

восстановлением проходимости НПВ и ОБВ, а также признаками удовлетворительной реканализации ПБВ, ПКВ, вен голени.

Выводы. Учитывая тромботический анамнез (отслойка сетчатки правого глаза в 2000 г., лакунарные острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в 2006, 2011 гг. с восстановлением функций), можно было заподозрить у пациентки наличие скрытой тромбофилии. С целью предупреждения развития тромботических осложнений перед назначением варфарина целесообразно определять уровень физиологических антикоагулянтов в крови, в том числе уровень протеина С. Надеемся, что описанный выше клинический случай и полученный нами опыт найдет применение в прогнозировании и терапии варфарин-индуцированных тромбозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, С.А. Тромбозы и тромбофилии: классификация, диагностика, лечение, профилактика / С.А. Васильев, В.Л. Виноградов, А.Н. Смирнов [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2013. — № 17. — С.896.
2. Chan, Y.C. Warfarin induced skin necrosis / Y.C. Chan, D. Valentini, A.O. Mansfield, G. Stensby // Br. J. Surg. — 2000. — Vol. 87(3). — P.266—272.
3. Essex, D.W. Late-onset warfarin-induced skin necrosis: case report and review of the literature / D.W. Essex, S.S. Wynn, D.K. Jin // Am. J. Hematol. — 1998. — Vol. 57(3). — P.233—237.
4. Geerts, W.H. Prevention of venous thromboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy / W.H. Geerts, G.F. Pineo, J.A. Heit [et al.] // Chest. — 2004. — Vol. 126 (suppl. 3). — P.338S—400S.
5. Haas, S. Deep vein thrombosis. Beyond the operating table / S. Haas // Orthopedics. — 2000. — Vol. 23, № 6. — P.629—632.
6. Heit, J.A. Prevention of venous thromboembolism: Sixth American college of chest physicians consensus conference on antithrombotic therapy / J.A. Heit, G.P. Clagett // Chest. — 2001. — Vol. 119. — P.1325—1755.
7. Ikezoe, T. Trombomodulin/activated protein C system in septic disseminated intravascular coagulation / T. Ikezoe // J. Intensive Care. — 2015. — Vol. 3(1). — URL: 10.1186/s40560-014-0050-7.eCollection 2015
8. Irwin, R.S. Warfarin induced skin necrosis / R.S. Irwin, J.M. Rippe // Irwin and Rippe is Intensive Care Medicine. — 6th ed. — Philadelphia: Lippincott Williams, 2007. — P.2267.
9. Warkentin, T.E. Multicentric warfarin-induced skin necrosis complicating heparin-induced thrombocytopenia / T.E. Warkentin, W.M. Sikov, D.P. Lillicrap // Am. J. Hematol. — 1999. — Vol. 62(1). — P.44—48.
10. White, R.H. Incidence and time course of thromboembolic outcomes following total hip or knee arthroplasty / R.H. White, P.S. Romano, H. Zhou [et al.] // Arch. Intern. Med. — 1998. — Vol. 158, № 14. — P.1525—1531.

REFERENCES

1. Vasil'ev, S.A. Trombozy i trombofilii: klassifikaciya, diagnostika, lechenie, profilaktika [Thrombosis and thrombophilia: classification, diagnosis, treatment, prevention] / S.A. Vasil'ev, V.L. Vinogradov, A.N. Smirnov [i dr.] // Russkii medicinskii zhurnal [Russian medical journal]. — 2013. — № 17. — S.896.
2. Chan, Y.C. Warfarin induced skin necrosis / Y.C. Chan, D. Valentini, A.O. Mansfield, G. Stensby // Br. J. Surg. — 2000. — Vol. 87(3). — P.266—272.
3. Essex, D.W. Late-onset warfarin-induced skin necrosis: case report and review of the literature / D.W. Essex, S.S. Wynn, D.K. Jin // Am. J. Hematol. — 1998. — Vol. 57(3). — P.233—237.
4. Geerts, W.H. Prevention of venous thromboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy / W.H. Geerts, G.F. Pineo, J.A. Heit [et al.] // Chest. — 2004. — Vol. 126 (suppl. 3). — P.338S—400S.
5. Haas, S. Deep vein thrombosis. Beyond the operating table / S. Haas // Orthopedics. — 2000. — Vol. 23, № 6. — P.629—632.
6. Heit, J.A. Prevention of venous thromboembolism: Sixth American college of chest physicians consensus conference on antithrombotic therapy / J.A. Heit, G.P. Clagett // Chest. — 2001. — Vol. 119. — P.1325—1755.
7. Ikezoe, T. Trombomodulin/activated protein C system in septic disseminated intravascular coagulation / T. Ikezoe // J. Intensive Care. — 2015. — Vol. 3(1). — URL: 10.1186/s40560-014-0050-7.eCollection 2015
8. Irwin, R.S. Warfarin induced skin necrosis / R.S. Irwin, J.M. Rippe // Irwin and Rippe is Intensive Care Medicine. — 6th ed. — Philadelphia: Lippincott Williams, 2007. — P.2267.
9. Warkentin, T.E. Multicentric warfarin-induced skin necrosis complicating heparin-induced thrombocytopenia / T.E. Warkentin, W.M. Sikov, D.P. Lillicrap // Am. J. Hematol. — 1999. — Vol. 62(1). — P.44—48.
10. White, R.H. Incidence and time course of thromboembolic outcomes following total hip or knee arthroplasty / R.H. White, P.S. Romano, H. Zhou [et al.] // Arch. Intern. Med. — 1998. — Vol. 158, № 14. — P.1525—1531.

© А.Н. Данилов, 2015

УДК 616-002.5-036.22(470.44)

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36 КАК ОПЕРЕЖАЮЩИЙ ИНДИКАТОР ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВИЧ ДАНИЛОВ, канд. мед. наук, доцент кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, тел. 8-845-2-26-16-90, e-mail: dispans@san.ru

Реферат. Цель исследования — проанализировать возможность использования показателя качества жизни как опережающего индикатора при оценке эпидемиологической обстановки по туберкулезу на конкретной территории. **Материал и методы.** С помощью опросника SF-36 были изучены показатели качества жизни у 4861 жителя

Саратовской области в период флюорографического обследования в 2010—2013 гг. *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что при снижении качества жизни населения увеличивается заболеваемость туберкулезом. Установлено, что, по данным опросника SF-36, у 2451 человека, проживающего в шести районах Саратовской области, снижение качества жизни на одну условную единицу в текущем году прогнозирует рост заболеваемости туберкулезом на 0,53% в последующем. Расхождения между прогнозируемой в текущем году и реальной заболеваемостью туберкулезом в последующем на конкретной территории Саратовской области по разработанной методике варьировали в пределах 25,3—6,7% и в среднем составили 15,8%. Выявленные закономерности позволяют рекомендовать применение данного метода в практическом здравоохранении. *Заключение.* Мониторинг качества жизни населения с помощью опросника SF-36 может выступать в качестве опережающего индикатора при прогнозировании эпидемиологической обстановки по туберкулезу на конкретной территории.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемиология, прогнозирование, качество жизни.

MONITORING THE QUALITY OF LIFE USING A QUESTIONNAIRE SF-36 AS A LEADING INDICATOR PREDICTION EPIDEMIOLOGICAL SITUATION TUBERCULOSIS

ALEXEY N. DANILOV, Candidate of Medical Science, associate professor of the Department of epidemiology of SBEI HPE «Saratov State Medical University of named after V.I. Razumovsky» of Russian Ministry of Health, Russia, Saratov, tel. 8-845-2-26-16-90, e-mail: dispans@san.ru

Abstract. *Aim.* To analyze the possibility of using the index of quality of life as a leading indicator when assessing the epidemiological situation of tuberculosis in a particular area. *Material and methods.* With use the SF-36 were studied quality of life of 4861 residents of the Saratov region in period 2010—2013. *Results.* Found that reducing the quality of life increases the incidence of tuberculosis. It was found that, according to SF-36 of 2451 people living in the six districts of the Saratov region reduced quality of life to one conventional unit this year, predicts growth of tuberculosis on 0,53% thereafter. Discrepancies between predicted in the current year and the actual incidence of tuberculosis in the future in a particular area of the Saratov region by the developed technique is ranged 25,3—6,7% and averaged 15,8%. Revealed regularities allow us to recommend this method for use in medical practice. *Conclusion.* Monitoring the quality of life using the SF-36 may act as a leading indicator in predicting the epidemiological situation of tuberculosis in a particular area.

Key words: tuberculosis, epidemiology, prognosis, quality of life.

Введение. Среди характеристик эпидемиологической обстановки по туберкулезу показатель заболеваемости относится к наиболее важным. Снижение этого параметра в течение нескольких лет свидетельствует об улучшении эпидемиологической обстановки, а увеличение — об ее ухудшении. Следует отметить, что этот показатель отражает только сам факт изменения эпидемиологической обстановки, но не раскрывает глубинные процессы, приводящие к этим изменениям. Так, например, в период с 2000 по 2007 г. в России наблюдалась четкая тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом и ничего не предвещало ее роста в 2008—2009 гг. Однако при ретроспективном анализе можно отметить, что этот период совпал с началом мирового экономического кризиса [2]. Приведенные данные четко показывают, что заболеваемость туберкулезом определяется не только вероятностью тесного контакта человека с больным туберкулезом, но и наличием различных факторов, снижающих резистентность организма человека к возбудителю. Среди этих факторов можно выделить социально-экономические, бытовые, экологические, производственные и многие другие [5, 8].

Во второй половине XX в. было проведено огромное количество исследований, посвященных анализу различных причин и их комбинаций, повышающих риск развития туберкулеза и, как следствие, ухудшающих эпидемиологическую ситуацию. Методика

и идеология этих исследований крайне различались, а результаты проведенных исследований зачастую оказывались противоречивыми [1, 6, 7].

На наш взгляд, перспективным направлением в плане поиска индикаторов, позволяющих прогнозировать изменения в эпидемиологической обстановке на ближайший период, может быть применение показателя качества жизни. Исследование качества жизни в настоящее время является надежным методом оценки общего благополучия не только индивида, но и групп людей, различных по возрасту, полу, профессии и другим категориям населения и общества в целом [10]. При этом изучение качества жизни обеспечивает возможность получения таких характеристик здоровья, которые не могут быть идентифицированы никаким другим методом. В научной литературе имеется большое количество работ, посвященных анализу качества жизни больных с уже диагностированным туберкулезом [3, 4, 9], однако этот показатель в оценке и прогнозировании эпидемиологической обстановки до настоящего времени не использовался.

Цель исследования — проанализировать возможность использования показателя качества жизни как опережающего индикатора при оценке эпидемиологической обстановки по туберкулезу на конкретной территории.

Материал и методы. Результаты настоящего исследования получены в ходе анализа статистической отчетности Миздрава Саратовской области

в период с 2010 по 2013 г. Кроме того, за указанный период с помощью опросника SF-36 были изучены показатели качества жизни у 4861 жителя Саратовской области в период флюорографического обследования. Опросник SF-36 (англ. — *the Short Form-36*) — это неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, широко используемый при проведении исследований качества жизни в странах Европы и США. Он был установлен для оценки качества жизни в Италии, Франции, Австралии и общей популяции США. В странах Европы и США были проведены исследования отдельных групп людей и получены результаты по нормам для здорового населения и для больных с различными хроническими заболеваниями (с распределением на группы соответственно возрасту и полу). Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, которые влияют на состояние здоровья. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование; ролевая деятельность; телесная боль; общее здоровье; жизнедеятельность; социальное функционирование; эмоциональное состояние; психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья. Для статистической обработки применяли пакеты программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6.0». Проверка нормальности распределения осуществлялась с помощью теста Колмогорова — Спиринга. Показатель достоверности оценивали по Стьюденту. Различия оценивались как достоверные при вероятности 95% ($p < 0,05$) и выше.

Результаты и их обсуждение. Качество жизни населения с помощью опросника SF-36 оценивалось в шести районах Саратовской области с различным уровнем заболеваемости туберкулезом в период прохождения флюорографического обследования (табл. 1). Как следует из табл. 1, количество лиц, включенных в исследование, и их возраст в различных районах были статистически сопоставимыми, что обеспечивает корректность статистической обработки полученных результатов.

В целом можно отметить, что при снижении качества жизни населения увеличивается заболеваемость туберкулезом. Так, максимальный уровень заболеваемости туберкулезом в 2012 г. был зарегистрирован в Воскресенском районе и составил 82,6 на 100 тыс. населения, а минимальный — в Аркадакском (23,7 на 100 тыс. населения). Таким образом, заболеваемость в Воскресенском районе оказалась практически в 3,5 раза выше, чем в Аркадакском. В то же время на фоне низкой заболеваемости у населения Аркадакского района регистрировались более высокие значения показателя качества жизни по шкалам опросника SF-36. Наиболее выраженные различия при высокой и низкой заболеваемости туберкулезом отмечались по таким шкалам опросника SF-36, как ролевое эмоциональное функционирование (RE), социальное функционирование (SF), общее состояние здоровья (GH), психическое здоровье (MH). В Аркадакском районе при уровне заболеваемости 23,7 на 100 тыс. населения: GH — $(38,7 \pm 1,4)$ ед., SF — $(40,3 \pm 3,2)$ ед., RE — $(35,1 \pm 1,2)$ ед., MH — $(46,4 \pm 0,9)$ ед., в то время как в Воскресенском — GH — $(21,2 \pm 1,8)$ ед., SF — $(23,8 \pm 1,2)$ ед., RE — $(18,1 \pm 1,6)$ ед., MH — $(30,2 \pm 1,4)$ ед. ($p < 0,05$). Значения по другим шкалам по мере роста заболеваемости в районах области также снижались. Так, в Аркадакском районе значения по шкале физического функционирования (PF) были равны $(42,8 \pm 2,6)$ ед., а в Воскресенском районе снижались до $(37,6 \pm 3,3)$ ед. ($p > 0,05$). Различия по шкале ролевого физического функционирования (RP) не превышали 9,1%, болевых ощущений (BP) — 9,5%, жизнеспособности (VT) — 9,4% ($p > 0,05$).

Суммируя представленные в табл. 1 данные, можно констатировать, что между снижением качества жизни населения на анализируемой территории за один год наблюдения и показателем заболеваемости туберкулезом имеется определенная зависимость. В настоящем исследовании нами были установлены численные значения имеющейся взаимосвязи в виде регрессионной зависимости. Данная зависимость позволяет вычислить прогнозируемую заболеваемость туберкулезом в конце второго года наблюдения, если в предыдущем году качество жизни изменилось на x_j . В данном случае x_j опреде-

Таблица 1

Соотношение уровня заболеваемости туберкулезом с показателями качества жизни опросника SF-36

Районы Саратовской области	Кол-во, <i>n</i>	Возраст, лет	Уровень заболеваемости на 100 тыс. населения, 2012	Шкалы опросника SF-36								
				PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
Воскресенский	437	44,6±5,9	82,6	37,6±3,3	41,7±2,1	40,3±1,8	21,2±1,8	48,6±2,1	23,8±1,2	18,1±1,6	30,2±1,4	
Ершовский	389	47,1±4,8	73,9	40,3±2,8	40,6±1,6	39,9±2,3	24,6±1,8	46,6±1,8	25,6±1,8	22,6±0,8	31,7±1,4	
Алгайский	401	45,5±6,4	59,9	42,2±1,6	41,5±2,1	41,6±1,7	27,4±1,6	26,2±2,8*	30,7±2,2	24,4±1,2	34,8±1,6	
Ивантеевский	416	42,9±8,1	40,3	24,6±1,7*	44,6±3,1	40,7±1,6	31,7±2,1	52,6±1,4	38,4±1,6*	27,2±1,6*	38,2±2,4	
Татищевский	377	46,1±4,9	31,6	41,9±2,8	44,8±2,1	37,8±2,4	36,1±1,2*	54,1±1,6	40,3±2,0*	30,9±1,6*	43,7±1,0*	
Аркадакский	431	46,5±3,8	23,7	42,8±2,6	45,4±1,9	38,2±1,6	38,7±1,4*	51,7±2,8	40,3±3,2*	35,1±1,2*	46,4±0,9*	

*Достоверность различий с Воскресенским районом ($p < 0,05$).

ляется как качество жизни в начале года P_1 минус качество жизни в конце года P_2 , т.е. $x_1 = P_1 - P_2$. Учитывая, что при оценке качества жизни необходимо оценивать все ее составляющие по восьми шкалам опросника SF-36, суммарное изменение качества жизни в шести районах Саратовской области будет вычисляться по формуле:

$$x_1 = \sum_1^n P_i - \sum_1^n P_j,$$

где P_i — значения по шкалам опросника SF-36 в начале предыдущего года; P_j — в начале последующего; n — количество районов в Саратовской области, где проходило обследование; i, j — количество шкал опросника.

На втором этапе для нахождения коэффициента линейной регрессии мы определяем прирост заболеваемости туберкулезом к концу второго года наблюдения при известном изменении качества жизни в предыдущем в процентах по формуле:

$$\left(100 - \frac{\sum_1^n P_i}{\sum_1^n P_j}\right),$$

где R_i — число случаев туберкулеза на 100 тыс. в предыдущем году; R_j — в последующем; n — количество районов в Саратовской области.

На заключительном этапе вычислений мы находим отношение, показывающее на сколько процентов изменится количество заболевших туберкулезом к концу второго года наблюдения при изменении суммарного качества жизни населения в предыдущем году на одну условную единицу опросника SF-36.

Проведенные расчеты по результатам анализа показателей качества жизни у 2451 человека из 6 районов показали, что снижение суммарного показателя качества жизни населения на 1 ед. увеличивает заболеваемость туберкулезом на анализируемой территории на 0,53%. При улучшении

показателя качества жизни наблюдается обратная тенденция.

Для оценки надежности выявленных взаимосвязей между изменением качества жизни населения и динамикой заболеваемости туберкулезом нами в период с 2011 по 2013 г. в других шести районах Саратовской области производился мониторинг качества жизни, а полученные данные сопоставлялись с изменением заболеваемости (табл. 2). При детальном анализе полученных данных можно отметить, что во всех случаях снижение качества жизни населения в течение года сопровождалось в следующем году ростом заболеваемости туберкулезом, а повышение качества жизни — улучшением эпидемиологической обстановки. Так, в Питерском районе в 2011 г. заболеваемость туберкулезом составила 43,9 на 100 тыс. населения. В этом же году качество жизни населения повысилось на 45,2 ед. При данных условиях согласно выполненным расчетам в 2012 г. прогнозировалось снижение заболеваемости туберкулезом на 24,1%, или до 36,7 на 100 тыс. населения в относительных значениях. По данным официальной статистики Минздрава Саратовской области, заболеваемость в Питерском районе оказалась еще ниже и составила 33,9 на 100 тыс. населения, т.е. расхождения в количественном выражении между прогнозом и реальными цифрами не превысили 7,6%. Аналогичные данные были получены при прогнозировании ухудшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Ртищевском районе в 2013 г. В 2012 г. заболеваемость туберкулезом составила 34,5 на 100 тыс. населения, по данным анкетирования качество жизни населения на данной территории снизилось за один год на 56,6 ед., что, согласно разработанной методики, прогнозирует повышение заболеваемости туберкулезом в 2013 г. на 30% — до 48,6 на 100 тыс. населения в относительных значениях. Реальная заболеваемость туберкулезом в Ртищевском районе в 2013 г. составила 50,6 на 100 тыс. населения, что на 4,0% выше прогноза. Суммируя полученные данные, можно констатировать, что изменения ка-

Таблица 2

Соотношения изменений в качестве жизни населения с динамикой эпидемиологической обстановки по туберкулезу в районах Саратовской области за период с 2011 по 2013 г.

Районы Саратовской области	Кол-во, n	Период наблюдения											
		2011 г.				2012 г.				2013 г.			
		Заболеваемость на 100 тыс.	Изменение показателя качества жизни, ед.	Прогноз заболеваемости на 2012 г.		Заболеваемость на 100 тыс.	Изменение показателя качества жизни, ед.	Прогноз заболеваемости на 2013 г.		Заболеваемость на 100 тыс.	Изменение показателя качества жизни, ед.	Прогноз заболеваемости на 2014 г.	
Изменение, %	Число случаев на 100 тыс.			Изменение, %	Число случаев на 100 тыс.			Изменение, %	Число случаев на 100 тыс.				
Питерский	410	43,9	45,2	-24,1	36,7	33,9	47,1	-15,1	25,1	28,7	-54,7	29,4	39,6
Пугачевский	390	63,8	30,1	-16,2	53,8	57,4	88,6	-47,4	30,4	38,1	-47,7	16,7	44,8
Ртищевский	431	27,6	-20,9	11,1	30,6	34,5	-56,6	30,0	48,6	50,6	-22,2	11,8	56,6
Дергачевский	386	52,4	34,1	-18,1	43,7	39,0	-84,9	45,0	60,2	74,3	-16,7	8,9	80,3
Романовский	392	25,6	37,7	-20,0	20,6	19,0	41,8	-22,2	15,7	19,4	-91,6	48,6	31,6
Турковский	401	17,1	68,3	-26,2	11,2	13,0	25,6	-13,6	14,3	16,4	-64,7	34,3	24,2

чества жизни на конкретной территории можно рассматривать в качестве опережающего индикатора при определении эпидемиологической обстановки по туберкулезу на ближайший период по параметру заболеваемости.

Выводы:

Мониторинг качества жизни населения с помощью опросника SF-36 может выступать в качестве опережающего индикатора при прогнозировании эпидемиологической обстановки по туберкулезу на конкретной территории.

Результаты исследования показали, что на каждую условную единицу снижения суммарного показателя качества жизни, по данным опросника SF-36, у 2451 человека, проживающего в шести районах Саратовской области, в текущем году прогнозируется рост заболеваемости туберкулезом на 0,53% в последующем.

Расхождения между прогнозируемой и реальной заболеваемостью туберкулезом на конкретной территории Саратовской области по разработанной методике варьировали в пределах 6,7—25,3% и в среднем составили 15,8%, что позволяет рекомендовать данный метод для применения в практическом здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринбойм, О.Н. Медико-экономические возможности оптимизации лечения туберкулеза у больных с лекарственной устойчивостью: дис. ... канд. мед. наук / Баринбойм Ольга Николаевна. — М., 2009. — 143 с.
2. Белиловский, Е.М. Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации / Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, И.М. Сон, О.Б. Нечаева // Туберкулез в Российской Федерации в 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. — М., 2013. — С.27—38.
3. Гнездилова, Е.В. Качество жизни у инвалидов по туберкулезу легких / Е.В. Гнездилова // Восьмой Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме. — М., 1998. — С.481.
4. Гурылева, М.Э. Качество жизни больных туберкулезом на санаторном этапе лечения / М.Э. Гурылева, Л.А. Горбунова, О.В. Ловачева, З.Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. — № 7. — С.17—22.
5. Докторова, Н.П. Клинико-экономическая эффективность лечения молодых больных инфильтративным деструктивным туберкулезом легких с разной степенью социальной адаптации: дис. ... канд. мед. наук / Докторова Наталья Петровна. — М., 2007. — 152 с.
6. Казиминова, Н.Е. Эколого-эпидемиологическая характеристика лекарственно-устойчивых форм возбудителя туберкулеза / Н.Е. Казиминова, Л.Е. Паролина // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2008. — № 2(22), ч. 2. — С.408—409.
7. Морозова, Т.И. Критерии оценки эффективности химиотерапии в противотуберкулезном стационаре / Т.И. Морозова, Л.Е. Паролина, Н.П. Докторова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 6. — С.13—15.
8. Морозова, Т.И. Туберкулез легких: социальные проблемы / Т.И. Морозова, Л.Е. Паролина, В.И. Завалев. — Саратов: СГМУ, 2003. — 150 с.
9. Пьянзова, Т.В. Качество жизни больных с впервые выявленным туберкулезом легких, получающих противотуберкулезную терапию на стационарном этапе

/ Т.В. Пьянзова, Н.В. Лузина, О.А. Беликова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 5. — С.130—131.

10. Суховская, О.А. Использование общих и специальных опросников изучения качества жизни в пульмонологии / О.А. Суховская // Десятый Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме. — СПб., 2000. — С.187.

REFERENCES

1. Barinboim, O.N. Mediko-ekonomicheskie vozmozhnosti optimizatsii lecheniya tuberkuleza u bol'nyh s lekarstvennoi ustoychivost'yu: dis. ... kand. med. nauk [Clinical and economic opportunities to optimize the treatment of tuberculosis in patients with drug-resistant] / Barinboim Ol'ga Nikolaevna. — M., 2009. — 143 s.
2. Belilovskii, E.M. Zaboлеваemost' tuberkulezom v Rossiiskoi Federacii [The incidence of tuberculosis in the Russian Federation] / E.M. Belilovskii, S.E. Borisov, I.M. Son, O.B. Nechaeva // Tuberkulez v Rossiiskoi Federacii v 2011 g. Analiticheskii obzor statisticheskikh pokazatelei, ispol'zuemyh v Rossiiskoi Federacii i v mire [Tuberculosis in the Russian Federation, 2011. Analytical review of the statistical indicators used in the Russian Federation for tuberculosis]. — M., 2013. — S.27—38.
3. Gnezdilova, E.V. Kachestvo zhizni u invalidov po tuberkulezu legkih [Quality of life of persons with disabilities to pulmonary tuberculosis] / E.V. Gnezdilova // Vos'moi Nacional'nyi kongress po boleznyam organov dyhaniya: sb. rezyume [8 National Congress on Respiratory Diseases: Proceedings resume]. — M., 1998. — S.481.
4. Guryleva, M.E. Kachestvo zhizni bol'nyh tuberkulezom na sanatornom etape lecheniya [Quality of life of patients with tuberculosis on sanatorium stage of treatment] / M.E. Guryleva, L.A. Gorbunova, O.V. Lovacheva, Z.H. Kornilova // Problemy tuberkuleza i boleznei legkih [Problems of Tuberculosis and Lung Disease]. — 2005. — № 7. — S.17—22.
5. Doktorova, N.P. Kliniko-ekonomicheskaya effektivnost' lecheniya molodyh bol'nyh infiltrativnym destruktivnym tuberkulezom legkih s raznoi stepen'yu social'noi adaptatsii: dis. ... kand. med. nauk [Clinical and economic effectiveness of treatment of young patients with infiltrative pulmonary tuberculosis with lung destruction and different level of their social adaptation] / Doktorova Natal'ya Petrovna. — M., 2007. — 152 s.
6. Kazimirova, N.E. Ekologo-epidemiologicheskaya harakteristika lekarstvenno-ustoychivyh form vzbuditelya tuberkuleza [Ecological and epidemiological characteristics Mycobacterium tuberculosis of drug-resistant] / N.E. Kazimirova, L.E. Parolina // Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii [Bulletin of the Russian Academy of Military Medicine]. — 2008. — № 2(22), ch. 2. — S.408—409.
7. Morozova, T.I. Kriterii ocenki effektivnosti himioterapii v protivotuberkuleznom stacionare [Criteria for assessing the effectiveness of chemotherapy in a tuberculosis hospital] / T.I. Morozova, L.E. Parolina, N.P. Doktorova // Problemy tuberkuleza i boleznei legkih [Problems of Tuberculosis and Lung Disease]. — 2007. — № 6. — S.13—15.
8. Morozova, T.I. Tuberkulez legkih: social'nye problemy [Pulmonary tuberculosis: social problems] / T.I. Morozova, L.E. Parolina, V.I. Zavalev. — Saratov: SGMU, 2003. — 150 s.
9. P'yanzova, T.V. Kachestvo zhizni bol'nyh s vperve vyavlenym tuberkulezom legkih, poluchayuschih protivotuberkuleznuyu terapiyu na stacionarnom etape [Quality of life in patients newly diagnosed with pulmonary tuberculosis receiving TB treatment at a stationary

stage] / T.V. P'yanzova, N.V. Luzina, O.A. Belikova [i dr.] // Tuberkulez i bolezni legkih [Tuberculosis and Lung Disease]. — 2011. — № 5. — S.130—131.

10. *Suhovskaya, O.A.* Ispol'zovanie obschih i special'nyh oprosnikov izucheniya kachestva zhizni v pul'monologii

[The use of questionnaires of general and special study of quality of life in pulmonology] / O.A. Suhovskaya // Desyatyi Nacional'nyi kongress po boleznyam organov dyhaniya: sb. rezyume [10 National Congress on Respiratory Diseases: Proceedings resume]. — SPb., 2000. — S.187.

© Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, А.Х. Бабаджанов, Ж.Д. Жамилов, 2015
УДК 616.149-008.341.1-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ФЕРУЗ ГАФУРОВИЧ НАЗЫРОВ, докт. мед. наук, проф., директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан, тел. 8-371-233-49-09, e-mail: cs75@mail.ru

АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ДЕВЯТОВ, докт. мед. наук, проф., гл. научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан, тел. 8-371-277-06-17, e-mail: avdevyatov1777@gmail.com

АЗАМ ХАСАНОВИЧ БАБАДЖАНОВ, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан, тел. 8-371-277-06-17, e-mail: azam747@mail.ru
Жасур Давранович Жамилов, врач-ординатор отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан, тел. 8-371-277-06-17, e-mail: jasurdavronovich@gmail.com

Реферат. Цель исследования — изучить отдаленные результаты модифицированной методики тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии. *Материал и методы.* К настоящему времени модифицированный вариант операции выполнен 73 больным с синдромом портальной гипертензии (ПГ). У 36 больных причиной ПГ явился цирроз печени (ЦП), у 30 больных диагностирована внепеченочная форма ПГ, еще у 8 больных установлена смешанная форма ПГ. Возраст больных колебался от 13 до 65 лет, средний показатель при этом составил $(31,6 \pm 1,7)$ года. По полу больные распределялись следующим образом: мужчин — 44, женщин — 29. В 53 случаях больные госпитализированы в плановом порядке, а 20 пациентов доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения. *Результаты и их обсуждение.* Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и у 66 пациентов с модифицированной техникой тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК). Рецидив кровотечений отмечен у 15,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 23,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 15,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечение отмечено в 6,0% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции было остановлено консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 7,6% (5 пациентов). Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 16,4% соответственно. *Заключение.* Прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов ТРГЭК, позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, разобщающие операции, метод лигатурной транссекции, кровотечение из ВРВПЖ.

RESULT OF TOTAL DISSOCIATION OF GASTROESOPHAGEAL COLLECTOR IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

FERUZ G. NAZYROV, Doctor of Medical Science, Professor, Director of Republican Specialized Center of Surgery of named after acad. V.Vahidov, Tashkent, Uzbekistan, tel. 8-371-233-49-09, e-mail: cs75@mail.ru

ANDREY V. DEVYATOV, Doctor of Medical Science, Professor, chief researcher of the Department of surgery of portal hypertension and pancreatoduodenal zone of Republican Specialized Center of Surgery of named after acad. V.Vahidov, Tashkent, Uzbekistan, tel. 8-371-277-06-17, e-mail: avdevyatov1777@gmail.com

AZAM KH. BABADZHANOV, Candidate of Medical Science, senior research fellow of the Department of surgery of portal hypertension and pancreatoduodenal zone of Republican Specialized Center of Surgery of named after acad. V.Vahidov, Tashkent, Uzbekistan, tel. 8-371-277-06-17, e-mail: azam747@mail.ru

ZHASUR D. ZHAMILOV, surgeon of the Department of surgery of portal hypertension and pancreatoduodenal zone of Republican Specialized Center of Surgery of named after acad. V.Vahidov, Tashkent, Uzbekistan, tel. 8-371-277-06-17, e-mail: jasurdavronovich@gmail.com

Abstract. Aim. To study long-term results of the modified technique of total dissociation of gastroesophageal collector (TDGEC) in patients with portal hypertension. *Material and methods.* A modified version of the operation carried out to 73 patients with the PH syndrome. In 36 patients the cause of PH was liver cirrhosis, 30 patients diagnosed