**Лекция**

**Синдром мальнутриции**

Развитие синдрома мальнутриции (недостаточность питания) во-многом обусловлено возрастными изменениями органов пищеварения. Физиологические изменения в пожилом и старческом возрасте охватывают все части желудочно-кишечного тракта, причем первые инволютивные изменения выявляются уже в 40 - 50 лет, а выраженной степени они достигают уже в 50 - 55 лет.

*Полость рта*. Характерно уменьшение потери зубов за счет инволютивных изменений парадонта, происходит также инволюция слюнных желез, что приводит к снижению секреции слюны. Практикующие врачи во время гериатрического приема нередко сталкиваются с тем, что пациенты предъявляют жалобы на сухость во рту, что обусловлено снижением слюнопродукции. В этой связи следует рекомендовать продукты, которые стимулируют слюноотделение - лимоны, грейпфруты, виноград, клюква и пр. Изменяется и качество слюны - снижается содержание в ней амилазы, кислой фосфатазы, хлоридов. Отмечается снижение чувствительности языка в связи с уменьшением количества вкусовых рецепторов, снижением порога их возбудимости. Кроме того, язык увеличивается в размерах, на его нижней поверхности имеет место расширение венозных сосудов.

*Пищевод*. С возрастом за счет изменений позвоночника пищевод удлиняется, искривляется и смещается латерально от средней линии. Характерно появление атрофии слизистой, уменьшение в объеме мышечного слоя, замещение мышечной ткани соединительной, снижается активность перистальтических сокращений. Указанные изменения могут приводить к некоторым нарушениям прохождения твердой непережеванной пищи, но болевой синдром при этом не характерен. В случае его возникновения следует исключить органическое поражение пищевода, но не списывать данные нарушения на инволюцию.

*Желудок*. Снижается секреторная активность желудка, уменьшается объем выделяемого желудочного сока, снижается тонус мышц - замедляется скорость прохождения перистальтической волны, уменьшается амплитуда сокращений. Оскудевает васкуляризация желудка - при морфологическом исследовании определяется уменьшение количества анастомозов, сети капилляров, увеличивается перикапиллярное пространство, что в совокупности делает слизистую оболочку желудка весьма чувствительной к гипоксическим воздействиям. Атрофические изменения выявляются и в нервном аппарате желудка, они затрагивают в первую очередь миелиновые волокна. Изменения секреторной активности желудка при старении рассмотрены в табл. 2 (по О.В.Коркушко, Д.Ф.Чеботареву, Е.Г.Калиновской, 1993).

Таблица 2

Изменения секреторной активности желудка

при старении и механизмы ее компенсации

|  |  |
| --- | --- |
| ***Факторы снижения секреции*** | ***Механизмы компенсации***  ***секреции*** |
| Уменьшение количества  секретирующих клеток | Гиперплазия и гипертрофия внутриклеточных структур в секреторных клетках |
| Дегенеративно-дистрофические изменения секретирующих клеток | -//- |
| Ослабление нервного и секреторного контроля секреторных клеток | -//- |
| Ослабление безусловного и условного рефлексов | -//- |
| Снижение активности холинергической регуляции | Возрастание чувствительности рецепторов секреторных клеток к гуморальным факторам |
| Повышение активности адренергической регуляции | Повышение концентрации гастрина в крови, ослабление ингибирующих механизмов регуляции |

*Кишечник*. Отмечается снижение площади пристеночного пищеварения за счет атрофии кишечных ворсинок тонкой кишки, снижается интенсивность пристеночного пищеварения также за счет снижения липолитической активности. Имеет место снижение гидролиза и всасывания липидов, глюкозы, ксилозы. Доказано снижение двигательной активности кишечника, развивается гипомоторная дискинезия толстой кишки, что клинически выражается в склонности к запорам. В толстой кишке происходит активация процессов брожения, размножение гнилостной и гноеродной флоры.

Одним из признаков старения кишечника является уменьшение способности слизистой кишечника к регенерации, эти процессы замедляются в среднем в 1,5 раза.

*Печень.* В пожилом и старческом возрасте отмечается уменьшение количества гепатоцитов, соответственно, уменьшается масса печени, снижается интенсивность в ней кровотока. Имеет место снижение уровня билирубина, желчных кислот, но увеличивается продукция холестерина. В связи со снижением показателей липидного комплекса в желчи в пожилом возрасте зачастую отмечается нарушение кишечного пищеварения, что приводит к развитию диспепсического синдрома и требует назначения заместительной ферментной терапии. В пожилом и старческом возрасте отмечаются инволютивные изменения гепатоцитов, в цитоплазме имеют место явления стеатоза, определяется умеренное снижение гликогена, повреждение митохондрий, увеличение матрикса и формирование паракристаллических включений. К поздним старческим изменением относят наличие в цитоплазме гепатоцитов липофусцина, которые вместе с атрофией печени расцениваются как бурая атрофия.

В мезенхиме органа отмечается нерезко выраженный портальный фиброз, но без фрагментации долек.

С возрастом отмечается снижение антиоксидантной функции печени, а также ферментов микросомального окисления, других ферментных систем. Необходимо заметить, что несмотря на эти изменения клинически нарушения функции печени не проявляются, однако при передозировке медикаментов, алкоголизации и воздействия других факторов развивается декомпенсация с соответствующей симптоматикой.

*Поджелудочная железа*. Развивается атрофия ацинозных клеток, их альтерация и замещение соединительной тканью с формированием междолькового и внутридолькового фиброза. Это приводит к снижению реакции поджелудочной железы на такие раздражители как секретин и панкреозимин, что характеризует снижение функциональной активности железы. В возрастной динамике изменения, заключающиеся в фиброзе, гиперплазии эпителия, облитерации некоторых сосудов, развиваются уже в возрасте после 40 лет, к 50 - 60 годам наблюдаются изменения внутри долек и в междольковых сосудах, периваскулярный фиброз, эластическая гиперплазия внутренней оболочки органа. К 75 - 90 годам часть долек полностью замещается жировой тканью, а общее количество функционирующей железистой ткани составляет не более 30 - 40%. При соблюдении правильного режима питания, исключении алкоголя инволютивные изменения поджелудочной железы клинически не проявляются, но при травмирующих факторах возможно возникновение серьезных заболеваний.

Ниже представлены опорные слайды лекции, посвященные синдрому мальнутриции в пожилом возрасте.

















**Практическое занятие**

**Принципы питания в пожилом и старческом возрасте**

Рациональное питание в пожилом и старческом возрасте имеет важное значение. Обсуждая этот вопрос, стоит заметить, что потребность в грамотно составленном рационе возникает при физиологическом старении, под которым следует понимать постепенно развивающиеся возрастные изменения, которые нарушают полное приспособление организма к условиям внешней среды.

Старение сопровождается комплексом изменений, возникающих в организме в результате действия факторов времени. Накопление и суммация этих изменений на протяжении жизни приводят к необратимым изменениям во всех системах и в организме в целом. В основе этих изменений лежит нарушение обмена веществ, в первую очередь - белков, в том числе и ферментообразующих. Одним из важнейших факторов, обуславливающих старение, является снижение интенсивности самообновления протоплазмы. В процессе старения генеративные белки (нуклеопротеиды), способные к репродукции, синтезу и восстановлению, постепенно замещаются белками, которые не обладают репродуктивной способностью, происходит ослабление синтетических возможностей организма и ухудшение регуляции этого синтеза. Протоплазма теряет нуклеопротеиды, нуклеиновые кислоты и другие компоненты, характеризующиеся высокой самообновляемостью. Нарушаются процессы биологического окисления, уменьшается энергообразование, снижается потребление кислорода тканями, падает уровень основного обмена, повышается уровень липидов и липопротеидов в сыворотке крови. Отмечаются изменения и в водно-солевом обмене вследствие изменения клеточной проницаемости: снижается содержание внутриклеточного калия и повышается содержание натрия и хлора. Таким образом, старение – это общебиологический закономерный медленный процесс накопления изменений, проявляющихся на всех уровнях – молекулярном, клеточном, тканевом, органном и организменном, - происходящий под влиянием комплекса факторов и причин, действующих в одном направлении и в конечном итоге приводящих к атрофическим и дегенеративным изменениям, характерным для старости.

В числе факторов поддержания нормального физиологического состояния в пожилом и старческом возрасте важная роль принадлежит питанию. Сбалансированное питание оказывает существенное влияние на развитие процессов старения организма и на характер изменений, возникающих в различных его системах. Однако в пищеварительной системе также развиваются существенные изменения, которые влияют на усвояемость пищи. Основные из них следующие:

* истончение в результате атрофических процессов слизистой оболочки желудка и, соответственно, снижение секреторной и моторной функции желудка;
* снижение уровня кислотности желудочного сока, концентрации ферментов и уменьшение их активности;
* изменения в состоянии и характере кишечной микрофлоры с резким преобладанием гнилостных микроорганизмов, в результате чего имеет место повышенное образование в кишечнике гнилостных продуктов с последующим их всасыванием;
* атрофия активных элементов поджелудочной железы со снижением ее функциональной способности, уменьшением количества и снижением активности ферментов, продуцируемых ею.
* ослабление мышц живота с опущением внутренних органов.
* уменьшение выделения пищеварительных соков в тонкой кишке с ослаблением их переваривающей способности.
* уменьшение кишечной моторики и появление наклонности к запорам;
* нарушение оттока желчи;
* снижение образования инсулина.

Кроме того, падает активность и других желез внутренней секреции – щитовидной, половых, что в свою очередь влияет на обмен веществ и функцию различных органов и систем.

Учитывая перечисленные изменения, большинство лиц пожилого и старческого возраста питаются неправильно:

* преобладает пища, содержащая жиры животного происхождения;
* мясо потребляется в значительно большем количестве, чем рыба;
* имеют место излишества в принятии углеводсодержащей пищи (мучных, сладких продуктов).
* наблюдается ограниченное потребление овощей, фруктов, зелени, растительного масла

В связи с этим, проблемы обеспечения рационального питания лиц преклонного возраста является весьма актуальной. Ниже мы рассмотрим основные принципы питания жителей, относящихся к старшим возрастным группам.

*Принцип 1. Энергетическая сбалансированность между калорийностью потребляемых продуктов и фактическими энергозатратами организма.*

В связи с тем ,что в пожилом и старческом возрасте энергозатраты и основной обмен снижается, закономерно уменьшается потребность в пищевых продуктах. Рекомендуемая калорийность составляет: для мужчин старше 60 лет 2000-3000 ккал, для женщин - 1900-2000 ккал.

*1. 1. Подбор белковых компонентов пищи.*

Обоснование необходимости:

- снижение биосинтеза белков и синтеза ферментов, расщепляющих белково-липидные структуры с одновременным возрастанием распада белка и его потерь;

- снижение потребности в пластических материалах;

- снижение общей работоспособности и интенсивной физической работы;

- сохранение потребности в регенерации изношенных клеток;

- избыток белка может способствовать развитию атеросклероза;

Подходы к подбору:

- снижение нормы белка до 1 г на 1 кг массы тела;

- соотношение животных и растительных белков 1:1;

- приготовление мясных блюд преимущественно в отварном виде;

- использование нежирных сортов мяса;

- ограничение потребления мяса и мясных продуктов (предпочтение рыбным блюдам);

- введение в рацион до 30% белка за счет молочных продуктов;

- использование неострых и несоленых сортов сыра;

- введение растительных белков главным образом за счет зерновых культур и бобовых.

*1.2. Подбор жиров.*

Обоснование необходимости:

- имеет место связь обильного потребления жира с развитием атеросклеротического процесса;

- поступление больших количеств жира непосильно для переваривания ослабленным секреторным аппаратом пищеварительной системы лиц пожилого возраста;

- преимущественно отрицательное влияние на жировой и холестериновый обмен насыщенных, предельных жирных кислот животных жиров.

Подходы к подбору:

- общая потребность в жире лиц пожилого возраста ориентировочно принимается на 10 % больше количества белков пищевого рациона;

- ограничение в первую очередь потребления животных жиров;

- наряду со сливочным маслом необходимо использовать и растительное, однако систематический прием большого количества растительного масла нежелателен в связи с тем, что оно может содержать значительное количество продуктов окисления, легко образующихся в растительных маслах вследствие высокого содержания ненасыщенных жирных кислот.

*1.3. Подбор углеводов.*

Обоснование необходимости грамотного подбора углеводов:

- в общепринятой формуле сбалансированного питания количество углеводов в среднем на 4 ½ раза превышает количество белка. Такое соотношение белка и углеводов приемлемо для лиц пожилого возраста только при активном, подвижном образе жизни. При малой физической нагрузке количество углеводов должно быть снижен;.

- проявление гиперхолестеринемического действия низкомолекулярных углеводов.

- неблагоприятное воздействие избытка сахара на деятельность полезной кишечной микрофлоры.

Подходы к подбору:

- использование в качестве источников углеводов продуктов из цельного зерна, а также картофеля и другие овощей;

- ограничение углеводов в первую очередь за счет сахара и сладостей;

- увеличение количества сложных углеводов, содержащих клетчатку, пектиновые вещества, которые в настоящее время объединены термином волокнистые вещества пищи (пищевые волокна). Благодаря своим физико-химическим свойствам они обладают способностью адсорбировать пищевые и токсические вещества и улучшать бактериальное содержание кишечника, для лиц пожилого возраста общее количество клетчатки должно составлять 25-30 г в сутки.

*1.4. Использование витаминов и минеральных веществ.*

Обоснование рационального использования:

- развитие дефицита витаминов вследствие обменных нарушений, свойственных возрасту, когда процессы всасывания витаминов страдают в большей степени, изменяется состав микрофлоры, изменяется ее витаминсинтетическая способность.

* 1. *Потребность в пищевых веществах* представлена в таблице 3.

Таблица 3

Рекомендуемое суточное потребление белков, жиров,

углеводов и энергии для лиц пожилого возраста

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Белки, г | | Жиры, г | Угле-  воды, г | Энергия | |
| Всего | В т.ч. животные | кДж | ккал |
| Мужчины:  60-74 года  75 лет и старше  Женщины:  60-74 года  75 лет и старше | 69  60  63  57 | 38  33  35  31 | 77  67  70  63 | 333  290  305  275 | 9623  8368  8786  7950 | 2300  2000  2100  1900 |

*1.6. Использование биологически активных добавок к пище (БАД).*

В настоящее время одним из перспективных направлений является использование БАД.

БАД представляют собой концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, полученные при переработке растительного и животного сырья, а также химическим или биотехнологическим способом по традиционной, нетрадиционной или специальной технологии и предназначенные для непосредственного приема с пищей или введения в состав специализированных пищевых продуктов с целью обогащения рациона отдельными нутриентами и биологически активными веществами или их комплексом. Вырабатываются БАД в виде экстрактов, настоев, бальзамов, изолятов, порошков, сухих и жидких концентратов, сиропов, тоников, таблеток, капсул и других форм.

*Принцип 2. Максимальное разнообразие питания* в сочетании с энергетической сбалансированностью, т.е. калорийность рациона должна соответствовать энергозатратам организма.

*Принцип 3. Антиатерогенная направленность питания пожилых.*

Основной причиной заболеваемости и смертности лиц пожилого возраста в настоящее время являются сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные aтepocклepoтичecким поpaжeнием сосудов. В то же время питание является важным фактором как прогрессирования этого заболевания, так и его профилактики и лечения.

Приведем выдержку из работы канд. мед. наук А.В. Погожевой: "Антиатерогенная направленность рациона – это не только снижение калорийности пищи, но также ограничение продуктов, содержащих холестерин (печень, почки, мозги, жирные сорта мяса, икра рыб, яичные желтки), и животных жиров, богатых насыщенными жирными кислотами (говяжий, свиной, бараний, утиный, гусиный, куриный и другие жиры), замена их растительными маслами (подсолнечным, оливковым, кукурузным, хлопковым, соевым, льняным, рапсовым и др.) – источниками моно- и полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) семейств w6 и w3, оказывающих гиполипидемическое, антиагрегантное, антиатерогенное и гипотензивное действие, – в количестве 20–30 г в день. Полезно вводить в рацион и животные источники ПНЖК w3 – морскую жирную рыбу (скумбрию, сардину, сельдь иваси) по 300–400 г в неделю в запеченом или консервированном виде. Растительные и животные источники ПНЖК семейства w3 могут обогащать рацион пожилых людей и в форме БАД... Гипохолестеринемическим и антиатерогенным действием обладают также БАД – источники эссенциальных фосфолипидов".

*Принцип 4. Использование продуктов и блюд, обладающих легкой перевариваемостью и усвояемостью.*

*Принцип 5. Обеспечение рационального питания пожилых при их пребывании во внедомашних условиях.*

Часть лиц пожилого и старческого возраста обеспечиваются питанием не в домашних условиях, а в специализированных стационарных учреждениях во время их пребывания на лечении в больницах, проживании в домах-интернатах.

При этом к питанию пожилых и старых лиц должны предъявляться следующие требования:

* обеспечение санитарно - эпидемиологической безопасности питания;
* соблюдение гигиенических требований к ассортименту продуктов и технологии приготовления блюд; - включение в рацион питания пищевых продуктов лечебно - профилактического назначения; - обеспечение профилактики витаминной недостаточности;
* соблюдение требований к пищевой ценности (калорийности и содержанию основных пищевых веществ) рационов и режиму питания; - недопущение длительных перерывов между отдельными приемами пищи, особенно между ужином предыдущего и завтраком последующего дня;
* включение в меню ежедневно мяса или рыбы, зерновых продуктов (крупы, макаронных изделий), хлебобулочных изделий, овощей, фруктов, молочных продуктов, сахара; еженедельно по семидневному меню - остальных продуктов.

При составлении меню для граждан пожилого возраста и инвалидов в учреждениях социального обслуживания следует:

* ограничить потребление жира (общее потребление - не более 30%;
* предусмотреть потребление насыщенных животных жиров - не более 10% от общей суточной калорийности рациона) и холестерина (не более 300 мг/день);
* обеспечить не менее трех раз в день потребление овощей и фруктов;
* поддерживать на умеренном уровне потребление белка; - обеспечить баланс между количеством потребляемой энергии (количеством пищи) и физической активностью (затратами энергии);
* снизить потребление поваренной соли до 6 г и менее в день, при недостаточности йода использовать йодированную поваренную соль;

- поддерживать с профилактической целью достаточный уровень потребления кальция.

*Вопросы для самоконтроля*

1. Какие возрастные изменения в пожилом и старческом возрасте способствуют снижению усвояемости принимаемой пощи?
2. В чем заключаются наиболее распространенные ошибки в рационе питания в пожилом возрасте?
3. Дайте характеристику обеспечения правильного баланса между потребляемыми продуктами и энергозатратами организма.
4. Как должен осуществлять подбор белковых, углеводных и жировых компонентов пищи?
5. Какова суточная потребность в калориях в пожилом и старческом возрасте?
6. В чем заключается антиатерогенная направленность питания в пожилом и старческом возрасте?
7. Каковы принципы рационального питания при пребывании пожилого человека во внебольничных условиях?

**Практическое занятие**

**Хронический абдоминальный болевой синдром в гериатрии**

В данном разделе мы рассмотрим основные характеристики хронического болевого синдрома, который имеет место при наиболее распространенных заболеваниях в пожилом и старческом возрасте.

*Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы*. Выделяют два типа грыж – аксиальную (скользящую) и параэзофагеальную. Болевой синдром возникает при наличии аксиальной грыжи, ассоциирован с изжогой и характерен при присоединении эзофагита. Боль локализована в нижней части грудины, иррадиирует с область спины, левого плеча или руки, напоминает по характеру иррадиации стенокардическую. Кроме того, для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы характерны изжога, регургитация, дисфагия. Диагноз верифицируется рентгенологически, эзофагит диагностируется при помощи эндоскопического исследования.

На фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы формируется гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, которая характеризуется наличием таких симптомов, как изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи.

В плане лечения важны общие рекомендации по режиму поведения: прекращение курения; нормализация массы тела; спать необходимо с поднятым головным концом кровати на 10 – 15 см; прием пищи необходимо осуществлять мелкими дробными порциями.

Из медикаментозной терапии применяются антисекреторные препараты; прокинетики; протекторы слизистой оболочки. Важно отметить, что при наличии симптоматики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имеется необходимость назначения высоких доз антисекреторных препаратов, курс основной терапии должен быть длительным и составлять не менее 4 - 8 недель, поддерживающая терапия продолжается до 6 месяцев. Хирургическое лечение лицам старше 60 лет не рекомендуется.

*Ахалазия кардии*. Данное заболевание относится к хронической нервно-мышечной патологии, которая характеризуется затруднением пассажа пища на уровне пищевода ввиду неадекватной перистальтики и отсутствия раскрытия нижнего сфинктера пищевода во время акта глотания.

Заболевание характеризуется триадой симптомов: загрудинная боль, дисфагия, срыгивания. Инструментальная диагностика включает в себя эзофагогастродуоденоскопию, рентгенографию грудной клетки и рентгеноконтрастное исследование пищевода.

Дифференциальная диагностика проводится прежде всего с раком пищевода, особенно в пожилом возрасте в той ситуации, когда в возрасте старше 60 лет происходит прогрессирующее снижение массы тела на фоне описанной триады симптомов.

Лечение: эндоскопическая дилатация кардии.

*Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной* *кишки*. В пожилом возрасте чаще встречаются язвы желудка, при этом болевой синдром носит атипичный полиморфный характер. В постановке диагноза имеет значение данные анамнеза, наличие жалоб на диспепсические расстройства, результаты инструментальных методов обследования – эзофагогастродуоденоскопия, в ряде случае рентгенологическое обследование. В пожилом возрасте течение язвенной болезни можно разделить на три типа: длительно существующая язвенная болезнь, которая возникла в молодом или среднем возрасте; язвенная болезнь, которая возникла уже в пожилом или старческом возрасте; "старческая язва", которая по сути является симптоматической и развивается вследствие нарушения трофики слизистой оболочки при патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем, приема проульцерогенных лекарственных препаратов. Язвенная болезнь, дебютировавшая впервые в пожилом или старческом возрасте, характеризуется рядом отличительных особенностей: начало атипичное, нередко проявляется уже осложнением - кровотечение, перфорация, стенозированием привратника; течение упорное, с длительными и частыми обострениями, склонны к осложнениям; язвенные дефекты слизистой оболочки больших размеров (до 3 см), расположены в верхних отделах желудка; склонность к множественному язвообразованию.

Лечение заключается в антисекреторной терапии и эрадикации Helicobacter рylory посредством проведения антибиотикотерапии. В качестве терапии *первой линии* рассматривается следующее сочетание препаратов: ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день. Продолжительность терапии составляет 7 дней. В случае отсутствия успеха назначенного лечения проводят терапию *второй линии*: ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субцитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день. Квадротерапия назначается также на 7 дней. В случае отсутствия успеха второго курса лечения дальнейшая тактика определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

*Хронический калькулезный холецистит*. Проявляется рецидивирующими приступами желчной колики, в ряде случаев длительными ноющими болями в правом верхнем квадранте живота. Желчная колика в пожилом возрасте имеет «смазанный» вид, развивается при диетических погрешностях (прием жирной пищи, копченостей, пряностей, приправ и пр.), боли сочетаются с привкусом желчи во рту, тошнотой, рвотой, возможен подъем температуры до субфебрильных величин. Иррадиация боли происходит в область правую лопатку, подлопаточную область, может в левую прекардиальную область, за грудину или в межлопаточное пространство, имитируя приступ стенокардии. Характерны также повышенное газоотделение, метеоризм. Диагностика осуществляется клинически, из инструментальных методов диагностическую ценность имеет УЗИ-исследование, для выявления камней в желчном протоке иногда применяют компьютерную томографию. Хронический калькулезный холецистит может осложняться острым холециститом, гангреной желчного пузыря, обтурационной кишечной непроходимостью ввиду попадания в просвет кишки желчного камня.

Консервативное лечение включает в себя рекомендации по диете, целесообразно использовать препараты холевой кислоты для растворения конкрементов. Определенное распространение получил метод ударно-волновой литотрипсии, однако без последующей поддерживающей терапии препаратами холевой кислоты наступает рецидив камнеобразования.

Хирургическая тактика является методом выбора при развитии осложнений.

*Постхолецистэктомический синдром* в последние годы приобретает большее значение, поскольку увеличилось количество производимых холецистэктомий, в том числе и через лапароскопический доступ. Следует отметить, что в 35 – 40% случаев после удаления желчного пузыря наблюдается та или иная симптоматика, которая включает в себя рецидивирующий болевой синдром, который преимущественно локализован в правом верхнем квадранте живота, диарею, метеоризм. Эти явления обусловлены изменением физико-химических свойств желчи, нарушения физиологичности ее попадания в просвет двенадцатиперстной кишки, развитием синдрома мальдигестии, присоединением дисбактериоза и пр. Патогенетическое значение имеют неустраненный гепатохоледохолитиаз, вновь сформировавшийся рубцовый стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, погрешности оперативной техники.

Диагностические мероприятия обязательно включают в себя общеклинические исследования крови и мочи, проведение УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопии, в некоторых случаях показано исследование дуоденального содержимого и кала (при диагностике бактериальной или паразитарной инвазии), изучение уровня щелочной фосфатазы и гаммаглютатиотранспептидазы для выявления обструкции билиарного тракта).

Для профилактики рецидива болевого синдрома необходимо соблюдать режим питания, при наличии болей назначаются прокинетики, антациды.

*Хронический панкреатит*. Причинами болевого синдрома являются острое воспаление поджелудочной железы с повреждением паренхимы м капсулы; формирование псевдокист с очагом перифокального воспаления; обструкция и дилатация панкреатического и желчного протоков; периневральное воспаление; компрессия нервных сплетений увеличенной и воспаленной поджелудочной железы. При хроническом панкреатите в пожилом возрасте характерно усиление болевого синдрома после еды, на фоне употребления алкогольных напитков. В поздней стадии панкреатита происходит замещение ткани железы фиброзной тканью, выраженность болей уменьшается, на первый план выходят проявления внешнесекреторной недостаточности – диарея, стеаторея, снижение массы тела. В том случае, если на этом фоне возникает рецидив болевого синдрома, то следует проводить диагностический поиск в плане наличия рака поджелудочной железы.

Методы инструментального исследования включают в себя рентгенографию живота – выявляются кальцинаты в области проекции поджелудочной железы; ультразвуковую диагностику – характерно наличие псевдокист, кальцинатов, неровность контуров железы, увеличение ее плотности; компьютерная томография – выявляются очаги некроза, обызвествления, кисты.

Лечение хронического панкреатита в пожилом возрасте основано на соблюдение трех принципов – соблюдение диеты для создания функционального покоя железы; антисекреторная терапия и коррекция внешнесекреторной функции поджелудочной железы; купирование болевого синдрома и предупреждение осложнений панкреатита.

*Болезнь Крона* – является заболеванием кишечника, в основе которого лежит гранулематозное воспаление стенки кишки с наклонностью к формированию свищей и стриктур. Как правило, данное заболевание развивается в молодом возрасте, хотя может встречаться и среди лиц пожилого и старческого возраста.

Патологоанатомические изменения при болезни Крона включают в себя следующие характерные особенности: трансмуральное воспаление стенки кишки с ее значительным утолщением; увеличение брыжеечных лимфоузлов; очаговые грануломы; изъязвления по типу «булыжной мостовой»; формирование вторичных стриктур при рубцевании; чередование участков нормальной и пораженной слизистой оболочки.

Клинически болезнь Крона проявляется триадой симптомов: диарея, боли в животе; падение массы тела. Локализация боли зависит от локуса патологического процесса:

* тонкокишечная локализация: может ощущаться разлитая боль, типичная схваткообразная боль с локальной пальпаторной болезненностью не характерна;
* толстокишечная локализация: коликообразные выраженные или менее интенсивные боли после еды и перед актом дефекации, могут быть «спаечные боли», локализующиеся в нижних или боковых отделах живота.
* перианальная локализация – могут быть неприятные болезненные ощущения в области прямой кишки при акте дефекации.

Комплекс диагностических мер включает в себя следующие мероприятия:

* проведение ректороманоскопии с биопсией, в том числе и в тех случаях, когда слизистая оболочка визуально не изменена, в ней возможно обнаружение гранулем;
* рентгенологическое исследование тонкой кишки, при котором выявляются стриктуры, свищи, псевдодивертикулы, участки деформации кишки, язвы слизистых оболочек, которые придают им характерный вид «булыжной мостовой».
* ирригоскопия;
* колоноскопия с прицельной биопсией;
* исследование периферической крови: анемия вследствие дефицита железа и витамина В12, ускорение СОЭ, тромбоцитоз, гипоальбуминемия.

Лечение состоит из диетических рекомендаций, кортикоидной гормонотерапии, лечения производными сульфасалазина, коррекции симптоматических расстройств.

*Язвенный колит* – некротизирующее воспалительное расстройство слизистой оболочки толстой кишки. По данным П.Я.Григорьева, А.В.Яковенко (1997) среди больных, состоящих на учете по данному заболеванию, преобладают лица в возрасте от 55 до 70 лет. Болевой синдром характеризуется слабой выраженностью, он носит в основном характер дискомфорта в животе. Может встречаться пальпаторная болезненность в левой подвздошной области. Вместе с тем, болевой синдром не является ведущим в клинике язвенного колита, на первый план выходят диарея с кровью и слизью, системные проявления в виде анорексии, лихорадки, слабости, похудания.

Диагностические мероприятия включают в себя сигмоскопию и биопсию, двойное рентгеновское контрастирование толстой кишки. Для хронической формы язвенного колита характерны увеличенное ретроректальное пространство, «зернистая» слизистая, потеря гаустрации, наличие псевдополипов, распространенность колита – панколит.

Лечебные мероприятия включают в себя гормонотерапию глюкокортикоидными препаратами, аналогами сульфасалазина.

*Хронический (неязвенный) колит*. Является заболеванием, которое характеризуется воспалительно-дистрофическими изменениями слизистой оболочки толстой кишки и нарушениями ее функций. К основным симптомам следует отнести боли в животе и нарушения стула. Типичны ноющие боли в животе, в нижних и боковых его отделах, которые усиливаются через 7 – 8 часов после еды, уменьшаются после акта дефекации и отхождения газов. Болевой синдром усиливается при вовлечении в патологический процесс регионарных лимфатических узлов, при этом характерны постоянный характер болей, их усиление при физической нагрузке, после проведения тепловых процедур. При объективном осмотре выявляется пальпаторная болезненность, спазм или наоборот атонию толстой кишки.

Диагностические лабораторно-инструментальные методы исследований включают в себя ирригоскопию (выявляются локализация воспалительного процесса, характер изменения рельефа слизистой оболочки, дискенетические явления), эндоскопическое исследование (отек, гиперемия, кровоточивость слизистой), бактериологическое исследование (нарушения микрофлоры толстой кишки).

В основе лечебных программ находятся нормализация кишечной микрофлоры (лечение дисбактериоза кишечника), купирование моторных расстройств, назначение локально-действующих невсасывающихся противовоспалительных средств, лечение общесоматических сопутствующих заболеваний.

*Дивертикулярная болезнь толстой кишки*. Выявляется преимущественно в возрасте старше 60 лет, протекает, как правило, бессимптомно. Наиболее частыми локализациями дивертикулов являются сигмовидная кишка, иногда – правые отделы ободочной кишки. При отсутствия воспаления в стенке дивертикула заболевание протекает бессимптомно, выявляется как случайная диагностическая находка при проведении ирригоскопии. При дивертикулите могут возникать боли в левой подвздошной области, исчезают после акта дефекации, продолжительные (недели – месяцы). Боль может локализоваться также в мезогастральной области, правой подвздошной области. Наличие болевого синдрома такого характера требует тщательной дифференциальной диагностики, прежде всего с раком толстой кишки, болезнью Крона, ишемического колита. Для этого целесообразно проведение ректороманоскопии с прицельной биопсией, ирригоскопии. В ряде случаев следует назначать колоноскопию. При проведении диф. диагностики необходимо учитывать также и то, что боли имеют место на фоне другой симптоматики – запоры с формированием каловых масс в виде шариков; метеоризм с флатуленцией; диспепсические расстройства; ректальные кровотечения.

Лечение заключается в соблюдении следующих ключевых позиций. В диету пациента с дивертикулярной болезнью включается большое количество пищевых волокон, что способствует улучшению стула и купированию, таким образом, болевого синдрома. Следует рекомендовать прокинетики, однако, прием стимулирующих слабительных препаратов следует избегать, поскольку они создают повышенное давление в полости кишки усиливает болевой синдром.

*Ишемический колит.* Причиной ишемического колита является недостаточное развитие коллатерального кровообращения в пожилом возрасте, окклюзионное поражение артериального русла при этом заболевании встречается не так часто как это представляется. Наиболее частой формой заболевания является подострый ишемический колит. Для него характерны боли средней степени выраженности, продолжительность их варьирует от нескольких дней до нескольких недель. В патологический процесс вовлекается, как правило, левая половина ободочной кишки, прямая кишка остается интактной в связи с хорошо развитой сетью коллатеральных сосудов. Морфологически выявляют кровоизлияния в подслизистую оболочку, в толщу стенки кишки. При рентгенологическом исследовании с бариевым контрастированием выявляются отек стенки кишки, слизистая оболочка имеет вид "булыжной мостовой", выявляется симптом "отпечатка большого пальца", поверхностные изъязвления. В связи с неокклюзивным характером поражения ангиографическое исследование не показано. В результате ишемического повреждения формируются сужения просвета кишки, возможно образование послеишемических стриктур. Хирургическое лечение не показано, назначаются вазодилататоры, дезагреганты, препараты, улучшающие микроциркуляцию.