

летний период (1994-2004 гг.) – только у 44 больных.

Вместе с тем, среди 216 пациентов со злокачественными НЭО в регистре числится 29 больных с диагнозом «нейроэндокринный рак» без указания варианта опухоли и принадлежности новообразования к виду продуцируемого гормона. Среди этих новообразований патогенетический характер секреции гормона опухолью не выявлен в толстой кишке у 9 больных, желудке и тонкой кишке – у 6 и 2 пациентов соответственно. У 11 больных с нейроэндокринной патологией поджелудочной железы установить характер опухоли, – карциноид, инсулинома, гастринома, глюкагонома и др., - невозможно. Эти, казалось бы, на первый взгляд незначительные ошибки приводят в последующем к искажению статистических данных о структуре и частоте встречаемости не только карциноидов, но и нейроэндокринной патологии в целом.

В тоже время данные о количестве серотонинпродуцирующих новообразований ЖКТ позволяют рассчитать частоту карциноидов на популяционном уровне. В Санкт-Петербурге Крц пищеварительной системы встречаются в 0,9-1,1 чел. на 100 тыс. населения, а среди злокачественных новообразований ЖКТ - в 0,27% случаев.

Таким образом, оценка эпидемиологической составляющей нейроэндокринных новообразований в общей структуре злокачественных неоплазий обусловлена полнотой комплексного морфологического исследования и точностью сведений, подаваемых в отделы медицинской статистики онкологических заболеваний. Полученные сведения о каждом пациенте и накопление знаний с учетом современных представлений о нейроэндокринных опухолях позволят врачам своевременно верифицировать серотонинпродуцирующие новообразования и повысить качество оказания медицинской помощи больным этой, относительно редкой, патологией пищеварительной системы.

*Модункаев С.Б., Варзин С.А.*

#### **ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский  
факультет, Россия, [modunkaev.sanal@yandex.ru](mailto:modunkaev.sanal@yandex.ru)*

История хирургического лечения острого холецистита имеет более чем 100-летнюю историю. За это время разработаны и внедрены в широкую практику различные хирургические методики. В наше время в мире ежегодно выполняется порядка 2,5 млн холецистэктомий (ВОЗ), в США - более 600 тыс (AGA), а в РФ - около 300 тыс таких операций в год (А.И.Нечай,1999; Луцевич О.Э. и др., 2007).

Внедрение в практическое здравоохранение современных малоинвазивных методов лечения острого холецистита позволило снизить послеоперационную ле-

тальность до 0,9% (К.А. Муравьев, 2011). Однако в ситуации с лечением осложненных форм острого холецистита, который составляет по данным разных авторов до 45% от всех острых холециститов (А.Л. Чарышкин, 2008), летальность остается высокой 2,2-20%, а среди больных старческого возраста - до 60% (М.В. Кукош, А.П. Власов, 2009).

Особого внимания заслуживают такие тяжелые осложнения острого холецистита как холангит, механическая желтуха и деструктивный панкреатит, характеризующиеся желчной гипертензией и высокой летальностью - 15-60% (И.В. Ярема, 2003; Р.Katsinelos, 2005). Часто это пожилые пациенты, которые поступают позже 24 часов от начала заболевания, имеют его запущенную форму, сформировавшиеся осложнения, а также сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

При лечении этой группы больных хорошо зарекомендовало себя двухэтапное малоинвазивное хирургическое лечение, подразумевающее один из вариантов декомпрессии желчных путей (ЧЧХД, ЭПСТ, ЭПСД, дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ) и малоинвазивную холецистэктомию (ЛХЭ, ХМД), приводящее к снижению летальности с 18 до 1,8%), и послеоперационной летальности с 9,7 до 1,6% (Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлуков, 2003).

Для внедрения в рутинную хирургическую практику двухэтапного способа лечения осложненного острого холецистита необходимо иметь в распоряжении хирургов ЛПУ по всей территории РФ современное диагностическое (УЗ-аппараты высокого разрешения, КТ, МРТ, насадки для УЗ-дренирования полостных структур) и хирургическое оборудование (инструменты для лапароскопических операций и операций из мини доступа), а также расходные материалы к ним, современное лекарственное обеспечение.

Именно комплексный подход, сочетающий в себе все вышеперечисленное, обеспечивает высокое качество лечения, в разы сокращающее летальность при осложненных формах острого холецистита.

Двухэтапное малоинвазивное хирургическое лечение не первый год успешно применяется в крупных медицинских центрах больших городов, но недоступно для врачей и пациентов в «глубинке».

Хирургами нашей и других стран разработаны и внедрены высокоэффективные методы лечения острого холецистита и его осложнений, задача администраторов – обеспечить врачам и пациентам возможность реализации Конституционных прав граждан на качественную медицинскую помощь по всей стране.