

УДК 616.342-002.44-089

## ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Ткаченко А.Н., Красавцева Л.В., Горшенин Т.Л., Могила А.И., Сидоренко В.А., Смигельский И.С., Романенков Н.С.**

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная академия им. И.И. Мечникова Росздрава», Санкт-Петербург;*

*ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург;*

*ГОУ ВПО «Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого Сособразования» Великий Новгород, e-mail: altkachenko@mail.ru*

В работе представлены данные о 307 больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Возраст всех пациентов превышал 60 лет. Особенности обследования и лечения больных старших возрастных групп при ЯБ являются выраженная множественная сопутствующая (нередко – декомпенсированная) патология; необходимость, в связи с этим, целенаправленного воздействия на сопутствующие патологические процессы с предупреждением полипрагмации; использование минимально травматичных хирургических методик. Учет этих особенностей в алгоритме оказания медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста не противоречит рекомендациям Национального руководства по гастроэнтерологии и позволяет проводить пациентам с ЯБЖ и ДПК адекватное лечение.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка, пожилой и старческий возраст

## FEATURES OF EXAMINATION AND TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCERS IN SENIOR PATIENTS

**Tkachenko A.N., Krasavtseva L.V., Gorshenin T.L., Mogila A.I., Sidorenko V.A., Smigelsky I.S. Romanenkov N.S.**

*State Educational Institution of Higher Professional Education «St.-Petersburg State Academy named after I.I.Mechnikov of the Ministry of Healthcare and Social Development» St.-Petersburg;*

*State Healthcare Institution «Hospital for War Veterans», St.-Petersburg;*

*State Educational Institution of Higher Professional Education «Novgorod State University named after Yaroslav Mudryi of the Ministry of Education and Science», Veliky Novgorod, e-mail: altkachenko@mail.ru*

This paper contains information about 307 patients with gastric (G) and duodenal (D) ulcers (U). The age of the patients was over 60 years. The features of examination and treatment of senior patients with U are: pronounced multiple comorbidity (in many cases – decompensated); in this connection – a necessity of targeted influence on accompanying pathological processes with prevention of polypragmasy; use of minimally traumatic surgical techniques. Inclusion of these features into the algorithm of medical treatment of elderly and senile patients does not contradict to the recommendations of the National gastroenterology guidelines and helps to carry out adequate treatment of GU and DU patients.

**Keywords:** ulcer, stomach, duodenum, elderly and senile age

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к наиболее распространенной патологии системы пищеварения. Учитывая атипичные клинические проявления заболевания, а также его стертую клиническую картину, следует считать, что оказание медицинской помощи у пациентов старших возрастных групп сопряжено с рядом медико-социальных проблем [1, 2, 3]. Несмотря на несомненные успехи гастроэнтерологии, показатели частоты развития осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у населения в возрасте 60 лет и старше не имеет тенденции к снижению [2, 4, 5, 6, 7].

У людей пожилого и старческого возраста выделяют 3 группы язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки: так называемая «старая» ЯБ – длительно существующее заболевание, верифицированное в молодом или зрелом возрасте; так называемая «поздняя» ЯБ, проявления которой отмечаются в пожилом и старческом возрасте; острые (симптоматические) язвы, обусловленные заболеваниями других органов и систем, приемом некоторых лекарственных препаратов и другими факторами [8, 9].

**Цель исследования** состояла в поиске особенностей обследования и лечения

пациентов старших возрастных групп при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

### Материалы и методы исследования

В СПб ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (Госпиталь) с 1998 по 2008 г. по поводу язвы желудка или двенадцатиперстной кишки под наблюдением и на лечении находились 307 пациентов пожилого и старческого возраста. В контингент больных вошли 128 (41,7%) мужчин и 179 (58,3%) женщин. Возраст всех больных превышал 60 лет, составив, в среднем,  $77,5 \pm 4,7$  лет. В 65 (21,2%) случаях больные поступа-

ли в приемное и хирургическое отделение Госпиталя в экстренном порядке, а в 242 (78,8%) – пациенты проходили обследование и лечение планоно в терапевтических отделениях стационара. У всех больных верифицировалось сочетание нескольких сопутствующих (от 2 до 6) заболеваний (главным образом со стороны сердечно-сосудистой системы).

В 85 (27,7%) случаях среди 307 больных диагностирована так называемая «старая» язва желудка и двенадцатиперстной кишки. В 170 (55,4%) наблюдениях констатирована «поздняя» язва. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отмечены у 52 (16,9%) пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Основные характеристики клинических наблюдений ЯБЖ и ДПК у больных пожилого и старческого возраста

Характеристики	Параметры характеристик при язвах					
	«старой»		«поздней»		острой	
	желудка	ДПК	желудка	ДПК	желудка	ДПК
Число больных	38 (44,6%)	47 (55,2%)	109 (64,2%)	61 (35,8%)	32 (61,5%)	20 (38,5%)
Длительность заболевания	от 11,5 до 40 лет и более		несколько часов – сутки 25,3%, до 5 мес. – 56,9%, до 5 лет – 17,8%		внезапное начало без предвестников	
Размеры язвенного дефекта	малые (до 0,5 см) и средние (от 0,5 до 1,0 см)		малые (до 0,5 см), средние (0,5–1 см) и большие (1–2 см)		средние (0,5–1 см), большие (1–2 см) и гигантские (более 2 см)	
Частота верификации <i>Helicobacter pylori</i> (%)	88,8		100		70	
Эффективность терапии (%)	32,2	20	48,2	39,3	84,7	100
Осложнения ЯБ (%)	22,3		33,5		17,3	

Больные ЯБЖ и ДПК, поступавшие в госпиталь, проходили комплексное клиническое обследование. Всем им выполнялись клинические и биохимические анализы крови и мочи, оценивалось состояние свертывающей системы крови. Из инструментальных методов пациентам по показаниям проводились: ФГДС, электрокардиография, рентгенологические исследования, УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография и другие методы обследования. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях желудка и двенадцатиперстной кишки особо отмечались локализация, размеры, форма, характер язвенного дефекта. Консервативное лечение осуществлялось согласно рекомендациям Европейской ассоциации гастроэнтерологов (Маастрихт III, 2005 г.) [6, 8].

При оценке результатов лечения основные сведения о больных, перенесших различные виды хирургических вмешательств, получены путем анкетирования, амбулаторного и стационарного обследования. Клиническая оценка результатов лечения включала в себя анализ данных анкетирования пациентов, отражающих их субъективное мнение о динамике самочувствия и экспертную оценку лечащих врачей. Результат лечения характеризовали как «улучшение», «без динамики», «ухудшение».

За больными, перенесшими хирургическое лечение, проводилось отдельное систематическое наблюдение. Ежегодно им предлагалось стационарное обследование, проводились курсы консервативного лечения и реабилитации.

### Результаты исследования и их обсуждение

Для случаев «старой» язвы характерны малый и средний размеры язвенного дефекта (до 1,0 см в диаметре). Такие размеры верифицированы у 68 больных (80%). Для этого же вида язв типичными являются нарушение эвакуаторно-моторной функции (56 случаев – 65,9%), «сглаженность» болевых ощущений (62 наблюдения – 72,9%), отсутствие зависимости возникновения боли от приема пищи (у 58 больных – 68,2%), ранние, «голодные» и ночные боли констатированы только в каждом четвертом наблюдении (у 21 пациента – 24,7%).

Сведения о вариантах течения язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста представлены в табл. 2.

Так называемая «старая» ЯБ у людей пожилого и старческого возраста чаще всего проявлялась несколькими клиническими вариантами: диспептическим (превалировали изжога, отрыжка воздухом, запоры, рвота) – констатирован у 14 человек (16,5%) среди 85; болевым (ритм и

периодичность болей в животе нарушены, локализация боли под мечевидным отростком, за грудиной с иррадиацией в левое плечо) также в 14 (16,5%) наблюдениях. В 21 (24,7%) случае диагностирован сочетанный вариант течения т.н. «старой» язвы. У 28 (32,9%) пациентов отмечался латентный вариант заболевания, при котором язвы впервые проявлялись осложнени-

ями (кровотечением, перфорацией, пенетрацией, рубцовой деформацией желудка и двенадцатиперстной кишки). У 8 больных (9,4%) язвенная болезнь протекала бессимптомно и диагностирована как случайная находка. У больных «старой» ЯБ почти в каждом втором случае отмечены слабость, похудание, анемия (44 наблюдения – 51,8%).

**Таблица 2**

Распределение клинических наблюдений с учетом вариантов течения ЯБЖ и ДПК у людей пожилого возраста

Клинические варианты течения и осложнения ЯБ	Число больных с локализацией язвенного дефекта в					
	желудке при язвах			двенадцатиперстной кишке при язвах		
	«старой» n = 38	«поздней» n = 109	«острой» n = 32	«старой» n = 47	«поздней» n = 61	«острой» n = 20
<i>Без осложнений заболевания</i>						
Бессимптомный	5	5	4	3	4	2
Болевой	7	18	4	7	9	2
Диспептический	6	10	3	8	9	1
Сочетанный	10	63	8	11	18	4
Латентный	10	13	13	18	21	11
<i>С осложнениями язвенной болезни</i>						
Кровотечение	7	10	13	14	8	11
Перфорация	1	1		1	2	
Пенетрация					2	
Кровотечение и пенетрация				2	3	
Перфорация и пенетрация		1		1	2	
Кровотечение и перфорация	1					
Стеноз	1	1			4	

Данные рентгенологических исследований позволяют считать, что при «старой» язве желудка или двенадцатиперстной кишки патологические изменения представлены дефектами слизистой оболочки округлой или овальной форм, окруженными небольшим (чаще до 1 см) воспалительным валом. В большинстве случаев (57 наблюдений из 85, т.е. в 67,1%) так называемая «старая» язва располагается на задней стенке тела желудка или луковицы двенадцатиперстной кишки.

Во всех 85 случаях так называемой «старой» язвы при эндоскопическом исследовании больных в стадии обострения заболевания форма язвы оказывалась округлой (44%), овальной (35%) или щелевидной (21%). Края так называемых «старых» язв были высокими, ровными, дно язвенного дефекта в 73% наблюдений покрыто фибринозными наложениями серовато-белого цвета. Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки, окружающая

«старые» язвы, отличается повышенной ранимостью и кровоточивостью (66%).

Таким образом, клинические проявления «старой» язвенной болезни у больных пожилого и старческого возраста зависят от локализации язвенного дефекта, его размеров, отличаются невыраженным болевым синдромом, отсутствием в большинстве случаев периодичности болей, а также нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка и замедленным рубцеванием язвенного дефекта.

Так называемая «поздняя» язва желудка и двенадцатиперстной кишки – особая нозологическая форма данного заболевания, отличающаяся от классического варианта течения ЯБ по патогенезу, клинике, рентгенологической и эндоскопической картине. У больных пожилого и старческого возраста так называемую «позднюю» ЯБ в основном (81%) диагностировали на основании данных инструментальных исследований. Сведения анамнеза в этих случаях оказыва-

ются малоинформативными. Клинические проявления «поздней» ЯБ стертые, атипичные и зависят от локализации и диаметра язвенного дефекта.

Среди 170 случаев «поздней» язвы в 9 наблюдениях ЯБ (5,3%) мы выделяли бессимптомный вариант заболевания, когда язва диаметром 0,5–0,7 см обнаруживается при эндоскопическом исследовании в теле или антральном отделе желудка. Болевой вариант так называемой «поздней» язвы характеризуется неинтенсивными болями в эпигастральной области, которые возникают через 1–1,5 час после еды, при локализации язвы диаметром 0,5–3,0 см на малой кривизне желудка (27 случаев – 15,9%). Диспептический вариант «поздней» язвы, в клинической картине которой преобладали отрыжка, изжога, запоры (при локализации язвы диаметром до 0,7 см в антральном отделе), констатирован у 19 (11,2%) пациентов. Сочетанный вариант течения «поздней» язвы чаще всего (у 81 больного – 47,6%) проявлялся болевым синдромом в правом подреберье и эпигастральной области через 1–1,5 часа после приема пищи, ночными болями, снижением аппетита, тошнотой, изжогой, рвотой, неустойчивым стулом, запорами при локализации язвы диаметром 0,5–4,0 см на задней стенке тела желудка или диаметром до 0,7 см в антральном отделе желудка выявлен. В 34 наблюдениях (20%) ЯБ диагностирован латентный вариант, когда язвенная болезнь впервые проявляется осложнениями: кровотечением (при локализации язвы диаметром до 0,7 см в кардиальном и антральном отделах желудка) и перфорацией (при локализации язвы на передней стенке тела желудка и двенадцатиперстной кишки).

При эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки в случаях «поздних» язв в фазе их обострения определялись дефекты в слизистой оболочке этих органов округлой (в 103 случаях – 60,5%) или овальной (у 67 пациентов – 39,5%) форм. Края «поздней» язвы в большинстве случаев (143 наблюдения – 84,1%) были невысокие, с четкими контурами, без выраженного периульцерозного воспаления. Глубина «поздних» язв была различной, дно, как правило, было покрыто фибринозным налетом.

Таким образом, «поздняя» язвенная болезнь у больных пожилого и старческого возраста протекает по бессимптомному, болевому, диспептическому, латентному, сочетанному вариантам, может манифестировать кровотечением или перфорацией, характеризуется язвенным дефектом округлой или овальной формы, преимущественно в антральном

отделе или теле желудка, без инфильтративного вала и значительной воспалительной перестройки рельефа слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

При изучении сведений, касающихся 52 пациентов с острой язвой желудка (32 наблюдения – 61,5%) или двенадцатиперстной кишки (20 случаев – 38,5%) макроскопически отмечались два вида острых язв: плоские (39 случаев – 73,6%) и кратерообразные (13 наблюдений – 26,4%). Острые язвы чаще всего (в 58% случаев) оказываются множественными, их форма округлая (52%) или овальная (31%), реже (17%) – полигональная. Дно острых язв, как правило, составляют некротические ткани с участками гематина. Иногда дно острых язв покрыто серовато-желтым фибрином или сгустком крови. После отторжения некротических масс дно язв желудка и двенадцатиперстной кишки выглядит серо-красным дефектом в слизистой оболочке. Диаметр острых язв колеблется от 2–3 мм до 2–3 см и более. В отличие от хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки вокруг острых язв не образуется периульцерозный воспалительный вал. Вместо него рядом с язвенными дефектами наблюдается ярко-красный ободок воспалительной гиперемии. Глубина острых язв колеблется от 0,5 до 1,0 см. Возможны более глубокие дефекты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, достигающие серозной оболочки этих органов.

Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, при которых дефект в слизистой оболочке органов достигает мышечного слоя, возникают на фоне стенозирующего атеросклероза в бассейне гастроинтестинальных артерий, обуславливающего ишемиию и микротромбозы с последующим отторжением некротических масс.

Консервативное лечение больных «старой» и «поздней» язвенной болезнью осуществлялось с акцентом на подавление секреции соляной кислоты и пепсина, эрадикацию пилорического хеликобактера, повышение резистентности слизистой оболочки, восстановление координированной антродуоденальной моторики. Адекватной считали терапию, включающую 3–4 препарата разных классов. Данные о результатах консервативного лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста представлены в табл. 3.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации гастроэнтерологов (Маастрихт III, 2005 г.) [6, 8], при неосложненной ЯБ допустимо проведение лечения сугубо антибактериальными средствами.

Однако у больных пожилого и старческого возраста, как показывает опыт, предпочтительно использовать меньшие дозы этих препаратов, чем при лечении пациентов молодого и зрелого возрастов. Эрадикацию *Helicobacter pylori* (НР) проводили в случаях язвенного кровотечения или перфорации язвы, а также длительно незаживающих язв, наряду с применением стандартной противоязвенной терапии в течение 6 недель. Для достижения быстрого восстановления структуры слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки при ее язвенных дефектах использовали препараты, подавляющие избыточную кислотно-пептическую про-

дукцию и повышающие резистентность слизистой оболочки. Осуществляли эрадикацию Нр, восстанавливали координированную антродуоденальную моторику.

Как следует из данных табл. 3, эффективность лечения больных так называемыми «поздними» язвами желудка и двенадцатиперстной кишки оказывалась существенно выше, чем в случаях оказания медицинской помощи больным так называемыми «старыми» язвами. При этом результаты лечения пациентов с язвами желудка (эффективность лечения – 71,3%) были предпочтительнее, чем таковые у больных язвой двенадцатиперстной кишки (эффективность лечения 39,3%).

**Таблица 3**

Распределение наблюдений ЯБЖ и ДПК у людей пожилого и старческого возраста с учетом результатов консервативного лечения пациентов

Типы язв	n	Исходы лечения	Число случаев с локализацией язв в	
			желудке	ДПК
Старая	67	Рубцевание язвы	18	5
		Уменьшение язвы в размерах	15	4
		Без перемен	20	5
		Эффективность лечения	32,2%	20%
Поздняя	101	Рубцевание язвы	41	12
		Уменьшение язвы в размерах	26	8
		Без перемен	10	4
		Эффективность лечения	71,3%	39,3%
Острая	35	Рубцевание язвы	14	15
		Уменьшение язвы в размерах	6	-
		Эффективность лечения	62,5%	100%

Общие сведения о методах хирургического лечения больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста представлены в табл. 4.

двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста представлены в табл. 4.

**Таблица 4**

Распределение случаев хирургического лечения больных ЯБЖ и ДПК у людей пожилого и старческого возраста с учетом видов операций и типов язв\*

Виды операций	Число наблюдений (случаи послеоперационной летальности) при локализации язвенного дефекта в				
	желудке			двенадцатиперстной кишке**	
	«старая» n = 38	«поздняя» n = 109	«острая» n = 32	«старая» n = 47	«поздняя» n = 61
Резекционные	11 (1)	15 (2)	-	3 (1)	11 (2)
Органосохраняющие	5	9	3 (1)	7 (1)	10 (1)
Всего	16 (1)	24 (2)	3 (1)	10 (2)	21 (3)

Примечание: \* – операции не проводились в 31 наблюдении по причине отказа больных от хирургического лечения.

\*\* – в 20 случаях острой язвы двенадцатиперстной кишки хирургическое лечение не выполнялось.

Показатель общей послеоперационной летальности составил 12,2% (9 случаев среди 74 клинических наблюдений, при кото-

рых проводились операции). При этом все случаи смертельных исходов констатированы при проведении экстренных операций

(54 хирургических вмешательства), выполненных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В случаях планового хирургического лечения указанной патологии (20 наблюдений) летальных исходов отмечено не было.

Как следует из данных табл. 4, чаще всего летальный исход констатирован в группе больных, перенесших вмешательство по поводу так называемой «поздней» язвы желудка. При анализе летальности с учетом вида хирургических вмешательств подтвержден тот факт, что в пожилом возрасте предпочтение должно быть отдано органосохраняющим операциям. Летальность после таких вмешательств составляет 8,8% (6 случаев летальных исходов среди 34 операций) в отличие от резекции желудка, где показатели летальности составили 15%. У больных пожилого и старческого возраста с ЯБ желудка объем операций должен быть минимальным, щадящим, с низким уровнем риска. Применение минимальных по объему операций (ушивание перфоративной язвы или прошивание кровотокащей язвы) оправдано в лечении ЯБ желудка, осложненной кровотечением, перфорацией, а также у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Значительному контингенту больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, госпитализированных в специализированное многопрофильное ЛПУ с преимущественным лечением больных пожилого и старческого возраста оказание медицинской помощи осуществляется вне гастроэнтерологического отделения. В большинстве случаев лечение получают пациенты, у которых язвенная болезнь рассматривается как сопутствующая патология. Вместе с тем численность контингента пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки старших возрастных групп среди лиц, госпитализированных в стационар, неуклонно возрастает. Так же, как увеличивается и удельный вес осложненных форм заболевания. Госпитализация пациентов и их лечение в условиях специализированного отделения улучшает качество медицинской помощи, оказываемой больным ЯБЖ и ДПК.

Улучшение результатов хирургического лечения больных гастродуоденальными язвами возможно на основе принципов индивидуального подхода и выбора оптимального метода лечения.

**Заключение.** К особенностям ЯБЖ и ДПК у больных пожилого возраста прежде всего относятся: наличие выраженной сопутствующей (в ряде случаев – декомпенсированной) патологии. Консервативное лечение пациентов с так называемыми «ста-

рыми» и «поздними» формами язвенной болезни патогенетически должно основываться на подавлении секреции соляной кислоты и пепсина, эрадикации пилорического хеликобактера, повышении резистентности слизистой оболочки, восстановлении координированной антродуоденальной моторики. Однако в этих случаях необходимо применять меньшие дозы препаратов и проводить профилактику полипрагазии. Хирургические технологии лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не могут быть однозначными и имеют свои достоинства и недостатки. Вместе с тем при оказании медицинской помощи больным пожилого возраста критерии выбора хирургического лечения существенно отличаются от аналогичных критериев у больных молодого возраста. У больных пожилого возраста приоритет должен отдаваться органосохраняющим операциям с применением минимально травматичных методик.

#### Список литературы

1. Лазебник Л.Б., Соколова Г.Н., Черняев А.Я. Хронические язвы у лиц пожилого возраста // Гастроэнтерология. – 2002. – № 1. – С. 84–86.
2. Шевченко Ю.Л., Селезнев И.Ю. О совершенствовании медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения // Коллегия МЗ РФ: Материалы коллегии. – М., 2004. – 6 с.
3. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // А.И. Чернооков, Б.А. Наумов, А.Ю. Котаев с соавт. // Анн. хирургии. – 2010. – №1. – С. 12–16.
4. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Рус. медицинский журнал. – 1999. – Т. 7, № 16. – С. 769–772.
6. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. – 2007. – Vol. 56, № 7. – P. 772–781.
7. Гастроэнтерология: Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с.
8. Возраст и эрадикационная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / О.Н. Минушкин, Д.В. Володин, И.В. Зверков и др. // Терапевтический архив. – 2007. – № 2. – С. 22–26.
9. Коркушко О.В., Чеботарев Д.Б., Калиновская Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. – Киев: Здоровье, 1999. – 592 с.

#### Рецензенты:

Шугаев А.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии им. В.А. Опделя ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», г. Санкт-Петербург;

Мовчан К.Н., д.м.н., профессор, зам. директора Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», профессор кафедры хирургии ГОУ ДПО «СПбМАПО им. Н.Д. Монастырского» Росздрава, г. Санкт-Петербург.