

РОЛЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПОТРЕБНОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А. В. Муравьев¹, К. А. Муравьев^{1,2}¹ Ставропольская государственная медицинская академия² Городская клиническая больница № 3, Ставрополь

В связи с тем, что Ставропольский краевой онкологический диспансер оказывает только плановую хирургическую помощь онкологическим больным, весь объем экстренной помощи ложится на общехирургические отделения. В связи с этим возникают проблемы как с диагностикой, так и с ведением больных в послеоперационном периоде.

Структура летальности онкологических больных на хирургических койках для взрослого населения в г. Ставрополе составляет 20,7 % от всех умерших больных и занимает первое место в ранговом порядке.

Одной из ведущих причин летальности в хирургических отделениях стационаров являются злокачественные новообразования органов пищеварения в стадии декомпенсации [1,3,4]. В этой связи поиск резервов снижения предотвратимой смертности представляется крайне необходимым.

Был проведен анализ структуры и распространенности злокачественных новообразований органов пищеварения.

Каждая нозологическая форма имеет сравнительно небольшой удельный вес, но в целом все злокачественные новообразования органов пищеварения и желудочно-кишечного тракта, которые входят в перечень ведущих причин летальности хирургических отделений стационаров, составляют 21,28 % и занимают в структуре злокачественных новообразований и второе ранговое место после рака кожи [2].

В таблице 1 отражены сведения об уровне заболеваемости злокачественными новообразованиями, а также данные о проценте умерших в течение первого года с момента установления диагноза. Из таблицы видно, что уровень заболеваемости на территории Ставропольского края ниже, чем в РФ, в 1,65 раза. Доля умерших в течение года с момента установления диагноза злокачественного заболевания в Ставропольском крае мало отличается от таковой по России.

Важным моментом борьбы со злокачественными новообразованиями является своевременность диагностики, возможность прогнозирования исходов оперативного лечения.

Исходя из данных таблицы 2, можно утверждать, что хуже всего обстоит дело с диагностикой рака желудка. В 40–50 % случаев диагноз ставится впервые

в IV стадии заболевания. Процент еще выше при диагностике рака печени и поджелудочной железы. Многим больным с этой патологией диагноз устанавливается впервые в хирургических отделениях стационаров при оказании неотложной помощи. Рак ободочной, прямой и сигмовидной кишок впервые диагностируется в IV стадии в среднем в 30 % случаев. Необходимо отметить низкий процент выявляемости злокачественных новообразований на профилактических осмотрах. Из всех перечисленных новообразований органов и желудочно-кишечного тракта только рак прямой кишки был диагностирован на профосмотре – и то всего лишь в 3,7–11,3 % случаев.

Данные о выживаемости больных со злокачественными новообразованиями представлены в таблице 3, из которой следует, что доля умерших до 1 года от момента установления диагноза рака желудка достигает 64,29 %. При раке пищевода и ободочной кишки до 1 года умирает 1/3 больных, а при раке прямой и сигмовидной кишок – каждый четвертый.

Исследования показали, что контингент умерших больных в хирургических отделениях стационаров – это преимущественно люди пожилого и старческого возраста, имеющие соответствующую возрасту общесоматическую патологию (ишемическую болезнь сердца, состояние после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, хроническую легочную недостаточность, хроническую почечную недостаточность и др.). Все это создает неблагоприятный фон для основного заболевания. Поскольку в 90–95 % случаев – это пациенты с экстренной патологией, возникают определенные трудности с оказанием неотложной помощи. В связи с тяжелым общим состоянием больного проведение оперативного вмешательства зачастую невозможно, в результате чего возникает смерть. В случае, если принимается решение об оперативном вмешательстве, больные погибают на операционном столе или в раннем послеоперационном периоде от острой сердечной недостаточности или острого нарушения мозгового кровообращения. Иногда больные поступают в отделение в агональном состоянии и погибают в первые часы или даже минуты. Следовательно, терапевтическая патология в структуре летальности больных занимает второе место, после злокачественных новообразований.

Проведенный анализ за длительный период (2001–2010 гг.) показал, что количество больных со злокачественными заболеваниями к концу исследуемого промежутка времени заметно увеличилось. Во многих случаях диагноз новообразования впервые устанавливался в стационаре при оказании экстренной хирургической помощи больным с раком желудка, пищевода в IV стадии заболевания с перфорацией опухоли, кровотечением и перитонитом.

Муравьев Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 423406

Муравьев Константин Александрович, кандидат медицинских наук, главный врач МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Ставрополя, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 935773.

Таблица 1

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них в Российской Федерации и Ставропольском крае

Показатель	Зарегистрировано на 100 тысяч населения				Доля умерших в течение года после установления диагноза					
	впервые		всего							
Годы	2003	2004	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2005	Средний уровень
Российская Федерация	897,1	961,1	3317,3	3468,2	34,5	33,9	33,8	33,8	32,2	33,8
Ставропольский край	564,5	570,7	2600,3	2650,9	33,9	33,1	32,6	29,8	27,9	31,5

Таблица 2

Своевременность диагностики злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта

Локализация злокачественного новообразования	2002 год					2005 год					2006 год				
	Число больных с впервые установленным диагнозом	в т. ч. на проф-осмотре	Стадия заболевания			Число больных с впервые установленным диагнозом	в т. ч. на проф-осмотре	Стадия заболевания			Число больных с впервые установленным диагнозом	в т. ч. на проф-осмотре	Стадия заболевания		
			I-II %	III %	IV %			I-II %	III %	IV %			I-II %	III %	IV %
Пищевода	8	—	12,5	62,5	12,5	4	—	50,0	25,0	25,0	5	—	20,0	60,0	20,0
Желудка	89	—	11,2	20,2	48,3	68	—	22,1	36,8	38,2	87	—	18,4	23,0	44,8
Ободочной кишки	72	—	23,6	38,9	30,6	99	—	28,3	35,4	33,3	76	—	22,4	39,5	27,6
Прямой кишки, сигмы	53	6 (11,3, %)	30,2	26,4	32,1	54	2 (3,7 %)	48,1	27,8	24,1	60	—	40,0	23,3	36,7

Таблица 3

Доля умерших до 1 года после установления диагноза

Название показателя	Локализация			
	пищевод	желудок	ободочная кишка	прямая кишка, сигма
Количество впервые зарегистрированных и взятых на учет в 2005 году (абс.)	6	70	105	57
Из числа взятых на учет в предыдущем году умерли до 1 года после установления диагноза (абс. / % от зарегистрированных)	2/33,3	45/64,29	30/28,57	14/24,56

Чаще всего в отделение поступали больные со злокачественными новообразованиями органов пищеварения (в 80–85 % случаев). Однако встречались и другие локализации рака с метастазами в органы пищеварения, например, рак легких, средостения, предстательной железы. Многие больные со злокачественными новообразованиями, получившие в отделении экстренную хирургическую помощь, несмотря на хорошие результаты оперативного вмешательства, погибли от раковой интоксикации.

Выводы

1. Более 50 % случаев рака желудочно-кишечного тракта диагностируется в III и IV стадиях;
2. Причинами позднего выявления злокачественного новообразования являются скрытое течение (20,7 %), позднее обращение к специалисту (41,1 %), в том числе по вине поликлинической службы, а также дефекты диагностики (6,6 %).
3. Важную роль в поздней диагностике злокачественных новообразований играют некомпетентность общеклинических хирургов в вопросах онкологии (ошибки в диагностике и выборе

тактики хирургического лечения), отсутствие государственной программы скрининга и профилактики раковых заболеваний.

Литература

1. Близнюк, В.Д. Мониторинг уровня заболеваемости и демографических показателей / В.Д. Близнюк // Гигиена и санитария. – 2001. – № 4. – С. 68–70.
2. Левшин, В.Ф. Выделение «групп риска» при ранней диагностике злокачественных новообразований / В.Ф. Левшин, Д.Г. Заридзе // Вопросы онкологии. – 1990. – № 3. – С. 286–290.
3. Стародубцев, В.И. Проблемы российской смертности, ее последствия и приоритетные направления действий / В.И. Стародубцев, Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова // Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения: сб. тр. Всерос. науч. практ. конф. – М., 2006. – С. 4–41.
4. Deschner, E.E. Proliferation and differentiation of gastrointestinal cells in health and disease / E.E. Deschner, M. Lipkin, R.A. Good // Gastrointestinal Tract Cancer. – New York, London, 1987. – P. 3–27.

РОЛЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПОТРЕБНОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

A. B. МУРАВЬЕВ, К. А. МУРАВЬЕВ

THE ROLE OF CANCER IN THE FORMATION OF EMERGENCY SURGICAL CARE REQUIREMENT

MURAVYOV A. V., MURAVYOV K. A.

Изучена роль злокачественных заболеваний в структуре летальности общехирургических стационаров Ставропольского края.

Одной из ведущих причин летальности являются злокачественные новообразования органов пищеварения в стадии декомпенсации. Структура летальности онкологических больных в общехирургических стационарах для взрослого населения в г. Ставрополе составляет 20,7 % от всех умерших больных и занимает первое место в ранговом порядке.

В этой связи поиск резервов снижения предотвратимой смертности представляет большой интерес как для организаторов здравоохранения, так и для хирургов, оказывающих экстренную помощь онкологическим больным.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, неотложная хирургическая помощь

The role of malignant diseases in the structure of general surgical hospital mortality in the Stavropol Territory was studied.

One of the leading causes of mortality is malignant neoplasms of digestive organs at a stage of decompensation. The structure of the mortality of cancer patients in general surgical hospital for adults in the city of Stavropol is 20.7 % of all patients who died and it takes the first place in rank order.

In this regard, search for reserves to reduce avoidable mortality is of great interest both to public health organizers, and for surgeons providing emergency aid to cancer patients.

Key words: cancer, urgent surgical care

© Коллектив авторов, 2011
УДК615: 061.23: 614.27: 001. 895(470.6)

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ДОРОГОСТОЯЩЕЙ (ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ЮЖНОГО И СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ

Н. Г. Карнышева¹, Е. С. Бережная², Е. А. Максимкина³, С. А. Парфейников¹

¹ Пятигорская государственная фармацевтическая академия

² Ростовский государственный медицинский университет

³ Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Уровень развития системы здравоохранения любого государства определяется, главным образом, тем, насколько полно она способна удовлетворить потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) [1]. С 2006 года ВМП в России является одной из составляющих приоритетного нацио-

нального проекта «Здоровье», который, с одной стороны, направлен на укрепление первичного звена здравоохранения как самого слабого и запущенного, с другой, на повышение доступности ВМП. Этому способствовала демографическая ситуация, которая в течение последних полутора десятилетий характеризовалась как кризисная и отличалась сверхсмертностью работоспособного населения. Убыль населения значительно превысила его естественный прирост. Это неизбежно привело к снижению ожидаемой продолжительности жизни россиян, которая в настоящее время меньше, чем в Казахстане, Украине, Молдове, и равняется всего лишь 65,4 года. Для сравнения: в развитых странах Западной Европы она составляет более 80 лет. Россия вплотную приблизилась к так называемой точке невозврата. Изменение ситуации потребовало политических решений. Поэтому были разработаны и с января 2006 года начали реализовываться приоритетные национальные проекты по наиболее важным социально-экономическим направлениям, в том числе здравоохранению [2, 7].

Наиболее востребованными являются следующие профили ВМП: сердечно-сосудистая хирургия, онкология, офтальмология, травматология и

Карнышева Наталья Георгиевна, начальник отдела обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения ФГУ Южного округа медицинского центра ФМБА России, соискатель кафедры УЭФ ФПО Пятигорской государственной фармацевтической академии, тел. 89081797661; e-mail: uomc_lek@donpac.ru.

Бережная Елизавета Сергеевна – кандидат фармацевтических наук, ассистент кафедры управления и экономики фармации, фармацевтической технологии и фармакогнозии Ростовского государственного медицинского университета; e-mail: bereznoy7@yandex.ru.

Максимкина Елена Анатольевна, доктор фармацевтических наук, профессор, заведующая кафедрой УЭФ ФПО I Московского государственного университета им. И. М. Сеченова, тел. 89031432413; e-mail: maksimkina.e@mail.ru.

Парфейников Сергей Алексеевич, доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой УЭФ ФПО Пятигорской государственной фармацевтической академии, заслуженный деятель здравоохранения РФ, тел.: 89624016979, (8793) 331469; e-mail: parphein@yandex.ru.