

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 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 возрастов 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. Bonevol'skaya. 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. Тяптиргянова 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 hypertensions, 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 (ГБЗ) 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; **ТЯПТИРГЯНОВА Татьяна Матвеевна** – д.м.н., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, tmt50@mail.ru.

лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы №2- Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период 2005-2010 гг. Для изучения особенностей проявления билиарной гипертензии все больные в зависимости от степени тяжести заболевания, течения, наличия осложнений подразделены на две группы: 1) коренное население (249 чел.) – родившиеся на Крайнем Севере; 2) некоренное – европеоиды (116), приезжие. Клиническое обследование больных включало в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективных данных, которые заносились в специально разработанные индивидуальные карты. Для сравнения относительных величин использовались таблицы сопряженности, при этом при анализе изучались значения критерия согласия Пирсона χ^2 , среднее арифметическое стандартное отклонение ($M \pm \sigma$) при достигнутом уровне значимости признаков $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. К билиарной гипертензии с наличием органических препятствий току желчи относятся следующие патологии: камни желчевыводящих протоков – в нашем исследовании 218 больных (14,8% от 1470 больных), в том числе с резидуальными камнями – 69 (32%), и стеноз БСД (большой сосочек 12-перстной кишки) – 147 (10%). Среди больных: коренных – 249 чел. (68,2%), некоренных – 116 (31,8%). Возраст от 21 до 60 лет составил 77,4% от общего количества больных с заболеваниями желчных протоков и БСД (365); средний возраст больных составил $48 \pm 0,3$ года. Соотношение мужчин и женщин 1:2 (69:149). Симптомы рецидивирующего панкреатита наблюдали у 60 (28% от 218) пациентов, холангита – у 53 (25%), а обтурационную желтуху после холецистэктомии выявили у 29 (14%) больных. Указанные симптомы часто сочетались. Основное место среди сопутствующих заболеваний у некоренных лиц занимают болезни

сердечно-сосудистой системы, которые оказались фактором риска послеоперационных осложнений в 12,3% случаев у некоренных и в 8,8% – у коренных больных. Среди пациентов с сопутствующими заболеваниями легких оказалось 11,8% больных, среди них коренных 65,8 и некоренных – 34,2%. Большую часть составляют больные с пневмосклерозом – 78 (29,1%), эмфиземой легких – 63 (23,4), бронхиальной астмой 58 (21,7), остаточными явлениями туберкулеза легких 43 (15,3), хроническим бронхитом 27 (100%). В группе с сопутствующими заболеваниями легких прооперированы 152 (56,5%) больных с заболеваниями органов ГПБ и ГДЗ. Сахарный диабет выявлен у 11,8% среди всех обследованных больных, женщины составили 61,7% (166), мужчины – 38,3% (103). Коренных лиц с сахарным диабетом было 175 (65%), некоренных – 94 (35%). Старше 60 лет было 23,3% (63) больных. Легкая степень сахарного диабета была у 48,9% (132) больных, средняя – у 38,4% (103) больных. Причем большее число больных с тяжелой, декомпенсированной (10 чел.), и средней степенями тяжести сахарного диабета составили пациенты коренной группы пожилого и старческого возраста – 35 чел. (13%). С сахарным диабетом оперированы 60 больных, осложнения возникли у 14, из них умерло 7 чел. Стеноз БСД выявлен у 147 чел., что составляет 10% от общего количества исследуемых (1470), из них коренных – 89 чел. (24,4% от 365 больных), некоренных – 58 (15,%). Наиболее часто при доброкачественных стенозах уровень билирубинемии составлял от 75 до 200 мкмоль/л при длительности холестаза до 2 недель, особенно у коренных лиц (28-174,6 мкмоль/л; $M=62,04$; $P < 0,001$), а при длительности холестаза до 1 месяца уровень билирубинемии составлял в той же группе 62,3-276,3 мкмоль/л; $M=123,85$; $P < 0,05$ против 68,4-143,4 мкмоль/л, $P < 0,001$ у некоренных) (таблица). Уровень билирубинемии более

200 мкмоль/л среди некоренных имелись только у 5,6% больных с холестазом.

С целью предоперационной подготовки и улучшения общего состояния больным с гипертензией в желчных и панкреатических протоках была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – 156 случаев (48% от 326 прооперированных), микрохолангиостомия чрескожным чреспеченочным доступом – 17, под контролем лапароскопа – 2. Предоперационная декомпрессия желчных путей с наружным дренированием желчевыводящей системы позволила улучшить состояние пациентов, снизить показатели билирубина сыворотки крови более чем на 65% от исходного уровня уже на 4-е-5-е сут с момента операции. Из 326 больных с камнями холедоха и стенозом БСД 187 (57,4%) больным выполнены восстановительные операции, 139 больным (42,6%) – реконструктивные операции. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у 19 (13%) больных с механической желтухой, гнойным холангитом и высокой степенью хирургического риска явилась окончательным неинвазивным хирургическим вмешательством с благоприятным исходом. Такая тактика способствует снижению летальности, а в ряде случаев позволяет использовать миниинвазивные хирургические вмешательства как окончательный эффективный метод лечения у больных с высоким оперативным риском – 19(13%) случаев.

В наших исследованиях ЭПСТ рассматривается нами как «операция выбора» на БСД, за исключением тех случаев, когда ее выполнить нельзя по техническим причинам. При конкрементах диаметром 5-8 мм ЭПСТ, как правило, способствовала их самостоятельному отхождению. Иногда ЭПСТ проводили в 3-4 этапа с перерывом в 2-3 дня, что было связано с большими размерами конкрементов. В срочном порядке на высоте механической желтухи с целью декомпрессии желчных путей ЭПСТ проведена у 102 больных. Приведенные в настоящем сообщении данные подтверждают целесообразность и необходимость использования эндоскопических методов лечения при заболеваниях желчевыводящих путей как предоперационной подготовки и как окончательный метод лечения при высоком оперативном риске.

Выводы

1. У обследованных больных с билиарной гипертензией выявляются факторы риска, осложняющие после-

Показатели билирубина сыворотки крови у исследуемых больных в зависимости от длительности холестаза

| Продолжительность желтухи | Группа | К-во больных n=147 | Показатели билирубина сыворотки крови, мкмоль/л | | |
|---------------------------|------------|-----------------------|---|--------|---------|
| | | | амплитуда колебаний | M | P |
| До 1 недели | Коренные | 23 | 24,3-114,5 | 40,53 | |
| | Некоренные | 16 | 21,8-112 | 51,29 | < 0,001 |
| До 2 недель | Коренные | 24 | 28-174,6 | 62,04 | < 0,001 |
| | Некоренные | 18 | 36,4-100 | 76,69 | < 0,001 |
| До 1 месяца | Коренные | 19 | 62,3-276,3 | 125,83 | < 0,05 |
| | Некоренные | 12 | 68,4-143,4 | 132,45 | < 0,001 |
| Более 1 месяца | Коренные | 23 | 120,3-584 | 179,43 | < 0,01 |
| | Некоренные | 12 | 125,3-312,0 | 247,07 | < 0,001 |

операционное течение и требующие использования современных малоинвазивных технологий.

2. Использование эндоскопической папиллосфинктеротомии в случае выявления резидуального холедохолиаза позволяет избежать повторных оперативных вмешательств у больных с высоким оперативным риском.

3. Тактика двухэтапного лечения позволяет ликвидировать обструкцию желчевыводящих путей и, как следствие, токсемию и бактериемию, ведущих к билиарному сепсису, полиорганной недостаточности, подготавливает больных к радикальной операции.

Литература

1. Борисов А.Е. Интраоперационное ультразвуковое сканирование внепеченочного желчного тракта / А.Е. Борисов, А.В. Купилянский, В.И. Амосов, В.П. Акимов // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, № 1. – С. 90-93.
2. Борисов А.Е. Intraoperative ultrasound imaging of extrahepatic biliary tract / А.Е. Borisov, А.В. Kupilyansky, V.I. Amosov, V.P. Akimov // Journal of Surgery. – 2004. – V. 163. – № 1. – P. 90-93.
3. Винокуров М.М. Двухэтапная лечебная тактика у больных с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой / М.М. Винокуров, А.П. Петров // Дальневост. мед. журнал. – 2007. – №4. – С.67-71.
4. Vinokourov M.M. Two-stage treatment policy in patients with acute calculous cholecystitis complicated by obstructive jaundice / M.M. Vinokourov, A.P. Petrov // Fareast. honey. magazine. – 2007. – № 4. – P.67-71.
5. Мумладзе Р.Б. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы / Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, Ю.Ш. Розиков // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 65-68.4.
6. Mumladze R.B. Minimally invasive methods of surgical treatment of patients with diseases of the liver, biliary tract and pancreas / R.B. Mumladze, G.M. Chechenin, Yu.Sh. Rozikov // Surgery. – 2004. – № 5. – P. 65-68.4.
7. Пути улучшения результатов оперативного лечения острого холецистита / Н.В. Ташкинов [и др.] // Дальневост. мед. журнал. – 2010. – №1. – С.37-39.
8. Ways to improve the results of surgical treatment of acute cholecystitis / N.V. Tashkinov [et al.] // Fareast. honey. magazine. – 2010. – № 1. – P.37-39.
9. Совершенствование антибактериальной терапии инфицированного панкреонекроза в многопрофильном хирургическом стационаре / В.В. Савельев [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С.36-40.
10. Improving antibiotic treatment of infected pancreatic necrosis in a multidisciplinary surgical hospital / V.V. Savelev [et al.] // Yakut medical journal. – 2012. – № 1. – P.36-40.
11. Усова Л.Е. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при патологии панкреатобилиарной системы / Л.Е. Усова // Современные технологии в клинической практике. – Новосибирск, 2003. – С. 43-45.
12. Usova L.E. Transpapillary endoscopic intervention in the pathology of pancreatobiliary system / L.E. Usova // Modern technologies in clinical practice. – Novosibirsk, 2003. – P. 43-45.
13. Хакина Ю.С. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с избыточной массой тела (патофизиологические особенности послеоперационного периода) / Ю.С. Хакина, С.Л. Лобанов // Дальневост. мед. журнал. – 2007. – №4. – С.105-107.
14. Hakina Y.S. Laparoscopic cholecystectomy in patients with overweight (pathophysiological features of postoperative period) / Yu.S. Hakina, S.L. Lobanov // Fareast. honey. magazine. – 2007. – № 4. – P.105-107.
15. Hawasli A. Management of choledocholithiasis in the era of laparoscopic surgery / A. Hawasli, L. Lloid, B. Cacucci // Am. Surg. – 2000. – May. Vol. 66, №5. – P. 425-430, discussion P. 430-431.
16. Lankisch P.G. The role of antibiotics prophylaxis in the treatment of acute pancreatitis / P.G. Lankisch, M.M. Ierch // J.Clin. Gastroenterol. – 2006. – V.40. – (2). – P. 149-155.
17. Mayerle J. Conservative treatment of acute pancreatitis / J. Mayerle, P. Si-mon, M. Kraft // Med. Klin. (Munich). – 2003; 98: 12: P. 744-749.
18. Olakowski M. Management of necrotizing pancreatitis / M. Olakowski, D. Dranka-Bojarowska // Acta Chir. Belgr. – 2006. – V.106. – № 2. – P. 172-176.

Р.Н. Захарова, А.Е. Михайлова, В.Г. Кривошапкин

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛА ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК: 614.1. (571.56)

В статье рассматривается плано-организационный процесс проведения популяционного исследования по изучению качества жизни взрослого населения Республики Саха (Якутия). Подробно описана логическая структура разработанного протокола исследования и определения объема минимальной репрезентативной выборки.

Ключевые слова: качество жизни, популяционное исследование, разработка протокола исследования.

The article deals with planning and organizing the process of population-based study of the life quality of the adult population of the Republic Sakha (Yakutia). The logical structure of the study protocol and determination of the volume of the minimal representative sample are described in detail.

Keywords: quality of life, the population study, the development of the study protocol.

Введение. Исследование качества жизни (КЖ) – надежный метод оценки здоровья и общего благополучия человека, который позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека – его физического, психологи-

ческого и социального функционирования [2, 4, 5].

Для различных институтов общества большую ценность представляют данные о результатах популяционных исследований КЖ, так называемые популяционные нормы КЖ. Под нормой в данном случае подразумевают значения показателей КЖ населения той или иной страны, того или иного региона. Следует отметить, что нормативные показатели имеются во всех странах мира [1, 3, 6- 14].

Согласно методологии исследования качества жизни, первым и осно-

вополагающим этапом проведения популяционного исследования является разработка протокола исследования КЖ. Протокол исследований КЖ – документ, который разрабатывают до начала проведения исследования и который не меняют в ходе исследования. На этапе разработки протокола исследования решаются такие задачи, как оценка объема выборки, определение инструментов исследования, верификация критериев включения и т.д. [2, 5].

В настоящей статье представлены основные этапы разработки протокола

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова: ЗАХАРОВА Раиса Николаевна – к.м.н., руковод. лаб., prn.inst@mail.ru, МИХАЙЛОВА Анна Ефремовна – к.м.н., с.н.с., nsvnsr.66@mail.ru, КРИВОШАПКИН Вадим Григорьевич – д.м.н., проф., директор института.