

дание пожилых женщин с избыточной массой тела, которые характеризуются более выраженной воспалительной реакцией. Вместе с тем, данные настоящего исследования позволили сделать вывод о том, что для пациентов с изолированной ИБС процессы субклини-

ческого воспаления, сохраняющиеся после перенесенного ОКС, ответственны за развитие сосудистых катастроф в ближайший год после ИМ. Наличие сопутствующего диабета повышает важность воспалительной реакции в реализации неблагоприятного прогноза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. CD40-лиганд у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом 2 типа /О.П. Шевченко, О.Ф. Природова, О.В. Орлова, А.О. Шевченко //Рос. кардиол. журнал. – 2009. – № 5. – С. 23-29.
2. Transcoronary concentration gradient of sCD40L and hsCRP in patients with coronary heart disease /Y. Wang, L. Li, H.W. Tan et al. //Clin. Cardiol. – 2007. – V. 30. – P. 86-91.
3. Динамика воспалительного процесса у больных с острым коронарным синдромом и больных со стабильной стенокардией. Сообщение 1. Биохимические и иммунологические аспекты /В.В. Кухарчук, К.А. Зыков, В.П. Масенко и др. //Кардиол. вестник. – 2007. – № 2. – С. 5-13.
4. Дегтярева, О.В. Сывороточный неоптерин и С-реактивный белок у больных с разными клиническими вариантами острого коронарного синдрома /О.В. Дегтярева, О.В. Петюнина //Украин. терапевт. журнал. – 2008. – № 1. – С. 41-44.
5. The relation of inflammation to the development of glucose disorders in the elderly: the Cardiovascular Health Study /J.I. Barzilay, L. Abraham, S.R. Heckbert et al. //Diabetes. – 2001. – V. 50. – P. 2384-2389.
6. Pickup, J.C. Is Type II diabetes mellitus a disease of innate immune system? /J.C. Pickup, M.A. Crook //Diabetologia. – 1998. – V. 41. – P. 1241-1248.
7. Schonbeck, U. CD40 Signaling and Plaque Instability /U. Schonbeck, P. Libby //Circ. Res. – 2001. – V. 89. – P. 1092-1103.
8. The CD40/CD40 – ligand system linking inflammation with atherothrombosis /C. Antoniades, C. Bakogiannis, D. Tousoulis et al. //J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – V. 54. – P. 669-677.
9. Козлов, С.Г. Лечение ИБС у больных сахарным диабетом типа 2 /С.Г. Козлов, А.А. Лякишев //Рос. мед. журнал. – 2003. – Т. II, № 9. – С. 1-9.
10. Уровень в крови лиганда CD40 – активность сосудистого воспаления и отдаленный прогноз у больных ишемической болезнью сердца /О.П. Шевченко, О.Ф. Природова, А.О. Шевченко и др. //Кардиоваскул. терапия и профилактика. – 2008. – № 1. – С.39-45.
11. Soluble CD40L and cardiovascular risk in women /U. Schonbeck, N. Vario, P. Libby et al. //Circulation. – 2001. – V. 104. – P. 2266-2268.
12. Soluble CD40 ligand in acute coronary syndromes /C. Heeschen, S. Dimmeler, C.W. Hamm et al. //N. Engl. J. Med. – 2003. – V. 348. – P. 1104-1111.
13. Effect of atorvastatin on risk of recurrent cardiovascular events after an acute coronary syndrome associated with high soluble CD40 ligand in the Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering (MIRACL) study /S. Kinlay, G.G. Schwartz, A.G. Olsson et al. //Circulation. – 2004. – V. 110. – P. 386-391.
14. Vessel-specific toll-like receptor profiles in human medium and large arteries /O. Pryshchep, W. Ma-Krupa, B.R. Younge et al. //Circulation. – 2008. – V. 118. – P. 1276-1284.
15. The ELAPSE (Evaluation of Long-term clopidogrel AntiPlatelet and Systemic anti-inflammatory Effects) study /J. Saw, E.H. Madsen, S. Chan, E. Maurer-Spurej //J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – V. 52. – P. 1826-1833.

Вазиева А.Д., Исаков Л.К., Кривonosов Д.С., Тарасов Н.И.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕГЛИКОЗИДНОЙ ИНОТРОПНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Известно, что у больных инфарктом миокарда наблюдается прямая зависимость степени выраженности дисфункции эндотелия от возраста, однако в настоящее время нет данных о подобном эффекте у негликозидного инотропного стимулятора – левосимендана, в том числе и у пожилых больных. Кроме того, нет данных о влиянии этого препарата на когнитивные функции. Обследовано 38 больных пожилого возраста с инфарктом миокарда, осложненным острой сердечной недостаточностью. Все больные получали комбинированную консервативную терапию. Кроме того, 20 больных получили левосимендан по стандартной схеме. Показано улучшение функции эндотелия и когнитивных функций по результатам тестирования в этой группе, тогда как в группе сравнения таких результатов достигнуто не было.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; левосимендан; дисфункция эндотелия.

Vazieva A.D., Isakov L.K., Krivonosov D.S., Tarasov N.I.
Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

**CHANGE OF ENDOTELIAN FUNCTION AND EXPRESSIVENESSES CEREBROVASCULAR
INSUFFICIENCY AT ELDERLY PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION
UNDER INFLUENCE BY NEGLIKOZIDN-INOTROP STIMULATION**

Urgency, it is known that in patients with myocardial infarction a direct correlation degree of endothelial dysfunction by age is observed, but currently there is no data on a similar effect in levosimendan, including aged patients. Moreover, there is no information about this drug influence on a cognitive functions. Aim. The study of levosimendan inotropic stimulation influence on endothelial function and cognitive impairment severity in myocardial infarction aged patients with acute heart failure signs. Materials and methods. The study involved 38 aged patients with myocardial infarction complicated by acute heart failure. All the patients have got combined conservative therapy. Moreover, 20 patients have got levosimendan according to the standard scheme. Results. According to the results of testing in this group the improvement of endothelial and cognitive functions was shown, whereas in the comparison group such results were not achieved.

Key words: myocardial infarction; levosimendan; endothelial dysfunction.

Эндотелиальную дисфункцию считают ранним этапом, предшествующим появлению атеросклеротического поражения, а пожилой возраст сам по себе является фактором, приводящим к изменению эндотелия сосудов. Особенно это актуально для больных инфарктом миокарда (ИМ), у которых наблюдается прямая зависимость между возрастом и выраженностью угнетения эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой вазодилатации [1]. Если в отношении ингибиторов АПФ (иАПФ), кардиоселективных бета-блокаторов, антагонистов кальция 3-го поколения доказана способность благоприятно влиять на функцию эндотелия за счет общего для всех групп препаратов свойства препятствовать разрушению брадикинина, стимулирующего синтез оксида азота — эндотелиального релаксирующего фактора, то у больных пожилого возраста влияние комбинаций указанных групп препаратов в меньшей степени отражено в современной литературе [2]. Кроме того, нет данных о влиянии инотропного кальциевого сенситизатора левосимендана (ЛС) на функцию эндотелия у больных ИМ, осложненным сердечной недостаточностью.

Особенности медикаментозного лечения больных с сочетанным ишемическим повреждением сердца и мозга связаны с наличием противоречий, оказывающих влияние на тактику лечения. Так, назначение бета-адреноблокаторов, иАПФ, диуретиков, требующееся при повреждении миокарда, резко уменьшает минутный объем крови, нарушает микроциркуляцию вследствие изменений гемокоагуляционных свойств крови, что в условиях нарушения мозгового кровообращения на фоне атеросклеротических изменений мозговых артерий усугубляет ишемию мозга.

Для оценки степени выраженности ишемии головного мозга в настоящее время широко применяются удобные и простые в практическом применении тесты на цифровую последовательность (ТЦП) и тест оценки когнитивных нарушений (MMSF). Однако воздействие негликозидной инотропной стимуляции, находящей все большее применение у пожилых больных в связи с высокой частотой развития острой сердечной недостаточности при ИМ, на сос-

тояние мозгового кровообращения в настоящее время также мало изучено.

Цель исследования — оценить влияние инотропной стимуляции левосименданом в комбинации с двойной нейрогуморальной разгрузкой (бета-адреноблокаторы, иАПФ) на функцию эндотелия и выполнение тестов на цифровую последовательность и теста оценки когнитивных нарушений у больных ИМ пожилого возраста с признаками острой сердечной недостаточности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включили 38 больных пожилого возраста с клиническими, инструментальными признаками ИМ и острой сердечной недостаточности в сочетании с систолической дисфункцией левого желудочка в среднем на 5 сутки от госпитализации. Не включали больных с тяжелой сопутствующей патологией, требующей дополнительной коррекции; противопоказаниями для введения ЛС. Все исследования с участием пациентов соответствовали этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Участвующими в исследовании пациентами подписано информированное согласие на участие в исследовании.

Пациенты были рандомизированы в две группы, при этом в обеих группах проводили стандартную современную комбинированную консервативную терапию. Первая группа (n = 20), кроме стандартной терапии, получала ЛС; пациенты второй группы (n = 8) не получали ЛС и составили группу сравнения. Введение препарата осуществляли в условиях стационара в соответствии с показаниями и противопоказаниями по схеме, предложенной заводом-изготовителем: внутривенно вводили болюс из расчета 16 мкг/кг за 10 минут. При стабильных цифрах артериального давления начинали внутривенную инфузию ЛС со скоростью 0,1 мкг/кг/мин. При необходимости скорость введения препарата можно было уменьшить до 0,05 мкг/кг/мин или увеличить до 0,2 мкг/кг/мин. Средняя продолжительность инфузии составила 24,4 часа (от 15 до 61 часов). Во время инфузии осуществляли мониторинг наблюдение электрокардиограммы, (ЭКГ), артериального давления, контролировали субъективную переносимость препарата. Помимо общепринятых инструментальных методов обследования, всем больным проводи-

Корреспонденцию адресовать:

ИСАКОВ Леонид Константинович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»,
Тел.: +7-904-376-04-95.
E-mail: isakovy@inbox.ru

ли исследование функции эндотелия и тестирование.

Для изучения функции эндотелия применялось дуплексное сканирование плечевой артерии, использовалась проба с реактивной гиперемией. Изменения диаметра плечевой артерии оценивали с помощью линейного датчика 7 МГц с дозированной решеткой ультразвуковой системы «Acuson 128XP/10c» под контролем ЭКГ. Плечевая артерия (у всех пациентов измерения проводились на правой руке) лоцировалась в продольном сечении на 2-15 см выше локтевого сгиба. Исследование проводилось в триплексном режиме (В-режим, цветное доплеровское картирование потока, спектральный анализ доплеровского сдвига частот). В исходном состоянии измеряли диаметр плечевой артерии, максимальную систолическую и минимальную диастолическую скорости артериального кровотока.

Проба с реактивной гиперемией плечевой артерии проводилась при давлении в манжете сфигмоманометра, превышавшем на 50 мм рт. ст. систолическое АД, в течение 3 минут. Сразу после сдувания манжеты, в течение первых 10-15 секунд, измеряли максимальную и минимальную скорости кровотока и диаметр артерии. Диаметр артерии измеряли на фиксированном расстоянии от анатомических маркеров с помощью измерителей ультразвукового прибора. Для каждого изображения анализировали 4 сердечных цикла, полученные данные усредняли.

Эндоотелий-зависимая вазодилатация рассчитывалась как прирост диаметра плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией, выраженный в процентах [3]. Выполнение теста цифровой последовательности заключалось в следующем: испытуемого про-

сят шариковой ручкой последовательно соединить цифры (от 1 до 25), беспорядочно изображенные на листке бумаги. Фиксируется время выполнения задания. Выполнение теста менее чем за 40 секунд является нормой, выполнение за 40-60 секунд – латентная стадия энцефалопатии, 61-90 секунд – I, I-II стадии, 91-120 секунд – II стадия, 121-150 секунд – III стадия, более 150 секунд – IV стадия энцефалопатии.

Для оценки когнитивных нарушений применен опросник MMSF. Данный тест состоит из 6 пунктов, оценивающих ориентировку во времени, месте, восприятие информации (повторение 3 слов), концентрацию внимания, память и речевые функции. Результат теста получается путем суммирования результатов по каждому из 6 пунктов опросника. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит [4].

Статистические расчеты производили на персональном компьютере с использованием программного пакета STATISTICA 6.0. Для оценки показателей до и после лечения применялись непараметрические критерии Уилкоксона и Манна-Уитни. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обе группы пациентов были сравнимы по возрасту, морфофункциональным показателям сердечно-сосудистой системы, степени выраженности когнитивной дисфункции. Исходная оценка функции эндотелия также не выявила исходных различий между группами (табл. 1). В обеих группах не бы-

Таблица 1
Характеристика групп

Параметр	Первая группа (n = 20)	Вторая группа (n = 18)	p
	Средние значения, медиана, интерквартильный размах		
Возраст	66,05; 65,5; 62-71,5	65,8; 68, 61-72	> 0,05
Фракция выброса	36,3; 34,5; 30-45	37,3; 8; 31-43	> 0,05
Конечно-систолический размер	138,4; 143; 119-150	134,5; 130; 119-160	> 0,05
Левое предсердие	4,92; 4,7; 4,5-5	4,89; 4,6; 4,3 - 5,1	> 0,05
Левый желудочек	2,04; 1,9; 1,7-2	1,99; 1,8; 1,7-1,9	> 0,05
Давление в легочной артерии	43,7; 42,5; 38,5-51,5	40,7; 40,7; 37-45	> 0,05
Прирост скорости в плечевой артерии	+64,5	+60,3	> 0,05
Прирост диаметра в плечевой артерии	+7,7	+8,54	> 0,05
Тест оценки когнитивных нарушений	22,2; 23; 19,5-24,5	22,8; 24; 21-25	> 0,05
Тест цифровой последовательности	74,2; 72,5; 59,5-89	72,2; 67; 57-80	> 0,05

Сведения об авторах:

ВАЗИЕВА Алсу Дамировна, клинический интерн кафедры подготовки врачей первичного звена здравоохранения и СМП ФПППС ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ИСАКОВ Леонид Константинович, канд. мед. наук, ассистент кафедры подготовки врачей первичного звена здравоохранения и СМП ФПППС ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

КРИВОНОСОВ Денис Сергеевич, канд. мед. наук, ассистент кафедры подготовки врачей первичного звена здравоохранения и СМП ФПППС ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ТАРАСОВ Николай Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой подготовки врачей первичного звена здравоохранения и СМП ФПППС ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ло и достоверных различий в консервативной терапии.

Учитывая степень прироста диаметра ПА в фазу реактивной гиперемии (РГ), у больных обеих групп наблюдали выраженную дисфункцию эндотелия. На 3-4 сутки после введения ЛС проводили повторное исследование функции эндотелия и тестирование (в группе сравнения – спустя 3-4 сутки после первичного обследования). Регистрировали достоверное увеличение прироста диаметра в плечевой артерии после введения левосимендана (ЛС) (табл. 2), тогда как в группе сравнения (табл. 3) достоверных различий не наблюдалось. Известно, что главный механизм действия кальциевых сенситизаторов, в том числе и ЛС – увеличение чувствительности миофибрилл к кальцию, который связан с тропонином С, что ведет к увеличению сократимости при его низких концентрациях. Вместе с тем, в последнее время появляются все новые данные о других механизмах его действия. В частности, обнаружено, что ЛС открывает АТФ-зависимые калиевые каналы в гладких мышцах с расширением вен и артерий, включая коронарные. Вероятно, именно этим вазодилатирующим эффектом и объясняется более выраженный прирост диаметра в плечевой артерии после введения ЛС в фазу реактивной гиперемии при исследовании эндотелийзависимой вазодилатации. В пользу этого свидетельствуют и полученные нами ранее данные об уменьшении выраженности легоч-

ной гипертензии после введения ЛС у пациентов пожилого возраста [5]. Не исключены и другие механизмы реализации этого эффекта, в частности, препятствование разрушению брадикинина, однако для подтверждения этого предположения необходимы дальнейшие исследования.

При повторном тестировании в группе пациентов, получивших ЛС, также было выявлено статистически достоверное уменьшение выраженности когнитивной дисфункции (табл. 4), тогда как аналогичной динамики в группе сравнения достигнуть не удалось. Улучшение результатов выполнения тестов, характеризующих выраженность ишемии головного мозга, свидетельствует, учитывая основной механизм действия ЛС – инотропный, об улучшении мозгового кровотока. Частично это подтверждается увеличением скорости кровотока по внутренним сонным артериям после инфузии ЛС, констатированным в предыдущих исследованиях [5]. Для более наглядного подтверждения этого нами планируется применение методов нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга). Учитывая неизбежную компрометацию мозгового кровотока при развитии острой сердечной недостаточности, что особенно актуально для пожилых больных, часто с уже исходно имеющейся цереброваскулярной патологией, эффект улучшения мозгового кровотока при введении ЛС для пожилых пациентов более чем благоприятен.

Таблица 2
Изменения параметров кровотока
плечевой артерии (первая группа)

Параметр	До введения ЛС	После введения ЛС	p
	Мера, медиана, интерквартильный размах		
V макс. в ПА до компрессии	48,8; 41; 35-47	57; 52; 40-70	0,03*
D ПА до компрессии	0,44; 0,42; 0,4-0,47	0,46; 0,44; 0,42-0,5	0,06
V макс. в ПА после компрессии (фаза РГ)	77,2; 72,5; 52-81	84,5; 73,5; 60-86	0,01*
D ПА после компрессии (фаза РГ)	0,47; 0,45; 0,45-0,51	0,53; 0,52; 0,5-0,53	0,01*
Прирост показателей (Δ%)			
Прирост скорости	+64,5	+54,1	0,9
Прирост диаметра	+7,7	+15,6	0,004*

Примечание: * различия достоверны ($p < 0,05$); ЛС - левосимендан; D ПА - диаметр плечевой артерии; V макс. - максимальная скорость; РГ - реактивная гиперемия.

Таблица 3
Изменения параметров кровотока
плечевой артерии (вторая группа)

Параметр	2-3 сутки	10-12 сутки	p
	Мера, медиана, интерквартильный размах		
V макс. в ПА до компрессии	50,2; 44; 38-49	50,4; 47; 39-48	0,9
D ПА до компрессии	0,43; 0,44; 0,4-0,46	0,43; 0,43; 0,4-0,47	0,51
V макс. в ПА после компрессии (фаза РГ)	78,5; 76; 53-81	77,8; 75; 59-80	0,4
D ПА после компрессии (фаза РГ)	0,46; 0,45; 0,45-0,49	0,47; 0,48; 0,44-0,5	0,12
Прирост показателей (Δ%)			
Прирост V (Δ%)	+60,3	+49	0,8
Прирост D (Δ%)	+8,54	+8,53	0,9

Примечание: различия статистически недостоверны ($p > 0,05$); ЛС - левосимендан; D ПА - диаметр плечевой артерии; V макс. - максимальная скорость; РГ - реактивная гиперемия.

Таблица 4
Динамика тестов оценки когнитивных нарушений и на цифровую последовательность (первая группа)

Параметр	До введения ЛС	После введения ЛС	p
	Мера, медиана, интерквартильный размах		
MMSF	22,2; 23; 19,5-24,5	23,45; 24; 22-25	0,004*
ТЦП	74,2; 72,5; 59,5-89	67,6; 67; 60-75,5	0,006*

Примечание: * различия статистически достоверны ($p < 0,05$);
MMSF - тест оценки когнитивных нарушений;
ТЦП - тест на цифровую последовательность.

ВЫВОДЫ:

1. Инотропная стимуляция кальциевым сенситизатором левосименданом у больных инфарктом миокарда пожилого возраста способствует восстановлению функции эндотелия.
2. Применение инотропного стимулятора миокарда левосимендана приводит к регрессу выраженности ишемии головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кательницкая, Л.И. Дисфункция эндотелия при ишемической болезни сердца у геронтологических больных /Л.И. Кательницкая, А.А. Кициева, Л.А. Хаишева //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – № 6. – С. 19-24.
2. Belardinelli, R. Endothelial dysfunction in chronic heart failure: clinical implications and therapeutic options /R. Belardinelli //Int. J. Cardiol. – 2001. – Vol. 81, Issue 1. – P. 1-8.
3. Затеищикова, А.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение /А.А. Затеищикова, Д.А. Затеищиков //Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 68-80.
4. Болезни нервной системы: руковод. для врачей /под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. – М.: Медицина, 1995. – Т. 1. – С. 216-230.
5. Влияние инотропной стимуляции левосименданом на показатели гемодинамики, вариабельность ритма сердца в комбинированной терапии сердечной недостаточности в зависимости от возраста пациентов /Н.И. Тарасов, Д.С. Кривоносов Л.К. Исаков и др. //Сердечная недостаточность. – 2008. – № 4. – С. 184-190.

Коновалов А.А., Баранов А.И.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОБРАБОТКИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ

В работе представлены результаты сравнительной оценки различных способов обработки основания червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии без погружения культи. В основу исследования положены результаты лечения 647 пациентов. Установленные факторы риска позволяют прогнозировать развитие ранних интраабдоминальных осложнений. Определена эффективность использования сонографии в диагностике внутрибрюшных осложнений при лапароскопической аппендэктомии и показания к применению.

Ключевые слова: острый аппендицит; лапароскопическая аппендэктомия.

Konovalev A.A., Baranov A.I.

«City clinical hospital N 1»,

Novokuznetsk State Institute of improvement of the doctors, Novokuznetsk

AN ASSESSMENT OF TREATMENT METHODS OF VERMIFORM APPENDIX BASE IN LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

The results of comparative assessment of different treatment methods of vermiform appendix base in laparoscopic appendectomy without appendiceal stump sinking are represented in the current research. It is based on the results of treatment of 647 patients. The determined risk factors allow to predict the progress of early intra-abdominal complications. An efficiency of ultrasonography in diagnosing of intra-abdominal complications after laparoscopic appendectomy and indications for ultrasonography were determined.

Key words: acute appendicitis; laparoscopic appendectomy.

Проблема хирургического лечения острого аппендицита сегодня остается актуальной как в медицинском, так и в социальном аспектах.

Корреспонденцию адресовать:

КОНОВАЛОВ Андрей Александрович,

Тел.: раб. 8 (3843) 79-65-27; сот. +7-906-923-04-01.

E-mail: zaria1982@rambler.ru

Заболеемость острым аппендицитом составляет 1-6 случаев на 1000 человек [1-3]. Количество операций, выполняемых по поводу острого аппендицита, в отдельных клиниках составляет до 20-30 % всех хирургических вмешательств в ургентной хирургии [4]. Широкое внедрение аппендэктомии из малоинвазивных доступов снизило до четырех раз число раневых осложнений [5].