

30.09.2011 г.

Муравьев К.А.<sup>1</sup>, Сергеев Д.Н.<sup>2</sup>

## Причины летальных исходов от болезней органов пищеварения в стационарах хирургического профиля в Российской Федерации, Северо-кавказском федеральном округе и Ставропольском крае в динамике за 10 лет

<sup>1</sup> МУЗ "Городская клиническая больница №3", г. Ставрополь

<sup>2</sup> МБУЗ "Благодарненская центральная районная больница"

Muravyev K.A.<sup>1</sup>, Sergeev D.N.<sup>2</sup>

## Reasons for lethal outcomes of digestive organ diseases in surgical hospitals in the Russian Federation, the north Caucasian federal district, and Stavropol territory in dynamics for 10 years

<sup>1</sup> Municipal Hospital №3, Stavropol

<sup>2</sup> Municipal Budgetary Health Service Institution "Blagodarny central district hospital", Stavropol territory

**Резюме.** В последние годы в стационарах в Российской Федерации отмечается рост числа операций, наблюдается рост хирургической активности. Неотложные состояния при болезнях органов брюшной полости объемны и неоднородны о чем свидетельствует обширная специальная литература. Эта группа объединяет ряд заболеваний, различных по этиологии и патогенезу, но непременно угрожающих жизни больного и требующих срочных вмешательств, в том числе хирургических. Естественно, что научный интерес представляет не только оценка результатов оказанной экстренной медицинской помощи, но и причины смерти при лечении этой патологии. Именно причины летальных случаев явились целью настоящего исследования. Для этого проведён в динамике анализ летальных исходов, поступивших больных с заболеваниями органов пищеварения в стационары Российской Федерации, Северо-Кавказского Федерального Округа и Ставропольского края. Данные для анализа привлечены из соответствующих форм Федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, Ставропольскому краю и Ставрополю за 2001-2010гг., а по СКФО - за 2006-2010гг.

С 2001 по 2010 год на территории Российской Федерации и Ставропольского края, в отдельности, был проведён сравнительный анализ по динамике заболеваний.

Общее число умерших за 10 лет в хирургическом стационаре в России составило – 46837, в Ставропольском крае – 771 человек. Из причин летальных исходов оперированных и не оперированных больных наиболее часто в Российской Федерации регистрировались такие исходы в условиях хирургического стационара, как: прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (8,2%), острая непроходимость кишечника (5,1%), желудочно-кишечные кровотечения (5,3%). Больные реже умирали от ущемлённой грыжи (3,2%) и острого панкреатита (3,5%). В Ставропольском крае летальность по изучаемым заболеваниям была ниже, чем по России. Исследование проведённое в динамике за 10 лет показало, что существенной позитивной тенденции в уровне летальности от заболеваний органов

пищеварения в Российской Федерации не произошло. Более того, произошёл рост числа умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки на 2,1%, от желудочно-кишечных кровотечений – на 2,3%, от острого панкреатита – на 27,5%. Таким образом, число умерших в Ставропольском крае от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки уменьшилось на 24,3%, число случаев желудочно-кишечных кровотечений уменьшилось в 2 раза. Определяющую роль в исходах заболеваний, требующих экстренной хирургической помощи, играют сроки доставки больных в стационар.

При поступлении в хирургический стационар позже 24 часов после момента обострения (прободение язвы желудка, желудочно-кишечное кровотечение), вероятность летального исхода увеличивается в 2,1 в 7,5 раз.

Сопоставление полученных данных с вероятностью, рассчитанной для доставленных в стационар больных с диагнозом прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, показывает, что вероятность смертельного исхода, если больной доставлен в первые сутки заболевания – 41,8% (т.е. почти половина умерших), т.е. чем раньше доставлен больной, тем благоприятнее исход. Важно отметить, что врачебные ошибки в 80-85 % случаев также являются причинами осложнений заболеваний, нередко приводящих к тяжелому клиническому исходу. Таким образом, мониторинг качества медицинской помощи наравне с работой по предупреждению врачебных ошибок должны занимать центральное место в лечебном процессе.

**Ключевые слова.** Причины летальных исходов, болезни органов пищеварения, стационары хирургического профиля, неотложные состояния.

**Summary.** During the last years, an increase in the number of surgical operations and a rise of surgical activity are observed in hospitals in the Russian Federation. Urgent conditions in abdominal organ diseases are extensional and non-homogeneous that is evidenced in a large number of special literature. This group incorporates diseases different in etiology and pathogenesis, but all of them obligatory threaten patients' life and require urgent interventions including surgical ones. It is natural that scientific interests appeal to not only an assessment of outcomes of emergency care provided but also to the causes of mortality after treating this pathology. The particular targets of the present study were the reasons of lethal cases. To provide the study, the analysis of lethal outcomes in patients with digestive organ diseases was carried out in dynamics in hospitals of the Russian Federation, the North Caucasian Federal District, and Stavropol territory. Data for the analysis have been taken from the corresponding forms of the Federal Statistical Supervision across the Russian Federation, Stavropol territory and Stavropol-city for 2001-2010, and the North Caucasian Federal District for 2006-2010.

From 2001 to 2010, the comparative analysis of disease dynamics was carried out in the territories of the Russian Federation and Stavropol territory separately.

The total number of patients died during 10 years in surgical hospitals in Russia was 46837, in Stavropol territory - 771. Among the reasons of lethal outcomes in the operated and not operated patients, the following reasons were registered most often in surgical hospitals of the Russian Federation: perforating gastric and duodenal ulcers (8,2 %), acute ileac passion (5,1 %), gastroenteric bleedings (5,3 %). Patients' lethal cases caused by entrapment of a hernia (3,2 %) and acute pancreatitis (3,5 %) are less often. Lethal outcomes caused by those diseases were lower in Stavropol territory than in Russia. The research provided in dynamics for 10 years has revealed no essential positive tendency in mortality caused by digestive organ diseases in the Russian Federation. Moreover, there was registered a growth in mortality caused by perforating gastric and duodenal ulcers by 2,1 %, gastroenteric bleedings by 2,3 %, and acute pancreatitis by 27,5 %. In Stavropol territory mortality caused by perforating gastric and duodenal ulcers has decreased by 24,3 %, the number of gastroenteric bleeding cases has decreased in 2 times. The defining factor for

outcomes of treating diseases, which require emergency surgical care, is the term of patient's delivery to a hospital.

With delivery to a surgical hospital later than 24 hours after acute condition (gastric ulcer perforation, gastroenteric bleeding), the probability of a lethal outcome increases in 2,1 - 7,5 times.

Comparison between the data obtained and the probability calculated for patients delivered to a hospital with the diagnosis of perforating gastric and duodenal ulcers shows that the probability of lethal outcome is 41,8 % (i.e. almost half died) if a patient is delivered to a hospital during the first day of disease, i.e., the earlier patient is delivered to a hospital the more favorably is an outcome. It is important to note that medical errors in 80-85 % of cases are also the reasons of disease complications, which often lead to heavy clinical outcomes. Thus, monitoring of quality of medical care together with a work to prevent medical errors should take the central place in health care process.

**Keywords.** Reasons for lethal outcomes, digestive organ diseases, surgical hospitals, urgent conditions.

Значимость для российского здравоохранения проблемы некоторых заболеваний хирургического профиля обусловлена широким их распространением в структуре патологии органов брюшной полости и возрастающей частотой заболевания и осложнений, угрожающих жизни больного, отсутствием до настоящего времени высокоэффективных методов профилактики и лечения.

Анализ многолетних статистических данных свидетельствует о том, что в структуре госпитализированных в ургентном порядке больных хирургического профиля составляют 30%, при этом преобладают больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Особая тяжесть этого контингента пациентов, сохраняющаяся поздняя госпитализация, высокий уровень послеоперационной летальности обуславливают активный интерес учёных и клиницистов к вопросам организации экстренной хирургической помощи. Своевременная диагностика и максимально быстрая доставка больного в стационар определяют ведущее место активной хирургической тактики в стационаре. Другой важной особенностью экстренной хирургии является диагностическая неопределённость, возможность кардинальной смены диагноза в первые часы с момента поступления больного в стационар [1, 6, 10].

Дифференциальная диагностика острых заболеваний, требующих хирургического и нередко неотложного лечения формирует "рабочий диагноз", в основу которого положен ведущий синдром, объединяющий различные по своему характеру болезни хирургического и нехирургического профиля. Такой диагноз служит ключом к выбору алгоритма действий хирурга, который с наименьшей потерей времени и наибольшей безопасностью для больного позволяет приступить к адекватному лечению пациента [11].

Несмотря на немалые успехи в совершенствовании техники операций и всё нарастающее обеспечение самой совершенной аппаратурой и новейшими методами исследования, результаты лечения чаще всего встречающихся заболеваний, имеющих большое социальное значение, заметно не улучшаются. Так, например, летальность при остром аппендиците, остром холецистите, непроходимости кишечника, перитоните в течение многих десятилетий практически не снижается [8]. Послеоперационный перитонит также является актуальной проблемой современной хирургии, его частота составляет от до 7,8% при экстренных вмешательствах на органах брюшной полости. Летальность при послеоперационном перитоните, по разным исследованиям, колеблется от 25 до 83%. [7, 9, 12, 14-16]. Одним из актуальных вопросов оказания экстренной помощи при заболеваниях брюшной полости является лечение больных с острыми гастродуоденальными язвенными

кровотечениями. Составляя до 60-80% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта, гастродуоденальные кровотечения и сегодня сопровождаются высокой летальностью, достигающей в группе оперированных больных 25% и более [3, 5].

В последние годы в стационарах в Российской Федерации отмечается рост числа операций, наблюдается рост хирургической активности [4, 13].

Неотложные состояния при болезнях органов брюшной полости обширны и неоднородны о чем свидетельствует обширная специальная литература [1, 3, 5-8, 10, 11, 14, 15]. Эта группа объединяет ряд заболеваний, различных по этиологии и патогенезу, но непременно угрожающих жизни больного и требующих срочных вмешательств, в том числе хирургических.

Естественно, что научный интерес представляет не только оценка результатов оказанной экстренной медицинской помощи, но и причины смерти при лечении этой патологии. Именно причины летальных исходов явились целью настоящего исследования. Для этого нами проведён анализ летальных исходов в динамике, поступивших больных с заболеваниями органов пищеварения в стационары Российской Федерации, Северо-Кавказского Федерального Округа и Ставропольского края (данные взяты из соответствующих форм Федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, Ставропольскому краю и Ставрополю за 2001-2010гг., а по СКФО - за 2006-2010гг.), в частности, по числу и доле умерших, несмотря на проводимые мероприятия (табл. 1, 2, 3).

Таблица 1

**Число больных, умерших в стационарах хирургического профиля Российской Федерации из числа поступивших для оказания экстренной медицинской помощи в 2001 г.**

Диагноз	Летальность госпитализированных по экстренным показаниям			
	РФ		Ставропольский край	
	Число умерших	Летальность	Число умерших	Летальность
острая непроходимость кишечника	2536	5,1	48	6,1
острый аппендицит	406	0,1	10	0,1
прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1935	6,7	37	4,8
желудочно-кишечные кровотечения	3458	5,1	74	6,4
ущемленная грыжа	1503	3,3	57	5,0
острый холецистит	2046	1,1	47	1,1
острый панкреатит	3601	2,6	73	3,4

Из данных таблицы следует, что в 2001г. в Российской Федерации наиболее часто летальные исходы в условиях хирургического стационара регистрировались от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (6,7%), а также от острой непроходимости кишечника и желудочно-кишечных кровотечений (5,1%). Реже больные умирали от ущемленной грыжи (3,3%) и острого панкреатита (2,6%). Что касается ситуации в стационарах Ставропольского края, то в 2001г. летальность в крае была существенно выше, чем в среднем по РФ от острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечных кровотечений, ущемленной грыжи, и острого панкреатита, на среднероссийском уровне – от острого аппендицита и острого холецистита, существенно ниже - от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Число больных, умерших в стационарах хирургического профиля Российской Федерации из числа поступивших для оказания экстренной медицинской помощи в 2006 г.**

Диагноз	Летальность госпитализированных по экстренным показаниям			
	РФ		Ставропольский край	
	Число умерших	Летальность	Число умерших	Летальность
острая непроходимость кишечника	2320	5,1	35	4,6
острый аппендицит	332	0,1	8	0,1
прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1820	6,7	30	6,6
желудочно-кишечные кровотечения	3301	5,1	40	4,2
ущемленная грыжа	1426	3,3	23	2,4
острый холецистит	1790	1,1	28	0,6
острый панкреатит	4458	2,3	49	1,8

Из таблицы 2 видно, что в 2006 г. в Российской Федерации вероятность летального исхода при остром панкреатите в условиях хирургического стационара – 2,3% была существенно меньше, чем при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки (6,7%), остром желудочно-кишечном кровотечении, непроходимости кишечника (по 5,1%). Что касается ситуации в стационарах Ставропольского края, то в 2006г. летальность в крае была ниже, чем в среднем по РФ от острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечных кровотечений, ущемленной грыжи, острого холецистита и острого панкреатита, на среднероссийском уровне – от острого аппендицита и прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 3

**Число больных, умерших в стационарах хирургического профиля Российской Федерации из числа поступивших для оказания экстренной медицинской помощи в 2010 г.**

Диагноз	Летальность госпитализированных по экстренным показаниям			
	РФ		Ставропольский край	
	Число умерших	Летальность	Число умерших	Летальность
острая непроходимость кишечника	2427	5,1	27	2,9
острый аппендицит	313	0,1	7	0,1
прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1976	8,2	28	6,7
желудочно-кишечные кровотечения	3538	5,3	36	3,6
ущемленная грыжа	1410	3,2	29	2,8
острый холецистит	1649	0,9	27	0,6
острый панкреатит	4592	2,5	58	1,5

Из таблицы 3 следует, что в 2010г. в Российской Федерации наиболее часто летальные исходы в условиях хирургического стационара регистрировались от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (8,2%), а также от острой непроходимости кишечника (5,1%) и желудочно-кишечных кровотечений (5,3%). Реже больные умирали от ущемленной грыжи (3,2%) и острого панкреатита (3,5%). Что касается ситуации в стационарах Ставропольского края, то в 2010г. летальность в крае была существенно ниже, чем в среднем по РФ по всем изучаемым диагнозам, кроме острого аппендицита, летальность от которого, как и в

предыдущие годы оставалась на низком уровне, соответствующему среднероссийскому уровню.

Таким образом, из таблиц следует, что в Российской Федерации в последнее десятилетие произошло уменьшение числа умерших от острого аппендицита – на 22,9% (с 406 в 2001г. до 313 случаев в 2010г.), в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от острого аппендицита, уменьшилось – на 30% (10 до 7 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с острым аппендицитом в РФ и в крае – остался неизменным.

За этот же период в РФ и Ставропольском крае уменьшилось число умерших от острой непроходимости кишечника – на 4,3% и 43,8% (с 2536 до 2427 и с 48 до 27 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных острой непроходимостью кишечника с 2001 по 2010гг. в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – существенно уменьшился (что свидетельствует об успехах в хирургическом лечении таких больных).

В Российской Федерации в последнее десятилетие произошел рост числа умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – на 2,1% (с 1935 в 2001г. до 1976 случаев в 2010г.), в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наоборот, уменьшилось – на 24,3% (37 и 28 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в РФ и в крае – увеличился (из-за общего снижения числа больных, нуждающихся в госпитализации по экстренным показаниям, возможно, из-за улучшения организации профилактики и наблюдения за такими больными в лечебно-профилактических учреждениях).

Что касается числа больных, умерших из числа госпитализированных по экстренным показаниям по поводу желудочно-кишечных кровотечений, то в Российской Федерации оно за 10 лет увеличилось на 2,3%, а в Ставропольском крае уменьшилось в 2 раза (с 74 до 36 случаев). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с желудочно-кишечными кровотечениями с 2001 по 2010гг. в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – существенно – почти в 2 раза - уменьшился (что свидетельствует об успехах в лечении таких больных).

За этот же период в РФ и Ставропольском крае уменьшилось число умерших от ущемленной грыжи – на 6,2% и 49,1% (с 1503 до 1410 и с 57 до 29 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с 2001 по 2010гг. в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – существенно уменьшился, что также свидетельствует о лучшей организации экстренной помощи больным с ущемленной грыжей.

В Российской Федерации и Ставропольском крае уменьшилось число умерших от острого холецистита – на 19,4% и 42,5% (с 1649 до 2046 и с 47 до 27 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных острым холециститом с 2001 по 2010гг. в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – уменьшился.

В Российской Федерации в последнее десятилетие произошел значительный рост числа умерших от острого панкреатита – на 27,5% (с 4592 в 2001г. до 3601 случаев в 2010г.), в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от острого панкреатита, наоборот, уменьшилось – на 20,5% (73 до 58 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с острым

панкреатитом в РФ остался неизменным (из-за сопутствующего роста числа госпитализаций), а в крае – уменьшился – с 3,4 до 1,5.

В таблице 4 представлена динамика (2001-2010гг) некоторых показателей, характеризующих экстренную медицинскую помощь больным, хирургической патологией в стационарах Российской Федерации.

Всю экстренную хирургическую патологию можно условно разделить на 3 группы. В первую группу входят заболевания, которые редко являются поводом для экстренного хирургического вмешательства: реже всего (исходя из патофизиологических особенностей течения заболевания) по экстренным показаниям оперируются больные, доставленные в стационар с острым панкреатитом и желудочно-кишечным кровотечением. Доля неоперированных среди них составляла: для острого панкреатита от 90,1% в 2001г. до 91,3% в 2010г.; для желудочно-кишечного кровотечения - от 76,3% в 2001г. до 86,0% в 2010г.

Ко второй группе можно отнести острую непроходимость кишечника и острый холецистит. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационар с острой непроходимостью кишечника составляла от 40,5% в 2001г. до 46,6% в 2010г., а среди больных, доставленных в стационар с острым холециститом – от 50,8% в 2001г. до 48,5% в 2010г.

К третьей группе можно отнести хирургическую патологию, которая практически в 100% случаев при экстренной госпитализации нуждается в оперативном вмешательстве. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационары Российской Федерации с острым аппендицитом и прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в 2001-2010гг. не превышала 1%; доля неоперированных среди больных ущемленной грыжей – не превышала 7,0%.

Вместе с тем, летальность неоперированных больных, доставленных в стационары Российской Федерации по экстренным показаниям, наиболее высока в группе больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (за исследуемый период она колебалась в пределах от 85,8% до 100%); то есть прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием к операции. Летальность неоперированных больных при остальной изучаемой хирургической патологии не превышает 3,0%.

Таблица 4

**Объем госпитализации в стационары Ставропольского края пациентов для оказания экстренной медицинской помощи с 2001 г. по 2010 г., число случаев**

Диагноз заболевания	годы										Итого случаев
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
острая непроходимость кишечника	781	800	811	803	844	760	789	876	914	929	8307
острый аппендицит	6800	6368	6315	5983	5743	5346	6104	5705	5658	5315	59337
прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	776	611	474	546	595	452	409	434	474	419	5190
желудочно-кишечные кровотечения	1158	1027	1143	1134	1205	945	1007	1062	973	1007	10661
ущемленная грыжа	1133	1136	1090	1125	996	971	1093	1154	1108	1036	10842
острый холецистит	4209	3892	4188	4478	4776	4526	4391	3991	4225	4502	43178
острый панкреатит	2165	2271	2582	2698	3278	2744	3541	3378	3642	3770	30069
<b>Всего случаев</b>	<b>17022</b>	<b>16105</b>	<b>16603</b>	<b>16767</b>	<b>17437</b>	<b>15744</b>	<b>17334</b>	<b>16600</b>	<b>16994</b>	<b>16978</b>	<b>167584</b>

Изучена связь уровня летальности среди неоперированных больных и сроков доставки больных в стационары Российской Федерации за последние 10 лет. (табл. 4).

Больные с острой непроходимостью кишечника, доставлялись в стационары позже 24 часов от начала заболевания, в 2001г. в 35,5% случаев, в течение последующих 10 лет отмечалась тенденция к росту этого показателя (до 39,9%). Летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника составляла в 2001г. 2,1%; далее летальность постепенно уменьшалась и к 2010г. достигла уровня 1,8%. Летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника в целом естественно ниже, чем летальность неоперированных больных, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания: в 2001г. летальность неоперированных больных, доставленных в стационар поздно, была в 2 раза выше. К 2010г. на фоне общей тенденции к снижению летальности неоперированных больных, влияние временного фактора также уменьшилось и летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, была лишь на треть выше.

Больные с острым аппендицитом, доставлялись в стационары позже 24 часов от начала заболевания, в 2001г. в 25,7% случаев, в течение последующих 10 лет отмечалась тенденция к росту этого показателя (до 26,9%). Летальность неоперированных больных с острым аппендицитом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, составляла в 2001г. 0,8%; далее летальность постепенно увеличивалась и к 2010г. достигла уровня 1,3%. Летальность неоперированных больных с острым аппендицитом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, естественно выше, чем летальность неоперированных в целом (в 2001г. летальность неоперированных больных, в целом составляла 0,6%). К 2010г. на фоне стабилизации на низком уровне общей летальности неоперированных больных, летальность неоперированных больных с острым аппендицитом, доставленных в стационар несвоевременно, снизилась.

Что касается больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, то они реже, чем больные с другими заболеваниями доставляются в стационар позже 24 часов от начала заболевания (в 2001г. – в 14,6% случаев); хотя в течение последнего десятилетия отмечается тенденция к ухудшению этого показателя (в 2010г. – до 18,6%). Возможно, это связано с отработанным механизмом выявления и диспансерного наблюдения за больными. Летальность неоперированных больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, доставленных в стационар позже 24 ч. от начала заболевания, чрезвычайно высока, в 2001 г. в среднем по стационарам Российской Федерации она составляла 92,7%, к 2010г. она еще более возросла, до 97,4%.

В Российской Федерации доля больных с желудочно-кишечным кровотечением, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, достаточно высока. В 2001г. она составляла 42,7%, в последующие годы она постепенно уменьшалась – до 39,3%. На фоне уменьшения доли больных с желудочно-кишечным кровотечением, доставленных в стационар несвоевременно и роста среди них доли неоперированных, отмечается неблагоприятная тенденция повышения летальности среди больных, доставленных в стационар с желудочно-кишечным кровотечением позже 24 ч. от начала заболевания (с 4,2 до 6,2%). Данный факт свидетельствует о необходимости пересмотра стандартов и протоколов лечения таких больных.

В 2001г. каждый пятый больной (22,9%) с ущемленной грыжей, был доставлен в стационар позже 24 часов от начала заболевания, к 2010г. показатель ухудшился, уже каждый пятый (25,2%) больной был доставлен в стационар несвоевременно. Несмотря на то, что доля неоперированных больных, доставленных в стационар с ущемленной грыжей поздно, в среднем по Российской Федерации невелика (составляет всего около 6%), летальность среди

них в 2001гду составляла 11,8%, в 2010г. – 9,7%. Следует отметить, летальность среди неоперированных существенно, как минимум в 3 раза, снижается, если больной доставляется в стационар вовремя.

Доля больных с острым холециститом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, также как и с острым панкреатитом высока (1). Она колеблется на уровне 45-46%. В течение 2001-2010гг. она практически не изменялась. В отличие от острого панкреатита, летальность неоперированных больных с острым холециститом, доставленных в стационар позже 24 ч. от начала заболевания, хотя и в 2 раза выше, чем летальность неоперированных в целом, находится на низком уровне (0,2% и 0,4%).

Что касается острого панкреатита, то его лечение проводится, в основном консервативными методами, поэтому доля неоперированных больных, доставленных в стационары Российской Федерации, с острым панкреатитом позже 24 ч. от начала заболевания, составляет более 88%, а летальность неоперированных находится на стабильном уровне 0,9% в целом и 1,3% среди больных, доставленных в стационар несвоевременно.

Таким образом, в стационары Российской Федерации по экстренным показаниям более или менее своевременно доставляются лишь больные с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острым аппендицитом и ущемленной грыжей. Самая высокая летальность среди неоперированных больных, в том числе и доставленных в стационар несвоевременно, отмечается среди больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Кроме того, отмечается рост доли больных с острой непроходимостью кишечника и больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания и, соответственно растет летальность этих больных.

Следует отметить, что большинство больных при возникновении неотложных состояний в 72,0 – 83,0% случаев госпитализируются в первые сутки после появления симптомов, кроме случаев острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечного кровотечения и острого панкреатита. Это, вероятно, связано с тем, что больные стараются «перетерпеть» боль и откладывают обращение к медицинским работникам на возможно более длительный срок;

При поступлении позже 24 часов после начала заболевания вероятность летального исхода увеличивается в диапазоне от 2,1 до 7,5 раза. При этом необходимо заметить, что летальность больных с острой непроходимостью кишечника, желудочно-кишечным кровотечением и острым панкреатитом увеличивается от 2,1 до 2,9 раз, а при остром панкреатите – в 2,1 раза. Это позволяет думать, что выздоровление больных острым панкреатитом в меньшей степени зависит от сроков поступления в стационар, чем от другой неотложной патологии, но смертельный исход втрое чаще вероятнее среди поступивших позже 24 часов от начала заболевания. Однако и раннее поступление не гарантирует выздоровления. Острый панкреатит, учитывая полиэтиологичность его развития, принадлежит к числу наиболее распространенных и опасных для жизни больного заболеваний, требующих наблюдения хирурга в постоянной готовности оказать экстренную медицинскую помощь в условиях стационара

Сопоставление полученных данных с вероятностью, рассчитанной для доставленных в стационар больных с диагнозом прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, показывает, что вероятность смертельного исхода, если больной доставлен в первые сутки

заболевания – 41,8% (т.е. почти половина умерших), а выздоровления – 86%, т.е. чем раньше доставлен больной, тем благоприятнее исход.

Наряду с выше изложенным нельзя не отметить, что врачебные ошибки в 80-85 % случаев являются причинами осложнений заболеваний, нередко приводящих к тяжелому клиническому исходу. Таким образом, мониторинг качества медицинской помощи наравне с работой по предупреждению врачебных ошибок должны занимать центральное место в лечебном процессе [2].

### **Выводы**

1. Проблема экстренной хирургической помощи в Российской Федерации в целом и Ставропольском крае остаётся актуальной для системы здравоохранения как на федеральном, так и на региональном и муниципальном уровнях.

2. На уровень летальности больных с острой хирургической патологией, обусловленной заболеваниями органов брюшной полости как в 2001 г. так и в 2010г. достоверное влияние оказывают сроки доставки больных в хирургические стационары и в значительной степени определяют прогноз исхода заболеваний.

3. При поступлении в хирургические стационары больных с патологией брюшной полости, требующей экстренной хирургической помощи позже 24 часов от начала заболевания вероятность летального исхода увеличивается в диапазоне от 2,1 до 7,5 раз.

4. Исследование в динамике за 10 лет показало, что без позитивной динамики остаётся крайне высокая летальность среди больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острой непроходимостью кишечника, доставленных в хирургические стационары позже 24 часов.

5. Неблагоприятная тенденция повышения летальности среди больных, доставленных в стационар с желудочно-кишечным кровотечением позже 24 часов от начала заболевания (с 4,2 до 6,2%) диктует необходимость пересмотра стандартов и протоколов лечения таких больных.

### **Список литературы**

1. Архипов В.В., Багненко С.Ф., Озеров В.Ф. Современные принципы организации экстренной хирургической помощи в условиях крупного города //Вестник хирургии. 2003. № 6. С. 89-91.

2. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Клинический менеджмент. М.: Медицина. 2006. 304 с.

3. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М., 2001. 146 с.

4. Какорина Е.П. Роговина А.Г. Хирургическая активность в 1993-2002 гг. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 2. С. 25-31.

5. Лебедев Л.В., Седов В.М. Состояние и пути улучшения ангиохирургической помощи в Санкт-Петербурге /Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. СПб., 1996. С. 146-149.

6. Мартынов А.А., Березаева Е.А. Диагностика и терапия неотложных состояний. Петрозаводск. «Издательство «ИнтелТек». 2000. 372 с.

7. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М., 1990. 558 с.

8. Русаков В.И. Некоторые общие проблемы хирургии //Вестник хирургии. 2000. № 4. С. 99-101.

9. Стручков Ю.В. Горбачева И.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита //Хирургия. 2007. № 7. С. 12-15.
- 10.Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М., 2003. 163 с.
- 11.Шулутко А.М., Овчинников А.В., Ветшев П.С. «Рабочий диагноз» в трудных хирургических ситуациях. М.: Медицина. 2003. 256 с.
- 12.Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита //Хирургия. 2007. № 2. С. 24-28.
- 13.Щепин В.О., Купеева И.А. Анализ состояния и динамики кадровых ресурсов здравоохранения субъектов Российской Федерации в 1990-2004 гг. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 1. С. 3-6.
- 14.Anaya, D.A. Risk factors for severe sepsis in secondary peritonitis. *Surg. Infect.* 2003;4(4):335-362.
- 15.Fru, D.E. Basic aspects of general problems in surgical infections. *Surg. Infect.* 2001;2 suppl. 1:3-11.
- 16.Livermore DM, Sefton AM, Scott GM. Properties and potential of ertapenem. *J. Antimicrob. Chemot.* 2005;52:331-344.

### References

1. Arkhipov V.V., Bagnenko S.F., Ozerov V.F. Sovremennye printsipy organizatsii ekstreynoy khirurgicheskoy pomoshchi v usloviyakh krupnogo goroda [Modern foundations for organizing urgent surgical treatment under conditions of a large town]. *Vestnik khirurgii* 2003(6):89-91.
2. Vyalkov A.I., Kucherenko V.Z. Klinicheskiy menedzhment [Clinical management]. М.: Meditsina; 2006. 304 p.
3. Zatevakhin I.I., Shchegolev A.A., Titkov B.E. Novye tekhnologii v lechenii yazvennykh gastroduodenalnykh krvotekheniy [New technological approaches to management of ulcerous gastroduodenal bleeding]. М., 2001. 146 p.
4. Kakorina E.P. Rogovina A.G. Khirurgicheskaya aktivnost v 1993-2002 gg. [The scope of surgical charging in 1993-2002]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* 2005;(2):25-31.
5. Lebedev L.V., Sedov V.M. Sostoyanie i puti uluchsheniya angiokhirurgicheskoy pomoshchi v Sankt-Peterburge [Current level and ways for improving of angiosurgical treatment in Saint-Petersburg]. In: Problemy otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi. Collection of Scientific Papers. SPb., 1996. P. 146-149.
6. Martynov A.A., Berezaeva E.A. Diagnostika i terapiya neotlozhnykh sostoyaniy [Diagnosis-making and therapies for urgent conditions of patients]. Petrozavodsk: «Izdatelstvo «IntelTek»; 2000. 372 p.
7. Milonov O.B., Toskin K.D., Zhebrovskiy V.V. Posleoperatsionnye oslozhneniya i opasnosti v abdominalnoy khirurgii [Postoperative complications and other burdens in abdominal surgery]. М., 1990. 558 p.
8. Rusakov V.I. Nekotorye obshchie problemy khirurgii [Certain general problems of surgery]. *Vestnik khirurgii* 2000;(4):99-101.
9. Struchkov Yu.V. Gorbacheva I.V. Otsenka tyazhesti techeniya posleoperatsionnogo peritonita [Assessment of the severness of the course of postoperatively emerging peritonitis]. *Khirurgiya* 2007;(7):12-15.
- 10.Shayn M. Zdravyy smysl v neotlozhnoy abdominalnoy khirurgii [Common sense in urgent abdominal surgery]. М., 2003. 163 p.

11. Shulutko A.M., Ovchinnikov A.V., Vetshev P.S. «Rabochiy diagnost» v trudnykh khirurgicheskikh situatsiyakh [Ad-hoc diagnosis in difficult surgical situations]. M.: Meditsina; 2003. 256 p.
12. Shurkalin B.K., Faller A.P., Gorskiy V.A. Khirurgicheskie aspekty lecheniya rasprostrannogo peritonita [Surgical aspects of management of expanding peritonitis]. *Khirurgiya* 2007;(2):24-28.
13. Shchepin V.O., Kupeeva I.A. Analiz sostoyaniya i dinamiki kadrovyykh resursov zdavookhraneniya subektov Rossiyskoy Federatsii v 1990-2004 gg. [Analysis of current state and changes in the resources of staff at the level of a Region/Land/Autonomous Republic in the Russian Federation in 1990-2004]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny* 2007;(1):3-6.
14. Anaya, D.A. Risk factors for severe sepsis in secondary peritonitis. *Surg. Infect.* 2003;4(4):335-362.
15. Fru, D.E. Basic aspects of general problems in surgical infections. *Surg. Infect.* 2001;2 suppl. 1:3-11.
16. Livermore DM, Sefton AM, Scott GM. Properties and potential of ertapenem. *J. Antimicrob. Chemot.* 2005;52:331-344.