

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

---

УДК 617-089

*А. В. Баулин, М. М. Беренштейн, О. Б. Лугина,  
А. С. Ивачев, А. В. Перевертов, Д. М. Бикбаева*

## ДИНАМИКА ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА 28 ЛЕТ

*Аннотация.* Представлены результаты оказания экстренной хирургической помощи по материалам работы общехирургического отделения за 28 лет. С неотложной абдоминальной патологией были госпитализированы 30711 больных, оперированы 17966, послеоперационная летальность составила 2 % при общей летальности 1,2 %.

*Ключевые слова:* брюшная полость, экстренная хирургия.

*Abstract.* Presented the results of work of the general surgery department for 28 years. With an urgent abdominal pathology have been hospitalised 30711 patients, operated 17966. The postoperative mortality was 2 %, for total mortality 1,2 %.

*Keywords:* abdomen, emergency surgery.

Отделение хирургии № 1 МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г. А. Захарьина» было организовано в 1982 г. с акцентом на оказание экстренной помощи, и на сегодня его сотрудники обеспечивают прием больных с абдоминальной патологией в экстренном порядке дважды в неделю. В работе отделения активное участие принимают сотрудники кафедр хирургии Пензенского института усовершенствования врачей (ПИУВ) (зав. кафедрой д.м.н., профессор А. С. Ивачев) и Медицинского института Пензенского государственного университета (зав. кафедрой д.м.н., профессор А. Н. Митрошин). Куратором отделения в течение многих лет является д.м.н., профессор кафедры хирургии ПИУВ Н. А. Ивачева.

Подводя итоги работы, нами проведен анализ динамики экстренной абдоминальной патологии за истекшие 28 лет с целью изучения возможных путей оптимизации хирургической помощи данному контингенту больных. В результате нами была проведена выборка статистических данных, связанных с оказанием медицинской помощи больным острым аппендицитом, острым холециститом, ущемленной грыжей, перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, острой кишечной непроходимостью, острым панкреатитом и гастродуоденальными кровотечениями язвенного происхождения по материалам работы отделения с 1982 по 2009 г. включительно. Проведен анализ результатов работы по указанным нозологиям с расчетом показателей хирургической активности, общей и послеоперационной летальности.

**Острый аппендицит.** За период с 1982 по 2009 г. с острым аппендицитом было госпитализировано 8789 больных, что составило 28,6 % от общего числа больных анализируемых групп. Оперировано 8674 больных, хирурги-

ческая активность составила 98,69 %. Не были оперированы по разным причинам, но выписаны с диагнозом «острый аппендицит» 1,3 % больных ( $n = 115$ ), что коррелирует с данными, представленными А. С. Ермоловым и соавт. по г. Москве за период с 1993 по 2007 г., где данный показатель составил 1,68 % [1]. Умерло 17 больных. Общая и послеоперационная летальность составила 0,2 %.

Наибольшее число госпитализаций и операций отмечено в период с 1985 по 1989 гг. (рис. 1). Было госпитализировано 2742 больных и оперировано 2727 с наименьшей за весь период летальностью, составившей 0,04 % (рис. 2). Это объясняется большим количеством аппендэктомий, выполненных при «простом», неосложненном аппендиците, что было продиктовано особенностями тактики в то время. С появлением новых методов диагностики и лечения (лапароскопия) ситуация несколько изменилась. В 1990-е гг. отмечено снижение числа госпитализированных больных. За период с 2000 по 2004 г. отмечено наименьшее число госпитализированных (1008) и оперированных (994) при резко возросшей летальности с 0,09 % (1995–1999) до 0,6 %. При анализе причин повышения летальности не выявлено прямой связи с врачебными ошибками. Во всех случаях отмечена поздняя обращаемость с наличием на момент госпитализации у больных разлитого перитонита. За последние пять лет произошел незначительный рост числа как госпитализированных, так и оперированных больных (1191 и 1131 соответственно) с послеоперационной летальностью 0,35 %.

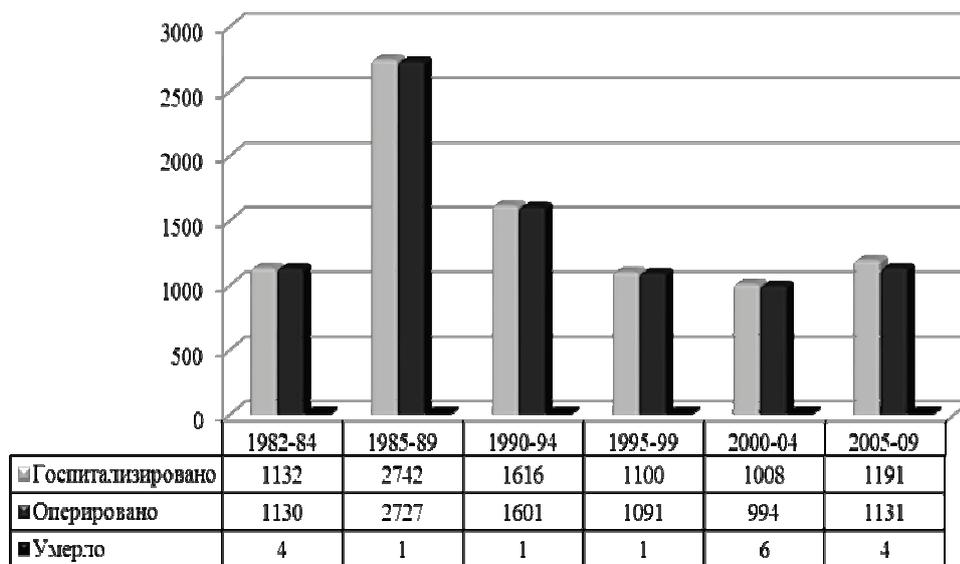


Рис. 1. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных острым аппендицитом

**Острый холецистит.** С острым холециститом госпитализировано 8253 (27 % общего числа больных анализируемых групп) и оперировано 5512 больных. Хирургическая активность составила 66,79 %. Умерло 83 больных. Послеоперационная летальность составила 1,5 %, общая – 1,0 %.

В целом, основные анализируемые показатели представлены на рис. 3 и 4.

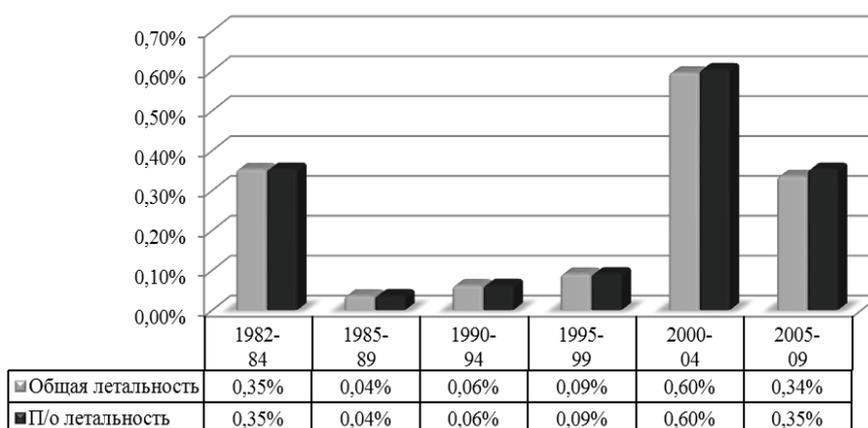


Рис. 2. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при остром аппендиците

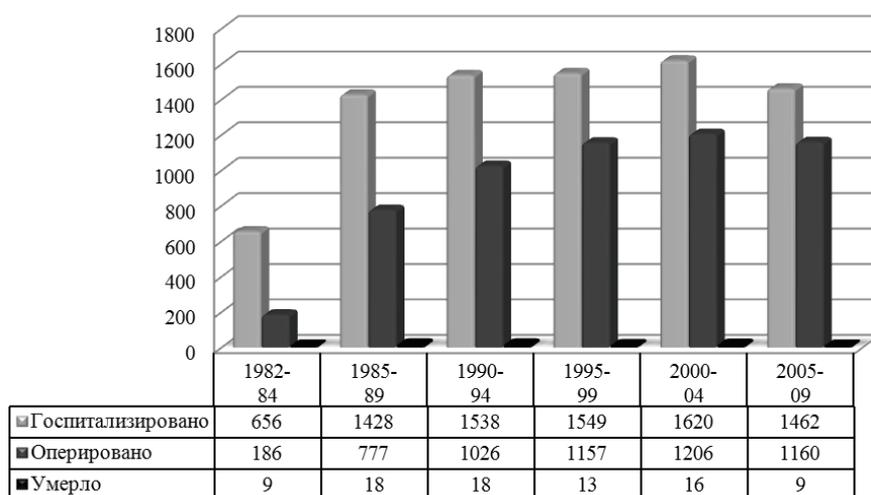


Рис. 3. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных острым холециститом

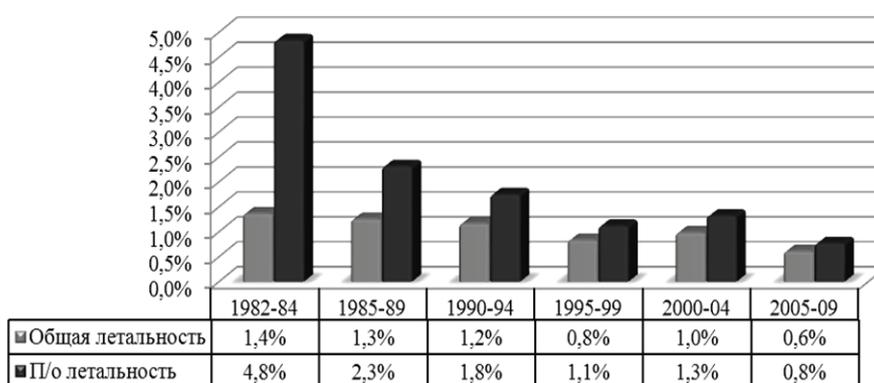


Рис. 4. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при остром холецистите

Наибольшая послеоперационная и общая летальность (4,8 и 1,4 %) отмечена в первые три года работы (1982–1984 включительно). Активная хирургическая тактика, разработанная в хирургической клинике Пензенского института усовершенствования врачей [2, 3], привела к снижению показателей летальности, которая в последние пять лет работы составляет менее 1 % (0,8 % – послеоперационная и 0,6 % – общая летальность). Среди операций, выполненных у данной категории больных, около 30 % составили паллиативные вмешательства, преследующие своей целью декомпрессию желчевыводящих путей – целенаправленная, открытая холецистостомия. Отказ от радикальных вмешательств и наркоза у лиц угрожаемой группы (как правило, старческого возраста с суб- и декомпенсированной сопутствующей патологией) в пользу проведения паллиативных операций в течение первых 12–24 ч локальным доступом под местной анестезией, предложенным д.м.н., профессором А. А. Баулиным, позволил добиться приемлемых показателей.

В 1995–1997 гг. отмечен рост числа госпитализаций и операций по поводу острого холецистита с тенденцией к снижению летальности, что можно объяснить внедрением в данный период времени видеолaparоскопических операций, которые на сегодня составляют абсолютное большинство среди радикальных вмешательств при данном заболевании.

**Ущемленная грыжа.** С ущемленной грыжей в среднем госпитализируется от 40 до 50 больных в год. За анализируемый период госпитализировано 1250 (4,1 % общего числа больных анализируемых групп) и оперировано 1248 больных. Не оперированы двое больных в 1996 г.: было отмечено вправление грыжи в стационаре, и больные отказались в последующем от операции. В дальнейшем отказов от операции не было. Хирургическая активность составила 99,8 %. Умерло 33 пациента, общая и послеоперационная летальность составила 2,6 %.

В целом показатели числа госпитализированных и оперированных с ущемленной грыжей при анализе за каждые пять лет остаются приблизительно на одном уровне без явной тенденции к существенному росту (рис. 5).

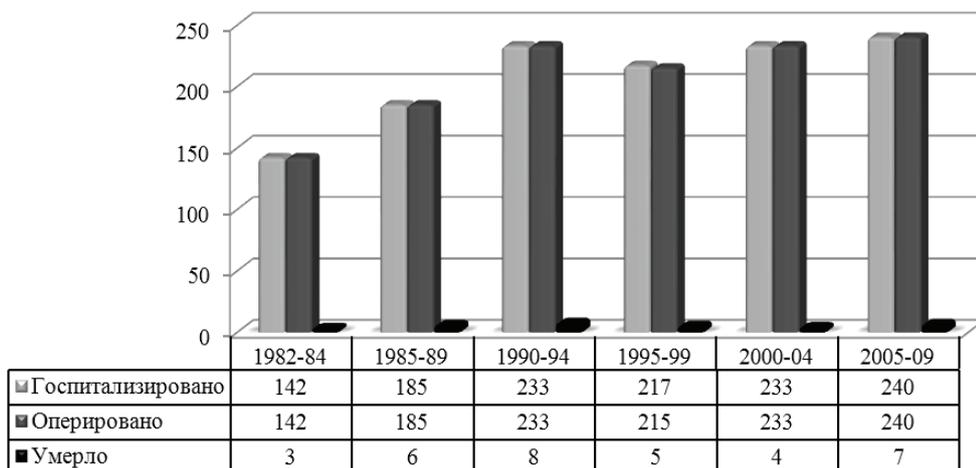


Рис. 5. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных ущемленной грыжей

Показатели летальности напрямую зависят от срока, прошедшего от начала заболевания до операции. При анализе летальности нами отмечено снижение данного показателя в период с 2000 по 2004 г. с 3,43 (1990–1994) и 2,3 % (1995–1999) до 1,72 % (рис. 6).

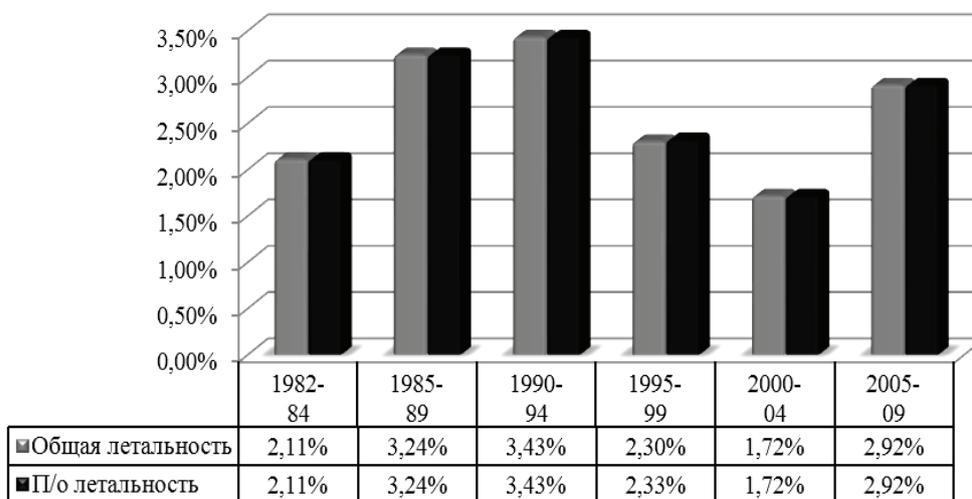


Рис. 6. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при ущемленной грыже

Данное обстоятельство обусловлено отсутствием смертельных исходов в 2002 и 2003 гг. Однако в последние годы (2005–2009) вновь отмечен рост летальности, который мы объясняем увеличением числа больных ущемленными грыжами пожилого и старческого возраста, поступившими позже 72 ч от начала заболевания. Попытка выполнения радикальных операций у данной категории больных неизбежно влечет за собой рост неблагоприятных исходов. Следует помнить о том, что главная задача, которая стоит перед хирургом, оперирующим больного ущемленной грыжей, – это разущемление, а не выполнение герниопластики. Последняя может оказаться непереносимой у неподготовленных к операции пациентов.

**Перфоративная язва.** С перфоративной гастродуоденальной язвой госпитализировано 800 (2,6 % общего числа больных анализируемых групп) и оперировано 798 больных. Хирургическая активность составила 99,8 %. Не были оперированы двое больных в 2002 и 2005 гг. В обоих случаях имела место поздняя госпитализация больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии при явлениях абдоминального сепсиса. Интенсивная терапия на этапе предоперационной подготовки не увенчалась успехом. Диагноз поставлен по результатам патологоанатомического исследования. Всего умерло 35 больных. Общая летальность составила 4,4 %, послеоперационная – 4,13 %.

Число госпитализированных и оперированных больных с перфоративной язвой претерпело определенную динамику при анализе за каждые пять лет (рис. 7).

Наибольшее число госпитализированных и оперированных больных пришлось на период с 1995 по 1999 г. включительно и совпадало с периодом тяжелых экономических потрясений, происшедших в нашей стране. При этом

следует отметить, что летальность в данный период оказалась наименьшей (рис. 8).

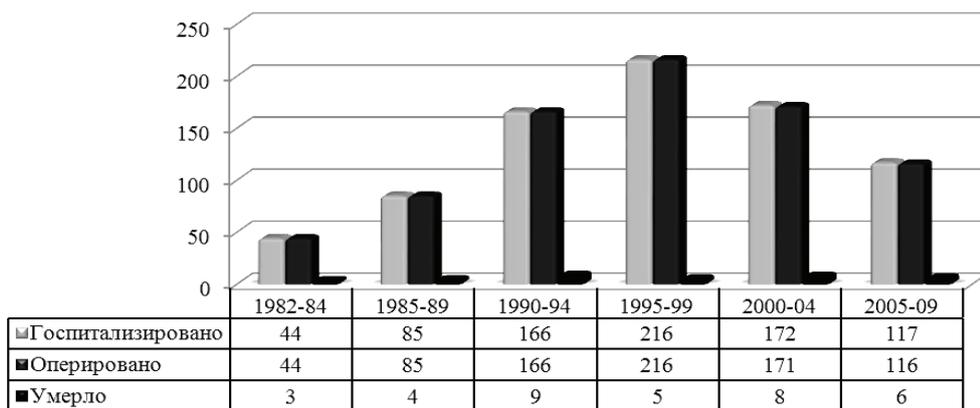


Рис. 7. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных перфоративной гастродуоденальной язвой

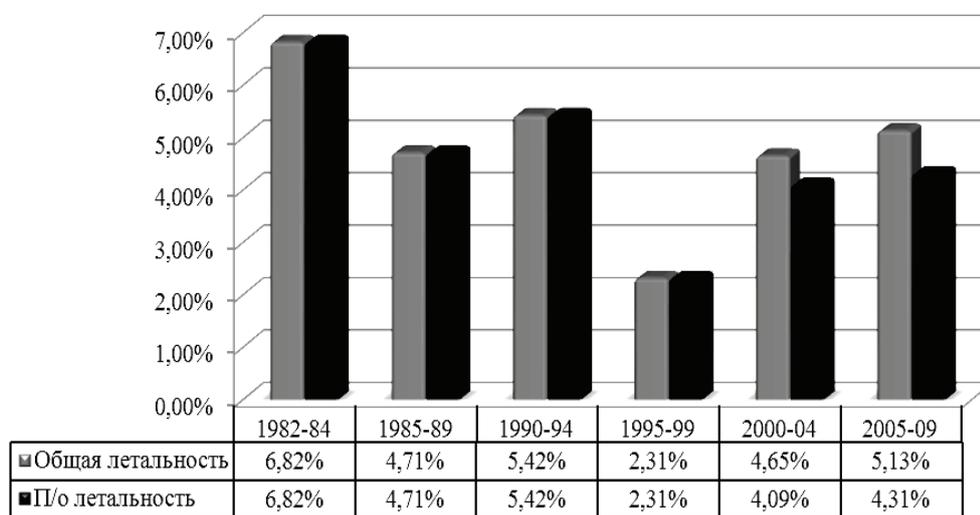


Рис. 8. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при перфоративной гастродуоденальной язве

Начиная с 2002 г. отмечено снижение числа госпитализированных и оперированных с перфоративной язвой, чего, к сожалению, нельзя сказать о показателях летальности, которая в 2009 г. составила 14,3 %.

**Острая кишечная непроходимость.** Общие цифры по острой кишечной непроходимости за анализируемый период оказались следующими. Госпитализировано 1989 (6,5 % общего числа больных анализируемых групп) и оперировано 675 больных. Хирургическая активность составила 33,9 %. Умерло 49 больных. Послеоперационная летальность – 7,3 %, общая – 2,5 %. Среди неоперированных больных умерших не было.

Нельзя сказать, что динамика показателей госпитализированных и оперированных при анализе по пятилеткам отличается стабильностью, это объ-

яняется определенными статистическими погрешностями, связанными с учетом пациентов, имеющих опухолевый генез непроходимости.

Количество госпитализированных больных за последние пять лет выросло, однако хирургическая активность существенным образом не изменилась (рис. 9).

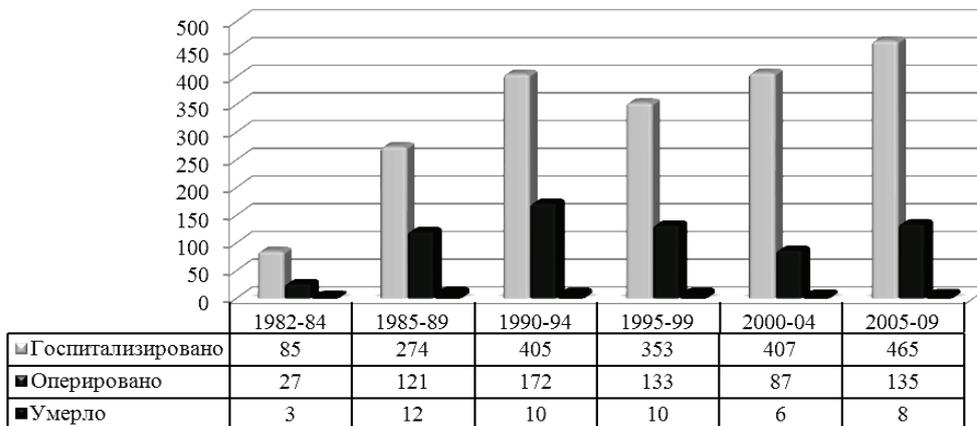


Рис. 9. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных острой кишечной непроходимостью

В то же самое время отмечается, казалось бы, постепенное снижение средних показателей летальности (рис. 10). При этом, анализируя показатели за последние три года, нами отмечена тенденция к увеличению летальности на фоне роста числа госпитализированных и оперированных больных. Так, общая летальность в 2009 г. выросла ровно в три раза по сравнению с 2008 г. и составила 2,7 % (0,9 % – в 2008 г.). Послеоперационная летальность за этот период выросла с 4,8 до 11,1 %. Данное обстоятельство мы связываем с несколькими факторами. Прежде всего, отмечен рост числа больных пожилого и старческого возраста с преобладанием непроходимости опухолевого генеза, а также рост поздней обращаемости.

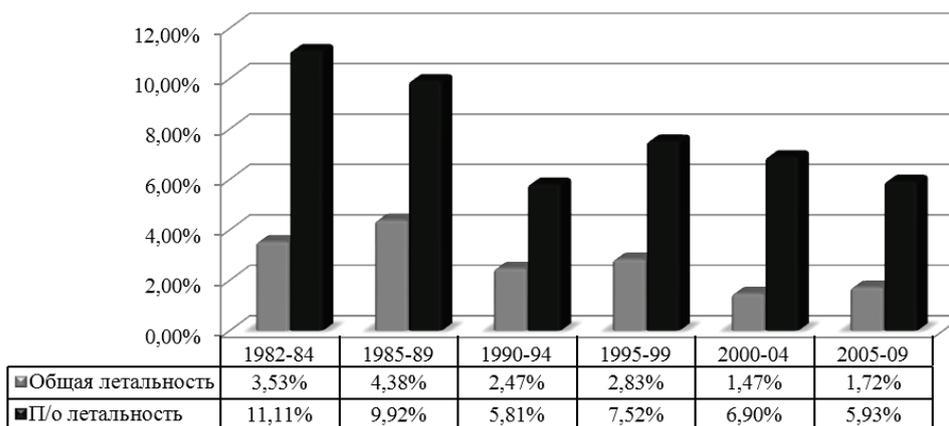


Рис. 10. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при острой кишечной непроходимости

Говоря о прогнозах, не хочется быть пессимистами, но мы предполагаем увеличение числа проблемных больных в данной категории в последующие годы.

**Острый панкреатит.** Проблема статистических исследований при анализе результатов лечения больных острым панкреатитом обусловлена колоссальной разницей показателей в группе пациентов с отечной формой заболевания и деструктивными формами. Учитывая тот факт, что в группе больных с отечной формой панкреатита летальность менее 0,5 %, а их количество преобладает в общей массе, то показатели общей летальности не кажутся катастрофическими. Если проанализировать общую и послеоперационную летальность в группе только деструктивных форм заболевания, то полученные данные вряд ли можно будет назвать утешительными. За анализируемый период с острым панкреатитом было госпитализировано 7424 (24,2 % общего числа больных, анализируемых групп) и оперировано 749 больных. Хирургическая активность – 10,1 %. Умерло 130 больных. Послеоперационная летальность составила 17 % при общей летальности 1,8 %. Отмечен постепенный рост числа госпитализируемых в 1990-е гг. и резкий скачок за последние пять лет (рис. 11). Так, за период с 1995 по 1999 г. было госпитализировано 1108, с 2000 по 2004 г. – 1462, а с 2005 по 2009 г. – 2276 больных. При этом среднее число оперированных составляет  $145 \pm 21$  больных за каждые анализируемые пять лет. Это объясняется ростом числа больных с легкими формами панкреатита, чаще алкогольной этиологии, которым не требуется оперативное вмешательство. Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных методик в течение последних трех лет при отсутствии полноценной возможности проведения экстракорпоральных методов детоксикации не привело к желаемому снижению послеоперационной летальности, которая за последние пять лет составила 14,61 % (рис. 12).

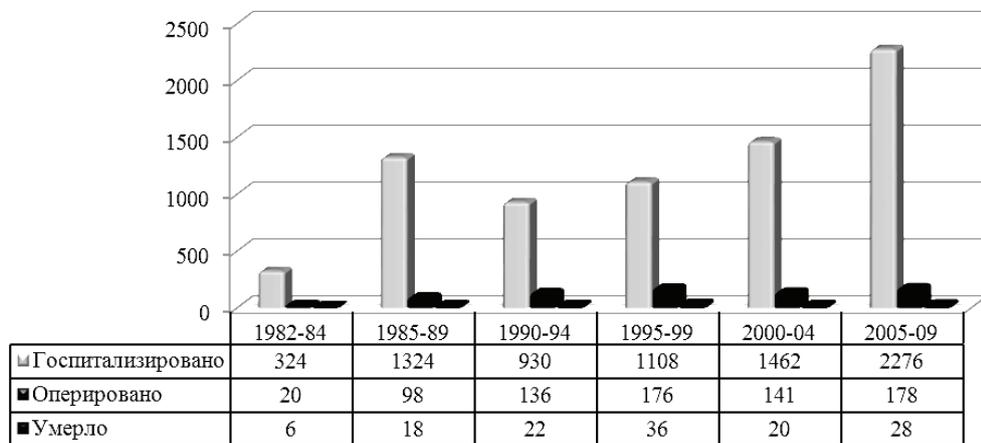


Рис. 11. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных острым панкреатитом

Однако мы не считаем, что малоинвазивные технологии не следует применять и дальше. Скорее, наоборот. При наличии возможности проведения современных методов детоксикации малоинвазивные вмешательства позволяют избежать порой напрасных и тяжелых операций.

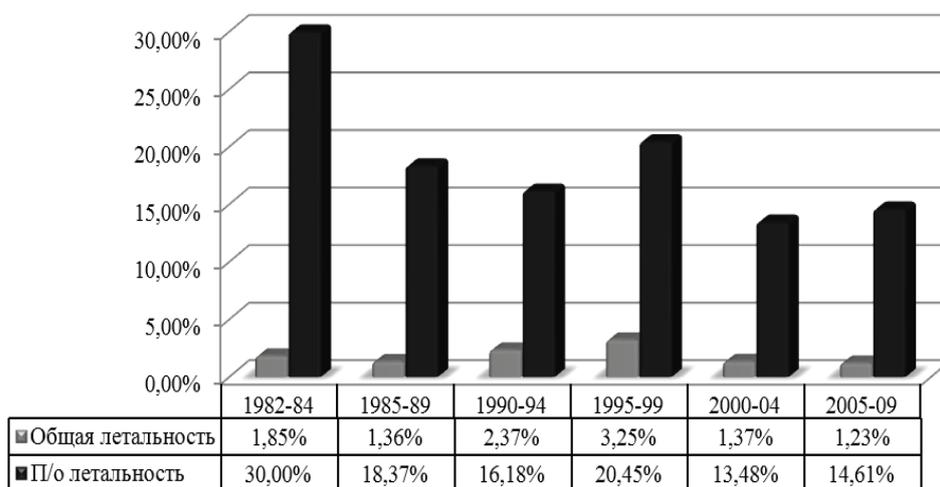


Рис. 12. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при остром панкреатите

Сложно говорить о прогнозах при остром панкреатите, поскольку деструктивные его формы протекают непредсказуемо, однако мы уверены, что без внедрения в практику комплекса современных методов диагностики и лечения данной категории больных, а также сведения к минимуму весьма травматичных и порой патогенетически необоснованных оперативных вмешательств добиться хороших результатов не представляется возможным.

**Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии.** За анализируемый период госпитализировано 2146 (7 % общего числа больных, анализируемых групп) и оперировано 272 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Умер 31 больной, 25 – после операции. Без операции умерло шесть больных. Хирургическая активность оказалась довольно-таки низкой и составила 12,7 % при послеоперационной летальности 8,1 %. Общая летальность составила 1,4 %. Мы не проводили специального анализа случаев смерти больных с кровотечением, оставшихся без оперативного вмешательства, отметим лишь, что не всегда летальный исход наступал на фоне продолжающегося кровотечения или его рецидива, а был связан с тяжелейшими постгеморрагическими расстройствами, которые не удалось компенсировать.

При анализе средних показателей числа госпитализированных и оперированных по пятилеткам нами отмечен общий рост числа госпитализаций с 1990 года при относительно стабильных показателях числа оперированных больных, за исключением периода с 1995 по 1999 г. (рис. 13), совпадающего с ростом числа больных, у которых была диагностирована перфоративная язва. Как уже упоминалось, в данный период времени в стране наблюдалась крайне тяжелая экономическая обстановка, и стрессовый фактор сыграл не последнюю роль в увеличении данного контингента больных.

В то же время отмечены резкие колебания послеоперационной летальности с пиками в период с 1995 по 1999 г. и с 2005 по 2009 г. (рис. 14). Подобные колебания послеоперационной летальности наводят на определенные тревожные мысли, определяя почву для пересмотра подходов к лечению. Введение в 2007 г. протоколов оказания экстренной хирургической помощи существенным образом не изменили картину показателей при данной патоло-

гии за последние два года. Насколько эффективной была данная мера, можно будет сказать только через 5–6 лет – после анализа средних показателей за данный период и сравнения их с предыдущими цифрами, а также при скрупулезном анализе хирургической тактики в каждом конкретном случае.

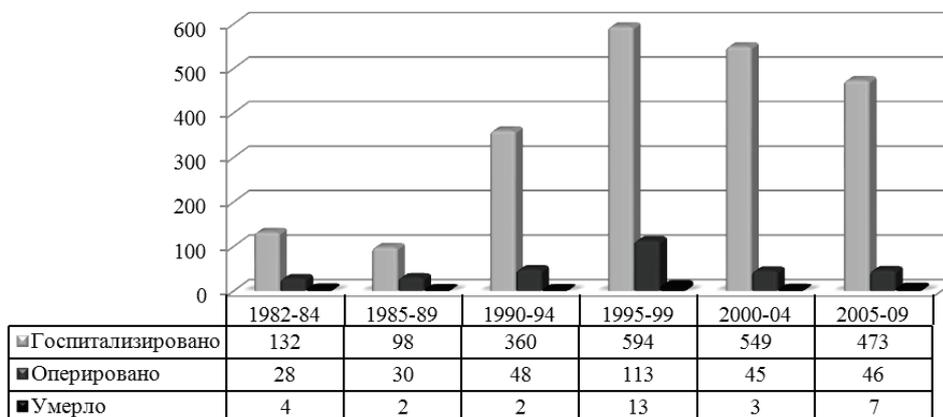


Рис. 13. Динамика показателей госпитализации, числа оперированных и умерших больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями

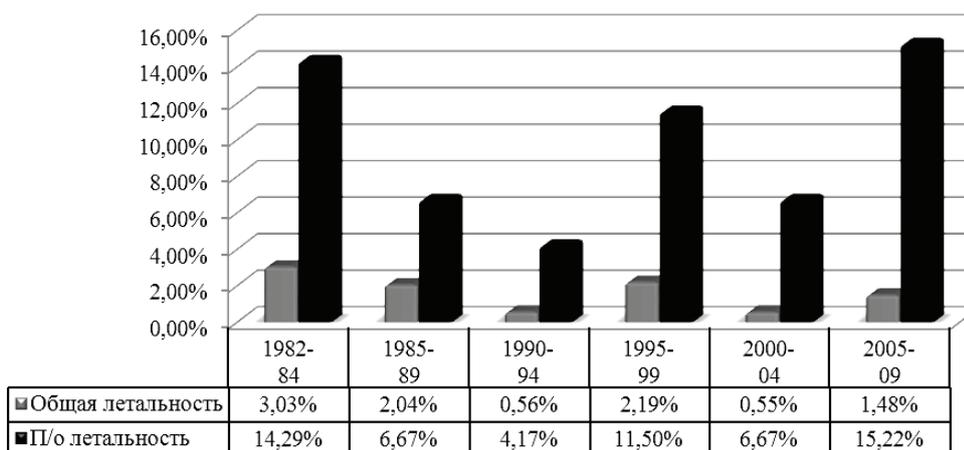


Рис. 14. Динамика показателей общей и послеоперационной летальности при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии

### Заключение

Всего за анализируемый период с анализируемой патологией было госпитализировано 30711 больных. Оперировано 17966, «общая» хирургическая активность составила 58,5 %. Умерло 378 больных, общая летальность составила 1,2 %, послеоперационная – 2 %. Наибольшее число госпитализаций пришлось на больных острым аппендицитом (28,6 %), острым холециститом (27 %) и острым панкреатитом (24,2 %). При этом наибольшая послеоперационная летальность отмечена при остром панкреатите (17 %), язвенных гастродуоденальных кровотечениях (8,1 %), острой кишечной непроходимости (7,3 %) и

перфоративной гастродуоденальной язве (4,1 %). Самая низкая летальность отмечена при остром аппендиците (0,2 %) и остром холецистите (1,5 %).

Анализируя полученные данные, мы пришли к заключению, что наилучших показателей удалось добиться при лечении больных с острым холециститом благодаря внедренной в середине 1980-х гг. активной хирургической тактике. Практически неизменными остаются показатели при остром аппендиците.

Проведенный нами анализ показателей работы отделения требует дальнейшего осмысления, особенно по таким нозологиям, как острый панкреатит, язвенные гастродуоденальные кровотечения и острая кишечная непроходимость, показатели послеоперационной летальности при которых весьма настораживают. Однако следует заметить, что данные показатели порой не связаны непосредственно с работой хирургов и зависят от многих факторов, в том числе и немедицинских. Надеемся, что результатом нашей дальнейшей работы станет оптимизация оказания неотложной хирургической помощи больным с абдоминальной патологией.

#### Список литературы

1. **Ермолов, А. С.** Экстренная хирургическая помощь в Москве при острых заболеваниях органов брюшной полости / А. С. Ермолов, Н. А. Карасев, А. П. Турко // Хирургия. – 2009. – № 8. – С. 4–10.
2. **Баулин, Н. А.** По поводу сроков операции при остром холецистите / Н. А. Баулин, А. А. Баулин // Хирургия. – 1986. – № 3. – С. 84–87.
3. **Бобров, О. Е.** Взгляд на проблему контроля качества оказания медицинской помощи / О. Е. Бобров // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2002. – Т. 3. – № 3. – С. 523–526.

---

#### **Баулин Афанасий Васильевич**

кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра хирургии, Медицинский  
институт, Пензенский государственный  
университет

E-mail: bigbaul@gmail.com

#### **Baulin Afanasiy Vasilyevich**

Candidate of medical sciences,  
associate professor, sub-department  
of surgery, Medical Institute,  
Penza State University

#### **Беренштейн Марк Моисеевич**

хирург высшей квалификационной  
категории, заместитель главного врача  
по хирургии МУЗ ГКБСМП  
им. Г. А. Захарьина, заслуженный  
врач РФ

E-mail: bigbaul@gmail.com

#### **Berenshtein Mark Moiseevich**

Surgeon of higher category, deputy chief  
of surgery, Municipal Clinical Hospital  
named after G. A. Zakharyin, distinguished  
medic of the Russian Federation

#### **Лугина Ольга Борисовна**

хирург высшей квалификационной  
категории, заведующая хирургическим  
отделением № 1 МУЗ ГКБСМП  
им. Г. А. Захарьина

E-mail: bigbaul@gmail.com

#### **Lugina Olga Borisovna**

Surgeon of higher category,  
head of the first surgical department,  
Municipal Clinical Hospital  
named after G. A. Zakharyin

***Ивачев Александр Семенович***

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой хирургии  
ГОУ ДПО «Пензенский институт  
усовершенствования врачей Росздрава»

E-mail: ivachev@mail.ru

***Ivachev Alexander Semenovich***

Doctor of medical sciences, professor,  
head of sub-department of surgery,  
Penza Institute of advanced medical studies

***Перевертов Александр Владимирович***

хирург первой квалификационной  
категории, хирург 1-го хирургического  
отделения МУЗ ГКБСМП  
им. Г. А. Захарьина

E-mail: bigbaul@gmail.com

***Perevertov Alexander Vladimirovich***

Surgeon of higher category, first surgical  
department, Municipal Clinical Hospital  
named after G. A. Zakharyin

***Бикбаева Динара Мунировна***

хирург второй квалификационной  
категории, хирург 1-го хирургического  
отделения МУЗ ГКБСМП  
им. Г. А. Захарьина

E-mail: bigbaul@gmail.com

***Bikbaeva Dinara Munirovna***

Surgeon of higher category, first surgical  
department, Municipal Clinical Hospital  
named after G. A. Zakharyin

---

УДК 617-089

**Баулин, А. В.**

**Динамика экстренной абдоминальной хирургической патологии за 28 лет / А. В. Баулин, М. М. Беренштейн, О. Б. Лугина, А. С. Ивачев, А. В. Перевертов, Д. М. Бикбаева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. – № 1 (13). – С. 87–98.**