**Лекция**

**Нарушения стула как гериатрический синдром**

****

****

****

***Диарейный синдром***. В пожилом возрасте у значительного количества больных имеет место синдром длительной диареи, которая характеризуется наличием более трех актов дефекации в день и продолжительностью более 3 – 4 недель. Причиной могут быть:

1) прием лекарственных препаратов – слабительные, антибиотики, холиномиметики, магнийсодержащие антациды, препараты железа, хинидин;

2) злокачественные новообразования – рак толстой кишки, лимфома;

3) воспалительные заболевания кишечника, инфекции;

4) системные заболевания – диабетическая вегетативная невропатия, мальабсорбция, недостаточность функции поджелудочной железы;

5) алиментарные факторы.

Начало диареи в пожилом и старческом возрасте является серьезным синдромом, который требует неотложного обследования и лечения.

***Обстипационный синдром***. Возникает у 80% пожилых людей, ведущих малоподвижный образ жизни. Причинами запора являются:

1) особенности образа жизни и питания – олигокинезия, сниженное содержание пищевых волокон в рационе, недостаточное употребление жидкости;

2) лекарственные препараты – верапамил и в несколько меньшей степени другие блокаторы кальциевых каналов, нейролептики, антидепрессанты, противопаркинсонические средства, диуретики, длительное применение слабительных препаратов из группы стимуляторов сокращения кишечника

3) опухоли, трещина заднего прохода, гипотироз, диабетическая нейропатия

4) патология нервной системы – болезнь Паркинсона, хронические цереброваскулярные заболевания, повреждения спинного мозга.

5) инволютивная депрессия, нервная анорексия.

На наличие запора на фоне органического заболевания указывают следующие симптомы: усиливающаяся в динамике боль в животе; связь боли с актом дефекации; кровотечение/следы крови в кале; общие изменения в виде снижения массы тела, повышенной утомляемости.

Симптомы привычного запора: нет признаков органического поражения кишечника или описанных выше общих симптомов; запоры имеют место на протяжении длительного времени.

В плане лечения привычных запоров у пожилых пациентов важно рекомендовать увеличить (если позволяет общее состояние) уровень физической активности, провести коррекцию режима питания – добавление пищевых волокон в рацион. Необходимо обратить внимание на то, какие препараты принимает пациент и отменить прообстипационные средства.

**Онкологическая патология и нарушения стула**

**в гериатрической практике**

Необходимо отметить, что в пожилом возрасте следует весьма тщательно оценивать возможность наличия онкологической патологии, в том числе при синдроме нарушения стула. Ниже представлены основные принципы клиники и ранней диагностики злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, приводящие к данному синдрому.

*Рак желудка*. В качестве причин рака обсуждается инфицированность пилорическим геликобактером, аденоматозные полипы, кишечная метаплазия. В развитии рака желудка имеет значение образ жизни и уровень социальной и материальной достаточности человека, среди бедных слоев населения заболевание встречается в 5 раз чаще.

Локализация рака желудка: антральный отдел - до 70% случаев, малая кривизна - до 15%, кардиальный отдел - 10%, передняя и задняя стенка - до 5%, большая кривизна - 1%, дно - 1%.

Клинически рак желудка проявляется анорексией, прогрессирующим снижением массы тела, астенизацией, разнообразными диспепсическими явлениями.

Диагностика - эндоскопическая, подлежат все пациенты с длительным анамнезом диспепсических явлений в возрасте старше 40 лет.

Радикальный метод лечения, но он применяется в ранние сроки, химиотерапия и лучевое лечение широко применяются в послеоперационном периоде для предупреждения рецидивирования процесса.

Причины смерти - рецидив рака, пятилетняя выживаемость составляет в среднем 10%, после своевременно выполненной операции достигает 25%.

*Рак печени*. Причины гепатоцеллюлярной карциномы - предшествующий вирусный гепатит В или С, глистные инвазии, хроническая алкогольная интоксикация.

Клинические проявления - нарастающие гепатомегалия, асцит и желтуха, появление наряду с этими признаками лихорадки, падение массы тела, присоединение болевого синдрома.

Диагностика - УЗИ печени или компьютерная томография с прицельной биопсией узла поражения, увеличение содержания альфа-фетопротеина более 4 нг/мл в сыворотке крови.

Лечение - хирургическое в том случае, если опухоль локализована в одной доле и не имеет метастазов. Средняя продолжительность жизни после выявления гепатомы не превышает, как правило, 12 недель.

Образование в печени может носить метастатический характер, источники метастазов при этом могут быть следующие: ободочная и прямая кишка, молочная железа, поджелудочная железа и желудок.

*Рак поджелудочной железы*. Имеет в основном эпителиальное происхождение (эпителий мелких панкреатических протоков). Факторы риска рака панкреас - длительный анамнез курения и алкогольный панкреатит.

Клинические проявления следует дифференцировать в зависимости от топики поражения:

* головка поджелудочной железы: желтуха, кожный зуд, анорексия;
* рак тела/хвоста: болевой синдром, анорексия, падение массы тела.

При раке поджелудочной железы часто встречаются паранеопластические реакции - подкожные узелки, напоминающие по своему внешнему виду узловатую эритему; полиартрит, возникающий вследствие метастатических жировых некрозов; мигрирующий тромбофлебит; гипокальциемия; синдром Кушинга.

Диагностические мероприятия: УЗИ и прицельная пункционная биопсия, компьютерная томография, ретроградная холецистопанкреатография (при обтурационной желтухе или отсутствии опухоли по данным УЗИ).

Лечение симптоматическое, прогноз неблагоприятный, средняя продолжительность жизни после обнаружения рака поджелудочной железы составляет порядка 6 месяцев.

*Колоректальный рак*. Предрасполагающими факторами являются: аденоматозные полипы, алиментарный фактор - недостаточное использование в рационе пищевых волокон, играет роль и генетическая предрасположенность.

Клиника зависит от стадии опухолевого процесса и его локализации. В основном опухоль локализуется в левых отделах толстой кишки, прямой кишке. Пациенты предъявляют жалобы на запоры/поносы, боли в животе, выделение с калом крови и слизи.

Для опухоли левой половины толстой кишки характерно:

* эпизоды обструктивной кишечной непроходимости в виде нарастания явлений метеоризма, урчания в животе, схваткообразных болей;
* имеет место "лентообразный" или "овечий кал";
* кровь или слизь в кале.

При правостороннем поражении отмечается:

* разнообразные по характеру боли в правой половине живота;
* появление в начале заболевания общей слабости, недомогания, астенизации;
* анемия;
* позднее появление признаков кишечной непроходимости.

Рак прямой кишки характеризуется следующими особенностями:

* наличие в кале свежей крови, которая появляется в начале акта дефекации;
* тенезмы;
* длительный, упорный к лечению запор;
* недержание газов.

Диагностические мероприятия: пальцевое исследование прямой кишки, которое позволяет выявить рак прямой кишки в 80% случаев; общеклинический анализ крови (анемия); исследование кала на наличие скрытой крови; ректороманоскопия; ирригоскопия; колоноскопия; УЗИ органов брюшной полости - необходимое исследование для выявления метастазов в печень; рентгенорафия легких - для выявления метастазов в легкие.

Лечение - хирургическое, наложение колостомы, симптоматическая терапия. Прогноз зависит от своевременности выявления рака, если процесс ограничен стенкой кишки, то 5-летняя выживаемость может достичь 80%.

*Вопросы для самоконтроля*

1. Каковы основные принципы диагностики и терапии рака желудка у лиц пожилого и старческого возраста?
2. Каковы основные принципы диагностики и терапии рака печени у лиц пожилого и старческого возраста?
3. Каковы основные принципы диагностики и терапии рака поджелудочной железы у лиц пожилого и старческого возраста?
4. Каковы основные принципы диагностики и терапии колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста?

**Патология желудочно-кишечного тракта, нарушения стула и хронический болевой синдром**

*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.

*Вопросы для самоконтроля*

1. Дайте характеристику особенностям клиники, диагностики и лечения пожилых больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Каковы особенности клиники, диагностики и лечения при ахалазии кардии в пожилом возрасте?
3. Каковы особенности течения, диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста?
4. Дайте характеристику особенностям хронического калькулезного холецистита в гериатрической практике.
5. Каковы особенности постхолецистэктомического синдрома в гериатрии?
6. Каковы особенности течения, диагностики и лечения хронического панкреатита у больных пожилого и старческого возраста?