

Таблица 5

**Ежегодная заболеваемость злокачественными новообразованиями
челюстно-лицевой области населения территорий РС(Я) за 2001-2010 гг.
(на 100 тыс. населения)**

Медико-географические зоны территории РС(Я)	ЗН челюстно-лицевой области – всего (С00-09,46,2, 10, 11, 12, 13)			В том числе:					
				язык, слюнные железы, слизистая полости рта (C0-09,46,2)			рото-, носо-, гортаноглотка (C10, 11, 12, 13)		
	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины
Заполярная	5,04	7,84	2,22	2,46	3,43	1,48	2,33	3,92	0,74
Восточная	6,75	8,87	4,49	4,10	4,67	3,49	1,20	2,33	-
Западная	3,55	4,37	2,77	2,13	2,29	1,98	1,32	1,87	0,79
Центральная	3,89	5,33	2,49	2,21	2,77	1,66	1,42	2,24	0,62
Южная	7,25	11,30	3,29	2,42	3,66	1,20	3,32	4,88	1,79
Большие города	6,22	10,10	2,62	3,82	5,68	2,09	1,78	3,26	0,41
РС (Я)	5,47	8,36	2,70	3,12	4,35	1,94	1,79	3,04	0,60

лизе заболеваемости ЗО рото-, носо-, гортаноглотки. Наиболее высокие показатели манифестируются как у мужчин, так и у женщин Южной Якутии (соответственно 4,88 и 1,79‰₀₀₀₀) и Заполярной зоны (4,88 и 1,79‰₀₀₀₀).

Заключение. Неблагоприятная ситуация и прогноз по онкологической заболеваемости органов и тканей челюстно-лицевой области у населения Республики Саха (Якутия) диктуют необходимость усиления разработки научно обоснованных мер профилактики по своевременному выявлению и ле-

чению хронических заболеваний, известных как предраковые состояния. Усилить проведение мероприятий, направленных на повышение санитарной культуры населения, без которого невозможны своевременная диагностика и успешное лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Литература

1. Рак в мире: факты и цифры / М.В. Garcia [и др.]. – Атланта, Джорджия: Американское онкологическое общество, 2007. – 85 с.

Cancer in the world: facts and figures / M.V. Garcia [et al.]. – Atlanta, Georgia. American cancer society, 2007. – 85 p.

2. Сметанина В.Д. Состояние онкологической помощи больным с раком полости рта и глотки в РС (Я) / В.Д. Сметанина, П.М. Иванов, М.И. Томский // Актуальные вопросы эпидемиологии и лечения злокачественных новообразований: мат. XX межрегион. НП конф. онкологов. – Якутск, 2014. – С.22-25.

Smetanina V.D. Cancer assistance to patients suffering from mouth cavity and gullet in the RS(Ya) / V.D. Smetanina, P.M. Ivanov, M.I. Tomsy. Actual problems of epidemiology and treatment of malignant tumours. Mat. XX interregional conference of oncologists. – Yakutsk. – 2014. – P.22-25.

3. Характеристика распространенности злокачественных опухолей челюстно-лицевой области в РС(Я) / И.Д. Ушницкий, П.М. Иванов, А.А. Чахов [и др.] // Современное состояние и перспективы развития онкологической помощи в различных климатогеографических зонах: мат. XVIII межрегион. конф. онкологов. – Якутск: Издательство Сфера, 2012. – С.5-7.

Spread characteristics of malignant tumours of maxillary-facial part in RS(Ya) / I.D. Ushnitsky, P.M. Ivanov, A.A. Chakhov [et al.] // Modern state and perspectives of cancer assistance in different climate-geographical zones: Mat. XVIII interregional conference of oncologists. – Yakutsk: Publishing House Sphera, 2012. – P.5-7.

4. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2012. – 260 с.

Chissov V.I. Malignant tumours in Russia in 2010 (morbidity and mortality) / V.I. Chissov, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. – M., 2012. – 260 p.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Е.Е. Винокуров, М.М. Винокуров, А.П. Петров

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЧРЕСПАПИЛЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

УДК 616.361-089

Освещены вопросы повышения безопасности эндоскопического транспапиллярного вмешательства при холедохолитиазе путем подбора оптимального режима и мощности резания током высокой частоты для снижения риска возникновения тяжёлых осложнений – кровотечения и перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, а также расширения показаний к выполнению экстренных и плановых эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий с эндоскопической папиллосфинктеротомией и механической экстракцией конcrementов у пациентов с высокой степенью операционного риска (сопутствующие заболевания, пожилой и старческий возраст).

Ключевые слова: повышение безопасности, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, снижение осложнений, расширение показаний экстренных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий, высокая степень операционного риска.

The article highlights the issues of improving the safety of endoscopic transpapillary interventions at choledocholithiasis to reduce the risk of its serious complications - bleeding and perforation of the duodenum wall, expanding indications for emergency and routine endoscopic retrograde cholangio-pancreatography with endoscopic papillosphincterotomy and mechanical stone extraction in patients with a high degree of operational risk (comorbid diseases, elderly and senile age).

Keywords: safety increase, endoscopic papillosphincterotomy, reduction of complications, expansion of indications of emergency endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, a high degree of operational risk.

ГБУ РС(Я) «РБ №2-ЦЭМП»: **ВИНОКУРОВ Егор Егорович** – врач эндоскопист, аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, vinokurovegoregorovich@mail.ru; **ПЕТРОВ Александр Петрович** – к.м.н., зам. гл. врача по медицинской части, appetrof73@rambler.ru; **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., зав. кафедрой СВФУ, mmvmi@rambler.ru.

Введение. Качество оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) больницы, работающей в режиме скорой помощи, в немалой степени зависит от деятельности вспомогательного

профильного хирургического эндоскопического отделения. Во время круглосуточного дежурства врач эндоскопист работает в составе хирургической бригады. Освоение всеми врачами эндо-

скопического отделения оперативных видов исследования за сравнительно короткое время способствует бесперебойному оказанию экстренной медицинской помощи высокотехнологическими малоинвазивными методами. При выполнении диагностического эндоскопического исследования возможен непосредственный переход на лечебные и оперативные манипуляции, что позволяет выполнить не только паллиативное, но и радикальное лечение острого хирургического заболевания на диагностическом этапе оказания ЭМП. В условиях Севера острые хирургические заболевания имеют свою специфику, обусловленную комплексом экстремальных воздействий внешней среды. Отдаленность населенных пунктов и зависимость транспортных сообщений от климатических условий нередко способствуют позднему обращению пациентов с острым хирургическим заболеванием за медицинской помощью, что может привести к развитию осложнений. Данная категория пациентов поступает в больницу со средним и тяжелым общим состоянием, нарушениями функций различных систем организма (нарушение длительности и свертываемости крови и др.). Срочное и безопасное выполнение экстренного эндоскопического исследования, с устранением угрожающих жизни пациента осложнений (устранение блока желчевыводящих путей и восстановление пассажа желчи и др.), помогает выиграть время для подготовки пациента к полостной хирургической операции, способствует снижению летальности у тяжелой категории пациентов [4].

Наиболее грозным осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ) является механическая желтуха (МЖ). ЖКБ является наиболее частой причиной развития МЖ и составляет, по данным различных авторов, 37–66%.

Щадящим малоинвазивным методом, позволяющим устранить причину механической желтухи и восстановить пути для оттока желчи, является комплексная эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) с выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и механической экстракцией конкрементов (МЭК) [1].

Цель исследования: снижение осложнений ЭПСТ (перфорации стенки ДПК; венозного и артериального кровотечения из надреза БДС; острого панкреатита) путем подбора оптимального режима и мощности резания

током высокой частоты при холедохолитиазе.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ выполненных с 2010 по 2014 г. 504 случаев ЭРПХГ, в том числе ЭПСТ и МЭК. Среди больных желчнокаменной болезнью количество женщин было примерно на 23% больше, чем мужчин. Пациенты в возрасте от 60 до 80 лет составляли 49% (табл.1). В исследовании применялись электрохирургический блок UES-10, фибродуоденоскоп и инструменты к ним (катетер, струнный и игольчатый папиллотом, корзинка Dormia) фирмы «Olympus». Внутрипросветная (внутриполостная) оперативная эндоскопия, в частности ЭПСТ (надрез БДС и продольной складки) выполняется при воздействии тока высокой частоты (ТВЧ) при различных параметрах режима и мощности. ТВЧ (ток с частотой до 1 млн циклов в секунду), проходя через ткани, приводит к нагреванию внутриклеточной жидкости до высоких тем-

ператур и разрушению клеток образующимся паром. ТВЧ может быть режущим, коагулирующим и смешанным в зависимости от величины электродов и силы тока. Данные параметры устанавливает врач эндоскопист (подбор режима и мощности тока). Раздельное включение режима «резание» или «коагуляция» осуществляется нажатием на соответствующие ножные педали. При смешанном режиме нажатием на педаль «резание» включаются одновременно и резание, и коагуляция. Мощность ТВЧ варьируется от 1 до 5 Вт и выше. Для снижения риска возникновения кровотечения и перфорации стенки двенадцатиперстной кишки нами подобраны оптимальный режим и мощность резания (ОРИМР) током высокой частоты: режим смешанный, мощность 3,5 Вт. Для повышения герметичности фиброэндоскопа между корпусом и колпачком биопсийного клапана вставляется полоска резины (вырезается из одноразовой перчатки).

Таблица 1

Половозрастные характеристики пациентов, прошедших ЭРПХГ

Год	Пол	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	80-89 лет	Свыше 90 лет	n (%)
2010	М	-	-	-	4	11	9	3	-	27 (35)
	Ж	-	5	1	10	14	6	14	-	50 (65)
	Всего	-	5	1	14	25	15	17	-	77
2011	М	1	3	1	12	20	11	-	-	48 (44)
	Ж	2	5	14	12	5	17	7	-	62 (56)
	Всего	3	8	15	24	25	28	7	-	110
2012	М	-	1	10	9	12	3	8	-	43 (42)
	Ж	6	5	6	12	19	7	4	-	59 (58)
	Всего	6	6	16	21	31	10	12	-	102
2013	М	1	5	5	5	8	6	1	-	32 (39)
	Ж	4	1	6	8	17	12	3	-	51 (61)
	Всего	5	6	11	13	25	18	4	-	83
2014	М	-	4	5	8	16	15	5	-	53 (40)
	Ж	4	9	6	16	18	18	8	-	79 (60)
	Всего	4	13	11	24	34	33	13	-	132

Таблица 2

Сравнительные данные выполненных ЭРПХГ с лечебными и оперативными манипуляциями по видам обращений, n (%)

Вид исследования	Год	Вид обращения	ЭРПХГ	ЭРПХГ с ЭПСТ	ЭРПХГ с ЭПСТ и МЭК	Всего
ЭРПХГ	2010	Плановое	37 (48)	12 (16)	16 (21)	65 (84)
		Ургентное	7 (9)	1 (1,3)	4 (5)	12 (16)
		Всего	44 (57)	13 (17)	20 (26)	77 (100)
ЭРПХГ	2011	Плановое	40 (36)	5 (4,6)	32 (29)	77 (70)
		Ургентное	26 (24)	2 (1,9)	5 (4,5)	33 (30)
		Всего	66 (60)	7 (6,5)	37 (33,5)	110 (100)
ЭРПХГ	2012	Плановое	28 (27)	6 (6)	6 (6)	40 (39)
		Ургентное	37 (36)	11 (11)	14 (14)	62 (61)
		Всего	65 (63)	17 (17)	20 (20)	102 (100)
ЭРПХГ	2013	Плановое	21 (25)	4 (5)	10 (12)	35 (42)
		Ургентное	22 (27)	6 (7)	20 (24)	48 (58)
		Всего	43 (52)	10 (12)	30 (36)	83 (100)
ЭРПХГ 2014		Плановое	20 (15)	22 (17)	32 (24)	74 (56)
		Ургентное	22 (17)	15 (11)	21 (16)	58 (44)
		Всего	42 (32)	37 (28)	53 (40)	132 (100)

Результаты и обсуждение. Как видно из табл.2, за период с 2010 по 2014 г. в результате использования описываемого метода одномоментное выполнение комплексной ЭРПХГ увеличилось в среднем с 20 до 35%. Выполнение ЭРПХГ (в том числе лечебные и оперативные ЭРПХГ) по экстренным показаниям увеличилось в среднем с 20 до 50%. Экстренная оперативная ЭРПХГ выполнена в 18 случаях при показаниях длительности и свёртываемости крови от 6 до 8 мин. Кратковременная незначительная капиллярная кровоточивость отмечалась в 11 случаях из общего количества ЭПСТ (256), что составило 4,2%, и купировалась орошением 5%-ным раствором АКК, исследования во всех случаях выполнены в полном объёме. Венозное кровоотделение отмечалось в 3 случаях (1,2%), купировалось электрокоагуляцией (по данным различных авторов, кровотечение при ЭПСТ возникают в пределах от 2,24 и до 5,3% случаев) [3]. После эндоскопического гемостаза венозного кровоотделения в 2 случаях исследование выполнено в полном объёме, в 1 случае перенесено время исследования. Ретроградной перфорации стенки ДПК не отмечалось.

В 2010 г. по результатам ЭПХГ в общем жёлчном протоке конкременты выявлены в 28 случаях (размерами от 0,3 до 2 см), из них в 5 случаях извлечены крупные конкременты размерами от 1 до 1,5 см. В 2 случаях из-за большого размера конкременты не извлечены. Из общего количества ЭРПХГ (77) эндоскопические ретроградные холангиографии (ЭРХГ) выполнены в 36 случаях (48%), попытка ЭРПХГ – 3, эндоскопическая ретроградная панкреатография (ЭРПГ) – 2.

В 2011 г. по результатам ЭРПХГ в общем жёлчном протоке конкременты

выявлены в 55 случаях, из них в 10 случаях извлечены крупные конкременты от 1 до 1,5 см. В 3 случаях из-за большого размера конкременты не извлечены. Из общего количества ЭРПХГ (110) ЭРХГ выполнены в 27 случаях (25%), попытка ЭРПХГ – 7, ЭРПГ – 8.

В 2012 г. по результатам ЭРПХГ в общем жёлчном протоке конкременты выявлены в 40 случаях, из них в 6 случаях извлечены крупные конкременты от 1 до 1,5 см. В 2 случаях из-за большого размера конкременты не извлечены. Из общего количества ЭРПХГ (102) выполнены ЭРХГ в 20 случаях (20%), попытка ЭРПХГ – 2, ЭРПГ – 12.

В 2013 г. по результатам ЭРПХГ в общем жёлчном протоке конкременты выявлены в 43 случаях, из них в 4 случаях извлечены крупные конкременты от 1 до 1,5 см. В 4 случаях из-за большого размера конкременты не извлечены. Из общего количества ЭРПХГ (83) ЭРХГ выполнены в 17 случаях (20%), попытка ЭРПХГ – 3, ЭРПГ – 2.

В 2014 г. по результатам ЭРПХГ в общем жёлчном протоке конкременты выявлены в 85 случаях, из них в 7 случаях извлечены крупные конкременты от 1 до 1,5 см. В 3 случаях из-за большого размера конкременты не извлечены.

Выводы. Таким образом, повышением безопасности ЭПСТ удалось добиться повышения качества ЭМП за счёт: 1) сведения к минимуму тяжёлых осложнений; 2) расширения показаний и увеличения количества выполнений экстренной комплексной ЭРПХГ (ЭРПХГ с ЭПСТ или ЭПСТ и МЭК) пациентам с высокой степенью операционного риска (с 20 до 35%); 3) увеличения количества выполнения экстренной одномоментной комплексной ЭРПХГ (с 20 до 50%); 4) создания

оптимальных условий для планового оперативного лечения; 5) снижения срока выздоровления пациентов; 6) снижения летальности; 7) снижения лучевой нагрузки на врача и пациента; 8) освоения метода комплексной ЭРПХГ всеми врачами отделения за сравнительно короткое время; 9) повышения эффективности использования имеющейся эндоскопической аппаратуры; 10) повышения герметичности, срока служения биопсийного клапана фиброэндоскопа и соответственно снижения финансовых расходов.

Литература

1. Галеев М.А. Желчнокаменная болезнь и холецистит / М.А. Галеев, В.М. Тимербулатов. – М.: МЕДпресс-информ, 2001.
2. Galeev M.A. Cholelithiasis and cholecystitis surgery / M.A. Galeev, V.M. Timerbulatov. – M.: MEDpress-inform, 2001.
3. Луцевич Э.В. Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии / Э.В. Луцевич, В.Г. Астапенко, И.Н. Белов. – Мн.: Выш. шк., 1990.
4. Lutsevich A.V. Guide to gastro-intestinal endoscopic / A.V. Lutsevich, V.G. Astapenko, I.N. Belov. – Mn., 1990.
5. Савельев В.С. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев, В.М. Буянов, Г.И. Лукомский. – М.: Медицина, 1985.
6. Saveliev V.S. Guide to clinical endoscopy / V.S. Saveliev, V.M. Buyanov, G.I. Lukomski. – M.: Medicine, 1985.
7. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и папиллосфинктеротомия при дивертикулах области большого дуоденального сосочка / Ю.И. Галлигер, А.П. Крендаль, З.С. Завенян [и др.] // Хирургия. – 1988. – № 6. – С. 121-125.
8. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillosphincterotomy when diverticula field papillary / Y.I. Gallinger, A.P. Krendal, Z.C. Zavenyan [et al.] // Surgery. – 1988. – №6. – P. 121-125.
9. Эндоскопическое лечение сложного холедохолитиаза / С.Ю. Орлов, Е.Д. Федоров, С.А. Будзинский [и др.]. – М.: МГИУ, 2006.
10. Endoscopic treatment of a difficult choledocholithiasis / C.Y. Orlov, E.D. Fedorov, S.A. Budzinskyi [et al.]. – M.: MGIU, 2006.

С.А. Евсеева, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык

МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА АСПОНД-АКДО В РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 616-053.2(571.56)

ЕВСЕЕВА Сардана Анатольевна – аспирант ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия», sarda79@mail.ru; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., зам. директора по науке ФГБНУ «ЯНЦ КМП», bourtsevat@yandex.ru; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМУ, chasnyk@gmail.com.

В статье представлена оценка экономической и медицинской эффективности применения автоматизированного комплекса АСПОНД-АКДО для углубленных профилактических медицинских осмотров детей в районах Республики Саха (Якутии).

Технология АСПОНД-АКДО необходима для предварительной подготовки списка нуждающихся детей для консультации узкими специалистами. Это особенно актуально в районах республики, куда узкие специалисты приезжают бригадой на незначительное количество дней.