

# Лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в Москве

Сводные статистические данные, касающиеся оказания этого вида медицинской помощи специалистами столичных ЛПУ, представил главный специалист хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, почетный директор НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, заведующий кафедрой хирургии РМАПО, чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор А.С. Ермолов.



Стационарная хирургическая помощь взрослому населению Москвы с заболеваниями всех хирургических профилей осуществляется в 57 лечебных учреждениях города (4 296 коек). В 42 из них экстренная помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями грудной и брюшной полости оказывается круглосуточно. Вопросы улучшения качества оказания помощи больным уделяется постоянное внимание со стороны Департамента здравоохранения г. Москвы. ЛПУ Москвы в своей работе руководствуются утвержденными директивами: стандартами стационарной помощи и инструкциями, введенными приказами Департамента здравоохранения г. Москвы № 181 «Инструкция по диагностике и лечению острых заболеваний органов брюшной полости» от 22.04.2005 г. и № 320 «О единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в ЛПУ

Департамента здравоохранения г. Москвы» от 13.04.2011 г.

Практически все столичные ЛПУ являются клиническими базами 27 хирургических кафедр медицинских вузов и отделов медицинских НИИ.

## Итоги последних пяти лет

Проведен анализ результатов экстренной хирургической помощи за 5 лет (с 2008 по 2012 г.) и отдельно за прошедший 2012 г. по 7 основным абдоминальным нозологиям, перечень которых определен вышеупомянутым приказом № 320: это острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, перфоративная гастродуоденальная язва, гастродуоденальное кровотечение, ущемленная грыжа, острый холецистит и острый панкреатит.

Структура экстренных абдоминальных нозологий за 5 лет: острый аппендицит составил 29,3% от общего числа больных, острый панкреатит – 25%, острый холецистит – 23,6%, гастродуоденальное кровотечение – 7,3%, ущемленная грыжа – 6,2%, острая кишечная непроходимость – 5,6%, прободная язва – 2,9%.

Основным критерием качества хирургической службы в целом и каждого из стационаров в частности мы считаем общую послеоперационную летальность при каждой экстренной хирургической патологии органов брюшной полости. При обработке статистической информации использован материал Городского бюро медицинской статистики и ежегодных годовых отчетов заместителей главных врачей по хирургии ЛПУ города, представляемых

в организационно-методический отдел по хирургии. В таблице 1 приведены сведения о количестве больных по каждой из вышеуказанных нозологий, в том числе оперированных и неоперированных, а также рассчитан показатель летальности в этих группах за 5-летний период (2008–2012 гг.).

Из большего количества госпитализированных с острой хирургической патологией органов брюшной полости за 5-летний период пролечено 245 430 пациентов. Из них умерло 3 902. Количество умерших пациентов уменьшилось с 1 015 в 2008 г. до 672 в 2012 г. Общая летальность за 5 лет составила 1,6%. Этот показатель снизился на 0,6% за пятилетку (с 2% в 2008 г. до 1,4% в 2012 г.). Положительная динамика снижения общей летальности за последние 5 лет отмечена при острой кишечной непроходимости (2%), перфоративной язве (3,2%), гастродуоденальных

кровотечениях (2,3%), ущемленной грыже (0,6%), остром холецистите (0,2%), остром панкреатите (0,8%). При остром аппендиците отмечено повышение общей летальности в 2012 г. на 0,02%.

За 5 лет было оперировано 137 980 пациентов. Оперативная активность – 57,6%. Летальный исход наступил в 2 400 случаях наблюдений. Послеоперационная летальность за указанный период снизилась на 0,8% (с 2,2% в 2008 г. до 1,4% в 2012 г.) и в среднем составила 1,7%.

В таблице 2 отражены количество больных, сроки их поступления и показатели летальности за 2012 г. Больных, госпитализированных в сроки свыше суток от начала заболевания (поздняя госпитализация) – 39,3%. В группе больных с поздней госпитализацией летальность составила 1,9% – почти в 2 раза выше, чем летальность больных со сроком госпитализации до суток (1%).



Таблица 1. Сводная статистика экстренных абдоминальных нозологий по Москве (2008-2012 гг.)

Нозология	Всего			Неоперированные			Оперированные		
	Поступило	Умерло	Летальность (%)	Поступило	Умерло	Летальность (%)	Поступило	Умерло	Летальность (%)
Ущемленная грыжа	15 737	201	1,28	1 471	15	1,02	14 266	186	1,3
Острая кишечная непроходимость	14 244	337	2,65	7 306	39	0,53	6 972	338	4,87
Острый аппендицит	73 885	64	0,09	1 074	2	0,19	72 827	55	0,08
Перфоративная язва	7 262	488	6,72	125	125	100	7 137	363	5,09
Гастродуоденальное кровотечение	18 446	676	3,66	15 664	437	2,79	2 782	239	8,59
Острый холецистит	59 549	258	0,43	26 967	49	0,18	32 578	215	0,66
Острый панкреатит	63 173	1 878	2,97	56 048	854	1,25	7 125	1 028	14,4
Итого	252 296	3 942	1,56	108 655	1 521	1,4	143 653	2 424	1,69

### Ущемленная грыжа

За период 2008–2012 гг. с диагнозом «ущемленная грыжа» было госпитализировано 15 737 пациентов. В поздние сроки от момента заболевания поступило 25,9% больных, умер 201. Средние показатели общей летальности – 1,3%. За 5 лет общая летальность уменьшилась на 0,6% (с 1,6 до 1%). Не был оперирован 1 471 пациент (9,3%), из них умерло 15. Летальность в этой группе составила 1%.

За анализируемый период по поводу ущемленной грыжи были прооперированы 14 266 пациентов. Летальность после операции составила 1,3%. Оперативная активность за 5 лет – 90,7%.

В 2012 г. с диагнозом «ущемленная грыжа» госпитализировано 2 995 человек, умерло 30 больных. Общая летальность составила 1%. В первые сутки от начала заболевания госпитализировано 2 168 больных (летальность – 0,5%). При поздней госпитализации летальность значительно выше – 2,3%. Не были оперированы 238 пациентов, из них умерло 5 больных (летальность – 2,1%).

За прошедший год были оперированы 2 757 пациентов. Оперативная активность составила 92%, летальность – 0,9%. В первые сутки от начала заболевания оперативное вмешательство было проведено 1 985 больным (72%). Летальность составила менее 0,5%. Умерло 9 больных.

Среди оперированных в сроки поступления в стационар более 24 часов летальность достигла 2,1%. При ущемленной грыже в 5 ЛПУ послеоперационная летальность не превышает среднюю летальность по городу, а в 32 ЛПУ вообще отсутствует. В остальных хирургических стационарах послеоперационная летальность превышает средние городские показатели. 55% летальных исходов относятся к случаям больших пупочных и вентральных грыж с поздними сроками госпитализации и хирургического вмешательства.

### Острая кишечная непроходимость

За 5 лет с диагнозом «острая кишечная непроходимость» в стационары г. Москвы поступило 14 244 пациента. Умерло 377 больных. Общая



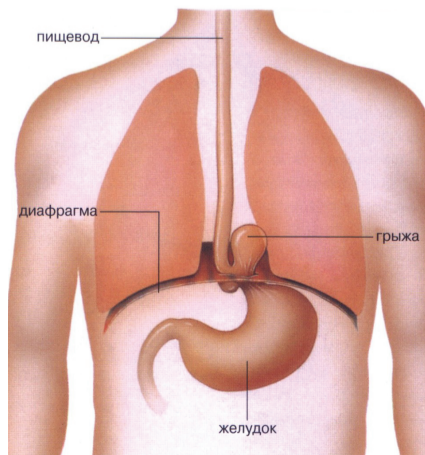
летальность составила 2,6%. В группе неоперированных больных – 7 306 человек (51,3%), летальность – 0,5%. В поздние сроки от начала заболевания в стационары госпитализировано более 50% пациентов. За 5 лет динамика общей летальности снизилась на 2%: в 2008 г. – 3,9%, в 2012 г. – 1,9%. По поводу острой кишечной непроходимости за анализируемые 5 лет оперировано 6 938 больных, среднее значение послеоперационной летальности составило 4,9%. В первые сутки от начала заболевания поступило 51,9% пациентов, летальность в этой группе составила 3,2%, при поздних сроках госпитализации – 5,9%.

В снижении показателей общей послеоперационной летальности в период 2008–2012 гг. первостепенное значение имеет комплексный подход к лечению данной патологии, регламентированный инструкциями и утвержденными для применения

в ЛПУ столицы приказами Департамента здравоохранения г. Москвы.

Средняя оперативная активность за 5 лет составила 48,7%. Она снизилась за этот период с 54,2% в 2008 г. до 43% в 2012 г. В стационарах с невысокой оперативной активностью при консервативном разрешении кишечной непроходимости показатели общей летальности в подавляющем большинстве ЛПУ были либо ниже, либо равны среднегородским.

В 2012 г. по поводу острой кишечной непроходимости в стационарах Москвы проведено лечение 2 863 больных, умерло 53 пациента. Общая летальность составила 1,9%. Из госпитализированных больных в первые сутки (1 612) летальность составила 1,4%. В поздние сроки поступил 1 251 пациент, летальность была значительно выше и составила 2,5%. Не были оперированы 1 633 пациента, из них умерло 7, летальность в этой группе составила 0,4%.



### Острый аппендицит

Острый аппендицит по-прежнему стоит на первом месте среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. За 5 лет в хирургических стационарах Москвы с диагнозом «острый аппендицит» находилось на лечении 73 875 пациентов. В поздние сроки от начала заболевания госпитализировано 30,9% пациентов. За указанный период времени умерло 64 больных (общая летальность – 0,09%). Не были оперированы 1 074 пациента. Большею частью из них был установлен диагноз «аппендикулярный инфильтрат», проведено консервативное лечение, больные были выписаны для амбулаторного долечивания, даны рекомендации провести плановое альтернативное лечение. Из 1 074 больных, лечившихся консервативно, умерло 2 пациента, летальность составила 0,19%.

После операции за 5 лет умерло 64 пациента (0,09%). В группе оперированных в ранние сроки (до 24 часов от начала заболевания) летальность составила 0,1%, в более поздние сроки – 0,2%. Хирургическая активность за эти годы составила 98,6%: с 98,7% в 2008 г. снизилась до 98,5% в 2012 г.

По итогам 2012 г. в хирургические стационары города с диагнозом «острый аппендицит» госпитализировано 12 889 пациентов, умерло 14 больных. Все умершие были оперированы. Общая послеоперационная летальность составила 0,11%.

### Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

За период 2008–2012 гг. в ЛПУ города с диагнозом «перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки» лечилось 7 262 больных. Умерло





488 пациентов (летальность – 6,7%). За 5 лет не были оперированы 125 пациентов. Летальность неоперированных больных с прободной язвой в городе по-прежнему составляет 100%. В поздние сроки от момента заболевания госпитализировано 21,3% больных. Отмечалась динамика снижения на 3,2% общей летальности за 5 лет и снижения с 8,8% в 2008 г. до 5,6% в 2012 г. Из общего количества госпитализированных 7 137 были оперированы 98,3%. Послеоперационная летальность составила 5,1%.

Суммарная послеоперационная летальность (в зависимости от сроков госпитализации) снизилась с 7% в 2008 г. до 4,4% в 2012 г. В ЛПУ города поступил 1 401 больной с диагнозом «перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки». Умерло 78 больных (общая летальность – 5,6%). Не были оперированы 17 больных.

Причины непроведения хирургических вмешательств данным больным требуют дополнительного детального анализа. Большинство пациентов госпитализированы в непрофильные отделения и не были осмотрены хирургом. Всего в 2012 г. с перфоративной язвой было оперировано 1 384 больных (хирургическая активность – 98,8%). Умер 61 больной, послеоперационная летальность составила 4,4%. В сроки

до 24 часов от начала заболевания было оперировано 1 127 больных (82,1% от общего количества оперируемых). Летальность в этой группе составила 2,6%. В поздние сроки было оперировано 257 пациентов (17,9%). Летальность в этой группе почти в 5 раз выше – 12,5%.

Следует отметить, что число поздних госпитализаций и соответственно позднего выполнения хирургического вмешательства за анализируемые годы остается достаточно большим. Причинами несвоевременного выполнения операций служат атипичная картина заболевания, неправильная интерпретация данного обследования и отсутствие динамического контроля за состоянием госпитализированного пациента, трудности диагностики, обусловленные наличием сопутствующих заболеваний (в основном у пациентов старших возрастных групп).

### Гастродуоденальное язвенное кровотечение

За прошедший 5-летний период по поводу гастродуоденальных язвенных кровотечений в Москве лечилось 18 446 пациентов. Умерли 676 человек, летальность составила 3,7%. Не были оперированы 15 664 пациента (84,9%). Летальность в этой группе – 2,8%. Оперативная активность составила 15,1%.

За указанный период отмечен рост общего числа госпитализированных больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Общая летальность снизилась на 2,3% (с 5,3 до 3%). Это объясняется выполнением большинством ЛПУ хирургического профиля инструкций, утвержденных приказами №№ 181 и 320, активным

оперированных по поводу гастродуоденальных кровотечений, умерло 36 человек (6,3%). Оперативная активность составила 13,9%, значительно отличаясь по стационарам. Последовательно использовались регламентированные приказом Департамента здравоохранения г. Москвы методики лечения гастродуоденальных кровотечений: эндоскопия, адекватная гемостатическая терапия, применялись ингибиторы протонной помпы. Это, несомненно, способствовало улучшению результатов.

### Острый холецистит

С диагнозом «острый холецистит» в стационары города за 5 лет поступило 59 549 пациентов, умерло 258 человек. Общая летальность – 0,4%. Из общего количества госпитализированных в хирургические отделения с диагнозом «острый холецистит» 26 967 пациентов не были оперированы (45,3%). Летальность в данной группе – 0,2%. В группе больных, госпитализированных в первые 24 часа от начала заболевания, за 5 лет летальность составила 0,5%, а при более поздних сроках – 0,8%. Оперативная активность за 5 лет достигла 54,7%.

Средний показатель общей летальности, анализируемой за 5 лет, составил 0,4%. За этот период она снизи-

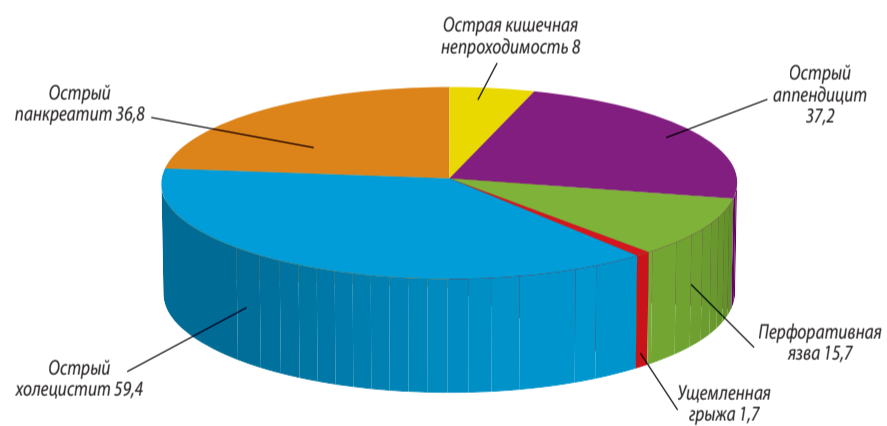


Рис. 2. Лапароскопические операции по нозологиям, 2012 г. (%)

использованием эндоскопических и консервативных методов остановки кровотечения, применением хирургических методов лечения только в тех случаях, когда консервативные мероприятия оказываются бесперспективными. Оперативная активность – 15,1%, за прошедшие 5 лет постоянно снижалась с 16,3% до 13,9%. Наиболее низкая летальность зафиксирована в тех стационарах, где оперативная активность была около 6,8%. За 5 лет не отмечено существенного уменьшения общего количества оперированных больных. На 5,8% снизился показатель послеоперационной летальности.

В 2012 г. в ЛПУ столицы госпитализированы 4 133 пациента с гастродуоденальными кровотечениями, 54,1% доставлены в сроки менее 24 часов от начала заболевания. Средний показатель общей летальности составил 3%. Из 573 больных,

лась на 0,2% (с 0,5 в 2008 г. до 0,3% в 2012 г.). Это связано с реализацией инструкции, утвержденной Департаментом здравоохранения г. Москвы, регламентирующей единую тактику диагностики и лечения данной патологии, с распределением больных с острым холециститом по группам в зависимости от степени структурных изменений желчного пузыря, наличием/отсутствием осложнений, общего соматического статуса пациентов, этапностью лечения, широким применением малоинвазивных технологий.

Необходимо отметить, что больные, поступившие с острым холециститом, в большинстве случаев ранее уже были госпитализированы с данным диагнозом и выписаны из стационара без операции. Этот факт говорит о необходимости повышения оперативной активности с целью профилактики рецидивирующего лечения острого холецисти-

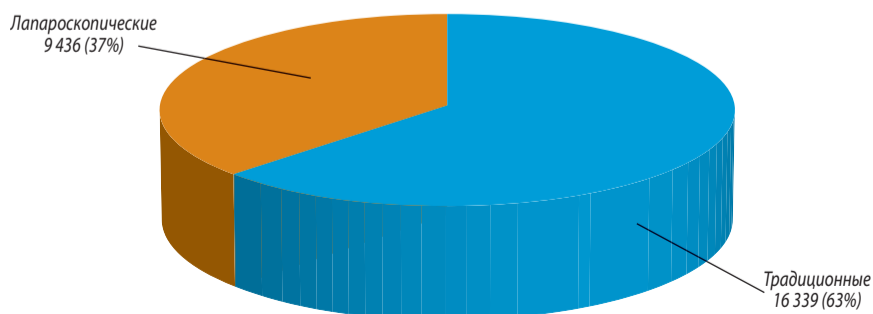


Рис. 1. Удельный вес видеолапароскопических операций при экстренной хирургической помощи, 2012 г.

Таблица 2. Экстренная хирургия в Москве, 2012 г.

2012	Всего			Неоперированные			Оперированные		
	Поступило	Умерло	Летальность (%)	Поступило	Умерло	Летальность (%)	Поступило	Умерло	Летальность (%)
Всего	48 907	672	1,4	22 209	288	1,3	26 698	384	1,4
До 24 часов	29 779	300	1,0	11 947	131	1,1	17 832	169	0,9
Позже 24 часов	19 128	372	1,9	10 262	157	1,5	8 866	215	2,4

та, повторных и зачастую неоднократных госпитализаций.

В 2012 г. в хирургические стационары Москвы было госпитализировано 12 029 больных с острым холециститом, летальный исход был в 39 случаях. Общая летальность – 0,3%. Не были оперированы 5 353 больных (45,1%), умерло 10 человек. Летальность в этой группе составила 0,2%. В ранние сроки от начала заболевания госпитализировано 58,4%, летальность – 0,2%. При поздней госпитализации летальность составила 0,5%. Оперировано 6 676 пациентов. После операции 29 больных умерло (летальность – 0,4%). В ранние сроки поступления в стационары (до 24 часов от начала заболевания) летальность составила 0,3%, в поздние сроки – 0,7%.

### Острый панкреатит

За прошедшие 5 лет в хирургических стационарах Москвы лечение острого панкреатита было проведено 63 173 пациентам. Умерли 1 878

человек. Средние цифры общей летальности за этот период составили 3%. В группе неоперированных больных насчитывалось 56 048 человек (88,7% от общего числа поступивших). Летальность в этой группе составила 1,5%. На протяжении 5-летнего периода в поздние сроки от начала заболевания было госпитализировано 48,6% пациентов. Динамика снижения общей летальности за 5 лет: в 2008 г. – 3,4%, в 2012 г. – 2,6%. При уменьшении количества оперативных вмешательств снизился показатель послеоперационной летальности. За 5 лет оперировано 7 125 пациентов, умерло 1 024. Послеоперационная летальность снизилась на 14,4% (с 16 до 12%). Это связано с внедрением мониторинга патологического процесса по данным УЗИ, КТ, малоинвазивных методов хирургического лечения острого панкреатита и дренирования жидкостных образований брюшной полости, забрюшинного простран-

ства методами экстракорпоральной детоксикации.

В 2012 г. с острым панкреатитом в хирургические отделения госпитализирован 12 591 пациент, летальность составила 2,6%. Не были оперированы 89,1% больных. Летальность в группе консервативно леченных пациентов – 1,4%. Хирургические вмешательства были выполнены у 1 374 больных. Летальность составила 12,6%. Из 675 оперированных пациентов (49,1%), поступивших в течение первых 24 часов от начала заболевания, летальность составила 11,7%. В группе оперированных позднее суток с момента поступления летальность составила 13,4%. Оперативная активность по стационарам – 11,3%.

### Лапароскопические вмешательства

В течение последних 5 лет в хирургическую практику стационаров Москвы активно внедряются вмешательства, выполняемые из малоинвазивного доступа. В связи с этим нами также был проведен анализ различных видов лапароскопических хирургических вмешательств при экстренной хирургической патологии органов брюшной полости, выполненных в ЛПУ в 2012 г.

На рис. 1 представлено количественное соотношение традиционных и видеолaparоскопических вмешательств. Доля последних составила 37% от общего числа оперированных. На рис. 2 представлено процентное соотношение по отдельным нозологиям органов брюшной полости.

Из этих данных видно, что наибольшее количество лапароскопических операций выполнено при остром холецистите (59,4%), остром панкреатите (36,8%), остром аппендиците (37,2%).

Наиболее активно эндовидеохирургические технологии при экстренной хирургической патологии органов брюшной полости в настоящее время используются в НИИ скорой помощи им. Склифовского, городских клинических больницах №№ 4, 7, 50, 52, 55, 67. В этих ЛПУ эндовидеохирургическое вмешательство выполняют при 5-6 нозологических формах экстренной хирургической патологии. Удельный вес их в этих учреждениях превышает 50%.

Необходимо отметить, что видеолaparоскопические вмешательства при остром холецистите, аппендиците освоены и проводятся во всех больницах Москвы, оказывающих экстренную хирургическую помощь.

### Выводы

При острой хирургической патологии органов брюшной полости за последние 5 лет отмечена устойчивая тенденция снижения показателей летальности в хирургических стационарах ЛПУ г. Москвы, что обусловлено рядом обстоятельств:

- внедрением в практическую деятельность ЛПУ рациональных систем организации, современных методов диагностики и лечения;
- постоянным контролем исполнения приказа № 320;
- развитием материально-технической базы ЛПУ;
- организацией круглосуточной работы диагностической базы практически во всех стационарах, оказывающих экстренную хирургическую помощь;
- эффективностью мер по оказанию экстренной хирургической помощи, регламентируемых вышеуказанными нормативными документами;
- применением современных лечебных технологий: малоинвазивных вмешательств, видеолaparоскопических операций при остром холецистите, острой кишечной непроходимости, прободных язвах, а также использованием эндоскопических и других современных методов лечения желудочно-кишечных кровотечений, поэтапным вмешательством при остром холецистите и панкреатите.

Показатели летальности при этих формах заболеваний соответствуют международным стандартам, имеется тенденция к снижению летальности.

Лучшие результаты лечения острых заболеваний органов брюшной полости отмечены в тех стационарах, где пристальное внимание уделяется реанимационному обеспечению.

В тех ЛПУ, где имеются специализированные реанимационные койки для больных с хирургической патологией, результаты лечения различных острых хирургических заболеваний (в том числе у пациентов пожилого и старческого возраста) были сравнительно лучше.

Дальнейшее развитие материально-технической базы в учреждениях здравоохранения города и связанное с этим повышение качества диагностики и лечения больных хирургического профиля, широкое внедрение в медицинскую практику новых технологий и строгое соблюдение правил, утвержденных нормативными документами Департамента здравоохранения г. Москвы, в совокупности и далее позволят улучшать результаты лечения больных в столице.

