

А.Н. Плеханов

ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Министерство здравоохранения Республики Бурятия (Улан-Удэ)

В данной статье приведены результаты лечения больных с острой хирургической патологией в Республике Бурятия. В последние годы уменьшилось количество аппендэктомий и резекций желудка. Приведены данные о послеоперационной летальности больных с экстренной патологией. Отмечается снижение летальности пациентов от острого аппендицита, панкреатита и желудочно-кишечных кровотечений.

Ключевые слова: экстренная хирургия, патология, летальность

THE EMERGENCY SURGICAL HELP IN REPUBLIC BURYATIYA

A.N. Plekhanov

Ministry of Health of Republic Buryatiya, Ulan-Ude

The article presents the results of treatment of patients with acute surgical pathology in Republic Buryatiya. Last years the quantity of appendectomies and stomach resections has decreased. The data about postoperative mortality of patients with acute pathology are given. Decreased mortality of patients from acute appendicitis, pancreatitis and gastroenteric bleedings is marked.

Key words: emergency surgery, pathology, mortality

Республика Бурятия — регион с высоким уровнем урбанизации и средней плотностью населения в сельской местности, средней демографической нагрузкой за счет старшей возрастной группы. По предварительным данным Сибирского Федерального округа среднегодовая численность населения республики в 2007 году составила 959,7 тыс. человек, из них порядка 55,4 % проживает в городской местности, 44,6 % — в сельской. За год убыль населения составила 1,9 тыс. человек (0,2 %).

Экстренная хирургическая помощь всегда была и остается наиболее сложным разделом нашей профессии. С ущемленными грыжами, острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, травмами и т.д. приходится встречаться при любых новшествах и совершенствах хирургических вмешательств [2]. Поэтому опыт ургентных операций при тяжелой патологии, например деструктивных формах панкреатита, кровотечениях нередко является передовым в сравнении с плановой высокотехнологичной хирургической помощью.

Структура оказания экстренной хирургической помощи населению Республики Бурятия в последние годы практически не изменилась. На сегодняшний день это сеть лечебно-профилактических учреждений города Улан-Удэ, центральных районных больниц, ведомственных учреждений здравоохранения. В Муйском районе экстренная хирургическая помощь оказывается узловой больницей на ст. Таксимо ОАО «РЖД».

Центром оказания экстренной хирургической помощи в Республике Бурятия является МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им В.В. Ангапова». В ее структуре экстренное хирургическое отделение, детское хирургическое, детское травматологическое, ожого-

вое отделения, которые с одной стороны оказывают экстренную хирургическую помощь населению, с другой стороны являются монопольными и единственными, имеющими значение республиканских хирургических центров. Одной из проблем здесь является дефицит, прежде всего, хирургов и врачей анестезиологов-реаниматологов.

Достаточно сказать, что практически во всех регионах Сибирского Федерального округа дефицит во врачах-хирургах составляет в среднем около 50 %. Что касается Республики Бурятия, то в 2007 году на 170,5 штатных должностях врачей-хирургов работали 97 физических лиц, в 2006 году на 176 единицах — 110 (в 2005 г. — 110), из которых в поликлиниках было занято в 2007 году 50 врачей, т.е. укомплектованность врачами-хирургами составляет на сегодняшний день 56,8 %. На рис. 1 представлена динамика обеспеченность хирургическими кадрами за последние годы.

Из года в год сохраняется высокий коэффициент совместительства хирургов — 1,6 по РБ (2006 — 1,5). Это особенно отмечается в Селенгинском (3,8), Тункинском (2,3) Иволгинском (2,0), Баргузинском (2,4), Бичурском (2,0) и ряде других районов. Если ситуация с кадрами в Закаменском районе (где приняты на работу врачи — хирург и анестезиолог с высшими категориями), Кяхтинском районе (где в больницу пришло 3 молодых специалиста), Баргузинском районе (приступил к работе хирург с высшей категорией в Усть-Баргузинскую участковую больницу) несколько улучшилась, то сложная ситуация в 2007 году сложилась в Бичурском районе (1 хирург), Заиграевском районе (Онохойская участковая больница — нет хирурга), Окинском, Мухоршибирском и Еравнинском районах (1 хирург). В связи с этим большинство центральных районных больниц работает на оказа-

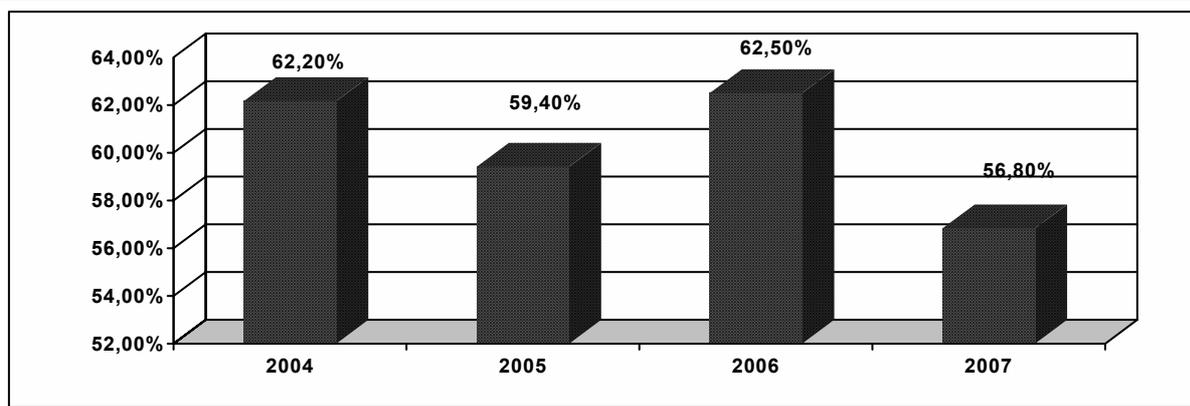


Рис. 1. Динамика обеспеченности врачами хирургами Республики Бурятия.

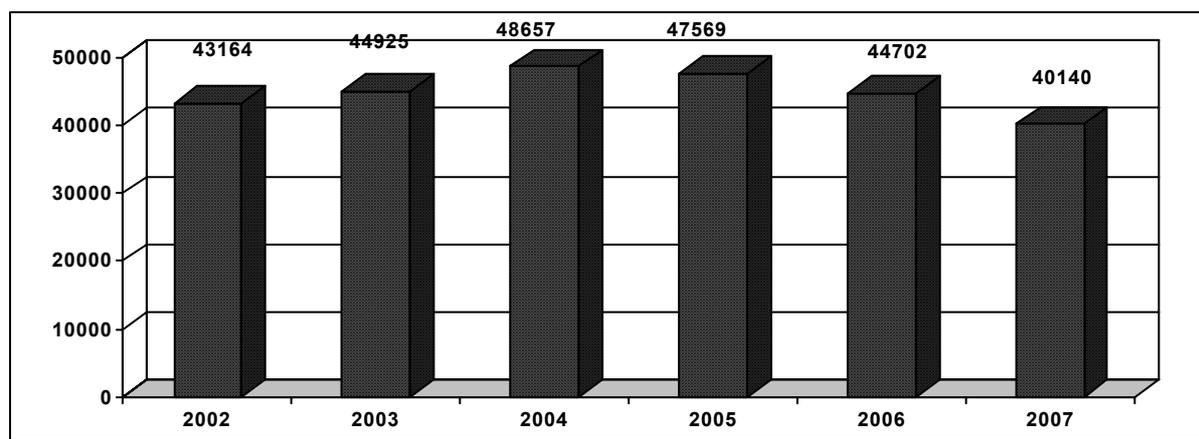


Рис. 2. Динамика количества проведенных операций в стационаре.

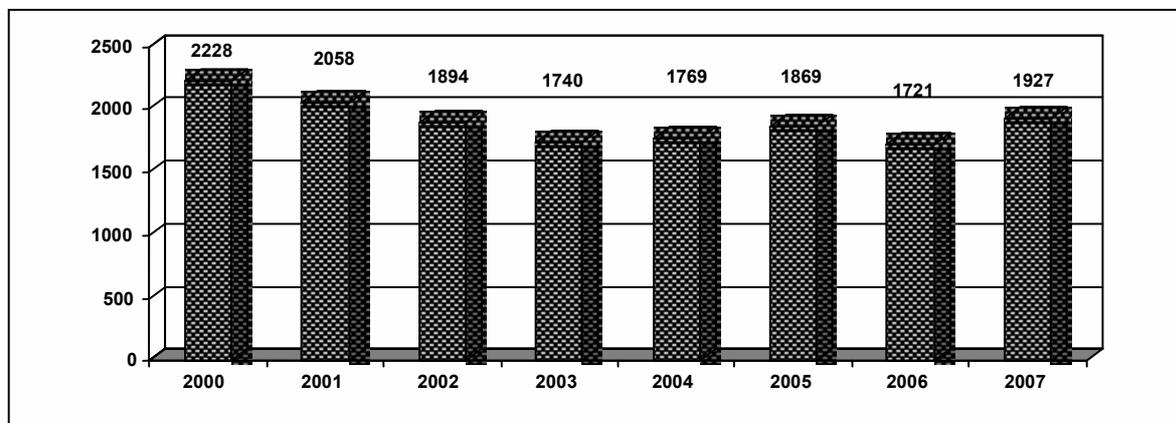


Рис. 3. Динамика числа аппендэктомий с 2000 по 2007 гг.

ние преимущественно экстренной хирургической помощи. По-прежнему остро стоит вопрос об обеспеченности и укомплектованности врачами узких специальностей. Так, по республике низкая обеспеченность анестезиологами-реаниматологами – 53 %, эндоскопистами – 37,5 %.

В последние годы отмечается стойкая тенденция к уменьшению числа операций, проведенных в стационарах республики. Так в 2007 году стационарными хирургами республики было выполнено 40140 оперативных вмешательств, что ниже, чем в 2006 году более чем на 4 тысячи и более чем на 8 тысяч по сравнению с 2004 годом (рис. 2).

Данный факт обусловлен повышением количества стационарозамещающих коек и активизацией работы хирургов поликлиник, особенно центров амбулаторной хирургии и дневных стационаров. В городских хирургических стационарах в 2007 году выполнено 26 271 операция, в республиканских хирургических стационарах – 13 869 операций. 53 % составили операции экстренного характера. Наибольшее число операций выполнено хирургами на органах брюшной полости, что в абсолютных цифрах составило 6917, это приблизительно на уровне прошлого года (2006 год – 6910). При этом летальность после операций на органах брюшной

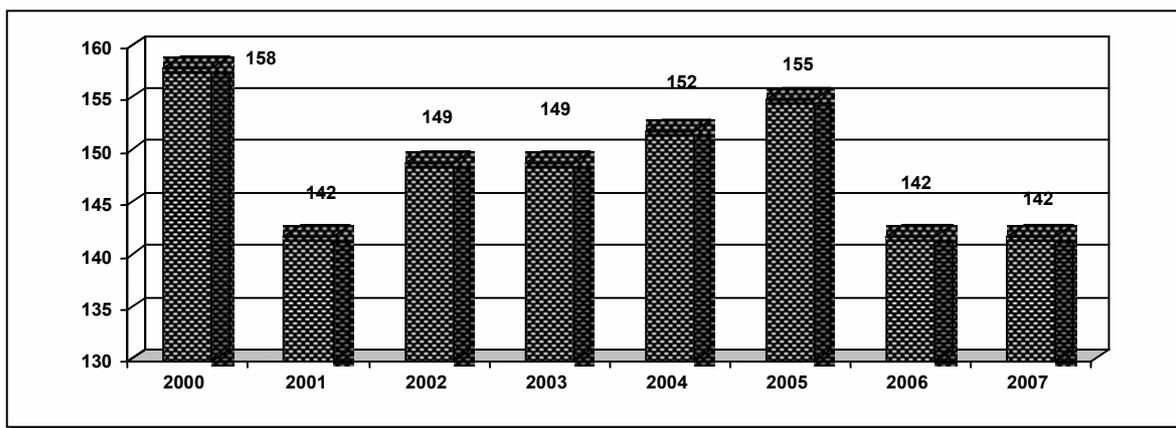


Рис. 4. Динамика числа операций по поводу кишечной непроходимости с 2000 по 2007 гг.

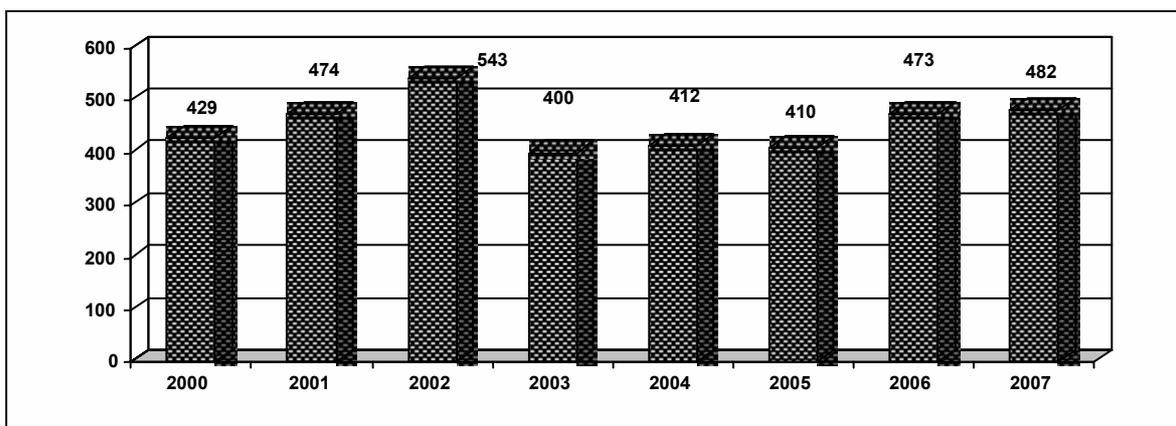


Рис. 5. Динамика числа операций по поводу острого холецистита с 2000 по 2007 гг.

полости существенно уменьшилась до 1,8 % (2006 – 2,2 %). Однако в общем послеоперационная летальность больных увеличилась до 0,8 % по сравнению с прошлыми годами (0,76 % по РФ – 1,1). Наибольший процент летальных исходов получен после операций на головном мозге (20,2 %).

Диагностика и лечение острого аппендицита остаются актуальными и в настоящее время. По данным М.И. Кузина, в нашей стране в год производится более 1 млн. аппендэктомий. Эта операция составляет 80 – 85 % от всех неотложных операций.

Динамика операций по поводу острого аппендицита в Республике Бурятия приведена на рис. 3.

Говоря о хирургической помощи при данной патологии можно отметить снижение количества аппендэктомий в последние годы. Так если в 2000 году их было выполнено 2228, то в 2007 году – 1927. Подобная тенденция отмечается и во многих других регионах Российской Федерации.

Лечение больных с острой кишечной непроходимостью является актуальной проблемой неотложной хирургии, так как ежегодно отмечается увеличение количества больных с этой патологией. При этом отмечается более высокая оперативная активность в последние годы при данной патологии, которая составляет 95 %. Нарастание числа хирургических вмешательств, выполняемых по поводу острой кишечной непроходимости в ста-

ционарах республики, произошло с 2001 до 2005 года. В последние годы их количество уменьшилось (рис. 4).

Основной причиной кишечной непроходимости являются опухоли толстой кишки различной локализации (76,7 %). В 35 % это рак сигмовидной кишки. В 3,3 % случаев причиной непроходимости является сдавление кишечника опухолями извне (опухоли забрюшинного пространства, гениталий).

В настоящее время количество операций, выполняемых при остром холецистите, по частоте уступают только острому аппендициту. По данным National Institutes of Health (1999) 10 – 15 % взрослого населения страдают желчнокаменной болезнью. Заболевание в 3 раза чаще встречается у женщин. С 2003 года отмечается некоторый рост числа больных оперированных по поводу острого холецистита (рис. 5).

В лечении больных с данной патологией в республике все больше используются малоинвазивные методики (лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из мини-доступа), а у пациентов старших возрастных групп эффективным является пункция желчного пузыря под контролем УЗИ.

Обращает на себя внимание рост количества больных, оперированных по поводу ущемленных

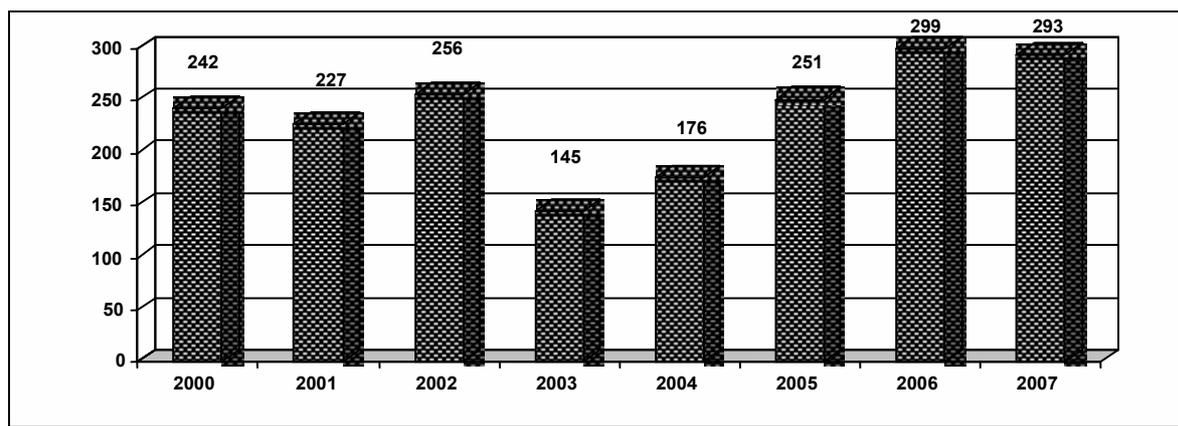


Рис. 6. Динамика числа операций по поводу ущемленной грыжи с 2000 по 2007 гг.

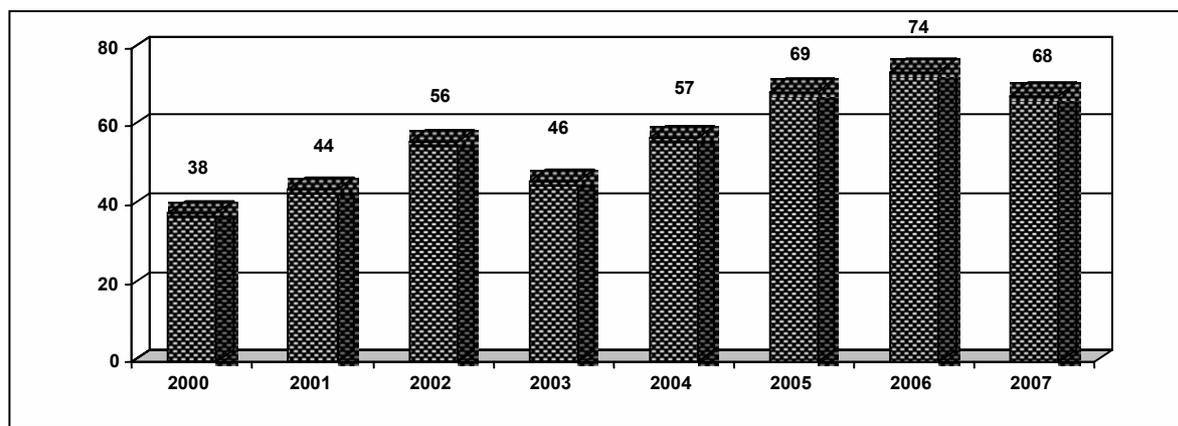


Рис. 7. Динамика числа операций по поводу острого панкреатита с 2000 по 2007 гг.

грыж различной локализации. Само возникновение грыжи связано с риском последующего ее ущемления. По литературным данным ущемление наблюдается у 5 % больных с паховыми грыжами и 32 % с бедренными грыжами. В республике отмечается рост числа операций при ущемленных грыжах. Так, если в 2003 году их было выполнено 145, то на конец 2007 года этот показатель увеличился почти вдвое (рис. 6).

Данный факт в первую очередь свидетельствует о недостаточно проводимой диспансеризации населения, недоработкой амбулаторно-поликлинической службы. Недостаточно четко разработаны такие вопросы как методика отбора больных-грыженосителей для планового хирургического лечения, особенно пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, особенности предоперационной подготовки и последующего ведения пациентов с ущемленной грыжей.

Число больных острым панкреатитом неуклонно увеличивается из года в год, не имеет тенденции к снижению и оставляет более 38 пациентов на 100 000 населения (Иванов Ю.В., 2000). Еще тридцать лет назад острый панкреатит составлял 0,83 % в общей структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а на сегодняшний день в России он занимает 25 %. Из года в год в Республике Бурятия увеличивается коли-

чество операций при остром панкреатите (рис. 7). И это обусловлено далеко не возросшей хирургической активностью при данной патологии, напротив мы определили строгие показания к выполнению операции при остром деструктивном панкреатите, что позволило несколько стабилизировать ситуацию в республике.

Рост числа операций обусловлен увеличением больных с острым панкреатитом и преимущественно алкогольной этиологии (35 %). Лишь в 20–25 % в основе его развития лежит желчнокаменная болезнь. Необходимо отметить, что проблема острого панкреатита, помимо медицинского имеет и социально-экономическое значение, поскольку в последние годы средний возраст больных составляет 30–40 лет.

Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями более 100 заболеваний различной этиологии. При этом в 55 % всех случаев они отмечаются у больных с хроническими и острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Оказывая хирургическую помощь больным с язвенной болезнью, хотелось бы отметить снижение количества резекций желудка по поводу язвенной болезни во всех хирургических стационарах республики на протяжении последних лет. Это в первую очередь обусловлено появлением новых

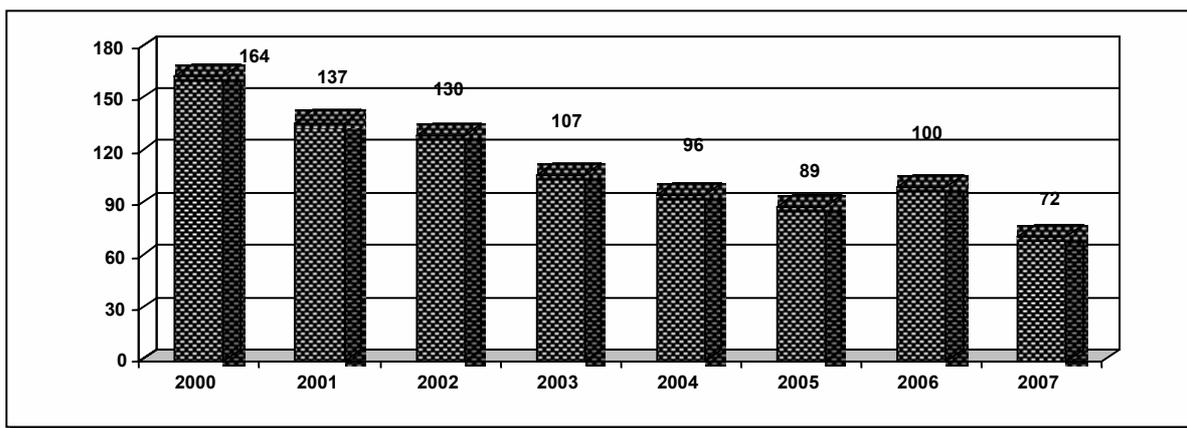


Рис. 8. Динамика числа операций по поводу желудочных кровотечений с 2000 по 2007 гг.

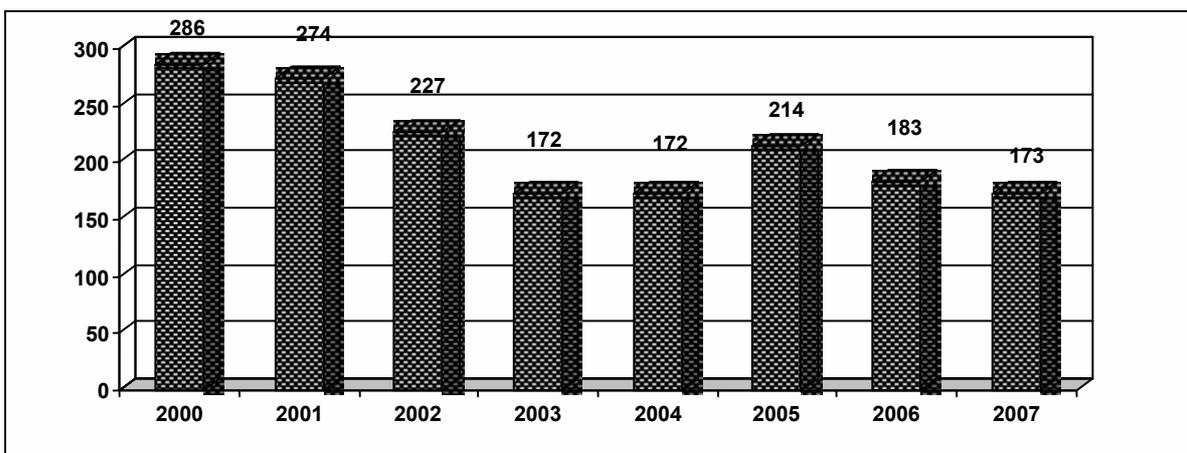


Рис. 9. Динамика числа операций по поводу прободных язв с 2000 по 2007 гг.

современных патогенетически направленных лекарственных препаратов. Мы не отметили также и роста числа операций, выполняемых по поводу осложнений язвенной болезни, таких как кровотечение и перфорация, напротив их количество сократилось почти в 2 раза (рис. 8, 9).

С 2000 года количество операций при язвенном кровотечении снизилось более чем в 2 раза. Напротив, Борисов А.Е. (2005) отмечает стойкий рост числа операций по поводу кровотечений и перфораций язв. Проблема лечения больных с желудочными кровотечениями может быть успешно решена только совместными усилиями врачей разных специальностей. Одной из основных задач является выполнение оперативных вмешательств у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в плановом порядке до развития угрожающих жизни осложнений. Решение этой задачи в значительной степени зависит от гастроэнтерологов и терапевтов, которые при безуспешном консервативном лечении будут своевременно направлять больных на операцию. Вторая задача — это обеспечение стационаров достаточным количеством донорской крови и ее компонентов. Третья задача — это подготовка врачей различных специальностей по вопросам диагностики и лечения больных с желудочно-кишечными

кровотечениями. В этой связи следует подчеркнуть, что крайне необходима организация круглосуточной эндоскопической службы во всех стационарах города, работающих в режиме скорой помощи.

Среди других экстренных заболеваний органов брюшной полости перфоративные гастродуоденальные язвы занимают пятое-шестое место. Известно, что констатация перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является жизненным показанием к операции. Выбор способа и объема операции служит главным фактором, влияющим на непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с перфоративной язвой. При этом необходимо учитывать сроки выполнения операции, наличие или отсутствие перитонита, локализацию язвы, ее морфологические особенности. Возраст больного и сопутствующую патологию. Снижение количества перфоративных язв в республике также отмечается в последние годы (рис.9).

Если количество операций в 2000 году составило 286 при перфорации язвы, то в 2007 году — 173. Изучение отдаленных результатов у оперированных по поводу перфоративной язвы больных показывает, что ушивание язвы является лишь первым этапом в лечении этого осложнения язвен-

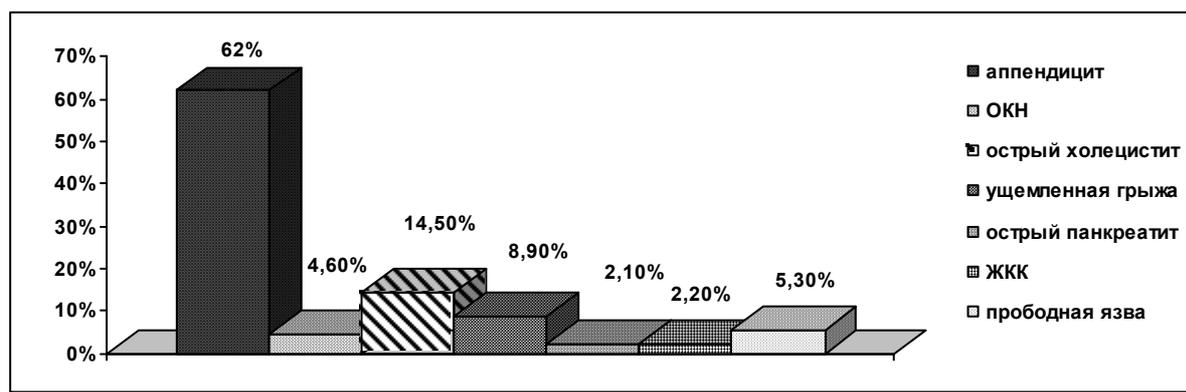


Рис. 10. Соотношение отдельных форм острой хирургической патологии в Республике Бурятия.

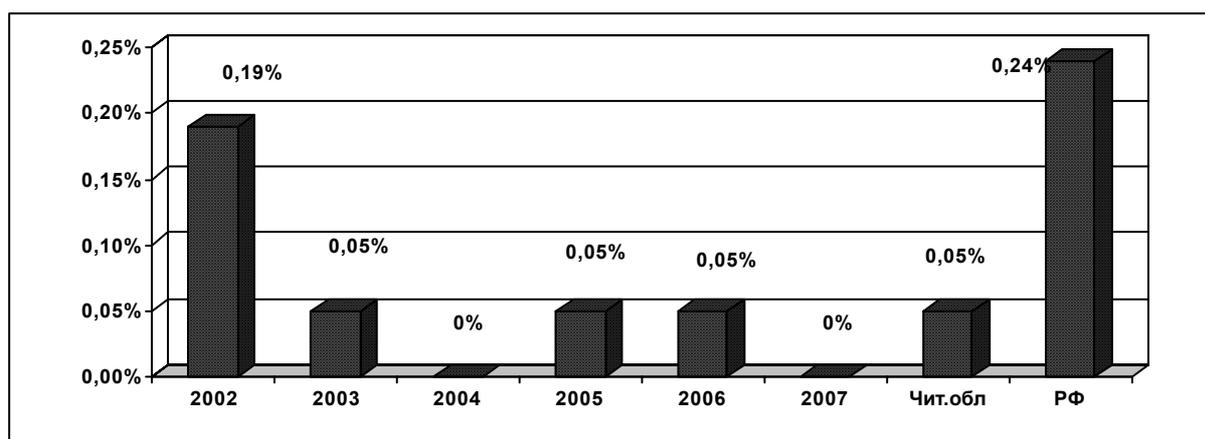


Рис. 11. Показатели послеоперационной летальности от острого аппендицита с 2002 по 2007 гг.

ной болезни. Более половины оперированных больных нуждаются в повторной операции. В наших стационарах такой операцией была и остается резекция желудка.

На протяжении всего проанализированного периода первое место в структуре среди всех форм острого живота занимает аппендицит, несмотря на снижение числа пациентов с данной патологией. Усредненные данные соотношения отдельных форм острой хирургической патологии в Республике Бурятия приведены на рис. 10.

На втором месте в структуре это больные с острым холециститом (14,5%), на третьем — с ущемленной грыжей (8,9%).

Остановившись на показателях послеоперационной летальности больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости можно отметить, что по 7 основным нозологическим формам она не превышает показатели Российской Федерации. В 2007 году в республике не отмечено ни одного случая летальности от острого аппендицита. Данный показатель практически не меняется за последние годы (рис. 11).

Из 1927 выполненных аппендэктомий в 583 (30,2%) случаях — это пациенты, которые поступили в стационар позже 24 часов от начала заболевания. Летальность при остром аппендиците, напрямую связана с поздним поступлением больных, с уже развившимися осложнениями, в том

числе разлитым перитонитом, исход которого при всех усилиях хирурга, чаще всего предопределен. Основными причинами неудач являются диагностические, тактические и технические ошибки в лечении больных, а также осложнения острого аппендицита и аппендэктомии, которые непосредственно приводят к смерти.

Изучая истории болезни больных, умерших от острой кишечной непроходимости, отмечено, что у 54% причиной смерти был перитонит, как результат несостоятельности швов анастомоза, повреждения кишки во время операции, а также продолжающийся перитонит, который не был купирован во время первой операции. У 20,2% больных смерть наступила от острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. В 2007 году отмечается снижение послеоперационной летальности от острой кишечной непроходимости (рис. 12).

На протяжении последних лет показатель послеоперационной летальности от острой кишечной непроходимости ниже показателя в Российской Федерации, который составляет 16%. Однако снижение летальности при острой кишечной непроходимости зависит от строго выполнения основных положений медицинской доктрины в неотложной хирургии. Среди них ведущими являются ранняя диагностика и ранняя госпитализация, адекватная предоперационная диагностика, соблюдение основных правил и принципов опера-

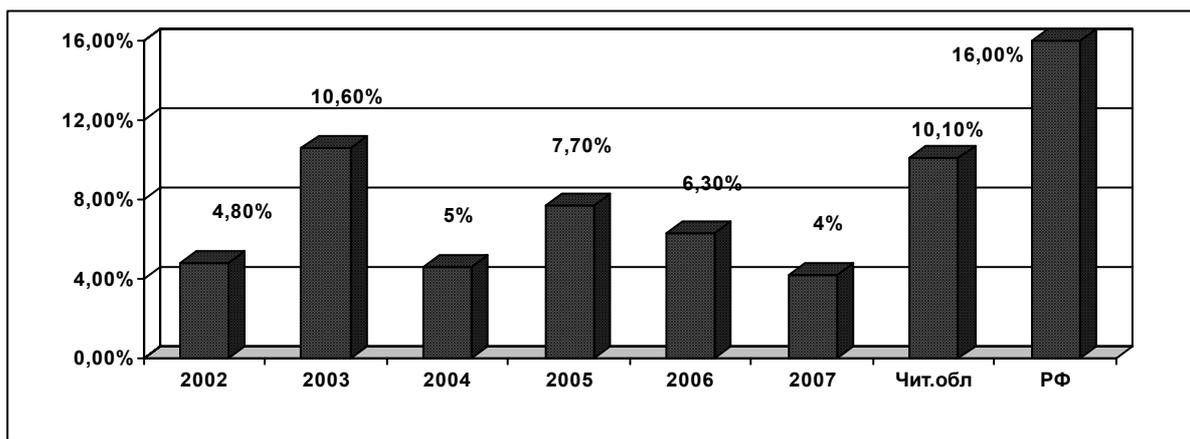


Рис. 12. Показатели послеоперационной летальности от кишечной непроходимости с 2002 по 2007 гг.

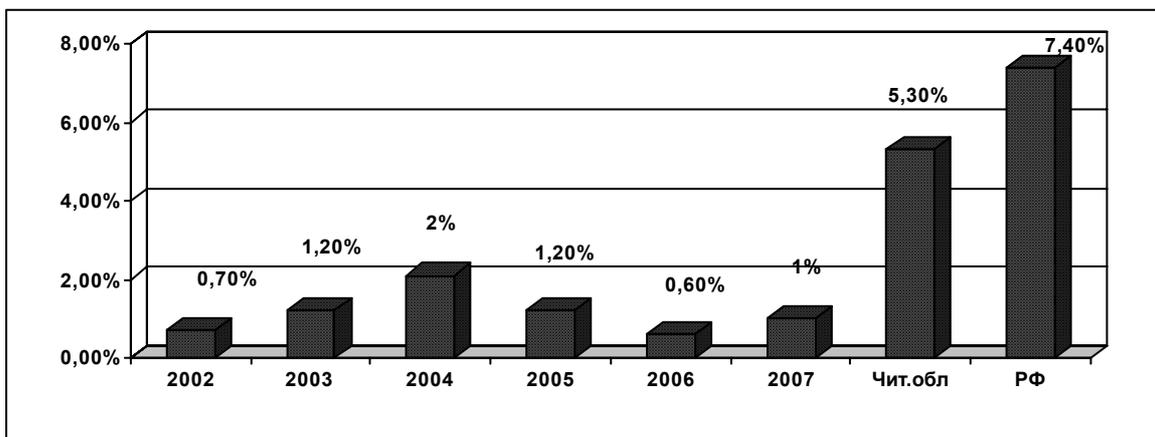


Рис. 13. Показатели послеоперационной летальности от острого холецистита с 2002 по 2007 гг.

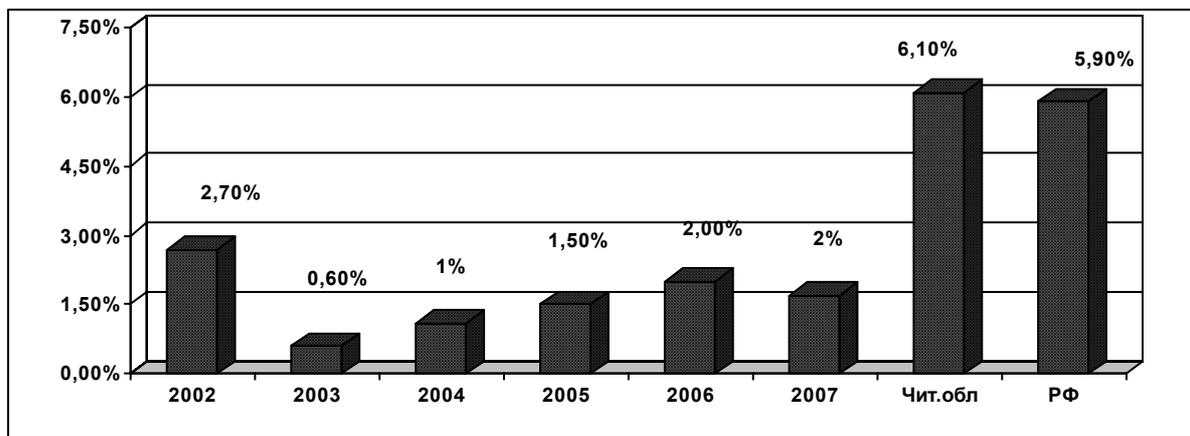


Рис. 14. Показатели послеоперационной летальности от ущемленной грыжи с 2002 по 2007 гг.

тивного лечения и патогенетически обоснованная послеоперационная терапия.

Имеется положительная тенденция к снижению послеоперационной летальности в республике и от острого холецистита (рис. 13). Наиболее высокая летальность отмечена у пациентов старшей возрастной группы, выраженном деструктивном процессе желчного пузыря, а также позднем поступлении больных в стационар.

Стабильно низкой остается летальность от ущемленной грыжи. В последние годы она состав-

ляет 1 – 2 %, что ниже показателей Российской Федерации практически в 6 раз (рис. 14). Анализ клинического опыта лечения больных показал, что причиной летальных исходов является не перитонит, а сопутствующие заболевания, течение которых усугубляется. 65 – 70 % умерших больных это пациенты пожилого и старшего возраста.

Особо хотелось обратить внимание на показатели послеоперационной летальности от острого панкреатита (рис. 15) и желудочно-кишечных кровотечений (рис. 16). Летальность при данной пато-

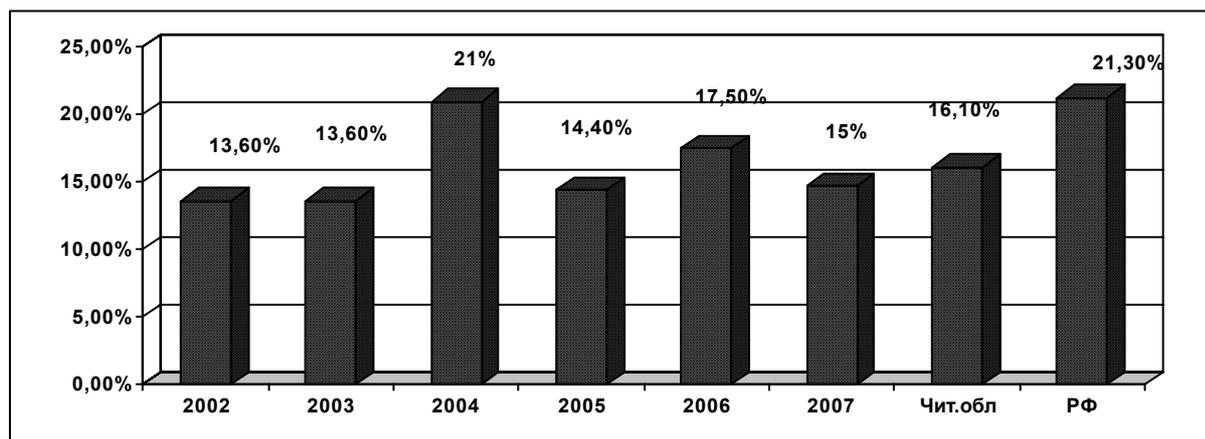


Рис. 15. Показатели послеоперационной летальности от острого панкреатита с 2002 по 2007 гг.

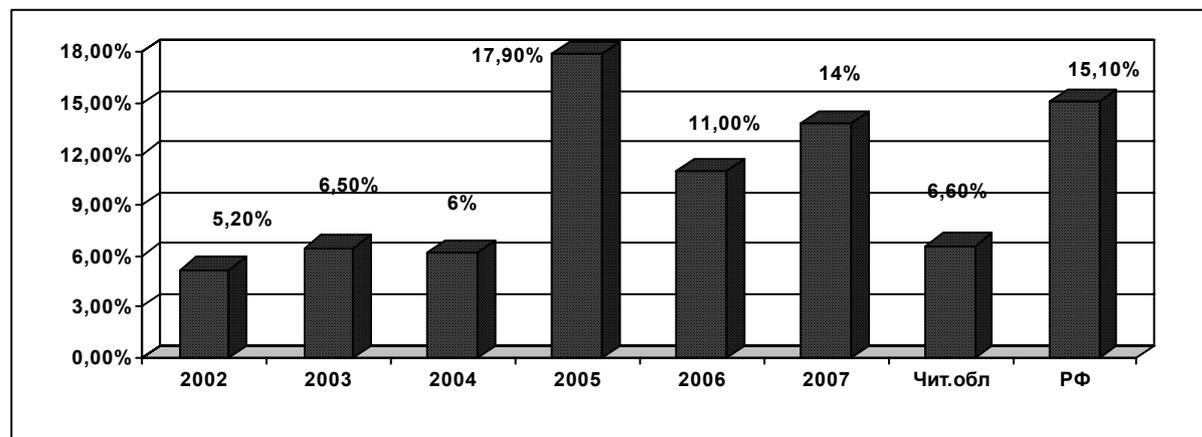


Рис. 16. Показатели послеоперационной летальности от желудочных кровотечений с 2002 по 2007 гг.

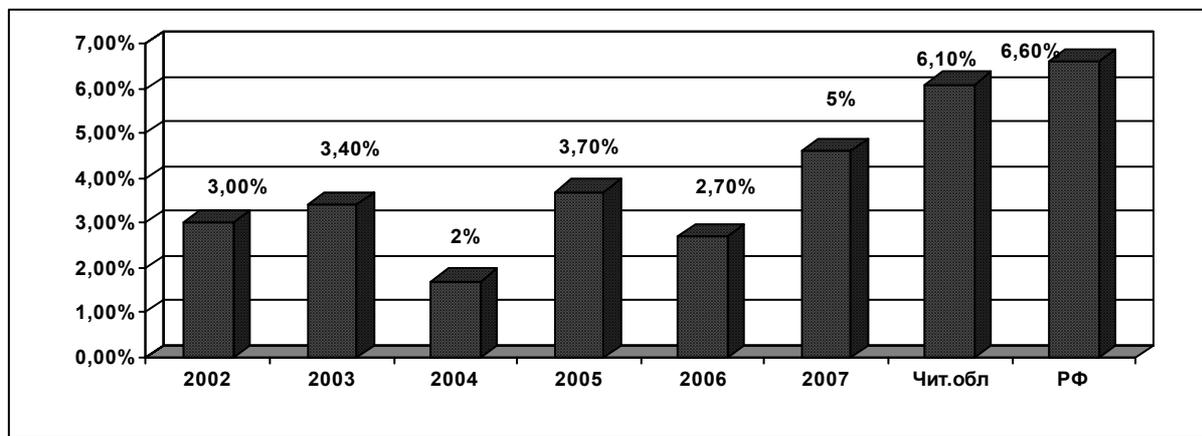


Рис. 17. Показатели послеоперационной летальности от желудочных кровотечений с 2002 по 2007 гг.

логии остается высокой, хотя и ниже показателей РФ. Наиболее высокая летальность отмечается в группе больных с деструктивными формами острого панкреатита и среди пациентов старшей возрастной группы. Часто причиной летальных исходов являются такие осложнения как массивное аррозивное кровотечение, гнойный перитонит, тяжелая печеночная и почечная недостаточность.

К факторам, ведущим к высокой летальности при экстренных операциях при желудочных кровотечениях, относятся пожилой и старческий воз-

раст, наличие сопутствующих заболеваний, позднее обращение пациентов за медицинской помощью, диагностические ошибки на догоспитальном этапе в период скрытого кровотечения, характеризующегося общими клиническими симптомами, нередко трактуемыми как проявления вегето-сосудистой дистонии, ишемической болезни сердца, остеохондроза. Среди других причин высокой летальности можно отметить неадекватную предоперационную подготовку. К увеличению летальности на госпитальном этапе приводят завышение

объема оперативного вмешательства, технические погрешности при ушивании трудной культи ДПК, что приводит к развитию перитонита.

Анализ послеоперационной летальности при свободной язве показал ее зависимость от сроков госпитализации пациентов, а также возраста пациентов.

В целом показатели не выходят за пределы многолетних колебаний, что объясняется внедрением на территории республики единых научно-обоснованных подходов к тактике ведения пациентов, накоплением опыта хирургического лечения. Благодаря проведенной совместной организационно-методической, научно-практической работе, принятию единых принципов лечения больных с острым панкреатитом и кровотечениями, нам удалось несколько стабилизировать ситуацию при данной патологии.

При анализе зависимости послеоперационной летальности от сроков госпитализации пациентов выявлена картина, характерная практически для всех острых хирургических заболеваний: с увеличением времени прошедшего с момента заболевания до поступления больного в стационар резко возрастает уровень послеоперационной летальности. Следует отметить, что абсолютное большинство летальных исходов это пациенты, как правило, социально не адаптированные, с поздними сроками доставки на этап хирургической помощи (2/3 больных доставлены в стационар в сроки более 24 часов от начала заболевания).

При сравнении уровня летальности в зависимости от возраста пациентов, при всех острых хирургических заболеваниях уровень послеоперационной летальности возрастает во много раз у больных пожилого и старческого возраста. По нашим данным послеоперационная летальность резко возрастает у больных старше 60 лет. Исключение составляет острый панкреатит, где летальность высока во всех возрастных группах.

Таким образом, одним из основных принципов экстренной хирургии, оказывающих существенное влияние на результаты лечения больных, является ранняя диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно на догоспитальном этапе. Совершенно очевидно, что результаты лечения больных, например, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки значительно хуже при развитии таких грозных осложнений этой патологии, как кровотечение, перфорация, малигнизация.

При проведении многофакторного анализа послеоперационной летальности в Республике Бурятия выделены основные факторы, приводящие к летальным исходам у больных с основными формами «острого живота». Это позднее обращение за медицинской помощью, поздняя госпитализация, ошибки в тактике и технике операций, дефекты анестезиологических пособий, диагностические ошибки врачей, тяжесть послеоперационных осложнений, неадекватное лечение, ятрогенные осложнения. Процентное соотношение указанных факторов представлено в таблице 1.

Таблица 1
Факторы, влияющие на причины летальных исходов

Факторы	Процент от общего числа больных
Позднее обращение за медицинской помощью	61,1 %
Отказ от госпитализации	1,5 %
Ошибки медицинских работников на догоспитальном этапе	2,2 %
Диагностические ошибки	11,5 %
Дефекты анестезиологического пособия	0,5 %
Технические и тактические ошибки	15,5 %
Неадекватное лечение	5,1 %
Тяжесть послеоперационных осложнений	32,9 %
Ятрогенные осложнения	1,2 %

Особое внимание в структуре экстренной хирургической помощи занимает травматизм. В 70 % это тяжелые сочетанные травмы, приводящие нередко к летальному исходу. Неумышленные повреждения до настоящего времени остаются одной из ведущих причин смертности трудоспособного населения в возрасте до 34 – 44 лет [7]. Тяжелая сочетанная травма, или по другой терминологии, шокогенная сочетанная травма характеризуется высокой летальностью и лидирует по показателю потерянных лет потенциальной жизни [1, 3]. Достаточно сказать, что сочетанная травма сегодня представляет большую социально-медицинскую проблему в связи с увеличением бытового, производственного и дорожного травматизма. По данным различных авторов в общей структуре травматизма сочетанная травма выявляется до 22 %, с летальностью 40 – 60 % и инвалидностью от 25 до 45 % [5].

В последние годы в республике Бурятия тяжелая травма в сочетании с черепно-мозговой травмой является наиболее частой разновидностью сочетанных повреждений и встречается в 70,8 – 91,6 % всех сочетанных повреждений, сочетание черепно-мозговой травмы с травмой живота составляет 38 %, с травмой грудной клетки – 13,3 % [6]. Так, наблюдений сочетанной травмы, т.е. повреждения двух и более анатомических областей тела одним травмирующим агентом, за 2005 г. было выявлено по городу Улан-Удэ – 462, а в соседнем регионе (г. Иркутске) – 1093 случая. Преобладали мужчины – 354 (77 %), средний возраст которых составил 39,8 года. На догоспитальном этапе погибло 173 (37,7 %) человека. В структуре повреждений преобладала тупая травма – 249 (54 %), автодорожная травма – 115 (25 %), колото-резаные ранения – 55 (12 %), кататравма – 29 (6 %). Общая летальность при сочетанной травме по г. Улан-Удэ составила 43 %. Наибольшая летальность отмечена в Джидинском районе (3,25), Бичурском (3,23), Мухоршибирском (3,23) и Селенгинском районах (3,14).

Пострадавшие умерли в различные сроки. По срокам смерти с момента поступления в стацио-

нар они распределились следующим образом: в течение первого часа (12,5 %) в течение 3 часов — 25 %, в течение 6 часов — 8,3 %, в первые сутки — 12,5 %, в первую неделю — 33,3 %, позже — 7 % больных.

Причиной смерти погибших в течение первого часа после поступления явилась дислокация головного мозга как результат внутримозговой гематомы. У 75 % больных причиной летального исхода явилась массивная кровопотеря и необратимый декомпенсированный геморрагический и травматический шок.

Один из важных принципов — оказание квалифицированных реанимационных мероприятий на месте происшествия. Опыт показывает, что 70 % больных поступают в стационар с неполным объемом проведенных противошоковых мероприятий, что во многом ухудшало состояние пациентов и предопределило неблагоприятный исход.

Объем этих мероприятий должен заключаться при наличии сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата в иммобилизации мест переломов, обезболивании, поддержание сердечно-легочной деятельности.

Диагностические мероприятия в стационаре должны проводиться параллельно с проведением комплекса мероприятий, направленных на коррекцию имеющихся нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем, показателей гемостаза и выведения больного из шока.

Для оценки тяжести политравмы необходимо применение современной диагностической аппаратуры, которая позволит выявить имеющиеся повреждения и оказать квалифицированную медицинскую помощь своевременно.

На этапе стационарного лечения при диагностировании повреждений внутренних органов необходимо выполнение экстренного оперативного вмешательства.

К выполнению лечебных манипуляций необходимо подходить дифференцированно, с учетом тяжести диагностированных повреждений для оказания хирургической помощи.

Следует помнить, что выполнение экстренного хирургического вмешательства является одним из важнейших этапов противошоковых мероприятий.

Важнейшим является соблюдение принципа этапности при оказании медицинской помощи.

Больные с тяжелой сочетанной травмой должны быть концентрированы в стационаре республиканской, областной, краевой больницы, где имеется возможность оказания специализированной квалифицированной медицинской помощи.

Для улучшения оказания медицинской помощи больным с тяжелой политравмой необходимы единые диагностические походы, корпоративные слаженные действия врачей многих специальностей, в первую очередь хирургов, анестезиологов и реаниматологов, травматологов, нейрохирургов.

Дорожно-транспортные происшествия являются одной из проблем современной хирургии и травматологии. Необходимо отметить, что смерт-

ность от дорожно-транспортных происшествий за год сократилась на 34,2 % до 21,2 чел. в расчете на 100 тыс. населения, что ниже среднероссийского уровня (23,0).

Количество дорожно-транспортных происшествий, произошедших на участках федеральных автодорог, проходящих по территории Республики Бурятия в 2004 — 2007 г. представлено в таблице 2.

Таблица 2
Динамика дорожно-транспортных происшествий

	2004	2005	2006	Всего
ДТП	1376	1335	1358	4069
Погибло	170	94	96	360
Ранено	1679	1790	2112	5581

Поскольку через нашу республику проходит федеральная трасса, мы надеемся на включение Бурятии в расширение национального проекта «Здоровье» в плане профилактики дорожно-транспортных происшествий и снижения летальности от них.

Особенно хотелось остановиться на развитии анестезиологии и реанимации в республике. В практику врачами анестезиологами реаниматологами внедрена продленная спинальная и эпидуральная анестезия, позволяющая успешно выполнять хирургические вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста. Все большую популярность приобретают методы эфферентной терапии и гравитационной хирургии. При тяжелых черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях, менингитах внедрена ликворосорбция, результаты которой удивляют. Появился опыт лечения больных с тяжелым сепсисом, перитонитом, панкреонекрозом, обширными ожогами.

Не секрет, что оказание помощи детскому населению, включая и хирургическую помощь — это одна из самых ресурсоемких областей медицины. Ежегодно в отделении детской хирургии выполняется более 3000 оперативных вмешательств при различной патологии детского возраста, 50 % это экстренные операции. Послеоперационная летальность при них низкая, а ее показатели не выходят за пределы показателей СФО и РБ. Практика доказывает необходимость обучения районных хирургов по вопросам острого гематогенного остеомиелита, врожденной патологии желудочно-кишечного тракта, сочетанной травмы, по которым нередко возникает большое количество вопросов. Особое внимание следует уделить хирургии новорожденных. С этой целью мы готовим специалистов неонатологов, детских реаниматологов, хирурга.

Особое внимание в организации экстренной хирургической помощи уделяется работе санитарной авиации. Ежегодно санитарная авиация по экстренным хирургическим проблемам выезжает в районы Республики Бурятия от 200 до 250 раз, выполняются более 100 оперативных вмешательств у детей и взрослых. Накопление опыта оказания помощи больным с острыми хирургичес-

кими заболеваниями органов брюшной полости, организация оказания экстренной помощи позволили улучшить показатели оказания экстренной хирургической помощи.

Со дня функционирования республиканского телемедицинского центра 15 мая 2007 года проведена тысячная телемедицинская консультация. Республиканский телемедицинский центр является одним из активных телемедицинских центров в Российской Федерации. Ежегодно проводятся более 130 телеконсультаций в режиме реального времени со всеми федеральными медицинскими научными центрами, региональными центрами РФ, в том числе и в экстренных сложных случаях у детей и взрослых.

У хирургов Бурятии много друзей-коллег. Научно-практическое объединение выражается в сотрудничестве и объединении клинических баз со структурами БГУ, БНЦ и НИИ центральных регионов России, а именно с кафедрами хирургических болезней БГУ, НИИ СМП им. Джанелидзе (член-корр. РАМН, д.м.н., профессор С.Б. Багненко), НИИ онкологии г. Томска (член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Чойнзонов Е.Ц.), Томским государственным медицинским университетом (член-корр. РАМН, д.м.н. профессор Дамбаев Г.Ц.), НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Григорьев Е.Г.), БНЦ (д.м.н., профессор Николаев С.М.), Бурятским филиалом НЦ РВХ (д.м.н. Цыбиков Е.Н.). Результатом этого сотрудничества явилось улучшение качества оказания хирургической помощи населению республики Бурятия, в том числе и неотложной хирургической помощи. Результатом научной активности врачей-хирургов явилась защита в 2007 году 3 кандидатских и одной докторской диссертации по проблемам хирургии, публикация 5 монографий, более 200 печатных работ в российской и зарубежной печати.

Хирурги республики участвовали в научно-практической конференции «Хирурги Забайкалья в России» (г. Чита), Ассоциации хирургов Иркутской области (г. Иркутск), международной конференции врачей хирургов (г. Маньчжурия, Китай), XIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва), Всероссийском Съезде анестезиологов-реаниматологов (г. Москва), международном съезде хирургов-гепатологов (г. Санкт-Петербург), во II съезде Сибири и Дальнего Востока (г. Владивосток), в научно-практической конференции «Панкреатит» (г. Сочи), где обсуждались вопросы оказания хирургической помощи больным при неотложных хирургических состояниях.

Ежеквартально проводятся заседания научно-практического общества хирургов Республики Бурятия под председательством профессора Г.Ф. Жигаева, заседания клуба сосудистых хирургов.

Продолжается сотрудничество хирургов Бурятии с хирургами соседних регионов: Томска, Читы, Новосибирска, Москвы, Санкт-Петербурга, Иркутска, Северска, Монголии и Китая.

В настоящее время крупные клинические базы города — это стационары, имеющие огромную диагностическую базу, где присутствуют все современные ультразвуковые, эндоскопические, ангиографические, радионуклидные методы диагностики, где есть компьютерная и магнитно-резонансная томография, где имеются высококвалифицированные специалисты, ими владеющие.

И, тем не менее, выезжая в районы Бурятии, оказывая им практическую и консультативную помощь, мы всегда знаем, что в нашем тылу находятся наши коллеги хирурги, эндоскописты, анестезиологи-реаниматологи, которые своим трудом держат «марку» хирургии республики и позволяют хирургии двигаться только вперед.

В эти дни Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им В.В. Ангапова отмечает свой 30-летний юбилей. В клинике сложилась свои традиции оказания экстренной помощи, накоплен колоссальный опыт лечения различных urgentных хирургических состояний, подготовлено большое количество хирургов по вопросам неотложной хирургии. Научно обоснованная тактика лечения таких больных с применением всего арсенала современных средств хирургии и терапии, использование современных антибактериальных средств, их комбинаций, внедрение новых передовых методик оперативных вмешательств позволила добиться хороших результатов. Особо хотелось бы отметить многолетнюю, безупречную работу таких хирургов как Николаева К.В., Горбачев Н.Б., Олохоев М.М., Ким Е.К., Гомбожапов Н.З., Доржиев Ю.Д., детских хирургов: Атутов Б.В., Доржиев Б.Д., Колдунов С.П. и других, чей труд является ярким примером хирургического мастерства и преданности профессии. На этой клинической базе работает кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета под руководством доктора медицинских наук Хитрихеева В.Е. В научном кружке основам неотложной хирургии обучаются студенты старших курсов медицинского факультета.

Клиническая больница скорой помощи тесно сотрудничает с институтом скорой медицинской помощи им. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург), который оказывает ей научно-методическую и практическую помощь. Накопленный опыт в этой клинической больнице позволил достичь определенных успехов в лечении острого панкреатита, желудочных кровотечений, острого холецистита, ожоговой травмы и другой неотложной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павловский М.П. Резервы улучшения ранней диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе / М.П. Павловский, О.В. Фильц, С.Л. Рачкевич // Клин. хирургия. — 1989. — № 4. — С. 50—52.
2. Савельев В.С. Хирургия на рубеже тысячелетий / В.С. Савельев // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10, № 26. — С. 1200—1203.

3. Ермолов А.С. Оказание помощи при сочетанной травме / А.С. Ермолов. – Ярославль, 1997. – 217 с.

4. Ерюхин И.Н. Экстремальные состояния организма / И.Н. Ерюхин, С.А. Шляпников. – СПб.: Эскулап, 1997. – 287 с.

5. Нечаев Э.А. Минно-взрывная травма / Э.А. Нечаев, А.И. Грицанов, Н.Ф. Фомин. – СПб.: АЛЬД, 1994. – 488 с.

6. Плеханов А.Н. Дефекты оказания медицинской помощи раненым с тяжелыми минно-взрывными травмами и огнестрельными ранениями / А.Н. Плеханов, И.А. Номоконов // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – N 3. – С. 123–124.

7. Селезнев С.А. Сочетанная травма и травматическая болезнь / С.А. Селезнев, В.А. Черкасов. – Пермь, 1999. – 330 с.