

ВЫБОР СПОСОБА ГАСТРОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРУДНОРУБЦУЮЩИХСЯ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

¹ГБУЗ ККБ № 2 МЗКК,

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;

²кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 2220009. E-mail: serikovasn@mail.ru

Проанализированы отдалённые морфологические и функциональные результаты органосохраняющего хирургического лечения 104 больных с труднорубцующимися язвами желудка, прооперированных с 2002 по 2007 г. методом гастропластики по В. И. Оноприеву. Формирование гастро-гастрального анастомоза осуществлялось двумя способами: гастропластика с инвагинационным корпороантральным анастомозом (74 чел.) и гастропластика с формированием корпороантрального сфинктера из петли тощей кишки (30 чел.). Объективная оценка состояния гастродуоденального комплекса позволила выявить преимущества гастропластики с формированием корпороантрального сфинктера из петли тощей кишки по сравнению со своим аналогом и изучить причины возникновения возможных видов послеоперационных осложнений в оперированном желудке.

Ключевые слова: язва желудка, гастропластика, результаты органосохраняющего хирургического лечения.

V. M. DURLSHTER, N. V. KOROCHANSKAYA, S. N. SERIKOVA

CHOICE OF GASTROPLASTY METHOD IN SURGICAL TREATMENT OF HARD SCARRING GASTRIC ULCERS

¹City hospital № 2 «Krasnodar versatile medical-diagnostic association», Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2;

²department of surgeries № 1 of the Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (861) 2220009. E-mail: serikovasn@mail.ru

The long-term morphologic and functional results of organ-preserving surgery in 104 patients with hard scarring gastric ulcers that underwent surgery during 2002–2007 years were analyzed. The operations were performed by gastropasty method according to V. I. Onopriev with different types of gastro-gastric anastomosis formation: gastropasty with invaginated corporo-antral anastomosis – 74 patients and gastropasty with corporo-antral sphincter from the ileal loop – 30 patients. The object assessment of gastroduodenal complex condition demonstrated the benefits of gastropasty with corporo-antral sphincter from the ileal loop before its analogue. The causes of potential cases of post-operated complications in the stomach were investigated.

Key words: gastric ulcer, gastropasty, results of organ-preserving surgery.

Введение

Язвенная болезнь желудка является не только медицинской, но и социальной проблемой в связи с распространённостью заболевания (8–10% трудоспособного населения), рецидивирующим течением и тяжестью возникающих осложнений, что обуславливает необходимость использования эффективных способов лечения [7, 10]. Наиболее сложны в диагностическом и лечебном отношении труднорубцующиеся язвы желудка (ТЯЖ), характеризующиеся отсутствием заживления на фоне адекватной медикаментозной терапии и частым развитием осложнений (кровотечение, пенетрация, перфорация, перерождение язвы желудка в рак) [11, 12]. В настоящее время не возникает сомнений в том, что рост экстренных операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и увеличение послеоперационной летальности напрямую зависят от снижения числа плановых оперативных вмешательств [10, 16, 21].

При плановом вмешательстве операцией выбора являются органосберегающие хирургические технологии, при выполнении которых хирург преследует две цели: полное иссечение язвы и снижение желудочной секреции до безопасного уровня в плане развития рецидива [3, 9, 13]. В. И. Оноприевым и соавт. (1995–2006 гг.) [14, 15] разработан комплекс органосохраня-

ющих технологий, включающий сегментарное субтотальное удаление тела желудка с язвой, сохранение иннервированного антрального отдела (АО) желудка с формированием антирефлюксных анастомозов. Определяющим моментом применяемой хирургической методики является восстановление замыкательной функции кардии. Это достигается созданием новых анатомических взаимоотношений пищевода, кардии и желудка в форме эзофагокардиогастрального клапана методом боковой инвагинации. В зависимости от способа формирования гастро-гастрального анастомоза (ГГА), разобщающего кислотопродуцирующий отдел желудка от щелочного, гастропластика (ГП) по В. И. Оноприеву выполнялась в двух вариантах: с инвагинационным корпороантральным анастомозом (КАА) и с формированием корпоро-антрального сфинктера (КАС) из петли тощей кишки. Для патогенетического обоснования оптимального способа органосохраняющего хирургического лечения ТЯЖ необходимо объективно оценить морфофункциональное состояние гастродуоденального комплекса (ГДК), а также изучить причины возникновения возможных видов послеоперационных осложнений в отдалённом послеоперационном периоде.

Цель исследования – патогенетически обосновать выбор способа гастропластики для лечения ТЯЖ на

основе анализа морфофункциональных результатов в отдалённом послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Проведена оценка отдалённых морфологических и функциональных результатов планового органосохраняющего хирургического лечения у 104 больных с ТЯЖ (желудочные язвы, которые не зарубцевались на фоне адекватной эрадикационной и антисекреторной терапии в течение 8 недель при исключении их симптоматического характера) [12, 19]. Больные с ТЯЖ были прооперированы методом ГП по В. И. Оноприеву с формированием ГГА разными способами. В зависимости от способа формирования ГГА пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – 74 пациента, в 2002–2007 гг. перенёсших ГП с инвагинационным КАА; 2-я группа – 30 больных, в 2006–2007 гг. прооперированных методом ГП с формированием КАС из петли тощей кишки. Всем пациентам, обратившимся после операции для динамического наблюдения через 1 год, 2–5 лет (от 2 до 5 лет) и 5–10 лет, проводилось комплексное исследование. Оно включало выполнение фиброгастроуденоскопии с забором гастробиоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ) по схеме: АО желудка – 3 биоптата, фундальный отдел (ФО) – 2 биоптата для уточнения выраженности атрофии, метаплазии и инфильтрации [18] с последующей оценкой динамики стадий хронического атрофического гастрита (ХАГ) по визуально-аналоговой шкале, утверждённой решением III съезда Российского общества патологоанатомов 2009 г. [1]. Далее выполняли исследование желудочной секреции (рН-метрия, аспирационно-зондовый метод), моторной функции желудка методом открытых катетеров, а также рентгенологическое исследование.

Контрольная группа представлена 20 здоровыми добровольцами, у которых по результатам лабораторных и инструментальных методов исследований не было выявлено патологии (для установления нормативных показате-

телей периодической моторной деятельности ГДК). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.0». Полученные различия считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Эндоскопическая картина двухкамерного желудка после ГП по В. И. Оноприеву имела характерные особенности: проксимальная камера желудка была небольших размеров (1/3 объёма нормального желудка), в дистальном направлении её просвет сужался и переходил в цилиндрическую трубку протяженностью 5–8 см. Далее определялся ГГА (представленный в виде сомкнутого кольца); при инсуффляции воздухом анастомоз раскрывался до диаметра 1,5–2,0 см, и эндоскоп свободно попадал в антральный отдел желудка. Просвет ГГА смыкался у 79,7% пациентов (59 чел.) 1-й группы и 100% (30 чел.) 2-й группы. Результаты эндоскопических исследований в отдалённом послеоперационном периоде представлены в таблице 1.

Через 1 год после операции деструктивно-воспалительные изменения СОЖ и ДПК не усиливались, что свидетельствовало об оптимальном выборе схем предоперационной подготовки, позволивших снизить уровень хирургической агрессии и обеспечить гладкое течение послеоперационного периода. Выявленные эрозии желудка или ДПК у пациентов в обеих группах в отдалённом послеоперационном периоде были ассоциированы с рецидивом *Helicobacter pylori* (НР-инфекция), рецидивы язв желудка отсутствовали. Плотное смыкание кардии после операции наблюдалось у 94,8% (55 чел.) пациентов 1-й группы и у всех больных 2-й группы до 2 лет диспансерного наблюдения. Через 2–5 лет после операции недостаточность кардии (НК) была выявлена у 6,8% (3 чел.) больных из 1-й группы и 5% (1 чел.) из 2-й группы. Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) был диагностирован через 5–10 лет у 5,1 % (2 чел.) больных из 1-й группы. Дуоденогастраль-

Таблица 1

Результаты эндоскопического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от длительности послеоперационного периода

Признаки	Исходно, n=74, чел. (%)	1-я группа, чел. (%)			Исходно, n=30, чел. (%)	2-я группа, чел. (%)		
		1 год, n=58	2–5 лет, n=44	5–10 лет, n=39		1 год, n=23	2–5 лет, n=20	5–10 лет, n=10
НК	74 (100)	3 (5,2)*	3 (6,8)*	4 (10,2)*	30 (100)	0*	1 (5)*	1 (10)*
ГПОД	19 (25,6)	0*	1 (2,3)*	2 (5,1)*	8 (26,7)	0*	0*	0*
Эзофагит:								
эрозивный	2 (2,7)	0	1 (2,3)	1 (2,6)	2 (6,7)	0	0	0
неэрозивный	12 (16,2)	2 (3,4)	3 (6,8)	5 (12,8)	3 (10,0)	2 (4,3)	1 (5)	0
Эрозии желудка	2 (2,7)	2 (3,4)	4 (9,1)	5 (12,8)*	4 (13,3)	2 (6,6)	3 (15)	1 (10)
ДГР	21 (28,4)	8 (13,8)*	7 (15,9)	6 (15,4)	8 (26,7)	1 (4,3)*	0*	0*
Эрозии ДПК	2 (2,7)	0	1 (2,3)	1 (2,6)	0	1 (4,3)	1 (5)	0

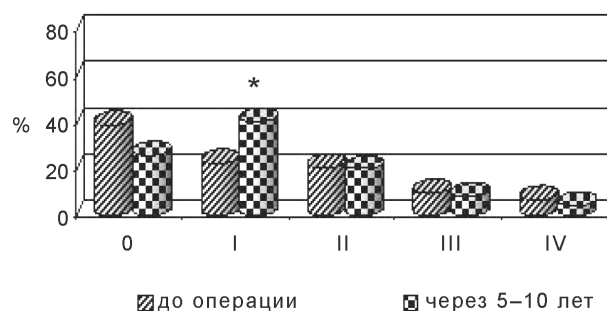
Примечание: НК – недостаточность кардии, ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ДГР – дуоденогастральный рефлюкс, ДПК – двенадцатиперстная кишка; * – достоверные отличия от исходных показателей ($p < 0,05$).

ный рефлюкс (ДГР) достоверно уменьшился через 1 год после операции у больных в обеих группах. В отдалённом послеоперационном периоде (через 5–10 лет) патологический ДГР определялся у 15,4% (6 чел.) пациентов 1-й группы и отсутствовал у больных 2-й группы. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных арефлюксных свойствах вновь созданных анастомозов (эзофагокардиогастрального клапана и ГГА).

Актуальность изучения морфологии оперированного органа определяли следующие факторы: распространенность пострезекционных хронических атрофических процессов (ХАГ), возможность возникновения в отдалённом периоде после операции рака культи желудка [8], а также необходимость объективизации результатов хирургического лечения ТЯЖ после применения новых органосохраняющих хирургических технологий. Важно выяснить, как сохранение полноценно иннервированных и кровоснабжаемых антрального отдела и привратника влияет на развитие послеоперационного ХАГ в различные сроки после операции.

При сопоставительном анализе гистологической и гистохимической картины гастробиоптатов СОЖ статистически значимых различий между группами прооперированных пациентов не выявлено. До двух лет после операции активность хронического гастрита отсутствовала, а выраженность лимфоцитарной инфильтрации оперированного желудка продолжала регрессировать в обеих группах пациентов. В более отдалённом периоде (через 2–5; 5–10 лет) появление лейкоцитарной и лимфоцитарной инфильтрации в СОЖ было связано с рецидивом НР-инфекции или реинфекцией: через 2–5 лет – у 37,9% больных, через 5–10 лет – у 38,8% больных от всех наблюдаемых пациентов в указанные периоды. Полученные нами результаты совпадают с данными литературы о том, что со временем закономерно наблюдается реинфекция НР-инфекции [2, 20]. Оценка трансформации атрофии и кишечной метаплазии (КМ) СОЖ в оперированном желудке только через 5–10 лет позволила выявить достоверное увеличение метаплазии I типа (43,6% против 27,3% до операции) в АО желудка у больных 1-й группы, что свидетельствует о нарастании атрофических процессов в СОЖ в отдалённом послеоперационном периоде. Оценка кумулятивного риска рака в оперированном желудке после ГП по В. И. Оноприеву включала динамику стадий ХАГ у 49 больных (39 чел. – 1-я группа и 10 чел. – 2-я группа) через 5–10 лет после операции и сравнение с аналогичными показателями у пациентов с ТЯЖ до операции (104 чел.). При этом использовали визуально-аналоговую шкалу, утверждённую решением III съезда Российского общества патологоанатомов (Самара-2009). По результатам полученных нами исследований кумулятивный риск рака желудка через 5–10 лет после хирургического лечения методом ГП по В. И. Оноприеву не увеличивался. Статистически значимое увеличение атрофии в прооперированном желудке у 42,9% больных против 23,1% пациентов до операции происходило за счёт ХАГ I стадии. Встречаемость ХАГ III–IV стадии у пациентов была сопоставима с дооперационными показателями (рисунок).

По данным литературы, оптимальным является такой уровень остаточной кислотности резецированного желудка, при котором сохраняется желудочный тип пищеварения в культе и минимизирована угроза появления пептической язвы [3, 9]. Проведённые нами исследования секреторной функции оперированного желудка



Динамика стадий хронического гастрита у пациентов с труднорубцующимися язвами желудка до и после гастропластики, * – отмечены достоверные отличия от показателей до операции ($p < 0,05$)

в зависимости от длительности послеоперационного периода свидетельствуют о том, что по данным pH-метрии выявлено кислотообразование пониженной концентрации у 82,8–82,1% больных 1-й группы и 82,6% – 80,0% больных 2-й группы. По данным аспирационно-зондового метода, продукция хлористоводородной кислоты снижалась в большей степени, чем пепсина. Кислотообразование в базальном периоде отсутствовало у 10,3% (4 чел.) и 10% (1 чел.) больных из 1-й и 2-й групп, соответственно, гистаминорефрактерной ахлоргидрии не зафиксировано ни в одном случае. Сохранение антрального отдела (АО) желудка во время ГП, по нашему мнению, является важнейшим фактором, позволяющим предотвратить развитие атрофических процессов в слизистой оболочке ФО отдела желудка и сохранить желудочную секрецию кислоты и пепсинов на оптимально низком уровне.

Результаты исследования эвакуаторной и моторной функций оперированного желудка играют важную роль в изучении патогенеза развития послеоперационных патологических синдромов и в достижении оптимальных результатов оперативного лечения [5, 9]. Основная роль создаваемого ГГА в технологии ГП по В. И. Оноприеву заключается в обеспечении порционности поступления пищи из ФО желудка в АО, что создаёт условия для полноценного желудочного пищеварения и исключает перегрузку АО желудка и привратника.

По данным рентгенологического метода исследования, у больных 1-й группы было отмечено уменьшение порционности темпа эвакуации бариевой взвеси через ГГА от 75,9% (44 чел.) через 1 год до 61,5% (24 чел.) через 5–10 лет. Это обусловлено укорочением и расширением ГГА в проксимальном отделе желудка через 2–5 лет у 22,7% (10 чел.) пациентов с последующей дезинвагинацией у 11,4% (5 чел.) больных. У 90% больных 2-й группы порционность эвакуации бариевой взвеси наблюдалась в динамике в течение 10 лет, что свидетельствовало о нормализации тонуса и перистальтики ФО желудка и достоверно отличало по этому признаку от пациентов 1-й группы ($p < 0,05$). Таким образом, по данным рентгенологического исследования, технология ГП по В. И. Оноприеву с формированием КАС из петли тощей кишки имеет ряд преимуществ перед своим аналогом ГП с инвагинационным КАА. Создаваемая мышечная манжетка из петли тонкой кишки препятствует расширению желудочной трубки; восстанавливает резервуарную функцию ФО желудка; обеспечивает порционное поступление пищевых масс в АО желудка, предотвращая его перегрузку.

При манометрическом исследовании мигрирующего моторного комплекса (ММК) оперированного

Продолжительность фаз моторного комплекса у лиц контрольной группы и пациентов в послеоперационном периоде (M±m)

Показатели	Контрольная группа, n=20	1-я группа			2-я группа		
		1 год, n=20	2–5 лет, n=18	5–10 лет, n=20	1 год, n=15	2–5 лет, n=13	5–10 лет, n=10
ММК, мин	85,4±5,4	105±6,9*	107±8,6*	105±7,6*	99±2,5*	100±2,8*	102±2,3*
I фаза покоя	48,1±3,8	32±8,1*	31±6,2*	32±4,7*	35±4,1*	34±3,1*	36±2,1*
II фаза	ФО	-	36±6,4	36±2,4	34±7,5	37±5,4	38±4,7
	АО	26,7±4,4	40±3,5*	41±4,3*	40±2,5*	41±5,1*	42±2,3*
III фаза	ФО	-	2±0,5	2±0,7	2±0,4	2,3±0,7	2,3±0,5
	АО	2,1±1,9	2,6±0,4	2,5±0,5	2,6±0,3	2,9±0,5	2,9±0,2
Покой/активность	1,5±0,1	1,1±0,1*	1,0±0,2*	1,1±0,1*	1,2±0,1*	1,1±0,1*	1,2±0,1*
ПМ, чел/%	20 (100%)	14 (70%)*	14 (77,7%)*	15 (75%)*	12 (80,0%)	11 (84,6%)*	8 (80%)*

Примечание: * – отмечены достоверные отличия от показателей здоровых лиц ($p < 0,05$), ФО – фундальный отдел желудка; АО – антральный отдел желудка, II фаза – неритмической активности, III фаза – ритмической активности, покой/активность – соотношение фаз покоя и активности, ММК – мигрирующий моторный комплекс, ПМ – периодичность моторики.

желудка периодичность обнаружена у большинства пациентов: у 70–75% в 1-й группе и 86,7–80% во 2-й группе соответственно по периодам наблюдения после операции (табл. 2).

Анализ полученных результатов показал, что у обследованных лиц после ГП по В. И. Оноприеву достоверно укорочен период покоя, удлинена фаза неритмической активности и уменьшено соотношение фаз покоя и активности по сравнению с группой контроля.

Трансформация временных параметров при сохранении периодичности ММК, по-видимому, связана с нарушением вагусной иннервации оперированного желудка, что подтверждается исследованиями других авторов [17].

У 53,4% (31 чел.) пациентов 1-й группы и 73,9% (17 чел.) больных 2-й группы после ГП по В. И. Оноприеву отмечалось увеличение амплитуды сокращений ФО желудка, что связано с увеличением его пропульсивной активности, необходимым для продвижения пищевых масс через ГГА. Это явление было обнаружено у пациентов с порционной эвакуацией бариевой взвеси при рентгенологическом исследовании и свидетельствовало о тенденции восстановления рецептивной релаксации ФО желудка в послеоперационном периоде.

Признаки перегрузки АО оперированного желудка зарегистрированы через 2–5 лет после операции у 3 (6,8%) больных 1-й группы в виде ослабления моторной активности со снижением амплитуды сокращений до 30 мм рт. ст. и увеличения частоты моторных волн до 3 в мин. При эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях у пациентов отмечались расширение желудочной трубки и увеличение в размерах АО желудка.

Таким образом, детальный анализ отдаленных результатов органосохраняющего оперативного лечения позволил выявить недостатки используемых хирургических технологий и предложить оптимальный способ лечения ТЯЖ с минимальной частотой развития послеоперационных патологических синдромов – ГП с формированием КАС из петли тощей кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И., Кононов А. В., Мозговой С. И. Новая классификация хронического гастрита // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов. – Самара, 2009. – Т. 1. – С. 5–8.
2. Бураков И. И. Результаты долгосрочного наблюдения за больными язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, после эрадикации микроорганизма // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 3. – С. 45–48.
3. Власов А. П., Кукош М. В., Сараев В. В., Степанов Ю. П. Резекционная хирургия желудка. – Нижний Новгород, 2005. – 357 с.
4. Гурин Н. Н., Логунов К. В., Дмитриченко В. В. и др. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка // Вестн. хир. – 1999. – № 1. – С. 17–19.
5. Жерлов Г. К., Кошель А. П. и др. Анализ ближайших и отдаленных результатов органосохраняющих и органомоделирующих операций в хирургии гастродуоденальных язв // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 35.
6. Зайцев О. В., Тарасенко С. В., Копейкин А. А. К вопросу о тактике при острых желудочно-кишечных кровотечениях // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 176.
7. Калиш Ю. И., Турсуметов А. А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2009. – № 6. – С. 27–30.
8. Комаров Б. Д., Чекмазов И. А., Гришин С. Г., Суворов А. Н. Хирургическое лечение длительно не рубцующихся язв желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 3. – С. 72–74.
9. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
10. Лобанков В. М. Язвенная болезнь: концепция популяционной хирургической активности // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – № 3. – С. 29–39.
11. Логунов К. В., Пахомов Е. А. Ранние формы рака и малигнизация язвенных поражений слизистой оболочки желудка // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2010. – Т. 5. № 2. – С. 29–32.

12. Маев И. В., Казюлин А. Н., Дичева Д. Т., Бурагина Т. А. Факторы риска развития и лечение трудноулучшающихся язв желудка и 12-перстной кишки // Фарматека. – 2010. – № 15. – С. 39–43.

13. Наумов В. Ф., Габдраупова С. Р., Тимошенко Р. О. Адекватная коррекция функциональных структур желудка в хирургии язвенной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 3. – С. 76–84.

14. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар, 1995. – 295 с.

15. Оноприев В. И., Уваров И. Б., Токаренко О. С., Серикова С. Н. Способ сегментарной гастропластики при хирургическом лечении язвенной болезни желудка // Патентный бюллетень. – 2006. – № 18. Ч. 2. – С. 8–10.

16. Соколова Г. Н., Потапова В. Б. Клинико-патогенетические аспекты язвенной болезни желудка. – М.: Анахарсис. – 2009. – 328 с.

17. Черноусов А. Ф., Шестаков А. Л. Селективная проксимальная ваготомия. – М.: изд-во АТ, 2001. – 158 с.

18. Dixon M., Genta R., Vardley I. et al. Classification and grading of gastritis // Am. j. surg. patol. – 1996. – Vol. 20. – P. 1161–1181.

19. Lanis A., Remacha B., Sainz R., Hirschowitz B. Study of outcome after targeted intervention for peptic ulcer resistant to acid suppression therapy // Am. j. gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P. 513–519.

20. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C. et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding // Scand. j. gastroenterol. – 2005. – V. 40. № 8. – P. 914–920.

21. Rollan A., Giancaspero R., Fuster F. et al. The long-term reinfection rate and the course of duodenal ulcer disease after eradication of *Helicobacter pylori* in a developing country // Am. j. gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P. 50–56.

Поступила 15.05.2013

Д. В. ЕЛИН

ОБОСНОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Россия, 127473, г. Москва, ул. Десятская, 20/1, тел. (495) 621-89-43. E-mail: orgzdrav@inbox.ru

В работе проведен ретроспективный анализ случаев скоропостижной смерти, исследованных бюро судебно-медицинской экспертизы Москвы. Количество случаев скоропостижной смерти, по данным бюро, за 3-летний период составило 78 134. Выборочный анализ 800 случаев скоропостижной смерти показал преобладание мужчин (63%) и лиц двух возрастных групп (40–59 лет – 39%, старше 60 лет – 57,5%). Ведущими причинами случаев скоропостижной смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы (93%). В амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства среди лиц, скончавшихся скоропостижно, наблюдались 680 человек, не наблюдались 120 человек. Частота расхождения патологоанатомического и поликлинического диагнозов составляет 45,1%.

Ключевые слова: качество, скоропостижная смерть.

D. V. ELIN

GROUND FOR AN INTERACTION BETWEEN FORENSIC SERVICE AND OUTPATIENT HOSPITAL

Department of public health Moscow state university of medicine and dentistry, Russia, 127473, Moscow, Delegatskaya str. 20/1, tel. (495) 621-89-43. E-mail: orgzdrav@inbox.ru

In this retrospective descriptive study we report the frequency and main causes of sudden non-violent deaths in Moscow over 3-year period. Frequency of sudden non-violent death is 78 134 cases. Males were 63,0% of cases. The incidence of sudden death was highest in the 2 age extremes (39% were 40–59 year old and 57,5% were elderly). The most important direct causes of sudden death were cardiovascular diseases (93%). The outpatient medical records were retrospectively investigated and showed 15% of them were filled in the course of pronouncement of death. A divergence in diagnosis occurred in 45,1% of cases.

Key words: quality, sudden non-violent death.

Введение

Совершенствование качества первичной медико-санитарной помощи остается актуальной задачей, стоящей перед системой здравоохранения Российской Федерации. Одним из направлений контроля качества медицинской помощи является определение показателей качества деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, позволяющих оценивать деятельность непосредственно медицинских работников [1, 2, 3]. Судебно-медицинская экспертиза в качестве инструмента контроля качества медицинской помощи не

вызывает сомнения [4]. Анализ причин дефектов оказания медицинской помощи давно отнесен к компетенции судебно-медицинской службы [5]. Судебно-медицинская экспертиза широко применяется для обнаружения недостатков диагностики и лечения в условиях стационара [6]. Использование судебно-медицинской экспертизы с целью контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях реализовано только в ряде субъектов России [7, 8]. Данный пробел обусловлен отсутствием прямого механизма взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ)