являются предикторами безуспешности достижения полного истмус-блока в ходе первичной конвенциональной РЧА. Повторная РЧА в этих случаях характеризуется 100 % эффективностью.

**А.В. Дудник, С.И. Сидоров, Ю.В. Желтовский, Е.В. Пешков, О.М. Кожевникова,
В.Ю. Цивковский**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНВЕНЦИОННОЙ МЕТОДИКИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА В ЛЕЧЕНИИ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

*ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)
ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)*

Радиочастотная абляция (РЧА) кавотрикуспидального перешейка является высокоэффективным методом лечения типичного трепетания предсердий. Высокая эффективность вмешательства во многом связана с разработкой четких критериев эффективности этой процедуры (локальные критерии полного истмус-блока) и совершенствованием ее методики. Несмотря на то, что во многих центрах методом выбора стала ирригационная РЧА кавотрикуспидального перешейка, не во всех клиниках существует аппаратура для орошаемой абляции.

ЦЕЛЮ РАБОТЫ

Оценка непосредственных и отдаленных результатов конвенциональной (традиционной) методики РЧА кавотрикуспидального перешейка в лечении типичного трепетания предсердий.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов интервенционного лечения 53 пациентов с истмусзависимым трепетанием предсердий, прооперированных в 2005 – 2007 гг. в ГУЗ ИГОКБ. Всем больным выполняли линейную конвенциональную РЧА в кавотрикуспидальном перешейке с верхним лимитом мощности воздействий 50 Вт и температуры 65° в режиме контроля температуры. Первую группу составили 40 пациентов, у которых в ходе РЧА достигнуты локальные критерии полного истмус-блока, во вторую группу вошли 13 больных, у которых эти критерии достигнуть не удалось. Группы оказались сопоставимыми по полу и возрасту, характеру течения аритмии и длительности аритмического анамнеза. В качестве теста сравнения групп по количеству рецидивов использовали точный критерий Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Непосредственный эффект процедуры в виде купирования аритмии и невозможности ее индукции в ходе контрольного ЭФИ достигнут в 100 % случаев. Локальные критерии полного истмус-блока в ходе первичной процедуры достигнуты у 40 пациентов (75,5 %). Рецидивы отмечены в 5 случаях (9,4 %), эти пациенты оперированы повторно. Эффективность повторной конвенциональной РЧА в достижении локальных критериев полного истмус-блока составила 100 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Конвенциональная РЧА кавотрикуспидального перешейка – высокоэффективный метод лечения истмусзависимого трепетания предсердий. Локальные критерии полного истмус-блока в ходе первичной процедуры удается достигнуть у 75,5 % пациентов, а в ходе повторной процедуры – у 100 % больных.

В.П. Егоров

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ 1 ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УССУРИЙСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1963–2006 ГГ.

ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)

Острый аппендицит является одним из самых распространенных заболеваний в ургентной хирургии. По данным Д.А. Арапова (1971), в СССР ежегодно проводилось более одного миллиона ап-

пендэктомий, а летальность от острого аппендицита не превышала 0,3 % и являлась одной из самых низких в мире. Нами проведен анализ заболеваемости острым аппендицитом за 1963 – 2006 годы.

1 этап 1963 – 1985 гг. – расцвета социализма, и 2 этап 1985 – 2006 гг., с момента перестройки и смены общественной формации. Всего за 43 года выполнено 18 004 аппендэктомий. Из числа оперированных выделены морфологические формы острого аппендицита: простой аппендицит – 4 826 или 26,8 %, флегмонозный аппендицит 10 993 или 61,1 %, гангренозный аппендицит – 1 040 или 5,8 %, перфоративный аппендицит – 1 079 или 6,0 %.

Таблица 1
Анализ заболеваемости острым аппендицитом по материалам Уссурийской городской больницы за 1963–2006 гг.

Год	Простой	Флегмонозный	Гангренозный	Перфоративный	Всего
Первый период					
1963	322	286	28	46	682
1964	247	274	40	21	582
1965	193	290	47	29	559
1966	206	316	66	22	610
1967	283	323	71	20	697
1968	243	332	48	18	641
1969	201	296	42	17	556
1970	175	288	56	12	531
1971	188	429	47	13	677
1972	197	371	36	8	612
1973	87	548	22	13	670
1974	81	363	26	21	491
1975	22	363	19	25	429
1976	149	229	24	17	419
1977	125	222	24	21	392
1978	144	190	22	31	387
1979	97	190	7	15	309
1980	73	203	9	25	310
1981	54	206	4	11	275
1982	76	198	5	17	296
1983	90	180	2	23	295
1984	73	176	1	18	268
1985	64	186	14	34	298
Итого	3390	6459	660	477	10986
2 период					
1986	74	221	14	24	339
1987	74	271	14	29	388
1988	101	256	27	24	408
1989	85	254	25	25	389
1990	83	191	16	26	316
1991	74	125	11	21	281
1992	54	177	15	11	257
1993	70	223	22	34	349
1994	59	206	14	30	309
1995	58	217	20	23	316
1996	79	218	20	32	347
1997	88	205	18	33	344
1998	22	243	20	28	313
1999	55	263	21	35	374
2000	92	228	18	34	372
2001	48	173	13	34	268
2002	65	196	16	23	307
2003	64	252	19	51	386
2004	59	190	20	29	308
2005	58	214	25	33	327
2006	74	211	12	23	320
Итого	1436	4534	380	602	7018
Всего	4826	10993	1040	1079	18004

По времени от начала заболевания до поступления распределены до 6 часов — 21,9 (27 %), от 6 до 24 час. — 63,5 (78 %), позже 24 часов — 14,6 (18 %).

На 1 этапе (1963—1985 гг.) выполнено 10 986 аппендэктомий или 61%, на 2 этапе (1985—2006 гг.) 7 018 или 39 %.

При сравнении двух периодов оказалось, что во втором по сравнению с первым, наблюдается тенденция к снижению таких форм аппендицита, как простая форма на 1 954 (57,6 %), флегмонозная — на 1 925 (29,8 %), гангренозная форма на 280 (42,4 %).

Однако количество перфоративных форм во втором периоде увеличилось по сравнению с первым периодом на 125 (26,2 %).

Общее число аппендэктомий во втором периоде снизилось по сравнению с первым периодом на 3 968 (22 %) (табл. 1). Всего осложнений 367 (2,04 %). Умерло 5 больных (0,03 %).

На основании аналитического исследования мы пришли к выводу, что имеется тенденция к снижению простых и флегмонозных форм, а количество деструктивных аппендицитов незначительно увеличилось.

Такое колебание разных форм острого аппендицита возможно связано с глобальными климатическими изменениями, влиянием солнечной ионизирующей радиацией на организм человека, алиментарными факторами, снижением иммунных сил организма и изменением вирулентности патогенной флоры, в связи с широким применением современных антибиотиков, а так же гипердиагностики. Улучшилась санитарная культура населения через средства массовой информации, появились новые методы диагностики острого аппендицита: УЗИ, компьютерная томография, лапароскопия.

Запущенные формы острого аппендицита зачастую связаны с отсутствием глубоких знаний клиники атипичного течения острого аппендицита.

Тактика при остром аппендиците и техника оперативного лечения за эти периоды времени не изменились, исключение составляет лапароскопическая аппендэктомия, применяемая в отдельных клиниках. Значительно снизилось число гнойных осложнений, за счет проведения периоперационной антибиотикопрофилактики и применения новейших антибиотиков — цефалоспоринов, фторхинолонов, метрогила в послеоперационном периоде, детоксикационной терапии и современного физиотерапевтического лечения.

В.П. Егоров

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА ПО М.И. ПРУДКОВУ

ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)

В I хирургическом отделении Уссурийской городской больницы в период с 1998—2006 гг. выполнена 401 плановая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни.

Из них открытая холецистэктомия (ОХЭ) у 271 больного, что составляет 67,6 %. При этом в 26 случаях встретилась сочетанная патология, в том числе холедохолитиаз — 10, стеноз БДС — 10, пузырно-кишечный свищ — 2, АМК — 3. Пациентам выполнены операции: холедоходуоденостомия, папиллотомия, устранение пузырно-кишечных соустьев. Осложнений — 2,2 %, летальных исходов не было.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) выполнена у 102 больных, что составляет 24,5 %. Женщин — 96, мужчин — 6. Осложнений 9 — 8,8 %, из них электротравма ДПК, травма холедоха — 4, желчеистечения — 1, кровотечение — 1, потеря желчного пузыря — 1, нагноение — 1. Умерла 1 больная — летальность 0,8 %.

Холецистэктомия из минидоступа по М.И. Прудкову выполнена у 26 больных, что составляет 6,5 %. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

Проведя анализ всех способов холецистэктомий, считаем, что «золотым» стандартом для лапароскопической холецистэктомии является неосложненная ЖКБ. Лапароскопическая холецистэктомия должна широко внедряться в общехирургических стационарах. Осложнения, наблюдаемые в наших исследованиях, имели место при освоении техники операции.

Холецистэктомия из минидоступа по М.И. Прудкову, является также щадящей операцией, хорошо переносимая больными с сердечно-сосудистой патологией. Открытая холецистэктомия остается методом выбора в хирургическом лечении ЖКБ, при отсутствии лапароскопической стойки и с заведомо известными трудностями.