

67мкг/л/ч. УЗ—признаки острого калькулезного холецистита, умеренная гепатомегалия. Диагноз: ЖКБ, острый калькулезный холецистит. Больной показано оперативное лечение после предоперационной подготовки. В 16:45 13.10.15г Типичная лапароскопия из верхней параумбиликальной точки с наложением карбоксипневмоперитонеума. При осмотре: печень, желудок, ДПК, кишечник-без патологии. Желчный пузырь 10×5см, напряжен, стенка утолщена, инфильтрирована, гиперемирована, в спаечном процессе с большим сальником.

Дополнительно установлены 2 порта. Спайки рассечены. Пузырный проток отчетливо не дифференцируется. Решено продолжить операцию из минилапаротомного доступа. Пневмоперитонеум снят. Швы на раны. Типичная трансректальная минилапаротомия в правом подреберье длиной до 5см. Выпота, фибрина нет. Печень, ДПК визуально не изменены. Желчный пузырь пунктирован, получен гной. В просвете 8 конкрементов от 0,5 до 1,5 см. Выявлено, что имеется синдром Мириizzi – пузырьный проток практически отсутствует. Шейка желчного пузыря с вклиненным камнем переходит в гепатикохоledох. Хоledох визуально до 0,6-0,7 см. Субсерозная электрохирургическая холецистэктомия комбинированным способом, с перевязкой а. Cysticus. При этом имеется дефект в хоledохе 0,5см. При ревизии конкрементов в хоledохе не выявлено. Установлен дренаж Кера. Швы на хоledох до дренажа герметичны. Дренаж под печень. Послойно швы на рану. Повязка. 14.10.15 – 1е сутки. Состояние стабильное, средней тяжести. Боли в животе не выражены. Тошноты нет. Кожа бледно-розового цвета. Дыхание свободное, пульс – 80 в мин., АД 130 и 80мм рт ст. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационных ран. Симптомов раздражения брюшины нет. Повязки сухие, диурез достаточный.

Выводы

Несмотря на то, что частота встречаемости синдрома Мириizzi не велика и составляет всего 1–5%, хирурги, оказывающие помощь пациентам с urgentными заболеваниями желчевыводящей системы должны помнить об этом грозном патологическом процессе.

Литература:

1. Шишкин А. А. Клинические вопросы экстремального течения синдрома Мириizzi / А. А. Шишкин, Н. А. Пострелов, Ю. В. Плотников // — Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 108 (8):91-95
2. Beltran M.A. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. / . M.A. Beltran, A. Csendes, K.S. Cruces // World J Surg, 2008, vol. 32, pp. 2237-2243.

УДК 616.346.2-089.87

А.А. Зеленин, А.И. Серков, А.В. Спирин, В.А.Козлов
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ 347749 БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ

**АППЕНДИЦИТОМ В 1996-2014 ГГ. В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ:
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ОПЕРАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ,
ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**
Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета
Кафедра патологической анатомии
Уральский государственный медицинский университет
МБУ ЦГКБ №1 Октябрьского района г. Екатеринбург
г. Екатеринбург, Российская Федерация

**A.A. Zelenin, A.I. Serkov, A.V. Spirin, V.A.Kozlov
SURGICAL TREATMENT OF 347749 PATIENTS WITH ACUTE
APPENDICITIS IN 1996-2014 YEARS IN EKATERINBURG. THE
INCIDENCE OF OPERATING ACTIVITY, MORTALITY AND
PATHOLOGICAL DATA.**

Department of surgical diseases medical-prophylactic faculty
Department of Pathological Anatomy
Medical University Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation
MBI CCCH №1, Ekaterinburg

Контактный e-mail: a.a.zelenin@bk.ru

Аннотация. в статье освещены спорные вопросы заболеваемости, операционной активности, «напрасных аппендектомий» и патоморфологических исследований

Annotation. The article highlights the contentious issues of morbidity, operating activity, "needless appendectomies" and pathological studies

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопическая аппендектомия, морфологические изменения червеобразного отростка.

Keywords: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, the morphological changes of the appendix.

Введение

Основания к выполнению работы: частота заболеваемости острым аппендицитом (ОА); наличие пускay низкой (выражающейся в десятых и сотых долях), но летальности; широкое внедрение мини-лапаротомных и лапароскопических аппендектомий; отсутствие сравнительного анализа результатов лечения ОА и мониторинга за длительный период времени по г. Екатеринбург и отдельным лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ).

Цель исследования - улучшение результатов лечения ОА в г.Екатеринбурге, путем ознакомления с опытом ЛПУ, имеющих лучшие показатели. Задачи: На основании сравнительного анализа результатов лечения большого количества пациентов за длительные промежутки времени составить

представление об уровне оказания помощи по городу в целом и в каждом ЛПУ, определить пути внедрения лучших методов диагностики и лечения.

Материалы и методы

Использованы: отчеты главных хирургов за 1996-2014гг., истории болезни, журналы регистрации биопсийного и операционного материала.

Проведено сравнение оказания помощи больным ОА, лечившимся в г. Екатеринбурге по городу в целом и по каждому ЛПУ за 18 лет, разбитых на 3 периода. Периоды: в I периоде (1996-2000 гг.) - при аппендектомии используется традиционный и мини-доступ. Во II периоде (2001-2009 гг.) в основном применялся мини-доступ, и, наконец, в III периоде (2011-2014 гг.) – широкое внедрение лапароскопических аппендектомий (ЛА). Кроме того, I период характеризуется тяжелым материально-техническим положением. Во II периоде материально-техническое оснащение ЛПУ улучшилось. В III периоде обстановка неоднозначная.

Результаты и их обсуждение

В г. Екатеринбурге с населением 1133 тысяч человек неотложную помощь по абдоминальной хирургии оказывают 5 ЛПУ. За каждой из них закреплены районы с разной численностью населения. В ЛПУ №1 количество обслуживаемого населения составляет 365 тысяч человек, в ЛПУ №7 – 186 тысяч человек, в ЛПУ №14 – 267 тысяч человек, в ЛПУ №20 – 132 тысячи человек, а в ЛПУ №40 – 183 тысячи человек. Кафедры имеются на базе ЛПУ №1,7,14,40. На базе ЛПУ №20 кафедра отсутствует.

В начале мы кратко приведем данные оказания помощи пациентам с ОА по городу в целом по периодам, не останавливаясь на отдельных ЛПУ.

В I периоде поступило 9483 пациента (в среднем за год - 1876), во II 16962 (в среднем за год -1867), в III период - 8294 (в среднем за год - 2074). Мы принимаем заболеваемость в I периоде за 100%, тогда во II периоде она составляет 99,5%, а в III периоде 111%. Разница по количеству в среднем в год минимальна. Оперативная активность во все годы практически одинакова: от 99,01% до 99,7%. Послеоперационная летальность в I периоде составляла 0,15%, во II периоде - 0,2% и в III периоде - 0,16%, то есть существенных отличий также нет.

Различия по городу в целом не значительны, более выражены они по отдельным ЛПУ. Сегодняшнее состояние лучше отражают данные за 2011-2014гг. (табл.1).

Таблица 1

Острый аппендицит. Заболеваемость, оперативная активность, лапароскопические операции, летальность в ЛПУ г. Екатеринбурга в 2011-2014 гг.

ЛПУ, обслуж. населения	кол-во	ЛПУ №1	ЛПУ №7	ЛПУ №14	ЛПУ №20	ЛПУ №40	Всего 1133039
		365545	185882	266734	131725	183153	

*I Международная (71 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

Показатели						
Поступило.	2574	1059	1689	835	2137	8294
Оперировано на	2562	1059	1681	835	2133	8270
обслуживаемое	99,5%	100%	99,5%	100%	99,8%	99,7%
население						
Поступило.	704,1	596,7	633,2	633,9	1166,8	732
Оперировано на	700,9	596,7	630,2	633,9	1164,6	729,9
100 тыс.	99,5%	100%	99,5%	100%	99,8%	99,7%
Оперированно	2562	1059	1681	835	2133	8270
всего.	138	518	330	398	1314	2698
Лапароскопичес	5,4%	48,9%	19,6%	47,7%	61,6%	32,6%
ки						
Общая	2574	1059	1689	835	2137	8294
летальность на	0	0	6	1	6	13
обслуживаемое	0%	0%	0,36%	0,12%	0,28%	0,16%
население						
Общая	0	0	2,2	0,8	3,3	1,1
летальность						
на100 тыс.						
Послеоперацио	2562	1059	1681	835	2133	8270
нная	0	0	6	1	6	13
летальность на	0%	0%	0,36%	0,12%	0,28%	0,16%
обслуживаемое						
население						
Послеоперацио	0	0	2,2	0,8	3,3	1,1
нная						
летальность на						
100 тыс.						
Умерло без	0	0	0	0	0	0
операции						

Обращает на себя внимание значительная разница заболеваемости между ЛПУ №1,7,14,20 и ЛПУ №40. Если заболеваемость на 100 тысяч населения в среднем по городу (732) принять за 100%, то в ЛПУ №1 на 100 тысяч заболеваемость составила 96,2%, в ЛПУ №7 - 81,5%, в ЛПУ №14 - 86,5%, в ЛПУ №20 - 86,6%, в ЛПУ №40 - 159,4%. Разница заболеваемости на 100 тысяч населения колеблется от 81,5% (ЛПУ №14) до 159,4% (ЛПУ №40). Заболеваемость в ЛПУ № 40 превышает заболеваемость на 100 тысяч населения в остальных ЛПУ от 63,2% до 77,9%, то есть на 100 тысяч населения в ЛПУ №40 оперируется на 70,6% больше. Чем объяснить такую высокую заболеваемость мы не знаем.

В большинстве ЛПУ отмечается активное внедрение ЛА. Хуже всего дело

обстоит в ЛПУ №1, она применяется только у 5,4% оперируемых, в ЛПУ №14 у 19,6%, в ЛПУ №20 - 47,7%, в ЛПУ №7 - 48,9%, наибольший процент внедрения в ЛПУ №40 - 61,6 %.

Послеоперационная летальность самая низкая (нулевая) в ЛПУ №1 и №7, промежуточное положение занимает ЛПУ №20 - 0,8%. Более высокая послеоперационная летальность в ЛПУ №14 и №40 (2,2% и 3,3% соответственно). Умерших без операции ни в одном ЛПУ не было, общая летальность совпадает с послеоперационной летальностью.

Большой интерес представляет сопоставление заболеваемости, оперативной активности и летальности с патологоанатомическими исследованиями изменений в отростке.

Проведем данные годового отчета ЛПУ №1,7,14 и 20, оказывающих неотложную помощь при абдоминальной патологии за 2014г. От ЛПУ №40 сведений по ОА получить не удалось. При анализе гистологического исследования удаленных червеобразных отростков (ЧО), в соответствии с принятой в настоящее время морфологической классификацией ОА, выделяли следующие его формы: простой, поверхностный, флегмонозный и гангренозный. Отдельную группу составили ЧО, удаленные по поводу ОА, в которых при гистологическом исследовании воспалительные изменения не были обнаружены (табл.2)

Таблица 2

Гистологическое исследование удаленных червеобразных отростков в зависимости от количества аппендектомий (в том числе и лапароскопических) по отдельным ЛПУ г. Екатеринбурга за 2014 г.

ЛПУ Показатели	ЦГКБ №1	ЦГБ №7	ГКБ №14	ЦГБ №20
Кол-во аппендэктомий	573	258	380	211
Ко-во и % лапароскопических операций	57(9,9%)	192(74,4%)	112(29,5%)	182(86,3%)
Кол-во гистологических исследований удалённого червеобразного отростка	528(92,1%)	239(92,6%)	341(89,7%)	136(64,5)
Разница между количеством аппендэктомий и гистологический исследований	45 (8%)	19 (7,4%)	39 (10,2%)	75(35,5%)

Морфологическая форма аппендикита:				
-простой	18 (3,4%)	4 (1,7%)	29 (8,5%)	9 (6,6%)
-поверхностный	13 (2,5%)	4 (1,7%)	32 (9,4%)	12 (8,8%)
-флегмонозный	426 (80,7%)	197 (82,4%)	239(70,1%)	108 (79,4%)
-гангренозный	46 (8,7%)	33 (13,8%)	41 (12%)	7 (5,1%)
Червеобразный отросток без воспалительных изменений	25 (4,7%)	1 (0,4%)	0	0

Среди морфологически подтвержденных диагнозов ОА преобладали деструктивные формы - флегмонозный и гангренозный. Здесь в оценке морфологов можно отметить полное единодушие. Так в ЛПУ №1 доля деструктивных аппендицитов составила 89,4% (472), в ЛПУ №7 - 96,2% (230), в ЛПУ №14 - 82,1% (280) и в ЛПУ №20 - 84,5% (115).

Однако при морфологической оценке минимально выраженных или отсутствующих воспалительных изменений в удаленном ЧО картина выглядит иначе. Обращает на себя внимание отсутствие «напрасных аппендектомий» в ЛПУ №14 и 20 и наличие единственного наблюдения в ЛПУ №7, в то время как в ЛПУ №1 количество ЧО без воспалительных изменений составило 25(4,7%) наблюдений.

Одновременно с этим в структуре ОА отмечается достаточно высокий процент недеструктивных форм - простого и поверхностного. Морфологическая оценка минимально выраженных или отсутствующих воспалительных изменений в ЧО является давней проблемой. В ряде случаев она объясняется стремлением морфологов избежать конфликта с клиницистами. В подобных ситуациях диагноз «простой аппендицит» является удобным как для морфолога, так и для клинициста. Но такая тактика имеет обратную сторону и порождает новую проблему - проблему «ятрогенных», или «лабораторных» аппендицитов. Хирург, получив из лаборатории заключение со словом «аппендицит», успокаивается, относя клиническую картину за счет последнего, и не подвергает анализу другие возможные причины, а это может увести от правильной диагностики и лечения.

Выводы:

1. Материально-техническое обеспечение, количество обслуживаемого населения, наличие кафедры существенного влияния на качество лечения не оказывает.

2. Заболеваемость, операционная активность, летальность на обслуживаемое население и особенно на 100 тысяч по отдельным ЛПУ значительно отличается от средней по городу (732) от снижения на 3,8% до

повышения на 59,4%.

3. Неравномерно идет внедрение лапароскопической аппендэктомии. Ниже всех она в ЛПУ №1 (5,4%), выше всего в ЛПУ №40 (61,6%)

4. В г. Екатеринбурге отсутствует проблема «напрасных аппендэктомий» за исключением ЛПУ №1.

5. Самые лучшие показатели, с учетом заболеваемости, оперативной активности, внедрения лапароскопических аппендектомий и послеоперационной летальности в ЛПУ № 7. Опыт этого ЛПУ может быть рекомендован для широкого внедрения.

Литература:

1. Ежегодные отчеты главных хирургов г. Екатеринбурга за 1996 – 2011 гг.

2. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка / П.Ф. Калитеевский // М. – 1970 г. - 202 с.

УДК 616.379-008.64

**Л.Н. Керимова, А.К. Шалимова, Ю.В.Бабушкина, М.А. Чурцев,
Е.П. Бурлева**

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра общей хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**L.N. Kerimova, A.K. Shalimova, Y.V. Babushkina, M.A. Churzev, E.P. Burleva
THE RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF DIABETIC FOOT
SYNDROME IN A SURGICAL HOSPITAL**

Department of general surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: leila1814@yandex.ru

Аннотация. В статье проанализированы 139 пациентов, которым выполнены хирургические вмешательства по поводу синдрома диабетической стопы (СДС) в период с 2013 по 2015 гг. Выделены 2 группы – пациенты с нейропатическим (n=60) и нейроишемическим (n=79) типами СДС. В ходе работы была оценена зависимость исходов операций от распространенности гнойно-некротических процессов, а так же была установлена тенденция к уменьшению количества больших ампутаций.

Annotation. 139 patients exposed to surgical interventions concerning the