

Избранные вопросы ведения пациента пожилого возраста в терапевтической практике. Гастроэнтерология

Учебное пособие

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Уральский государственный медицинский университет

Избранные вопросы ведения пациента пожилого возраста в терапевтической практике. Гастроэнтерология

Учебное пособие

Под общей редакцией О. В. Баженовой

Рекомендовано ЦМС УГМУ
для студентов, обучающихся
по специальности «Лечебное дело»

Электронное издание
сетевого распространения

Екатеринбург
УГМУ
2023

УДК 616.3-053.9(075.8)

ББК 54.13я73

ИЗ2

Авторы: И. Ф. Гришина, О. В. Баженова, Т. О. Бродовская, О. В. Теплякова, Г. Б. Колотова, М. В. Хабибулина, Р. В. Серебренников, Л. В. Прохорова, Н. Б. Полетаева, А. В. Сарапулова, О. В. Николаенко, Ю. А. Сяжкина, Е. А. Горина

Рецензенты:

заведующий кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор *В. Н. Аверьянов*;
заместитель главного врача по медицинской части СОКБ № 1, доктор медицинских наук *Н. Ф. Климушева*

Избранные вопросы ведения пациента пожилого возраста
ИЗ2 **в терапевтической практике. Гастроэнтерология** : учебное пособие / И. Ф. Гришина [и др.] ; под общ. ред. О. В. Баженовой ; Урал. гос. мед. ун-т, М-во здравоохранения РФ. — Екатеринбург : УГМУ, 2023. — 111, [1] с. — Загл. с титул. экрана. — ISBN 978-5-00168-043-7. — Текст. Изображение : электронные.

В данном учебном пособии представлены сведения об особенностях этиопатогенеза, о классификации, клинической картине заболеваний пищеварительной системы у пожилых пациентов. Рассмотрены вопросы диагностики, основные принципы лечения патологии желудочно-кишечного тракта с точки зрения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Отдельно рассмотрены такие нозологии, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, язвенная болезнь, даны обзорные сведения по патологии кишечника, поджелудочной железы и желчного пузыря, а также часть материала посвящена патологии печени. Разделы пособия имеют единую структуру. Список литературы содержит ссылки на современные клинические рекомендации.

Пособие предназначено для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности «Лечебное дело», в качестве вспомогательной литературы по дисциплине «Поликлиническая терапия».

УДК 616.3-053.9(075.8)

ББК 54.13я73

*Электронное сетевое издание размещено
в научном архиве УГМУ <http://elib.usma.ru/>*

ISBN 978-5-00168-043-7

© Уральский государственный
медицинский университет, 2023

Оглавление

Список сокращений	5
Термины и определения	7
Введение	11
Глава 1. Заболевания пищеварительной системы у пожилых пациентов	14
1.1. Особенности патологии пищевода у пожилых пациентов.....	14
1.2. Особенности течения гастродуоденальной патологии у пожилых пациентов.....	19
1.3. Особенности патологии кишечника у пожилых пациентов.....	27
1.4. Патология поджелудочной железы в пожилом возрасте	36
1.5. Патология желчного пузыря в пожилом возрасте.....	38
1.6. Заболевания печени у пожилых пациентов.....	41
Глава 2. Тактика ведения пожилых пациентов с гастропатологией	47
2.1. Сбор жалоб	47
2.2. Сбор анамнеза заболевания	48
2.3. Осмотр пациента.....	48
2.4. Формулировка диагноза	49
2.5. Назначение обследования.....	50
2.6. Выбор схемы лечения.....	51
2.7. Экспертиза трудоспособности.....	55
2.8. Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ)	60
2.9. Динамическое наблюдение	61

2.10. Критерии обострения заболевания.....	62
2.11. Показания к консультации врача-специалиста.....	63
2.12. Показания к госпитализации.....	64
2.13. Диспансерное наблюдение.....	64
2.14. Санаторно-курортное лечение.....	73
Заключение.....	75
Приложение 1. Шкалы оценки, опросники и другие оценочные инструменты состояния пациента.....	76
1.1. Классификация возрастов, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).....	76
1.2. Классификация язвенных дефектов по размеру.....	76
1.3. Краткая шкала оценки питания.....	76
1.4. Универсальная шкала скрининга недостаточности питания.....	80
1.5. Скрининг нутритивного риска.....	81
1.6. Расчет и интерпретация индекса массы тела.....	83
1.7. Римские критерии констипации.....	83
1.8. Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (вопросник AUDIT).....	84
1.9. Методика расчета величины индекса стеатоза (St-index).....	86
1.10. Шаблон стандартного осмотра врача-терапевта.....	87
Приложение 2. Фонд оценочных средств.....	90
2.1. Примеры контрольных вопросов.....	90
2.2. Примеры тестовых заданий.....	91
2.3. Примеры ситуационных задач.....	96
Список библиографических ссылок.....	106

Список сокращений

- АГ — артериальная гипертензия
АД — артериальное давление
ВЗК — воспалительные заболевания кишечника
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ГБ — гипертоническая болезнь
ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ГПОД — грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ДГПЖ — доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ДГЭР — дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс
ДПК — двенадцатиперстная кишка
ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЖП — желчный пузырь
ЗФТ — заместительная терапия панкреатическими ферментами
ИБС — ишемическая болезнь сердца
ИМТ — индекс массы тела
ИПП — ингибиторы протонной помпы
ИФН- α — интерферон альфа
ЛС — лекарственные средства
МСЭ — медико-социальная экспертиза
МЭГРЭ — многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России»
НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени

- НАСГ — неалкогольный стеатогепатит
НПВС (НПВП) — нестероидные противовоспалительные средства (препараты)
НПС — нижний пищеводный сфинктер
ОБП — органы брюшной полости
ПС — пищеварительная система
ПЖ — поджелудочная железа
СГПОД — скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
СД — сахарный диабет
СИБР — синдром избыточного бактериального роста
СО — слизистая оболочка
СРК — синдром раздраженной кишки
ССО — сердечно-сосудистые осложнения
УЗИ — ультразвуковое исследование
ФГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия
ФКС — фиброколоноскопия
ХАГ — хронический атрофический гастрит
ХЗП — хронические заболевания печени
ХНХ — хронический некалькулезный холецистит
ХП — хронический панкреатит
ХСН — хроническая сердечная недостаточность
ХХ — хронический холецистит
ЦНИИ — центральный научно-исследовательский институт
ЦП — цирроз печени
ЧД — частота дыхания
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЭКГ — электрокардиограмма
ЭЛН — электронный лист нетрудоспособности
ЯБ — язвенная болезнь
ESPEN — Европейская ассоциация клинического питания
НСV — вирус гепатита С

Термины и определения

Гастродуоденит — воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся постоянным или периодическим забросом в пищевод содержимого желудка и/или 12-перстной кишки, возникающим вследствие нарушений моторно-эвакуационной функции верхних отделов пищеварительного тракта, сопровождающимся развитием изменений в дистальных отделах пищевода, проявляющееся симптомами, беспокоящими больного, и/или развитием осложнений.

Гепатопротектор — лекарственное вещество, предотвращающее или ослабляющее клиничкофункциональные и морфологические последствия токсико-метаболических повреждений печени.

Гипо- и ахлоргидрия — состояние, при котором в желудочном соке снижена концентрация соляной кислоты или же она вовсе отсутствует.

Дисфагия — это расстройство акта глотания.

Желудочно-кишечный тракт — система органов, перерабатывающих пищу, извлекающих из нее питательные вещества, всасывающих питательные вещества в кровь, выводящих из организма непереваренных остатков, является частью пищеварительной системы.

Изжога — чувство жжения в области грудины или эпигастрии, иногда это ощущение поднимается до основания языка, сопровождается горечью или кислым вкусом во рту.

Индекс массы тела — (англ. body mass index (BMI)) величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной, избыточной (ожирение).

Индекс стеатоза (St-index) — неинвазивный скрининговый метод оценки риска стеатоза печени, разработан российскими учеными на основе данных исследования DIREG 2.

Исследование DIREG 2 — описательное эпидемиологическое наблюдательное многоцентровое исследование по изучению распространенности неалкогольной жировой болезни печени и определению факторов риска развития заболевания среди пациентов амбулаторно-поликлинической практики.

Ишемический колит (ишемическая колонопатия) — воспалительные изменения и нарушение целостности стенки толстой кишки, обусловленные нарушением кровоснабжения кишечной стенки.

Колит — это общее название группы заболеваний, для которых характерно острое или хроническое воспаление слизистой оболочки толстого кишечника.

Коморбидность — наличие двух или более заболеваний/синдромов у одного пациента, связанных единым патогенетическим механизмом.

Констипация (запор) — определяется большинством клиницистов как снижение частоты дефекации до 3 раз в неделю.

Мальабсорбция — (от лат. malus — плохой и absorbtio — поглощение) потеря одного или многих питательных веществ, поступающих в пищеварительный тракт, обусловленная недостаточностью их всасывания в тонкой кишке.

Мальдигестия (синдром нарушенного пищеварения) — комплекс кишечных симптомов, причиной которых является недостаточное переваривание пищевых веществ.

Неалкогольная жировая болезнь печени — хроническое заболевание печени метаболического генеза у лиц с отсутствием экзогенных факторов токсического поражения печени (например, экзогенный этанол), обусловленное накоплением липидов в составляющих печеночную дольку клеточных элементах, морфологически подтверждаемое стеатозом, стеатогепатитом, фиброзом, циррозом или аденокарциномой.

Одинофагия — (от др.-греч. *odyno* — боль и *φαγεῖν* — есть, глотать) ощущение боли при прохождении пищи по пищеводу.

Пищеварительная система — система внутренних органов, выполняющих функцию механической и химической обработки пищи, включает в себя ЖКТ и крупные пищеварительные железы — печень и поджелудочную железу, околоушную, подъязычную и поднижнечелюстную слюнные железы, протоки которых открываются в просвет пищеварительного канала.

Полиморбидность — наличие нескольких заболеваний у одного пациента, связанных и не связанных между собой генетически или патогенетически, которое в большинстве случаев обусловлено инволютивными изменениями организма и накоплением хронической патологии.

Полипрагмазия (политерапия, избыточное лечение) — (*poly* — много, *pragma* — предмет, вещь) избыточность использования всех медицинских назначений.

Полифармакотерапия — избыточное применение лекарственных средств (в большинстве источников указывается, что при этом одномоментное количество назначений превышает пять различных лекарственных препаратов).

Регургитация — это движение жидкостей или газов в обратную сторону, применительно к ЖКТ — заброс пищи из пищевода в ротовую полость.

Симптом Боткина (холецисто-кардиальный) — появление загрудинных болей, в том числе с признаками ишемии на ЭКГ, у больных, страдающих холециститом.

Симптом Мерфи — под ним понимается значительное усиление болевого синдрома на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря.

Сочетанными являются заболевания, каждое из которых в отдельности практически не смертельно, но развиваясь одновременно, эти заболевания могут стать причиной смерти.

Стеатоз печени (жировой гепатоз, жировая дистрофия печени) — это состояние, при котором в клетках печени (гепатоцитах) наблюдается избыточное накопление жиров.

Трофологическая недостаточность (белково-энергетическая) — синдром, характеризующийся дисбалансом между потребностями организма и поступлением питательных веществ, что наблюдается при недостаточном потреблении их с пищей и/или при нарушении утилизации в организме.

Холецистит — воспалительное поражение желчного пузыря.

Хронический панкреатит — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Экспертный анамнез — сбор сведений о тех видах страхования, которыми пациент воспользовался к моменту обращения к врачу: работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листка, общая продолжительность больничных листков по данному заболеванию и пр.

Энтероколит — патологическое состояние желудочно-кишечного тракта, при котором происходит воспаление слизистой тонкого и толстого кишечника.

Язвенная болезнь — хроническое, циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

НР-статус — он определяется в зависимости от наличия/отсутствия *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в ЖКТ.

Введение

Пожилые люди старше 60 лет — самая быстрорастущая группа населения России. В настоящее время доля населения в возрасте 60 лет и старше составляет около 20 %, а к 2050 году, по прогнозам, она будет составлять порядка 33 %. На амбулаторно-поликлиническую службу в целом и врача участкового терапевта в частности возлагается серьезная задача по своевременной диагностике и лечению этой категории пациентов.

Если у пациентов молодого и среднего возраста можно ожидать выявления единичных заболеваний органов и систем, то основной особенностью пациентов пожилого возраста является полиморбидность. В среднем на одного пациента, возраст которого составляет 60 лет и старше, приходится до шести одновременно протекающих нозологических форм.

Старение затрагивает все функции желудочно-кишечного тракта: моторику, секрецию ферментов и гормонов, всасывание питательных веществ и выведение непереваренных остатков. Поэтому, несмотря на то что в целом заболевания пищеварительной системы среди пожилых пациентов остаются теми же, что и в других возрастных группах, в своем течении они все же имеют ряд особенностей: наличие сопутствующей патологии способно исказить типичную клиническую картину, а параллельный прием лекарственных препаратов, назначенных по поводу других диагнозов, приводит к неизбежной проблеме полифармакотерапии и необходимости ее решения.

Лечение пациентов пожилого возраста практически во всех случаях представляет значительные сложности еще и потому, что ЖКТ отводится определяющая роль во всасывании лекарственных средств, их метаболизме, появлении побочных действий.

В этой связи цель данного учебного пособия — рассмотреть особенности протекания гастропатологии в пожилом возрасте.

Задачи пособия:

1. Повышение уровня теоретических знаний по вопросам оказания лечебно-профилактической помощи пациентам старше 60 лет, страдающим различными заболеваниями ЖКТ, в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.
2. Формирование практических навыков, необходимых для самостоятельной работы в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения: при сборе жалоб и анамнеза заболевания, при физикальном исследовании пациента, в составлении плана лабораторно-инструментального обследования, подборе и назначении индивидуального адекватного лечения в процессе амбулаторного приема пациентов, страдающих заболеваниями ПС, либо при посещении их на дому, осуществлении первичной и вторичной профилактики заболевания, направлении на консультацию к узким специалистам.
3. Развитие навыков клинического мышления по диагностике в амбулаторно-поликлинических условиях заболеваний ПС, оценке особенностей ее профилактики, клинического течения, амбулаторного лечения, экспертизы трудоспособности.
4. Обучение принципам динамического наблюдения и амбулаторного ведения пациентов с заболеваниями ПС.

Разделы настоящего учебного пособия структурированы и характеризуют понятийный аппарат, особенности эпидемиологической и клинической картины различных наиболее распространенных в амбулаторной практике заболеваний пищеварительной системы у пожилых пациентов, аспекты медикаментозного и нефармакологического лечения.

Пособие содержит оценочные средства, которые включают в себя контрольные вопросы по материалу, примеры тестовых заданий, раз-

бор клинической ситуационной задачи, которые позволяют оценить уровень знаний, навыки и умения студентов по ведению пожилых пациентов с гастропатологией.

Список литературы содержит перечень основных и дополнительных источников для подготовки и включает клинические рекомендации, оригинальные статьи и обзоры в периодических изданиях, посвященные проблеме патологии желудочно-кишечного тракта у пациентов старше 60 лет.

Учебное пособие направлено на формирование у обучающихся новых знаний, умений, навыков и компетенций, а также мотивацию к углубленному изучению заболеваний пищеварительной системы в рамках дисциплины «поликлиническая терапия».

Глава 1. Заболевания пищеварительной системы у пожилых пациентов

1.1. Особенности патологии пищевода у пожилых пациентов

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Наиболее распространенной формой патологии пищевода является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), она же чаще всего встречается у лиц пожилого возраста (приложение 1.1).

По данным крупного национального эпидемиологического исследования МЭГРЭ, проведенного под эгидой ЦНИИ гастроэнтерологии в 2008 г., распространенность ГЭРБ в России в среднем составляет 13,3 %, колеблясь в зависимости от регионов: от 11,3 % в Кемеровской области до 23,6 % в Москве [1].

Поскольку при ГЭРБ повреждение слизистой оболочки (СО) пищевода происходит под действием рефлюкса гастродуоденального содержимого, которое попадает в пищевод и вызывает развитие эрозий и язв на его стенках, в структуре ГЭРБ выделяют две основные формы: неэрозивную и эрозивную, частота которых, по данным зарубежных исследователей за 2012 г., составляет 37 и 60 % соответственно. Рефлюктат имеет преимущественно кислый характер у 50 % больных

ГЭРБ, кислый, с желчным компонентом имеет место в 39,7 % случаев, и 10,3 % больных имеют желчный рефлюкс.

Если для пациентов молодого и среднего возраста основной причиной развития ГЭРБ являются нарушение питания, вредные пищевые привычки и грубые погрешности в диете, то у пожилых пациентов, как правило, основная проблема заключается в формирующейся слабости нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Помимо того, что с возрастом происходит ослабление мышечной ткани, составляющей основу стенки пищевода, снижается тонус НПС, также замедляются и процессы регенерации тканей [2]. Как следствие, патологический процесс развивается быстрее, а заживает медленнее.

Кроме того, пожилой возраст характеризуется полиморбидностью (частота ГЭРБ как монозаболевания у лиц моложе 60 лет составляет 36,7 %, у лиц старше 60 лет — только 0,4 %) в сочетании с полифармакотерапией. Пациенты принимают большое количество лекарственных препаратов (нитраты, антагонисты кальция и др.), снижающих тонус НПС и, как следствие, замедляющих клиренс пищевода, что, в свою очередь, увеличивает время контакта агрессивных компонентов рефлюктаната с СО пищевода. Дополнительной особенностью ГЭРБ в пожилом возрасте является возможность развития щелочного рефлюкса, резистентного к терапии ингибиторами протонной помпы.

Жалобы у пациентов с ГЭРБ подразделяют на две категории:

- пищеводные (изжога, отрыжка);
- внепищеводные (кашель, стоматит, загрудинная боль и др.).

Наиболее типичными клиническими симптомами ГЭРБ в молодом возрасте считаются изжога и регургитация. Распространенность выраженной изжоги несколько уменьшается с возрастом, что, вероятно, можно объяснить снижением кислотопродукции в желудке на фоне атрофических изменений, характерных для этой возрастной категории пациентов. В связи с этим пожилым больным свойственны атипичные проявления заболевания, такие как дисфагия или одиофагия. Часто у пожилых пациентов наблюдается малосимптомная форма или стертая клиническая картина болезни, латентное течение рефлюкс-эзофагита, в том числе эрозивного, тогда как частота внепищеводных симптомов достигает 40,7–50 %.

Особенности патогенеза и стертость симптоматики в свою очередь приводят к поздней диагностике ГЭРБ и частым ее осложнениям (кровотечение, малигнизация, стеноз). Это подтверждается тем, что у пациентов 60–74 лет причиной желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) в 21 % случаев являются язвы и эрозии пищевода при отсутствии установленной до эпизода кровотечения ГЭРБ.

С учетом проведенных на базе ЦНИИ гастроэнтерологии (2008) исследований у больных пожилого и старческого возраста по клиническим проявлениям рекомендовано выделять два типа ГЭРБ [1], определяемых давностью заболевания:

- первый тип («молодой»), когда заболевание диагностируется в молодом возрасте, развивается эволюционно и протекает более благоприятно (чаще встречается эндоскопически негативная форма ГЭРБ и/или неэрозивный рефлюкс-эзофагит);
- второй тип («взрослый»), когда заболевание возникает в пожилом возрасте, характеризуется большей частотой эрозивно-язвенного рефлюкс-эзофагита, который наблюдается чаще на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, при меньшей выраженности кислого и большей частоте щелочного гастроэзофагеального рефлюкса.

Основным классом лекарственных препаратов (ЛС) в терапии ГЭРБ на сегодняшний день является группа ингибиторов протонной помпы (ИПП) (снижается продукция соляной кислоты обкладочными клетками желудка, уменьшается агрессивность рефлюктанта). При ГЭРБ также показано назначение прокинетиков (нормализуют моторику верхних отделов ЖКТ и повышают тонус НПС).

При дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе (ДГЭР) могут быть назначены в различных комбинациях (в сочетании с ИПП) следующие препараты: антациды, эзофагопротекторы, прокинетики, урсодезоксихолевая кислота, ребамипид [3]. При этом опять же важно помнить о проблеме полифармакотерапии, которая актуальна для пожилых пациентов, и избегать избыточного назначения ЛС, отдавая предпочтение фиксированным комбинациям, и учитывать межлекарственные взаимодействия с другими препаратами, уже назначенными пациенту [4].

Стандартная консервативная терапия с применением ИПП у пожилых пациентов имеет дополнительные особенности:

- *Рекомендованная длительность курса терапии — не менее 12 недель.*

Препаратами выбора в терапии ГЭРБ, в том числе и у лиц старше 60 лет, являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). При этом в исследованиях, проведенных на базе ЦНИИ гастроэнтерологии (2008), показано, что у пожилых оптимальный срок лечения ИПП составляет 12 недель, при этом ремиссия достигается у 70 % больных, в то время как при стандартном сроке 8 недель — у 56,4 %, при терапии «по требованию» — только в 35 % случаев.

- *Прием ИПП 2 раза в сутки.*

У большинства ИПП предусмотрена возможность приема один раз в сутки. Однако использование 2 раза в сутки позволяет увеличить частоту клинико-эндоскопической ремиссии у лиц старше 60 лет до 88,3 % в сравнении с 65,7 % при приеме препарата 1 раз в сутки.

Некоторые ученые, наблюдая за больными этой возрастной группы, отдают предпочтение проведению антирефлюксного оперативного вмешательства. Однако этот вид терапии пока не рекомендован для широкого применения и используется по особым показаниям отдельным пациентам.

Обязательным для всех групп пациентов остается выполнение профилактических мероприятий, предупреждающих развитие гастроэзофагеальных рефлюксов, таких как: не лежать после еды в течение нескольких часов, избегать наклонов после еды, не носить тугие пояса, ремни, исключить подъем тяжестей, снизить массу тела (особенно это касается пациентов с абдоминальным типом ожирения). Также пациентам рекомендуется ограничить употребление острых блюд, газированных и алкогольных напитков. Правильный режим питания — частое дробное питание малыми порциями.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — хроническое заболевание, при котором брюшной отдел пищевода и часть желудка смещаются в грудную полость через патологически расширенное пищеводное отверстие диафрагмы.

В зависимости от происхождения различают грыжи врожденные и приобретенные. Если в первом случае патология развивается вследствие врожденных пороков развития связочного аппарата или эмбриональной аномалии — укорочения пищевода, то приобретенная грыжа развивается в течение жизни под действием неблагоприятных факторов.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, или хиатальные грыжи, встречаются в общей популяции человека в 4–10 % случаев. Их распространенность и выраженность клинических проявлений нарастает с возрастом больных, достигая у пожилых лиц 30–50 и даже 80 %. Истинная частота ГПОД «маскируется» ГЭРБ (в 45–80 % случаев ГПОД протекают с наличием ГЭРБ, а эрозивный вариант ГЭРБ более чем в 90 % случаев ассоциирован с ГПОД), поскольку основные проявления неосложненных ГПОД и ГЭРБ обусловлены рефлюксным синдромом и рефлюкс-эзофагитом, при этом сами грыжи являются доказанным фактором риска развития ГЭРБ и присутствуют более чем в 30 % случаев ГЭРБ [5].

Также необходимо отметить, что у лиц старшей возрастной группы со свойственной им высокой частотой заболеваний сердечно-сосудистой системы наличие СГПОД может усложнять интерпретацию загрудинных ощущений и требовать дифференциальной диагностики, обязательного проведения ЭКГ-исследования. Как единственная патология верхних отделов пищеварительного тракта ГПОД встречаются редко, протекая в коморбидной ассоциации с хроническим гастритом и гастродуоденитом, заболеваниями билиарного тракта, избыточной массой тела и ожирением, НАЖБП, о чем также стоит помнить и проводить соответствующий диагностический поиск этих состояний.

Наиболее частыми симптомами ГПОД являются изжога (97,2 %), отрыжка (26,4 %), дисфагия (20,8 %), регургитация пищи (11,1 %), тошнота (8,3 %), рвота (4,2 %), тяжесть, вздутие, горечь во рту, быстрое насыщение, икота, нехватка воздуха (до 2,7 % каждый). При этом в 42,8 % случаев грыж изжога была первым симптомом, а в 20,8 % — единственным [5]. Клинические проявления наиболее выражены при ГПОД больших размеров, хотя бессимптомное протекание кисло-

го рефлюкса может иметь место при ГПОД любого размера. В целом же симптомы сводятся вновь к пищеводным и внепищеводным проявлениям рефлюкс-эзофагита и требуют от участкового терапевта, помимо стандартных консервативных подходов к терапии ГЭРБ, обязательного привлечения для консультации этих пациентов врача-хирурга.

1.2. Особенности течения гастродуоденальной патологии у пожилых пациентов

Гастрит и дуоденит

В структуре заболеваемости органов пищеварения во всех возрастных группах преобладают гастриты и дуодениты. Достаточно широко встречается комбинированное поражение этих отделов ЖКТ (гастродуоденит). Повреждение СО желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке. Данные изменения представляют собой реакции СО в ответ на различные эндогенные и экзогенные патогенные факторы.

К маркерам возраст-ассоциированных повреждений СО желудка относят: изменение микробиоты желудка, уменьшение активности протективных механизмов, снижение скорости желудочного кровотока, ослабление процессов репарации (влияние возраста на моторику желудка остается предметом дебатов: в различных исследованиях приводятся разные данные).

Эти изменения делают пожилых более чувствительными к развитию различной патологии желудка, в том числе язв, хронического атрофического гастрита (ХАГ).

По уровню секреции соляной кислоты гастриты подразделяют на гиперацидный и атрофический (наиболее характерен для пожилых пациентов — ХАГ встречается более чем в 80 % случаев).

Если в первом случае причина гастрита — это избыточная секреция соляной кислоты, которая оказывает повреждающее действие на стенку желудка, то при ХАГ происходит морфологическое изменение стенки желудка, при котором количество обкладочных клеток, отвечающих за секрецию соляной кислоты, наоборот, снижено и кислотопродукция падает — формируется гипо- и ахлогидрия [6]. Причиной этому является нарушение процессов клеточного обновления, обусловленное старением, а также хроническим воспалением в слизистой оболочке желудка. Ранее считалось, что пожилой возраст является независимым фактором риска ХАГ, но в настоящее время превалирует теория о взаимосвязи атрофических изменений СО желудка и инфицирования *Helicobacter pylori* (в 90 % случаев появление атрофии СО связано с инфекцией *H. pylori*), а не исключительно возрастом. Дополнительным доказательством этому может послужить то, что активность атрофического гастрита уменьшается после эрадикации *H. pylori*.

Еще одной особенностью течения атрофического гастрита в пожилом возрасте является развитие более выраженных процессов кишечной метаплазии, что повышает частоту онкопатологии и требует повышенной онконастороженности от врача при диагностике [7].

Также атрофический гастрит тела или дна желудка связан с нарушением всасывания витамина В12 и потенциальным развитием В12-дефицитной анемии.

Поскольку ослабление секреции соляной кислоты в свою очередь приводит к снижению возможности желудка к перевариванию пищи, наиболее типичные жалобы пациентов будут в рамках синдрома функциональной диспепсии (чувство тяжести в эпигастральной области, дискомфорт после еды, отрыжка, связанные с более длительным нахождением пищи в желудке и слабостью пищеварительных процессов). Снижение секреции желудочного сока способствует дальнейшему возникновению проблем и со стороны кишечника, наиболее значимы для пожилых среди них синдромы избыточного бактериального роста (СИБР) и мальабсорбции.

Крайне важно при диагностике своевременно дифференцировать гипер- и гипоацидные формы гастрита и не назначать паци-

ентам с атрофическим гастритом антисекреторную терапию (ИПП, H₂-гистаминоблокаторы, антациды), которые еще больше снизят и без того низкую выработку соляной кислоты, а значит, только ухудшат состояние пациента.

Помимо ИПП, с осторожностью следует назначать спазмолитические препараты, поскольку они снижают перистальтическую активность желудка, что опять же может усиливать симптоматику заболевания. При синдроме ФД патогенетически обосновано использование лекарственной группы прокинетиков.

При лечении гиперацидных форм гастрита необходимо помнить о побочных эффектах длительной терапии ИПП (12 недель и более). В частности, вследствие снижения желудочной секреции при их длительном приеме нарушается восстановление трехвалентного иона железа в более доступную для абсорбции двухвалентную форму, что может способствовать развитию железодефицитной анемии. Помимо этого, имеются данные о связи приема ИПП с остеопорозом (снижается усвоение кальция), нарушением функции почек, СИБР и др.

Учитывая значительную роль в развитии гастропатологии инфекции *H. pylori*, обязательным элементом диагностики является определение НР-статуса пациента:

- НР+/хеликобактер-ассоциированные формы гастрита;
- НР-/хеликобактер-неассоциированные гастриты.

Клинико-эндоскопические особенности *H. pylori* — ассоциированного хронического гастрита в зависимости от возраста пациентов выражаются в том, что с его увеличением происходит уменьшение выраженности клинических проявлений болевого абдоминального и диспептического синдромов, регрессирует нодулярный характер поражения слизистой оболочки антрального отдела желудка и ДПК с нарастанием частоты атрофических изменений слизистой оболочки как антрального отдела, так и тела желудка. В связи с этим хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, у пожилых характеризуется часто возникающими атрофией, изъязвлением слизистой оболочки антрума, наличием скрытого желудочного кровотечения [8].

Пациентам с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

Эрадикационная терапия у пожилых пациентов также имеет ряд ограничений, связанных с сопутствующей патологией. Применение стандартных трех- и четырехкомпонентных схем эрадикации (амоксциллин 1 000 мг 2 р./сут. + кларитромицин 500 мг 2 р./сут. + ИПП 20 мг 2 р./сут.; метронидазол 500 мг 3 р./сут. + тетрациклин 500 мг 4 р./сут. + де-нол 240 мг 2 р./сут. + ИПП 20 мг 2 р./сут.), как правило, затруднено более частым наличием у пожилых пациентов непереносимости/резистентности к применяемым антибактериальным препаратам. Повышается и частота побочных эффектов на фоне терапии (антибиотик-ассоциированная диарея либо запор, дисбактериоз кишечника и др.), что требует тщательного наблюдения за пациентом во время проведения терапии и своевременной коррекции возникающих нарушений [8].

При возникновении трудностей с выбором схемы эрадикации, необходимости коррекции сроков терапии, плохой переносимости ЛС у пожилых пациентов рекомендуется консультация профильного специалиста — гастроэнтеролога.

Язвенная болезнь

Еще одной значимой патологией гастродуоденальной зоны является язвенная болезнь (ЯБ). Различают ЯБ как самостоятельное заболевание (эссенциальная язвенная болезнь) и симптоматические язвы желудка и ДПК («стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов).

Для пациентов молодого и среднего возраста наиболее характерно эссенциальное поражение, и именно наличие симптоматической ЯБ необходимо в первую очередь исключать у пожилых пациентов, учитывая более высокую вероятность наличия у них патологии других органов и систем.

Эссенциальная ЯБ у больных пожилого возраста отличается спецификой патогенетических механизмов язвообразования, в частности у людей пожилого и старческого возраста изменяются основные показатели секреторной функции желудка: уменьшается объем секрета, снижаются кислотность желудочного сока и продукция гидрокарбонатов, гастромукопротеина. Вышеперечисленные морфофункциональные изменения в СО желудка в процессе старения человека развер-

тываются на фоне постепенно нарастающих общих метаболических нарушений: ослабления тканевого и клеточного дыхания, недостаточного образования макроэргических соединений, энергетических ресурсов в клетках и тканях, снижения синтеза белка. Помимо этого, с возрастом нарушается нейрогуморальная регуляция — в процессе старения изменяются соотношения работы отделов вегетативной нервной системы (симпатическая система превалирует над парасимпатической). Дополнительно к этому имеют значение некоторые фоновые заболевания, например, хронические неспецифические заболевания легких, снижающие защитные свойства СО желудка.

Ряд исследователей считает, что язвы и эрозии у пожилых связаны с нарушением микроциркуляции в слизистой оболочке, а основными факторами агрессии являются гипоксия и связанные с ней атрофические и метаболические нарушения. Значение этих факторов (в первую очередь атеросклеротических изменений сосудов желудка, снижающих трофику его слизистой оболочки) становится особенно заметным в тех случаях, когда заболевание возникает без участия *H. pylori*. ЯБ у таких пациентов часто развивается на фоне гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, хронических неспецифических заболеваний легких, сахарного диабета и других заболеваний, способствующих нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке желудка [9].

По клиническому течению у пожилых пациентов различают два варианта развития ЯБ:

- «ранняя»/длительно протекающая ЯБ, возникшая впервые в молодом и среднем возрасте и сохранившая периодичность чередования обострений и ремиссии у пожилых больных (на долю этого варианта приходится от 30 до 50 % всех случаев ЯБ у лиц пожилого возраста);
- «поздняя» ЯБ, возникшая после 60 лет.

В первом случае она характеризуется частыми и более продолжительными обострениями, медленным рубцеванием язвенного дефекта [10].

В клинической картине ЯБ, возникающей после 60 лет, преобладают диспепсические расстройства, отмечается слабо выраженный бо-

левой синдром, может отсутствовать периодичность болей и их связь с приемом пищи, практически отсутствует сезонность течения заболевания. При этой форме возрастает до 25 % доля длительно не рубцующихся язв. Констатируются более значительные размеры язвенных дефектов по сравнению с таковыми у людей молодого и зрелого возраста — более чем в 30 % случаев размеры язвы могут быть отнесены к большим или гигантским (приложение 1.2).

Язвы отличаются склонностью к развитию осложнений (частота осложнений увеличивается от 31 % в возрасте 60–65 лет до 76 % в возрасте 75–80 лет), а наличие толстокишечной метаплазии увеличивает риск рака желудка, поэтому при обнаружении у пожилых пациентов язв в желудке важное значение имеет проведение дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака желудка.

Если рассматривать локализацию поражения, то соотношение язв желудка и ДПК с возрастом меняется в сторону учащения язв желудочной локализации (в пожилом возрасте язвы желудка возникают в 1,7 раза, а в старческом возрасте — в 3 раза чаще, чем язвы ДПК). Однако язвы при «поздней» форме ЯБ одинаково часто локализуются в желудке и двенадцатиперстной кишке, в 11,5 % случаев наблюдается сочетанное поражение (в 2,4 раза чаще, чем в молодом возрасте) [10, 11].

В лечении язвенной болезни у пациентов используются схемы противоязвенной терапии, рекомендуемые Российской гастроэнтерологической ассоциацией (2020).

Особенности терапии язвенной болезни у пожилых пациентов [11, 12]:

- Средняя продолжительность курса лечения увеличивается.

Многие исследователи полагают, что у больных пожилого и старческого возраста ЯБ желудка и ДПК характеризуется рефрактерностью к «традиционным» стандартным методам лечения. У больных старших возрастных групп купирование болевого и диспептического синдромов при обострении дуоденальных язв происходит медленнее, чем у пациентов молодого возраста. Ряд авторов полагает, что у больных старших возрастных групп язвы заживают длительно и не во всех случаях удается достигнуть полной эпителизации слизистой оболочки. Нередко заживление язв ДПК у людей старших возрастных групп происходит с формиро-

ванием грубой рубцовой ткани, что в свою очередь приводит к выраженной деформации пилородуоденальной зоны и ее стенозу.

- При проведении медикаментозной терапии следует соблюдать осторожность, учитывая более высокий риск развития побочных эффектов у пожилых пациентов по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста.
- При назначении эрадикационной терапии допустимо использовать меньшие дозы антибактериальных средств, исходя из того, что в пожилом и старческом возрасте метаболизм лекарственных препаратов осуществляется медленнее, чем у молодых пациентов, а обычные дозы препаратов создают большую концентрацию лекарственного вещества. Ряд исследований показывает, что при использовании половинных доз кларитромицина и амоксициллина эффективность эрадикации *H. pylori* составила не менее 86 %.

НПВП-ассоциированная гастропатия

Среди лекарственных язв желудка и двенадцатиперстной кишки наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-ассоциированная гастропатия).

Актуальность проблемы эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с применением НПВП, обусловливается в первую очередь тем, что прием препаратов этой группы чрезвычайно распространен среди населения. При этом около 70 % лиц старше 65 лет (по данным в США) принимают НПВП хотя бы 1 раз в неделю, 34 % — ежедневно [13].

В зависимости от селективности в отношении различных форм ЦОГ выделяют такие группы НПВП [29]:

1. Неселективные ингибиторы ЦОГ (ацетилсалициловая кислота, индометацин, диклофенак, парацетамол, ибупрофен и др.);
2. Преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ-2 (нимесулид, мелоксикам, этодолак и др.);
3. Высокоселективные (специфические) ингибиторы ЦОГ-2 (целекоксиб, эторикоксиб и др.), которые обладают улучшенным профилем гастроинтестинальной безопасности.

Как самостоятельный фактор риска развития НПВП-гастропатии рассматривается пожилой возраст больных. Так, если в целом (без учета возраста) относительный риск возникновения эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов, принимающих НПВП, составляет 3,7, то у пожилых больных он увеличивается до 13,2. Вероятно, это обусловлено наличием основного заболевания (ишемическая болезнь сердца, возраст-ассоциированные суставные патологии), по поводу которого назначаются НПВП, влиянием другой сопутствующей патологии, повышающей вероятность возникновения осложнений лекарственной терапии, одновременным приемом других препаратов, усиливающих неблагоприятное влияние НПВП на желудочно-кишечный тракт.

Существенным фактором риска служат предшествующие и сопутствующие заболевания. Наличие в анамнезе язвенной болезни повышает риск развития НПВП-гастропатии в 4 раза, а при сочетании анамнестических язвенных поражений и пожилого возраста больных этот риск увеличивается в 17 раз.

Риск возникновения НПВП-гастропатии зависит также от дозы лекарственного препарата и продолжительности лечения. Так, у больных в возрасте старше 60 лет при назначении доз, превышающих стандартные в 1,5 раза, риск развития НПВП-гастропатии возрастает в 2,8 раза, а при тройном превышении стандартных доз он увеличивается уже в 8 раз. В то же время было показано, что эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки могут возникать даже при лечении небольшими дозами ацетилсалициловой кислоты (150–300 мг в сутки), назначаемыми с целью профилактики тромбозов при ишемической болезни сердца.

Наибольший риск возникновения рассматриваемой патологии отмечается в период с 30-го по 50-й день приема препаратов, но при назначении индометацина максимальный риск смещается к 7–14-му дню [13].

Клинически гастродуоденальные язвы и эрозии, обусловленные приемом НПВП, часто имеют множественный характер, нередко протекают малосимптомно и манифестируются внезапными ЖКК (меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи»).

В диагностике НПВП-гастропатий в первую очередь важен качественно собранный анамнез пациента на предмет имеющихся у него хронических заболеваний и приема соответствующей группы ЛС. В дальнейшем требуется подтверждение повреждения СОЖ и уточнение его характера путем ФГДС-исследования.

Алгоритм лечения выявленной НПВП-ассоциированной гастропатии предполагает прежде всего решение вопроса о возможности отмены ацетилсалициловой кислоты и других неселективных НПВП и замене их другими анальгетиками, что далеко не всегда возможно. Для заживления эрозии/язвы назначается постоянная поддерживающая терапия стандартными (или двойными при осложненных вариантах НПВП гастропатий) дозами ИПП. Повысить эффективность курсового лечения НПВП-ассоциированных гастродуоденальных язв можно при приеме в течение четырех недель комбинации стандартных доз ИПП и висмута трикалия дицитрата. После восстановления целостности СОЖ, при продолжении терапии НПВП по поводу другого заболевания, прием стандартных доз антисекреторных препаратов продолжается совместно на весь дальнейший период лечения.

1.3. Особенности патологии кишечника у пожилых пациентов

Физиологическое старение организма сопровождается серьезной функциональной и органической перестройкой органов пищеварительной системы. Наиболее значительные изменения при старении происходят в двигательной функции кишечника: развивается атрофия кишечной мускулатуры, ухудшается кровоснабжение кишечника, в результате ухудшается продвижение по кишечнику его содержимого. Еще одним признаком старения кишечника является уменьшение способности слизистой кишечника к регенерации, эти процессы замедляются в среднем в 1,5 раза. Однако, например, функции тонкого кишечника у пожилых (секреция гормонов, всасывание) существенно не отличаются от таковых у молодых лиц.

Заболевания кишечника, учитывая его анатомию и локализацию патологического процесса, подразделяют:

- на энтерит;
- колит;
- энтероколит.

Наиболее часто диагностированным заболеванием кишечника у пожилых пациентов является энтероколит. Симптомы энтероколита складываются из трех основных синдромов: боли в животе, нарушения стула, астеноневротических проявлений. Достаточно часто симптомы поражения кишечника у пожилых могут быть стертыми и первыми клиническими признаками заболевания могут быть лишь признаки микронутриентной недостаточности.

Способы скрининга, рекомендованные Европейской ассоциацией клинического питания (ESPEN) [14–16]:

- способ скрининга недостаточного питания MUST;
- скрининг нутриционного риска NRS;
- мини-опросник нутриционного статуса MNA (пожилые люди).

Сравнительная характеристика этих методов приведена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика методов скрининга микронутриентной недостаточности

Название	Область применения	Комментарий
Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment — MNA) (приложение 1.3)	Применима для всех гериатрических пациентов, включая дома престарелых и уход на дому. Может быть использована для оценки риска развития недостаточности питания, оценки эффективности вмешательств по коррекции недостаточности питания	Наиболее распространенный скрининговый и диагностический инструмент. Состоит из двух частей: скрининговой и полной, которая заполняется при положительных результатах скрининга. Помимо стандартных скрининговых показателей (ИМТ, снижение массы тела, сниженный уровень потребления пищи, заболевания), включает состояния, способствующие развитию недостаточности питания, — иммобилизацию и депрессию

Окончание табл. 1

Название	Область применения	Комментарий
Универсальный скрининг недостаточности питания (Malnutrition Universal Screening Tool — MUST) (приложение 1.4)	Скрининг недостаточности питания у лиц, проживающих дома. Рекомендуется в виду низкой вероятности наличия искажающих факторов у данной категории пациентов	Основан на взаимосвязи между недостаточностью питания и нарушением функционирования
Скрининг нутритивного риска (Nutritional Risk Screening 2002 — NRS-2002) (приложение 1.5)	Скрининг недостаточности питания у госпитализированных пациентов	Учитывает тяжесть состояния госпитализированного пациента

Особенности изолированного поражения тонкой кишки

В диагностике поражения кишечника на амбулаторно-поликлиническом этапе можно столкнуться со сложностью визуализации тонкой кишки при проведении исследований (а значит, и недооценки реального объема поражения кишечника, в связи с чем чаще ставится диагноз колит, хотя поражение толстого кишечника не носит изолированный характер и процесс на самом деле более распространенный).

На сегодняшний день появилась методика капсульной эндоскопии, которая позволяет визуализировать и оценивать состояние тонкой кишки, однако доступность этого метода для врача-терапевта на амбулаторно-поликлиническом этапе ограничена. Таким образом, о поражении тонкой кишки в основном приходится судить по косвенным признакам. Учитывая, что основная функция тонкой кишки — это переваривание и всасывание пищевых веществ, в клинике наблюдаются симптомы мальабсорбции и мальдигестии:

- Снижение массы тела со слов пациента и при сравнении показателей массы тела с предыдущими измерениями.
- Дефицит массы тела по результатам подсчета индекса массы тела* (ИМТ) (приложение 1.6).

- Признаки дефицита микро- и макроэлементов (анемический синдром, сидеропенический синдром, остеопения и остеопороз, судороги нижних конечностей и др.).

Особенности изолированного поражения толстой кишки

Как показали многочисленные исследования, наиболее частой жалобой, касающейся кишечника, у пациентов преклонного возраста является наличие запора. Так, распространенность запора в общей популяции составляет 2–28 %, у пожилых этот показатель превышает 40 %, а у лиц, находящихся в домах престарелых, — свыше 50 % [6].

Известно, что с возрастом наблюдается снижение перистальтики, это приводит к замедлению толстокишечного транзита и способствует склонности пожилых пациентов к развитию запоров. Кроме того, немаловажное значение в развитии этой патологии имеет снижение двигательной активности, когнитивные нарушения, наличие коморбидных заболеваний, полифармакотерапия (прием опиоидных и антихолинергических препаратов) и пр. Помимо этого, пожилые люди чаще связывают запор с натуживанием, а не с редким опорожнением кишечника (Римские критерии для определения понятия констипации, приложение 1.7).

В целом проведенные исследования показали, что у 87 % пациентов с запором имелись алиментарные нарушения, у 73 % — рефлексорные, у 89 % — гиподинамические, у 59 % их можно было связать с неконтролируемым приемом спазмолитических средств, анальгетиков, бета-блокаторов, нитратов и других препаратов [17].

Дивертикулярная болезнь (ДБ)

Дивертикул — это грыжевидное выпячивание стенки полого органа. По строению дивертикулы разделяют на истинные, в которых прослеживаются все слои полого органа, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой.

Преимущественная локализация дивертикулов — ободочная кишка, в прямой кишке дивертикулы образуются крайне редко. Стенка дивертикула представлена слизистой оболочкой и тонким соедини-

тельнотканым слоем, образующимся из дегенерировавших мышечного и подслизистого слоев.

Размеры дивертикулов колеблются в пределах от 1 до 150 мм, в среднем составляя 3–8 мм. Выделяют также гигантские дивертикулы при их размере более 4 см.

Возникновение дивертикулов в стенке ободочной кишки в первую очередь обусловлено изменением механических свойств соединительной ткани подслизистого слоя, являющегося прочностным каркасом. При этом действие внутрипросветного давления приводит к пролапсу слизистой через «слабые» участки кишечной стенки — места прохождения сквозь нее сосудов.

Описанные изменения характерны для процессов старения, что приводит к значительному росту заболеваемости ДБ: от 10 % в возрасте 40 лет до 60 % в возрасте 70 лет [18].

Универсальной классификации ДБ не существует. Для применения в клинической практике следует придерживаться классификации, разработанной Ассоциацией колопроктологов России (2014). Согласно этой классификации наличие хотя бы одного дивертикула в толстой кишке позволяет установить диагноз ДБ.

ДБ принципиально разделяется на бессимптомную форму, неосложненную форму с клиническими проявлениями и осложненную форму. Бессимптомную форму констатируют, если в ободочной кишке имеется хотя бы один дивертикул и отсутствуют какие-либо клинические проявления заболевания. Неосложненная форма ДБ с клиническими проявлениями преимущественно проявляется функциональными нарушениями и болями при отсутствии каких-либо признаков воспалительных изменений в дивертикулах. Осложненная форма ДБ имеет место при развитии воспалительных реакций или при толстокишечных кровотечениях. В осложненной форме ДБ выделяют острые и хронические осложнения (дивертикулит, свищи, стеноз и др.).

Клиническая картина при ДБ существенно варьирует в зависимости от формы заболевания и варианта осложнений:

- При бессимптомной форме клинических проявлений и осложнений ДБ нет.

- Неосложненная форма ДБ проявляется в первую очередь болями в животе, обычно локализованными в проекции сигмовидной кишки. Клиническая картина данного варианта заболевания схожа с таковой при синдроме раздраженного кишечника. Больные также могут отмечать нарушения стула, метеоризм и вздутие живота. Осложнения отсутствуют.
- Клиническая картина при осложненной форме ДБ крайне полиморфна и зависит от вида осложнения (абсцесс, кровотечение, перфорация и др.).

Факт ДБ устанавливают при визуализации хотя бы одного дивертикула толстой кишки с применением любого диагностического метода (колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ, КТ).

Лечение неосложненной формы заболевания проводится терапевтами либо гастроэнтерологами в течение длительного времени (не менее одного-двух месяцев) и включает в себя ликвидацию болевого синдрома и спазма ободочной кишки. Традиционно при неосложненной форме ДБ многие специалисты дополнительно назначают пищевые волокна и пробиотики с целью облегчения пассажа содержимого по кишечнику, профилактики его застоя в дивертикулах и уменьшения их травматизации пищевыми остатками. Лечение осложненных форм ДБ проводят врачи-хирурги, исходя из конкретных показаний.

Хроническая ишемия кишечника

К состояниям, связанным с патологией кишечника в пожилом возрасте, стоит отнести и ишемическую форму колита. В данном случае в основе заболевания лежит нарушение кровоснабжения стенки кишки. Учитывая то, что у пожилых пациентов очень часто встречается гиперхолестеринемия, гипергликемия, ожирение, вероятность сосудистой патологии и системного атеросклероза достаточно высокая.

Основной причиной недостаточного поступления артериальной крови к стенке кишечника в пожилом возрасте является атеросклероз сосудов, питающих толстую кишку. Чаще всего при ишемических нарушениях поражаются левые отделы толстой кишки (селезеночный изгиб в 80 % случаев), что обусловлено особенностями кровоснабжения кишки в этой области. Прямая кишка, имеющая обильное

кровоснабжение, чрезвычайно редко подвержена ишемическим поражениям. Толстая кишка в норме имеет меньшее кровоснабжение, чем тонкая кишка, и, соответственно, более чувствительна к ишемии. Кроме того, показано, что физиологическая моторная активность толстой кишки сопровождается уменьшением кровотока, тогда как, например, кровоснабжение тонкой кишки усиливается во время пищеварения и перистальтической активности. Таким образом, сочетание в норме сниженного кровоснабжения и уменьшения кровотока во время функциональной активности выделяет толстую кишку в качестве уникального органа кровотока. Уменьшение кровотока в толстой кишке также наблюдается в результате воздействия эмоциональных стрессов [19].

Дополнительным фактором, усиливающим ишемию кишки у пожилых, является запор. Хронический запор (натуживание) повышает внутрикишечное давление и уменьшает кровоток в стенке толстой кишки.

Наиболее частой формой ишемии толстой кишки являются обратимые (преходящие) нарушения целостности стенки кишечника, встречающиеся в 60 % случаев. При прогрессировании атеросклероза и критическом нарушении кровоснабжения кишечника возникает омертвление тканей с развитием тяжелых состояний, требующих экстренного хирургического лечения.

При ишемии толстой кишки прежде всего поражается слизистая оболочка, так как она особенно чувствительна к состояниям гипоксии. При нарастании степени ишемии повреждение распространяется от слизистой оболочки в сторону подслизистого и мышечного слоев. При тяжелых формах могут возникать глубокие повреждения, заканчивающиеся перфорацией или образованием стриктур.

Симптомы заболевания крайне неспецифичны и часто принимаются за другую патологию органов ЖКТ. Нарушение кровоснабжения стенки кишечника максимально выражено в период переваривания и всасывания пищи. В связи с этим болевой синдром, как правило, возникает примерно через два часа после еды.

Характерно частое сочетание атеросклероза коронарных артерий и артерий, кровоснабжающих кишечник (у 64 % пациентов).

Группы риска по ишемии толстого кишечника — пациенты старше 60 лет с наличием:

- сердечно-сосудистой патологии;
- артериальной гипертензии;
- хронического нарушения мозгового кровообращения;
- метаболического синдрома.

Ишемический колит в настоящий момент считается недостаточно диагностируемым заболеванием, и причина этого опять же в сложности диагностики данного состояния на амбулаторно-поликлиническом этапе. Диагностика ишемического колита требует проведения высокотехнологических исследований, на которые пациентов направляют профильные специалисты:

1. Ультразвуковое исследование аорты и ее ветвей — неинвазивный метод, позволяющий выявить признаки недостаточности кровотока (степень информативности — 70–80 %);
2. Ангиография — рентгенографическое исследование сосудов брюшной полости;
3. Эндоскопическое исследование кишечника — для исключения онкологической патологии кишечника в связи с похожестью симптомов (боль в животе, запоры, похудание, возможное появление крови и слизи в стуле и пр.).

Синдром раздраженного кишечника (СРК)

Синдром раздраженного кишечника — функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, возникающей по меньшей мере один раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более): связана с дефекацией, связана с изменением частоты стула и/или формы стула. Эти симптомы должны отмечаться у больного последние три месяца при общей продолжительности не менее шести месяцев.

СРК страдают от 10 до 15 % населения. Женщины страдают СРК чаще, чем мужчины. Диагноз в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет. Достаточно часто, в 15–44,6 % случаев, СРК сочетается с синдромом функциональной диспепсии [20].

Согласно современной концепции патогенеза СРК, в формировании данного заболевания важную роль играют генетическая пред-

расположенность, а также психосоциальные факторы, включающие в себя стрессовые ситуации, нарушение копинга (способности преодолевать стресс) и недостаточную социальную поддержку. Сочетание данных составляющих приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности и нарушению моторики кишки.

Наличие СРК не сопровождается повышением риска колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а равно и увеличением смертности. Несмотря на то что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и косвенным затратам на его лечение и диагностику.

В диагностике основное внимание уделяется вопросам клинической картины и ее соответствия Римским критериям IV, а также отсутствию симптомов тревоги:

- потеря массы тела;
- начало в пожилом возрасте;
- ночная симптоматика;
- рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников;
- постоянная боль в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ;
- прогрессирующее течение заболевания;
- лихорадка;
- изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.).

Лечение СРК комплексное. В настоящее время с позиций доказательной медицины в лечении пациентов, страдающих СРК, подтверждена эффективность препаратов, нормализующих моторику, влияющих на висцеральную чувствительность или воздействующих на оба механизма. Также назначаются симптоматически слабительные средства, адсорбенты, пробиотики, ветрогонные ЛС и др.

В заключение хотелось бы отдельно отметить, что, учитывая многообразие кишечной патологии, морфологические изменения в кишечнике, связанные со старением, отдельное указание на возраст как симптом тревоги, у пациентов старше 60 лет стоит рассматривать лю-

бую функциональную патологию кишечника (СРК в частности) как диагноз исключения, максимально убедившись в отсутствии других возможных заболеваний.

1.4. Патология поджелудочной железы в пожилом возрасте

Панкреатит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний поджелудочной железы (ПЖ). Распространенность в Европе составляет 25,0–26,4 случая на 100 тыс. населения, в России — 27,4–50 случаев на 100 тыс. населения. Обычно хронический панкреатит (ХП) развивается в зрелом возрасте (35–50 лет) [21]. Таким образом, к пожилому возрасту этот диагноз чаще всего у пациентов уже установлен и заболевание успело достигнуть поздних стадий.

По этиологии выделяют две наиболее частые формы хронического панкреатита:

- алкогольный;
- билиарнозависимый.

В первом случае необходимо уточнить у пациента анамнез по употреблению алкогольных напитков (алкоголь является причиной 60–70 % случаев ХП), проверить наличие/отсутствие других алкоголь-ассоциированных заболеваний (АБП, алкогольная (токсическая) кардиомиопатия, алкогольные полинейропатии), поскольку сам по себе алкоголь как этиологический фактор не может действовать локально и всегда имеется комплексный характер нарушений органов и систем. Во втором случае нужно узнать о возможных ранее установленных заболеваниях гепато-билиарной системы (калькулезный и некалькулезный холецистит, ЖКБ, ДЖВП и др.).

Следствием длительного течения ХП является, как правило, снижение количества ферментов поджелудочной железы (наиболее значим клинически обычно дефицит панкреатической липазы, в связи с чем назначение ферментных препаратов идет именно в пересчете на липазные единицы), что в свою очередь приводит к нарушению переваривания пищи. Конечным результатом данного процесса являются синдромы мальаб-

сорбции, мальдигестии, а также диарейный синдром — непереваренные остатки пищи попадают в толстую кишку, где контактируют с микрофлорой, в результате чего происходит переработка пищевых остатков, сопровождающаяся брожением, вздутием живота, метеоризмом.

Нарушение переваривания и всасывания жира нередко приводит к трофологической недостаточности, при этом выявляют клинические симптомы дефицита жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К), в частности остеопороз. Учитывая то, что для пожилых пациентов проблема Са–Р-обмена и так актуальна, а минеральная плотность костей у большинства из них снижена, наличие панкреатита еще больше усугубляет ситуацию.

Возможно также возникновение дефицита витамина В12, поскольку нарушается его высвобождение из связи с внутренним фактором Кастла эндопептидазами ПЖ.

Диагноз ХП можно заподозрить на основании условно-специфичных приступов абдоминальной боли и/или клинических признаков недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ у пациента, регулярно принимающего алкоголь.

В отличие от острого панкреатита при ХП редко наблюдается повышение уровня ферментов в крови или моче. При использовании УЗИ в качестве первичного метода скрининга в пользу диагноза ХП следует отнести следующие признаки:

- псевдокисты,
- кальцификация и вирсунголитиаз,
- выраженная дилатация главного панкреатического протока в сочетании с уплотнением его стенок,
- показатели осложнений ХП — псевдокисты, расширение общего желчного протока, воротной и селезеночной вен.

Такие изолированные или сочетанные признаки, как диффузные изменения ПЖ, ее контур и изменение размеров, в сочетании с клинической картиной, аномальными результатами функциональных тестов ПЖ позволяют клиницисту рассматривать диагноз ХП как возможный, что потребует использования более точных, лучевых методов исследования.

Мультиспиральная компьютерная томография в настоящее время является методом выбора для первичной диагностики ХП. Данными

МСКТ, указывающими на ХП, являются атрофия железы, наличие конкрементов в протоках, дилатация ГПП, интра- или перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции и тромбоз селезеночной вены. К другим признакам, свидетельствующим о ХП, относятся неоднородность структуры, нечеткость контуров и увеличение размеров ПЖ.

При лечении хронического панкреатита с экзокринной недостаточностью функции поджелудочной железы в большинстве случаев проводится заместительная терапия ферментными препаратами. Учитывая необратимый характер поражения поджелудочной железы, слабые регенераторные возможности, в пожилом возрасте заместительная ферментная терапия, как правило, назначается пациентам на постоянный прием.

Виды и типы современных ферментных препаратов выбираются в зависимости от степени ферментного дефицита. Важно помнить, что в случае назначения ферментных препаратов с кислотоустойчивой оболочкой дополнительное назначение блокаторов желудочной секреции не требуется. При назначении таблетированных ферментных препаратов, не обладающих кислотоустойчивостью, рекомендуется одновременный прием средств, подавляющих кислотопродукцию, таких как H₂-гистаминоблокаторы или ИПП.

Помимо заместительной ферментной терапии, важную роль в лечении хронического панкреатита у пациентов любого возраста играет диета и режим питания. Рекомендуется частое дробное измельченное питание малыми порциями для улучшения контакта пищи с ферментами. В случае установления алкогольной этиологии заболевания — обязательный отказ от приема алкогольных напитков. При билиарнозависимой форме — адекватная терапия основного заболевания.

1.5. Патология желчного пузыря в пожилом возрасте

Патология билиарного тракта получает все большее распространение среди других заболеваний ЖКТ. Особую значимость она приобретает у лиц пожилого возраста, что связано как с морфофункци-

ональными изменениями в организме лиц старшего возраста, так и с неправильным образом жизни [22].

Печень продуцирует приблизительно от 500 до 600 мл желчи каждый день. Основная функция желчного пузыря (ЖП) — хранение желчи до ее выделения в двенадцатиперстную кишку в момент попадания туда пищи из желудка. Данный процесс происходит рефлекторно, а нарушение желчевыделения чаще всего обусловлено наличием следующих факторов:

- воспалительные процессы (бактериальная, вирусная, паразитарная этиология);
- невоспалительные изменения (аллергические реакции, камнеобразование);
- изменение тонуса мышечной стенки желчного пузыря и/или желчных протоков;
- дисфункция вегетативной нервной системы, регулирующей моторику ЖП и ЖВП.

Под действием этих этиологических факторов в ЖП возникают два вида функциональных нарушений:

- замедленное желчевыведение (застой желчи в желчном пузыре предрасполагает в дальнейшем к ее сгущению, появлению осадка и кокрементов);
- избыточное и учащенное желчевыделение (что приводит к раздражению слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, развитию дуоденита, ДГЭР).

У пожилых пациентов чаще всего наблюдается склонность к замедлению моторики и застою желчи. Косвенно можно судить об этом по приросту числа случаев ЖКБ — распространенность холелитиаза нарастает и становится максимальной после 70 лет, когда частота выявления желчных конкрементов на аутопсиях у лиц, умерших от разных причин, достигает 30% и даже более. Поэтому для врача-терапевта важно пред началом лечения исключить калькулезную форму холецистита у пожилых пациентов, так как в этом случае лечением данного пациента необходимо заниматься совместно с врачом-хирургом.

Клинические проявления при хроническом некалькулезном холецистите (ХНХ) у пожилых пациентов также имеют ряд особенностей.

В силу возрастных изменений восприятия боли и воспалительной реакции болевой синдром при холецистите может не иметь характерных особенностей или полностью отсутствует у каждого восьмого пациента, рвота и повышение температуры (как правило, не более 38 °С) наблюдаются менее чем в половине случаев. Симптом Мерфи выявляется менее чем у половины пациентов; ниже частота выявления защитного напряжения брюшных мышц, симптомов раздражения брюшины. Лейкоцитоз наблюдается примерно в половине случаев заболевания, хотя может достигать более высоких значений, чем у более молодых пациентов, также как и уровень С-реактивного белка, что может объясняться более частым развитием тяжелых форм заболевания (в пожилом возрасте существенно возрастает частота тяжелых форм острого холецистита, чаще развиваются осложнения, например гангрена ЖП).

Особое место занимает в диагностике симптом Боткина, или холецисто-кардиальный. У лиц пожилого и старческого возраста он определяется значительно чаще, чем у пациентов среднего возраста, что требует записи электрокардиограммы (ЭКГ) и своевременной дифференциальной диагностики с сердечно-сосудистой патологией [22, 23].

Среди инструментальных методов обследования при ХХ ультразвуковое исследование (УЗИ) в настоящее время является ведущим методом диагностики и позволяет оценить форму, размеры ЖП, наличие/отсутствие конкрементов в нем, состояние и диаметр крупных ЖП. Одновременно с этим при УЗИ проводится обязательная оценка состояния печени, что важно для дифференциальной диагностики либо для постановки диагноза сочетанной гепато-билиарной патологии. По этой же причине обязательно проведение БХК с определением параметров БР, АСТ, АЛТ и др., отражающих в первую очередь состояние печени и исключающих/подтверждающих ее вовлеченность в патологический процесс.

Этиотропная терапия ХХ заключается в назначении необходимых ЛС в зависимости от установленной в ходе диагностики причины заболевания (противовоспалительные и антибактериальные препараты, литолитическая терапия и др.). Симптоматическая же терапия хронического холецистита направлена прежде всего на устранение болевого синдрома и диспепсических явлений. При этом необходимо заранее

определился с характером функционального нарушения — гипо- либо гипермоторика, и только потом начинать лечение. В первом случае рекомендовано использование холекинетиков, стимулирующих работу ЖП, во втором случае — спазмолитиков, замедляющих избыточные сокращения [17]. Особое место среди лекарственных средств занимает урсодезоксихолевая кислота, обладающая и холеретическим, и холекинетическим действием.

1.6. Заболевания печени у пожилых пациентов

Установлено, что частота выявления хронических заболеваний печени (ХЗП) у больных пожилого и старческого возраста достигает 2%, при этом заболевание длительно протекает бессимптомно у 15,4% больных, с минимальными клиническими проявлениями — в 46% случаев [24].

С возрастом происходит уменьшение размеров и массы печени, в основе чего лежит возрастная атрофия. Атрофия печени проявляется в виде истончения ткани печеночных балок, уменьшения общего числа гепатоцитов. При этом в печени развивается компенсаторная гипертрофия гепатоцитов. В гепатобиоптатах отмечают увеличение числа крупных, регенераторного типа двуядерных гепатоцитов, увеличение числа измененных ядер, частоты хромосомных aberrаций, увеличение количества и размеров лизосом, повышенное включение липофусцина в лизосомах гепатоцитов центра долек с тенденцией к атрофии этих клеток. Наряду с этим в ткани печени пожилых пациентов выявляется снижение печеночного кровотока на 30–50%. Важно помнить, что выраженные изменения морфологической картины в печени могут быть при неизменных биохимических показателях (подобное наблюдается в 89% случаев) [25].

Существует множество этиологических факторов, ведущих к заболеваниям печени, в связи с чем выделяют:

- неалкогольную жировую болезнь печени;
- алкогольную болезнь печени (АБП, у пожилых диагностируется в 15% случаев);

- вирусные поражения (вирусы гепатита В, С и др.);
- лекарственные поражения;
- аутоиммунные поражения и др.

Алкогольная болезнь печени (АБП)

Исключение алкогольной этиологии является одной из первых задач при выявлении признаков поражения печени.

1. Скрининговым методом диагностики АБП может послужить опросник AUDIT для выявления потребления алкоголя. Пациенту предлагается 10 вопросов с последующей интерпретацией набранных баллов (приложение 1.8).
2. При поставленном пациенту диагнозе алкогольный гепатит для оценки тяжести и определения жизненного прогноза пациента применяется индекс Мэддрей (Meddrey). Индекс Мэддрей использует два параметра для расчета прогноза — билирубин в сыворотке крови (БС) и протромбиновое время (ПВ). *Индекс вычисляется по формуле: $4,6 \cdot (ПВ \text{ пациента} - ПВ\text{-контроль}) + БС$ (в мг/дл).* У больных со значением расчета более 32 вероятность летального исхода во время текущей госпитализации превышает 50%. При появлении или усилении фоновой печеночной энцефалопатии острый алкогольный гепатит всегда должен рассматриваться как тяжелый.
3. Для оценки активности гепатита используется БХК, а именно повышение активности ферментов аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) трансфераз соответственно. Эти ферменты попадают в кровь в результате разрушения гепатоцитов и поэтому косвенно отражают выраженность этого процесса. Если АЛТ повышено не более чем в 3 раза, говорят о минимальной активности, в 3–10 раз — гепатите умеренной активности, более чем в 10 раз — высокой активности заболевания. Так как АСТ может изменяться и при других заболеваниях внутренних органов, изменение АЛТ считают более специфичным для болезней печени.
4. Для оценки тяжести циррозов печени (в т. ч. алкогольной этиологии) применяется шкала Чайлд — Пью (англ. Child-Pugh) (таблица 2).

Обычно для оценки используют следующие признаки: уровень билирубина, альбумина и ПТИ, наличие асцита и энцефалопатии. В разных источниках имеются небольшие отличия по числовым данным: границам параметров, вероятности выживаемости и другим. Тяжесть цирроза печени оценивается по сумме баллов от 1 до 3 для каждого из параметров.

Таблица 2

Оценка тяжести циррозов печени

Параметр	1 балл	2 балла	3 балла
Билирубин, мкмоль/л (мг %)	Менее 34 (2,0)	34–51 (2,0–3,0)	Более 51 (3,0)
Альбумин, г/л	Более 35	28–35	Менее 28
ПТВ, (сек) или ПТИ (%)	1–4 (более 60)	4–6 (40–60)	Более 6 (менее 40)
Асцит	Нет	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо поддается лечению
Печеночная энцефалопатия	Нет	Легкая (I–II)	Тяжелая (III–IV) (рефрактерная)

5–6 баллов — класс А.

7–9 баллов — класс В.

10–15 баллов — класс С.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)

Широкое распространение у пожилых пациентов имеет неалкогольная жировая болезнь печени [18]. Диагноз НАЖБП верифицируется при накоплении липидов в виде триглицеридов в количестве > 5–10 % массы гепатоцитов или при наличии > 5 % печеночных клеток, содержащих депозиты липидов. Согласно современным представлениям НАЖБП включает два различных патологических состояния с различными прогнозами: стеатоз и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), последний может сопровождаться развитием фиброза.

По результатам российского исследования DIREG 1 (2007), распространенность НАЖБП у пациентов амбулаторных ЛПУ состав-

ляла 27 %, при этом у 80,3 % диагностирован стеатоз, у 16,8 % — стеатогепатит, у 2,9 % — цирроз печени (ЦП). Стеатоз может являться начальной стадией с последующим развитием НАСГ, но у большинства пациентов трансформации одной формы заболевания в другую не происходит [26].

В целом для НАЖБП на стадиях стеатоза, стеатогепатита и фиброза характерно бессимптомное течение, поэтому наиболее часто в практике врач сталкивается со случайно обнаруженным при биохимическом исследовании синдромом цитолиза или признаками изменения структуры паренхимы печени при ультразвуковом ее обследовании. Зачастую пациенты обращаются к врачу по поводу жалоб, обусловленных коморбидными НАЖБП-ассоциируемыми заболеваниями: артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, заболеваниями периферических сосудов, ожирением, СД 2 типа, полиартралгиями, фибромиалгиями и т. п., и тогда НАЖБП становится диагностической находкой.

Для выявления групп риска стеатоза печени на первичном приеме у терапевта рекомендуется рассчитывать индекс стеатоза (St-index), который разработан российскими учеными на основе данных исследования DIREG 2 (приложение 1.9).

Постепенное снижение веса и увеличение физической нагрузки являются ведущими факторами в лечении НАЖБП, потеря веса при использовании гипокалорийной диеты или ее сочетание с повышенной физической активностью способствует уменьшению проявлений стеатоза.

Для лечения применяются препараты различных фармакологических групп (преимущественно гепатопротекторы), способные воздействовать на звенья патогенеза НАЖБП.

Лекарственные поражения печени

У пожилых пациентов добавляется необходимость исключения лекарственного поражения печени на фоне приема препаратов, принимаемых по поводу сопутствующих патологий (полифармакотерапия: статины, антибиотики и пр.) [27].

Пациентам пожилого и старческого возраста назначается большое количество лекарственных препаратов в связи с полиорганный пато-

логии. При этом не представляется возможным полноценно предвидеть взаимодействие препаратов на фоне возрастных изменений метаболизма (уменьшение общего объема воды, плазмы, массы тела, снижение концентрации альбумина, активности печеночных ферментов, сердечного выброса, печеночного и почечного кровотока, увеличение объема жировой ткани). Известно, что при одновременном приеме пяти препаратов вероятность развития побочных эффектов составляет 4%, 5–10 препаратов — 10%, 10–16–28%, а 16–20 препаратов — почти 60%. По данным американских ученых, побочные эффекты лекарственных препаратов выступают в роли этиологического фактора развития желтухи у 2–5% госпитализированных больных, гепатитов — у 40% пациентов старше 40 лет и 25% случаев фульминантной печеночной недостаточности [27]. Пожилые люди являются главными потребителями лекарственных средств, что способствует развитию у них хронических лекарственных поражений печени, которые часто протекают бессимптомно или с минимальной активностью. Больные с латентными и малоактивными формами поражения печени составляют до 80%, поэтому их своевременное выявление и эффективное лечение могут значительно улучшить прогноз заболевания.

Также при любом подозрении на поражение печени необходимо исключение вирусных гепатитов. Установлена высокая (29,9%) частота инфицирования гепатотропными вирусами у пожилых. В исследованиях показано, что инфицирование вирусом гепатита С (HCV) в возрасте старше 50 лет приводит к формированию ЦП в два раза быстрее в сравнении с больными, инфицированными в возрасте моложе 50 лет. У пожилых больных отмечается длительная персистенция вируса, однако увеличивается смертность от молниеносного гепатита. Важным и не до конца решенным является вопрос проведения противовирусной терапии пожилым больным с ХЗП вирусной этиологии. В настоящее время основными препаратами для лечения хронической HCV-инфекции являются ИФН- α в сочетании с рибавирином. Целесообразность проведения такой терапии в группе обсуждаемых больных подвергается сомнению при медленном прогрессировании ХЗП, выраженных побочных эффектах препаратов, наличии сопутствующей патологии [25].

Актуальными для пожилого возраста являются и аутоиммунные заболевания печени. Исследования свидетельствуют об одинаковой распространенности аутоиммунного гепатита среди как молодых, так и пожилых больных.

Таким образом, в связи с наличием латентно протекающих ХЗП, малосимптомных стадий заболеваний печени пациентам пожилого и старческого возраста целесообразно проводить комплексное обследование с целью ранней диагностики, своевременного лечения и профилактики тяжелых осложнений, а своевременная диагностика и адекватная оценка влияния конкурирующей и сопутствующей патологии и ее лекарственной терапии на течение и прогноз патологии печени позволят уменьшить частоту развития осложнений и летальность у больных старшей возрастной группы.

Глава 2. Тактика ведения пожилых пациентов с гастропатологией

2.1. Сбор жалоб

При сборе жалоб и их интерпретации нужно учитывать особенности пожилых пациентов:

- Разнообразные жалобы различной направленности — одномоментная патология на разных участках ЖКТ создает определенные сложности в интерпретации жалоб в ходе первичного приема. Накладываясь друг на друга, симптомы могут искажать привычную клиническую картину заболевания, делать ее сложной для интерпретации.
- Неполное предоставление сведений о симптомах — в силу возраста пациенты не всегда указывают все симптомы самостоятельно, забывают или путают их. Важно проводить сбор пассивных жалоб.
- Неспецифические симптомы — часто пожилые пациенты отмечают, например, усталость, слабость, потерю веса. С одной стороны, эти жалобы могут быть частью заболевания, но иногда они не имеют диагностического значения.
- Атипичная симптоматика — физиологический процесс старения также вносит свой вклад в способность адекватной оценки и восприятия самочувствия пациентом, жалобы могут пока-

- заться незначительными, а выявленный патологический процесс будет обширным, или наоборот.
- Множественные жалобы — одномоментная патология разных органов и систем организма. Необходимо четко разграничивать, где заканчивается один диагноз и начинается другой, что не всегда легко сделать, так как разные заболевания могут проявляться одним и тем же симптомом (например, одышка при сердечной недостаточности, анемии, заболеваниях дыхательной системы).

2.2. Сбор анамнеза заболевания

Большинство заболеваний к 60-летнему возрасту приобретают хронический характер и уже имеют многолетний «стаж». Необходимо подробно опросить пациента об имевшихся в течение жизни диагнозах, связанных с ЖКТ, проведенных обследованиях, их результатах, проводимом ранее лечении, его эффективности.

Данный пункт при выполнении может представлять определенную трудность из-за сложности воспроизведения пациентом медицинской информации — оптимально иметь на руках выписки/результаты ранее проводимых обследований и консультаций, внимательно изучить амбулаторную карту больного. Все это требует усилий, времени и определенного навыка у врача и не всегда легко выполнимо в условиях ограниченного времени на приеме в поликлинике. Однако качественно собранный анамнез у пожилого пациента существенно повышает шансы на постановку верного диагноза.

2.3. Осмотр пациента

- Обязательное уточнение возраста пациента (согласно ВОЗ пожилой возраст — это 60–74 года).

По внешнему виду пациент может казаться старше/моложе, чем паспортный возраст (что тоже важно учитывать в дальнейшем, поскольку

ку одинаковому хронологическому возрасту могут соответствовать значительные различия по темпам возрастных изменений).

- Онконастороженность.

Должна присутствовать в отношении пациентов всех возрастов, но в пожилом возрасте риск возрастает.

- Обязательный расчет и оценка ИМТ (для поиска симптомов мальнутриции и мальдигестии).
- Нутриционный статус.

Использовать опросники нутриционного статуса.

- Подробный общий осмотр по всем органам и системам, не ограничиваясь ЖКТ, предполагая, что это полиморбидный пациент. (См. шаблон стандартного осмотра врача-терапевта — приложение 1.10.)

2.4. Формулировка диагноза

У пожилых пациентов наиболее вероятно наличие нескольких диагнозов одновременно, в связи с этим важно:

- определить среди нескольких заболеваний ведущее (учитывая тяжесть протекания, активные жалобы при обращении, риски и осложнения и пр.);
- обязательно указать все сопутствующие диагнозы;
- указать все осложнения основного и сопутствующих диагнозов;
- при формулировке диагнозов стремиться к максимально развернутому диагнозу с использованием современных классификаций и соблюдением всех иных требований.

Примеры формулировок гастроэнтерологических диагнозов:

- ГЭРБ: эрозивный эзофагит, стадия В по Лос-Анджелесской классификации, обострение.
- Хронический поверхностный гастрит, стадия атрофии 2, степень воспаления 3, НР-ассоциированный, с повышенной секрецией, фаза обострения.
- Язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *H. pylori*, с локализацией язвы на малой кривизне (0,5 см), в стадии обострения, не осложненная.

- Хронический некалькулезный холецистит, дискинетический вариант (гипертонус ЖП), вне обострения.
- Хронический алкогольный панкреатит, болевая форма, часто рецидивирующий, внешнесекреторная недостаточность ПЖ тяжелой степени, фаза обострения.
- Цирроз печени вирусной (HCV) этиологии, стадия декомпенсации, класс С по шкале Чайлда — Пью, портальная гипертензия, массивный асцит, варикозное расширение вен пищевода 3 степени, гиперспленизм, печеночная энцефалопатия 3 степени тяжести.
- Синдром раздраженного кишечника, смешанный тип, с преобладанием метеоризма.

2.5. Назначение обследования

- Общеклинический минимум (ОАК, ОАМ, ЭКГ, ФГК) назначается всем пациентам (необязательно с целью установления диагноза основного заболевания, но для оценки состояния организма в целом).
- Зачастую показан расширенный объем обследований, учитывая множественную патологию (конкретные виды обследований для каждого заболевания указаны в клинических рекомендациях и дополняются лечащим врачом, исходя из конкретной ситуации, по индивидуальным показаниям) (таблица 3).
- Необходимо помнить о том, что результат анализа/обследования не является сам по себе диагнозом и, наоборот, отсутствие изменений в каком-либо анализе/обследовании не всегда гарантированно исключает наличие заболевания при наличии других объективных проявлений, а значит, требует дальнейшей углубленной диагностики.
- Для решения вопроса о проведении тех обследований, которые выходят за рамки объема диагностики участкового терапевта, необходимо будет направлять пациента на консульта-

ции узких специалистов (гастроэнтеролог, хирург-эндоскопист и др.) и/или госпитализировать в стационар.

Таблица 3

**Наиболее востребованные исследования ПС
и показания к их назначению**

Название исследования	При каких заболеваниях показано
ФГДС	ГЭРБ, гастрит, язвенная болезнь, дуоденит, ЦП
Рентгеноскопия пищевода с барием	ГЭРБ, гастрит, стеноз пищевода, стриктура, свищи, инородные тела, опухоли
УЗИ органов брюшной полости	Хронический холецистит, заболевания печени (гепатит, НАЖБП, ЦП и др.), хронический панкреатит
Общий анализ кала	Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), панкреатит, холецистит
Анализ кала на скрытую кровь	ГЭРБ, ЯБЖ, ЯБ ДПК, ВЗК
Методы определения Нр-инфекции	Гастрит, ГЭРБ
Фекальная эластаза	Панкреатит
Фекальный кальпротектин	ВЗК
Посев кала	Дисбактериоз, острые кишечные инфекции
БХК	Заболевания гепато-билиарной системы, панкреатит
ФКС	ВЗК, дивертикулярная болезнь, опухоли
Ирригоскопия с барием	ВЗК, дивертикулярная болезнь, опухоли

2.6. Выбор схемы лечения

Немедикаментозная терапия

Стандартно в качестве данного направления рассматриваются диетические рекомендации пациентам с заболеваниями ЖКТ. Наиболее широко известна система «Лечебные столы (диеты) по Певзнеру».

Система широко применяется в комплексном лечении заболеваний пациентов, находящихся в стационарах, санаториях. Столы так-

же носят рекомендательный характер пациентам при нахождении вне лечебных учреждений.

Система диет по Певзнеру включает в себя 15 лечебных столов, соответствующих определенным группам заболеваний. Некоторые из столов подразделяются на категории, имеющие буквенные обозначения. Категории лечебных диет соотносятся со стадией или периодом течения патологического процесса: обострение (разгар) заболевания → затухающее обострение → выздоровление.

Показания для назначения лечебных столов:

Диета № 1, 1 а, 1 б — язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Диета № 2 — атрофический гастрит, колиты.

Диета № 3 — запоры.

Диета № 4, 4 а, 4 б, 4 в — болезни кишечника с диареей.

Диета № 5, 5 а — заболевания желчных путей и печени.

Диета № 6 — мочекаменная болезнь, подагра.

Диета № 7, 7 а, 7 б, 7 в, 7 г — хронический и острый нефрит, ХПН.

Диета № 8 — ожирение.

Диета № 9 — сахарный диабет.

Диета № 10 — заболевания сердечно-сосудистой системы.

Диета № 11 — туберкулез.

Диета № 12 — заболевания нервной системы.

Диета № 13 — острые инфекционные заболевания.

Диета № 14 — болезнь почек с отхождением камней из фосфатов.

Диета № 15 — заболевания, не требующие особых диет.

Применительно к патологии ЖКТ используются первые пять. Однако, учитывая, что у пожилых пациентов вероятно наличие и других заболеваний, возможны варианты комбинированного назначения.

Медикаментозная терапия

Полипрагмазия — одна из ведущих проблем фармакотерапии пациентов пожилого возраста. Необходимо максимально осознанно подбирать лекарственные средства для этих пациентов, искать возможность назначения комбинированных лекарственных форм, стараться не назначать к одномоментному применению более пяти лекарственных средств.

- При назначении лечения учитывать не только показания к применению ЛС, но и противопоказания и побочные эффекты, обращая внимание остальные диагнозы и уже принимаемые пациентом по назначению врача лекарственные препараты (таблица 4).

Таблица 4

**Список ЛС, наиболее широко используемых
в лечении гастроэнтерологических пациентов**

Фарм. группа	Препарат, средние терапевтические дозы
Ингибиторы протонной помпы	<i>Омепразол</i> , 10/20/40 мг 1–2 р./сут., внутрь, запивая небольшим количеством воды. <i>Рабепразол</i> , 20/40 мг 1–2 р./сут. <i>Пантопразол</i> , 20/40 мг 1–2 р./сут.
H₂-гистаминоблокаторы	<i>Фамотидин</i> , 20/40 мг 1 раз в день на ночь или 2 раза в день — утром и на ночь, можно принимать натощак или во время приема пищи. <i>Ранитидин</i> , 150 мг 2 р./сут. (утром и вечером) или 300 мг на ночь, независимо от приема пищи, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости
Антациды	<i>Алмагель</i> , 5–10 мл (1–2 мерные ложки) 3–4 раза в день за 10–15 мин. до еды. <i>Гастал</i> , 1–2 табл. 4–6 раз в день приблизительно через 1 ч. после приема пищи и перед сном, но не более 8 таблеток в сутки. <i>Ренни</i> , 1–2 табл., разжевать (или держать во рту до полного растворения), 4–6 раз в день
Гастропротекторы	<i>Висмута трикалия дицитрат</i> , 120 мг, внутрь, проглатывая целиком, запивая достаточным количеством воды, 2–4 раза в день натощак (за полчаса до приема пищи или перед сном). <i>Сукральфат</i> , 0,5–1 г 4 р./сут. (перед завтраком, обедом, ужином и на ночь) или по 1 г утром и вечером, внутрь, за 30–60 мин. до еды и на ночь
Альгинаты	<i>Гевискон</i> , 10–20 мл, после приемов пищи и перед сном
Прокинетики	<i>Итоприда гидрохлорид</i> , 50 мг 3 р./сут. до еды
Спазмолитики	<i>Дротаверин</i> , 40/80 мг по 1–2 таблетки на один прием 2–3 раза в день <i>Мебеверин</i> , 200 мг 2 р./сут., не разжевывая, за 20 мин. до еды, запивая водой

Окончание табл. 4

Фарм. группа	Препарат, средние терапевтические дозы
Ферменты	<i>Панкреатин</i> , 10 000/25 000/40 000 ЕД на прием пищи. <i>Энзистал</i> , 1 табл. 2–3 р./сут., не разжевывая, во время или сразу после еды, запивая небольшим количеством жидкости
Холеретики	<i>Урсодезоксихолиевая кислота</i> , 250/500 мг 2–3 р./сут. <i>Гимекромон</i> , 200–400 мг (до 800 мг) 3 р./сут., за 30 мин. до еды
Гепатопротекторы	<i>Адметионин</i> , 400/500 мг 1–2 табл./сут., не разжевывая, желательно в первой половине дня между приемами пищи. <i>Орнитин</i> , после еды, по 3 г гранулята, предварительно растворенного в 200 мл жидкости, 2–3 р./сут.
Слабительные средства	<i>Лактулоза</i> , 10–30 мл 3 р./сут. <i>Мукофальк</i> , по 1 пак. или 1 мерной ложке 2–3 раза в день после размешивания в большом количестве жидкости (не менее 150 мл). <i>Бисакодил</i> , 5 мг, перед сном или за 30 мин. до завтрака
Ветрогонные средства	<i>Симетикон</i> , 40 мг 1–2 капс. 2–3 р./сут.
Антибиотики	<i>Амоксициллин</i> , 1 000 мг 2 р./сут. 10–14 дней. <i>Кларитромицин</i> , 500 мг 2 р./сут. 10–14 дней. <i>Левифлоксацин</i> , 500 мг 2 р./сут. 10–14 дней. <i>Метронидазол</i> , 500 мг 3 р./сут. 10–14 дней. <i>Тетрациклин</i> , 500 мг 4 р./сут. 10–14 дней. <i>Рифаксимин</i> , 200/400 мг 3–4 р./сут.
Противодиарейные средства	<i>Лоперамид</i> , 2 мг, не разжевывая, запивая водой. Первоначально назначают 2 капсулы (4 мг), затем по 1 капсуле (2 мг) после каждого акта дефекации в случае жидкого стула. <i>Энтерол</i> , 250 мг 1–2 капс. 2 раза в день
Адсорбенты	<i>Полисорб</i> , 1–2 ст. ложки, тщательно размешивают в 1/4–1/2 стакана воды и выпивают за 1 ч. До еды или приема других ЛС. <i>Смекта</i> , 3 г, 1 пак. растворяют в 1/2 стакана воды, 3 пакетика в сутки. <i>Энтеросгель</i> , 1–1,5 столовой ложки пасты внутрь за 1–2 ч. до или после еды или приема других лекарств, запивая водой, 3 р./сут.

2.7. Экспертиза трудоспособности

Хотя пациенты пожилого возраста чаще всего пенсионеры, они могут продолжать работать и тогда нуждаются в оформлении ЭЛН на общих основаниях (приказ Минздрава России от 23.11.2021 № 1089 н «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации» (зарегистрирован в Минюсте России 29.11.2021 № 66067)) [28].

Иногда, наоборот, в амбулаторной карте еще указано место работы, но пациент недавно вышел на пенсию и еще не успел изменить данные. Необходимо всегда уточнять информацию о трудоустройстве перед началом оформления ЭЛН.

Для предварительного расчета ожидаемой продолжительности временной нетрудоспособности можно ориентироваться на сроки, приведенные в МКБ-10 (таблица 5).

Таблица 5

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при болезнях органов пищеварения (класс XI по МКБ-10)¹

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
К20-К31		Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки		
К20	57, 58	Эзофагит		12–21
К22.1	57, 58	Язва пищевода		14–21
К25.0	59, 60	Язва желудка острая с кровотечением		45–60
К25.1	59, 60	Язва желудка острая с прободением	Операция	60–75

¹ Письмо ФСС РФ от 01.09.2000 № 02-18/10-5766 «Об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах».

Продолжение табл. 5

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
K25.7	59, 60	Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения	Обострение	21–25
K26.0	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением		20–40
K26.1	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки с прободением		45–60 ²
K26.3	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения или прободения		16–25
K26.7	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения	Обострение	20–28
K28.7	57, 58	Гастроюнольная язва хроническая без кровотечения или прободения		28–30
K29.0	61, 62	Острый геморрагический гастрит		18–22
K29.1	61, 62	Другие острые гастриты		3–5
K29.4	61, 62	Хронический атрофический гастрит	Тяжелая форма (обострение)	5–7
K29.6	61, 62	Гастрит гипертрофический	Тяжелая форма (обострение)	5–7
K29.8	61, 62	Дуоденит		7–14

² Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.

Продолжение табл. 5

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
K44.0	57, 58	Диафрагмальная грыжа с непроходимостью без гангрены	Операция	35–45 ³
K44.9	57, 58	Диафрагмальная грыжа	Операция	25–35 ⁴
K50-K52	Неинфекционный энтерит и колит			
K50.-	57, 58	Болезнь Крона, или региональный энтерит	Обострение	45–60 ⁵
K51.0	57, 58	Язвенный (хронический) энтероколит	1 степень активности	24–26
			2 степень активности	32–40 ⁶
			3 степень активности	50–60, МСЭ
K55-K63	Другие болезни кишечника			
K55.1	57, 58	Хронический ишемический колит, энтерит		30–35
K57.1	57, 58	Дивертикулярная болезнь тонкой кишки без прободения и абсцесса		14–16
K57.3	57, 58	Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса		16–18
K58.0	57, 58	Синдром раздраженного кишечника с диареей		18–20
K70-K77	Болезни печени			

³ Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.⁴ См. прим. 3.⁵ См. прим. 3.⁶ Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.

Продолжение табл. 5

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
K70.1	63, 64	Алкогольный гепатит		26–35 ⁷
K70.3	63, 64	Алкогольный ЦП	Обострение	36–40 ⁸
K73.0	63, 64	Хронический персистирующий гепатит		25–30
K73.2	63, 64	Хронический активный, гепатит		40–45 ⁹
K73.9	63, 64	Хронический гепатит неуточненный	Обострение	25–35 ¹⁰
K74.3	63, 64	Первичный билиарный цирроз		60–90, МСЭ
K74.4	63, 64	Вторичный билиарный цирроз		60–80, МСЭ
K74.6	63, 64	ЦП портальный		45–60 ¹¹
K75.2	63, 64	Неспецифический реактивный гепатит		45–60
K80-K87	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы			
K80.1	63, 64	Желчнокаменная болезнь с хроническим холециститом	Легкая форма	8–12
			Средней тяжести	20–23
			Тяжелая форма	45–55
K80.2	63, 64	Желчнокаменная болезнь без холецистита	Колика (повторяющаяся)	2–3

⁷ Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.

⁸ Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.

⁹ Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.

¹⁰ См. прим. 9.

¹¹ Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.

Продолжение табл. 5

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
			Холецистэктомия (лапароскопическая)	20–35
K81.1	63, 64	Холецистит хронический (без упоминания о камнях)	Обострение	14–20
			Операция	48–55
K85	63, 64	Острый панкреатит	Легкая степень	12–14
			Средней тяжести	27–30
			Тяжелая степень	55–65
K86.1	63, 64	Хронический панкреатит	Обострение (с внешнесекреторной недостаточностью)	20–26
			Обострение (с внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью)	28–35
K90-K93	Другие болезни органов пищеварения			
K91.5	57, 58	Постхолецистэктомический синдром	Забывтые и рецидивирующие камни желчных протоков	25–35
			Воспалительная стриктура желчных протоков	40–55

Окончание табл. 5

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
			Ятрогенное повреждение желчных протоков	40–60 ¹²
			Стенозы большого дуоденального соска	25–35 ¹³

Необходимо понимать, что указанные сроки усредненные и для пожилых пациентов имеется тенденция к некоторому превышению данных параметров за счет снижения регенераторных возможностей организма и замедления восстановительных процессов на органном, тканевом и клеточном уровнях, несмотря на соблюдение пациентом предписанных схем и сроков лечения.

2.8. Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ)

В отличие от оформления ЭЛН, в котором не нуждаются неработающие пенсионеры, при направлении на МСЭ необязательно быть трудоустроенным. Об этом важно помнить и проверять наличие показаний к направлению на МСЭ у пожилых пациентов. После проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий и при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в ред. Постановления Правительства РФ от 06.08.2015 № 805), врач — участковый терапевт

¹² Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.

¹³ Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.

(самостоятельно либо через направление к необходимому профильному специалисту) оформляет направление на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у).

Показания к направлению на МСЭ не отличаются от таковых у других возрастных групп (Правила признания лица инвалидом, утверждены Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» в ред. от 21.06.2018). Однако в целом доля пожилых пациентов среди всех, направляемых на МСЭ, больше. Это можно объяснить длительным анамнезом заболевания, достижением поздних тяжелых стадий функциональной недостаточности, развитием осложнений у пожилых пациентов.

Чаще встречается среди пожилых пациентов и оформление группы инвалидности с формулировкой «по общему заболеванию» (причина инвалидности «общее заболевание» устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие нарушения здоровья, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектов, при отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, явившихся причиной инвалидности), а не в связи с каким-то одним конкретным диагнозом, что связано с полиморбидностью таких больных и взаимноотягчающим действием различных заболеваний друг на друга.

2.9. Динамическое наблюдение

Показано всем пациентам и подразумевает регулярные обращения пациента к врачу для контрольных обследований, коррекции применяемой терапии. В случае оформления ЭЛН повторные приемы назначаются на дату, до которой был открыт ЭЛН. При отсутствии ЭЛН повторный прием назначается, исходя из предполагаемых сроков терапии, готовности результатов обследований и прочих факторов.

Как правило, повторное посещение назначают на 5–7-й день после начала терапии. В эти же сроки назначается проведение необходимых диагностических исследований. На повторном визите:

1. Проводятся необходимые корректировки терапии, учитывая:
 - эффективность уже назначенного и начатого пациентом лечения;
 - полученные результаты дообследования.
2. Назначается дальнейшее углубленное обследование (при необходимости), решается вопрос о целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-специалисту.
3. Решается вопрос о продлении ЭЛН (при его наличии, учитывая ориентирующие сроки временной нетрудоспособности).

На завершающем этапе динамического наблюдения (последнем визите пациента):

1. Закрывается ЭЛН.
2. Указывается объем терапии, которую пациенту необходимо продолжать в дальнейшем (препараты, дозы, кратность, курсы и пр.), а также ее схемы и сроки.
3. В случае установления пациенту диагноза, требующего диспансерного наблюдения, врач определяет и с пациентом оговариваются сроки и объем дальнейшего наблюдения.

2.10. Критерии обострения заболевания

Учитывая тот факт, что большинство заболеваний пищеварительной системы у пожилых пациентов имеют хронический характер течения, важно понимать, что именно считать обострением. При сборе жалоб, анамнеза, осмотре пациента необходимо уделять внимание следующим фактам:

- усиление имеющихся симптомов;
- оявление новых жалоб и симптомов;
- появление осложнений основного заболевания;
- ослабление/исчезновение эффекта от принимаемых ранее препаратов;

- увеличение потребности в лекарственных препаратах для купирования симптомов.

2.11. Показания к консультации врача-специалиста

Перечень показаний в зависимости от конкретного диагноза достаточно широкий, но на практике встречаются обычно следующие:

- Подбор индивидуальной схемы лечения.
У большинства пожилых пациентов есть ограничения в применении стандартных схем лечения. Данные ограничения, как правило, связаны с сопутствующей патологией, которая либо сама по себе ограничивает применение ряда лекарственных препаратов, либо лекарственные препараты, используемые для коррекции сопутствующей патологии, не сочетаются с классической терапией гастрозаболеваний. В такой ситуации врачу-терапевту для подбора индивидуальных схем терапии, как правило, требуется консультация профильного специалиста (в первую очередь гастроэнтеролога, но также и кардиолога/ревматолога/пульмонолога и других в зависимости от характера сопутствующей патологии). Чаще всего окончательное решение вопроса о лечении данной категории пациентов происходит коллегиально, после консультаций с профильными специалистами по всем имеющимся диагнозам.
- Длительное отсутствие эффекта либо низкий эффект от проводимой терапии (в достаточном объеме, полноценными терапевтическими дозами, при необходимой длительности применения).
В этом случае консультация гастроэнтеролога будет целесообразна с точки зрения подбора для пациента альтернативных/резервных схем лечения данного заболевания.
- Атипичное течение заболевания.
Консультация гастроэнтеролога потребуется для подтверждения диагноза и/или дифференциальной диагностики.

- Необходимость углубленного обследования пациента, окончательное решение о целесообразности которого должен принять врач-специалист.

Обычно речь идет об инвазивных, дорогостоящих, узкоспецифических исследованиях, окончательное решение об их проведении должно быть принято совместно.

2.12. Показания к госпитализации

Различают две категории госпитализаций — плановая и экстренная, однако в обоих случаях в основе показаний к направлению на стационарное лечение лежат:

- исходная тяжесть состояния пациента (любое состояние, кроме удовлетворительного, служит обязательным поводом для рассмотрения необходимости госпитализации);
- ухудшение состояния либо отсутствие выраженной положительной динамики при проведении терапии при достаточном ее объеме и продолжительности;
- социальные факторы (пациент не может самостоятельно контролировать прием лекарственных препаратов, соблюдать рекомендации врача в полном объеме и др.);
- требуется углубленное обследование, которое возможно только в условиях стационара.

2.13. Диспансерное наблюдение

В рекомендациях не выделено отдельных указаний по объему наблюдения для пожилых пациентов, поэтому диспансерное наблюдение проводится согласно общим правилам по приказу Минздрава России от 15.03.2022 № 168 Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (таблица 6).

Таблица 6

Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-гепатологом

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Эзофагит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК ▪ ФГДС с биопсией минимум 1 раз в год 	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии — без пищевода Барретта)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев или по рекомендации врача-гастроэнтеролога	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК ▪ Анализ кала на скрытую кровь (1 раз в год) ▪ ЭГДС (кратность проведения определяет гастроэнтеролог) 	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям. При гастрозофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией — пищевод Барретта — прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям, прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям

Продолжение табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
ГЭРБ с эзофагитом и цилиндрической дисплазией — метаплазией — пищевод Барретта	Не реже 1 раза в 6 месяцев с оценкой эффективности контроля симптомов ГЭРБ или по рекомендации гастроэнтеролога	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК — 1 раз в год ▪ Анализ кала на скрытую кровь — 1 раз в год ▪ ЭФГДС с прицельной биопсией: <ul style="list-style-type: none"> при отсутствии дисплазии — 1 раз в 3 года; при выявлении дисплазии низкой степени — повторные гистологическое исследование через 3 месяца, далее 1 раз в 6 месяцев; при сохраняющейся дисплазии низкой степени повторить гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев, затем ежегодно; при дисплазии высокой степени — повторная прицельная биопсия в течение первых 3 месяцев. При подтверждении диагноза двумя независимыми экспертами-морфологами — решение вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении 	Пожило	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)

Продолжение табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Язва желудка Язва двенадцатиперстной кишки	В зависимости от тяжести течения: легкое течение: 1 раз в год тяжелое течение (рефрактерность, рецидивы заболевания более 2 раз в год, осложненные формы) — 2 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК ▪ Диагностика Нр-инфекции (на этапе верификации инфекции — антигена IgG; для оценки эффективности эрадикации — антиген Нр в кале или 13 С-уреазный дыхательный тест) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Анализ кала на скрытую кровь при тяжелом течении заболевания ▪ Рентгенологическое исследование ЖКТ при подозрении на стенозирование или малигнизацию ▪ ЭГДС; ▪ Контрольное эндоскопическое исследование не ранее чем через 4 недели от первоначального; 1 раз в год при ЯБЖ 	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям

Продолжение табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Хронический атрофический гастрит Хронический гастрит неуточненный	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК ▪ Первичная диагностика Нр-инфекции ▪ Оценка эффективности эрадикации: антиген Нр в кале, уреазный дыхательный тест ▪ Кал на я/г ▪ Кал на скрытую кровь — 1–2 раза в год ▪ ФГДС не реже 2 раз в год ▪ Гистологическое исследование — по показаниям ▪ Железо ▪ сыворотки, ОЖСС, ферритин, В12 сыворотки крови — при наличии анемии 	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)

Продолжение табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Алкогольная болезнь печени	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 3–4 месяца (первый год — каждые 6 месяцев, в последующие годы в случае стабилизации процесса — 1 раз в год; при рецидивах рекомендуемый режим наблюдения — каждые 6 месяцев в течение 2 лет)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Оценка статуса питания по ИМТ ▪ Скрининг посредством вопроса AUDITC ▪ ОАК с тромбоцитами ▪ Биохимическое исследование крови: билирубин, АСТ, АЛТ, коэффициент де Ритгиса, ЩФ, ГГТП, IgA, общий белок, глюкоза, альбумин ▪ Коагулограмма: ПТВ, МНО ▪ Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV сумм.) — 1 раз в год ▪ УЗИ ОБП с эластометрией печени — 1 раз в год ▪ Оценка тяжести течения по шкале MELD. Индекс Мэддрей 	До нормализации всех лабораторных и инструментальных маркеров заболевания	Гастроэнтеролог — по клиническим показаниям (коррекция терапии, определение показаний для биопсии и трансплантации печени). Нарколог — постановка на учет, динамическое наблюдение

Продолжение табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП): стеатогепатит. стеатогепатоз с фиброзом	1 раз в 6 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Определение антропометрических данных (масса тела, индекс массы тела, окружность талии) ▪ ОАК и тромбоциты ▪ Биохимический анализ крови: трансаминазы, гаммаглутамил-транспептидаза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, мочевины, альбумин ▪ Коагулограмма: МНО, ПТВ ▪ Определение: глюкоза, гликированный гемоглобин, липидный спектр ▪ Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV сумм.) — 1 раз в год ▪ Индекс фиброза NAFLD (fibrosis score calculator). ▪ Непрямая эластография печени Fibroscan — у пациентов с индексом NAFLD более 1,455 ▪ Альфафетопротеин, УЗИ печени (скрининг ПЦК) — ежегодно ▪ Скрининг на кардиоваскулярный риск каждые 1–2 года 	До нормализации всех лабораторных и инструментальных маркеров заболевания	Гастроэнтеролог/гепатолог — в случаях отсутствия ответа на терапию и прогрессирования заболевания, определения показаний для биопсии печени, бариатрической терапии). Эндокринолог, кардиолог — по показаниям

Продолжение табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК ▪ Амилаза (панкреатическая) крови ▪ Глюкоза крови (гликозилированный Нв — при наличии панкреатического сахарного диабета) ▪ Копрограмма ▪ УЗИ органов брюшной полости ▪ КТ или МРТ — при первичной постановке диагноза, ▪ при подозрении на образование ПЖ, вирусгепатизии ▪ Денситометрия костей показана не реже 1 раза в год при наличии признаков экзокринной недостаточности 	Пожизненно	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год.</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям.</p> <p>Эндокринолог — 1 раз в год (при выявлении гиперликемии, сахарного диабета)</p>

Окончание табл. 6

Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которого устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Назначения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Цирроз печени (исключая вирусную, аутоиммунную, этиологию, блезнь Вильсона, гемохроматоз)	2 раза в год	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ОАК с тромбоцитами ▪ Биохимический анализ крови: глюкоза, общий холестерин, альбумин, АЛП, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой, калий, натрий, креатинин, ПТИ/МНО — 1 раз в 6 мес. (по показаниям чаще) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Альфафетопротеин — 1 раз в год УЗИ ОБП — 1 раз в год ▪ КТ/МРТ органов брюшной полости — по показаниям ▪ Диагностическая ЭГДС: <ul style="list-style-type: none"> — не реже 1 раза в 2 года при исходном отсутствии ВРВ и компенсированном заболевании печени; — не реже 1 раза в год при исходном наличии ВРВП и/или декомпенсированном заболевании печени 	Пожизненно	Гастроэнтеролог (при циррозе класс В–С по шкале Чайлда — 1 раз в год. Пью, коррекция терапии) — 1 раз в год. Онколог (при выраженных явлениях застойной ХСН). Кардиолог (при выраженных явлениях застойной ХСН). Хирург — при ВРВП (2–3 ст., с высоким риском кровотечения, рецидивов)

При выявлении у пациента заболевания, подлежащего диспансерному наблюдению, врач-терапевт должен поставить пациента на учет (заполнить форму № 030/у, контрольная карта диспансерного наблюдения) и составить индивидуальный план наблюдения за пациентом. Один пациент может одновременно состоять на диспансерном учете по поводу сразу нескольких заболеваний, подлежащих наблюдению врачом терапевтом и/или врачами других специальностей (что типично для пациентов пожилого возраста из-за полиморбидности).

2.14. Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение — медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, санаторно-курортных организациях. Санаторно-курортное лечение направлено:

- 1) на активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;
- 2) восстановление и/или компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Не существует отдельных санаторно-курортных организаций для различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, поэтому лечение проводится в одних и тех же учреждениях, относящихся к профилю «гастроэнтерологические».

К лечебным факторам СКЛ при патологии ЖКТ относят:

- **Диетическое питание.**
- **Питьевые курсы природной минеральной воды.** Различные типы минеральных вод назначаются в зависимости от конкретной патологии.

- **Аппаратная физиотерапия.** Разнообразные физиологичные методики способствуют нормализации секреторной и моторной функций желудочно-кишечного тракта, улучшению общего состояния организма.
- **Бальнеотерапия, массаж, ЛФК, аэротерапия.** Задача данных методик — снижение уровня стресса, который в большинстве случаев является одной из дополнительных причин заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также общее оздоровление.

Направление в санаторий возможно в стадии ремиссии хронических заболеваний и отсутствии острых заболеваний. Помимо этого, учитываются общие противопоказания к санаторно-курортному лечению:

- злокачественные новообразования;
- кахексия любого происхождения;
- паразитарные заболевания;
- венерические заболевания в острой и заразной форме;
- все болезни крови в острой стадии и стадии обострения;
- эхинококк любой локализации;
- часто повторяющиеся или обильные кровотечения и др.

Учитывая пожилой возраст пациентов и вероятную полиморбидность, важно учитывать противопоказания к санаторно-курортному лечению со стороны всей имеющейся патологии. При наличии противопоказаний со стороны других органов и систем (помимо ЖКТ) санаторно-курортное лечение должно быть отложено до тех пор, пока противопоказания не будут сняты.

Для прохождения санаторно-курортного лечения необходимо оформление санаторно-курортной справки (форма № 070/у-04) и/или санаторно-курортной карты (форма № 072/у-04).

Местные санатории с гастроэнтерологическим профилем: Нижние Серги, Обуховский, Усть-Качка

Санатории России: Кавказские Минеральные Воды, Ессентуки, Железноводск.

Заключение

В течение следующих 30 лет современное общество столкнется со значительным увеличением доли лиц старше 60 лет. По прогнозам, наибольшая нагрузка в обеспечении достойного уровня жизни граждан данной возрастной группы ляжет на медицинские и социальные службы.

Врачи, имеющие дело с пожилыми пациентами, должны иметь четкое понимание и оценку физиологических изменений, происходящих у пожилых людей.

Лечение пожилых лиц, страдающих гастроинтестинальной патологией, представляет собой достаточно сложную задачу. Клиницисты, занимающиеся лечением этой возрастной группы больных, включая терапевтов, семейных врачей, гериатров, гастроэнтерологов, должны знать особенности течения заболеваний у этих пациентов.

Диагностика и терапевтические подходы для пожилых пациентов имеют свою специфику, так как должны учитываться их уникальные потребности. Дальнейшее углубление знаний необходимо для разработки научно обоснованного и экономически эффективного лечения с целью максимального улучшения качества жизни этой наиболее уязвимой группы больных.

Приложение 1. Шкалы оценки, опросники и другие оценочные инструменты состояния пациента

1.1. Классификация возрастов, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)

- 18–44 лет — молодой возраст.
- 45–59 лет — средний возраст.
- 60–74 года — пожилой возраст.
- 75–90 лет — старческий возраст.
- Старше 90 лет — долгожители.

1.2. Классификация язвенных дефектов по размеру

- Малые — до 0,5 см в диаметре.
- Средние — 0,6–1,9 см в диаметре.
- Большие — 2,0–3,0 см в диаметре.
- Гигантские — свыше 3,0 см в диаметре.

1.3. Краткая шкала оценки питания

Оригинальное название: Mini Nutritional assessment, MNA.

Назначение: скрининг недостаточности питания у пациентов пожилого и старческого возраста.

Содержание. Необходимо заполнить скрининговую часть (от пункта А до пункта Е), сложить полученное количество баллов. Если результат менее 12 баллов — продолжить заполнение, добавляя последующие баллы к сумме скрининговой части.

Скрининговая часть (пункты А–Е)

А. Снизилось ли за последние три месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?

Серьезное уменьшение количества съедаемой пищи — 0 баллов.

Умеренное уменьшение — 1 балл.

Нет уменьшения количества съедаемой пищи — 2 балла.

Б. Потеря массы тела за последние три месяца

Потеря массы тела более чем на 3 кг — 0 баллов.

Не знаю — 1 балл.

Потеря массы тела от 1 до 3 кг — 2 балла.

Нет потери массы тела — 3 балла.

В. Подвижность

Прикован к кровати/стулу — 0 баллов.

Способен встать с кровати/стула, но не выходит из дома — 1 балл.

Выходит из дома — 2 балла.

Г. Острое заболевание (психологический стресс) за последние три месяца

Да — 0 баллов.

Нет — 2 балла.

Д. Психоневрологические проблемы

Серьезное нарушение памяти или депрессия — 0 баллов.

Умеренное нарушение памяти — 1 балл.

Нет нейропсихологических проблем — 2 балла.

Е. Индекс массы тела

Меньше 19 кг/м — 0 баллов.

19–20 кг/м — 1 балл.

21–22 кг/м — 2 балла.

23 кг/м и выше — 3 балла.

Сумма баллов за скрининговую часть: _____/14.

Интерпретация

Если сумма баллов за скрининговую часть составила 12–14 баллов — нормальный пищевой статус.

Если сумма баллов по скрининговой части составила менее 12 баллов — продолжить опрос далее.

Ж. Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)

Нет — 0 баллов.

Да — 1 балл.

З. Принимает более трех лекарств в день

Да — 0 баллов.

Нет — 1 балл.

И. Пролежни и язвы кожи

Да — 0 баллов.

Нет — 1 балл.

К. Сколько раз в день пациент полноценно питается?

1 раз — 0 баллов.

2 раза — 1 балл.

3 раза — 2 балла.

Л. Маркеры потребления белковой пищи:

Если 0–1 ответ «да» — 0 баллов.

Если 2 ответа «да» — 0,5 балла.

Если 3 ответа «да» — 1 балл.

Одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да/нет)

Две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да/нет)

Мясо, рыба или птица каждый день (да/нет)

М. Съедает две или более порции фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, один любой фрукт среднего размера)

Нет — 0 баллов.

Да — 1 балл.

Н. Сколько жидкости выпивает в день

Меньше 3 стаканов — 0 баллов.

3–5 стаканов — 0,5 балла.

Больше 5 стаканов — 1 балл.

О. Способ питания

Неспособен есть без помощи — 0 баллов.

Ест самостоятельно с небольшими трудностями — 1 балл.

Ест самостоятельно — 2 балла.

П. Самооценка состояния питания

Оценивает себя как плохо питающегося — 0 баллов.

Оценивает свое состояние питания неопределенно — 1 балл.

Оценивает себя как не имеющего проблем с питанием — 2 балла.

Р. Состояние здоровья в сравнении с другими людьми того же возраста

Не такое хорошее — 0 баллов.

Не знает — 0,5 балла.

Такое же хорошее — 1 балл.

Лучше — 2 балла.

С. Окружность по середине плеча

20 см и меньше — 0 баллов.

21–22 см — 0,5 балла.

23 см и больше — 1 балл.

Т. Окружность голени

Меньше 31 см — 0 баллов.

31 см и больше — 1 балл.

Общий балл: _____/30

Интерпретация результатов (полная шкала от А до Т):

> 23,5 балла — нормальный пищевой статус.

17–23,5 балла — риск недостаточности питания (мальнутриции).

1.4. Универсальная шкала скрининга недостаточности питания

Оригинальное название: Malnutrition Universal Screening Tool, MUST.

Назначение: скрининг недостаточности питания у пациентов пожилого и старческого возраста.

Содержание:

1. Индекс массы тела, кг/м

> 20,0–0 баллов.

18,5–20,0–1 балл.

< 18,5–2 балла.

2. Непреднамеренное снижение массы тела за предшествующие 3–6 месяцев

< 5 % — 0 баллов.

5–10 % — 1 балл.

> 10 % — 2 балла.

3. Наличие у пациента острого заболевания и отсутствие приема пищи более пяти дней/вероятность отсутствия приема пищи более пяти дней

2 балла.

Ключ (интерпретация):

0 баллов — низкий риск недостаточности питания. Обычный уход. Повторный скрининг: при нахождении в стационаре — еженедельно, в доме престарелых — ежемесячно, при независимом проживании дома — ежегодно для групп риска, например старше 75 лет.

1 балл — средний риск недостаточности питания. Наблюдение: стационар, дом престарелых — контроль приема пищи и воды в течение трех дней, далее повторный скрининг (при необходимости — коррекция диеты). Повторный скрининг: стационар — еженедельно, дом престарелых — ежемесячно, дома — каждые два — три месяца.

≥ 2 балла — высокий риск недостаточности питания. Коррекция недостаточности питания: консультация врача-диетолога, дополнительное введение белка и нутриентов (сипинг) по необходимости, коррекция диеты.

1.5. Скрининг нутритивного риска

Оригинальное название: Nutritional Risk Screening 2002, NRS-2002.

Тип: шкала.

Назначение: скрининг недостаточности питания у пациентов пожилого и старческого возраста в период госпитализации.

Содержание

1. Начальный скрининг

1. ИМТ < 20,5 кг/м²? Да/нет
2. Была ли у пациента потеря массы тела за последние три месяца? Да/нет
3. Уменьшилось ли потребление пищи пациентом за последнюю неделю? Да/нет
4. Есть ли у пациента тяжелое заболевание? Да/нет

Нет: если ответы на вопросы начального скрининга получены все отрицательные, необходимо еженедельно проводить повторный скрининг.

Да: если на вопросы начального скрининга получен хотя бы один положительный ответ, необходимо перейти к вопросам финального скрининга.

2. Финальный скрининг

Степень тяжести нарушений пищевого статуса		Тяжесть заболевания (~ повышение потребности организма в белке и нутриентах)	
0 баллов	Нормальный пищевой статус	0 баллов	Обычные потребности организма в белке и нутриентах
Легкая степень — 1 балл	Снижение массы тела > 5% за три месяца или прием пищи менее 50–75% от обычного объема на предшествующей неделе	Легкая степень — 1 балл	Перелом бедра, пациенты с хроническими заболеваниями, особенно с осложнениями в острой фазе: ЦП, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет, онкология
Средняя степень — 2 балла	Снижение массы тела > 5% за два месяца или ИМТ 18,5–20,5 + нарушение общего состояния пациента или прием пищи менее 50–75% от обычного объема на предшествующей неделе	Средняя степень — 2 балла	Большая абдоминальная хирургическая операция, инсульт, тяжелая пневмония, злокачественные гематологические опухоли

Степень тяжести нарушений пищевого статуса		Тяжесть заболевания (~ повышение потребности организма в белке и нутриентах)	
Тяжелая степень — 3 балла	Снижение массы тела > 5 % за один месяц (> 15 % за три месяца) или ИМТ < 18,5 + нарушение общего состояния пациента или прием пищи 0–25 % от обычного объема на предшествующей неделе	Тяжелая степень — 3 балла	Травма головы, пересадка костного мозга, пациенты, находящиеся в ОРИТ

Клиническая интерпретация степеней тяжести заболевания

1 балл: пациент с хронической патологией находится на стационарном лечении из-за развившегося обострения или осложнений. Пациент ослаблен, однако мобилен и может перемещаться в пространстве (не находится постоянно в кровати). Потребность в белке повышена, однако может быть покрыта за счет обычного приема пищи с добавлением сипинга или специализированного питания.

2 балла: пациент находится на постельном режиме из-за заболевания, например после проведенного хирургического вмешательства на брюшной полости. Потребность в белке в значительной степени повышена, однако может быть покрыта за счет применения специализированных продуктов питания и искусственного питания.

3 балла: пациент находится в ОРИТ на ИВЛ — и другие тяжелые состояния. Потребности в белке максимально увеличены и не могут быть покрыты с помощью клинического (искусственного) питания. Значительно усилен распад белка и потеря азота.

Общий балл = баллы за степень тяжести нарушений пищевого статуса + баллы за тяжесть заболевания. Если возраст — 70 лет и старше, добавить 1 балл.

Ключ (интерпретация): **3 и более балла** — нутритивный риск, составляется план нутритивной поддержки; **менее 3 баллов** — еженедельная оценка. Если планируется большое оперативное вмешательство, обсуждается превентивный план нутритивной поддержки.

1.6. Расчет и интерпретация индекса массы тела

Индекс массы тела рассчитывается по формуле

$$I = \frac{m}{h^2},$$

где m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах, и измеряется в $\text{кг}/\text{м}^2$.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ.

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
Менее 16,5	Выраженный дефицит массы тела
16,5–18,49	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5–24,99	Норма
25–29,99	Избыточная масса тела (предожирение)
30–34,99	Ожирение первой степени
35–39,99	Ожирение второй степени
40 и более	Ожирение третьей степени (морбидное)

1.7. Римские критерии констипации

Согласно Римским критериям III, у пациента можно диагностировать хронический запор, если его проявления происходят в течение не менее полугода и в последние три месяца у пациента имели место не менее двух из следующих шести ситуаций:

- сильное натуживание чаще, чем при каждой четвертой дефекации;
- комковатый или твердый стул чаще, чем при каждой четвертой дефекации;
- меньше чем три дефекации в неделю;
- ощущение неполного опорожнения кишечника более чем при четверти дефекаций;
- ощущение блокады в аноректальной области не менее чем при четверти дефекаций;
- помощь дефекации манипуляциями пальцев в области заднего прохода.

1.8. Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (вопросник AUDIT)

1. Как часто Вы пьете напитки, содержащие алкоголь?

- (0) Никогда
- (1) Раз в месяц или реже
- (2) 2–4 раза в неделю
- (3) 3–4 раза в неделю
- (4) 4 и более раз в неделю

2. Сколько напитков, содержащего алкоголь, Вы употребляете обычно в день, когда пьете? (обозначьте количество «стандартных доз»¹⁴)

- (0) 1 или 2
- (1) 3 или 4
- (2) 5 или 6
- (3) 7, 8 или 9
- (4) 10 и более

3. Как часто Вы выпиваете шесть или более доз за один раз?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

4. Сколько раз за прошедший год Вы обнаруживали, что не можете прекратить пить, если уже начали?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

5. Сколько раз за прошедший год Вы не могли из-за выпивки выполнить то, что обычно должны делать?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц

¹⁴ По определению Всемирной организации здравоохранения, одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя (30–35 мл водки, или 100 мл вина, или 280 мл пива).

- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

6. *Сколько раз за прошедший год Вам нужно было выпить с утра, чтобы заставить себя что-то делать после употребления алкоголя накануне?*

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

7. *Сколько раз за прошлый год Вы ощущали чувство вины или угрызения совести после выпивки?*

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

8. *Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было вчера, из-за того, что Вы были пьяны?*

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

9. *Случались ли у Вас или у кого-то другого травмы из-за Вашего употребления спиртного?*

- (0) Нет
- (2) Да, но не в прошедшем году
- (4) Да, в прошедшем году

10. *Выражал ли кто-нибудь из Ваших родственников, или врач, или другие медработники озабоченность по поводу Вашей выпивки или предлагали Вам сократить потребление?*

- (0) Нет
- (2) Да, но не в прошедшем году
- (4) Да, в прошедшем году

Интерпретация результатов

Низкий риск (0–7 баллов). По всей видимости, у вас нет проблем с алкоголем. Вы можете не употреблять алкоголь совсем или выпивать умеренно.

Средний риск (8–15 баллов). Иногда вы выпиваете слишком много. Это может подвергнуть риску вас и других людей. Постарайтесь прекратить употребление алкоголя или сократите его.

Высокий риск (16–19 баллов). Алкоголь может вам повредить, если это уже не произошло. Важно сократить употребление алкоголя или полностью прекратить его употреблять. Обратитесь к врачу или медицинской сестре за советом о том, как лучше всего сократить употребление алкоголя.

Вероятна зависимость (20 баллов и выше). Вероятно, алкоголь причиняет вам вред. Поговорите с врачом, медицинской сестрой или со специалистом по лечению зависимостей. Попросите совета у психолога или прибегните к приему лекарств, которые помогут вам прекратить пить. Если у вас развилась алкогольная зависимость, не прекращайте пить без помощи медицинского специалиста.

1.9. Методика расчета величины индекса стеатоза (St-index)

Необходимы следующие данные о больном:

1. Возраст (количество полных лет).
2. СД 2 типа — есть (1)/нет (0).
3. Соотношение талии (см) к росту (см) ($T/P = \dots$).

Расчетная формула:

$$Y (\text{Индекс стеатоза}) = -3,5856 + 0,0141 \times \text{возраст} + 0,4711 \times \text{СД-2} + 4,4373 \times T/P.$$

Значения:

$Y > 0,405$ — риск стеатоза высокий (специфичность = 91,4%).

$Y < -0,847$ — риск стеатоза низкий (чувствительность = 93,8%).

1.10. Шаблон стандартного осмотра врача-терапевта

Осмотр терапевта

Дата осмотра: _____

Ф. И. О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Жалобы на боль за грудиной, в области сердца, одышку, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки нижних конечностей, лица, головную боль, головокружение, шум в голове, в ушах _____

Анамнез заболевания: _____

Сведения о заболеваниях, травмах, операциях (ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез, эпилепсия, диабет и др.): _____

Аллергологический анамнез: неотягощен, отягощен _____

Общее состояние удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое. Положение тела активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: астеническое, нормостеническое, гиперстеническое _____

Рост _____ см, вес _____ кг, ИМТ _____ (вес, кг/рост, м²)

Температура тела: _____ °С

Кожные покровы: окраска бледная, бледно-розовая, мраморная, желтушная, покраснение, гиперемия, цианоз, акроцианоз, бронзовая, землистая, пигментация _____

Кожа влажная, сухая _____

Сыпь, рубцы, стрии, расчесы, ссадины, сосудистые звездочки, геморрагии, отечность _____

Слизистая ротовой полости: розовая, гиперемия _____

Конъюнктивы: бледно-розовая, гиперемирована, желтушна, бело-фарфоровая, отечна, поверхность гладкая, разрыхлена _____

Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, скудно, умеренно.

Подкожные лимфатические узлы: не пальпируются, не увеличены, увеличены _____

Сердечно-сосудистая система. Тоны ясные, громкие, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные, экстрасистолия. Шумы: нет, систолический (функциональный, органический), локализуется на верхушке, в т. Боткина, над грудиной, справа от грудины _____

Артериальное давление _____ и _____ мм рт. ст. ЧСС _____ в 1 минуту.

Дыхательная система. Одышка отсутствует, инспираторная, экспираторная, возникает при _____. Частота дыхательных движений: _____ в 1 минуту. Перкуторный звук ясный легочный, притупленный, укороченный, тимпанический, коробочный, металлический _____.

_____ . Границы легких: одностороннее, двустороннее опущение, смещение вверх нижних границ _____. В легких при аускультации дыхание везикулярное, жесткое, ослаблено слева, справа, в верхних, нижних отделах, по передней, задней, боковой поверхности _____. Хрипы отсутствуют, единичные, множественные, мелко-/средне-крупнопузырчатые, сухие, влажные, свистящие, крепитирующие, застойно-характера слева, справа, по передней, задней, боковой поверхности, в верхних, средних, нижних отделах _____. Мокрота _____.

Пищеварительная система. Запах изо рта _____. Язык влажный, сухой, чистый, обложен налетом. _____.

Живот ____ увеличен за счет п/жировой клетчатки, отеков, грыжевых выпячиваний _____, при пальпации мягкий, безболезненный, болезненный _____.

Симптом раздражения брюшины есть, нет _____.

Печень по краю реберной дуги, увеличена _____, _____ болезненная, плотная, мягкая, поверхность гладкая, бугристая _____.

Селезенка _____ увеличена _____, _____ болезненная.

Перистальтика _____ нарушена _____.

Дефекация _____ раз в сутки/неделю, безболезненная, болезненная, кал оформленный, жидкий, коричневого цвета, без примеси слизи и крови _____.

Мочевыделительная система. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный, положительный слева, справа, с обеих сторон. Мочепускание 4–6 раз в сутки, безболезненное, болезненное, учащенное, редкое, никтурия, олигурия, анурия, моча светлосоломенного цвета _____.

Диагноз: _____

Диагноз установлен на основании сведений, полученных во время расспроса пациента, данных анамнеза жизни и заболевания, результатов физикального обследования, результатов инструментальных и лабораторных исследований.

План обследования (консультации специалистов, ЭКГ, УЗИ, ФГ, ОАМ, ОАК, глюкоза крови, биохимический анализ крови): _____

План лечения: _____

Подпись

Ф.И.О.

Приложение 2. Фонд оценочных средств

2.1. Примеры контрольных вопросов

1. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых пациентов.
2. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и их взаимосвязь с ГЭРБ.
3. Особенности течения гастрита у пожилых пациентов.
4. Особенности течения язвенной болезни у пожилых пациентов.
5. Клиника и течение НПВП-гастропатий у пожилых пациентов.
6. Особенности течения патологии кишечника у пожилых пациентов.
7. Клиника и особенности течения при поражении тонкого кишечника у пожилых пациентов.
8. Поражение толстого кишечника, проблема запоров у пожилых пациентов.
9. Дивертикулярная болезнь толстой кишки у пациентов пожилого возраста.
10. Хроническая ишемия кишечника у пожилых пациентов.
11. Особенности течения панкреатита у пожилых пациентов.
12. Особенности патологии желчного пузыря у пациентов пожилого возраста.
13. Особенности течения патологии печени у пожилых пациентов.
14. Специфика сбора жалоб и анамнеза у пожилых пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.
15. Особенности немедикаментозной и медикаментозной терапии гастроэнтерологической патологии у пожилых пациентов.
16. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при гастропатологии у пожилых пациентов.

17. Показания к консультации специалистов (гастроэнтеролог) и к госпитализации при заболеваниях пищеварительной системы у пациентов старше 60 лет.

18. Диспансерное наблюдение пациентов с гастропатологией: группы, подлежащие диспансеризации, кратность наблюдений и объем исследований.

19. Реабилитация пациентов с заболеваниями ЖКТ: показания и противопоказания к направлению на СКЛ, методы физиотерапевтического воздействия. Основные курортные факторы.

2.2. Примеры тестовых заданий

Выберите один или несколько правильных вариантов ответа.

1. К пищеводным симптомам ГЭРБ у пожилых относятся:
 - а. Отрыжка
 - б. Рвота
 - в. Изжога
 - г. Тошнота

2. К внепищеводным проявлениям ГЭРБ НЕ относятся:
 - а. Артериальная гипертензия
 - б. Стomatит
 - в. Кашель
 - г. Уретрит

3. Выберите рекомендации по терапии ИПП при ГЭРБ:
 - а. Прием 1 раз в сутки
 - б. Прием 2 раза в сутки
 - в. Длительность курса — 8 недель
 - г. Длительность курса — 12 недель

4. Выберите, что НЕ является фактором риска развития ГПОД:
 - а. Избыточная масса тела
 - б. Пожилой возраст

- в. Тяжелая физическая нагрузка
- г. Наличие НР-инфекции
- д. Прием антацидов

5. Частота ЯБ желудка с возрастом:

- а. Возрастает
- б. Снижается
- в. Не меняется

6. К особенностям гастрита у пожилых пациентов относятся:

- а. Стертая симптоматика
- б. Частые обострения
- в. Атрофия слизистой оболочки
- г. Инфицирование *Helicobacter pylori*

7. Для НПВП-ассоциированных язвенных поражений характерно:

- а. Множественный характер
- б. Малосимптомность
- в. Манифестация внезапными ЖКК
- г. Крупные размеры язвенных дефектов
- д. Большая глубина поражения

8. НПВП-гастропатия наиболее вероятна при использовании:

- а. Целекоксиба
- б. Диклофенака
- в. Мелоксикама
- г. Парацетамола
- д. Ацетилсалициловой кислоты

9. Какой опросник подойдет для оценки нутриционного статуса пациента? Возможно несколько вариантов ответов.

- а. MUST
- б. GERD-Q
- в. Das-28
- г. mMRC
- д. NRS-2002

10. К группам риска по развитию ишемического колита относятся пациенты:

- а. С заболеваниями почек
- б. С хроническими нарушениями мозгового кровообращения
- г. С метаболическим синдромом
- д. С синдромом раздраженного кишечника

11. При развитии хронического панкреатита пациент предъявляет жалобы:

- а. На нарушение переваривания пищи
- б. На запоры
- в. На изжогу
- г. На опоясывающие боли

12. Наиболее распространенными вариантами хронического панкреатита являются:

- а. Алкогольный
- б. Аутоимунный
- в. Инфекционный
- г. Криптогенный
- д. Билиарнозависимый

13. Факторы риска развития НАЖБП:

- а. Ожирение
- б. Патология почек
- в. Прием алкоголя
- г. Полифармакотерапия

14. Этиологическими факторами развития цирроза печени являются:

- а. Употребление жирной пищи
- б. Употребление алкоголя
- в. Употребление наркотических препаратов
- г. Заражение вирусом гепатита С
- д. ВИЧ-инфекция

15. Симптомы тревоги при СРК не включают:

- а. Потерю массы тела
- б. Анемию
- в. Лихорадку
- г. Боль в животе
- д. Метеоризм

16. Дивертикулы чаще всего встречаются:

- а. В прямой кишке
- б. В ободочной кишке
- в. В тонком кишечнике
- г. В ДПК
- д. Поражают все участки ЖКТ

17. Какой возраст, согласно ВОЗ, является пожилым?

- а. 55
- б. 60
- в. 65
- г. 75
- д. 80

18. Какой ИМТ соответствует избыточной массе тела?

- а. 22,3
- б. 24,8
- в. 26,4
- г. 28,9
- д. 31,1

19. Выберите ЛС, способные вызвать лекарственное поражение печени:

- а. Статины
- б. НПВС
- в. Антибиотики
- г. Б-блокаторы
- д. Диуретики

20. Что из перечисленного НЕ является критерием хронического запора?

- а. Отсутствие стула в течение 72 ч.
- б. Сильное натуживание чаще, чем при каждой четвертой дефекации
- в. Ощущение неполного опорожнения кишечника более чем при четверти дефекаций
- г. Кровь в стуле при дефекации

21 Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (в днях) при хроническом панкреатите:

- а. 10–12
- б. 15–20
- в. 20–26
- г. 9–11
- д. 8–14

22. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (в днях) при ГЭРБ с эзофагитом:

- а. 10–12
- б. 15–20
- в. 12–21
- г. 5–7
- д. 8–14

23. Как долго продолжается диспансерное наблюдение за пациентом при ЯБ ДПК?

- а. В течение 5 лет с момента последнего обострения
- б. В течение 3 лет с момента последнего обострения
- в. Бессрочно
- г. Не подлежит диспансерному наблюдению

24. Рассчитайте ИМТ для пациента ростом 178 см, весом 67,3 кг

- а. 26,1
- б. 21,2

- в. 31,4
- г. 18,5
- д. 22,9

25. Какие лекарственные препараты входят в стандартную четырехкомпонентную схему эрадикации Нр-инфекции?

- а. Висмута трикалия дицитрат
- б. Омепразол
- в. Амоксициллин
- г. Тетрациклин
- д. Левофлоксацин

26. Выберите метод (-ы) диагностики внешнесекреторной недостаточности у пациента с диагнозом хронического панкреатита:

- а. УЗИ ОБП
- б. МРТ
- в. Определение уровня фекальной эластазы
- г. Определение С-пептида
- д. Определение HbSAg

2.3. Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача 1

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Женщина, 71 год, отмечает кратковременные острые боли в правом подреберье примерно через 2 ч. после еды. Стул кашицеобразный, с резким запахом.

Из анамнеза известно, что указанные жалобы отмечает в течение полугода, постепенно нарастали. Сама принимала желчегонный сбор без эффекта. На УЗИ два года назад патологии со стороны ОБП выявлено не было. Хронические заболевания: ИБС: стенокардия напряжения 2 ф. кл., ГБ III ст. риск 4, ХСН 2 ф. кл., дислипидемия. Принимает амлодипин 10 мг, розувастатин 20 мг — регулярно, нитроглицерин и капотен ситуационно.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура — 36,4 °С, ИМТ — 26,8 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные, теплые наощупь. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 18 вдохов в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс достаточного наполнения, ЧСС — 70 уд/мин. АД — 140/95 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области б/болезненно. Диурез не изменен. Отеков нет. Стул кашицеобразный, 2–3 р./сут., без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 128 г/л, лейкоциты — $6,4 \times 10^9$ /л, базофилы — 0 %, эозинофилы — 1 %, палочкоядерные нейтрофилы — 4 %, сегментоядерные нейтрофилы — 64 %, лимфоциты — 25 %, моноциты — 6 %, тромбоциты — 205×10^9 /л, СОЭ — 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельная плотность — 1015, цвет светло-желтый, прозрачная, реакция слабощелочная. Белок, сахар отсутствуют. Осадок мочи: эпителий плоский — 0–1 в поле зрения, лейкоциты — 4–5 в поле зрения, эритроциты — 1–2 в поле зрения, бактерии отс.

Биохимический анализ крови: глюкоза — 5,6 ммоль/л, креатинин — 78 мкмоль/л, билирубин — 18,4 мкмоль/л (прямой — 2 мкмоль/л, непрямой — 16,4 мкмоль/л), общий белок — 65 г/л, АЛТ — 29 МЕ/л, АСТ — 18 МЕ/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, СРБ — 20 мг/л.

ЭКГ: ритм синусовый — 74 в 1 мин. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие препараты для лечения пациентки вы бы рекомендовали? С указанием доз и кратности приема.
5. Оцените трудоспособность пациентки. В случае нетрудоспособности укажите, кем выдается листок нетрудоспособности, а также его средние сроки.

Эталоны ответов:

1. Осн. диагноз: хронический холецистит, гиперкинез ЖП, обострение. Соп.: ИБС: стенокардия, напряжения 2 ф. кл, ГБ III ст. риск 4, ХСН 1 ф. кл., дислипидемия.

2. Диагноз холецистита с гиперкинезом ЖП установлен на основании характерных жалоб пациентки (кратковременные острые боли в правом подреберье, примерно через 2 ч. после еды, стул кашицеобразный, с резким запахом), данных объективного осмотра (болезненность при пальпации в правом подреберье) и лабораторных показателей (отсутствие изменений в показателях АСТ/АЛТ/БПР исключает вероятность вовлечения печени в патологический процесс). Хронический характер подтверждают данные анамнеза (длительность симптоматики — около полугода).

Диагноз артериальной гипертензии и степень риска ССО определены на основании зарегистрированных на приеме у врача повышенных значений АД (АД — 140/95 мм рт. ст.); признаков ГЛЖ на ЭКГ, анамнестических данных о приеме лекарственных препаратов и наличия факторов риска (гиперхолестеринемия, ИБС). Диагноз ИБС и дислипидемии установлен на основании анамнестических данных, указаний на прием соответствующей лекарственной терапии. О ХСН косвенно свидетельствуют наличие ИБС + АГ, 1 ф. кл., т. к. отсутствуют одышка на приеме и отеки при осмотре, но в дальнейшем диагноз требует уточнения соответствующих жалоб на толерантность к физическим нагрузкам и лабораторно-инструментального дообследования.

3. Пациентке рекомендовано: проведение ультразвукового исследования ОБП с оценкой состояния ЖП, печени, ПЖ; исследование кала (копрограмма, посев кала — для искл. инф. этиологии, кал на я/глист — по показаниям, если будет указание в анамнезе на возможный источник инфицирования), при отсутствии/слабом ответе на назначенную терапию — проведение ФГДС для исключения поражения на уровне желудка и ДПК. Пациентке рекомендовано: ведение дневника самоконтроля АД для оценки вариабельности АД, суточного профиля АД для коррекции антигипертензивной терапии; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; расчет СКФ для оценки наличия

гипертонической нефропатии. Проведение ЭХО-КГ для оценки структурно-функционального состояния камер сердца и уточнения класса ХСН. Помимо этого, для верификации ХСН можно назначить анализ крови на мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP). Для уточнения эффективности гиполипидемической терапии стоит провести исследование на липидный спектр. В рамках общеклинического исследования необходимо сделать ФГК (если отсутствуют результаты за последний год) и рекомендовать ежегодный осмотр гинеколога.

4. Лечение может проводиться в амбулаторных условиях.

1) Назначение лечебного питания.

При хроническом холецистите из рациона необходимо исключить продукты раздражающего действия на слизистую оболочку: консервы и маринады, алкоголь; газированные напитки, острое, соленое, копченое, овощи, богатые эфирными маслами (редис, редька, репа, лук, чеснок), ограничивают употребление шоколада и выпечки. В отношении употребления жиров и яичных желтков придерживаются индивидуального подхода, исходя из переносимости и наличия желчных камней. Среди жиров животного происхождения предпочтение отдают сливочному маслу как наиболее легкоусваиваемому.

2) Назначение лекарственных препаратов.

Хронический холецистит: для лечения хронического холецистита с гипертонусом ЖП в первую очередь следует использовать спазмолитическую терапию. Более предпочтительно применение спазмолитиков с минимально выраженными системными эффектами, в частности таких, как гиосцина бутилбромид (по 10–20 мг 3 раза в день внутрь), мебеверина гидрохлорид (по 200 мг 2 раза в день внутрь). Длительность приема терапии составляет 7–10 дней.

Для коррекции повышенного АД продолжить прием амлодипина, 10 мг, рассмотреть применение второй группы гипотензивных препаратов. Учитывая анамнез по ИБС, вероятнее всего назначение б-блокаторов (биспролол, 2,5 мг). Вести дневник АД и ЧСС до следующего приема. При повышении АД свыше 170/90 капотен 25–50 мг п/язык разово.

Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг/сут. — продолжить до получения результатов липидного спектра.

ИБС: уточнить, возможно, пациентка забыла сказать о приеме АСК, если не принимает, то узнать анамнез по гастропатологии, назначить аспирин 75 мг/ст. Б-блокаторы необходимы для снижения ЧСС (75 на приеме и ЭКГ) и уменьшения потребности миокарда в кислороде, кроме того, они будут одновременно снижать АД, что также показано в данном случае. Нитроглицерин при болях за грудиной 1 т п/язык.

5. Отсутствуют указания на трудовую деятельность в данный момент. Исходя из возраста пациентки — 71 год, можно предполагать, что она на пенсии. Однако это не исключает возможность трудоустройства, что необходимо дополнительно уточнить. В случае если пациентка все же работает, она является временно нетрудоспособной, так как имеет заболевание (обострение ХХ — медицинский критерий) и, вследствие этого, не может выполнять профессиональную деятельность (социальный критерий).

Средний срок нетрудоспособности в данном случае составляет 10–14 дней. ЭЛН выдается лечащим врачом (участковым терапевтом, врачом общей практики) на 5–7 дней (максимально одновременно допускается выдача на срок до 10 дней), при повторном приеме при необходимости ЭЛН продляется (максимально единолично врачом-терапевтом на срок до 15 дней, далее через решение ВК). Направление на МСЭ в данном случае не показано — пациентка не имеет стойких нарушений функций организма.

Ситуационная задача 2

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мужчина, 69 лет, пенсионер, отмечает плохой аппетит, после еды появляются боли давящего характера в эпигастральной области и левом подреберье. Боли сопровождаются чувством тяжести и переполнения желудка. После еды отмечает тошноту, отрыжку воздухом, изжогу. В связи с этими жалобами появилась общая слабость, прогрессирующее похудание, так как стал ограничивать себя в еде. Стул плотный, 3–4 раза в неделю, без патологических примесей.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 10 лет, когда стал отмечать чувство тяжести в эпигастральной области после еды,

отрыжку воздухом. Не лечился, старался соблюдать диету, не употреблял алкоголь, жареные и жирные продукты питания. Впервые обратился к врачу поликлиники около пяти лет назад с жалобами на изжогу, боли и чувство тяжести в эпигастральной области после еды. Обследован амбулаторно, была проведена ФГДС и поставлен диагноз хронический гастрит, Нр-неассоциированный, назначено медикаментозное и в дальнейшем санаторно-курортное лечение. После лечения состояние улучшилось, боли и изжога прошли. В последующие годы также лечился самостоятельно, принимал омепразол, гастрал, спазмолгон ситуационно с умеренным положительным эффектом. Текущее ухудшение около двух месяцев, без явного эффекта от самостоятельного лечения.

Хронические заболевания: стенокардия напряжения 2 ф. кл., ХСН 2 ф. кл., дислипидемия, ДГПЖ, хронический геморрой 1–2 ст. Принимает аспирин 100 мг, розувастатин 10 мг, тамсулозин 0,4 мг — регулярно, нитроглицерин, дюфалак ситуационно.

Общий осмотр: состояние удовлетворительное, положение активное, температура — 36,6 °С, рост — 170 см, вес — 53 кг, ИМТ — 18,3 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные, теплые наощупь. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 18 вдохов в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс достаточного наполнения, ЧСС — 82 уд/мин. АД — 125/75 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, напряжения мышц при пальпации нет. Печень не увеличена, перкуторные ее размеры по Курлову 9–8–7 см. Поколачивание по поясничной области б/болезненно. Диурез не изменен. Отеков нет. Стул оформленный, 1 раз в 2/3 суток, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты — $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 103 г/л, MCV 71 фл, MCH 16 пг, лейкоциты — $5,9 \times 10^9/л$, базофилы — 0 %, эозинофилы — 1 %, палочкоядерные нейтрофилы — 4 %, сегментоядерные нейтрофилы — 64 %, лимфоциты — 25 %, моноциты — 6 %, тромбоциты — $195 \times 10^9/л$, СОЭ — 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельная плотность — 1 018, цвет светло-желтый, прозрачная, реакция слабощелочная. Белок, сахар — отсутствуют.

Эпителий: плоский — 3–5 в поле зрения. Переходный — единичные. Почечный — нет, лейкоциты — 2–4 в поле зрения, эритроциты — 1–3 в поле зрения, бактерии отс.

Биохимический анализ крови: глюкоза — 4,6 ммоль/л, креатинин — 98 мкмоль/л, билирубин — 15,4 мкмоль/л (прямой — 2 мкмоль/л, непрямой — 13,4 мкмоль/л), общий белок — 62 г/л, АЛТ — 39 МЕ/л, АСТ — 28 МЕ/л, холестерин — 5,2 ммоль/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, перистальтирует, слизистая его не изменена, Z-линия на 1 см выше кардии, НПС полностью не смыкается.

Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика вялая, в просвете выявлено большое количество пенистой слизи. Складки слизистой сглажены, гиперемированы, истончены. Слизистая на большом протяжении пятнисто гиперемирована, истончена. Привратник симметричен, свободно проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая, истончена. Верхне-горизонтальная и нисходящая части ДПК не изменены. В просвете кишки желчь.

Заключение: недостаточность кардии, смешанный (атрофический и поверхностный) гастрит.

Результаты гистологического обследования — выраженный хронический гастрит, выраженная атрофия желез слизистой желудка, H. pylori не обнаружен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию вы бы рекомендовали пациенту? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор.
3. Определите план диспансерного наблюдения. Как должно быть организовано и должно проводиться диспансерное наблюдение данного пациента? Обоснуйте ваш выбор.

Эталоны ответов:

1. Осн. диагноз: хронический гастрит, смешанный (атрофический и поверхностный), Нр-неассоциированный, стадия обострения, недо-

статочность кардии. Соп.: ИБС: стенокардия напряжения 2 ф. кл., ХСН 1 ф. кл., дислипидемия, анемия гипохромная, микроцитарная, легкой степени тяжести, ДГПЖ, хронический геморрой 1–2 ст.

Диагноз гастрит установлен на основании характерных жалоб пациента (боли давящего характера в эпигастральной области и левом подреберье, чувство тяжести и переполнения желудка, после еды отмечает тошноту, отрыжку воздухом, изжогу), данных объективного осмотра (слегка болезненный в эпигастральной и околопупочной областях) и лабораторно-инструментальных методов обследования (ФГДС и гистологическое исследование: выраженный хронический гастрит, выраженная атрофия желез слизистой желудка, Н. pylori не обнаружен). Хронический характер подтверждают данные анамнеза (длительность симптоматики — около 10 лет). Стадия обострения, т. к., со слов пациента, отмечается ухудшение самочувствия и нарастание жалоб в течение двух месяцев со снижением/отсутствием эффекта от самостоятельного приема ЛС.

Диагнозы ИБС: стенокардия напряжения 2 ф. кл. и дислипидемия установлены на основании анамнестических данных, указаний на прием соответствующей лекарственной терапии. О ХСН 1 ф. кл. косвенно свидетельствует наличие кардиологического заболевания, но отсутствуют одышка на приеме и отеки при осмотре, в дальнейшем диагноз требует уточнения соответствующих жалоб на толерантность к физическим нагрузкам и лабораторно-инструментального дообследования.

Диагноз — анемия гипохромная, микроцитарная, легкой степени тяжести — установлен на основании характерных жалоб пациента (общая слабость, прогрессирующее похудание) и данных лабораторно-инструментальных методов обследования (ОАК: эритроциты — $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 103 г/л, MCV 71 фл, MCH 16 пг).

Диагнозы ДГПЖ, хронический геморрой 1–2 ст. установлены на основании анамнестических данных, указаний на прием соответствующей лекарственной терапии.

2. Пациенту рекомендовано в рамках дообследования ИБС провести ЭКГ. Для уточнения диагноза анемии — определение степени запасов железа в организме (ОЖСС, сывороточное железо, ферритин, трансферрин и др.). Для уточнения функционального класса ХСН провести

ЭХО-КГ для оценки структурно-функционального состояния камер сердца. Помимо этого, для верификации ХСН можно назначить анализ крови на мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP). Для уточнения эффективности гиполипидемической терапии стоит провести исследование липидного спектра. В рамках общеклинического исследования необходимо сделать ФГК (если отсутствуют результаты за последний год). Также пациенту рекомендованы консультации и дообследование у уролога и проктолога.

Лечение может проводиться в амбулаторных условиях. В качестве альтернативы можно рассмотреть плановое стационарное лечение (полиморбидный больной, онконастороженность, пожилой возраст, низкий эффект от исходной самостоятельной терапии).

1) Назначение лечебного питания (стол 1 по Певзнеру).

Исключаются жирные, жареные, копченые продукты, соленья. Режим питания должен соблюдаться до 1 месяца и более.

2) Для лечения основного заболевания назначается курс терапии ИПП (рабепразол 20 мг 2 р./сут. сроком до 12 нед. для снижения воспалительного процесса СОЖ), прокинетики (итоприда гидрохлорид 50 мг 3 р./сут. 2–4 недели для нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка), а также гастропротекторов (ребамипид 100 мг 3 р./сут. 2–4 недели для усиления защитных и репаративных процессов, а также учитывая прием пациентом АСК).

При подтверждении железодефицитного характера анемии назначаются препараты железа (сорбифер 100 мг 3 р./сут. 3 месяца под контролем ОАК).

Для лечения стенокардии 2 ф. кл. пациент продолжает прием нитроглицерина 0,5 п/язык при болях, АСК 100 мг/сут. Также, учитывая ЧСС 82 на приеме, необходимо добавить к лечению б-блокаторы (бисопролол 2,5 мг/сут. под контролем ЧСС, целевой уровень — 55–60 уд/мин). С кардиопротективной целью назначаются иАПФ (периндоприл 2 мг/сут. под контролем АД при условии хорошей переносимости, отсутствия гипотензии у пациента).

После уточнения липидного спектра (ЛПНП, ТГ, ЛПВП) необходимо будет рассмотреть коррекцию дозы статинов (текущее назначение — розувастатин 10 мг/сут.).

Текущее лечение ДГПЖ, хронический геморрой 1–2 степени в соответствии с рекомендациями уролога и проктолога (тамсулозин 0,4 мг/сут., лактулоза 15–30 мл/сут. либо по потребности) пациент также продолжает.

3) Пациент подлежит диспансерному наблюдению по поводу основного заболевания — хронического гастрита у врача-терапевта. Срок наблюдения — пожизненно. В учетной форме № 030/у указываются сроки, периодичность и объем исследований (2 раза в год, пожизненно, ОАК, ОАМ, ЭКГ, ФГК, кал на я/г, кал на скрытую кровь, ФГДС 1 р./год, гистологическое исследование 1 р./год, консультация гастроэнтеролога). Также у врача-терапевта данный пациент состоит на учете с диагнозами ИБС: стенокардия напряжения 2 ф. кл., дислипидемия, анемия (ЖДА). У уролога — с диагнозом ДГПЖ. У хирурга (проктолога) с диагнозом хронический геморрой 1–2 ст.

Список библиографических ссылок

1. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Васнев О. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение. Клиническая геронтология, 2016. С. 31–36.
2. Бейлина Н. И. Клиническое значение возрастных особенностей системы органов пищеварения в гериатрической практике // Клиническая геронтология. 2017. № 5–6.
3. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020. № 30 (4). С. 70–97.
4. Чукаева И. И., Самородская И. В., Ларина В. Н. Сочетанная патология: дискуссионные вопросы терминологии, учета и влияния на выбор тактики ведения пациента // Терапевтический архив. 2018. № 8. С. 125–130.
5. Зябрева И. А. Клинико-патогенетические особенности и коморбидные ассоциации малых грыж пищеводного отверстия диафрагмы при гастроэзофагеальном и дуоденогастроэзофагеальном рефлюксах : автореферат дисс. канд. мед. наук ; 14.01.04 — внутренние болезни. Тверь : ТГМУ, 2020.
6. Gastrointestinal tract disorders in older age/I. Dumic, T. Nordin, M. Jecmenica [et al.] // Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6757524>.

7. Анциферов Р. В. Клинико-морфологические особенности течения атрофического гастрита у лиц старших возрастных групп : автореферат дисс. ... канд. мед. наук ; 14.00.53 — геронтология и гериатрия. СПб., 2007.
8. Евстратова Ю. С. Возрастные особенности *Helicobacter pylori* — ассоциированного хронического гастрита : автореферат. 2007. С. 2–22.
9. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Т. Л. Лапина [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021. № 31 (4). С. 70–99.
10. Исламова Е. А. Возрастные особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5, № 4. С. 569–571.
11. Горшенин Т. Л., Оболенская Т. И., Сидоренко В. А. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста // Фундаментальные исследования. 2012. № 2. С. 192–197.
12. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, П. В. Царьков [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020. № 30 (1). С. 49–70.
13. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивноязвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин, И. В. Маев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 6. С. 89–94.

14. NRS-2002 // Bolayir B [et al.]. Validation of Nutritional Risk Screening-2002 in a Hospitalized Adult Population. *Nutr Clin Pract*. 2019. PMID: 29603374.
15. MUST // Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults / R. J. Stratton, A. Hackston, D. Longmore [et al.] // *Br J Nutr*. 2004. 92. P. 799–808.
16. MNA // MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status / M. J. Kaiser, J. M. Bauer, C. Ramsch [et al.] // *J Nutr Health Aging*. 2009. 13 (9). P. 782–788.
17. Пальцев А. И., Еремина А. А., Горбунова Е. Н. Патология билиарного тракта у лиц пожилого возраста с позиций системного подхода // *Принципы терапии. ЭиКГ*. 2011. № 4. С. 48–54.
18. Клинические рекомендации. Дивертикулярная болезнь / М. Д. Ардатская, С. И. Ачкасов, В. В. Веселов [и др.] // *Колопроктология*. 2021. Т. 20, № 3. С. 10–27.
19. Ишемический колит: особенности клиники, диагностики и лечения / О. В. Фатенков, Ю. Ю. Пирогова, В. А. Дьячков [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. 2022. № 2.
20. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России) / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Ю. А. Шельгин [и др.] // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2021. № 31 (5). С. 74–95.
21. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. В. Охлобыстин [и др.]. *РЖГГК*, 2020. С. 70–97.
22. Клинические рекомендации «Холецистит» / Общественная организация «Российская гастроэнтерологическая ассоциация». 2021. С. 1–43.
23. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии жел-

- чевыводящих путей / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Ю. О. Шульпекова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. С. 63–80.
24. Радченко В. Г., Селиверстов П. В. Возрастные изменения печени // Вестник СЗГМУ. 2017. № 9. С. 110–116.
25. Голованова Е. В., Дьякова И. П., Глебова И. Г. Особенности течения хронических заболеваний печени у пожилых // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 12. С. 42–47.
26. Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых: клиника, диагностика, лечение. Рекомендации для терапевтов, третья версия / Л. Б. Лазебник, Е. В. Голованова, С. В. Туркина [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. № 185 (1). С. 4–52.
27. Логинов А. Ф., Буторова Л. И., Логинов В. А. Лекарственные поражения печени: диагностика, лечение. РМЖ // Гастроэнтерология. 2016. № 11. С. 721–727.
28. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10) : рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов фонда социального страхования Российской Федерации. 2000. С. 1–68.
29. Насонов Е. Л. Нестероидные противовоспалительные препараты // Русский медицинский журнал. 1999. № 8. С. 9.

Учебное электронное издание

Гришина Ирина Федоровна
Баженова Оксана Викторовна
Бродовская Татьяна Олеговна
Теплякова Ольга Вячеславовна
Колотова Галина Борисовна
Хабибулина Марина Михайловна
Серебренников Роман Валерьевич
Прохорова Людмила Васильевна
Полетаева Нина Борисовна
Сарапулова Анастасия Викторовна
Николаенко Ольга Владимировна
Стяжкина Юлия Александровна
Горина Екатерина Андреевна

**Избранные вопросы ведения пациента
пожилого возраста в терапевтической практике.
Гастроэнтерология**

Учебное пособие

Редактор В. О. Корионова
Верстка К. А. Поташева

Подписано к публикации 11.07.2023. Уч.-изд. л. 5,27.
Объем данных 3,72 Мб. Гарнитура Minion Pro.

Уральский государственный медицинский университет
Редакционно-издательский отдел УГМУ
620028, Екатеринбург, Репина, 3
Тел.: +7 (343) 214-85-65
E-mail: rio@usma.ru

Для заметок



9785001680437