

© Коллектив авторов, 2013
УДК 617.55(470)«45-40»

В. М. Тимербулатов, М. С. Кунафин, М. В. Тимербулатов, Р. А. Смыр

ЭКСТРЕННАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: АНАЛИЗ ЗА 40 ЛЕТ

Ассоциация хирургов Республики Башкортостан (региональное отделение Российского общества хирургов), г. Уфа

Ключевые слова: экстренная хирургия, Башкортостан

Особенностью проведённого анализа является деятельность системы здравоохранения вообще, хирургической службы в частности, в условиях двух различных, по сути, противоположных системах общественно-политической фармации с 1972 по 1989–1999 гг. — при социалистической, в последующем — в другой стране, капиталистической, новой России. В советский период было принято жесткое государственное — бюджетное финансирование (одноканальное), в Российской Федерации — предпринимались различные его варианты, в том числе двухканальное — бюджетное (для неработающего населения) и внебюджетное — через фонд обязательного медицинского страхования.

Начиная с 2013 г., система здравоохранения перешла опять на одноканальное финансирование, только через фонд ОМС. К сожалению, за истекшие годы существования новой России имелся большой дефицит в финансировании здравоохранения, вплоть до программы государственных гарантий, достигшей в 2010–2012 гг., до 35–40%. Несомненно, что это приводило к нестабильности функционирования системы здравоохранения, в частности, к недостаточному финансированию приобретения новой аппаратуры, обеспечения расходными материалами, современными фармацевтическими препаратами. В свою очередь, указанные недостатки не могли не отразиться на качестве лечения, показателях деятельности медицинских организаций.

Одним из показателей эффективности работы системы здравоохранения, хирургической службы является состояние неотложной хирургической помощи.

Данные литературы свидетельствуют о наличии определённой динамики основных показателей экстренной абдоминальной хирургии в целом по стране, в то же время можно выявить их различный уровень в разных регионах.

Так, на основании анализа состояния экстренной хирургической помощи в Москве за 15 лет — за 1993–2007 гг. [5], показано снижение общей летальности при остром аппендиците в 2 раза, острой кишечной непроходимости, ущемлённой грыже, остром холецистите — в 1,5 раза, на 2,7% — при желудочно-кишечном кровотечении, на 0,7% — при остром панкреатите, на 0,2% — при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. За этот же период авторы выявили снижение послеоперационной летальности: при остром аппендиците, ущемлённой грыже — в 2 раза, при остром холецистите — почти в 2 раза, при острой кишечной непроходимости — в 1,5 раза, при остром панкреатите — на 7,9%, при этом, при прободной язве и желудочно-кишечном кровотечении эти показатели остались без изменений. По различным лечебным учреждениям Санкт-Петербурга [2] за последние годы послеоперационная летальность составляет 0,93–1,27%, общая летальность — 0,74–1,36%, но данный показатель может колебаться в довольно широких пределах: при остром холецистите — от 1,5 до 12% [1, 3, 4].

Необходимо отметить, что за последние 20–25 лет достигнут заметный прогресс в улучшении результатов лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости: в 1986 г. в СССР общая летальность при остром аппендиците была 0,6%, остром холецистите — 2,9%, ущемлённой грыже — 8,6%, острой кишечной непроходимости — 10,7%, послеоперационная летальность госпитализированных позже 24 ч с начала заболевания соответственно составляла 1,9; 6,1; 16,3; 46,5; 14,8% соответственно [6].

Представляется поучительным анализ развития хирургической службы региона Российской Федерации за достаточно продолжительный период времени (за 40 лет), выявить основные тенденции, закономерности её развития, совершенствования, чтобы иметь возможность прогнозировать и эффективно повлиять на её состояние в перспективе.

Сведения об авторах:

Тимербулатов Виль Мамитович (e-mail: timervil@yandex.ru), Кунафин Марат Саубанович (e-mail: ugkb18@mail.ru), Тимербулатов Махмуд Вилевич (e-mail: timerm@yandex.ru), Смыр Руслан Александрович, Ассоциация хирургов Республики Башкортостан, 450092, г. Уфа, ул. Батырская, 39/2

За последние 40 лет население Республики Башкортостан (РБ) увеличилось на 152 664 человек и по итогам переписи населения 2010 г. составляет 4 072 292 человека [7]. Число хирургических коек с 5600 (в 1972 г.) своего максимума достигло в 1996 г. (9778 коек), в результате реформы, реструктуризации к 2002 г. оно составило 8074, в 2012 г. — 5947 коек (соответственно 14,28; 24,94; 19,65 и 14,5 на 10 000 населения). Следовательно, через 40 лет обеспеченность хирургическими койками находится на уровне 1972 г. советского периода. Дальнейшее сокращение коечного фонда пока вряд ли целесообразно ввиду стабильных показателей заболеваемости и слабо развитой системы оказания амбулаторной хирургической помощи. Соответственно произошло сокращение штатных единиц по хирургической специальности в 1,82 раза (с 2223 в 1972 г. до 1221 в 2012 г.). Учитывая практически одинаковое число коек в сравниваемые периоды, несущественное различие в показателях работы коек, можно утверждать, что за это время произошло почти двукратное увеличение нагрузки на хирурга.

Из года в год отмечается рост доли аттестованных хирургов. Если в 1972 г. в БАССР было только 8 (1,4%) хирургов высшей категории, 74 — с первой и 3 — второй категорией, то в 2002 г. 27% хирургов имели высшую, около 40% — первую и 20% — вторую квалифицированную категорию, а в 2012 г. — 33,38, 16,3, 6,3% соответственно. Эти данные, несомненно, свидетельствуют о росте квалификации хирургов. Кроме того, за последние 10–15 лет определяющими критериями в аттестации хирургов стало освоение современных хирургических технологий. О росте квалификации хирургов говорит и существенное увеличение их доли, занимающихся научными исследованиями: среди практических хирургов 25 докторов и около 300 кандидатов медицинских наук.

За последние 40 лет общее число оперативных вмешательств увеличилось более чем в 3 раза, отмечен заметный рост хирургической активности с 36,6% (1973 г.) до 70–74% в последние годы. В то же время, разница этого показателя в городских и районных больницах достигает 1,5–2 раз и практически прослеживается во все годы наблюдения.

Несомненным прогрессом является улучшение результатов лечения хирургических больных: число послеоперационных осложнений в 70–80-е годы составляло 1,9–2,6%, а в последние годы — снизилось до 0,5–1%. Аналогичная динамика была за эти годы и по общей летальности хирургических больных: в 1972 г. — 1,5%, в начале 2000 г. — 1–1,3% и в последние годы — 0,7%. Послеоперационная летальность после плановых операций за последние 10 лет находится на уровне 0,2–0,3% (в отдельные годы — до 0,06%).

Сроки стационарного лечения хирургических больных как во всём здравоохранении во многом определяются не медицинскими, а финансово-экономическими соображениями (плановая, «валовая», политика в советскую эпоху, строгие рамки сроков стационарного лечения в настоящее время, определённые медико-экономическими стандартами Программы государственных гарантий). Поэтому, начиная с 1972 г. до 2012 г., произошло сокращение сроков лечения всего на 3 дня — с 13–14 до 10–11,5 койко-дня. Резервы для сокращения госпитального этапа существенны, и они в основном связаны с внедрением современных миниинвазивных, органосохраняющих технологий, современной концепции интенсивной терапии, ранней реабилитации (технологии «fast

tracky surgery»), стационаров одного дня, дневного пребывания и др.

Состояние экстренной хирургической помощи в нашей республике характеризуется следующими данными.

Острый аппендицит. За изучаемый период отмечено заметное сокращение числа аппендэктомий с 17 000 до 9015 в 2011 г. Кроме того, в 70-е годы ежегодно выполняли аппендэктомию в плановом порядке 400–800 больным (существовала даже отчётная форма соотношения экстренных и плановых аппендэктомий). Летальность при остром аппендиците в 70-е годы была 0,2–0,3%, хроническом — 0,2%.

Совершенствование диагностики, особенно широкое внедрение видеолапароскопии, ультразвукового исследования, изменение хирургической тактики, повышение квалификации врачей первичного звена и общих хирургов, привели к сокращению общего числа оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, особенно по поводу так называемого «катарального» аппендицита, исключению «напрасных» аппендэктомий. Плановые аппендэктомии в настоящее время являются уже казуистикой. Если ранее доля операций по поводу острого «катарального» аппендицита достигала 20–40%, то сегодня они также являются редкостью (<0,5%) (по терминологии американских хирургов, «белый червяк» при неподтверждённом патоморфологическом диагнозе).

Тенденция снижения летальности при остром аппендиците наметилась с начала 90-х годов XX в. и составила 0,1–0,15%. В 2000 г. данный показатель составил 0,02%, а в г. Уфе (среди городов-миллионников) впервые не было летальности от острого аппендицита. Указанная тенденция сохранилась и в последующие годы: летальность в 2001 г. составила 0,05%, в 2011 г. — 0,03%.

В то же время, следует отметить, что доля больных, поступивших позже 24 ч с начала заболевания, за рассматриваемый период остаётся практически неизменной (около 20%), даже с некоторой тенденцией к её увеличению: в 2010 г. — до 24,2%, в 2011 г. — до 23,84%. Данный факт свидетельствует о низкой эффективности проводимой в эти годы санитарно-просветительской работы, а также недостаточной активности центров здоровья.

При острой кишечной непроходимости (ОКН) число оперированных больных увеличилось более чем 2 раза (с 318 в 1972 г. до 663 в 2010 г. — в 2,1 раза). После 2000 г. отмечается некоторое снижение числа оперативных вмешательств при ОКН — с 700 в 2000 г. до 618 в 2011 г. за счёт заметного сокращения спаечных форм ОКН, но некоторого роста острой обтурационной опухолевой непроходимости. Существенную роль в снижении спаечной ОКН мы связываем, прежде всего, с широким применением миниинвазивных оперативных вмешательств — видеолапароскопических, минолапаротомных, комбинированных миниинвазивных технологий, а также с разработкой и внедрением более эффективных методов профилактики спаечной болезни брюшины (Н.Г. Гатауллин, В.В. Плечев, Р.З. Латыпов, С.Н. Хунафин, П.Г. Корнилов), более эффективным лечением больных с перитонитом и др.

Соответственно произошло и снижение летальности при ОКН — с 17% в 1972 г. до 10% — в 1984 г., до 7–8% в 2000 г., в 2010 г. — 3,77%, в 2011 г. — до 4,69%.

За анализируемый период отмечен рост числа оперативных вмешательств по поводу **ущемлённых грыж** с 596 в 1972 г. до 1066 — в 2010 г. и до 1127 — в 2011 г. Причинами указанного роста являются увеличение их за счёт послеоперационных грыж, сокращение числа плановых

операций ввиду практически ликвидации диспансеризации данной группы больных (с 2012 г. предпринимаются меры по её восстановлению). Если в первые годы анализируемого периода соотношение плановых и экстренных грыжесечений составляло 7:1, то в последние годы оно стало 4:1–3:1.

Улучшение ситуации видится в более активном выявлении и хирургической санации грыженосителей, применении современных ненавязчивых методов герниотомии (видеолапароскопические операции, операции по Лихтенштейну, более широкое применение сетчатых эндопротезов), позволяющих резко (менее 1%) снизить число послеоперационных рецидивов. Летальность при ущемлённой грыже с 1972 по 2000 г. находилась примерно на уровне 3,5%, а в последние годы (2010–2011 гг.) — 1,59 и 1,86% соответственно. Существенного изменения доли больных с поздней госпитализацией также не произошло.

Иные закономерности изменения контингента больных отмечены при **прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки**. С 1972 до 1990 г. число больных с прободной язвой составляло в среднем 300–400 в год, далее был отмечен существенный рост — более 1000 пациентов в 2000 г. Такую тенденцию в частоте мы объясняем ростом социальной напряжённости в обществе в данный период, ограниченной доступностью противоязвенной терапии, низкой приверженностью к лекарственной терапии населения, заметным ростом эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта, бесконтрольным применением нестероидных противовоспалительных препаратов, разрушением системы диспансеризации. В последующие годы (после 2000 г.) отмечено постепенное сокращение числа больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки — 645 в 2010 г. и 558 — в 2011 г., что связано с уменьшением или устранением вышеприведённых причин, а также использованием принципов современной терапии язвенной болезни. Летальность с 5–6% в 1970 г. снизилась до 3,0–3,2% (в 1991–1992 гг.), до 3,2–3,8% — в 2000-е годы и снова достигла исходного уровня в последние годы — до 4,8 в 2010 г. и 5,19% — в 2011 г.

Отчётные данные при **острых желудочно-кишечных кровотечениях** официально начали учитываться с 1990-х годов. За 1994–2001 гг. отмечено увеличение числа больных с данной патологией с 339 до 427, и в последующем резкое увеличение (почти в 3,3 раза) в последние годы — до 1188 — в 2010 г. и до 1189 — в 2011 г. (оперированы соответственно 283 и 259 больных). Причины этих колебаний выше были перечислены. Кроме того, следует отметить, что за последние 10 лет произошло существенное изменение структуры причин острых кровотечений с преобладанием варикозного расширения вен пищевода и желудка, синдрома Маллори—Вейсса, эрозивно-язвенных медикаментозных, стрессовых поражений верхних отделов пищеварительно-

го тракта. Летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях в 1972–1975 гг. составляла 15%, в 1991–1992 гг. — 13%, постепенно снижалась до 9,8% в 2000 г., 6,7% — в 2010 г., 5,79% — в 2011 г. Во многом снижение летальности произошло после широкого внедрения эндоскопических методов гемостаза (с эффективностью первичного окончательного гемостаза до 80–85%, повторного — до 90–92%), перехода от «активно-выжидательной» к «активной» хирургической тактике при кровотечениях интенсивности Forrest Ia, Forrest—Подшивалову — II, с, d, а. В то же время, послеоперационная летальность после хирургического гемостаза остаётся довольно высокой (15–17%). Дальнейшее снижение летальности возможно при дифференцированном, сочетанном использовании методов эндоскопического гемостаза, комбинированных методов эндоскопического и лапароскопического гемостаза, а также гибридных методов (комбинации вышеперечисленных методов с эндоваскулярными), этиопатогенетической терапии причинных заболеваний.

Острый холецистит за анализируемый период постепенно занял 2-е место в структуре острых заболеваний органов брюшной полости (в 1972 г. был на последнем месте по частоте). Число холецистэктомий с 300 в 1972 г. увеличилось до 2396 — в 2010 г. и 2311 — в 2011 г. (почти 8-кратный рост). Летальность за указанные годы сократилась с 7–10 до 1,5–2% в 2000 г., до 0,87% — в 2010 г. и до 0,47% — в 2011 г. Такой динамике во многом способствовали повсеместное внедрение экстренной видеолапароскопии, УЗИ в диагностике и минимально-инвазивных технологий в хирургическом лечении, современных методов интенсивной, антибактериальной терапии, безопасной анестезии.

Острый панкреатит в отчётную форму № 1 по экстренной хирургии включен с 1989 г. Количество больных с острым панкреатитом увеличилось более чем в 10 раз, как и число оперативных вмешательств с 140 в 1990 г. до 365 — в 2000 г. и в последние годы держится примерно на этом же уровне — 365 — в 2010 г. и 331 — в 2011 г. Рост общего числа оперированных больных с острым панкреатитом объясняется преобладанием в тактике ведения консервативной терапии (антиферментная, антибактериальная) и интервенционных методов. Летальность в 1991–1992 гг. составила 22–34%, в 1999–2000 гг. — 8–13% и стабилизировалась в последние годы на уровне 18,5% (2010 г.) и 17,2% (2011 г.).

Как следует из вышеприведённых данных, за анализируемый период отмечено заметное снижение показателей общей, послеоперационной летальности при большинстве острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Однако необходимо отметить, что при этом существенного снижения не произошло в группах больных, госпитализированных позже 24 ч с начала заболевания.

Сравнительные данные летальности в разные годы наблюдения

Заболевания	Общая послеоперационная летальность, %				Летальность при госпитализации позже 24 ч, %			
	1989 г.	1990 г.	2010 г.	2011 г.	1989 г.	1990 г.	2010 г.	2011 г.
Острая кишечная непроходимость	9,28	7,18	3,7	4,69	25,4	12,58	7,05	10,03
Острый аппендицит	0,18	0,13	0,05	0,03	0,6	0,75	0,22	0,13
Прободная язва	4,3	4,02	4,8	5,19	23,1	15,38	17,7	19,6
Желудочно-кишечное кровотечение	13,7	9,26	6,7	5,79	18,6	19,27	12,8	9,45
Ущемлённая грыжа	3,3	4,17	1,59	1,86	7,1	13,02	4,7	6,5
Острый холецистит	3,3	3,5	0,87	0,47	5,6	5,54	1,45	0,83
Острый панкреатит	28,6	25,7	18,5	17,2	33,8	31,11	25,9	22,6

Послеоперационная летальность в этой группе больных была и остаётся существенно выше практически при всех заболеваниях и во все годы наблюдения и в 2–3 раза выше, чем у больных, госпитализированных до 24 ч. Для сравнения приводим данные за 4 года наблюдения (таблица).

Наиболее выраженные различия в летальности больных, госпитализированных до 24 ч и позже 24 ч, отмечаются при остром аппендиците и прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, и такая закономерность сохраняется на протяжении последних 20 лет. Это можно отнести и к другим заболеваниям, за исключением меньшей разницы в показателях летальности.

Следовательно, основным резервом дальнейшего улучшения результатов лечения при неотложной абдоминальной патологии являются мероприятия по снижению летальности у больных с поздней госпитализацией. Наши расчёты показывают, что снижение летальности в этой группе на 1% будет способствовать снижению общей летальности (в зависимости от заболевания), в среднем, на 0,15–0,45%. Кроме того, заметного улучшения показателей общей летальности можно достичь за счёт сокращения числа больных, поступающих позже 24 ч с начала заболевания.

Достижение вышеперечисленных целевых показателей снижения летальности больных с поздней госпитализацией может быть достигнуто при следующих обстоятельствах и реализации ряда организационных и чисто медицинских мероприятий, научных исследований. С нашей точки зрения, они следующие:

1. Известная с момента зарождения экстренной абдоминальной хирургии мера — повышение санитарной грамотности населения, которое в настоящее время может быть осуществлено в более широких масштабах и вариантах из-за возможностей современных информационно-коммуникационных технологий. К сожалению, возникла и существует обратная, парадоксальная ситуация, многие больные при появлении признаков «острого живота» обращаются не к врачу, а начинают искать информацию и советы в сети Интернет, заниматься компьютерным самолечением, самодиагностикой и упускают драгоценное время до операции или начала интенсивной терапии. В сети Интернет практически отсутствуют «советы» о необходимости немедленного обращения к врачу при появлении острых болей в животе. Имеется необходимость перестройки работы ряда средств массовой информации для приближения их деятельности к таким запросам населения на государственном уровне, переформировании деятельности в данном направлении.

2. Всесторонние научные исследования причин летальности больных с поздней госпитализацией с использованием современных методов с учётом тенденций изменения фармакотерапии, интенсивной терапии, биологических свойств микроорганизмов и индивидуальных, общебиологических механизмов реакции гомеостаза, иммунитета организма. Необходимо использование принципов и достижений молекулярной биологии, персонализированной медицины, возможно и превентивной, и в неотложной абдоминальной хирургии.

3. С учётом того, что подавляющее большинство больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости потенциально нуждаются в реанимационных мероприятиях, практически все — в проведении интенсивной терапии, при условиях развитой на сегодня транспортной системы оказания больных необходимо концентрировать в специализированных по данному профилю медицинских организациях,

имеющих отделения интенсивной терапии и реанимации для данного контингента больных.

4. Повышение оснащённости диагностической, лечебной, хирургической аппаратурой хирургических стационаров, отделений, особенно ультразвуковой, в том числе передвижной техникой, видеолaparоскопами с возможностью консультаций в режиме реального времени, наборами и устройствами для санации брюшной полости, тотальной интубации кишечника, рассечения и коагуляции тканей и др.

5. Обеспечение проведения интенсивной терапии необходимыми препаратами, аппаратурой для эфферентных методов детоксикации, современными антибиотиками.

6. Пересмотреть нагрузки на дежурных хирургов по неотложной хирургии, увеличив штаты на 40–50%.

Очевидно, что выполнение всех вышеперечисленных задач возможно при бездефицитном, полном финансировании программы госгарантий всех статей по оказанным медицинским услугам.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бебуришвили А.Г., Лозовой А.В., Зюбина Е.Н. Этапное эндохирургическое лечение осложнённого холецистита // Эндоскоп. хир. 2001. № 3. С. 29.
2. Борисов А.Е., Кашенко В.А., Кубачев К.Г. и др. Пути организации стандартов лечения острого холецистита // Вестн. хир. 2012. № 6. С. 80–85.
3. Борисов А.Е., Левин Л.А., Кубачев К.Г. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и её осложнения. СПб.: ООП НИИХ СПбГУ, 2001. 188 с.
4. Борисов А.Е., Мовчан К.Н. Проблемы острого холецистита (ошибки, осложнения, летальность). СПб.: Полиграф. изд-во, 2003. 174 с.
5. Ермолов А.С., Карасев Н.А., Турко А.П. Экстренная хирургическая помощь в Москве при острых заболеваниях органов брюшной полости // Хирургия. 2009. № 8. С. 4–10.
6. Комаров Б.Д., Богницкая Т.Н., Арбаков А.И. Основы организации экстренной специализированной медицинской помощи. М.: Медицина, 1986. 272 с.
7. Утяшева И.Б. Первые итоги Всероссийской переписи населения 2010 г. // Вестн. Академии наук РБ. 2012. Т. 17, № 1. С. 57–63.

Поступила в редакцию 15.04.2013 г.

V.M.Timerbulatov, M.S.Kunafin, M.V.Timerbulatov,
R.A.Smyr

EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN THE REGION OF RUSSIAN FEDERATION (AN ANALYSIS OF 40 YEARS)

The Association of Surgeons of Bashkortan Republic

An analysis of the condition of emergency surgery for the patients with acute abdominal diseases was made in the period of 1972–2012. The dynamics of surgical beds provision and surgical personnel were taken into account. The authors investigated the rate of general and postoperative lethality, tendencies and regular occurrences and leading reasons of negative results in given diseases. Reserves of further decrease of the lethality were considered and it was associated with shortening of hospitalization part later than 24 hours. The future improvement of intensive therapy and resuscitation, more wide application of minimally traumatic techniques of surgical treatment could give better results in this group of patients.

Key words: acute abdominal surgical diseases, general and postoperative lethality