хвороба.**

Виразкова хвороба (мал. 4) — хронічне рецидивне захворю­вання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в слизовій оболонці шлунка або дванадцятипалій кишці внаслі­док порушення загальних і місцевих механізмів нейрогумораль­ної регуляції гастродуоденальної системи і трофіки слизової оболонки. У похилому і старечому віці це захворювання трап­ляється не часто, але в останні десятиліття

спостерігається знач­не зростання захворюваності серед геріатричних пацієнтів. Се­ред хворих із виразковою хворобою частка осіб віком понад 60 років становить від 20 до 25 %, а серед пацієнтів із локалізацією в шлунку — навіть 50 % . При цьому, якщо серед молодих і лю­дей зрілого віку переважає виразкова хвороба в чоловіків (спів­відношення між чоловіками і жінками — (2—5) : 1), то серед осіб похилого віку збільшується захворюваність у жінок. У віці 70 років статеві відмінності за­хворюваності практично зника­ють. Переважають виразкові ураження шлунка, а не дванад­цятипалої кишки.

До основних вікових чинни­ків, які беруть участь у розвитку виразкової хвороби, належать порушення нейрогуморальної регуляції діяльності шлунка і два­надцятипалої кишки, зменшення кровопостачання слизової оболонки шлунка, її трофіки, порушення слизоутворення.

Виразкові ураження у пацієнтів похилого віку поділяють на:

“застарілу” виразкову хворобу — це виразкова хвороба, що виникла в молодому і середньому віці та існує тривалий час;

“пізню” виразкову хворобу — це виразкова хвороба, що розвинулася в похилому або старечому віці;

“старечі” виразки, які є симптоматичними виразками при хронічних захворюваннях системи кровообігу, дихальної сис­теми, тривалому вживанні цілої низки медикаментів (серцевих глікозидів, препаратів раувольфії тощо).

Етіологія і патогенез “застарілої” та “пізньої” виразкової хвороби однакові і полягають у порушенні співвідношення між; факторами агресії шлункового соку і факторами захисту сли­зової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки. “Пізня” виразкова хвороба у пацієнтів похилого віку має кілька особливостей:

* в одних пацієнтів переважає такий прояв, як біль, що на­буває постійного характеру, помірно виражений, не залежить від споживання їжі, локалізація болю різна і часто нетипова, здебільшого в надчеревній ділянці, під мечоподібним відрост­ком, за грудниною з іррадіацією в спину, ліву руку, ділянку серця, праве чи ліве підребер’я;
* у деяких випадках болю може не бути і проблеми, які ви­никають, пов’язані з диспепсичним синдромом і значною кро­вотечею;
* сезонність рецидивів відсутня, кислотоутворювальна функ­ція шлунка збережена;
* виразки неглибокі, переважають великі дефекти, локалі­зуються вони в основному у верхніх відділах шлунка;
* майже у 50 % пацієнтів старших вікових груп виразкова хвороба супроводжується прихованою кровотечею;
* значні кровотечі — досить часте ускладнення виразкової хвороби, зумовлене атеросклеротичним ураженням судини, стін­ки якої потовщені, що сприяє порушенню скоротливої здатнос­ті та утворенню кров’яного згустка;
* кровотеча часто може поєднуватись з перфорацією;

“Стареча” виразка — значно поширене захворювання у па­цієнтів похилого віку і має кілька істотних особливостей:

* задавненість її незначна, розміри великі, але вона не глибока, з чіткими контурами, помірно вираженим ін­фільтративним валом і некротичним шаром на дні, розташу­вання поодиноке, локалізація переважно в середній і нижній третині тіла шлунка, на малій кривизні;
* часто ця виразка поєднується зі зниженим вмістом або відсутністю хлоридної кислоти у вмісті шлунка;

Найсерйозніші ускладнення виразкової хвороби шлунка і два­надцятипалої кишки (кровотеча, прорив, переродження в рак, стеноз воротаря і дванадцятипалої кишки) можуть спричинити виникнення потенційних проблем.

**5.Шлункова кровотеча.**

Шлункова кровотеча є одним із найнебезпечні- ших ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. У пацієнтів похилого і старечого віку вона виникає в 2 рази частіше, ніж у молодих осіб. При профузній шлунковій кровотечі спостерігаються різка загальна слабкість, запаморо­чення, блідість шкірного покриву, блювання кров’ю і дьогтепо- дібні випорожнення, сильна спрага, тахікардія і зниження кров’яного тиску.

Для незначних кровотеч характерні нерізка загальна слаб­кість, прискорення пульсу і помірне зниження кров’яного тис­ку. Блювання кров’ю і дьогтеподібні випорожнення іноді від­сутні. Але дослідження калу на приховану кров у цих випадках дає позитивну реакцію. Невелика за обсягом крововтрата (150—200 мл) може спричинити короткочасну слабкість, про­явитися згодом дьогтеподібними випорожненнями.

*Прорив виразки (перфорація)* — одне із найтяжчих усклад­нень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Ос­новним проявом перфорації є раптовий, надзвичайно сильний біль у животі (за словами пацієнтів, подібний до удару ножем). Спочатку він виникає в надчеревній ділянці, потім поширюєть­ся на праву клубову ділянку. Пацієнт часто займає вимушене положення — лежить або сидить нерухомо з притиснутими до живота і зігнутими в колінах ногами. До найважливіших об’єк­тивних ознак прориву належить різке напруження м’язів пе­редньої черевної стінки, особливо в надчеревній ділянці. Паль­пація живота болюча. Найсильніший біль буває, якщо раптово забрати руку, що пальпує черевну стінку (симптом Щоткіна— Блюмберга) — це важливий симптом, який свідчить про по­дразнення очеревини.

*Стеноз воротаря і дванадцятипалої кишки* — звуження про­світу вихідного відділу шлунка внаслідок рубцювання виразки, яка розташовується на виході зі шлунка або в початковому від­ділі дванадцятипалої кишки. У пацієнтів похилого і старечого віку це ускладнення трапляється відносно рідко.

*Профілактика* загострень виразкової хвороби полягає в до­триманні режиму харчування, обмеженні вживання ліків, які пошкоджують слизову оболонку шлунка, відмові від куріння, алкоголю. Найнадійнішим способом запобігти рецидивам ви­разкової хвороби є тривале вживання перед сном противираз- кових препаратів (ранітидин 150 мг або фамотидин 40 мг, де- нол по 120 мг перед сніданком і сном тощо).