

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

© Е. Е. Петров, Ю. М. Казаков, Н. И. Чекалина

УДК 616.342-002.44-053.9-08

Е. Е. Петров, Ю. М. Казаков, Н. И. Чекалина

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) у лиц пожилого и старческого возраста имеет свои клиничко-патогенетические особенности, о чем сообщалось в нашей предыдущей обзорной публикации [14]. Данная работа является логическим продолжением и посвящена особенностям лечения ЯБ ДПК у рассматриваемого контингента.

Лечение ЯБ ДПК у лиц пожилого возраста в целом традиционное, но с учетом ряда гериатрических моментов. Длительное ограничение физической активности неблагоприятно сказывается на общем состоянии старых людей, способствует усугублению запоров. Постельный режим им назначается только на период интенсивных болей. При назначении диеты принимаются во внимание возрастные особенности обмена веществ, индивидуальные метаболические нарушения, пищевые привычки, сопутствующие заболевания (ограничиваются легко усвояемые углеводы, поваренная соль, жиры за счет животных, включаются продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты). Рацион должен быть полноценным и сбалансированным [3].

Если говорить о медикаментозном лечении, то следует иметь в виду, что у пожилых и старых метаболизм лекарственных препаратов становится более медленным и обычно принятые дозы препаратов создают большую терапевтическую концентрацию и медленнее элиминируют, что требует для этих больных подбора специальных схем лечения и корректировки доз фармпрепаратов [12].

Базисная фармакотерапия ЯБ включает: антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы (ИПП) и H_2 – блокаторы); в случаях обнаружения пилорического хеликобактера проводится эрадикационная терапия; при выраженных сосудистодистрофических изменениях – цитопротективные средства. Дополнительными препаратами являются прокинетики и антациды. [5, 18].

Следует напомнить, что *Helicobacter pylori* (H. P.) как этиологический фактор у больных пожилого возраста играет особую роль, поскольку обнаруживается в 90-95% случаев ЯБ ДПК [10, 11, 26].

Результаты исследований, выполненных в Институте геронтологии АМН Украины, показали, что у больных ЯБ ДПК зрелого возраста частота выявления H. P. составила 92%, а у больных пожилого и старческого – соответственно 80 и 70% [8].

Антихеликобактерная терапия хорошо изучена в соответствии со стандартами доказательной медицины. Эрадикация H. P. фактически является этиотропным лечением ЯБ, позволяющим облегчить рубцевание язвенного дефекта, предупредить развитие рецидивов и осложнений, избежать частой госпитализации.

Эрадикационные схемы оговорены документами конференций Европейской группы по изучению H. P. и представлены схемами Маастрихтских соглашений 1996, 2000, 2005 годов с дополнениями в сентябре 2011 года. Позволим себе вкратце о них напомнить.

Тройная терапия: ИПП в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Тройная терапия назначается, как минимум на 7 дней, а случае осложненного течения – до 14 дней.

При отсутствии успеха эрадикации назначается терапия второй линии – квадротерапия: ИПП в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день. Квадротерапия, как правило, назначается на 7 – 10 дней [27].

Если препараты висмута не могут быть использованы, в качестве второго лечебного курса – предлагаются схемы на основе ИПП. Допустима замена метронидазола, учитывая высокую резистентность штаммов H. P. к данному препарату, на фуразолидон в дозе 200 мг 2 раза в день.

В случае неэффективности эрадикационных схем, Европейская группа по изучению H. P. предлагает практическому врачу несколько приемлемых вариантов дальнейшей терапии. Поскольку к амоксициллину в процессе его применения не вырабатывается устойчивость штаммов, возможно назначение его высоких доз (0,75 г 4 раза в сутки в течение 14 дней) в комбинации с высокими (4-кратными) дозами блокаторов протонного насоса.

Альтернативой служит применение комбинации блокаторов протонного насоса с амоксициллином и рифампицином (300 мг в сутки) или левофлоксацином (500 мг в сутки). Оптимальным путем преодоления резистентности остается все же подбор антибиотиков с учетом индивидуальной чувствительности данного штамма *H. P.* [23].

Существуют десятки мета-анализов, касающихся проблем эрадикационной терапии. При сравнении различных ИПП в схемах эрадикации существенных различий в результатах лечения большинство исследователей не обнаружили. В среднем эффективность эрадикационной терапии не превышает 80 – 85 %. В успешности эрадикации имеют значение уровень контаминации *H. P.*, популяционные и географические особенности [3].

В контексте рассматриваемого вопроса хотелось бы отметить, что Маастрихт II внес особые положения, которые заключались в следующем:

- терапия неосложненной язвенной болезни может ограничиться только эрадикационным лечением;

- у больных пожилого и старческого возраста можно использовать меньшие дозы антибактериальных препаратов.

Маастрихт III подтвердил целесообразность этих положений.

К сожалению, в литературе (особенно отечественной) опубликовано недостаточно работ по лечению *H. P.* – ассоциированной ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста. В ряде исследований было показано, что тройная терапия в течение 1 нед., предусматривающая назначение препарата из группы ИПП и антибиотиков (кларитромицин, амоксициллин и/или метронидазол), высокоэффективна и у лиц пожилого возраста [24, 30]. Однако необходимо также учитывать, что в нашем регионе достоверно распространена резистентность *H. P.* к нитроимидазолам [13, 17]. Данные, полученные в научных лабораториях Киева и Харькова, свидетельствуют о том, что уровень метронидазол резистентности *H. P.* в этих городах превышает 40 % [17]. Не вызывает сомнения, что эрадикационная эффективность схем лечения ежегодно снижается в зависимости от географических, популяционных и этнических особенностей [1]. По мнению О. В. Коркушко с соавт. [21] решение проблемы заключается, вероятно, в использовании в схемах лечения препаратов, резистентность к которым развивается медленно или вообще отсутствует (тетрациклин, фуразолидон, препараты висмута).

Для оптимизации схем лечения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста необходимо учитывать состояние кислотообразующей функции желудка. По данным Института геронтологии, у пациентов старших возрастных групп среднее значение внутрижелудочного pH в базальную и стимулированные фазы секреции достоверно выше, чем у больных зрелого возраста. Авторы считают, что им не нужно назначать стандартные дозы ИПП и добиваться длительного и максимального торможения желудочной

секреции [9]. В этом случае предпочтение следует отдавать схемам без включения ИПП или малым дозам блокаторов желудочной секреции [21].

Хорошие результаты получены при включении в схемы лечения фуразолидона [25], использование которого в сочетании с субцитратом коллоидного висмута и уменьшенной дозой тетрациклина переносится легче [24].

В. И. Чернобровый и соавт. [19] назначали большим амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в 1 сут.), «Гастро-Норм» (по 120 мг 4 раза в 1 сут.), тинидазол, или фуразолидон (по 120 мг 3 раза в 1 сут.) в течение 7 сут. В качестве дополнительного препарата добавляли блокатор H_2 -рецепторов – фамотидин. Авторы пришли к выводу, что данная схема обеспечивает высокий уровень эрадикации *H. P.*

И. В. Домарева и соавт. [20] обследовали 20 больных с рецидивом уже после неудачно проведенной антихеликобактерной терапии. Использована резервная схема, включающая в себя «Де-Нол» (по 240 мг 2 раза в 1 сут.), тетрациклин (по 750 мг 2 раза в 1 сут.), фуразолидон (по 200 мг 2 раза в 1 сут.) в течение 7 сут. Эрадикация *H. P.* достигнута у 95 % больных. Данная схема рекомендована авторами как резервная и альтернативная квадротерапии. Схема высокоэффективна у больных ЯБ при инфицировании штаммами *H. P.*, резистентными к метронидазолу, имеет меньше побочных влияний.

О. В. Коркушко с соавт. [21] оценили несколько схем лечения пептической язвы у лиц пожилого возраста. Базовыми препаратами были омепразол (по 20 мг 2 раза в 1 сут.), «Гастро-Норм» (по 240 мг 2 раза в 1 сут.), фуразолидон (по 200 мг 3 раза в 1 сут.) и один из антибиотиков – амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в 1 сут.), тетрациклин (по 750 мг 2 раза в 1 сут.) или метронидазол (по 500 мг 2 раза в 1 сут.). Лечение проводили 7 сут. Было доказано, что схема лечения с включением метронидазола оказывает наименьший эрадикационный эффект – 53,8 % случаев. А доля пациентов, у которых не отмечено позитивного эффекта, достигала уровня метронидазолрезистентности среди населения крупных городов Украины, то есть почти 40 %. Эрадикация *H. P.* у больных, лечившихся по схеме с назначением амоксициллина, составила 72,7 %, тетрациклина – 75 %. Следует отметить, что эти больные находились на лонгитудинальном наблюдении и ранее (2-4 года назад) уже прошли стандартный курс антихеликобактерной терапии. Авторы считают, что если невозможно определить чувствительность штаммов *H. P.* к антибиотикам, при ЯБ, ассоциированной с этой инфекцией, у людей старшего возраста необходимо в схему лечения включать препараты, к которым не развивается резистентность. Это обеспечивает высокий процент эрадикации *H. P.* после одного курса лечения и значительно меньше влияет на микробиоценоз кишечника, нарушения которого – характерная особенность пептической язвы у пожилых пациентов. Авторы считают, что наиболее оптимальная схема лечения больных пожилого и старческого возраста должна включать блокатор

желудочной секреции (в дозах, соответствующих уровню кислотообразования), один антибиотик (кларитромицин или амоксициллин), препарат висмута («Де-Нол» или «Гастро-Норм») и фуразолидон.

Хотелось бы привлечь особое внимание к исследованиям, проведенным О. В. Мишушкиным с соавт. [12]. Их данные подтверждают положение, которое было выдвинуто рекомендациями Маастрихта II и подтверждено Маастрихтом III. Авторы сообщают, что у больных пожилого и старческого возраста, страдающих ЯБ, ассоциированной с *H. P.* –инфекцией, в эрадикационных схемах можно использовать меньшие дозы антибактериальных препаратов. При использовании половинных доз амоксициллина и кларитромицина эффективность эрадикации составила 86 %.

В последние годы в антихеликобактерные схемы считают целесообразным включать в комплексе с ИПП или вместо них протекторы слизистой оболочки. Последние стимулируют секрецию гидрокарбонатов желудка и ДПК, усиливают слизеобразование, улучшают кровообращение в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны [29]. К гастропротекторам относят сукральфат, карафат, сульфакон, экабет натрия и другие препараты, обладающие ингибирующим эффектом на *H. P.* и усиливающие антихеликобактерное действие антимикробных препаратов [22].

В ряде исследований доказано, что включение в антихеликобактерную терапию пробиотиков до некоторой степени улучшало частоту эрадикации *H. P.* и значительно снижало частоту побочных эффектов. Данные литературы свидетельствуют о том, что пробиотики, в частности *Lacidophilus (johnsoni) La1*, оказывает супрессивный эффект на колонии *H. P.* [28], тем самым уменьшая воспаление слизистой оболочки.

Интересны исследования с добавлением лактоферрина. При добавлении его к стандартной схеме тройной терапии (рабепразол, кларитромицин, метронидазол) в дозе по 200 мг/сут. достигается 100 % эрадикация *H. P.* [31]. Было доказано, что лактоферрин обладает бактериостатической и бактерицидной активностью против различных инфекций. Он связывается с железом, препятствуя утилизации железа *H. P.*, необходимого для роста бактерии.

Вместе с тем, пока что эти направления можно назвать лишь перспективными, но не более [21].

Учитывая выявленные нарушения компонентов диффузной нейроэндокринной системы при ЯБДК у пожилых пациентов, Исламова Е. А. [7] рекомендует применение препарата мелатонина (Мелаксен) в комплексном лечении этого контингента больных. Автором показано, что комплексная схема лечения при сочетании 7-дневной эрадикационной терапии первой линии с Мелаксеном оказалась более эффективной по сравнению со стандартной (91,7 % против 75 %).

При наличии у больного пожилого возраста ЯБ, не ассоциированной с *H. P.*, с целью заживления язвы проводится только антисекреторная терапия.

После достижения рубцевания язв таким пациентам во избежание рецидивов показан ежедневный поддерживающий прием антисекреторных препаратов (H_2 -блокаторов или ИПП), чаще всего в половинных дозах [4].

Некоторые исследователи ставят особый акцент на необходимости иммунологической коррекции при ЯБДПК у лиц пожилого возраста. Так, И. В. Буторов с соавт. [6] сообщают, что включение иммунофана в комплексную терапию больных ЯБДПК приводит к снижению интенсивности клеточных, гуморальных и иммунопатологических реакций, что благоприятным образом сказывается на клиническом течении заболевания.

В ряде работ отображена целесообразность использования антиоксидантов при лечении ЯБДПК у лиц пожилого и старческого возраста [16], особенно осложненной [15].

Особую группу (подробный анализ которой, на наш взгляд, требует отдельной публикации) составляют язвенные поражения желудка и ДПК, возникшие в результате приема нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (НПВС). Их лечение у лиц пожилого возраста включает, в первую очередь, уменьшение дозы или полную отмену нестероидного противовоспалительного препарата. Если его отмена по каким-либо причинам оказывается невозможной, противоязвенная терапия проводится на фоне продолжающегося приема НПВС. При этом сроки заживления язвенных поражений, естественно, увеличиваются. Препаратами выбора для лечения гастродуоденальных язв, обусловленных приемом НПВС, являются ИПП, которые назначают в стандартных дозах. При осложненном течении, множественном характере язв и их больших размерах, медленном динамике заживления, а также при необходимости продолжения приема НПВС дозы ИПП могут быть удвоены. Эффективность синтетических аналогов простагландинов или блокаторов H_2 -рецепторов гистамина ниже по сравнению с ИПП [4]. Что касается целесообразности эрадикационной антихеликобактерной терапии у больных с НПВС-гастропатией, участники Консенсуса Маастрихт-3 сочли необходимым прояснить этот вопрос [27]. Оценка имеющихся данных позволила сделать вывод, что риск развития эрозий и язв желудка и ДПК при приеме НПВС у *H. P.* –положительных больных выше, чем у *H. P.* –отрицательных. Эрадикация снижает риск развития язв и эрозий у больных, получающих НПВС, в связи с чем перед началом приема указанных препаратов необходимо исследование на инфицированность *H. P.* и в случае ее подтверждения – проведение эрадикационной терапии.

Необходимо помнить, что у пациентов пожилого и старческого возраста требуется тщательно анализировать прием каждого лекарственного средства, назначенного по поводу сопутствующих заболеваний в отношении совместимости с препаратами, используемыми в связи с обострением ЯБ, и возможного раздражающего эффекта на желудок [3].

Таким образом, проведенный анализ литературы показывает, что в схему терапии ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста кроме антихеликобактерных препаратов целесообразно включать препараты, стимулирующие процессы репарации, предупреждающие возможные осложнения, нормализующие функциональное состояние системы

пищеварения и процессы пищеварения в целом. Вместе с тем, проблема оптимизации лечения ЯБ ДПК у лиц пожилого и старческого возраста требует дальнейших исследований. Важно помнить, что лишь только соответствие требованиям медицины, основанной на доказательствах, является надежным критерием используемого метода лечения.

Литература

1. Вдовиченко В. І. Регіональні та індивідуальні особливості виразкової хвороби, асоційованої з *Helicobacter pylori* / В. І. Вдовиченко, Б. Б. Бодревич // Сучасна гастроентерол. – 2001. – № 2. – С. 22-26.
2. Возраст и эрадикационная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / О. Н. Минушкин, Д. В. Володин, И. В. Зверков И. В. [и др.] // Терапевт. архив. – 2007. – № 2. – С. 22-26.
3. Воронина Л. П. Язвенная болезнь в практике гериатра / Л. П. Воронина // Медицинские новости. – 2008. – № 15. – С. 28-32.
4. Ивашкин В. Т. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин // Рус. мед. журнал. – 1999. – Т. 7, № 16. – С. 769-772.
5. Ивашкин В. Т. Клиническое руководство по гастроэнтерологии / Руководство для практических врачей под ред. В. Т. Ивашкина. – М.: Анахарсис, 2008. – 853 с.
6. Иммунологический и патогенетический аспект применения имунофана при язве двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста / И. В. Буторов, Ю. П. Осояну, С. И. Буторов, В. В. Максимов // Терапевт. архив. – 2007. – № 2. – С. 18-22.
7. Исламова Е. А. Особенности диагностики и лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пожилых людей / Е. А. Исламова // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 7. – С. 61-63.
8. Коркушко О. В. Методы диагностики хеликобактерной инфекции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста / О. В. Коркушко, Л. И. Коваленко, Е. А. Дзизинская // Пробл. старения и долголетия. – 1999. – № 4. – С. 412-419.
9. Коркушко О. В. Вивчення кислотоутворюючої функції шлунка при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки у хворих похилого і старечого віку за даними комп'ютерної внутрішньошлункової рН-метрії / О. В. Коркушко, Л. І. Коваленко, Е. А. Дзизинская // Практ. Посібник: Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту / За ред. В. М. Чорнобрового. – Вінниця: Логос, 1999. – С. 31-34.
10. Лазебник Л. Б. Фармакоэкономические аспекты *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник, В. И. Касьяненко // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 2. – С. 25-29.
11. Маев И. В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter Pylori* / И. В. Маев // Терапевт. архив. – 2006. – № 2. – С. 10-15.
12. Минушкин О. Н. Особенности лечения язвенной болезни у пожилых и старых / О. Н. Минушкин // Лечащий врач. – 2006. – № 6. – С. 24-27.
13. Первичная антибиотикорезистентность штаммов *Helicobacter pylori*, выявляемых в г. Москве и г. Санкт-Петербурге // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – № 2 (прилож. 10). – С. 41.
14. Петров Е. Е. Некоторые особенности клинической картины и патогенетических механизмов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / Е. Е. Петров, Ю. М. Казаков, Н. И. Чекалина // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 4, Том 1. – С. 18-24.
15. Рак О. Л. Протиоксидантна терапія в реабілітаційному лікуванні ускладненої виразкової хвороби у осіб зрілого та похилого віку / О. Л. Рак // Фізіологія і патологія органів травлення у осіб похилого і старечого віку: Матеріали Пленуму правління Українського наукового товариства геронтологів і гериатрів (Чернівці, 18-20 вересня 1996 р.). – Чернівці, 1996. – С. 90-91.
16. Редчиц И. В. Коррекция процессов перекисного окисления липидов у женщин среднего и пожилого возраста, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, путем использования антиоксидантов / И. В. Редчиц, Е. Е. Петров // Фізіологія і патологія перекисного окислення, гемостазу та імунотенезу: Тези допов. конф. – Полтава, 1996. – С. 45-46.
17. Фадеенко Г. Д. Резистентность *Helicobacter pylori* к антихеликобактерной терапии: причины возникновения и возможные пути решения проблемы / Г. Д. Фадеенко // Гастроэнтерология: Міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2001. – Вип. 31. – С. 293-298.
18. Циммерман Я. С. Клиническая гастроэнтерология / Я. С. Циммерман. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 416 с.
19. Чернобровий В. Н. Досвід використання комп'ютерної внутрішньопорожнинної рН-метрії шлунка в практиці гастроентеролога / В. Н. Чернобровий. // Сучасна гастроентерол. – 2002. – № 2. – С. 8-11.
20. Эффективность тройной терапии (на основе деанола, тетрациклина, фуразолидона) в лечении язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки / И. В. Домарева, Л. П. Дзюба, Ж. Ю. Ганская [и др.] // Новости мед. и фарм. – 2002. – № 5-6. – С. 29.
21. Язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, у лиц пожилого и старческого возраста / О. В. Коркушко, Е. А. Дзизинская, Д. М. Якименко, М. С. Романенко // Сучасна гастроентерол. – 2005. – № 4. – С. 31-36.
22. Amoxicillin, clarithromycin and either sucralfate or pantoprazole for eradication of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer (a randomized controlled trial) / A. Vcev, A. Vceva, S. Kurbel [et al.] // Wien Klin. Wochenschr. – 2001. – Vol. 113, № 23-24. – P. 939-941.

23. Bazzoi F. Choice of first line treatment to optimize eradication. H. pylori resistance management strategies / F. Bazzoi. – World Congress of Gastroenterology, Montreal, 2005.
24. Fufazolidone-based triple «recue therapy»vs quadruple «recue therapy» for the eradication of Helicobacter pylori resistant to metronidazole / V. Isakov, I. Domareva, L. Koudryavtseva [et al.] // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2002. – Vol. 16, N7. – P. 1277-1282.
25. Furazolidone combination therapies for Helicobacter pylori infection in the United States / D. Y. Graham, M. S. Osato, J. Hoffman [et al.] // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2000. – Vol. 14, № 2. – P. 211-215.
26. Konturek S. J. Helicobacter pylori and its involvement in gastritis and peptic ulcer formation / S. J. Konturek, P. S. Konturek // J. Physiol. Pharmacol. – 2006. – Vol. 57, № 3. – P. 29-50.
27. Megraud F. Management of Helicobacter pylori infection / Maastricht-3 Guidelines for Helicobacter pylori infection / 13 United European Gastroenterology Week. – Copenhagen, 2005.
28. Probiotics and Helicobacter pylori eradication / F. Canducci, F. Cremonini, A. Armuzzi [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2002. – Vol. 34, Suppl. 2. – P. 81-83.
29. Sucralfate as an alternative to bismuth in quadruple therapy for Helicobacter pylori eradication / M. G. Korman, T. D. Bolin, J. L. Engelman, S. Pianko // Helicobacter. – 1997. – Vol. 2, № 3. – P. 140-143.
30. The efficacy of omeprazole-based short-term triple therapy in Helicobacter pylori-positive older patients with dyspepsia / M. Moshkowitz, S. Brill, F. M. Konikoff [et al.] // J. of American Geriatric Society. – 1999. – Vol. 47, № 6. – P. 720-722.
31. Use of Lactoferrin for Helicobacter pylori eradication: preliminary results / Di Mario Francesco, A. Giovanni, Dal B. Nadia [et al.] // J. of Clinical Gastroenterology. – 2003. – Vol. 36, № 5. – P. 396-398.

УДК 616. 342-002. 44-053. 9-08

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Петров Є. Є., Казаков Ю. М., Чекаліна Н. І.

Резюме. В огляді представлено особливості лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у осіб похилого і старечого віку.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, особи похилого і старечого віку, лікування.

УДК 616. 342-002. 44-053. 9-08

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Петров Е. Е., Казаков Ю. М., Чекалина Н. И.

Резюме. В обзоре представлены особенности лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лица пожилого и старческого возраста, лечение

UDC 616. 342-002. 44-053. 9-08

Some Peculiarities of Treatment of Peptic Duodenal Ulcer in Patients of Elderly and Senile Age

Petrovye. Ye., Kazakovyu. M., Chekalina N. I.

Summary. Peculiarities of treatment of peptic duodenal ulcer in patients of elderly and senile age are presented in the review.

Key words: peptic duodenal ulcer, patients of elderly and senile age, treatment.

Стаття надійшла 29. 01. 2013 р.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.