

В 1980 г. Папа Иоанн Павел Второй опубликовал «Декларацию об Эвтаназии». Католикам было запрещено «убийство из милосердия», но разрешено использовать любые средства для борьбы с болью и позволено отказываться от применения экстраординарных мер для поддержания жизни, по сути это и есть пассивная эвтаназия. Ведь Библия не говорит нам делать все возможное, чтобы искусственно поддерживать жизнь человека (речь идет об ИВЛ и парентеральном питании). Ведь если бы Господь хотел оставить человека жить, Ему бы не понадобились для этого машины и трубки.

В Клятве Гиппократа отмечено: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути подобного замысла». Значит, эвтаназия противоречит основным канонам медицины — сражаться до конца, вырывать человека из когтей Смерти.

Как и предполагалось, вопрос об эвтаназии — спорный. «Мучить» человека или дать ему умереть? Безусловно, каждый человек имеет право на выбор. На свою точку зрения. К какому бы выводу не пришли священники и политики, человек вправе сам решать свою судьбу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1999 г.: в ред.: Закона Респ. Беларусь от 11 ноября 2002 г. // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпект», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2006.
2. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета с иллюстрациями Гюстава Доре. — Россия: издательство АСТ, 2005. — 968 с.
3. Онлайн журнал «Naviny.by» за 15.05.2008. Автор статьи Елена Спасюк.
4. Википедия. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Эвтаназия>.

УДК 616.365:613.98

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ

*Минчик М. Б., Шимбалева Е. А., Пальцев И. В.*

Учреждение «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Как известно, число лиц пожилого и старческого возраста растет во всем мире. В целом, это положительная тенденция, свидетельствующая об улучшении социально-экономического положения, увеличении продолжительности жизни и т. д. Однако это определяет увеличение в структуре заболеваемости удельного веса возрастной патологии. Для пожилого человека характерны определенные изменения в организме, характеризующиеся постепенно нарастающими сдвигами в структуре и функциях внутренних органов, из-за чего заболевания нередко протекают совсем не так, как у молодых пациентов. Различные исследования говорят о том, что с возрастом увеличивается число болезней, но, как правило, уменьшается выраженность клинических проявлений. Это касается также и заболеваний гепатобилиарной системы [2, 3]. Заболевания гепатобилиарной системы в пожилом и старческом возрасте часто протекают бессимптомно либо с незначительными клиническими проявлениями. Выявить у больного пожилого возраста специфичные жалобы, характерные для поражения печени, сложно по двум причинам. Во-первых, печень относится к органам, которые «очень скромны», и почти никогда не «предъявляет жалоб», указывающих непосредственно на ее поражение. Во-вторых, у пожилых больных, как правило, имеется несколько за-

болеванний, существенно ухудшающих качество жизни и обуславливающих полиморбидность симптоматики [1, 3]. В процессе старения печень претерпевает значительные морфологические и функциональные изменения, в первую очередь уменьшаются ее вес и размеры. При этом, 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. Все эти изменения, а также общие особенности организма обуславливают особое течение патологии печени в пожилом и старческом возрасте.

### **Цель**

Оценить распространенность и лабораторно-инструментальные особенности патологии гепатобилиарной системы у лиц старших возрастных категорий.

### **Методы**

Проведен анализ 600 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в терапевтических отделениях Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ в 2011–2012 гг.

### **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 пациентов первой группы составил  $46,8 \pm 0,8$  лет, второй —  $80,4 \pm 0,4$ . Различия в возрасте были статистически значимыми ( $p < 0,00001$ ). В первой группе было 86 (58,9 %) мужчин и 62 (41,1 %) женщины, во второй группе — мужчин 251 (55,3 %) и женщин 201 (44,7 %), статистически значимых отличий по полу в группах не было ( $p = 0,58$ ).

Структура наиболее часто выявляемых заболеваний гепатобилиарной системы представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Структура заболеваемости в обеих группах

| Заболевания               | 1 группа (< 60 лет) |       | 2 группа ( $\geq$ 60 лет) |       | p      |
|---------------------------|---------------------|-------|---------------------------|-------|--------|
|                           | n                   | %     | n                         | %     |        |
| Хронический гепатит       | 23                  | 15,54 | 45                        | 9,96  | 0,063  |
| Некалькулезный холецистит | 11                  | 7,43  | 93                        | 20,58 | 0,0002 |
| Желчнокаменная болезнь    | 6                   | 4,05  | 64                        | 14,16 | 0,0009 |

Данные, представленные в таблице 1, указывают, что у пациентов старшей возрастной группы статистически значимо чаще встречались диагнозы некалькулезного холецистита и желчнокаменной болезни. Однако частота хронических гепатитов (ХГ) во второй группе даже ниже, чем у более молодых пациентов, что не соответствует данным литературы, свидетельствующим о более высокой распространенности заболеваний печени у пациентов пожилого и старческого возраста [1].

Анализ инструментального обследования пациентов показал, что охват ультразвуковым исследованием гепатобилиарной системы был одинаков в обеих группах пациентов с ХГ — 10 (65,2 %) в 1 группе и 29 (64,4 %) во второй группе. При этом признаки поражения печени (гепатомегалия, изменения структуры органа и сосудистого рисунка) достоверно чаще выявлялись у больных 60 лет и старше (96,5 %) по сравнению с более молодыми (66,6 %), различие было статистически значимым ( $p = 0,022$ ). Таким образом, объективные признаки патологии печени в пожилом и старче-

ском возрасте встречаются чаще, тем не менее, выявляемость ХГ у таких пациентов ниже. Каковы же возможные причины?

Печень относится к органам, заболевания которых обычно протекают без яркой клинической картины, жалобы пациентов зачастую отсутствуют. Учитывая характерную для пожилых пациентов полиморбидность, большое количество жалоб вследствие заболеваний других систем, возможна недооценка той минимальной симптоматики патологии печени, которая в молодом возрасте вызывает большую настороженность врачей. Кроме того, следует учитывать значительную распространенность в пожилом и старческом возрасте заболеваний желчевыводящих путей, которые обычно значительно легче диагностировать. Вероятно, часть «печеночных» жалоб, таких как диспепсия, боли в правом подреберье и др. «списывается» на данную патологию как врачами, так и самими пациентами.

При анализе лабораторных показателей, выявленных у пациентов во время пребывания в стационаре, выяснилось следующее. У больных 1 группы с диагнозом ХГ средний уровень АлАТ составил  $40,8 \pm 4,2$  Ед/л, АсАТ —  $44,7 \pm 4,9$  Ед/л. У пациентов второй группы уровни трансаминаз были несколько ниже ( $35,4 \pm 2,4$  Ед/л и  $35,8 \pm 2,4$  Ед/л соответственно). Кроме того, частота выявления признаков синдрома цитолиза была в два раза выше у больных ХГ из первой группы (34,8 и 17,7 % соответственно). Таким образом, можно констатировать, что у пациентов старшей возрастной группы хронические гепатиты протекают менее активно, чем у более молодых больных.

Еще одним фактором, который может существенно влиять на состояние печени, является наличие сердечной недостаточности (СН). Так, боли в правом подреберье могут быть обусловлены как патологией самой печени, так и увеличением ее вследствие правожелудочковой недостаточности, что затрудняет диагностику патологии печени. Анализ историй болезни показал, что застойная СН (IIА стадия и выше по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко, 1935 г.) среди больных ХГ второй группы была выявлена в 27 (60 %) случаях, но не была отмечена ни у одного из больных ХГ в младшей возрастной группе. В целом диагноз СН встречался у 241 (53,3 %) пациента старше 59 лет. В возрасте до 59 лет частота данной патологии была значительно ниже — 12 случаев (8,1 %). Различие в частоте встречаемости застойной СН было статистически значимым ( $p < 0,00001$ ).

#### **Заключение**

В результате проделанной работы выявлено, что из уточненных заболеваний с возрастом достоверно чаще встречается желчнокаменная болезнь. Диагнозы ХГ чаще выставляются пациентам младше 60 лет. К причинам гиподиагностики ХГ у пациентов старше 60 лет можно отнести частое (82,3 %) выявление течения ХГ без повышения уровней АлАТ и АсАТ в сыворотке крови, высокую распространенность застойной сердечной недостаточности, нередко маскирующей проявления хронических гепатитов, полиморбидность, стертость клинической симптоматики, а также высокую частоту заболеваний желчевыводящих путей, проявляющихся симптомами, сходными с признаками заболеваний печени.

#### **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 / К. П. Майер // Практич. рук.; пер. с нем. / Под редакцией А. А. Шептулина. — 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.