

Второе место занимают постинсультные поражения, которые в медицине называют гемиплегиями. Такие явления могут сопровождаться слабоумием, но довольно часто интеллект и память при этом совершенно не страдают. Неврологические потрясения бывают выражены в различной степени:

Перелом шейки бедра является третьей причиной, приковывающей старого человека к постели. Чем старше возраст, тем меньше шансов на благополучное сращение перелома; в глубокой старости, как правило, хирургическое лечение не проводится. Эти переломы нередко являются причиной смерти очень старых людей спустя несколько дней или недель после перелома.

На четвертом месте стоят дистрофические изменения суставов, хронический деформирующий полиартрит, которые не только вызывают деформацию суставов, но иногда полностью обездвиживают больного, затрудняют многие привычные повседневные действия. Это особенно тяжело переносится старыми людьми, которые, сохраняя ясность ума, становятся совершенно беспомощными и зависимыми от посторонних людей. Все эти перечисленные причины среди всех обращений больных и пострадавших составляют не менее 7-10% всей обращаемости пожилых пациентов к скорой медицинской помощи.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОВЗВОЧНИКА**

*Е.В. Тюрина, Т.В. Болотнова, Е.Г. Скрябин*

ГОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень  
ГБУЗ ТО «ОКБ №2», г. Тюмень

E-mail авторов: ekattyurina@yandex.ru

Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей являются чрезвычайно распространенными среди населения всех возрастных групп [2-4, 6]. Частота заболеваний билиарной системы составляет в популяции 10-15% в экономически развитых странах [1]. В структуре заболеваний желчевыводящих путей у взрослых частота первичных дисфункций билиарного тракта составляет 10-12%. При обследовании пациентов с абдоминальной болью билиарного типа, у 28,3% больных не было выявлено признаков воспаления и конкрементов по данным ультразвукового исследования, что позволяет предположить функциональный характер боли. [5]. В настоящее время актуальной и сложной является диагностика и лечение билиарной дисфункции (БД). Так как клиника БД проявляется разнообразными симптомами, и не всегда болевой синдром является ведущим. Особый интерес представляет нарушение неврогенной регуляции желчевыводящих путей (ЖП). Ранняя диагностика и адекватная терапия функциональных нарушений билиарного тракта (ФНБТ), являются важной клинической задачей для врача поликлиники.

Цель исследования: изучить и выявить клинические особенности нарушений функции желчевыводящих путей у пациентов с патологией шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. В первую группу были включены 32 пациента в возрасте от 20 до 40 лет с первичной формой дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) в сочетании с патологией шейного отдела позвоночника. Вторая группа обследованных – 50 больных в возрасте от 16 до 40 лет, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника и аномалиями развития шейного отдела позвоночника. Диагнозы патологии шейного отдела позвоночника устанавливали на основании жалоб, анамнеза, клинического вертебрологического исследования, рентгенографии шейного отдела позвоночника, нейрофизиологических методов исследования (ультразвуковая доплерография вертебробазиллярного бассейна, электронейромиография с мышц верхних конечностей). Всем пациентам было проведено обследование в соответствии с приказом МЗ РФ от 17.04.1998 №125 «О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения». В исследование были включены пациенты с патологией шейного отдела позвоночника, предъявлявшие ранее жалобы на боли в правом подреберье, эпигастральной области, а также жалобы диспепсического характера, без органической патологии желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования в группах пациентов с первичной ДЖВП, было установлено, что средняя длительность остеохондроза шейного отдела позвоночника составила – 11,6 лет, в то время как длительность симптомов билиарной дисфункции – 5,8 лет. При анализе жалоб было выявлено преобладание, на протяжении длительного времени, диспепсических расстройств: тошнота, вздутие живота, абдоминального дискомфорта в эпигастральной области и правом подреберье, без четкой локализации. В группе исследования выявлено преобладание болевого синдрома: кратковременной коликообразной боли, встречающейся у 18 человек (60%), с локализацией в правом подреберье – у 23 человек (76%) и пилородуоденальной зоне – у 6 человек (20%); реже болевой синдром проявлялся тупыми, тянущими болями – 11 человек (35%), продолжительная до двух часов – у 7 пациентов (23,3%). Проявления цервикальной патологии выявлены у 23 больных (71,87%), характеризовались болью в шейном отделе позвоночника 18 (56,25%), дефансом мышц разгибателей шейного отдела позвоночника головной болью 12 (37,50%), головными болями 7 (21,87%).

В результате исследования у 36 (72%) пациентов с патологией шейного отдела позвоночника выявлены симптомы нарушения функции желчевыводящих путей. В большинстве случаев пациенты предъявляли жалобы на схваткообразные колющие боли в правом подреберье 17 (47,23%) больных, тупые тянущие боли в правом подреберье у 8 (16%) пациентов, тяжесть в эпигастрии у 11 (30,56%) пациентов, наиболее частые диспепсические проявления: вздутие живота у 18 (50%) больных, тошнота у 12 (33,34%) пациентов. По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости с функциональными пробами выявлено: нарушение сократительной функции желчевыводящих путей выявлено у 24 (66,67%) больных, нарушения по гиперкинетическому типу у 15 (41,67%) пациентов, по

гипомоторному типу у 6 (16,67%) больных, у 3 (8,34%) пациентов по смешанному типу.

Выводы. В результате исследования установлено, что в группах пациентов с первичной формой ДЖВП, болевой синдром проявлялся кратковременными колющими болями у 18 человек (60%), во второй группе исследования, также преобладали жалобы на схваткообразные колющие боли в правом подреберье 17 (47,23%) больных. Проявления цервикальной патологии у пациентов 1 в группе выявлены у 23 больных (71,87%), характеризовались болью в шейном отделе позвоночника 18 (56,25%), дефансом мышц разгибателей шейного отдела позвоночника головной болью 12 (37,50%), головными болями 7 (21,87%). В группе исследования пациентов с шейным отделом позвоночника выявлено: нарушение сократительной функции желчевыводящих путей выявлено у 24 (66,67%) больных, нарушения по гиперкинетическому типу у 15 (41,67%) пациентов, по гипомоторному типу у 6 (16,67%) больных, у 3 (8,34%) пациентов по смешанному типу по данным ультразвукового исследования. Активное выявление жалоб, динамическое наблюдение комплексное обследование, пациентов с патологией шейного отдела позвоночника позволило выявить функциональные нарушения билиарного тракта. Наиболее частой патологией билиарного тракта является дисфункция желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу. Это диктует необходимость применение комплексного подхода к изучению функциональной патологии билиарного тракта.

Литература:

1. Болезни печени и желчевыводящих путей / Под ред. В. Т. Ивашкина. М., 2005. – С. 476-78.
2. Маев И.В., Гуленченко Ю.С., Андреев Д.Н., Гуртовенко И.Ю. Значение ультразвукового исследования в выявлении билиарного сладжа // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 58.
3. Фокин Д.В., Дударев В.А. Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 63.
4. Шеховцова Ю.А., Горбунов Н.С. Пространственное расположение и строение стенки желчного пузыря у людей с разными формами живота // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 52.
5. Evangelista S. Quaternary ammonium derivatives as spasmolytics for irritable bowel syndrome // Curr.Pharm.Des. – 2004. – Vol. 10. – P. 3561-3568.
6. Rakhmanov K.E., Kurbaniyazov Z.B., Akbarov M.M., Davlatov S.S. The treatment of patients with major bile duct injuries // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 33-34.

## **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА, ЛИПОПРОТЕИНОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЖИРОВЫМ ПЕРЕРОЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ**

А.П. Хорошинина, А.В. Турьева

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: solt54@mail.ru

Цель исследования: изучить особенности липидного спектра у пожилых и старых больных с ишемической болезнью сердца и жировым перерождением печени.

Материал и методы: Липидный спектр был определен у 219 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), доказанной клинически и по данным коронароангиографии. В исследование не включались пациенты с поражением печени вирусной или лекарственной природы, имеющие выраженные метаболические проблемы, декомпенсированные соматические заболевания, онкологические и гематологические болезни. Средний возраст -  $72,3 \pm 1,3$  года. Основную группу составили 147 больных с ИБС и жировым перерождением печени (ЖПП), установленным при УЗ-исследовании (Бацков С.С., 1998). Средний возраст больных в основной группе был  $73,1 \pm 1,6$  года: средний возраст мужчин -  $72,3 \pm 2,4$  г., средний возраст женщин -  $74,1 \pm 2,1$  года. В группу сравнения вошли 72 пациента с ИБС, но без ЖПП. Средний возраст больных группы сравнения был  $70,7 \pm 2,3$  года: средний возраст мужчин -  $69,3 \pm 3,8$  лет, средний возраст женщин -  $71,8 \pm 2,9$  года. При анализе результатов исследования выполнялось сравнение изучаемых показателей с определением процента ошибки и достоверности отличий относительных величин (Т), с использованием метода однофакторного дисперсионного анализа, с проверкой статистических гипотез на основе параметрического метода (t-критерий Стьюдента). Достоверными считали различия при  $p < 0,05$  либо  $T > 2$  для относительных величин.

Результаты и обсуждение: У женщин, имеющих ИБС и ЖПП, был выявлен достоверно более высокий средний уровень ХС, составлявший  $5,95 \pm 0,38$  ммоль/л (при норме лаборатории до 5,2 ммоль/л) против  $5,46 \pm 0,26$  ммоль/л в соответствующей подгруппе мужчин. Кроме того, в подгруппе женщин с ИБС и ЖПП отмечен достоверно более высокий средний уровень ЛПВП, составлявший  $1,45 \pm 0,12$  ммоль/л против  $1,24 \pm 0,09$  ммоль/л в подгруппе мужчин с ЖПП и ИБС. Проведенный корреляционный анализ выявил в основной группе больных с ЖПП и ИБС общеизвестные связи между такими параметрами липидного спектра, как ХС и ЛПНП ( $r=0,94$ ), индекс атерогенности (ИА) и ЛПНП ( $r=0,39$ ), ИА и ТГ ( $r=0,34$ ), ИА и ЛПВП ( $r= - 0,45$ ); в группе сравнения - между ХС и ЛПНП ( $r=0,89$ ), ХС и ТГ ( $r=0,53$ ), ИА и ЛПВП ( $r= - 0,54$ ).

Выводы. В подгруппе женщин с жировым перерождением печени и ИБС, но без выраженных метаболических заболеваний, декомпенсированных состояний, отмечался достоверно более высокий средний уровень общего холестерина, липопротеинов высокой плотности по сравнению с аналогичными показателями в соответствующей подгруппе мужчин.

## **ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

А.О. Цулейскири, Н.И. Бабердина, А.В. Евстропова

Госпиталь для ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

E-mail авторов: gvv-06@mail.ru

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является важнейшим фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. По материа-