

8. Маркин С.П. Влияние нарушений сна на эффективность восстановительного лечения больных, перенесших инсульт / С.П. Маркин // РМЖ 2008. - Т. 16, № 12. - С. 1677-1681.

Markin S.P. Influence of sleep disturbances on the effectiveness of the restorative treatment of patients who had stroke / S.P. Markin // R.M.J. 2008. - V. 16, № 12. - P.1677 - 1681.

9. Маркин С.П. Депрессивные расстройства в клинической картине мозгового инсульта / С.П. Маркин // РМЖ. - 2008. - Т.16, № 26. - С.1753-1758.

Markin S.P. Depressive disorders in clinical

finding of cerebral stroke / S.P. Markin // R.M.J. 2008. - V. 16, № 26. - P.1753 - 1758.

10. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ -10). WHO. 1992. Россия, 1994.

International classification of diseases of the 10th revision (ICD - 10) / WHO.1992. Russia, 1994.

11. Шабанов П.Д. Психотропная фармакология / П.Д. Шабанов. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2008. - С.158-159.

Shabanov P.D. Psychopharmacology / P.D. Shabanov. - SPb.: Publishing house S-L, 2008. - P.158-159.

12. Шахпаронова Н.В. Реабилитация

больных с постинсультной депрессией / Н.В. Шахпаронова, А.С. Кадыков // Атмосфера. Нервные болезни. - 2005. - №3. - С. 22-24.

Shakhparonova N.V. Rehabilitation of patients with post-stroke depression / N.V. Shakhparonova, A.S. Kadykov // Atmosphere. Diseases of nervous system. - 2005. - № 3. - P.22-24.

13. Chemirenski E. The neuropsychiatry of stroke / E. Chemirenski, R.G. Robinson // Psychosomatic. - 2000. - V. 41, № 1. - P. 5-14.

14. Durand-Fardel M. Traite' du Ramalissement du Cerveau / M. Durand-Fardel. - Balliere: Paris 1843.

А.М. Пальшина, И.Ф. Баннаев, Г.А. Пальшин

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ СИСТЕМНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

УДК 616.71-007.234

Изучена распространенность анемии среди пациентов пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости, получивших специализированное лечение в травматологическом отделении РБ №2 г. Якутска. Анемия диагностируется у $70,0 \pm 2,4\%$ больных при госпитализации. Снижение уровня гемоглобина крови в динамике составляет $19,5 \pm 2,0\%$ от первоначального уровня. Анемия увеличивает летальность в течение 2 последующих лет наблюдения.

Ключевые слова: анемия, осложненный остеопороз, летальность.

Extension of anemia syndrome was searched in elderly patients with systemic osteoporosis complicated by proximal femoral fracture who received expert care at the Center of emergency medical care of Republican hospital №2 of Yakutsk. Anemia syndrome is detected in $70.0 \pm 2.4\%$ of patients during hospitalization. Reduction of Hb level in dynamics is $19.5 \pm 2.0\%$ of the initial level. Anemia syndrome increases lethality level in the next two years of observation.

Keywords: anemia syndrome, complicated osteoporosis, lethality.

Согласно определению ВОЗ, анемия регистрируется у взрослых женщин при снижении концентрации гемоглобина (Hb) ниже 120 г/л, а у мужчин – ниже 130 г/л [9]. Течение некоторых хронических заболеваний сопровождается развитием анемического синдрома, влияющего на течение основного заболевания и рассматривающегося как самостоятельная нозологическая форма. Например, исследование OPTIME продемонстрировало увеличение риска смерти или повторной госпитализации на 12% при уровне Hb менее 120 г/л при хронической сердечной недостаточности [8].

Наиболее частыми причинами анемии у пожилых людей являются хронические заболевания, дефицит железа, нарушения питания и обмена веществ [7].

Латентный дефицит железа у населения России составляет 30–40%, а в некоторых регионах (Север, Северный Кавказ, Восточная Сибирь) – 50–60% [1, 2].

Среди госпитализированных больных пожилого и старческого возраста распространенность анемии достигает 36 - 80% [5].

Известно, что коррекция анемии значительно улучшает течение хронических заболеваний, улучшает качество жизни пациентов [7]. Для лечения анемии используют переливание эритроцитарной массы, препараты железа (пероральные и парентеральные), эритропоэтин, а также их сочетание [7].

Возможные осложнения переливания эритроцитарной массы ограничивают использование этого метода. Согласно «Типовым правилам назначения компонентов крови» [6], составленным на основании «Правил переливания крови Российской ассоциации трансфузиологов», утвержденных приказом Совета РАТ от 3 сентября 2007 года №10, при дооперационной анемии и ожидаемой потере крови ≥ 500 мл целевым уровнем Hb является 85 г/л, гемокритное число (Ht) – 26%.

Среди переломов, связанных с остеопорозом, по частоте и тяжести первое место занимает перелом проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) [3]. При ППОБК смертность в течение первого года достигает 12-40% [4]. Внутритканевая имбиция крови при ППОБК приводит к снижению уровня Hb.

Целью настоящей работы явилось

изучение распространенности, динамики и влияния анемии на отдаленные результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным ППОБК.

Материалы и методы исследования. Изучена распространенность анемии у 373 больных пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным ППОБК: 1-ю группу составили 242 больных (191 женщина, средний возраст $74,6 \pm 0,4$ года, и 51 мужчина, средний возраст $74,3 \pm 0,7$ года) с артериальной гипертензией (АГ) и системным остеопорозом, осложненным ППОБК. Соотношение мужчин и женщин у 120 пациентов пожилого возраста составило 1:2,75, у 122 больных старческого возраста – 1:5,4. В данной группе 216 ($89,3 \pm 2,0\%$) больным проведена операция (остеосинтез бедренной кости или тотальное эндопротезирование), 26 ($10,7 \pm 2,0\%$) больных лечились консервативно.

2-ю группу составил 131 больной (75 женщин, средний возраст $76,1 \pm 0,9$, и 56 мужчин, средний возраст $71,8 \pm 0,9$ года) с ППОБК на фоне системного остеопороза без сопутствующей АГ (63 пожилого, 68 старческого возраста). Соотношение мужчин и женщин пожилого возраста составило 1,17:1, старческого возраста – 1:2,1. Среди больных 2-й группы были прооперированы 116 ($88,5 \pm 2,8\%$), консервативное

ПАЛЬШИНА Аида Михайловна – к.м.н., доцент, зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, palshina.aida@rambler.ru; **БАННАЕВ Имраддин Фаррух оглы** – врач терапевт РБ №2-Центра экстренной медицинской помощи, bimraddin@mail.ru; **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., зам. директора по научной работе МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, Palgasv@mail.ru.

лечение получили 15 ($11,5 \pm 2,8\%$) пациентов.

Группу сравнения (3-я группа) составили 52 пациента (32 женщины, средний возраст $73,5 \pm 2,0$, 20 мужчин, средний возраст $72,9 \pm 1,2$ года) с АГ, без ППОБК, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной терапии РБ №2-Центре экстренной медицинской помощи МЗ РС(Я). Соотношение мужчин и женщин пожилого возраста составило 1,0:1,5, старческого возраста - 1:2,5.

Общеклинические исследования показателей красной крови производили автоматическим анализатором Hospitex Diagnostics Hema Screen 13, производство Италии.

Статистический анализ проводили при помощи программного пакета STATISTICA 8.0.

Результаты и обсуждение. При исследовании показателей крови анемию разной степени выраженности обнаружили во всех возрастных группах.

Среди больных 1-й группы при поступлении анемию диагностировали у 126 ($52 \pm 3,2\%$) пациентов. Среди пожилых больных этой группы анемию обнаружили у 9 ($28,1 \pm 4,0\%$) мужчин и 35 ($39,8 \pm 4,4\%$) женщин. Цветной показатель ниже нормы ($< 0,86$) выявлен у 4 ($3,2\%$) мужчин и 23 ($18,3 \pm 3,4\%$) женщин. Средний объем эритроцитов ниже нормы (75 мкм^3) выявлен у 8 ($6,4\%$) женщин. В то же время у 17 ($13,5 \pm 3,1\%$) женщин концентрация Hb в эритроците (МСНС) была выше нормы ($41,7 \pm 0,9\%$). При повторном исследовании показателей красной крови (через 3-4 сут после госпитализации) у больных с анемией наблюдали дальнейшее снижение показателей. У мужчин количество эритроцитов снизилось до $2,85 \pm 0,05 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – до $85,5 \pm 4,1 \text{ г/л}$, гематокритное число – до $23,6 \pm 1,3\%$. Уровень Hb по сравнению со значениями при поступлении снизился на $21,9 \text{ г/л}$ (на 19%). У женщин количество эритроцитов снизилось до $2,8 \pm 0,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – до $80,3 \pm 1,7 \text{ г/л}$, гематокритное число – до $22,2 \pm 0,6\%$. Снижение уровня Hb по сравнению с показателями при поступлении составило $27,1 \text{ г/л}$ (на $25,2\%$).

При обследовании мужчин старческого возраста анемию ($107,5 \pm 3,0 \text{ г/л}$) обнаружили у 13 ($68,4 \pm 2,4\%$) больных. При повторном обследовании этих больных (на 3-и–4-е сут госпитализации) средний показатель Hb снизился до $85,2 \pm 3,6 \text{ г/л}$, что на $20,7\%$ ниже первоначального уровня.

Среди женщин старческого возраста при поступлении анемию выявили у 59 ($57,3 \pm 4,9\%$) больных: количество

эритроцитов - $3,38 \pm 0,04 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – $104,3 \pm 1,4 \text{ г/л}$, Ht – $25,3 \pm 0,6\%$. Сниженный цветной показатель ($0,80 \pm 0,01$) наблюдали у 41 ($39,8 \pm 4,9\%$) пациентки. Анемия средней степени (Hb - $81,2 \pm 0,7 \text{ г/л}$) выявлялась у 5 ($4,9 \pm 2,1\%$) женщин. Объем эритроцитов ниже 75 мкм^3 ($68,9 \pm 1,1 \text{ мкм}^3$) отмечали в 9 ($8,7 \pm 2,8\%$) случаях. Повышенное содержание Hb в эритроцитах ($34,8 \pm 0,1 \text{ пг}$) наблюдали у 10 ($9,7 \pm 2,9\%$) женщин. В динамике Hb у женщин этой возрастной группы снизился на $15,3\%$.

Во 2-й группе при поступлении анемию наблюдалась у 102 ($77,9 \pm 2,7\%$) больных. Из них у 23 ($22,5 \pm 4,1\%$) пожилых мужчин уровень Hb при поступлении составил $106,8 \pm 4,0 \text{ г/л}$, а в динамике - $92,0 \pm 4,0 \text{ г/л}$, отмечалось снижение на $13,9\%$. Цветной показатель ниже нормы ($0,78 \pm 0,02$) наблюдали у 13 ($12,7 \pm 3,3\%$) больных. В то же время у 6 ($5,9 \pm 2,3\%$) мужчин этой возрастной группы содержание Hb в эритроците было выше верхней границы нормы ($37,1 \pm 1,3 \text{ пг}$).

Среди пациенток пожилого возраста 2-й группы анемию наблюдалась у 20 ($69,0 \pm 8,5\%$) женщин. Снижение уровня Hb в динамике на 3-и–4-е сут госпитализации (с $104,5 \pm 2,6 \text{ г/л}$ до $84,4 \pm 2,9$) составило $19,2\%$. Цветной показатель у 10 ($34,5 \pm 8,9\%$) женщин был ниже нормы ($0,79 \pm 0,01$). Повышенное содержание Hb в эритроците отмечалось у 2 ($6,9 \pm 4,7\%$) женщин этой группы. В то же время у них наблюдали низкие показатели объема эритроцитов ($65,0 \pm 0,7 \text{ мкм}^3$) и содержания Hb в эритроците ($24,7 \pm 0,1 \text{ пг}$).

Во 2-й группе при поступлении у 19 ($86 \pm 7,4\%$) мужчин старческого возраста уровень Hb был ниже 130 г/л ($112,5 \pm 3,1 \text{ г/л}$). Из них низкий цветной показатель ($0,80 \pm 0,01$) выявлялся у 10 ($45,5 \pm 10,6\%$) больных. Повышенное содержание Hb ($37,5 \pm 1,6 \text{ пг}$) наблюдали в 3 ($13,6 \pm 7,4\%$) случаях. В то же время средний объем эритроцитов был в пределах нормы ($82,4 \pm 1,8 \text{ мкм}^3$). При повторном определении средний уровень Hb ($85,7 \pm 3,4 \text{ г/л}$) отмечался ниже первоначального уровня на $23,8\%$.

Среди пациенток старческого возраста 2-й группы при поступлении анемию со средним показателем Hb $105,1 \pm 2,3 \text{ г/л}$ выявили у 31 ($67,4 \pm 6,9\%$) больной. Из них анемию средней степени тяжести с показателями Hb $78,5 \pm 4,7 \text{ г/л}$ наблюдали у 2 ($4,3 \pm 2,9\%$) больных. Низкий цветной показатель ($0,79 \pm 0,01$) наблюдался у 22 ($47,8 \pm 7,4\%$) женщин. Содержание Hb в эритроците выше нормы ($35,3 \pm 0,2 \text{ пг}$) обнаружили у 2 ($4,3 \pm 2,9\%$) больных, ниже нормы ($25,4 \text{ пг}$) – у 1 пациентки. В динамике

уровень Hb ($88,3 \pm 2,4 \text{ г/л}$) снизился на 16% .

В 3-й группе анемию наблюдалась у 16 ($30,8 \pm 6,4\%$) больных (у 5 мужчин и 11 женщин). Среди них анемию средней степени тяжести (Hb $< 90 \text{ г/л}$) выявили у 3 ($5,8 \pm 3,3\%$) больных. Содержание Hb более $33,3 \text{ пг}$ наблюдалось в 3 ($5,8 \pm 3,3\%$) случаях, менее $27,0 \text{ пг}$ – в 5 ($9,6 \pm 4,2\%$) случаях. Объем эритроцитов был повышен у 1 ($1,9\%$) больного до 110 мкм^3 . Снижение объема эритроцитов ниже нормы обнаружили у 6 ($11,5 \pm 4,3\%$) больных, где средний показатель составил $60,6 \pm 0,8 \text{ мкм}^3$.

Различие частоты анемии между группами статистически значимо: критерий Краскела-Уоллеса – $H(2, n=425) = 10,745$; $p=0,0046$.

Клинически анемию проявлялась слабостью, головными болями, бессонницей, синусовой тахикардией, иногда артериальной гипотензией.

При лечении анемии использовали переливание эритроцитарной массы, энтеральный прием препаратов железа, фолиевой кислоты, парентеральное введение цианкобаламина. Дозу и длительность курса лечения подбирали индивидуально.

В 1-й группе были прооперированы 216 пациентов, консервативное лечение получили 26 больных. Длительность предоперационной подготовки составила $4,2 \pm 0,2$ сут. Среднее пребывание в стационаре при оперативном методе лечения составило $7,5 \pm 0,2$, консервативном - $21,6 \pm 2,7$ сут.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 126 больных (после оперативного лечения у 116, после консервативного у 10 чел.). Из них в течение срока наблюдения умерли 29 ($23,0 \pm 3,4\%$) чел.: в течение года 20 чел. (18 – после оперативного, 2 – после консервативного лечения), в течение последующих 2 лет наблюдения – 9 чел.

Во 2-й группе оперативное лечение получили 116, консервативное - 15 пациентов. Длительность предоперационной подготовки составила $3,8 \pm 0,8$ сут. Среднее время пребывания в стационаре при оперативном методе лечения составило $14,8 \pm 0,6$, консервативном – $15,1 \pm 4,6$ сут.

Отдаленные результаты прослежены у 77 чел. этой группы. За 2 года наблюдения из 67 прооперированных пациентов умерли 12 ($17,9 \pm 4,7\%$), а из 10 пациентов, получивших консервативное лечение, – 3 ($30,0 \pm 14,5\%$) чел. Летальность за 2 года наблюдения составила $19,5 \pm 4,5\%$.

При анализе сопряженности признаков уровень Hb статистически значимо влияет на отдаленные результа-

ты лечения: Hb и летальность за 2 года наблюдения - $\chi^2=9,79$ ($df=3$; $p=0,021$).

При анализе влияния анемии на отдаленные результаты лечения критерий Кохрена составил $Q=157,37$ ($df=1$; $p=0,0001$), что подтверждает отрицательное влияние анемии на летальность в течение 2 последующих лет наблюдения.

Выводы

1. Анемия диагностируется у 70,0±2,4% госпитализированных больных пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости.

2. Снижение уровня гемоглобина крови в динамике составляет 19,5±2,0% от первоначального уровня.

3. Двухгодичный период наблюдения выявил, что анемия достоверно приводит к увеличению летальности пациентов пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости на фоне системного остеопороза. Для снижения летальности необходима адекватная терапия анемии у данной группы больных.

Литература

1. Городецкий В.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия: лечение и диагностика / В.В. Городецкий, О.В. Годулян. - М.: Медпрактика-М, 2004. - С. 1-28
2. Gorodetsky V.V., Godulyan O.V. Iron-deficient states and iron-deficient anemia: treatment and diagnosis. M.: Medpraktika, 2004. Pp. 1-28 (rus).
3. Захарова Н.О. Железодефицитные анемии у пациентов пожилого и старческого возраста: науч.-практ. пособие для врачей / Н.О. Захарова, О.Л. Никитин. - Самара, 2008. - 60 с.
4. Zakharova N.O. Iron-deficient anemia in elderly patients: research and practice manual for doctors / N.O. Zakharova, O.L. Nikitin. - Samara, 2008. P. 60 (rus).
5. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение: клинич. рекоменд. / под ред. проф. О.М. Лесняк, проф. Л.И. Беневоленской. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 272 с.
6. Clinical recommendations. "Osteoporosis. Diagnosis, prevention and treatment" / edited by Prof. O.M. Lesnyak, Prof. L.I. Benevolenskaya. Moscow : GEO-TAR-Media, 2012. - P. 272 (rus).
7. Михайлов Е.Е. Эпидемиология остеопороза и переломов: руковод. по остеопорозу / Е.Е. Михайлов, Л.И. Беневоленская / под ред. И. Беневоленской. - М.: БИНОМ, 2003. - С. 10-53.
8. Mikhailov E.E. Epidemiology of osteoporosis and fractures. / E.E. Mikhailov, L.I. Bonevolskaya. Moscow : BINOM, 2003. Pp. 10-53 (rus).
9. Пальшина А.М. Анемия у больных по-

жилого и старческого возраста с патологическими переломами бедренной кости / А.М. Пальшина, Г.А. Пальшин, И.Ф. Баннаев // Актуальные проблемы экстренной медицинской помощи. Новые технологии в травматологии и ортопедии: мат-лы II межрегион. науч.-практ. конф. - Якутск, 2007. - С. 282-285.

Palshina A.M. Anemia in elderly and senile patients with pathological fractures of the femur / A.M. Palshina, G.A. Palshin, I.F. Bannayev // Materials of the II Interregional Scientific and Practical Conference "Actual problems of emergency medical care. New technologies in traumatology and orthopedics". 31 may 2007. - Yakutsk, 2007. - Pp. 282-285.

6. Приказ МЗ РС (Я) №01-8/4-804 от 14.07.09 г.

Order №01-8/4-804 d/d 14.07.09 under Sakha republic Ministry of Health.

7. Чернов В.М. Анемия в практике терапевта и принципы ее коррекции / В.М. Чернов, И.С. Тарасова, А.Г. Румянцев // Лечебное дело. - 2011. - №1. - С. 36-42.

Chernov V.M., Tarasova I.S., Rumantsev A.G. Anemia in therapist practise and principles of correction. //General medicine. - 2011. - №1. - PP. 36-42.

8. Anemia in patients with heart failure and preserved systolic function / Felker GM [et al.] // Am Heart J. - 2006. Feb;151 (2):457-62.

9. World Health Organization. Nutritional Anemias: Report of a WHO Scientific Group. - Geneva: World Health Organization, 1968.

З.А. Яковлева, В.В. Дохунаев, Т.М. Тяпиргянова ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТО- БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

УДК 616.613-003.7

Приведенные в настоящем сообщении данные подтверждают целесообразность и необходимость использования эндоскопических методов лечения при заболеваниях желчевыводящих путей и сопутствующей патологии как предоперационной подготовки и как окончательный метод лечения при высоком оперативном риске. Проведены эндоскопические вмешательства у больных с билиарной гипертензией на фоне тяжелой сопутствующей патологии. В результате были достигнуты снижение показателей билирубина на 65% от исходного уровня и улучшение состояния, а у 13% больных с высоким оперативным риском эндоскопическое вмешательство явилось эффективным окончательным методом лечения.

Ключевые слова: холедохолитиаз, папиллостеноз, эндоскопия, билиарная гипертензия, сопутствующая патология.

The instructions in this message data confirm the feasibility and the need for the use of endoscopic methods of treatment of diseases of the biliary tract and concomitant pathology as preoperative preparation and as a treatment for high operative risk. Endoscopic interventions in 365 of patients with biliary hypertension in the face of severe concomitant pathology were done. The result was a reduction of bilirubin indicators by 65% from the initial level, and in 13% of patients with a high operative risk endoscopic intervention was effective final method of treatment.

Keywords: choledocholithiasis, papillostenosis, endoscopy, biliary hypertension, concomitant pathology.

Введение. Патология желчных путей повсеместно в регионах имеет тенденцию к росту. Так, болезни органов пищеварения за последние десятилетия (2000-2010 гг.) в Республике Саха (Якутия) выросли в 2,1 раза [2]. Виды и объем хирургических вмешательств зависят от изменений в органах гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ),

а именно от сочетанных заболеваний желчных путей, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, являющихся факторами риска для развития послеоперационных осложнений [4-6,9-11]. В отдельных случаях выявленные изменения со стороны тех или иных органов, возможно, играющие одно из ведущих мест в патогенезе нарушений органов ГПБЗ, требуют своевременной неинвазивной хирургической коррекции [3,6-8]. Такая тактика способствует снижению летальности, а в ряде случаев позволяет использовать миниинвазивные хирургические вмешательства как окончательный эффективный метод лечения у боль-

ных с высоким оперативным риском [1,2,4,5].

Цель исследования: изучить эффективность использования эндоскопических методов лечения больных с билиарной гипертензией на фоне сопутствующей патологии, являющейся фактором риска для развития послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 365 больных с билиарной гипертензией из 1470 пациентов с заболеваниями гастродуоденальной зоны (ГДЗ) и гепатопанкреатобилиарной (ГПБЗ) зоны, находившихся на

ЯКОВЛЕВА Зоя Афанасьевна – аспирант МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; **ДОХУНАЕВ Владимир Васильевич** – зав. отделом рентгено-хирургич. методов диагностики и лечения РБ №2-ЦЭМП; **ТЯПИРГЯНОВА Татьяна Матвеевна** – д.м.н., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, tmt50@mail.ru.