

**Состояние экстренной
хирургической помощи при
острых заболеваниях
органов брюшной полости в
Краснодарском крае**

Главный внештатный хирург
края

Завражнов А.А.

Используется в качестве учебного материала
ГАОУ СПО РК «Ялтинский медицинский колледж»

Характеристика заболеваемости органов живота и хирургической службы Краснодарского Края (на 2012 год)

- население края – 5332,3 тыс. человек
- 38 районов, 26 городов
- сельские жители 47,5%, городские – 52,5%
- женщины – 53,6%, мужчины – 46,4%
- ср. возраст – 39,7 лет (39,2 РФ)
- жители старше 60 лет – более 20% населения
- заболевания органов пищеварения – **8,4%** в общей структуре заболеваемости
- смертность от болезней органов пищеварения – 58,8 на 100 тыс. населения (60,9 РФ)
- в ЛПУ края за 2012 год были госпитализированы 87541 больных с ЗОБП, из них **50534 (57,7%)** по экстренным показаниям



- 58 хирургических служб ГБ и ЦРБ, более 90 хир. отделений, из них **46 (80%)** оказывают экстренную хирургическую помощь при ЗОБП
- 3750 общехирургических коек (из них 857 гнойной хирургии и 313 детской хирургии)
- в стационарах работает 610 общих хирургов, укомплектованность физическими лицами 67,4%

Актуальность проблемы

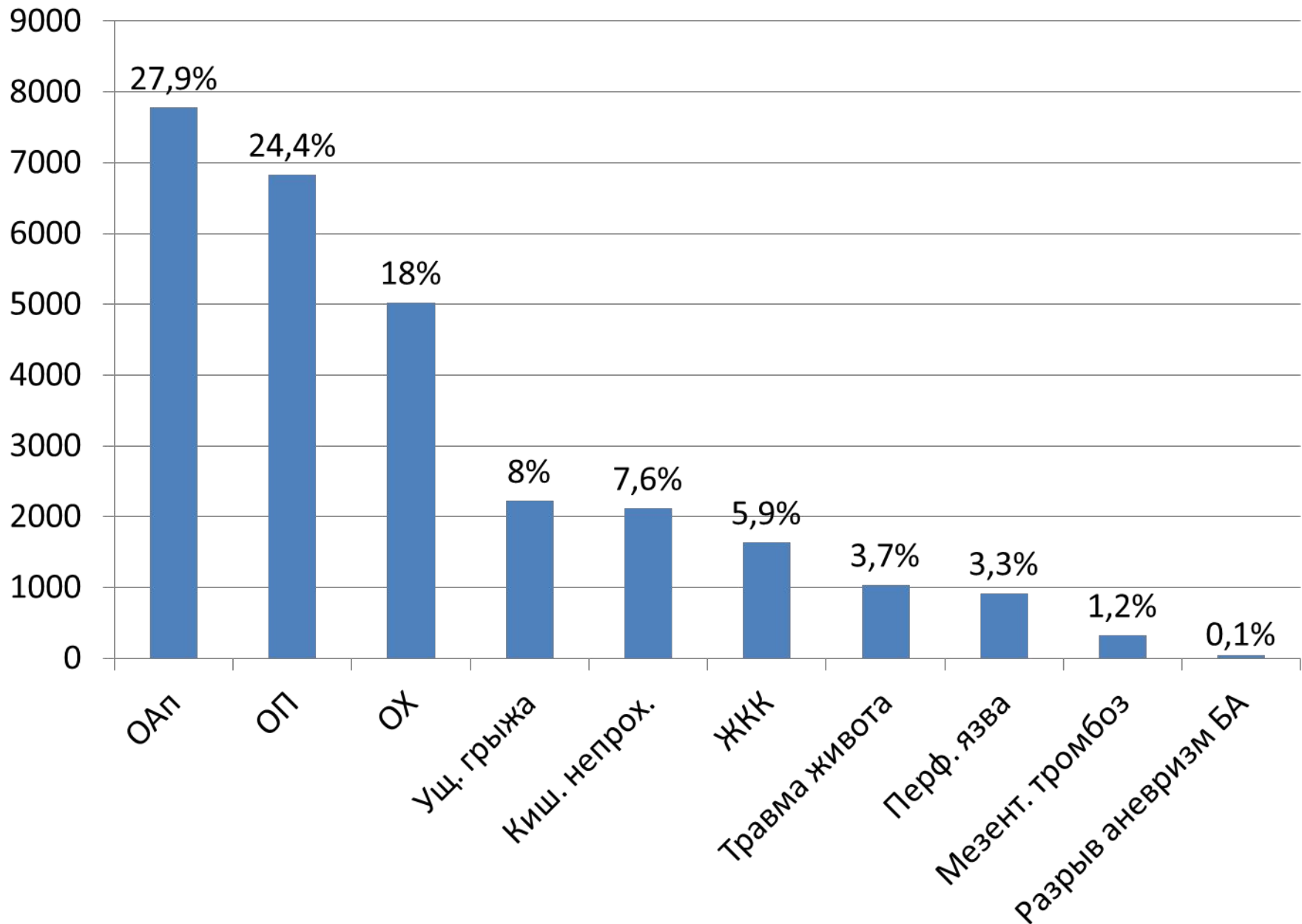
(в Краснодарском крае 25-30 тысяч больных с острыми ЗОБП в год)

	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Краснодарский край (2012 г.)	59,3%	2,9%	3,6%
Россия	56-59%	2,5-2,8%	2,8-3,1%

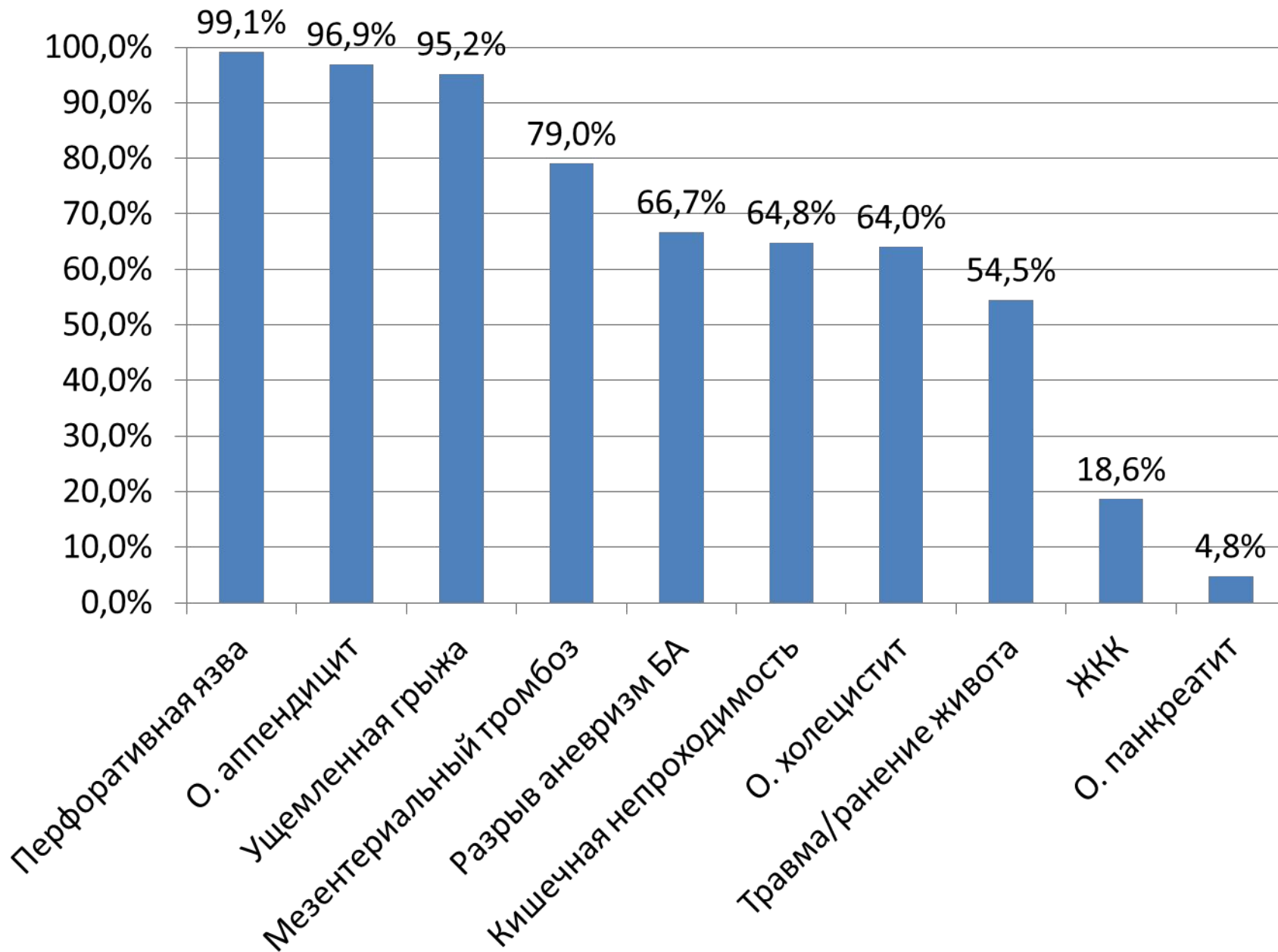
Структура острых заболеваний органов брюшной полости в различных регионах России, %

Заболевание	Краснода р-ский край (2010)	Краснояр- ский край (2007)	С-Пб (2010)	Москва (2007)
Острый аппендицит	32	34	20	31
Острый панкреатит	24	27	45	24
Острый холецистит	17	20	18	24
Ущемленная грыжа	8	5	6	8
Язвенное кровотечение	8	6	5	7
Острая кишечная непроходимость	7	5	3	2
Перфоративная язва	4	3	3	4

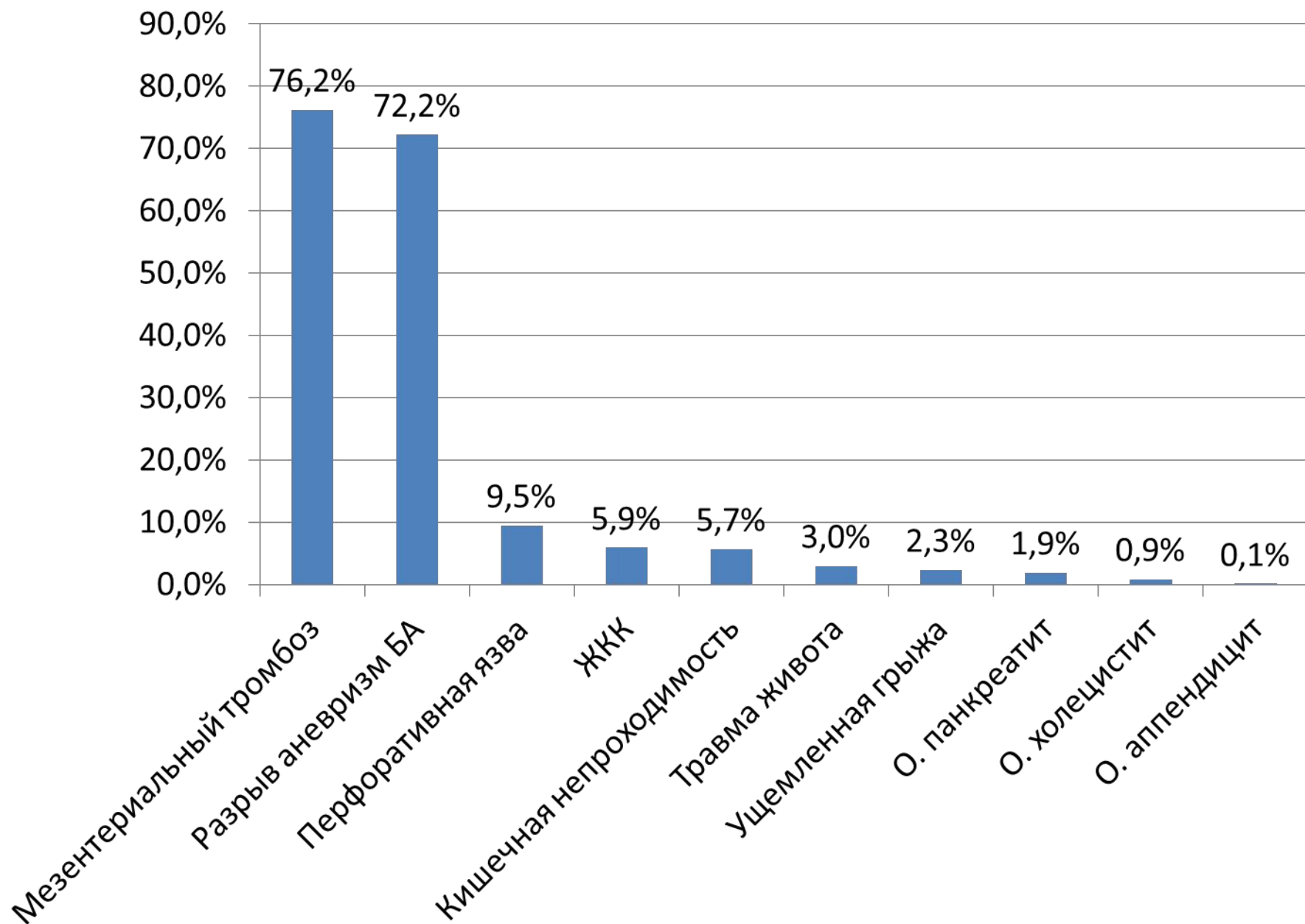
Структура острых ЗОБП в Краснодарском крае (2012 г.)



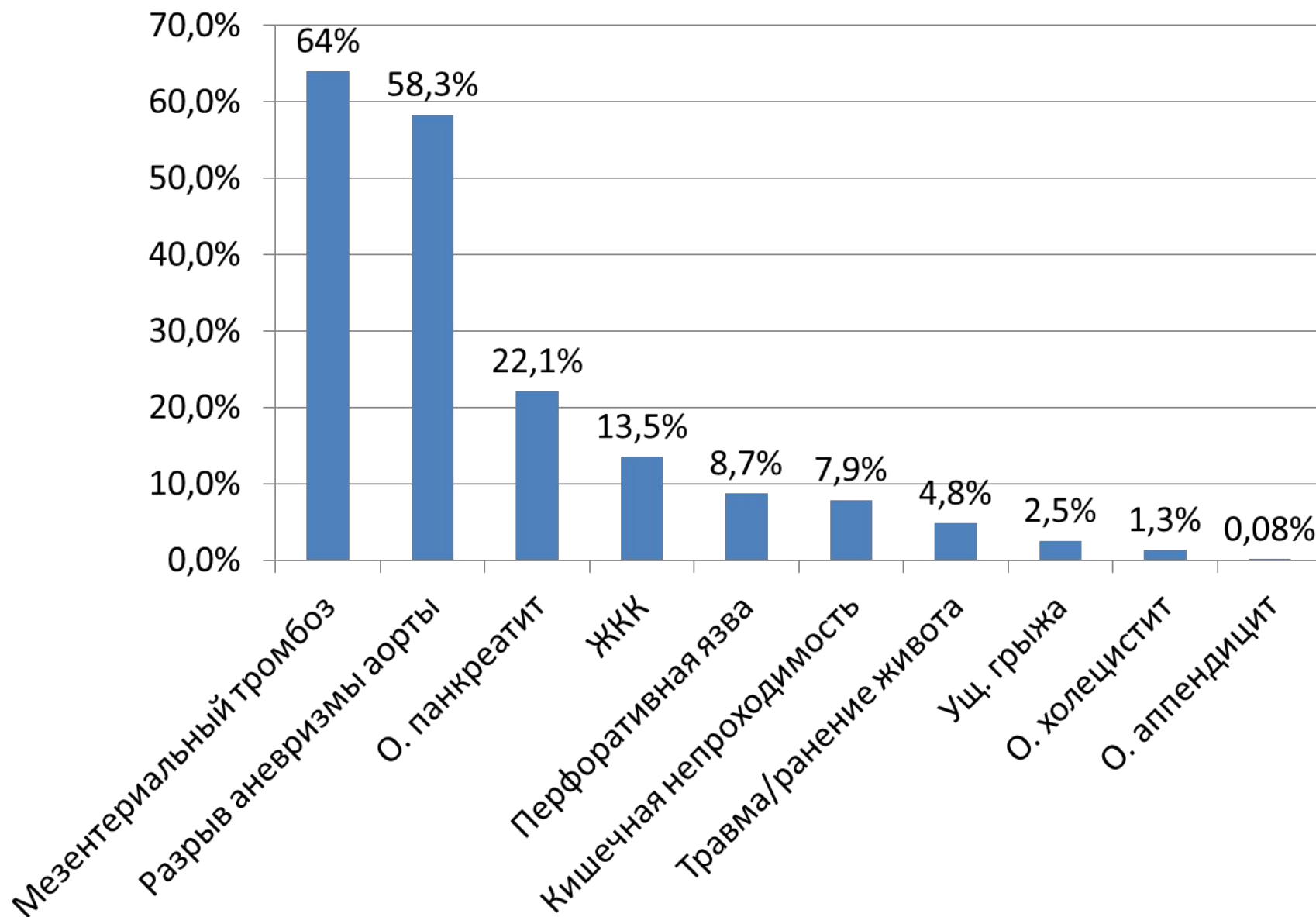
Оперативная активность при острых ЗОБП (2012 г.)



Структура общей летальности при острых ЗОБП (2012 г.)



Структура послеоперационной летальности при острых ЗОБП (2012 г.)



Желудочно-кишечные кровотечения

ЖКК (2012 г.)	Кол-во больных	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Язвенное	1634 (58,6%)	304 (18,6%)	97 (5,9%)	41 (13,5%)
Суммарно	2791	1055 (37,8%)	163 (5,8%)	105 (9,9%)
Язвенное по РФ	-	18-25%	4-7%	7-15%

- Выводы:**
- оперативная активность относительно высокая (до 25%), по РФ 10-12%
 - летальность в группе оперированных в 2-2,5 раза выше, чем в группе не оперированных
 - чем ниже оперативная активность, тем ниже общая летальность

Проблемы:

- **низкая эффективность консервативных мероприятий (недостаточный медикаментозный гемостаз);**
- **недостаточное количество эндоскопической аппаратуры и отсутствие эндоскопического гемостаза;**
- **чрезмерная выжидательная хирургическая тактика;**
- **нерациональный объем оперативного вмешательства**

Характеристика экстренной эндоскопической службы в крае

- Эндоскописты края: всего по штату – 286, физических лиц – 199 (70%);
- Эндоскописты ЛПУ края: 186 штатных должностей, 140 (75,3%) физических лиц;
- Количество гастро-, дуоденоскопов в крае: 324 ед., ими оснащены **83%** хирургических стационара;
- Количество гастродуоденоскопий: всего – 92457, плановых – 55191, неотложных – 37266
- Эндоскопические методы гемостаза: применены в 436 (**26,7%**) случаях, доступны 16 (**26%**) ЛПУ края

Пути улучшения оказания помощи при ЖКК

- Повышение эффективности консервативных мероприятий (*ингибиторы протонной помпы*)
- Следование международным клиническим рекомендациям (***клиническая классификация Forrest***)
- Оснащение ЛПУ необходимой эндоскопической аппаратурой и освоение эндоскопических методов гемостаза
- **Уменьшение объема хирургических вмешательств на высоте кровотечения**

I астродуоденальные перфорации

Перфорации (2012 г.)	Кол-во больных	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Краснодарский край	918	910 (99,1%)	87 (9,5%)	79 (8,5%)
по России	-	97-98%	9-11%	8-9%

Выводы:

- оперативное лечение обязательно
- основная причина летальности – распространенный перитонит
- чем раньше прооперированы, тем лучше

Проблемы:

- позднее поступление в ЛПУ и диагностика (*позже 24 часов поступают и оперируются около 25% больных, летальность среди которых составляет 31%*);
- нерациональный объем оперативного вмешательства
- неадекватное лечение перитонита

Пути улучшения оказания помощи при гастродуоденальных перфорациях

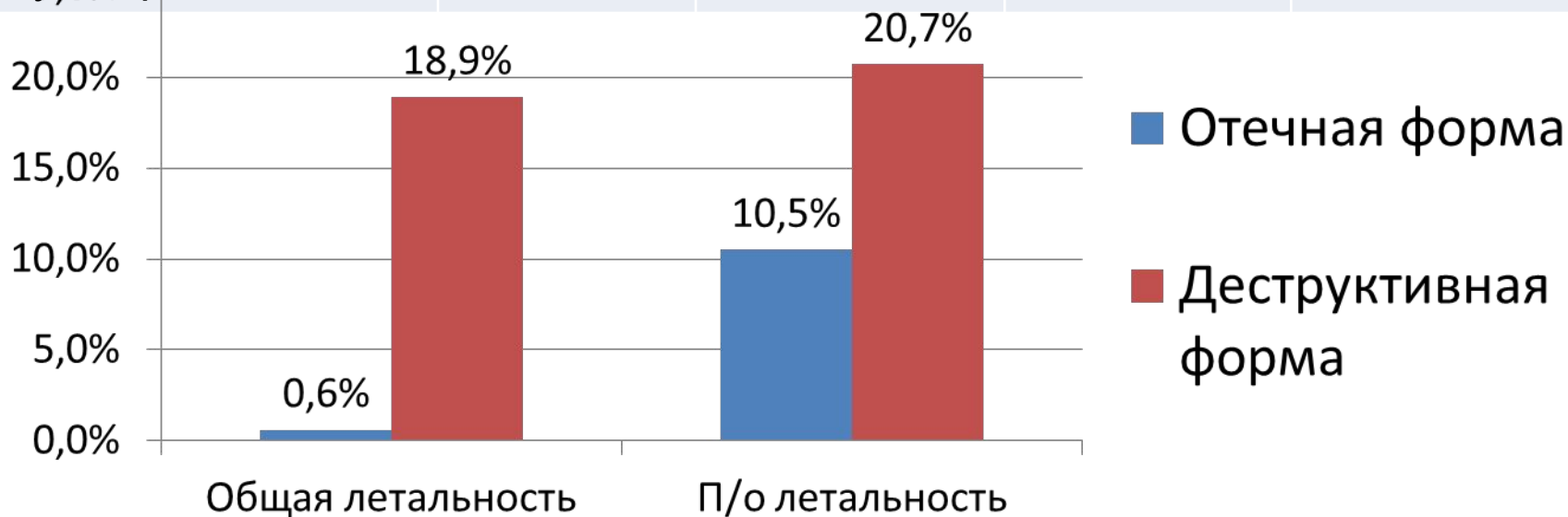
- Типичная картина перфорации – операция в течение 2 часов с момента поступления
- Атипичная картина – ФГДС - повторный рентген - диагностическая лапароскопия
- Использование лапароскопической техники ушивания язв
- Рациональный объем открытой операции по приоритету – устранить источник перитонита - создать условия для его регресса – излечить от язвы – излечить от язвенной болезни

Исходы оперативного лечения перфорации и кровотечения при язвенной болезни

Виды операции	Количество больных	Осложнения	Летальность
Ушивание перфорации без иссечения и с иссечением язвы	719	27 (3,7%)	21 (2,9%)
Дуоденопластика	682	58 (8,5%)	24 (3,5%)
Прошивание кровооточащей язвы	155	33 (21,3%)	21 (13,5%)
Резекция желудка	143	6 (4,2%)	7 (4,9%)
Прочие (лапароскопическое ушивание, ваготомия с пилоропластикой, на отключение 12 п.к.)	158	11 (7,0%)	6 (3,8%)
Всего	1857 (100%)	135 (6,7%)	79 (4,2%)

Острый панкреатит

Острый панкреатит (2012 г.)	Кол-во больных	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Отечная форма	3510	76 (2,2%)	21 (0,6%)	8 (10,5%)
Деструктивная форма	635	268 (42,2%)	120 (18,9%)	69 (25,7%)
Суммарно	6831	402 (5,9%)	141 (2,1%)	77 (19,1%)
по России (суммарно)	-	9-12%	2,8-3,3%	7,1-33%



Острый панкреатит

Выводы:

- **оперативное вмешательство при отечном панкреатите и в ферментативной фазе панкреонекроза повышает летальность в 15 раз**

Проблемы:

- **низкая доступность современных методов диагностики (УЗИ и КТ);**
- **отсутствие комплексного подхода, сочетающего консервативные, малоинвазивные и хирургические методы лечения с пониманием стадийности и фазности течения заболевания**

Пути улучшения оказания помощи:

- **ранняя диагностика и рациональный объем консервативного лечения в зависимости от этиологии ОП (в соответствии с существующими протоколами);**
- **использование малоинвазивных методов лечения;**
- **своевременное применение открытых методов санации инфицированных очагов панкреонекроза;**
- **концентрация больных с инфицированным панкреонекрозом в**

Острый холецистит

Острый холецистит (2012 г.)	Кол-во больных	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Краснодарский край	5025	3217 (64%)	44 (0,9%)	41 (1,3%)
Россия	-	53-56%	0,7-1,3%%	0,8-1,5%
Вид операции	Кол-во больных	Осложнения	Летальность	
Открытая холецистэктомия	768	27 (3,5%)	21 (2,7%)	
Холецистэктомия из «мини» доступа	815	17 (2,1%)	12 (1,5%)	
Лапароскопическая холецистэктомия	1573	12 (0,7%)	8 (0,5%)	
Холецистостомия	61	2 (3,3%)	-	
Всего	3217 (100%)	58 (1,8%)	41 (1,3%)	

Острый холецистит

Выводы:

- возрастает оперативная активность;
- летальность обусловлена, в большей степени, декомпенсацией соматической патологии;
- преобладают малоинвазивные операции

Пути улучшения оказания помощи:

- внедрение эндовидеохирургических методик;
- внедрение пункционных методик декомпрессии желчевыводящих путей у больных «группы риска»;
- применение двухэтапного лечения холедохолитиаза (механической желтухи) с использованием эндоскопических методик

Острый аппендицит

Острый аппендицит (2012 г.)	Кол-во больных	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Краснодарский край	7776	7535 (96,9%)	6 (0,08%)	6 (0,08%)
Россия	-	97-98%	0,15-0,2%	0,18-0,2%

Выводы:

- наибольшая оперативная активность
- летальность остается только за счет поздней диагностики и госпитализации больных (свыше 24 ч – 22,7% больных)
- успехи достигнуты благодаря лапароскопической диагностике, эффективному лечению распространенного перитонита, рациональному консервативному лечению аппендикулярного инфильтрата

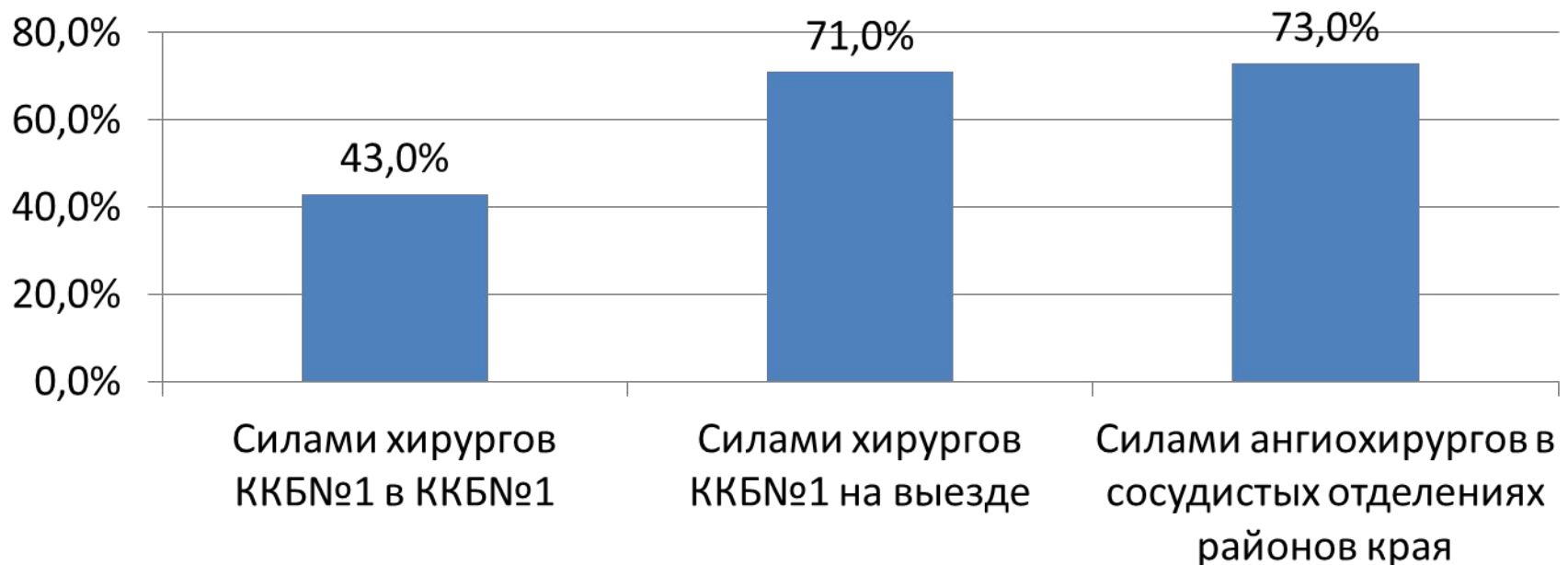
Пути улучшения оказания помощи:

- дальнейшее внедрение в стационары лапароскопических методов
- лечение аппендикулярных абсцессов малоинвазивными методами (дренированием под УЗ контролем)

Разрыв аневризмы брюшной аорты

Разрыв аневризмы (2012 г.)	Кол-во больных	Оперативная активность	Общая летальность	Послеоперационная летальность
Краснодарский край	36	24 (66,7%)	26 (72,2%)	14 (58,3%)
Россия	-	50-60%	70-85%	60-80%

Протезирование аорты при разрыве аневризмы



Разрыв аневризмы брюшной аорты

Выводы:

- без операции шансов на выживание нет;
- результаты лучше если операция проводится специалистами в специализированных отделениях;

Пути улучшения оказания помощи:

- знание общими хирургами принципов хирургической тактики «damage control»;
- владения общими хирургами навыками сосудистого шва

Проблемы коечного фонда

- Районы, где имеются две и более хирургические службы, расположенные в разных ЛПУ: г. Геленджик (ГБ – РБ Архипо-Осиповки), Кавказский р-н (ГБ г. Кропоткин – Кавказская РБ), Апшеронский р-н (Апшеронская ЦРБ – Хадыженская РБ), Абинский р-н (Абинская ЦРБ – Ильская РБ), Крымский р-н (Крымская ЦРБ – Варениковская РБ), Северский р-н (Северская ЦРБ – Афипская РБ), Тихорецкий р-н (Тихорецкая ЦРБ – Фастовецкая РБ).
- Оперативная активность в этих лечебных учреждениях (РБ) не превышает 15%. Объединение хирургических служб районов на базе ГБ или ЦРБ позволит сконцентрировать кадры и оборудование и тем самым повысить эффективность оказания хирургической помощи районов без увеличения коечного фонда. В тоже время уменьшится профицит хирургических коек и

Проблемы по хирургическому штату

- Средний возраст хирургов районов составляет $58 \pm 3,5$ лет, а уровень практических навыков молодого звена (до 35 лет) крайне низок. До 50% молодых хирургов не имеют категории. До 26% работающих хирургов в течение последних 3-х лет приехали в край из других регионов России и СНГ
- Только за 2012 год в крае проведены 9 образовательных хирургических конференций и 12 тематических совещаний с краевыми хирургами. Не посещали конференции и совещания хирурги следующих районов и городов: **Ейск, Кропоткин, Сочи, Абинск, Белоглинский, Динской, Кореновский, Красноармейский, Крыловской, Куцевский, Ленинградский, Мостовской, Отрадненский, Приморско-Ахтарский, Темрюкский, Успенский, Щербиновский.**

Проблемы по оказанию хирургической помощи

- В 2012 году с использованием эндовидеохирургической техники выполнено около 17000 оперативных вмешательств, что составило 3,6%. Общепринятый удельный вес малоинвазивных вмешательств в России составляет 7-10%. Технические возможности современного ультразвукового оборудования позволили расширить спектр методик и увеличить количество малоинвазивных методов лечения механической желтухи, кистозных образований паренхиматозных органов, гнойных процессов печени, почек, поджелудочной железы. На текущий период времени эндовидеохирургические вмешательства внедрены в 56% хирургических стационаров края, а малоинвазивные вмешательства выполняются только в 8% хирургических отделений.
- Дальнейшее оснащение ЛПУ края эндовидеохирургическим, эндоскопическим и ультразвуковым оборудованием позволит расширить объем и увеличить количество выполняемых малоинвазивных вмешательств.

Проблемы по взаимодействию с головными лечебными учреждениями, краевыми специалистами и отчетности

- Несвоевременные консультации с краевыми специалистами по тяжелым и нестандартным клиническим случаям
- Скрытие ятрогений и дефектов лечения
- Не использование всех диагностических возможностей ЛПУ перед телефонной или поликлинической консультациями
- Недобросовестный подход к предоставлению годовых отчетов и пояснительных записок по службе

Благодарю за внимание!

NB.

**Требуют разъяснения
современные положения
хирургической тактики**

Итак...

В 80-е годы была предложена концепция немедленной тотальной помощи– ETC (**early total care**), которая допускала одномоментное хирургическое лечение в первые 24 часа после травмы всех повреждений, как полостных, так и ортопедических.

Концепция ETC стала золотым стандартом оказания помощи пострадавшим с политравмой.

Длительное оперативное вмешательство у пострадавших с политравмой, особенно при торакальных, абдоминальных и черепно-мозговых повреждениях, с нестабильными гемодинамическими показателями, приводило к летальному исходу, как во время проведения этих операций, так и на 5-7-е сутки, от развившихся тяжелых осложнений – РДС взрослых, пневмония , ПОН и сепсис.

В иностранной литературе этот период носит название эры пограничных состояний – **the borderline era**.

Для оценки пограничных состояний в 1990г. Гановерской школой политравм была предложена система **damage control (контроль повреждений)**.

- Термин **damage control surgery** был предложен в 1993 г. М. Rotondo и соавт. для хирургии повреждений живота и состоял из трех этапов:

Первый этап – остановка кровотечения и бактериального загрязнения брюшной полости.

Второй – интенсивная противошоковая терапия в условиях реанимационного отделения, направленная для стабилизации жизненно важных функций организма (восполнение объема циркулирующей крови, коррекция коагулопатии, согревание пострадавшего, поддержка гемодинамики, вентиляционная поддержка, устранение ацидоза).

Третий этап – окончательное хирургическое лечение.

В 2001 г. J. Johnson и соавт. расширили концепцию и выделили

четвертый этап – **ground zero** :

- оказание догоспитальной медицинской помощи (максимально быстрая транспортировка в лечебное учреждение, простейшие меры по остановке кровотечения, профилактика гипотермии, подготовка к массивной трансфузионной терапии).

Были выделены отдельные протоколы
контроля повреждения для
абдоминальной, торакальной, черепно-
мозговой, спинальной и ортопедической
травм, получившие соответствующие
обозначения–
DCS (damage control surgery).

Основными патофизиологическими предпосылками тактики damage control являются :

метаболический ацидоз (уровень pH менее 7.2),

гипотермия (температура тела пострадавшего менее 34оС) ,

гипотензия (уровень систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст.),

коагулопатия (показатель активированного частичного тромбопластинового времени более 60 с.)

Этот квартет определяет физиологический предел организма, при котором даже наиболее технически успешная операция обречена на неудачу.

Для успешного применения **damage control** необходимо тщательно оценить три фактора:

- 1) тяжесть исходной травмы, первый удар– **the first hit**,
- 2) биологическую конституцию пациента, возраст, масса тела, сопутствующие заболевания,
- 3) число необходимых операций с учетом их продолжительности и вероятной кровопотери (**второй удар– the second hit**).

Больные распределяются на группы:

стабильные пограничные нестабильные критические

Применение активной тактики у **стабильных и пограничных** с выполнением любого вида вмешательства в срочном порядке возможно.

В группе нестабильные на первом этапе применяются только малотравматичные операции и консервативные способы.

В группе критические на первом этапе используются только консервативные методы лечения.

Хирургическое вмешательство выполняется на втором этапе, после стабилизации общего состояния, на 4-14-е сутки .

ВОТ ТЕПЕРЬ ВСЁ .