**СТУДЕНТАМ! СДЕЛАТЬ КОНСПЕКТ В ТЕТРАДИ!**

**ПМ 01 МДК 01 Здоровый человек и его окружение.**

**Раздел. Лица пожилого и старческого возраста**

**Тема: « Особенности течения заболеваний органов пищеварения у пациентов пожилого и старческого возраста»**

**Изменения органов пищеварения**

**В полости рта:**

* происходит постепенная утрата зубов, зубы приоб­ретают желтоватый оттенок и различную степень стертости, снижаются барьерные свойства тканей зубов;
* атрофируются альвеолярные отростки челюстей, изменяется прикус (становится прогнатическим);
* уменьшается объем и секреция слюнных желез — это приводит к постоянному чувству сухости во рту, нарушению формирования пищевого комка, склонности к воспалению слизистой оболочки;
* снижается ферментативная насыщенность и за­щитные свойства слюны;
* нарушается пережевывание и переваривание пищи;
* язык становится плоским и гладким из-за атрофии мышц и сосочков; повышаются пороги вкусовой чувствительности.

Постепенно атрофируются миндалины лимфоэпи- телиального глоточного кольца.

**Пищевод** удлиняется и искривляется из-за кифоза позвоночника, мышечный слой его подвергается час­тичной атрофии, что может привести к нарушению глотания и высокому риску образования грыж (выпя­чиваний).

**Желудок** уменьшается в размерах, принимает по­ложение ближе к горизонтальному. Сокращается чис­ло секреторных клеток в железах (меньше вырабаты­вается соляной кислоты, ферментов и желудочного сока в целом). Нарушается кровоснабжение стенки же­лудка, снижается его моторная функция.

В **тонком кишечнике** сглаживается рельеф слизи­стой оболочки за счет снижения высоты ворсинок и их количества на единицу площади (уменьшается поверх­ность пристеночного пищеварения и всасывания); из- за снижения секреции пищеварительных соков и их ферментативной насыщенности нарушается глубина и полнота переработки пищи.

В толстом кишечнике из-за атрофии мышечных клеток высок риск развития дивертикулов, развивает­ся склонность к запорам; изменяется микрофлора ки­шечника: увеличивается количество гнилостных бак­терий, уменьшается — молочнокислых, что способст­вует росту продукции эндотоксинов и нарушению синтеза витаминов группы В и К.

**Печень**: с возрастом уменьшается масса, снижаются функциональные возможности гепатоцитов, что при­водит к нарушению белкового, жирового, углеводного и пигментного обменов, снижению антитоксической (обезвреживающей) функции печени. В клетках снижа­ется количество гликогена, накапливается липофусцин. Изменяется кровоток в печени: часть синусоидных ка­пилляров спадается, образуются дополнительные пути от междольковых вен к центральным венам.

**Желчный пузырь** увеличивается в объеме, тонус мускулатуры и двигательная активность пузыря сни­жаются — нарушается своевременное поступление желчи в кишечник и повышается риск камнеобразова- ния из-за застоя желчи.

Поджелудочная железа снижает внешне- и внут­рисекреторную функцию из-за снижения кровоснаб­жения и уменьшения числа железистых клеток и кле­ток островкового аппарата (у людей старшего возраста более высокий уровень глюкозы крови).

**Особенности болезней системы пищеварения**, как и других органов и систем стареющего организма, и значительной мере определяются комплексом воз­растных морфологических изменений желудочно-ки­шечного тракта и проявляются, главным образом, в атрофических процессах. Однако по сравнению с опорно-двигательной и сердечно-сосудистой система­ми, дегенеративные процессы выражены весьма уме­ренно. Функциональные изменения проявляются в снижении активности секреторного аппарата различ­ных отделов желудочно-кишечного тракта, а также печени и поджелудочной железы. Эти сдвиги сопрово­ждаются развитием приспособительных факторов, обусловливающих при оптимальных условиях пита­ния нормальный процесс пищеварения. При наруше­ниях режима питания, переедании, приеме недоброкачественной пищи и т. д., как правило, легко возникает функциональная недостаточность.

**Гастриты**

Клиническая картина острого гастрита у людей по­жилого и старческого возраста менее выражена, чем у молодых, хотя заболевания протекает тяжелее: неред­ко сопровождается резким ухудшением состояния, тяжелой интоксикацией, симптомами сердечно-сосудистой недостаточности вплоть до коллапса. Жалобы и клиническая картина хронического гастрита у людей пожилого и старческого возраста менее выразительны, чем у молодых, нередко протекает латентно.

**Острый гастрит**

У людей старшего возраста развивается вследствие приема недоброкачественной инфицированной пищи, употребления по ошибке крепких растворов кислот или щелочей, неправильного и длительного приема медикаментов (салицилаты, резерпин, кортикостероиды, сердечные гликозиды).

Клиника. Заболевание возникает остро. Характе­рен синдром желудочного дискомфорта — тошнота, рвота, отрыжка воздухом или съеденной накануне пи­щей, болевые ощущения преимущественно в верхнем отделе живота (эпигастральный угол, надпупочная об­ласть), иногда с иррадиацией в правое и левое подре­берье. При тяжелом течении — учащение пульса, сни­жение АД.

Лечение и уход. В течение первых дней следует воздержаться от приема пищи. В последующие дни на­значают диету, химически, механически и термически щадящую, малыми порциями. Рекомендуется обиль­ное питье (несладкий чай, слабощелочные минераль­ные воды, отвары шиповника и трав). При частой рво­те необходимо бороться с обезвоживанием, контроли­ровать гемодинамику и водный баланс. Целесообразно проводить контроль и коррекцию гомеостаза: перели­вать водно-солевые растворы, плазму. Показаны боль­шие дозы витаминов (С — 300 мг, РР — 100 мг в сутки), противоспастическая и седативная терапия. При необ­ходимости применяют средства, нормализующие дея­тельность сердечно-сосудистой системы.

**Хронический гастрит**

Среди причин развития хронического гастрита можно выделить экзогенные и эндогенные. Экзоген­ные факторы — это нарушения режима питания, упот­ребление плохо обработанной грубой пищи, длитель­ный прием медикаментозных препаратов. Среди эндо­генных причин — нейровегетативные нарушения, нейрорефлекторные воздействия при заболеваниях дру­гих органов, поражения гипофизарно-надпочечниковой системы, хронические инфекционные заболева­ния, нарушения обмена веществ, гипоксия тканей же­лудка при хронической сердечно-сосудистой, дыха­тельной, почечной недостаточности, аллергические заболевания.

Поражение слизистой оболочки желудка при хро­ническом гастрите: поверхностный гастрит (начальная фаза), гастрит с поражением желез без атрофии (про­межуточная фаза) и атрофический гастрит (конечная фаза). В противоположность молодым, у пожилых и старых людей наиболее часто встречается атрофиче­ский бактериальный гастрит (тип В).

**Клиника**. Особенности хронического гастрита в «третьем возрасте»:

* преобладание диспепсического синдрома над боле­вым синдромом;
* чаще секреторная недостаточность желез желуд­ка;
* волнообразное течение без значительной потери массы тела;
* наличие не только желудочной, но и кишечной диспепсии;

Заболевание отличается маловыраженной симптоматикой. Больные часто предъявляют жалобы на чувство тяжести и полноты в подложечной области, иногда несильные боли после приема пищи. Отмечается вздутие живота, отрыжка, урчание в брюшной полос­ти, общая слабость, запоры, иногда сменяющиеся по­носами. При этом обострение заболевания связывает­ся с изменением характера питания, употреблением цельного молока, мясных или острых блюд, алкоголя, лекарственных препаратов.

**Рак желудка**

Рак желудка — злокачественная опухоль, возни­кающая из эпителиальной ткани. В России рак желуд­ка устойчиво занимает первое место среди других зло­качественных новообразований. Россия относится к странам с высокой заболеваемостью рака желудка — 36,9 на 100000 населения, тогда как в CLIIА — 5 на 1000. Чаще всего рак желудка встречается у лиц старше 60 лет и примерно в 2 раза чаще у мужчин, а после 80 лет по­ловые различия в частоте заболевания исчезают.

Клиника. Клинические проявления рака желудка чрезвычайно разнообразны и сходны с признаками других желудочных заболеваний, характерного сим- п гома не существует.

Жалобы могут быть самыми разнообразными: от четко очерченных нарушений функции желудка до не­определенных изменений общего характера. Можно выделить 4 варианта проявлений рака желудка у людей «третьего возраста»:

1. Преобладание местных желудочных симптомов: ухудшение аппетита вплоть до полного отвраще­ния к пище, быстрая насыщаемость, явления желу­дочного дискомфорта, чувство тяжести в эпигастральной области, отрыжка, икота, тошнота, рвота, наличие крови в рвотных массах, вздутие кишечника после еды, диарея или запоры.
2. Преобладание расстройств общего характера (часто бывают первыми признаками заболевания): немотивированная общая слабость, кахексия, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность и др.;
3. «Маскированный» рак, протекающий с симптома­ми других заболеваний;
4. Бессимптомный рак желудка.

Проявление симптомов обуславливается локализа­цией рака желудка.

Так, при кардиальной локализации появляются признаки нарушения проходимости кардиального сфинктера (затрудненное глотание, срыгивание), при локализации опухоли в области тела желудка преобла­дают диспепсические явления и при раке пилорического отдела нарушается проходимость выходной части желудка (чувство полноты в эпигастральной области, отрыжка, рвота и т.д.).

При объективном обследовании важное диагно­стическое значение имеют: снижение массы тела боль­ного, повышение температуры тела, увеличение регио­нарных лимфатических узлов слева в надключичной ямке, левой подмышечной впадине, пупке (на поздних этапах). Пальпацию живота необходимо проводить как в горизонтальном положении больного, так и в вертикальном. При обнаружении опухоли в области желудка необходимо исключить новообразование в соседних органах — печени, кишке, селезенке, подже­лудочной железе. Следует помнить, что величина опу­холи не говорит о ее стадии, тем более что у старых людей опухолевый процесс прогрессирует медленнее, чем у молодых, метастазирование наступает позже.

На примере заболеваний желудка можно видеть особенности течения данных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста, что учитывается врачами – геронтологами при диагностике и лечении.