



А.Е. БОРИСОВ,
 д. м. н., профессор,
 Зав. Кафедрой
 Хирургии
 им. Н.Д. Монастырского
 СПб МАПО,
 Главный хирург Комитета
 по здравоохранению
 Администрации
 Санкт-Петербурга



Л.А. ЛЕВИН,
 доцент Кафедры
 Хирургии
 им. Н.Д. Монастырского
 СПб МАПО

Прежде, чем остановиться на результатах работы хирургической службы в 2003 г., хочется кратко прокомментировать общие тенденции, которые отчетливо проявились в структуре основных форм «острого» живота за последние десятилетия в нашем городе. Нужно сказать, что демографическая ситуация в Северо-Западном регионе и, особенно, в Санкт-Петербурге продолжает ухудшаться и характеризуется снижением численности населе-

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА В 2003 ГОДУ

ния, его «постарением» и ухудшением состояния здоровья во всех возрастных группах. Эти неблагоприятные тенденции не могут ни отражаться на распространенности острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

При сравнении показателей заболеваемости 1980 г. и нынешнего времени можно отметить следующие особенности (рис. 1). Если более, чем 20 лет назад в структуре острого живота преобладал в подавляющем большинстве острый аппендицит (58,9%), второе место занимал острый холецистит (20,1%), т.е. этим заболеванием страдал каждый пятый больной, 12,2% случаев принадлежало острому панкреатиту, а кровоточащие и перфоративные язвы занимали 5 – 6 места в этой структуре, то, начиная примерно с 1988 г., и все последующие годы, которые совпали со временем перестройки, число больных с перфоративными язвами увеличилось в 2 – 2,5 раза и в такой же степени, а в отдельные годы и в 3 раза, увеличилось число пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами.

Где-то к середине 90-х годов наступила стабилизация и с 1998, 1999 гг. число больных с кровоточащими и перфоративными язвами прекратило увеличиваться, зато, начиная с 1994 г., отчетливо вырисовывалась другая тенденция – не только у нас, но и в таком мегаполисе как Москва и в целом по России. По разным причинам каждый год на 2 – 3% стало уменьшаться число больных острым аппендицитом и на 4 – 6% — увеличиваться число больных острым панкреатитом. И вот на рубеже веков впервые за сто лет на первое место в структуре острого живота вышел острый панкреатит, он стал занимать порядка 24 – 29%, а острый аппендицит сместился на второе место.

И если рассматривать эти тенденции в целом за период 2001 – 2003 гг., то число больных с острым аппенди-

цитом продолжает уменьшаться, а число больных острым панкреатитом продолжает увеличиваться, в то время как другие формы острого живота остаются примерно на том же уровне (рис. 2, 3).

В 2003 г. заболеваемость острым панкреатитом среди всех форм острого живота уже достигла 38,6% (9082 чел.) (рис. 4).

Можно сказать, что ситуация принимает неблагоприятный характер. И этот факт не может ни вызывать тревогу как среди хирургов, так и среди всей медицинской общественности города. Самое неприятное как в социальном, так и медицинском плане, это то, что изменился генез этого заболевания. Если раньше острый панкреатит развивался, в основном, у женщин, длительно страдающих ЖКБ, когда рано или поздно возникают вторичные изменения в поджелудочной железе, и заболевание носило все-таки более спокойный и прогнозируемый характер, то на сегодняшний день число женщин и мужчин, заболевших острым панкреатитом в нашем городе сравнялось, а острый панкреатит развивается, чаще всего, в связи с употреблением некачественных малокалорийных продуктов питания и суррогатных спиртных напитков. Такой токсикогенный характер заболевания в значительной мере осложняет его течение и хирургическое лечение. С моей точки зрения, мы должны привлечь самое пристальное внимание общественности и средств массовой информации на эту тревожную ситуацию. Если у нас сегодня практически 40% «острого» живота составляет заболевание, которое возникает после приема некачественных продуктов, и, в первую очередь, спиртных напитков, а летальность при его тяжелой форме достигает 50 – 60%, то это уже выходит за рамки чисто медицинской проблемы и становится социальным явлением. Такое явно недопустимо. К тому

Соотношение отдельных форм «острого живота» за 1980 – 2002 гг.

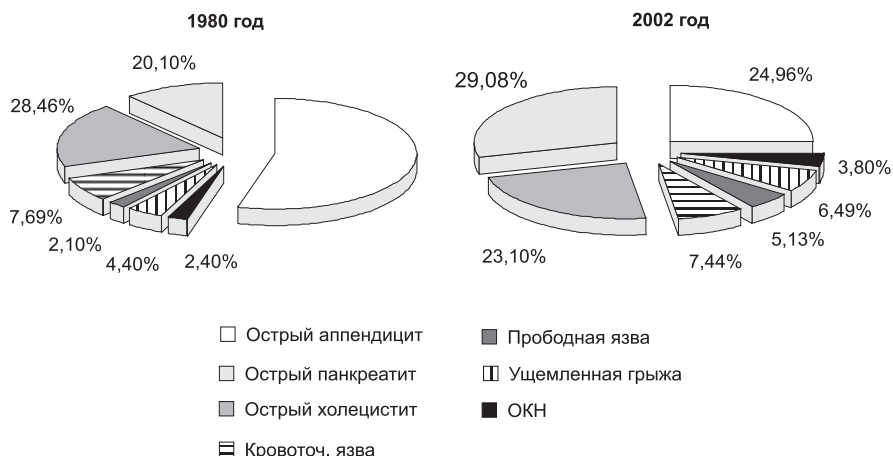


Рис. 1.

Соотношение отдельных форм «острого живота» за 2001 – 2002 гг.

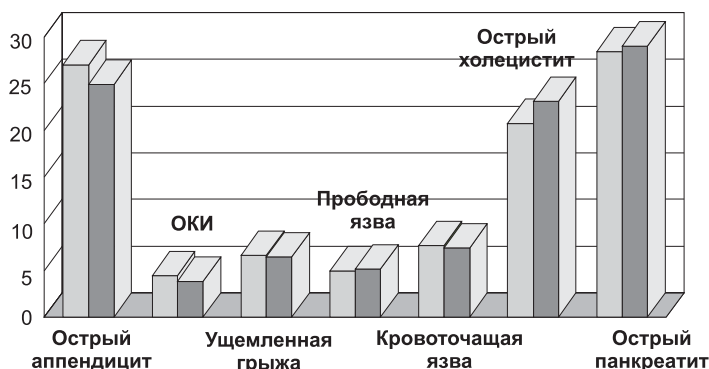


Рис. 2.

Соотношение отдельных форм «острого живота» за 2002 – 2003 гг.

Нозологические формы	2003 год	2002 год
	% к общему числу больных	% к общему числу больных
Острый панкреатит	38,64	35,40
Острый аппендицит	21,70	22,80
Острый холецистит	20,32	20,71
Ущемленная грыжа	6,87	7,35
Кровоточащая язва	5,59	6,12
Прободная язва	3,54	3,64
ОКН	3,33	3,90
Всего	100	100

Рис. 3.

же, как вы сами прекрасно понимаете, что затраты на диагностику и на лечение такого тяжелейшего хирургического заболевания как острый панкреатит (которое не является чисто хирургическим, а общесоматическим) совершенно не сопоставимы и в несколько раз превышают затраты на лечение острого аппендицита.

Тенденция к увеличению числа наблюдений острым панкреатитом остается характерной и для других городов России. В Москве заболеваемость острым панкреатитом с 1991 г. по 2001 г. увеличилась почти в 2,4 раза, в Ленинградской области за 2000 – 2002 гг. — в 1,2 раза, в Мурманске за период с 1996 по 2002 гг. — на 7,0%.

Что касается летальности при острым панкреатите, то с середины 90-х годов наметилась некоторая тенденция к ее снижению (рис. 5). Это связано с изменением тактики при острым панкреатите в целом по России, благодаря, прежде всего, усилиям бывшего главного хирурга страны академика В.С.Савельева, который в начале 90-х годов начал буквально оперативно распространять новую тактику, которая запрещала ненужные и преждевременные операции при этом заболевании. Переход на медикаментозное лечение, на методы эфферентной терапии, которые за этот период существенно и качественно улучшились, привело к снижению общей и послеоперационной летальности. Если в начале 90-х годов оперативная активность при острым панкреатите в нашем городе оставалась в пределах 13 – 18%, то в последние годы особенно проявилось ее снижение — в 2000 и 2001 гг. оперировано 10,11 и 11,93% больных острым панкреатитом, в 2002 и 2003 гг. — только 8,76% и 7,17% соответственно (рис. 6).

В 2003 г. из почти 9 тысяч госпитализированных больных острым панкреатитом оперировано всего 652 человека, общая летальность при этом составила 2,5%, а послеоперационная — 21,6%.

Огромная армия больных острым панкреатитом не нуждается в хирургическом лечении. Несмотря на это, совершенно оправданно в свое время

было принято решение о том, что острый панкреатит является хирургическим заболеванием и должен лечиться в хирургических стационарах. Мы должны обратить на это внимание, потому, что администрацию хирургических стационаров часто упрекают в лечении непрофильных больных.

На улучшение оказания медицинской помощи больным острым панкреатитом направлены протоколы по общей организации медицинской помощи, диагностике и оказанию неотложной хирургической помощи при этом заболевании, разработанные коллективом панкреатологической клиники СПбНИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе под руководством доктора медицинских наук А.Д.Толстого и предложенные хирургической общественности нашего города для практической апробации в условиях стационарных медицинских учреждений в 2004 году.

В 2003 г., как и в 2002 г. продолжает уменьшаться доля острого аппендицита в структуре «острого» живота. С чем мы это, как хирурги связываем. Во-первых, с теми обстоятельствами, которые носят, прежде всего, чисто диагностический, характер. Если в прежние годы, как в нашем городе, во всей стране, так и за рубежом, число больных, оперированных по поводу, так называемого, катарального или простого аппендицита, достигало 30%, в некоторых странах и 40%, то, к чести нашего города, с широким внедрением в крупные, особенно многопрофильные стационары лапароскопической хирургии, число этих больных сегодня достигает всего 3 – 4%. Это очень важно подчеркнуть. Пациенты, которым раньше выполнялись, так называемые, «напрасные» аппендэктомии, сегодня не страдают от нашей хирургической активности. В подавляющем большинстве случаев оперируются только пациенты с деструктивными формами аппендицита. Отсюда, в общем-то, и произошло абсолютное, и относительное уменьшение числа больных с острым аппендицитом за последнее десятилетие. Другое обстоятельство еще и то, что часто ранее больные с болями в животе квалифицировались как больные с острым ап-

Динамика заболеваемости острым панкреатитом в Санкт-Петербурге за период 1990-2003 г.

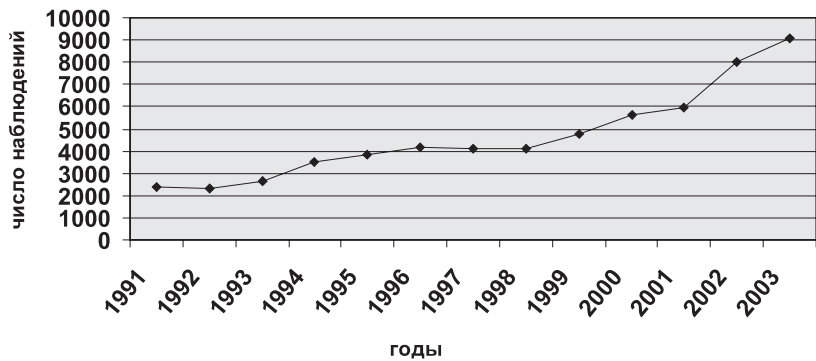


Рис. 4.

Послеоперационная летальность при остром панкреатите (%)

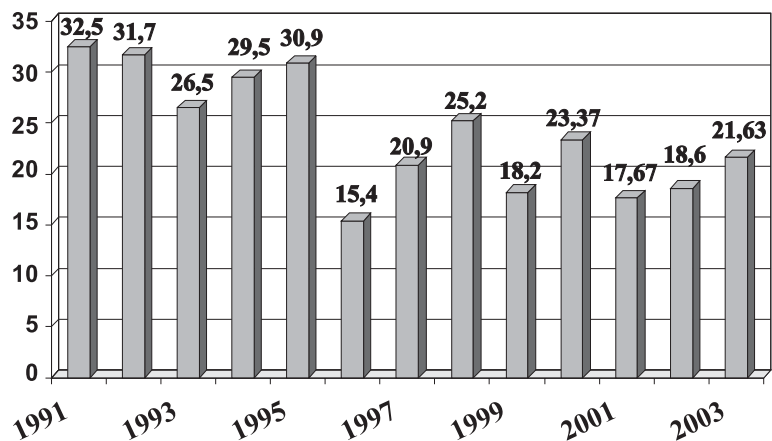


Рис. 5.

Показатели операционной активности при остром панкреатите в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга за период с 1990 по 2003 гг.

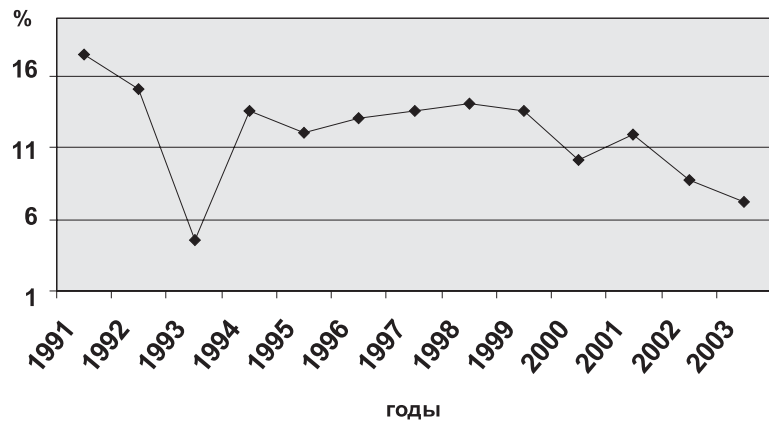


Рис. 6.

пендицитом и направлялись в стационар. Сейчас этого даже в силу социальных причин не происходит.

При оценке динамики послеоперационной летальности при остром аппендиците за последние 12 – 14 лет, можно еще раз отметить, что все-таки мы имели блестящее десятилетие с 1952 по 1962 гг., когда летальность при этом заболевании составляла всего 0,15% (рис. 7). Этот период совпал со временем появления антибиотиков и до момента адаптации организма к ним. В последующие сорок лет летальность была в пределах 0,3 – 0,4%. Отрадно, что в последние 4 года она остается на уровне 0,1 – 0,25%. В 2003 г. послеоперационная летальность при остром аппендиците составила 0,22%. Необходимо отметить, что на сегодняшний день погибают от острого аппендицита, в основном, молодые люди, родители которых по 3 – 4 дня не обращаются за медицинской помощью или подростки с ослабленным иммунитетом вследствие длительного приема наркотических средств, анаболиков и так далее. Анализ, который мы проводили на Ассоциации хирургов города и на заседаниях ЛКК подтвердил, что основной причиной неблагоприятных исходов при остром аппендиците была поздняя госпитализация (после 24 часов), что составило 30,5% и привело к развитию деструктивных форм аппендицита.

Летальность при кровоточащей язве сегодня приближается к 10,8%. За счет чего, все-таки, произошло, хотя и незначительное, но снижение летальности при этом заболевании, которая с 80-х годов оставалась в пределах 13 – 16% (рис. 8). Мы уже не раз подчеркивали на наших конференциях, что в 2003 г. впервые в 3-х наших стационарах (городской больнице №16, Александровской и Елизаветинской больницах), при большом числе оперированных больных с кровоточащей язвой показатели послеоперационной летальности оказались в пределах 5 – 6%. Можно назвать это факт колоссальным достижением, потому, что во всем мире и, к сожалению, в нашей стране каждый пятый – десятый больной с кровоточащей язвой

Послеоперационная летальность при остром аппендиците (%)

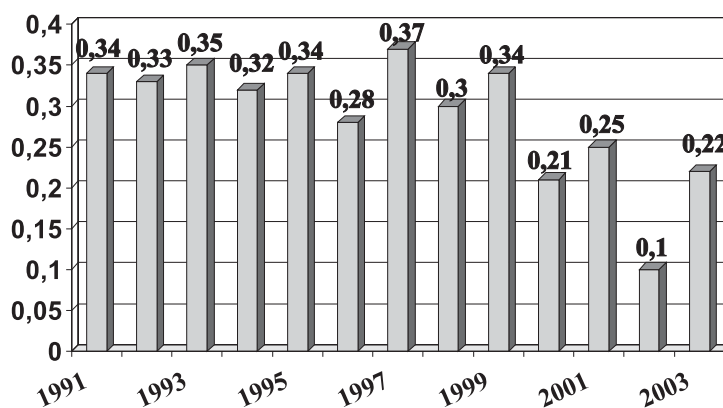


Рис. 7.

Послеоперационная летальность при кровоточащей язве (%)

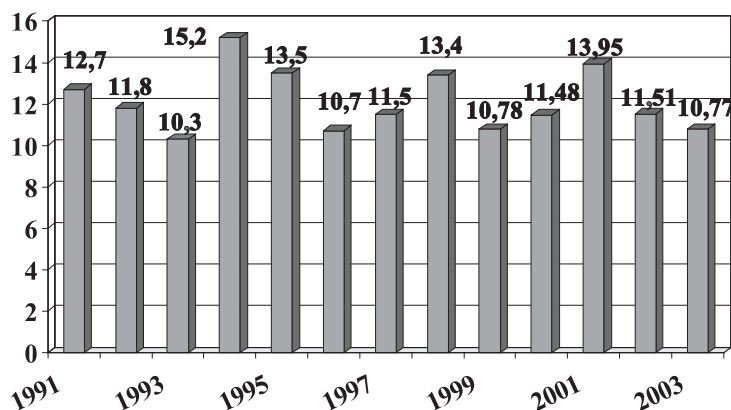


Рис. 8.

Послеоперационная летальность при прободной язве (%)

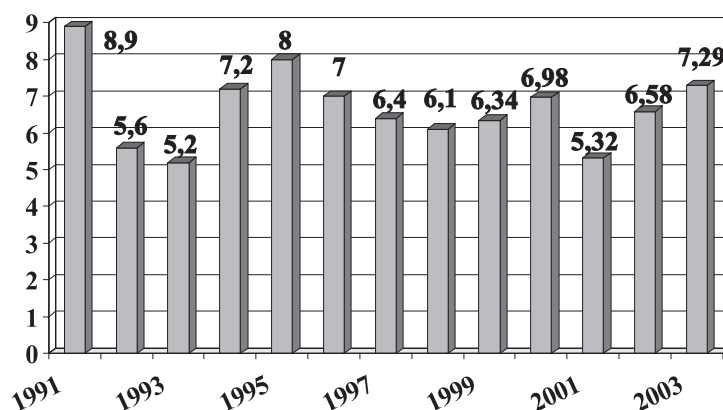


Рис. 9.

умирает. Причина этого достижения заключается в появлении новой технологии — клипирования и лигирования как варикозных вен, так и кровоточащих язв. Сегодня эта методика становится повседневной в этих стационарах и из огромного числа всех больных с язвенными кровотечениями традиционно оперируется только каждый третий, у которого не удастся остановить кровотечение методами новой эндоскопической хирургии. Это обусловило снижению послеоперационной летальности. Я думаю, что следующий год будет удачным в этом отношении не только для этих трех стационаров, но и для других, потому что мы стремимся подобную технологию всячески развивать и внедрять. Основное пленарное заседание на февральской конференции Ассоциации хирургов города было посвящено эндоскопической хирургии и, в частности, методам эндоскопического гемостаза. Новая технология становится доступной, удовлетворительно переносится пациентами и должна дальше развиваться в нашем городе.

Что касается летальности при прободной язве, вы видите, что ситуации остается неблагоприятной (рис. 9). Сохраняются очень высокие показатели, к сожалению, как и в России в целом, несмотря на то, что методы диагностики этого осложнения с появлением лапароскопии сегодня существенно улучшились. Тем не менее, поздняя госпитализация и, к сожалению, поздняя операция, приводят к тому, что летальность сегодня остается в пределах 7 – 8%. Здесь не должно наступать успокоения и в этом направлении мы должны продолжать работать.

Частота ущемленных грыж передней брюшной стенки Санкт-Петербурга в структуре неотложной хирургической помощи, начиная с 50-х годов до настоящего времени, неуклонно возрастает. В 2003 г. заболеваемость ущемленными грыжами составила 6,9% (1616 человек).

Результаты лечения больных ущемленными грыжами на протяжении многих лет убедительно показывают, что решающим моментом, определяющим судьбу пациента, является время от

Послеоперационная летальность при ущемленной грыже (%)

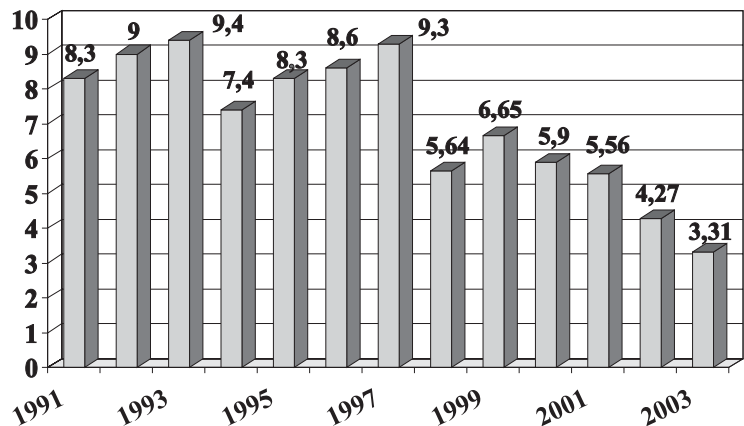


Рис. 10.

Заболеваемость и летальность при ОКН в Санкт-Петербурге за период с 1946 по 2003 гг.

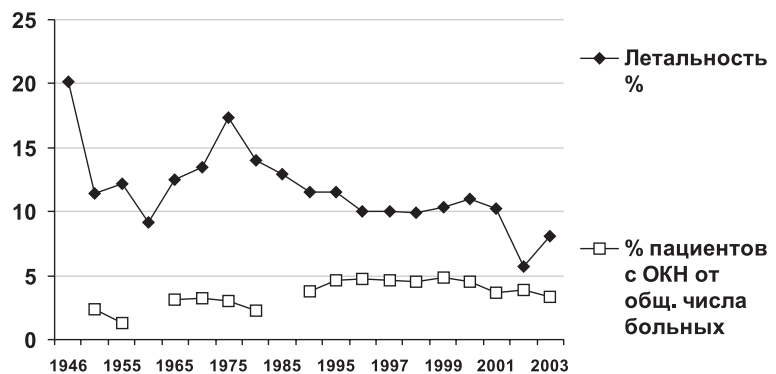


Рис. 11.

Послеоперационная летальность при ОКН (%)

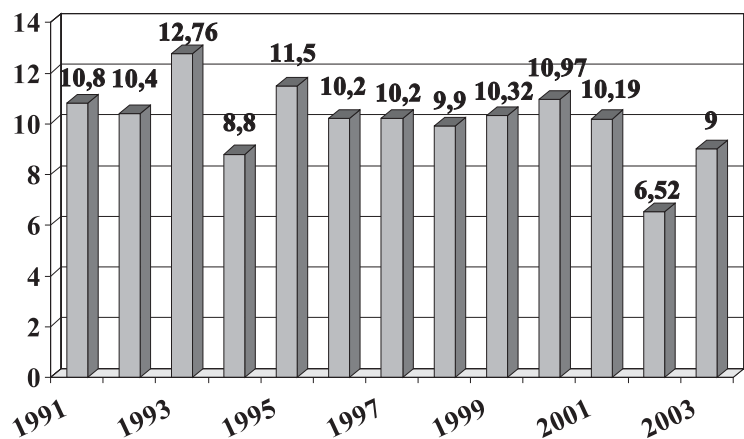


Рис. 12.

момента ущемления до операции. По сводным данным лечебных учреждений РФ, только 35 – 40% больных ущемленными грыжами поступают в стационары до 6 часов с момента заболевания, тогда как еще 35 – 41% из них госпитализируются уже спустя сутки.

Тенденция к недопустимо поздней госпитализации пациентов ущемленными грыжами на протяжении многих лет прослеживается и в Санкт-Петербурге. Так, в 2001 г. в стационары города в первые 6 часов было госпитализировано 37,9% пациентов ущемленными грыжами, от 6 до 24 часов — 21,57% и свыше суток — 40,52%. В 2002 – 2003 гг. число своевременно госпитализированных пациентов несколько увеличилось и составило 41,04 и 43,25%, а спустя сутки с момента заболевания — 40,98 и 38,30% соответственно, т.е., по-прежнему, более половины от всех заболевших.

Для сравнения в Москве (по имеющимся данным 1991 – 1997 гг.) ситуация со сроками госпитализации больных ущемленными грыжами несколько отличается в лучшую сторону. Позже 24 часов с момента заболевания в стационар стабильно поступает не более трети больных.

Задержка в позднем поступлении больных в хирургический стационар, в первую очередь, может быть объяснена только несвоевременной обращаемостью их за медицинской помощью вследствие малой осведомленности об ущемленной грыже и ее последствиях и попыток самолечения.

Как правило, у подавляющего числа больных ущемленными грыжами заболевание имеет классические проявления и не вызывает трудностей в диагностике и установлении показаний к оперативному лечению, в 2003 г. 61,6% пациентов были оперированы в первые 6 часов после госпитализации.

Трудности в диагностике, как правило, возникают при наличии притечного ущемления и редких форм ущемленных паховых грыж, особен-

но при позднем обращении за медицинской помощью.

В целом, согласно статистическим данным, в Москве и Санкт-Петербурге в последние годы намечается тенденция к стабилизации показателей общей и послеоперационной летальности при ущемленных грыжах. Так, в Москве показатели общей летальности уменьшились с 8,0% в 1991 г. до 6,4 – 6,5% в 1997 г., послеоперационной летальности — с 8,0 – 12,5% (в 1991 – 1993 гг.) до 5,4% в 2003 г. В Санкт-Петербурге данные послеоперационной летальности также свидетельствуют о ее снижении с 8,3 – 9,4% (в 1991 – 1993 гг.) до 5,6 – 6,65% (в 1998 – 1999 гг.). На протяжении 2000 – 2001 гг. отмечалась стабилизация показателей общей и послеоперационной летальности на уровне 5,9% и 5,7 – 5,6% соответственно (рис. 10). В 2002 г. общая летальность составила 4,3%, послеоперационная — 4,3%, а в 2003 г. — 3,3 и 3,3% соответственно. Это свидетельствует об улучшении диагностической и лечебной тактики при оказании помощи больным ущемленными грыжами, в том числе с использованием неотложной эндовидеохирургии, а также с внедрением методики безнатяжной герниопластики.

Тем не менее, несмотря на достигнутые успехи в лечении этой патологии, необходимо продолжить работу по выявлению и диспансеризации грыженосителей, расширению показаний к плановым операциям у больных пожилого и старческого возраста, совершенствованию оперативной техники с использованием безнатяжной герниопластики и усилению санитарно-просветительной работы среди населения, что, в конечном итоге является определяющим для своевременной диагностики и госпитализации в случае ущемления.

В этом плане приятно отметить, что ситуация, когда имеется преобладание числа операций при ущемленных грыжах над операциями по поводу неущемленных грыж, которая является совершенно недопустимой для любой

цивилизованной страны и которая длительное время сохранялась в нашем городе, сегодня изменилась к лучшему. Сегодня в плановом порядке по поводу грыж передней брюшной стенки брюшной стенки, в том числе послеоперационных, оперируется порядка 6,5 – 7 тысяч больных в год, тогда как с ущемленными — 1500 – 1600 человек.

По-прежнему, сохраняет свою актуальность в неотложной хирургии проблема лечения больных острой кишечной непроходимостью. В 2003 г., как и в предыдущие годы, число больных ОКН оставалось в пределах 700 – 800 человек (рис. 11). Характерным для Санкт-Петербурга, как и для России, в целом, является рост обтурационной кишечной непроходимости вследствие злокачественных новообразований толстой кишки. По данным популяционного противоракового регистра Санкт-Петербурга, заболеваемость раком ободочной кишки в 1999 г. в структуре онкологической заболеваемости составила 7,5% среди мужчин и 9,8% среди женщин, раком прямой кишки — 6,1% среди мужчин и 5,6% среди женщин. При этом отмечается неуклонный рост оперативной активности, за последние годы она достигла 85 – 90% (в 2002 г. — 85,3%, в 2003 г. — 85,2%). Тогда как уровень послеоперационной летальности существенно не изменился, в 2003 г. он равнялся 9,0% (рис. 12). Примерно такие же показатели послеоперационной летальности отмечаются и в г.Москве — от 9,7 до 11,4%

При анализе причин общей и послеоперационной летальности при ОКН обращает на себя внимание высокий процент как позднего обращения больных за медицинской помощью, так и диагностических ошибок догоспитального этапа. В результате этого позже суток в стационар поступает около 50% больных и еще спустя сутки с момента госпитализации оперируется приблизительно 20 – 25% (в 2002 г. — 23,2%, в 2003 г. — 21,3%).

Службой главного хирурга Комитета по здравоохранению при Адми-

нистрации Санкт-Петербурга и Ассоциацией хирургов города постоянно проводится работа, направленная на улучшение качества оказания медицинской помощи при неотложных заболеваниях органов брюшной полости. Вопросы лечения этих больных обсуждаются на городских, регионар-

ных и Всероссийских конференциях хирургов, были разработаны и утверждены протоколы оказания медицинской помощи при основных формах «острого» живота, проводятся лечебно-контрольные комиссии и клинические разборы с привлечением ведущих хирургов города.

Тем не менее, сохранение высокого уровня заболеваемости острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, частоты послеоперационных осложнений и летальности подтверждают очевидность проблем неотложной хирургии, которые требуют дальнейшего изучения и разрешения.