

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультета.

*НИР по производственной практике «Помощник врача
стационара»*

на тему

*«Причина смерти больных с острой хирургической
патологией брюшной полости .»*

Выполнила: Батурина Н.Г.
студентка 4 курса 5 группы
педиатрического факультета

*Проверил:
Кудряченко Ю.В.
и Кор⁴ [подпись]*

ОГЛАВЛЕНИЕ

Актуальность.....	1
Цель НИР.....	2
Задачи НИР.....	2
Обсуждение.....	2
Вывод.....	13
Список используемой литературы.....	14

Актуальность.

В последние годы в стационарах в Российской Федерации отмечается рост числа операций, наблюдается рост хирургической активности. Неотложные состояния при болезнях органов брюшной полости объемны и неоднородны о чем свидетельствует обширная специальная литература. Эта группа объединяет ряд заболеваний, различных по этиологии и патогенезу, но непременно угрожающих жизни больного и требующих срочных вмешательств, в том числе хирургических. Естественно, что научный интерес представляет не только оценка результатов оказанной экстренной медицинской помощи, но и причины смерти при лечении этой патологии. Именно причины летальных случаев явились целью настоящего исследования. Для этого проведён в динамике анализ летальных исходов, поступивших больных с заболеваниями органов пищеварения в стационары Российской Федерации и Волгоградской области. Данные для анализа привлечены из соответствующих форм Федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, Волгоградской области и Волгограду за 2010-2017гг., а по СКФО - за 2006-2016гг.

С 2010 по 2017 год на территории Российской Федерации и Волгоградской области, в отдельности, был проведён сравнительный анализ по динамике заболеваний.

Общее число умерших за 10 лет в хирургическом стационаре в России составило – 46837, в Волгоградской области – 771 человек. Из причин летальных исходов оперированных и не оперированных больных наиболее часто в Российской Федерации регистрировались такие исходы в условиях хирургического стационара, как: прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (8,2%), острая непроходимость кишечника (5,1%), желудочно-кишечные кровотечения (5,3%). Больные реже умирали от ущемлённой грыжи (3,2%) и острого панкреатита (3,5%). В Волгоградской области летальность по изучаемым заболеваниям была ниже, чем по России. Исследование проведённое в динамике за 10 лет показало, что существенной позитивной тенденции в уровне летальности от заболеваний органов пищеварения в Российской Федерации не произошло. Более того, произошёл рост числа умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки на 2,1%, от желудочно-кишечных кровотечений – на 2,3%, от острого панкреатита – на 27,5%. Таким образом, число умерших в Волгоградской области от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки уменьшилось на 24,3%, число случаев желудочно-кишечных кровотечений

уменьшилось в 2 раза. Определяющую роль в исходах заболеваний, требующих экстренной хирургической помощи, играют сроки доставки больных в стационар. При поступлении в хирургический стационар позже 24 часов после момента обострения (прободение язвы желудка, желудочно-кишечное кровотечение), вероятность летального исхода увеличивается в 2,1 в 7,5 раз.

Сопоставление полученных данных с вероятностью, рассчитанной для доставленных в стационар больных с диагнозом прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, показывает, что вероятность смертельного исхода, если больной доставлен в первые сутки заболевания – 41,8% (т.е. почти половина умерших), т.е. чем раньше доставлен больной, тем благоприятнее исход.

Цель научно-исследовательской работы:

Причины смерти больных с острой хирургической патологией брюшной полости.

Задачи научно-исследовательской работы:

Изучить учебную и научную литературу.

Обсуждение.

Значимость для российского здравоохранения проблемы некоторых заболеваний хирургического профиля обусловлена широким их распространением в структуре патологии органов брюшной полости и возрастающей частотой заболевания и осложнений, угрожающих жизни больного, отсутствием до настоящего времени высокоэффективных методов профилактики и лечения.

Анализ многолетних статистических данных свидетельствует о том, что в структуре госпитализированных в ургентном порядке больных хирургического профиля составляют 30%, при этом преобладают больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Особая тяжесть этого контингента пациентов, сохраняющаяся поздняя госпитализация, высокий уровень послеоперационной летальности обуславливают активный интерес учёных и клиницистов к вопросам организации экстренной хирургической помощи.

Своевременная диагностика и максимально быстрая доставка больного в стационар определяют ведущее место активной хирургической тактики в стационаре. Другой важной особенностью экстренной хирургии является

диагностическая неопределённость, возможность кардинальной смены диагноза в первые часы с момента поступления больного в стационар [1, 6, 10].

Дифференциальная диагностика острых заболеваний, требующих хирургического и нередко неотложного лечения формирует "рабочий диагноз", в основу которого положен ведущий синдром, объединяющий различные по своему характеру болезни хирургического и нехирургического профиля. Такой диагноз служит ключом к выбору алгоритма действий хирурга, который с наименьшей потерей времени и наибольшей безопасностью для больного позволяет приступить к адекватному лечению пациента [11].

Несмотря на немалые успехи в совершенствовании техники операций и всё нарастающее обеспечение самой совершенной аппаратурой и новейшими методами исследования, результаты лечения чаще всего встречающихся заболеваний, имеющих большое социальное значение, заметно не улучшаются. Так, например, летальность при остром аппендиците, остром холецистите, непроходимости кишечника, перитоните в течение многих десятилетий практически не снижается [8]. Послеоперационный перитонит также является актуальной проблемой современной хирургии, его частота составляет от до 7,8% при экстренных вмешательствах на органах брюшной полости. Летальность при послеоперационном перитоните, по разным исследованиям, колеблется от 25 до 83%. [7, 9, 12, 14-16]. Одним из актуальных вопросов оказания экстренной помощи при заболеваниях брюшной полости является лечение больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Составляя до 60-80% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта, гастродуоденальные кровотечения и сегодня сопровождаются высокой летальностью, достигающей в группе оперированных больных 25% и более [3, 5].

В последние годы в стационарах в Российской Федерации отмечается рост числа операций, наблюдается рост хирургической активности [4, 13]. Неотложные состояния при болезнях органов брюшной полости обширны и неоднородны о чем свидетельствует обширная специальная литература [1, 3, 5-8, 10, 11, 14, 15]. Эта группа объединяет ряд заболеваний, различных по этиологии и патогенезу, но непременно угрожающих жизни больного и требующих срочных вмешательств, в том числе хирургических.

Естественно, что научный интерес представляет не только оценка результатов оказанной экстренной медицинской помощи, но и причины смерти при лечении этой патологии. Именно причины летальных исходов явились целью настоящего исследования.

Для этого нами проведён анализ летальных исходов в динамике, поступивших больных с заболеваниями органов пищеварения в стационары Российской Федерации и Волгоградской области (данные взяты из соответствующих форм Федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, Волгоградской области и Волгограду за 2010-2017гг., а по СКФО - за 2006-2016гг.), в частности, по числу и доле умерших, несмотря на проводимые мероприятия (табл. 1, 2, 3).

Таблица 1

Число больных, умерших в стационарах хирургического профиля Российской Федерации из числа поступивших для оказания экстренной медицинской помощи в 2010 г.

Диагноз	Летальность госпитализированных по экстренным показаниям		Летальность госпитализированных по экстренным показаниям	
	РФ		Волгоградская область	
	Число умерших	Летальность	Число умерших	Летальность
1. Острая непроходимость кишечника	2536	5,1	48	6,1
2. Острый аппендицит	406	0,1	10	0,1
3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1935	6,7	37	4,8
4. Желудочно-кишечные кровотечения	3458	5,1	74	6,4
5. Ущемленная грыжа	1503	3,3	57	5,0
6. Острый холецистит	2046	1,1	47	1,1
7. Острый панкреатит	3601	2,6	73	3,4

Из данных таблицы следует, что в 2001г. в Российской Федерации наиболее часто летальные исходы в условиях хирургического стационара регистрировались от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (6,7%), а также от острой непроходимости кишечника и желудочно-кишечных кровотечений (5,1%). Реже больные умирали от ущемленной грыжи (3,3%) и острого панкреатита (2,6%). Что касается ситуации в стационарах Волгоградской области, то в 2010г. летальность в крае была существенно выше, чем в среднем по РФ от острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечных кровотечений, ущемленной грыжи, и острого панкреатита, на среднероссийском уровне – от острого аппендицита и острого холецистита, существенно ниже - от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 2

Число больных, умерших в стационарах хирургического профиля Российской Федерации из числа поступивших для оказания экстренной медицинской помощи в 2006 г.

Диагноз	Летальность госпитализированных по экстренным показаниям			
	РФ		Волгоградская область	
	Число умерших	Летальность	Число умерших	Летальность
1. Острая непроходимость кишечника	2320	5,1	35	4,6
2. Острый аппендицит	332	0,1	8	0,1
3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1820	6,7	30	6,6
4. Желудочно-кишечные кровотечения	3301	5,1	40	4,2
5. Ущемленная грыжа	1426	3,3	23	2,4
6. Острый холецистит	1790	1,1	28	0,6
7. Острый панкреатит	4458	2,3	49	1,8

Из таблицы 2 видно, что в 2006 г. в Российской Федерации вероятность летального исхода при остром панкреатите в условиях хирургического

стационара – 2,3% была существенно меньше, чем при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки (6,7%), острым желудочно-кишечном кровотечении, непроходимости кишечника (по 5,1%). Что касается ситуации в стационарах Волгоградской области, то в 2006г. летальность в области была ниже, чем в среднем по РФ от острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечных кровотечений, ущемленной грыжи, острого холецистита и острого панкреатита, на среднероссийском уровне – от острого аппендицита и прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 3

Число больных, умерших в стационарах хирургического профиля Российской Федерации из числа поступивших для оказания экстренной медицинской помощи в 2016г.

Диагноз	Летальность госпитализированных по экстренным показаниям			
	РФ		Волгоградская область	
	Число умерших	Летальность	Число умерших	Летальность
1. Острая непроходимость кишечника	2427	5,1	27	2,9
2. Острый аппендицит	313	0,1	7	0,1
3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1976	8,2	28	6,7
4. Желудочно-кишечные кровотечения	3538	5,3	36	3,6
5. Ущемленная грыжа	1410	3,2	29	2,8
6. Острый холецистит	1649	0,9	27	0,6
7. Острый панкреатит	4592	2,5	58	1,5

Из таблицы 3 следует, что в 2016г. в Российской Федерации наиболее часто летальные исходы в условиях хирургического стационара регистрировались от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (8,2%), а также от острой непроходимости кишечника (5,1%) и желудочно-кишечных кровотечений (5,3%). Реже больные умирали от ущемленной грыжи (3,2%) и острого панкреатита (3,5%). Что касается ситуации в стационарах Волгоградской области, то в 2016г. летальность в крае была существенно ниже, чем в среднем по РФ по всем изучаемым диагнозам, кроме острого аппендицита, летальность от которого, как и в предыдущие годы оставалась на низком уровне, соответствующему среднероссийскому уровню.

Таким образом, из таблиц следует, что в Российской Федерации в последнее десятилетие произошло уменьшение числа умерших от острого аппендицита – на 22,9% (с 406 в 2010г. до 313 случаев в 2017г.), в Волгоградской области за аналогичный период число больных, умерших от острого аппендицита, уменьшилось – на 30% (10 до 7 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с острым аппендицитом в РФ и в крае – остался неизменным.

За этот же период в РФ и Волгоградской области уменьшилось число умерших от острой непроходимости кишечника – на 4,3% и 43,8% (с 2536 до 2427 и с 48 до 27 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных острой непроходимостью кишечника с 2010 по 2017гг. в РФ не изменился, а в Волгоградской области – существенно уменьшился (что свидетельствует об успехах в хирургическом лечении таких больных).

В Российской Федерации в последнее десятилетие произошел рост числа умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – на 2,1% (с 1935 в 2010г. до 1976 случаев в 2017г.), в Ставропольском крае за аналогичный период число больных, умерших от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наоборот, уменьшилось – на 24,3% (37 и 28 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в РФ и в крае – увеличился (из-за общего снижения числа больных, нуждающихся в госпитализации по экстренным показаниям, возможно, из-за улучшения организации профилактики и наблюдения за такими больными в лечебно-профилактических учреждениях).

Что касается числа больных, умерших из числа госпитализированных по экстренным показаниям по поводу желудочно-кишечных кровотечений, то в

Российской Федерации оно за 10 лет увеличилось на 2,3%, а в Волгоградской области уменьшилось в 2 раза (с 74 до 36 случаев). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с желудочно-кишечными кровотечениями с 2010 по 2017гг. в РФ не изменился, а в Волгоградской области – существенно – почти в 2 раза - уменьшился (что свидетельствует об успехах в лечении таких больных).

За этот же период в РФ и Волгоградской области уменьшилось число умерших от ущемленной грыжи – на 6,2% и 49,1% (с 1503 до 1410 и с 57 до 29 случаев соответственно).

Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с 2010 по 2017гг. в РФ не изменился, а в Волгоградской области – существенно уменьшился, что также свидетельствует о лучшей организации экстренной помощи больным с ущемленной грыжей.

В Российской Федерации и Волгоградской области уменьшилось число умерших от острого холецистита – на 19,4% и 42,5% (с 1649 до 2046 и с 47 до 27 случаев соответственно). Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных острым холециститом с 2010 по 2017гг. в РФ не изменился, а в Ставропольском крае – уменьшился.

В Российской Федерации в последнее десятилетие произошел значительный рост числа умерших от острого панкреатита – на 27,5% (с 4592 в 2010г. до 3601 случаев в 2017г.), в Волгоградской за аналогичный период число больных, умерших от острого панкреатита, наоборот, уменьшилось – на 20,5% (73 до 58 случаев соответственно).

Показатель летальности госпитализированных по экстренным показаниям больных с острым панкреатитом в РФ остался неизменным (из-за сопутствующего роста числа госпитализаций), а в крае – уменьшился – с 3,4 до 1,5.

В таблице 4 представлена динамика (2001-2010гг) некоторых показателей, характеризующих экстренную медицинскую помощь больным, хирургической патологией в стационарах Российской Федерации.

Всю экстренную хирургическую патологию можно условно разделить на 3 группы. В первую группу входят заболевания, которые редко являются поводом для экстренного хирургического вмешательства: реже всего (исходя из патофизиологических особенностей течения заболевания) по экстренным показаниям оперируются больные, доставленные в стационар с острым

панкреатитом и желудочно-кишечным кровотечением. Доля неоперированных среди них составляла: для острого панкреатита от 90,1% в 2001г. до 91,3% в 2010г.; для желудочно-кишечного кровотечения - от 76,3% в 2001г. до 86,0% в 2010г.

Ко второй группе можно отнести острую непроходимость кишечника и острый холецистит. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационар с острой непроходимостью кишечника составляла от 40,5% в 2001г. до 46,6% в 2010г., а среди больных, доставленных в стационар с острым холециститом – от 50,8% в 2001г. до 48,5% в 2010г.

К третьей группе можно отнести хирургическую патологию, которая практически в 100% случаев при экстренной госпитализации нуждается в оперативном вмешательстве. Доля неоперированных среди больных, доставленных в стационары Российской Федерации с острым аппендицитом и прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в 2001-2010гг. не превышала 1%; доля неоперированных среди больных ущемленной грыжей – не превышала 7,0%.

Вместе с тем, летальность неоперированных больных, доставленных в стационары Российской Федерации по экстренным показаниям, наиболее высока в группе больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (за исследуемый период она колебалась в пределах от 85,8% до 100%); то есть прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием к операции. Летальность неоперированных больных при остальной изучаемой хирургической патологии не превышает 3,0%.

Таблица 4

Объем госпитализации в стационары Волгоградской области пациентов для оказания экстренной медицинской помощи с 2001 г. по 2010 г., число случаев

Диагноз заболевания	годы										Итого случаев
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
ост. раз. непроходимости кишечника	781	809	811	803	844	760	789	876	914	929	8307
ост. раз. аппендицита	6800	6368	6317	5983	5743	5346	6104	5705	5658	5315	59337
прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	776	611	474	546	595	482	409	454	474	419	5190
желудочно-кишечное кровотечение	1158	1027	1145	1134	1205	945	1007	1062	975	1007	10661
ущемленная грыжа	1133	1136	1190	1125	996	971	1093	1154	1108	1036	10842
ост. раз. холецистита	4208	3892	4188	4478	4776	4826	4391	3941	4225	4502	43178
ост. раз. панкреатита	2165	2274	2582	2698	3278	2744	3541	3378	3642	3770	30069
Всего случаев	17022	16105	16603	16767	17437	15744	17334	16600	16994	16978	167584

Изучена связь уровня летальности среди неоперированных больных и сроков доставки больных в стационары Российской Федерации за последние 10 лет. (табл. 4).

Больные с острой непроходимостью кишечника, доставлялись в стационары позже 24 часов от начала заболевания, в 2001г. в 35,5% случаев, в течение последующих 10 лет отмечалась тенденция к росту этого показателя (до 39,9%). Летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника составляла в 2001г. 2,1%; далее летальность постепенно уменьшалась и к 2010г. достигла уровня 1,8%. Летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника в целом естественно ниже, чем летальность неоперированных больных, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания: в 2001г. летальность неоперированных больных, доставленных в стационар поздно, была в 2 раза выше. К 2010г. на фоне общей тенденции к снижению летальности неоперированных больных, влияние временного фактора также уменьшилось и летальность неоперированных больных с острой непроходимостью кишечника, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, была лишь на треть выше.

Больные с острым аппендицитом, доставлялись в стационары позже 24 часов от начала заболевания, в 2001г. в 25,7% случаев, в течение последующих 10 лет отмечалась тенденция к росту этого показателя (до 26,9%). Летальность неоперированных больных с острым аппендицитом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, составляла в 2001г. 0,8%; далее летальность постепенно увеличивалась и к 2010г. достигла уровня 1,3%. Летальность неоперированных больных с острым аппендицитом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, естественно выше, чем летальность неоперированных в целом (в 2001г. летальность неоперированных больных, в целом составляла 0,6%). К 2010г. на фоне стабилизации на низком уровне общей летальности неоперированных больных, летальность неоперированных больных с острым аппендицитом, доставленных в стационар несвоевременно, снизилась.

Что касается больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, то они реже, чем больные с другими заболеваниями доставляются в стационар позже 24 часов от начала заболевания (в 2001г. – в 14,6% случаев); хотя в течение последнего десятилетия отмечается тенденция к ухудшению этого показателя (в 2010г. – до 18,6%). Возможно, это связано с

отработанным механизмом выявления и диспансерного наблюдения за больными.

Летальность неоперированных больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, доставленных в стационар позже 24 ч. от начала заболевания, чрезвычайно высока, в 2001 г. в среднем по стационарам Российской Федерации она составляла 92,7%, к 2010г. она еще более возросла, до 97,4%.

В Российской Федерации доля больных с желудочно-кишечным кровотечением, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, достаточно высока. В 2001г. она составляла 42,7%, в последующие годы она постепенно уменьшалась – до 39,3%. На фоне уменьшения доли больных с желудочно-кишечным кровотечением, доставленных в стационар несвоевременно и роста среди них доли неоперированных, отмечается неблагоприятная тенденция повышения летальности среди больных, доставленных в стационар с желудочно-кишечным кровотечением позже 24 ч. от начала заболевания (с 4,2 до 6,2%). Данный факт свидетельствует о необходимости пересмотра стандартов и протоколов лечения таких больных.

В 2001г. каждый пятый больной (22,9%) с ущемленной грыжей, был доставлен в стационар позже 24 часов от начала заболевания, к 2010г. показатель ухудшился, уже каждый пятый (25,2%) больной был доставлен в стационар несвоевременно. Несмотря на то, что доля неоперированных больных, доставленных в стационар с ущемленной грыжей поздно, в среднем по Российской Федерации невелика (составляет всего около 6%), летальность среди них в 2001гду составляла 11,8%, в 2010г. – 9,7%. Следует отметить, летальность среди

неоперированных существенно, как минимум в 3 раза, снижается, если больной доставляется в стационар вовремя.

Доля больных с острым холециститом, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания, также как и с острым панкреатитом высока (1). Она колеблется на уровне 45-46%. В течение 2001-2010гг. она практически не изменялась. В отличие от острого панкреатита, летальность неоперированных больных с острым холециститом, доставленных в стационар позже 24 ч. от начала заболевания, хотя и в 2 раза выше, чем летальность неоперированных в целом, находится на низком уровне (0,2% и 0,4%).

Что касается острого панкреатита, то его лечение проводится, в основном консервативными методами, поэтому доля неоперированных больных, доставленных в стационары Российской Федерации, с острым панкреатитом позже 24 ч. от начала заболевания, составляет более 88%, а летальность неоперированных находится на стабильном уровне 0,9% в целом и 1,3% среди больных, доставленных в стационар несвоевременно.

Таким образом, в стационары Российской Федерации по экстренным показаниям более или менее своевременно доставляются лишь больные с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острым аппендицитом и ущемленной грыжей. Самая высокая летальность среди неоперированных больных, в том числе и доставленных в стационар несвоевременно, отмечается среди больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Кроме того, отмечается рост доли больных с острой непроходимостью кишечника и больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания и, соответственно растет летальность этих больных.

Следует отметить, что большинство больных при возникновении неотложных состояний в 72,0 – 83,0% случаев госпитализируются в первые сутки после появления симптомов, кроме случаев острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечного кровотечения и острого панкреатита. Это, вероятно, связано с тем, что больные стараются «перетерпеть» боль и откладывают обращение к медицинским работникам на возможно более длительный срок; При поступлении позже 24 часов после начала заболевания вероятность летального исхода увеличивается в диапазоне от 2,1 до 7,5 раза. При этом необходимо заметить, что летальность больных с острой непроходимостью кишечника, желудочно-кишечным кровотечением и острым панкреатитом увеличивается от 2,1 до 2,9 раз, а при остром панкреатите – в 2,1 раза. Это позволяет думать, что выздоровление больных острым панкреатитом в меньшей степени зависит от сроков поступления в стационар, чем от другой неотложной патологии, но смертельный исход втрое чаще вероятнее среди поступивших позже 24 часов от начала заболевания. Однако и раннее поступление не гарантирует выздоровления. Острый панкреатит, учитывая полиэтиологичность его развития, принадлежит к числу наиболее распространенных и опасных для жизни больного заболеваний, требующих наблюдения хирурга в постоянной готовности оказать экстренную медицинскую помощь в условиях стационара

Сопоставление полученных данных с вероятностью, рассчитанной для доставленных в стационар больных с диагнозом прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, показывает, что вероятность смертельного исхода, если больной доставлен в первые сутки заболевания – 41,8% (т.е. почти половина умерших), а выздоровления – 86%, т.е. чем раньше доставлен больной, тем благоприятнее исход.

Наряду с выше изложенным нельзя не отметить, что врачебные ошибки в 80-85 % случаев являются причинами осложнений заболеваний, нередко приводящих к тяжелому клиническому исходу. Таким образом, мониторинг качества медицинской помощи наравне с работой по предупреждению врачебных ошибок должны занимать центральное место в лечебном процессе [2].

Выводы

1. Проблема экстренной хирургической помощи в Российской Федерации в целом и Волгоградской области остаётся актуальной для системы здравоохранения как на федеральном, так и на региональном и муниципальном уровнях.
2. На уровень летальности больных с острой хирургической патологией, обусловленной заболеваниями органов брюшной полости как в 2001 г. так и в 2010г. достоверное влияние оказывают сроки доставки больных в хирургические стационары и в значительной степени определяют прогноз исхода заболеваний.
3. При поступлении в хирургические стационары больных с патологией брюшной полости, требующей экстренной хирургической помощи позже 24 часов от начала заболевания вероятность летального исхода увеличивается в диапазоне от 2,1 до 7,5 раз.
4. Исследование в динамике за 10 лет показало, что без позитивной динамики остаётся крайне высокая летальность среди больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острой непроходимостью кишечника, доставленных в хирургические стационары позже 24 часов.
5. Неблагоприятная тенденция повышения летальности среди больных, доставленных в стационар с желудочно-кишечным кровотечением позже 24 часов от начала заболевания (с 4,2 до 6,2%) диктует необходимость пересмотра стандартов и протоколов лечения таких больных.

Список литературы

1. Архипов В.В., Багненко С.Ф., Озеров В.Ф. Современные принципы организации экстренной хирургической помощи в условиях крупного города //Вестник хирургии. 2013. № 6. С. 89-91.
2. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Клинический менеджмент. М.: Медицина. 2016. 304 с.
3. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М., 2011. 146 с.
4. Какорина Е.П. Роговина А.Г. Хирургическая активность в 1993-2002 гг. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 2. С. 25-31.
5. Лебедев Л.В., Седов В.М. Состояние и пути улучшения ангиохирургической помощи в Санкт-Петербурге /Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. СПб., 2006. С. 146-149.
6. Мартынов А.А., Березаева Е.А. Диагностика и терапия неотложных состояний. Петрозаводск. «Издательство «ИнтелТек». 2010. 372 с.
7. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М., 2010. 558 с.
8. Русаков В.И. Некоторые общие проблемы хирургии //Вестник хирургии. 2000. № 4. С. 99-101.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 5 группы
Батуриной Н.Г.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.