

УДК 616.381-616-089

Д.Б. Аужанов, М.Ж. Аймагамбетов  
Государственный медицинский университет г.Семей,  
г.Семей, Казахстан

### АКТУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАЗАХСТАНЕ

*Спаечная болезнь - проблема абдоминальной хирургии не решенная и актуальная во всем мире до сих пор. По своей сути это ятрогенная болезнь, поражающая оба пола и все возраста. Внутривентриальные спайки являются причиной острой кишечной непроходимости в 32%. Частота развития спаечной болезни достигает 80%*

*Целью работы явилось выявить актуальность и проблемы СБ с ее осложнениями в Казахстане*

*Заключение Актуальность спаечной болезни и ее осложнений в Казахстане неоспорима. Основные принципы хирургической техники должны соблюдаться всеми хирургами. Необходимо обучение и совершенствование компетенций специалистов в диагностике, профилактике и лечении СБ и ее осложнений. Необходима организация диспансерного или аналогичного учета данной категории больных.*

**Ключевые слова:** спаечная болезнь, острая спаечная кишечная непроходимость, профилактика

**Актуальность.** Спаечная болезнь (СБ) - проблема абдоминальной хирургии не решенная и актуальная во всем мире до сих пор. По своей сути это ятрогенная болезнь, поражающая оба пола и все возраста. Вопреки некоторым заблуждениям является осложнением не только общехирургических операций и манипуляций в брюшной полости, но и в гинекологии и урологии. Может быть агрессивным или же пританчиваемым «монстром», вызывающим острую кишечную непроходимость, хроническую абдоминальную и тазовую боль, нарушения процессов пищеварения, бесплодие, инвалидизацию в физическом и психологическом виде [1]. Над решением проблемы спаечной болезни с ее осложнениями бьются самые развитые страны мира, привлекая огромные финансы. Но, не смотря на это, на данный момент статистика приводит не утешительные данные. Внутривентриальные спайки являются причиной острой кишечной непроходимости в 32%. По некоторым данным частота развития СБ достигает 80% [2]. Госпитализации в течение 10 лет после операций на брюшной полости, связанные с осложнениями спаек составляют 34,6%. Около 15-18% требуют хирургического лечения. Смертность от спаечной кишечной непроходимости составляет 2,5%. Спаечный процесс полости таза является одной из основных причин бесплодия и хронической тазовой боли. 4,5% случаев госпитализаций по поводу тонкокишечной спаечной непроходимости связаны с имевшейся в анамнезе операции на органах малого таза. В 25% случаев спайки являются основной причиной хронической тазовой боли и были обнаружены у 20-30% женщин с нарушением фертильности [3]. И это только верхушка айсберга.

Мировая медицина бьет тревогу и ищет пути решения. Но как обстоит ситуация в нашей стране? Есть ли вообще эта проблема у нас, что известно о спаечной болезни, актуальна ли она? Мы попытались сделать небольшой анализ имеющихся данных и выявить актуальность и проблемы СБ с ее осложнениями в Казахстане.

По данным МЗСР РК с 2011 по 2014 год ежегодно в хирургические стационары с кишечной непроходимостью госпитализируются в среднем 4886 (SD=834.48) пациентов [4-7]. В около 80% этих случаев этиологией являются спайки брюшной полости. Оперативному лечению по данному заболеванию подвергаются 2231 (SD=96,46) больных, что составляет 0,3% всех операций на брюшной полости. Послеоперационная летальность составляет около 7%. И по данным на 2015 год улучшения ситуации также не отмечалось.

В частности в рамках проводимой диссертационной работы Д.Б.Аужанова «Иммуносупрессия в профилактике и лечении спаечной болезни», проведен ретроспективный анализ поступивших больных со спаечной кишечной непроходимостью и спаечной болезнью в стадии обострения с 2011 по 2015 год г.Павлодар и г.Семей. Получены следующие данные [8,9].

Оперативное лечение потребовалось 44,3% пациентам, консервативное лечение было эффективно в 55,7% случаев. Особое внимание следует уделить тому, что развитию спаечной болезни с ее осложнениями в 53,4%

предшествовала только 1 операция в анамнезе, в 34,7% две. Тем самым были выделены основные этиологические (причинные) факторы развития СБ с ее осложнениями: аппендэктомия - 29,4%, лапаротомия - 29,4%, операции при травмах органов брюшной полости - 19,6%, гинекологические операции - 22,15,4%. Лица наиболее трудоспособного возраста (30-50 лет) заболеванию подвергались в 34,8% всех случаев. В 22,3% выявлен рецидив СБ после оперативного лечения.

Даже уже на первый взгляд полученные цифры, которые можно соотнести к одной области страны (суммарно г.Павлодар и г.Семей), если не превышают, то на порядок выше мировых данных. Получив такой результат, возникает вопрос - в чем причина и как обстоит вопрос с диагностикой, профилактикой и лечением СБ и ее осложнений «на месте».

**Эпидемиологические аспекты и профилактика.** Этиопатогенез спаечного процесса в общем и СБ в частности очень сложен и много ступенчат, в котором задействованы множество систем организма человека. Пусковым механизмом является повреждение мезотелия брюшины механическими или воспалительными агентами (хирургическая операция, травма, воспалительные заболевания органов брюшной полости и т.д.). Полученные нами данные, приведенные выше, по этиологическим факторам СБ позволяют сделать некоторые предварительные выводы о том, что одной из возможных причин такой ситуации может быть не соблюдение некоторыми врачами-хирургами элементарных правил оперирования и санации брюшной полости.

Применение профилактических медицинских препаратов и изделий с доказанной эффективностью (по результатам достоверных клинических исследований), таких как твердые и жидкие внутривентриальные барьеры, в нашей стране ограничено, в частности из-за стоимости этих средств. Поэтому снижение травмы брюшины должно достигаться априори двумя основными методами: принципы атравматичности и использование малоинвазивных технологий [10].

При дополнительном анализе выявлено, что немаловажным аспектом является послеоперационное ведение больных после любых абдоминальных операций. В большинстве случаев такие простые меры, как ранняя активизация пациентов, быстрое возобновление или нормализация моторики кишечника, адекватное обезбоживание, не применяются должным образом. При выписке на амбулаторное наблюдение пациентам со СБ или высоким риском спайкообразования не даются соответствующие рекомендации, а также назначаются старые, доказано малоэффективные меры профилактики (физиотерапия, алоэ и т.д.).

**Диагностика СБ и ее осложнений.** Конечно, диагностика острой спаечной кишечной непроходимости не должна представлять затруднений. Но во время отбора историй болезни для ретроспективного анализа были выявлены следующие проблемы. Из всех найденных случаев с заключительным диагнозом острая спаечная кишечная непроходимость, к окончательному анализу не были допущены 7% случаев (всем проведена только

консервативная терапия). Тщательно изучив клинические и инструментально-лабораторные данные, по критериям отбора (и обоюдному мнению коллектива исследователей авторов) диагноз спаечная кишечная непроходимость у данной группы больных был отвергнут. У небольшого количества пациентов с выставленным диагнозом спаечная болезнь, ряд случаев также не нашел подтверждения по имеющимся данным функциональных и инструментальных обследований. На данном этапе причиной вышеизложенного принята гипердиагностика, что требует более тщательного анализа.

Общепринятые диагностические методы, как обзорная рентгенография брюшной полости, контрастная энтерография, пассаж бария не дают четкого представления о характере и течении спаечного процесса. УЗИ обследование, к сожалению, также не дает больших положительных результатов, в виду малообученности и не умения применить данный метод диагностики к данному заболеванию большинством специалистов функциональной диагностики. КТ или МРТ дорогостоящий вид исследования и практически не применяется у данной категории пациентов.

Действительно, диагностика спаечной болезни без ярких клинических проявлений или невыраженными функциональными нарушениями со стороны ЖКТ и т.п. несколько затруднительна. Но при должном подходе, умении, знании и организации эти трудности обязаны быть полностью ликвидированы.

**Амбулаторное наблюдение.** И последней основной проблемой на наш взгляд является отсутствие

диспансерного учета и наблюдения категории больных с высоким риском развития спаечной болезни, установленным диагнозом спаечная болезнь и пациентов оперированных по поводу спаечной непроходимости. После выписки из стационара пациенты практически оставлены сами себе. Учет их не ведется, регулярные осмотры для выявления ранних признаков развития СБ или кишечной непроходимости не проводятся. Пациентам на уровне стационара и врачебной амбулатории не разъясняются последствия и дальнейшие необходимые меры профилактики. Своевременная диагностика заболевания страдает, приводя к позднему обращению пациента, с уже развившейся кишечной непроходимостью или обострением спаечной болезни.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие **заключение.**

Актуальность спаечной болезни и ее осложнений в Казахстане неоспорима.

Основные принципы хирургической техники должны соблюдаться всеми хирургами.

Использование любых мер или продуктов, клиническая эффективность которых доказана и безопасна в исследованиях с хорошим уровнем доказательности, следует рекомендовать для использования в хирургических процедурах, где высок риск спайкообразования.

Необходимо обучение и совершенствование компетенций специалистов в диагностике, профилактике и лечении СБ и ее осложнений.

Необходима организация диспансерного или аналогичного учета данной категории больных.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Hammoud A., Gago L. A., Diamond M. P. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? // Fertility and Sterility. – 2004. – Т. 82, № 6. – С. 1483-14916
- 2 Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины// Монография. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. Сер. Актуальные вопросы медицины. – количество страниц 159
- 3 21. diZerega G. S., Tulandi T. Prevention of intra-abdominal adhesions in gynaecological surgery // Reproductive Biomedicine Online. – 2008. – Т. 17, № 3. – С. 303-306
- 4 Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году / МЗСР РК // Статистический сборник – 2012.
- 5 Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году / МЗСР РК // Статистический сборник – 2013.
- 6 Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году / МЗСР РК // Статистический сборник – 2014.
- 7 Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году / МЗСР РК // Статистический сборник – 2015.
- 8 Д. Б. Аужанов, Н. Б. Омаров, А. Д. Раимханов. Некоторые эпидемиологические аспекты спаечной болезни и ее осложнений северо-восточного региона Казахстана// «МИР НАУКИ И МОЛОДЕЖЬ: НОВЫЕ ПУТИ РАЗВИТИЯ» Материалы международной конференции молодых ученых. - 2016 г. - с.61-62
- 9 Д.Б.Аужанов, М.Ж.Аймагамбетов. Проблемы спаечной болезни Северо-восточного региона Казахстана // Специальный выпуск Наука и здравоохранение -2016 - №2 - С.22
- 10 Ouaiissi M., Gaujoux S., Veyrie N., Deneve E., Brigand C., Castel B., Duron J. J., Rault A., Slim K., Nocca D. Post-operative adhesions after digestive surgery: Their incidence and prevention: Review of the literature // Journal of Visceral Surgery. – 2012. – Т. 149, № 2. – С. E104-E114

**Д.Б. Аужанов, М.Ж. Аймагамбетов**

*Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті, Қазақстан Республикасы*

#### ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖАБЫСҚАҚ АУРУЫ МЕН ОНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ ЖӘНЕ МӘСЕЛЕРІ

**Түйін:** Жабысқақ ауруы – шешімі табылмаған және дүниежүзінде әлі де өзекті болып келетін құрсақ хирургиясының мәселесі. Шын мәнінде, бұл - екі жынысты да, және барлық жасты қамтып зақымдайтын ятрогенді ауру. Ішастар ішілік жабысқақтар 32%-нда өткір ішек өтімсіздігінің себебі болып табылады. Жабысқақ ауруының даму жиілігі 80%-ға дейін жетеді.

**Жұмыстың мақсаты.** Қазақстандағы ЖА мен оның асқынуларының өзектілігін және мәселелерін анықтау болып табылады.

**Нәтиже.** Қазақстандағы жабысқақ ауруы мен оның асқынуларының өзектілігі ап-анық. Барлық хирургтар хирургиялық техниканың негізгі қағидаларын ұстануы қажет. Мамандарды ЖА және оның асқынуларын диагностикалауға, алдын алу мен емдеуге оқытып, біліктілігін жетілдіру қажет. Осы санаттағы науқастардың диспансерлік немесе соған ұқсас тіркеу есебін ұйымдастыру қажет.

**Түйінді сөздер:** жабысқақ ауруы, өткір ішек өтімсіздігі, алдын алу

D.B. Auzhanov, M.Z. Aymagambetov  
Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

#### ACTUALITY AND PROBLEMS OF ADHESIVE DISEASE AND ITS COMPLICATIONS IN KAZAKHSTAN

**Resume:** Adhesive disease - the problem of abdominal surgery has not been solved and is relevant all over the world so far. At its core, it is an iatrogenic disease that affects both sexes and all ages. Intraperitoneal adhesions cause acute intestinal obstruction in 32%. The frequency of development of the adhesive disease reaches 80%

**The aim** of the work was to reveal the actuality and problems of adhesions with its complications in Kazakhstan

**Conclusion** The relevance of adhesions and its complications in Kazakhstan is undeniable. The basic principles of surgical technique should be observed by all surgeons. It is necessary to train and improve the competence of specialists in the diagnosis, prevention and treatment of adhesions and its complications. It is necessary to organize a dispensary or similar observation of this category of patients.

**Key words:** adhesive disease, acute adhesive intestinal obstruction, prevention

УДК614.2:65.016 (574.51)

К.А. Тулебаев<sup>1</sup>, В.И. Ахметов<sup>2</sup>, Г.У.Кулкаева<sup>2</sup>, К.К.Куракбаев<sup>1</sup>, Б.С.Турдалиева<sup>1</sup>, Г.Д.Кузиева<sup>1</sup>, К.Б.Карибаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,

<sup>2</sup>Управление здравоохранения Акимата города Алматы

#### МОДЕЛЬ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

В рамках реализации НТП «Модель всеобъемлющей медицинской помощи» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова совместно с управлением здравоохранения города Алматы начали реализацию экспериментального инновационного проекта «Интегрированная (всеобъемлющая) медицинская помощь при хронических неинфекционных заболеваниях в организациях здравоохранения города Алматы». Целью проекта является научное обоснование, разработка, внедрение и оценка интегрированной модели медицинской помощи, обеспечивающей достижение всеобщего охвата и удовлетворяющей потребности населения медицинскими услугами. Разработана «Модель модернизации здравоохранения города Алматы» в рамках реализации стратегических документов государства и министерства здравоохранения РК. Успешная реализация позволяет достичь цели проекта - достижение всеобщего охвата и удовлетворение потребности населения медицинскими услугами. Результативность данной модели позволяет трансформировать ее на весь город Алматы, и в другие регионы.

**Ключевые слова:** модель модернизации здравоохранения, здравоохранение города Алматы.

Глава государства Казахстана Назарбаев Н.А., в рамках реализации цели Стратегии – 2050 [1] и Плана нации «100 конкретных шагов» [2] в своем Послании народу Казахстана «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» [3] определил новые приоритеты в направлении устойчивого продвижения в число 30 передовых стран, в том числе, и устойчивого развития отрасли здравоохранения.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан в рамках выполнения задач, поставленных перед системой здравоохранения в Послании Президента страны, определило для себя пять ключевых задач на 2017 год, в том числе, интегрированная система здравоохранения вокруг нужд пациента, развитие частной медицины, рациональное использование государственных ресурсов, финансовая устойчивость системы и новый менеджмент.[4]

В рамках реализации НТП «Модель всеобъемлющей медицинской помощи» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова совместно с управлением здравоохранения города Алматы начали реализацию экспериментального инновационного проекта «Интегрированная (всеобъемлющая) медицинская помощь при хронических неинфекционных заболеваниях в организациях здравоохранения города Алматы».

**Целью** проекта является научное обоснование, разработка, внедрение и оценка интегрированной модели медицинской помощи, обеспечивающей достижение всеобщего охвата и удовлетворяющей потребности населения медицинскими услугами.

**Актуальность.** По определению ВОЗ (2002), всеобъемлющая или интегрированная медицинская помощь – это концепция, объединяющая вложения, предоставление, управление и организацию услуг, применительно к диагностике, лечению, паллиативной помощи, реабилитации и укреплению здоровья. Она также подразумевает улучшение услуг, доступности, качества, удовлетворенности пациентов и результативности.

В 2005 г. все государства-члены ВОЗ выразили свою приверженность цели достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

Доктор Маргарет Чен – генеральный директор ВОЗ, в

обращении к участникам Шестидесятой пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2012 года) сказала: «Всеобщий охват населения медицинскими услугами – это единственная, самая надежная концепция, которую может предложить система общественного здравоохранения» [5].

Цель всеобщего охвата населения медицинскими услугами состоит в том, чтобы у каждого человека была возможность пользоваться необходимыми видами медицинского обслуживания без риска разорения или обнищания [6]. Всеобщий охват медицинскими услугами предполагает широкое толкование набора услуг, необходимых для поддержания высокого уровня здоровья и благополучия. Диапазон этих услуг начинается от оказания клинической помощи индивидуальным пациентам и заканчивается предоставлением общегосударственных услуг в интересах охраны здоровья населения в целом.

Усилия в поддержку достижения цели всеобщего охвата населения медицинскими услугами также подразумевает пациент-ориентированность системы здравоохранения - обеспокоенность по поводу необходимости соблюдения принципа справедливости и уважительного отношения к праву каждого человека на здоровье [7].

Многие правительства стран на данном этапе рассматривают прогресс на пути достижения этой цели в качестве руководящего принципа для развития систем здравоохранения, а также для развития человеческого потенциала в целом.

Путь к всеобщему охвату населения медицинскими услугами получил название «третьего глобального перехода на новые принципы здравоохранения».

Сроки осуществления и первоочередность конкретных действий отличаются в зависимости от страны, но более высокая цель добиться того, чтобы все люди имели возможность пользоваться необходимыми медицинскими услугами без риска финансового бремени, остается неизменной повсеместно. Всеобщий охват достигается тогда, когда каждый вид вмешательства становится доступным для всех тех, кто в нем нуждается, и когда он приносит желаемые эффекты.