

В пятом семестре 2009–2010 учебного года в тесте приняли участие 79 девушек. Средний результат равен  $14,24 \pm 0,7$  см, что соответствует оценке «б». В весеннем семестре приняли участие 75 девушки. Средний результат равен  $14,86 \pm 0,8$  см, что соответствует оценке «б». Подводя итог результатов сдачи теста на наклон вперед из исходного положения, сидя, ноги вместе, студентками СМГ на первом и третьем курсах в весенних семестрах, следует отметить, что он остался неизменным (рисунок 5).

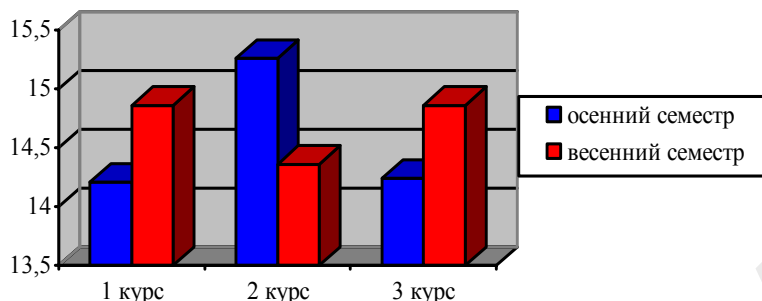


Рисунок 5 — Результат сдачи теста на наклон вперед студентками СМГ

### **Заключение**

Анализируя полученные данные, мы можем сделать выводы, что результаты сдачи контрольных тестов увеличились в тесте Купера, показатели снизились в поднимании плечевого пояса, показатели не изменились в приседании, отжимании и наклоне вперед.

Сдача контрольных тестов формирует у студенток волевые компоненты, интерес, активность и объективную потребность в регулярных занятиях физическими упражнениями.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Булич, Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: учеб. пособие для техникумов / Э. Г. Булич. — М.: Высш. шк., 1986. — 225 с.
2. Физическая культура: учеб. пособие / Е. С. Григорович [и др.]; под ред. Е. С. Григоровича, В. А. Переверзева. — Минск: Высш. шк., 2008. — 223 с.

**УДК 616.365:613.98**

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Галимова Е. Р., Романьков Л. В., Пальцев И. В.**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Известно, что доля пожилых людей во всем мире растет, что определяет увеличение в структуре заболеваемости удельного веса возрастной патологии. Снижение резервных и адаптационных возможностей организма пожилого человека объясняется постепенно нарастающими сдвигами в структуре тканей и функциях органов. Большинство различных исследований свидетельствует о том, что в пожилом и старческом возрасте для многих болезней характерны малая выраженность клинических проявлений и полиморбидность. Так, хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) в пожилом и старческом возрасте часто протекают бессимптомно либо с незначительными клиническими проявлениями. Выявить у больного пожилого возраста специфические жалобы, характерные для поражения печени, сложно по двум причинам. Во-первых, печень относится к органам, которые «очень скромны», и почти никогда не «предъяв-

ляет жалоб», указывающих непосредственно на ее поражение. Во-вторых, у пожилых больных, как правило, имеется несколько заболеваний, существенно ухудшающих качество жизни и обуславливающих полиморбидность симптоматики [1, 3].

В процессе старения печень — главная биохимическая «лаборатория» организма — претерпевает существенные морфологические и функциональные изменения. Уменьшаются ее вес и размеры. Если у людей зрелого возраста печень весит около 1600 г, то в старческом возрасте ее вес уменьшается до 930–980 г. Несмотря на значительное общее снижение веса, в печени происходит относительное увеличение содержания жира. В стенках кровеносных сосудов наблюдается разной степени выраженности увеличение коллагеновых волокон, количество капилляров на единицу площади печени после 60 лет снижается в 3–4 раза, что приводит к значительному уменьшению регионарного кровотока. Изменяется также содержание ряда важнейших микроэлементов в печеночных клетках.

Разнообразны и функциональные изменения печени при старении. Снижается ее белковообразовательная функция: уменьшается содержание альбуминов, увеличивается количество глобулинов, уменьшается синтез нуклеиновых кислот. Ослабевает гликогенсинтезирующая функция печени, понижается ее устойчивость к действию ядов [2].

Все эти изменения, а также общие особенности организма обуславливают особое течение ХДЗП в пожилом и старческом возрасте.

#### **Цель**

Оценить распространенность и лабораторно-инструментальные особенности заболеваний гепатобилиарной системы у лиц пожилого и старческого возраста.

#### **Методы**

Нами было проанализировано 500 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в терапевтических отделениях Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны в 2009–2010 гг. на предмет наличия у них заболеваний гепатобилиарной системы. Среди пациентов было 268 (53,6 %) мужчин и 232 (46,4 % женщин).

#### **Результаты и обсуждение**

В соответствии с критериями ВОЗ все пациенты по возрастному критерию были разделены на две группы: 1 — до 60 лет, и 2 — от 60 лет включительно и старше (пожилой и старческий возраст). Средний возраст больных первой группы составил  $46,41 \pm 0,87$  лет, второй —  $80,3 \pm 0,42$ . Различия в возрасте были статистически значимыми ( $p=0,00001$ ). Половой состав обеих групп был примерно одинаковым: в первой группе было 48 (44 %) женщин и 61 (56 %) мужчин, во второй — 184 (47,1 %) женщин и 207 (52,9 %) мужчин.

Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Структура заболеваемости в обеих группах

Заболевания	1 группа (<60 лет)		2 группа (≥60 лет)		p
	n	%	n	%	
Хронический гепатит	9	8,26	34	8,7	0,53
Цирроз печени	0	0	1	0,26	0,49
Стеатогепатоз	4	3,67	3	0,77	0,068
Некалькулезный холецистит	5	4,59	24	6,14	0,7
Желчекаменная болезнь	5	4,59	56	14,3	0,001

Как видно из данных, представленных в таблице 1, во второй группе достоверно чаще встречается диагноз желчекаменной болезни ( $p=0,001$ ). Однако частота хронических диффузных заболеваний печени практически одинакова в обеих группах, что расходится с данными литературы, свидетельствующими о росте патологии печени с возрастом [1].

Всего у пациентов старческого и пожилого возраста диагноз ХДЗП был выставлен в 38 случаях (9,72 %). При этом чаще заболевания печени встречались у мужчин 23 (11,1 %), чем у женщин 15 (8,15 %).

Практическое отсутствие циррозов печени в обеих группах вероятно объясняется тяжестью данной патологии, вследствие чего, такие пациенты обычно лечатся в специализированных стационарах.

При анализе лабораторных показателей, выявленных у пациентов во время пребывания в стационаре, у 10 больных из этой подгруппы были повышены уровни АЛАТ и билирубина как проявление синдрома цитолиза. Девятерым из них было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) гепатобилиарной системы, во всех случаях выявлены диффузные изменения печени (гепатомегалия, изменения в экоструктуре печени и т. д.).

У пациентов без диагноза ХДЗП превышение верхних границ норм АЛАТ и билирубина обнаружено у 31 больного. Из них УЗИ печени было выполнено в 17 случаях, в 13 из них (76,5 %) были выявлены диффузные изменения, однако диагноз ХДЗП никому из данных пациентов выставлен не был. Таким образом, имеет место недостаточная диагностическая настороженность врачей на предмет выявления ХДЗП. Это ведет к неполному обследованию пациентов и недооценке имеющихся данных.

### **Выводы**

В результате проделанной работы выявлено, что из уточненных заболеваний с возрастом достоверно чаще встречается желчекаменная болезнь. Диагнозы ХДЗП встречаются в пожилом и старческом возрасте примерно с такой же частотой, что и у более молодых пациентов. Можно предполагать, что это связано с недостаточной выявляемостью данной патологии. К возможным причинам гиподиагностики относятся полиморбидность, стертость клинической симптоматики, а также недооценка врачами имеющихся данных.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Катикова, О. Ю. Болезни печени в пожилом возрасте клинические проявления, особенности патогенеза, лечение / О. Ю. Катикова // Клиническая геронтология. — 2004. — № 7. — С. 41–45.
2. Майер, К. П. Гепатит и последствия гепатита: практич. рук-во / К. П. Майер; под ред. А. А. Шептулина; пер. с нем. — М.: Гэотар-Мед., 2004. — 716 с.
3. Тюльтева, Л. А. Пожилой пациент в практике гастроэнтеролога: трудности обследования и лечения / Л. А. Тюльтева, Т. П. Денисова // Клиническая геронтология. — 2008. — № 9. — С. 30–31.

**УДК 616-005.4-07**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ**

**Галиновская Н. В., Усова Н. Н.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) — кратковременный эпизод неврологической дисфункции, вызванный фокальной церебральной или ретинальной ишемией с клинической симптоматикой, для которой типична длительность не более суток, без очевидных признаков острого инфаркта мозга (ИМ) [1]. В отношении распространенности этого заболевания в большинстве стран точных данных нет, так как минимум две трети всех ТИА длятся менее часа и большая часть пострадавших выпадает из поля зрения врачей. Наибольшую частоту встречаемости ТИА имеют лица от 65 до 79 лет без полового предпочтения. При этом по статистике у 4–8 % пациентов, перенесших кратковременный неврологический дефицит, в течение месяца после первого эпизода развивается ИМ [2], что определяет актуальность изучения и наблюдения данной клинической дефиниции. Однако, при очевидном преимуществе такого подхода, существуют определенные ограничения в работе с указанной группой.