

Таким образом, основными лечебными эффектами ударно-волновой терапии, определяющими ее использование в клинической медицине, являются остеолизирующий, дезинтеграционный, дефибрирующий, гипоальгезивный, репаративно-регенераторный, неангиогенетический эффект.

Методика проведения процедур. Дозирование процедур осуществляют по плотности энергии волны, величине звукового давления, частоте следования и количеству импульсов. Частоту воздействия начинают с 60 импульсов в минуту, а плотность мощности — с минимальной, которую во время процедуры постепенно повышают в границах щадящего режима, ориентируясь на ощущения пациента. При появлении выраженной боли интенсивность воздействия не увеличивают. Во время процедуры пациенту назначают 1500–2000 импульсов, что примерно требует 5–8 мин на процедуру. После первой процедуры может быть обострение болевого синдрома. На курс лечения назначают 6–8 процедур, которые проводятся через день или 1–2 процедуры в неделю. При более редком назначении воздействий их интенсивность и продолжительность могут быть несколько увеличены. Повторный курс ударно-волновой терапии может быть повторен через 4–6 недель. Необходимо следить, чтобы в зону воздействия не попали крупные кровеносные сосуды, нервы и нервные сплетения [3, 5].

Показания для ЭУВТ [1, 3, 4]:

- хронические дегенеративные и воспалительные заболевания и последствия травм опорно-двигательного аппарата (подошвенный бурсит, плантарный фасциит, плече-лопаточный периартроз, медленно консолидирующаяся мозоль, ложные суставы, тендопатии и лигаментопатии различной локализации, эпикондилиты, периартриты, «спортивное колено» и др.);
- литотрипсия (мочекаменная болезнь, холелитиаз, конкременты в слюнной и поджелудочной железах);
- перспективным считается использование ЭУВТ при болях дискогенного или вертеброгенного генеза с неврологическими проявлениями (синдром крестцово-подвздошной связки, синдром грушевидной мышцы, плече-лопаточный периартроз и др.) с выраженным болевым синдромом. В программу лечения триггерных зон включены миофасциальные болевые синдромы;
- в дерматологии и косметологии. Воздействие на кожу ударными волнами стимулирует микроциркуляцию и вазомоторную активность, усиливая липолиз и ослабляя липогенез, вызывает разрушение кластеров жировых клеток, улучшает эластичность и другие механические свойства кожи, вызывает мобилизацию жира, показателем чего является увеличение в крови свободных жирных кислот, триглицеридов и глицерола. Это сопровождается снижением окислительного стресса и быстрой мобилизацией продуктов окисления липидов [4, 5];
- ЭУВТ получает развитие и в виде ударно-волновой рефлексотерапии, предусматривающей воздействие ударными волнами на точки акупунктуры [4, 5].

Противопоказаниями для назначения ЭУВТ являются: злокачественные новообразования; системные заболевания крови; тромбозы; тромбозы; кровотечение в зоне проведения процедуры; острое воспаление в суставе и окружающих тканях в зоне воздействия ударной волной; незакрытые зоны роста у детей; беременность; наличие водителя сердечного ритма; остеомиелит и др. [4, 5].

Выводы

ЭУВТ может использоваться не только для литотрипсии и лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата, но и других заболеваний в неврологии, дерматологии, косметологии, урологии, спортивной медицине и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров, В. В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии / В. В. Александров, А. И. Алгазин. — М., 2010. — 144 с.
2. Илларионов, В. Е. Современные методы физиотерапии / В. Е. Илларионов, В. Б. Симоненко. — М., 2007. — 176 с.
3. Пономаренко, Г. Н. Инновационные технологии физиотерапии / Г. Н. Пономаренко, В. С. Улащик. — СПб., 2012. — 256 с.
4. Улащик, В. С. Большой справочник физиотерапевта / В. С. Улащик. — Минск: Книжный Дом, 2012. — 640 с.
5. Пономаренко, Г. Н. Инновационная физиотерапия / Г. Н. Пономаренко. — Киев, 2010. — 243 с.

УДК 616.36+616.361]:616-053.9

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Пальцев И. В., Бебешко А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания печени и желчных путей относятся к достаточно часто встречающейся патологии, причем вероятность возникновения данной проблемы существенно увеличивается с возрастом. Тот

факт, что в настоящее время доля пожилых людей во всем мире непрерывно растет, обуславливает значительное внимание современной медицины к данной проблеме. С возрастом происходит изменение как структуры, так и функциональной активности печени. Уменьшается ее размер, увеличивается содержание жира, снижается кровоток и растет количество коллагеновых волокон. Снижается белковосинтетическая функция и падает устойчивость к действию токсинов. Все это может обуславливать особое течение заболеваний печени у пациентов старших возрастных групп. Частота патологии гепатобилиарной системы с возрастом растет, однако диагностика может быть затруднена вследствие присущей пациентам пожилого и старческого возраста полиморбидности, а также частым малосимптомным течением заболевания [1, 2].

Цель

Оценить сравнительную распространенность заболеваний печени у пациентов старших возрастных категорий, а также провести сравнение с пациентами более молодого возраста.

Материал и методы исследования

Нами было проанализировано 700 историй болезни пациентов (363 мужчин и 337 женщин), находившихся на лечении в терапевтических отделениях Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны в 2011–2014 гг. В ходе исследования оценивалась наличие патологии печени и желчных путей, оценивались показатели ультразвукового исследования гепатобилиарной системы. Статистическая обработка полученных в результате исследования данных проводилась с помощью программы «MEDCALC» с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Все включенные в исследование пациенты были разделены по возрастному критерию. Первую группу составили 156 пациентов в возрасте до 59 лет (молодой и зрелый возраст), 2-ю группу — 544 пациента в возрасте от 60 лет и старше (пожилой и старческий возраст). Ме возраста пациентов 1-й группы составила 48 лет, 2-й группы — 86 лет, различия были статистически значимыми ($p < 0,0001$). Половой состав обеих групп статистически значимых различий не имел: в 1-й группе было 90 (57,7 %) мужчин и 66 (42,3 %) женщин, во 2-й — 273 (50,2 %) мужчин и 271 (49,8 %) женщин ($p = 0,06$).

Далее в каждой группе обследованных пациентов проводилась оценка распространенности патологии печени и желчных путей с соответствием с выставленными диагнозами (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность патологии печени в группах

Заболевания	1 группа (< 60 лет)		2 группа (≥ 60 лет)		p
	n	%	n	%	
Хронический гепатит	15	9,6	50	9,2	0,87
Цирроз печени	0	0	2	0,3	0,45
Стеатогепатоз	14	8,9	17	3,1	0,002
Некалькулезный холецистит	6	3,8	38	6,9	0,15
Желчекаменная болезнь	4	2,6	73	13,4	0,0001

Как видно из данных, представленных в таблице 1, частота встречаемости диагностированного хронического гепатита и цирроза печени, а также некалькулезного холецистита не различалась в обеих группах. Однако распространенность стеатоза печени во 2-й группе была статистически значимо ниже ($p = 0,002$), чем у пациентов более молодого возраста, что противоречит литературным данным, согласно которым вероятность формирования стеатогепатоза существенно возрастает по мере старения организма вследствие метаболических нарушений [1, 3]. Также обращает на себя внимание достоверно более высокая частота желчекаменной болезни в 2-й группе ($p = 0,0001$), что подтверждает большую частоту нарушений обмена веществ у пациентов старшей возрастной группы.

Охват ультразвуковым исследованием гепатобилиарной системы пациентов обеих групп был примерно одинаковым — 50 и 55 % соответственно ($p = 0,23$). Частота выявления признаков патологии печени также не имела значимых отличий — 37,8 % в 1-й группе и 39,3 % во 2-й группе ($p = 0,73$).

Еще одним существенным фактором, который может влиять как на состояние печени, так и вызывать изменения, схожие с признаками хронических диффузных заболеваний печени, является застойная сердечная недостаточность (СН) [4].

Проведенный анализ показал, что распространенность сердечной недостаточности среди пациентов обеих групп имела существенные различия. Среди пациентов младше 60 лет СН была выявлена только в 10 (6,4 %) случаях, в то время как во 2-й группе диагноз СН был выставлен в 290 (53,3 %) случаях, то есть более чем у половины пациентов ($p = 0,0001$). Такая значительная распространенность сердечной недостаточности могла оказать существенное влияние как на клиническую оценку сим-

птоматики лечащими врачами, так и на лабораторно-инструментальные показатели, что в конечном итоге привело к низкой диагностике заболеваний печени у пациентов старших возрастных категорий.

Выводы

Таким образом, в ходе проведенного исследования было выявлено, что у пациентов старших возрастных категорий имеет место недостаточная диагностика хронических заболеваний печени, в частности — стеатогепатоза. Это может быть связано как с полиморбидностью пациентов пожилого и старческого возраста в целом, так и с высокой распространенностью застойной сердечной недостаточности у данной категории пациентов, что существенно затрудняет постановку правильного диагноза.

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. 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.
3. Богомолов, П. О. Неалкогольный стеатогепатит: патофизиология, патоморфология, клиника и подходы к лечению / П. О. Богомолов, Т. В. Павлова // Фарматека. — 2003. — Т. 73, № 10. — С. 12–15.
4. Сторожаков, Г. И. Поражение печени при хронической сердечной недостаточности / Г. И. Сторожаков, О. А. Этгинер // Журнал «Сердечная недостаточность». — 2005. — № 6. — С. 28–31.

УДК 616.36-002-036.12:616-003.829.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ ГЕМОХРОМАТОЗА

Пальцев И. В.¹, Калинин А. Л.¹, Воропаев Е. В.¹, Сницаренко Е. Н.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из актуальных проблем медицины являются хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП). К наиболее частым причинам формирования ХДЗП относят вирусы гепатитов, и, в частности, вирус гепатита С. Коварство данного вируса заключается в сочетании неяркой клиники с достаточно высокой частотой формирования цирроза печени [1]. Однако в настоящее время достоверно не известны все факторы, способствующие прогрессированию хронического гепатита С (ХГС) в цирроз печени. К возможным факторам прогрессирования относятся наследственные мутации H63D и C282Y в гене HFE (ген гемохроматоза). Так, А. А. Баев в исследовании пациентов с клиническими признаками гемохроматоза показал, что при наличии гомозиготных и сложных гетерозиготных мутаций гена HFE достоверно чаще развиваются более тяжелые поражения печени (цирроз) [2]. Л. М. Самоходская обнаружила, что аллель H63D гена HFE ассоциирована с быстрым прогрессированием фиброза у пациентов с ХГС [3]. Тем не менее, влияние мутаций гена гемохроматоза на течение ХГС в настоящее время изучено недостаточно.

Цель

Изучить особенности клинического течения ХГС у пациентов в зависимости от наличия мутаций гена HFE.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное клиническое, инструментальное и лабораторное обследование 39 пациентов с ХГС, наблюдавшихся в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Вирусная этиология заболевания подтверждалась наличием маркера вирусного гепатита — анти-HCV, а также выявлением в крови пациентов РНК HCV методом полимеразной цепной реакции. Генотипирование пациентов для определения мутаций в гене HFE проводилось на базе центральной научно-исследовательской лаборатории Гомельского государственного медицинского университета. Статистическая обработка полученных в результате исследования данных проводилась с использованием программы «MEDCALC».

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были генотипированы для определения мутаций C282Y и H63D гена HFE. Далее в зависимости от результатов генотипирования пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу