

УДК [616.381:617.55]-089(470.11)

СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРИПОЛЯРНОМ РЕГИОНЕ

© 2008 г. А. В. Березин, *А. И. Макаров, С. Н. Баранов, Н. В. Галашев

Архангельская областная клиническая больница,

*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В работе представлена характеристика неотложной хирургической службы в Архангельской области при абдоминальной патологии. Региональные особенности оказания хирургической помощи обусловлены природными и экологическими условиями проживания, значительной протяженностью территории, малой плотностью населения и неразвитой системой коммуникаций. Дан анализ кадрового обеспечения ургентной хирургической помощи, структуры интраабдоминальной патологии, исходов заболеваний, уровня послеоперационных госпитальных осложнений. Определены пути оптимизации хирургической помощи.

Ключевые слова: абдоминальная патология, неотложная хирургия, организация медицинской помощи.

Проблема диагностики и лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости была и остается актуальной на современном этапе хирургии. Несмотря на улучшение материальной базы хирургической службы, организацию специализированных отделений неотложной абдоминальной хирургии, интенсивной терапии и реанимации, совершенствование методов диагностики, создание новых эффективных лекарственных средств, значительного улучшения результатов лечения больных с ургентной абдоминальной патологией пока не наблюдается [1, 3, 4, 7]. Вопросы острой абдоминальной патологии постоянно находятся в центре внимания хирургов, координируются проблемной комиссией «Неотложная хирургия РАМН», обсуждаются на научных форумах и в многочисленных печатных изданиях. В последние годы появились сообщения хирургов о том, что в новых социально-экономических условиях изменились характер и структура абдоминальных заболеваний [2, 5]. Если учесть, что частота и распространенность заболеваний тесно связаны со средой обитания человека и степенью адаптированности к неблагоприятным условиям, то в данном контексте анализ абдоминальной ургентной патологии и неотложной хирургической помощи жителям Архангельской области вполне оправданно представляет определенный интерес.

Расположение области в приполярных и полярных широтах Севера Европейской территории России обуславливает влияние дискомфортного климата, напряженной иономагнитной обстановки не только на состояние здоровья, но и на характер течения заболеваний. Природный дискомфорт проживания в регионе существенно дополняется экологическим, что связано с высокой концентрацией крупнейших целлюлозно-бумажных комбинатов, расположением на территории области предприятий и полигонов военно-промышленного комплекса. Уникальность области заключается также в значительной протяженности ее территории и малой плотности населения (1,21 млн человек на 587,4 тыс. км²), что при неразвитой системе коммуникаций негативно отражается не только на своевременности оказания медицинской помощи, но в определенных случаях и ее доступности.

Стационарная хирургическая помощь взрослому населению области осуществляется в 4 ЛПУ областного центра (областная клиническая больница, Северного медицинского центра им. Н. А. Семашко, городские клинические больницы №1 и 7), 14 центральных районных больницах, 3 муниципальных больницах городов Северодвинска, Новодвинска и Коряжмы и окружной больницы Ненецкого автономного округа. Основанием для анализа послужили материалы отчетов руководителей хирургических служб ЛПУ области. В 2007 году специалисты хирургического профиля составили 14,6 % от общего количества врачей

(631 человек). Однако только третья часть врачей работали в хирургических отделениях по оказанию помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Обеспеченность хирургами на 10 тыс. жителей Архангельской области представлена на рис. 1, где за период 2003–2007 годов отражена тенденция к уменьшению этого показателя. Примечателен тот факт, что показатель обеспеченности хирургическими кадрами в Архангельской области в 2007 году был в 3 раза ниже, чем в среднем по Российской Федерации.

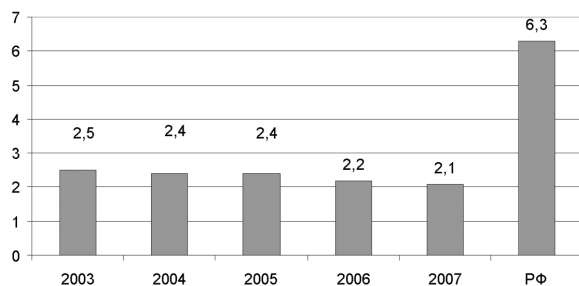


Рис. 1. Обеспеченность (на 10 тыс. населения) Архангельской области врачами-хирургами

При явном дефиците хирургов неизбежным становится совмещение дневной работы в хирургическом стационаре с вечерними и ночными дежурствами для оказания неотложной хирургической помощи, что требует разносторонней хирургической подготовки, умения выполнять оперативные вмешательства не только при заболеваниях и травмах органов живота, но и на органах забрюшинного пространства и грудной полости, при онкологической, урологической, гинекологической, сосудистой патологии. Для соответствия столь высоким требованиям необходима квалифицированная и достаточно длительная подготовка врача. Чтобы успешно решать подобные задачи, хирургу требуется не менее 10 лет работы в экстренной хирургии, однако в учреждениях практического здравоохранения ургентная хирургическая служба в значительной степени укомплектована молодыми или недостаточно опытными врачами, у которых нередко учатся начинающие хирурги [3]. Хирургическая служба области укомплектована на 33,3 % специалистами со стажем работы до 10 лет, на 25,8 % со стажем 11–20 лет и на 40,8 % со стажем 21–40 лет. Не вызывает сомнений наличие явной кадровой проблемы, решение которой реально только путем привлечения в хирургическую специальность выпускников медицинских вузов.

Структура заболеваний органов брюшной полости у пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, представлена в табл. 1. Анализ данных показал, что среди госпитализированных в хирургические стационары преобладали больные с острой интраабдоминальной воспалительной патологией, что не противоречит данным литературы [6]. Больные с острым аппендицитом, холециститом и панкреатитом

в 2007 году составили 69,0 % от числа госпитализированных с ургентной патологией. Привлекает внимание факт увеличения числа пациентов с острым аппендицитом по сравнению с 2005–2006 годами. Прободная язва полых органов, острая кишечная непроходимость и ущемленные брюшные грыжи были причиной экстренной госпитализации в 15,8 % случаев, что незначительно отличалось от показателей 2005–2006 годов.

Таблица 1
Структура заболеваний органов брюшной полости у больных, госпитализированных по экстренным показаниям, %

Нозологическая форма	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Острый аппендицит	40,3	39,7	45,4
Острый холецистит	16,5	18,4	19,6
Острый панкреатит	15,2	16,7	4,0
Перфоративная язва	6,3	6,03	6,9
Острая кишечная непроходимость	4,8	4,6	5,9
Ущемленные грыжи	5,6	5,24	3,0
Желудочно-кишечные кровотечения	2,2	1,13	1,7

Одним из факторов, влияющих на исходы острых заболеваний, по мнению большинства хирургов, является длительность заболевания до момента госпитализации и начала лечения. На рис. 2 отражены данные о госпитализации при давности заболевания более суток. От 27 % больных при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки до 61–62 % при остром панкреатите и холецистите госпитализированы в поздние сроки. С учетом среднего возраста пациентов с острым аппендицитом (29,5 года) и острым панкреатитом (49,2 года), а также прямой зависимости гнойно-септических осложнений и исходов заболеваний от сроков госпитализации не вызывает сомнения высокая социальная значимость данной проблемы. Острота проблемы в определенной степени снимается многолетней и эффективной деятельностью областного центра экстренной и плановой консультативной помощи (санитарная авиация), 70-летний юбилей которого был отмечен в текущем году.

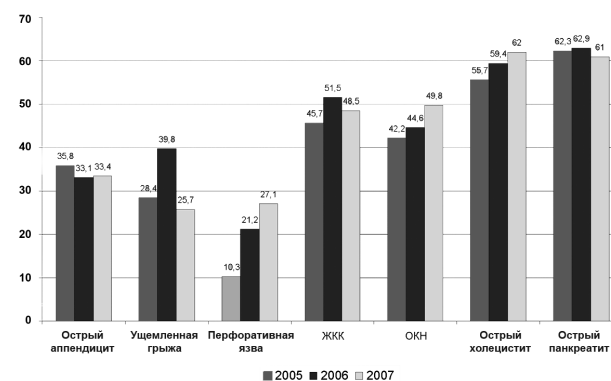


Рис. 2. Количество больных, госпитализированных в стационар через сутки от начала заболевания (% от числа госпитализированных)

В хирургических стационарах области выполняется ежегодно около 32 тыс. операций, из них на органах брюшной полости 38–45 %. Как следует из данных табл. 2, позитивным необходимо признать уменьшение на 17,2 % количества операций по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, что можно объяснить современными возможностями консервативной терапии. Несмотря на то, что количество операций в 2007 году в связи с ущемленными грыжами уменьшилось на 5,7 %, следует отметить значительную долю операций при ущемленных грыжах от общего количества грыжесечений (12,0 % в 2005 г. и 12,5 % в 2007-м). Критерием, указывающим на наличие нерешенных проблем, является показатель повторных операций — 113,3 на 100 прооперированных больных в 2007 году. Своевременному выявлению и проведению планового оперативного лечения хирургических заболеваний, в том числе и грыж различной локализации, способствуют выезды в сельские районы области врачебных бригад областной клинической больницы с участием хирургов.

Таблица 2
Количество urgentных операций, выполненных при острых заболеваниях органов брюшной полости в 2005–2007 годах

Нозологическая форма	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Острый аппендицит	2001	1961	1957
Острый холецистит	821	909	844
Острый панкреатит	137	137	175
Перфоративная язва	314	298	260
Острая кишечная непроходимость	242	229	255
Ущемленные грыжи	263	259	266

Важным обстоятельством, придающим рассматриваемой проблеме особую значимость, является высокий уровень послеоперационных госпитальных инфекционных осложнений, составляющих в структуре всех послеоперационных осложнений от 32 до 75 % [1]. По данным национальной системы наблюдения за нозокомиальными инфекциями США (NNIS), инфекции области хирургического вмешательства занимают третье место, составляя до 16 % всех нозокомиальных инфекций среди госпитализированных пациентов [8]. Вероятность госпитализации в отделения реанимации, частота повторных госпитализаций и вероятность летального исхода у больных с инфекций области хирургического вмешательства на 60 % больше, чем у пациентов без инфекционных осложнений. В структуре причин послеоперационной летальности инфекций области хирургического вмешательства составляют до 2/3 случаев [8].

Основные показатели работы хирургической службы области представлены в табл. 3. Следует отметить, что при увеличении количества операций и хирургической активности процент послеоперационной летальности снизился (рис. 3). Немаловажное значение в улучшении хирургической помощи населе-

нию области способствует деятельность телемедицинского центра, обеспечивающего консультативные и образовательные направления хирургической службы области. Центром телемедицины в 2006–2007 годы были транслированы циклы лекций по неотложной абдоминальной хирургии.

Таблица 3
Показатели работы хирургической службы
Архангельской области за 2005–2007 годы

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Количество операций	31958	28673	32103
в том числе срочные	12154 38,0 %	11595 40,48 %	14707 45,81 %
Хирургическая активность, %	57,0	56,8	57,4
Средний койкодень прооперированных больных	13,3	11,9	11,49
Средний койкодень до операции	2,2	2,3	2,0
Послеоперационные осложнения, %	2,25	2,09	2,39
Послеоперационная летальность, %	1,89	1,75	1,69

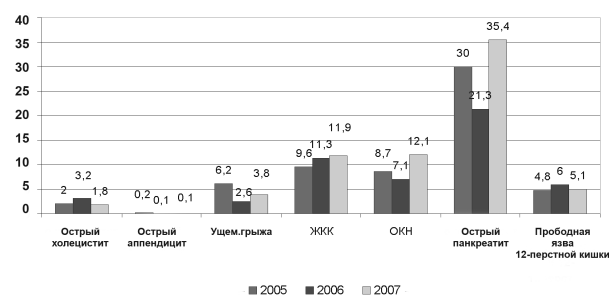


Рис. 3. Послеоперационная летальность при экстренных хирургических заболеваниях брюшной полости

Таким образом, особенностью оказания хирургической помощи при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости в Архангельском регионе в условиях дефицита хирургических кадров, неразвитой дорожной инфраструктуры, отдаленности мест проживания пациентов является преобладание больных с поздними сроками госпитализации. Последнее обстоятельство, в свою очередь, определяет большую частоту деструктивных и осложненных форм острых интраабдоминальных заболеваний, ассоциируемых с абдоминальной хирургической инфекцией, с возможным развитием системной воспалительной реакции или абдоминального сепсиса. Оптимизация хирургической помощи возможна при решении кадровой проблемы подготовленными специалистами, улучшении материально-технической базы диагностического и лечебного процесса, более широком внедрении малоинвазивных технологий.

Список литературы

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. — М., 2006. — 168 с.

2. Борисов А. Е. Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов живота в Санкт-Петербурге за 50 лет (1946–1996 гг.) / А. Е. Борисов, А. П. Михайлов, В. П. Акимов // Вестник хирургии. — 1997. — Т. 156, № 3. — С. 35–39.

3. Гузев А. И. Пути снижения послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях органов живота в условиях городской больницы / А. И. Гузев // Вестник хирургии. — 2000. — Т. 169, № 3. — С. 21–24.

4. Ермолов А. С. Состояние экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 2001–2005 и в 2005 г. / А. С. Ермолов // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 6. — С. 49–66.

5. Иммунокорригирующая терапия у больных деструктивным панкреатитом : методическое пособие для врачей / Ю. С. Винник, Д. В. Черданцев, О. В. Первова и др. — Красноярск, 2006. — 32 с.

6. Применение иммуномодуляторов в хирургической клинике / под ред. В. А. Ступина, И. Е. Гридчик, А. Л. Коваленко. — М., 2005. — 56 с.

7. Харитонов С. В. Современные технологии в диагностике и определении тактики лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Харитонов С. В. — М., 2005. — 46 с.

8. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) report, data summary from October 1986 - April 1996 // Am. J. Infect. Control. — 1996. — Vol. 24. — P. 380–388.

CONDITION OF URGENT SURGICAL HELP FOR ABDOMINAL PATHOLOGY IN THE CIRCUMPOLAR REGION

A. V. Berezin, *A. I. Makarov, S. N. Baranov, N. V. Galashev

Arkhangelsk Regional Hospital,

*Northern State Medical University, Arkhangelsk

The article gives characteristic of urgent surgical services in the Arkhangelsk area for abdominal pathology. Regional features of rendering the surgical help are caused by natural and ecological living conditions, large size of the territory, small population density and not developed system of communications. The analysis is given for the personnel maintenance of urgent surgical help, structure intra-abdominal pathology, outcomes of diseases, a level of postoperative hospital complications. Ways of optimization of the surgical help are defined.

Key words: abdominal pathology, urgent surgery, organization of medical care.

Контактная информация:

Макаров Александр Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Северного государственного медицинского университета

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, СГМУ

Тел. (8182) 27-65-72

E-mail: mai_18@mail.ru

Статья поступила 06.06.2008 г.