

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Духанина И.В.¹, Багателия З.А.²

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва; irdukhanina@yandex.ru

²Городская клиническая больница им. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва; zurabbaga@yandex.ru

Оказание ургентной хирургической помощи пациентам с неотложными заболеваниями органов брюшной полости является одним из приоритетных направлений деятельности многопрофильных больниц крупных городов. Планирование объемов и видов медицинской помощи традиционно базируется на результатах анализа хирургической помощи, оказанной в предшествующие периоды деятельности лечебно-профилактических учреждений. Именно поэтому анализ летальности при оказании ургентной хирургической помощи больным в крупном мегаполисе представляет закономерный научно-практический интерес. Из результатов проведенного анализа следует, что показатель послеоперационной летальности возрастал по мере удлинения интервала времени от острого начала заболевания.

Ключевые слова: ургентная хирургическая помощь, заболевания органов брюшной полости.

ANALYSIS OF MORTALITY IN URGENT SURGICAL CARE FOR PATIENTS WITH DISEASES OF ABDOMINAL CAVITY ORGANS

Dukhanina I.V.¹, Bagatelle Z.A.²

¹Moscow state medical dental University by A. I. Evdokimov of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow; irdukhanina@yandex.ru

²City clinical hospital by Botkin of the healthcare Department of Moscow city, Moscow; zurabbaga@yandex.ru

The provision of emergency surgical care to patients with urgent diseases of the abdominal cavity is one of the priority activities of the General hospitals in large cities. Planning volumes and types of medical care is traditionally based on the results of the analysis of surgical care provided in previous periods of activity of medical organization. That is why the analysis of mortality in the provision of emergency surgical care to patients in a large Metropolitan area is a natural scientific and practical interest. From the analysis, it follows that the postoperative mortality indicator increases as the length of the time interval from the acute onset of the disease.

Keywords: urgent surgical care, diseases of the organs of the abdominal cavity.

В настоящее время в Российской Федерации, как и во всем мире, наблюдается активное и динамичное развитие медицинской помощи различного профиля. Это в полной мере относится и к современной хирургии, где отмечается внедрение новых методов диагностики и лечения, а также организационных и управленческих технологий. Такое положение дел обусловлено расширением клинических возможностей специальности, ориентированной, в первую очередь, на снижение травматичности хирургического вмешательства и, как следствие, на повышение его медико-социальной эффективности [3, с. 1-3; 4, с. 4-10; 5, с.311-317].

Для масштабного решения обозначенных проблем активно популяризируются малоинвазивные и малотравматичные операции, позволяющие добиваться максимального клинического результата, в том числе в стационар-замещающих условиях [1, с. 5-6; 2, с. 54].

Планирование объемов и видов медицинской помощи традиционно базируется на

результатах анализа хирургической помощи, оказанной в предшествующие периоды деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Именно поэтому анализ ургентной хирургической помощи, оказываемой в мегаполисе при заболеваниях органов брюшной полости, представляет закономерный научно-практический интерес.

Организация, материал и методы исследования

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении (ГБОУ) высшего профессионального образования (ВПО) «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Базой исследования стали хирургические отделения Городской клинической больницы (ГКБ) им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ). Оснащение и расположение клинической базы исследования позволяло решать поставленные задачи.

Исследование проведено в несколько этапов. Так, в частности, проведен анализ численности пролеченных больных в динамике за 2010–2012 гг., а также анализ летальности при оказании хирургической помощи в многопрофильной больнице в условиях мегаполиса. Источниками информации для исследования стала первичная медицинская документация, сводные отчеты хирургических отделений ГКБ им. Боткина ДЗМ.

Основными методами исследования на данном этапе стали ретроспективный анализ, выкопировка данных, статистический и расчётно-аналитический методы. Всего проанализированы 5783 медицинские карты стационарного больного, содержащие клинические данные об оказании ургентной хирургической помощи.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на IBMPC по программе Microsoft Excel-XP, STATISTICA – 10.

Собственные результаты исследования

Общая численность контингентов ургентной хирургической помощи в базовом ЛПУ последовательно в 2010–2012 гг. возрастала.

Так, в 2010 г. численность контингентов составляла 1764 чел., в 2011 г. увеличилась до 1943 чел., а в 2012 г. достигла максимума – 2076 чел. Темп роста численности контингентов в 2011 г. составил 110,15 %, а в 2012 г. – 106,85 %.

В 2010 году контингенты обслуживания в порядке убывания численности расположились следующим образом: острый панкреатит – $39,85 \pm 0,94$ %, острый холецистит – $23,02 \pm 0,54$ %, острый аппендицит – $20,98 \pm 0,48$ %, ущемленная грыжа – $10,03 \pm 0,23$ %, желудочно-кишечные кровотечения – $3,46 \pm 0,07$ %, перфоративная язва – $1,47 \pm 0,02$ %, острая кишечная непроходимость – $1,19 \pm 0,01$ %.

В 2011 году структура контингентов обслуживания была такова: острый панкреатит –

28,72±0,64 %, острый холецистит – 27,07±0,60 %, острый аппендицит – 25,84±0,57 %, ущемленная грыжа – 11,68±0,25 %, желудочно-кишечные кровотечения – 4,84±0,10 %, перфоративная язва –1,03±0,01 %, острая кишечная непроходимость – 0,82±0,01 %.

В 2012 году контингенты обслуживания в порядке убывания численности расположились следующим образом: острый панкреатит – 31,50±0,67 %, острый холецистит – 24,52±0,53 %, острый аппендицит – 22,54±0,48 %, ущемленная грыжа – 14,74±0,31 %, желудочно-кишечные кровотечения – 3,61±0,07 %, перфоративная язва – 1,45±0,02 %, острая кишечная непроходимость –1,64±0,02 (таблица 1).

Таблица 1

Динамика численности контингентов urgentной хирургической помощи, 2010–2012

	2010		2011		2012	
	Число больных	Темп роста, %	Число больных	Темп роста, %	Число больных	Темп роста, %
Острый панкреатит	703		558	79,37	654	117,20
Острый холецистит	406		526	129,56	509	96,77
Острый аппендицит	370		502	135,66	468	93,23
Ущемленная грыжа	177		227	128,25	306	134,80
Желудочно-кишечные кровотечения	61		94	154,10	75	79,79
Перфоративная язва	26		20	76,92	30	150,00
Острая кишечная непроходимость	21		16	76,19	34	212,50
Всего	1764		1943	110,15	2076	106,85

В результате исследования установлено, что на фоне увеличения численности контингентов хирургических больных за трехлетний период наблюдения (2010–2012) показатели общей и послеоперационной летальности при неотложных заболеваниях органов брюшной полости претерпели изменения (таблица 2).

Таблица 2

Количество больных, общая и послеоперационная летальность в неотложной хирургии

Показатели	2010		2011		2012	
	Абс.	Доля, %	Абс.	Доля, %	Абс.	Доля, %
Острая кишечная непроходимость						
Количество больных	21	100,0	16	100,0	34	100,0
Общая летальность	2	2 из 21	2	2 из 16	3	3 из 34
Оперировано	12	12 из 21	8	8 из 16	25	25 из 34

Послеоперационная летальность	2	2 из 12	2	2 из 8	2	2 из 25
-------------------------------	---	---------	---	--------	---	---------

Продолжение таблицы

Показатели	2010		2011		2012	
	Абс.	Доля, %	Абс.	Доля, %	Абс.	Доля, %
Острый аппендицит						
Количество больных	370	100,0	502	100,0	468	100,0
Общая летальность	0	0	4	0,80±0,02	1	0,21±0,01
Оперировано	369	99,73±5,16	501	99,80±4,43	468	100,0
Послеоперационная летальность	0	0	3	0,60±0,03	1	0,21±0,01
Желудочно-кишечные кровотечения						
Количество больных	61	100,0	94	100,0	75	100,0
Общая летальность	5	8,20±0,99	6	6,38±0,60	3	4,00±0,40
Оперировано	6	9,84±1,19	21	22,34±2,25	7	9,33±1,02
Послеоперационная летальность	2	2 из 6	3	3 из 21	1	1 из 7
Перфоративная язва						
Количество больных	26	100,0	20	100,0	30	100,0
Общая летальность	4	4 из 26	2	2 из 20	3	3 из 30
Оперировано	26	100,0	20	100,0	29	29 из 30
Послеоперационная летальность	4	4 из 26	2	2 из 20	2	2 из 29
Ущемленная грыжа						
Количество больных	177	100,0	227	100,0	306	100,0
Общая летальность	0	0	2	0,88±0,05	2	0,65±0,03
Оперировано	164	100,0	210	92,51±6,11	271	88,56±5,03
Послеоперационная летальность	0	0	2	0,95±0,07	2	0,74±0,04
Острый холецистит						
Количество больных	406	100,0	526	100,0	509	100,0
Общая летальность	1	0,25±0,01	2	0,38±0,02	2	0,39±0,02
Оперировано	266	65,52±3,99	318	60,46±2,61	320	62,87±2,76
Послеоперационная летальность	1	0,38±0,02	2	0,63±0,08	2	0,63±0,08
Острый панкреатит						
Количество больных	703	100,0	558	100,0	654	100,0
Общая летальность	8	1,14±0,02	16	2,87±0,10	8	1,22±0,02
Оперировано	44	6,26±0,22	42	7,53±0,30	39	5,96±0,21
Послеоперационная летальность	7	7 из 44	10	10 из 42	6	6 из 39

В структуре случаев летальных исходов превалировала доля острого панкреатита $42,11 \pm 4,77$ %, далее по нисходящей следовали желудочно-кишечные кровотечения $18,42 \pm 2,05$ %, перфоративная язва $11,84 \pm 1,30$ %, острая кишечная непроходимость $9,21 \pm 1,00$ %, острый аппендицит и острый холецистит – по $6,58 \pm 0,70$ % и ущемленная грыжа $5,26 \pm 0,54$ %.

Было также установлено, что увеличение показателя летальных исходов происходило при трех заболеваниях: острая кишечная непроходимость, ущемленная грыжа и острый холецистит. Так, при острой кишечной непроходимости показатель в 2010 г. составлял $10,00 \pm 2,12$ %, в 2011 – $5,88 \pm 0,92$ %, а в 2012 г. – $13,64 \pm 2,80$ %. При ущемленной грыже в 2010 г. летальные исходы отсутствовали (0,00 %), в 2011 г. показатель составил $5,88 \pm 0,92$ %, а в 2012 г. увеличился до $9,09 \pm 1,83$ %. При остром холецистите показатель в 2010 г. составлял $5,00 \pm 1,00$ %, в 2011 – $5,88 \pm 0,92$ %, а в 2012 г. достиг максимума – $9,09 \pm 1,83$ %.

При таких urgentных ситуациях, как желудочно-кишечные кровотечения, перфоративная язва и острый панкреатит, наоборот, удалось достигнуть снижения показателя числа летальных исходов за три года наблюдения (таблица 3).

Таблица 3

Динамика структуры случаев летальных исходов (2010–2012) при оказании urgentной хирургической помощи

Показатели	2010	2011	2012
	Доля, %		
Острая кишечная непроходимость	$10,00 \pm 2,12$	$5,88 \pm 0,92$	$13,64 \pm 2,80$
Острый аппендицит	0,00	$11,76 \pm 1,93$	$4,55 \pm 0,86$
Желудочно-кишечные кровотечения	$25,00 \pm 5,48$	$17,65 \pm 2,94$	$13,64 \pm 2,80$
Перфоративная язва	$20,00 \pm 4,36$	$5,88 \pm 0,92$	$13,64 \pm 2,80$
Ущемленная грыжа	0,00	$5,88 \pm 0,92$	$9,09 \pm 1,83$
Острый холецистит	$5,00 \pm 1,00$	$5,88 \pm 0,92$	$9,09 \pm 1,83$
Острый панкреатит	$40,00 \pm 8,83$	$47,07 \pm 7,99$	$36,35 \pm 7,64$
Всего	100,0	100,0	100,0

Так, при желудочно-кишечных кровотечениях показатель в 2010 г. составлял $25,00 \pm 5,48$ %, в 2011 снизился до $17,65 \pm 2,94$ %, а в 2012 г. достиг минимума – $13,64 \pm 2,80$ %. При перфоративной язве в 2010 г. показатель составлял $20,00 \pm 4,36$ %, в 2011 г. – $5,88 \pm 0,92$ %, а в 2012 г. – $13,64 \pm 2,80$ %. При остром панкреатите показатель в 2010 г. составлял $40,00 \pm 8,83$ %, в 2011 г. увеличился до $47,07 \pm 7,99$ %, а в 2012 г. достиг минимума за весь трехлетний период наблюдения и составил $36,35 \pm 7,64$ %.

За обсуждаемый трехлетний период (2010–2012) в структуре случаев летальных

исходов в послеоперационном периоде превалировала доля острого панкреатита $41,08 \pm 5,42$ % ($42,11 \pm 4,77$ % в общей структуре летальных исходов при оперативном и консервативном лечении), далее по нисходящей следовали перфоративная язва $14,29 \pm 1,84$ % ($11,84 \pm 1,30$ % в общей структуре), острая кишечная непроходимость $10,71 \pm 1,36$ % ($9,21 \pm 1,00$ %), желудочно-кишечные кровотечения $10,71 \pm 1,36$ % ($18,42 \pm 2,05$ %), острый холецистит $8,93 \pm 1,12$ % ($6,58 \pm 0,70$ %), острый аппендицит $7,14 \pm 0,88$ % ($6,58 \pm 0,70$ %) и ущемленная грыжа $7,14 \pm 0,88$ % ($5,26 \pm 0,54$ %).

В целом ургентная хирургическая помощь в 2010–2012 гг. была оказана 5783 больным, около половины из которых ($50,84 \pm 0,66$ %) госпитализировались через 1 сутки и позже от острого начала заболевания. При этом показатель общей летальности в целом по всем случаям госпитализации ($n=5783$) и случаям поздней госпитализации ($n=2940$) существенно не отличался, составляя соответственно $1,31 \pm 0,01$ % и $1,33 \pm 0,01$ %. Однако показатель послеоперационной летальности увеличивался по мере удлинения интервала времени от острого начала заболевания и составил $1,77 \pm 0,02$ % в целом по всем случаям госпитализации и $2,24 \pm 0,04$ % при поздней госпитализации больных.

При таких заболеваниях, как острая кишечная непроходимость (К 56), желудочно-кишечные кровотечения (К 92), острый холецистит (К 81) и острый панкреатит (К 85) в большинстве случаев отмечена поздняя госпитализация (через 1 сутки и позже) от начала заболевания – соответственно $52,11 \pm 6,12$ %, $54,78 \pm 3,58$ %, $58,92 \pm 1,54$ %, $59,84 \pm 1,36$ % всех случаев госпитализации.

Таким образом, показатель летальности при оказании ургентной хирургической помощи при заболеваниях органов брюшной полости дифференцируется в зависимости от патологии, выбора метода лечения и сроков госпитализации больных. При таких заболеваниях, как острая кишечная непроходимость (К 56), желудочно-кишечные кровотечения (К 92), острый холецистит (К 81) и острый панкреатит (К 85) в большинстве случаев наблюдается поздняя госпитализация – соответственно $52,11 \pm 6,12$ %, $54,78 \pm 3,58$ %, $58,92 \pm 1,54$ %, $59,84 \pm 1,36$ % всех случаев госпитализации. Показатель летальности по мере удлинения интервала времени от начала заболевания до момента госпитализации увеличивается при острой кишечной непроходимости и остром холецистите, составляя соответственно $9,86 \pm 1,11$ % и 5 из 37; $0,35 \pm 0,01$ % и $0,47 \pm 0,01$ %. Летальность при оперативном лечении при этих заболеваниях также увеличивается, составляя соответственно 6 из 45 в общем без учета методики лечения и 4 из 22 при оперативном лечении, а также $0,55 \pm 0,01$ % и $0,73 \pm 0,01$ %. В целом при оказании ургентной хирургической помощи показатель послеоперационной летальности также увеличивается по мере удлинения интервала времени от острого начала заболевания до момента госпитализации и составляет

1,77±0,02 % в целом по всем случаям госпитализации и 2,24±0,04 % при поздней госпитализации больных.

Список использованной литературы

1. Байда Б.Д. Пути интенсификации использования хирургических коек / Б.Д. Байда, К.А. Полякова, Н.П. Лиховид // XVI съезд хирургов Украинской ССР: Тез. докл. – Киев, 1988. – С.5-6.
2. Сажин В.П. Медико-социальные аспекты применения лапароскопических операций в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.П. Сажин, В.П. Жаболенко, А.В. Сажин, А.И. Челидзе // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 2. – С. 54.
3. Фокин Ю.Н. Основные направления совершенствования квалифицированной и неотложной специализированной помощи в вооруженном конфликте: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 271 с.
4. Чиж И.М. Организационные аспекты специализированной медицинской помощи военнослужащим / И.М. Чиж // Воен.-мед. журн. – 1999. – № 3. – С. 4-10.
5. Meinero A. Metabolic Responses to Cholecystectomy: Open vs Laparoscopic Approach II / A. Meinero et al. // J. of Lap. Surg. 1994. – Vol. 4. – № 5. – P. 311-317.

Рецензенты:

Гуревич К.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва;

Зими́на Э.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», г. Москва.