

УДК 616.342-002.44-053.9

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Горшенин Т.Л., Оболенская Т.И., Сидоренко В.А., Смирнов А.А., Русакевич К.И.,
Колосков В.В., Смирнов А.А.

СПб ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
Санкт-Петербург, e-mail: mail@miac.zdrav.spb.ru;

СПб ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, e-mail: vv@zdrav.spb.ru;
Медицинский институт ГОУ ВПО «Орловский государственный
университет рособразования», Орел

Проанализированы данные многих авторов о частоте встречаемости, особенностях патогенеза, клинического течения язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных пожилого и старческого возраста. Клиническая картина ЯБ ДПК у пациентов старших возрастных групп отличается от проявлений этого заболевания, характерных для больных молодого контингента. В патогенезе ЯБ у пациентов пожилого возраста, наряду с инфекционным фактором, особую роль играют инволютивные изменения в организме, влияющие на защитные механизмы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки,

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

CHARACTERISTICS OF DUODENAL ULCER IN ELDERLY PEOPLE

Gorshenin T.L., Obolenskaya T.L., Sidorenko V.A., Smirnov A.A., Rusakevich K.I.,
Koloskov V.V., Smirnov A.A.

St. Petersburg State Health Care Institution (SHCI) «Medical information and analytical center»,
St. Petersburg, e-mail: mail@miac.zdrav.spb.ru;

St. Petersburg State Health Care Institution (SHCI) «Hospital for Wars Veterans»,
St. Petersburg, e-mail: tgorshenin@mail.ru;
Medical institute «Oryol state university», Oryol

Statistical data provided by many authors on frequency of occurrence, pathogenesis features, clinical course of ulcer disease (UD) of duodenum (D) in patients of elderly and senile age have been analyzed. Clinical picture of aggravation of UD of D in groups of patients of senior age differs from the manifestations of this disease, which are characteristic for patients of young contingent. In UD pathogenesis of the elderly patients, along with the infectious factor, great role is played by the involutive changes in mucous membrane of stomach and duodenum, influencing the nocifensor.

Keywords: ulcer disease, duodenum, elderly and senile age

Несмотря на совершенствование методик обследования и лечения пациентов, ЯБ ДПК среди заболеваний органов пищеварения продолжает оставаться одной из наиболее частых причин обращаемости людей за медицинской помощью. Подобная ситуация констатируется как во всех странах мира, так и в России. В частности, ЯБ ДПК выявляется у 6–10% населения мира [35, 37]. В странах Западной Европы случаи заболевания дуоденальной язвой ежегодно регистрируются у 0,1–0,3% населения, возраст которых превышает 15 лет [37]. В США, среди 10% взрослых людей констатируются случаи язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки [43]. В 2003 году распространенность и заболеваемость ЯБ в РФ составили 1807935 и 164798 соответственно [7].

Язвенная болезнь ДПК – заболевание, которым преимущественно страдают мужчины. Соотношение мужчин и женщин среди больных ЯБ от 2:1 до 7:1, и в среднем

составляет 4:1. В последнее время отмечается отчетливое сближение этих показателей из-за учащения случаев заболевания дуоденальной язвой женщин. В целом ЯБ ДПК констатируется среди людей всех возрастных групп. В источниках научной литературы представлены сведения о наблюдающихся в последние 10–15 лет изменениях в структуре заболеваемости населения язвенной болезнью с учетом возраста пациентов [7, 35]. Трансформация статистических данных происходит в двух направлениях. С одной стороны отмечается «омоложение» случаев заболевания язвой. С другой – констатируется увеличение частоты случаев язвенной болезни, когда первые проявления заболевания констатируются у людей, возраст которых превышает 60 лет и старше. В пожилом возрасте язвы двенадцатиперстной кишки возникают в 1,7 раза (а в старческом возрасте – в 3 раза) реже, чем язвы желудка [18, 19]. По мнению В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина (1999) [14], удельный вес

контингента пациентов, возраст которых превышает 60 лет, составляет не менее 10% всех больных язвенной болезнью. С учетом того факта, что численность контингента населения, возраст которого превышает 60 лет, в последние годы в планетарном масштабе увеличивается, очевидно, что показатели заболеваемости ЯБ ДПК у пациентов старших возрастных групп так же будут возрастать. Данное обстоятельство оказывается побудительным мотивом для особого изучения проблем медицинского обеспечения больных пожилого и старческого возраста при ЯБ.

У пациентов пожилого и старческого возрастов различают два варианта развития ЯБ ДПК.

В первом варианте выделяют длительно протекающую язвенную болезнь, клинические проявления которой возникли в юном и зрелом возрасте. При этой форме ЯБ периодичность чередования обострений и ремиссий заболевания сохраняется у пациентов и в возрасте старше 60 лет. Частота данного варианта заболевания составляет от 30 до 50% всех случаев язвенной болезни среди людей старших возрастных групп (60 лет и старше).

Ко второму варианту течения ЯБ относятся случаи так называемой «поздней» ЯБ когда заболевание развивается у больных, возраст которых уже превышает 60 лет [14, 18, 19].

У городского населения, независимо от возраста больных, ЯБ ДПК встречается, как правило, чаще, чем у жителей сельских поселений [27].

Особенности клинической картины язвы ДПК у людей пожилого и старческого возраста заключаются в том, что часто это заболевание диагностируется на фоне других длительно протекающих болезней [22, 26]. Нередко заболевания, сопутствующие ЯБ, сопровождаются гипоксией, в том числе гастродуоденальной слизистой оболочки [11]. В целом для больных пожилого и старческого возраста характерна полиморбидность. В среднем на одного пациента, возраст которого составляет 60 лет и старше, приходится до 6 одновременно протекающих нозологических форм.

Объективно оценить влияние сопутствующей патологии на течение ЯБ затруднительно, так как до настоящего времени не существует адекватных систем оценки степени тяжести течения сопутствующих заболеваний, как это принято в случаях критических состояний [10]. Данное обстоятельство нередко приводит к запоздалой диагностике ЯБ ДПК в связи с ее атипичным течением, что способствует увеличению числа осложнений заболевания. В структуре сочетанных

заболеваний внутренних органов у людей пожилого возраста, по данным отечественных авторов, почти в 52% случаев констатируется сочетание язвенной и ишемической болезней сердца [22, 10]. Язвенная болезнь у людей старших возрастных групп при сопутствующей ишемической болезни сердца нередко впервые проявляется картиной желудочно-кишечного кровотечения, которое, как правило, распознается в поздние сроки от его начала [22, 10].

Патологические изменения в сосудах желудка и двенадцатиперстной кишки также играют существенную роль в плане развития дистрофии и атрофии слизистой оболочки этих органов, способствуя формированию в них язвенно-эрозивных дефектов. У людей пожилого возраста язвенная болезнь часто развивается на фоне атеросклероза сосудов пищеварительного тракта. Особую роль при этом играет злоупотребление пациентами нестероидных противовоспалительных препаратов. Частота случаев смерти от кровотечений язвенной этиологии у пациентов старших возрастных групп в этих случаях может достигать 20–40% [1].

В 30% случаев у пациентов, возраст которых превышает 60 лет, дуоденальная язва протекает с отчетливым болевым синдромом и высокими показателями кислотности желудочного содержимого [32]. Клиническая картина ЯБ ДПК у большинства больных пожилого возраста оказывается стертой и нередко заболевание манифестируется осложнениями, частота которых увеличивается от 31% (в возрасте 60–65 лет) до 76% (в возрасте 75–80 лет) [13, 6].

Язвы ДПК, впервые проявившиеся в пожилом возрасте, характеризуются своеобразными клиническими проявлениями [11, 14, 26]. Прежде всего, отмечается невыраженность болевого синдрома и диспептических проявлений [14]. У пациентов старших возрастных групп при ЯБ ДПК может отсутствовать периодичность болей и их связь с приемом пищи, а также не отмечается сезонность обострений. У пациентов пожилого возраста констатируются более значительные размеры язвенных дефектов по сравнению с таковыми у людей молодого и зрелого возраста. Более чем в 30% случаях размеры язвы могут быть отнесены к большому или гигантским.

У больных старших возрастных групп, страдающих язвенной болезнью ДПК, частота развития желудочно-кишечных кровотечений из язв почти вдвое выше, чем у людей, у которых заболевание развилось в молодом возрасте. В отличие от пациентов молодого возраста у больных старших возрастных групп при ЯБ нередко отмеча-

ются особенности в нервно-психическом статусе. В большинстве случаев это проявляется понижением возбудимости вегетативной нервной системы. Отмечается также снижение реактивности нервной системы [24, 21].

Ряд авторов отмечает, что у больных пожилого возраста ЯБ отличается не только клиническими особенностями, но и спецификой патогенетических механизмов язвообразования [34, 30]. В частности в источниках научной литературы представлены сведения о существенной роли *H. pylori* в формировании патологии гастродуоденальной зоны у людей старших возрастных групп [34, 30, 41]. Несмотря на то, что эти данные немногочисленны, ряд исследователей полагает, что *H. pylori*, как этиологический фактор, у больных пожилого возраста играет особую роль, так как обнаруживается в 90–95% случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [20, 23, 37]. Средний уровень инфицированности взрослых жителей России *H. pylori* составляет более 80%, и частота верификации данного микроорганизма при исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта увеличивается с возрастом [15]. По сведениям О.Н. Минушкина и соавт., (2007) [25], A. Pilotto, P. Malfertheiner, (2002) [40], частота инфицированности пожилых людей *H. pylori* составляет примерно 40–60% у людей, не отмечающих симптомов заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, и достигает свыше 70% при гастродуоденальной патологии. В развитых странах мира показатель инфицированности населения *H. pylori* составляет 16,5% у детей и 20% у подростков, увеличиваясь с возрастом в среднем на 1% в год и достигая уровня 50–60% у людей пожилого возраста [17]. В целом, НР-инфицирование констатируется у 85–95% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [16, 3].

По мнению ряда исследователей, в патогенезе так называемой «поздней» ЯБ у людей пожилого и старческого возраста особую роль играют факторы, способствующие ослаблению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта [11, 18, 19]. У больных старших возрастных групп при язвенной болезни изменяются основные показатели функции желудка: уменьшается объем секреции, показатели кислотности желудочного сока, продукция гидрокарбонатов, гастромукопротеина. В.Т. Ивашкин (2001) [13], I. Laine (2008) [38] отмечают значительное снижение секреции фуккогликопротеинов, замедление секреции муцина, простагландина E₂, эпидермального фактора роста. Эти изменения в мор-

фофункциональном состоянии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в процессе старения человеческого организма происходят на фоне нарастающего ослабления тканевого и клеточного дыхания, недостаточного образования макроэргических соединений, энергетических ресурсов в клетках и тканях, снижения синтеза белка [11].

Важным звеном в развитии язвенной болезни и ее осложнений по мере старения организма человека некоторые исследователи считают снижение общего и местного иммунитета [28, 34]. Слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта является одним из важнейших барьеров организма, препятствующих поступлению антигенов из внешней среды. У больных ЯБ ДПК нередко отмечается нарушение этого барьера, что ведет к поступлению в кровеносное русло нерасщепленных или частично расщепленных пищевых белков и продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. Проникновение антигенов в слизистую оболочку duodenum ведет к развитию иммунокомплексного воспаления. Циркулирующие в крови антигены сенсибилизируют не только слизистую оболочку гастродуоденальной зоны, но и весь организм, вызывая изменения как клеточного, так и гуморального иммунитета [34]. При ЯБ ряд авторов отмечает снижение функции Т-клеток, снижение содержания CD4+ лимфоцитов, снижение реактивности Т-лимфоцитов к стимулирующему воздействию интерлейкина-2 и снижению памяти лимфоцитов [34, 29, 31, 9]. Некоторые исследователи считают, что уровень иммуноглобулинов в крови зависит от возраста больных ЯБ ДПК, фазы патологического процесса, длительности и тяжести болезни и даже от времени года [8, 5, 36]. Выявляемая при ЯБ дисрегуляция в иммунной системе поддерживает деструктивно-воспалительные изменения в зоне язвенного дефекта и ингибирует пролиферативную фазу регенерационного процесса, что связано с нарушением не только синтеза структурных белков, но и изменениями в биопродукции молекул межклеточного взаимодействия [2]. Установлено, что в период обострения ЯБ в сыворотке крови больных пожилого возраста отмечается повышение концентрации фактора некроза опухоли-альфа, превышающее норму в три раза. Характерно, что после стандартного курса лечения его уровень возвращается к нормальным величинам [12]. Подобная трансформация может быть использована в качестве информативного критерия эффективности лечения больных ЯБ ДПК, в частности для дифференциальной диагно-

стики между стадиями клинико-эндоскопической и истинной ремиссии заболевания.

Учитывая важность иммунного компонента в патогенезе язвенной болезни у людей пожилого и старческого возраста, ряд авторов обращает внимание на целесообразность включения иммуномодуляторов в базисную противовоспалительную терапию при лечении больных старших возрастных групп [4].

Доказано, что с возрастом у людей несколько изменяется интенсивность процессов нейрогуморальной регуляции, соотношение активности прооксидантной и антиоксидантной систем, показатели поверхностной гидрофобности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, интенсивность биосинтеза простагландинов, составляющих существенный компонент защитной системы слизистой оболочки гастродуоденальной зоны [18, 20]. В процессе старения организма человека изменяются соотношения в доминировании отделов вегетативной нервной системы, в частности, у людей старшей возрастной группы симпатическая система превалирует над парасимпатической. На фоне повышенной общей активности адренергической системы у людей пожилого и старческого возраста наблюдается превалирование ингибирующих α -адренорецепторных эффектов, что сопровождается снижением трофики слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [19].

Ряд исследователей считает, что образование язв и эрозий в желудке и ДПК у пациентов пожилого возраста обусловлено нарушением микроциркуляции в ее слизистой оболочке, а основными факторами агрессии являются гипоксия и связанные с ней атрофические и метаболические нарушения в стенке органа [11, 8]. Значение этих факторов (в первую очередь - атеросклеротических изменений в сосудах желудка, снижающих трофику его слизистой оболочки) становится особенно заметным в тех случаях, когда заболевание развивается вне связи с инфицированностью организма *H. pylori* [26, 39, 42]. Язвенная болезнь у больных старших возрастных групп нередко развивается на фоне заболеваний, способствующих нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке желудка – гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, хронических неспецифических заболеваний легких, сахарного диабета, и др. [19, 14].

Результаты терапии у больных ЯБ ДПК, относящихся к разным возрастным группам, неоднозначны. Многие исследователи полагают, что у больных пожилого и старческого возраста ЯБ ДПК характеризуется рефрактерностью к «традиционным» стандарт-

ным методам лечения [5, 18, 25]. 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 формированием грубой рубцовой ткани, что, в свою очередь, приводит к выраженной деформации пилородуоденальной зоны и ее стенозу. В лечении язвенной болезни у пациентов пожилого возраста используются схемы противовоспалительной терапии, рекомендуемые Европейской ассоциацией гастроэнтерологов (Маастрихт III – 2005 г.) Однако при назначении эрадикационной терапии (с учетом того обстоятельства, что в пожилом и старческом возрасте метаболизм лекарственных препаратов осуществляется медленнее, чем у молодых пациентов, а обычные дозы препаратов создают большую концентрацию лекарственного вещества) рекомендуется использовать меньшие дозы антибактериальных средств. В частности, по данным Мишушкина О.Н. 2007 [25], при использовании половинных доз кларитромицина и амоксицилина эффективность эрадикации *H. pylori* составила не менее 86%.

В целом, анализ данных многих исследователей позволяет констатировать, что у людей пожилого и старческого возраста отмечаются особенности патогенеза и клинической картины язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Эти сведения являются предметом особого обсуждения и дискуссий на научных форумах. Единой точки зрения исследователей на ход процессов язвообразования и особенности клинических проявлений ЯБ ДПК у больных пожилого и старческого возраста нет. Увеличение численности контингента больных язвенной болезнью, отмечаемое за последние годы в России (в частности в группе больных пожилого возраста), позволяет прогнозировать высокий риск развития осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у данной категории пациентов. Это, в свою очередь, позволяет предполагать и увеличение частоты случаев летальных исходов по причине осложнений ЯБ. Поэтому изучение вопросов обследования и лечения людей старших возрастных групп при их заболевании хронической язвой двенадцатиперстной кишки является важной задачей современной медицинской науки и практики.

Список литературы

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М.: Триада X, 1998. – 483 с.
2. Аскарлов М.Б. Мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки аутологичного костного мозга ускоряют заживление длительно незаживающих язв желудка / М.Б. Аскарлов, В.И. Шумаков, Н.А. Онищенко // Вестник хирургии. – 2009. – Т. 168, №2. – С. 22–26.
3. Баранская Е.К. Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori* // Болезни органов пищеварения. – 2000. – № 1. – С. 8–14.
4. Иммунологические и патогенетические аспекты клинического применения иммунофана при язве двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста / И.В. Буторов, Ю.П. Осояну, С.И. Буторов, В.В. Максимов // Терапевтический архив – 2007. – Т.79, №2, – С. 18–22.
5. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь: патологические аспекты и медикаментозное лечение больных. // *Consilium medicum*. – 2002. – № 2. – С. 4–10.
6. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) / В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
7. Востриков Г.П. Распространенность гастрита, дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в г. Москве за последние пять лет (1996–2000 гг.) / Г.П. Востриков, М.Д. Сперанский // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 2. – С. 96–97.
8. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998 – 647 с.
9. Денисов Н.Л. Местная иммунная система и язвенная болезнь желудка // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2009. – № 1. – С. 29–32.
10. Затевахин И.И. Особенности лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / И.И. Затевахин, А.А. Щеголев, Б.Е. Титков. – М., 2003. – 166 с.
11. Звенигородская Л.А. Язвенная болезнь у пожилых лиц, клинико-морфологические особенности. Проблемы лекарственной терапии / Л.А. Звенигородская, Л.А. Горунская // Губернские медицинские вестн. – 2002. – № 2. – С. 26–27.
12. Зезюлин П.Н. Фактор некроза опухолей-альфа как критерий эффективности лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом возрасте // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – Т.3 – С. 34–37.
13. Ивашкин В.Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров, С.И. Раппопорт. – М., 2001. – 457 с.
14. 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.
15. Исаков В.А. Хеликобактериоз / В.А. Исаков, И.В. Домарадский. – М.: Медпрактика, 2003. – 412 с.
16. Коваленко Т.В. Частота встречаемости *Helicobacter pylori* в разных отделах желудочно-кишечного тракта // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2006. – №2. – С. 85–91.
17. Корниенко Е.А. Клиника, диагностика и лечение гастродуоденальной патологии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1999. – 33 с.
18. Лазебник Л.Б. Хронические язвы у лиц пожилого возраста / Л.Б. Лазебник, Г.Н. Соколова, А.Я. Черняев // Гастроэнтерология. – 2002. – № 1. – С. 84–86.
19. Лазебник Л.Б. Клинические проявления болезни и пожилой возраст / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов // Заболевания органов пищеварения у пожилых. – М.: Анахарсис, 2003. – С. 25–34.
20. 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.
21. Особенности психологического статуса у больных язвенной болезнью / В.А. Леонтьева, Г.С. Беляева, И.Ю. Колесникова, А.А. Смирнова // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85, №3. – С. 51–53.
22. Логинов А.С. Особенности язвенной болезни у лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца / А.С. Логинов, Л.А. Звенигородская // Тер. архив. – 1998. – № 2. – С. 9–13.
23. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Терапевтический архив. – 2006. – № 2. – С. 10–15.
24. Влияние возраста и типа поведения на течение язвенной болезни / О.С. Малышенко, Э.И. Белобородова, А.М. Вавилов, Г.В. Ломиворотова, В.И. Касперская // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77, №2. – С. 28–31.
25. 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.
26. Михеева О.М. Язвенная болезнь у пожилых пациентов с артериальной гипертензией // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, – № 1. – С. 17–25.
27. Мовчан К.Н. Хроническая неосложненная язва двенадцатиперстной кишки как проблема хирургии. – СПб.: Гиппократ, 1997. – 448 с.
28. Нутфуллина Г.М. Паренхиматозно-стромальные взаимодействия в слизистой оболочке желудка у больных с длительно незаживающими язвами / Г.М. Нутфуллина // Архив патол. – 1999. – № 6. – С. 7–10.
29. Иммунный механизм в пато- и саногенезе при язвенной болезни желудка у лиц среднего и пожилого возраста / Г.Н. Соколова, Т.М. Царегородцева, Е.В. Ткаченко, Т.И. Серова // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12, №1. – С. 34. –40.
30. Хомерики С.Г. *Helicobacter pylori* – индуктор и эффектор окислительного стресса в слизистой оболочке желудка: традиционные представления и новые данные // Эксп. и клин. гастроэнтерология. – 2006. – №1. – С. 37–46.
31. Иммунодефицит в хирургической гастроэнтерологии / Т.В. Хоробрых, В.П. Ветшев, Ф.Г. Джамалов, А.Ф. Черноусов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 2. – С. 40–46.
32. 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 и др. // Анн. хирургии. – 2010. – №1. – С. 12–16.
33. Шевченко Ю.Л. О совершенствовании медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения / Ю.Л. Шевченко, И.Ю. Селезнев // Решение коллегии Минздрава РФ (протокол п 4 от 10.02.2004). – М., 2004. – 6 с.
34. Ющук Н.Д. Иммуитет при хеликобактерной инфекции / Н.Д. Ющук, И.В. Маев, К.Г. Гуревич // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – № 3. – С. 37–45.
35. Deltentre M.A.L. Economics of *Helicobacter pylori* eradication therapy // *Eur. J. Gastroenterol., Hepatol.* – 1997. – № 9, Suppl. 1. – P. 23–26.
36. The polymorphic IL-1B and IL-1RN genes in the aetiopathogenesis of peptic ulcer / M. Garcia-Gonzalez,

A. Lanas, S. Santolaria et al. // *Clin. Exp. Immunol.* – 2001. – Vol. 125, – P. 368–375.

37. Konturek S.J. Helicobacter pylori and its involvement in gastritis and peptic ulcer formation / S.J. Konturek, P.C. Konturek // *J. Physiol Pharmacol.* – 2006. – Vol. 57, № 3. – P. 29–50.

38. Gastric mucosal defense and cytoprotection: bench to bedside / I. Laine, K. Takeuchi, A. Tarnawski et al. // *Gastroenterology.* – 2008. – Vol. 3, № 1. – P. 41–60.

39. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht 2-2000 Consensus Report / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain et al. // *Ibid.* – 2002. Vol. 16, № 2. – P. 167–180.

40. Pilotto A. Review article: an approach to Helicobacter pylori infection in the elderly / A. Pilotto, P. Malfertheiner // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2002. – № 4. – P. 683–691.

41. Pilotto A. Aging and upper gastrointestinal disorders / A. Pilotto // *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 18, – P. 73–81.

42. Seinela I. Peptic ulcer in the very old patients / I. Seinela, J. Ahvenainen // *Gerontology.* – 2000. – Vol. 46, № 5. – P. 271–275.

43. Sonnenberg A. Cost of medical and surgical treatment of duodenal ulcer // *Gastroenterology.* – 1989. – Vol. 96, – P. 1445–1452.

Рецензенты:

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

Ткаченко А.Н., д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом стоматологии ГОУ ВПО СПбГМА им. И.И. Маечникова, г. Санкт-Петербург.

Работа поступила в редакцию 28.11.2011.