

²М.А. Булешов, ¹Г.К. Каусова, ¹Б.О. Аширов, ¹А.К. Илимova

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан;

²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И РОЛЬ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЕЕ СНИЖЕНИИ

В статье описаны данные об уровне летальности от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и её основных причинах. В группе болезней органов брюшной полости выделяют группу острых хирургических заболеваний, объединённых под названием «острый живот». Она включает острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, непроходимость кишечника, ущемленные грыжи, перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечные кровотечения. Заболевания отличаются как по клинической картине, так и по этиопатогенезу. Объединяет их одно — все они несут непосредственную угрозу для жизни в случае несвоевременного лечения.

Ключевые слова: острые хирургические заболевания, эндовидеохирургические технологии, лечебные организации, острый аппендицит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва, острый панкреатит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстная кишка, Республика Казахстан.

Актуальность исследования. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости сохраняют свое лидирующее положение в структуре госпитальной летальности, в ряде регионов положительной динамики не наблюдается [1-5]. Анализ причин летальности и определение путей ее снижения на основе внедрения новых методологических подходов и хирургических технологий в хирургических стационарах являются актуальной задачей на современном этапе в различных областях Республики Казахстан (РК).

Цель исследования - анализ структуры острых хирургических заболеваний органов брюшной полости за последние 15 лет в г. Шымкент и в районах Южно-Казахстанской области, а также определение эффективности результатов лечения с применением новых хирургических технологий.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 5125 больных, которые госпитализировались с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости в сроки с 2002 по 2016 г. в лечебные организации г. Шымкент (областная клиническая больница, Туркестанская центральная районная больница, городская клиническая больница скорой медицинской помощи) Южно-Казахстанской области.

В основную группу включены пациенты, которым проводилась диагностическая или лечебная лапароскопия - 3126 (61 %), контрольную группу составили 1999 (39 %) больных, которых лечили по традиционной методологии. Кроме того, произведена ретроспективная оценка результатов диагностики и лечения 4128 больных начиная с 1996 г.; больных также разделили на две группы (основная группа - 1660, контрольная группа - 2468) по критерию применения эндовидеохирургической (ЭВХ) технологии. Распределение больных по нозологическим формам представлено в таблице 1. Среди них было 2448 (47,8%) мужчин и 2677 (52,2%) женщин в возрасте от 16 до 92 лет, средний возраст 45±12 лет. Ретроспективно изучены исходные различия групп пациентов с вариантами течения болезни и результатами

медикаментозного и хирургического лечения с помощью как открытых, так и эндовидеохирургических технологий, проспективно прослежена судьба разных групп больных, в том числе и по качеству жизни (SP-36).

Таблица 1 - Распределение по нозологическим формам больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, включенных в исследование (абсолютных цифрах и %)

Нозологическая форма	Город Шымкент		Туркестан, Южно-Казахстанская область		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Острый панкреатит	704	28,5	802	30,1	1506	29,3
Острый аппендицит	404	16,3	436	16,4	840	16,4
Острый холецистит	628	25,5	631	27,5	1259	24,5
Острая кишечная непроходимость	175	7,09	188	7,07	363	7,08
Желудочно-кишечное кровотечение	213	8,6	236	8,8	449	8,8
Перфоративная язва	140	5,7	156	5,8	296	5,8
Ущемленная грыжа	201	8,2	211	7,9	412	8,0
Итого	2465	100,0	2660	100,0	5125	100

Каждый год лечение проходили в среднем 5680±123 человека. Сопутствующие заболевания имелись у 68,4 % больных, в ряде случаев они служили основанием для отказа от ЭВХ методологии оперативного вмешательства. Проведен анализ эффективности лечебной тактики с учетом внедрения диагностической и лечебной ЭВХ технологии. На этапе анализа использована стратифицированная рандомизация с формированием контрольных групп, сравнимых по важнейшим характеристикам. Программа обследования больных включала обследование перед операцией и в раннем послеоперационном периоде, в ближайшие сроки после операции (от 2 до 4 месяцев) и в отдаленные сроки после операции (от 1 года до 6 лет). В целом диагностические и лечебные протоколы соответствовали требованиям нормативных документов [6]. Состояние больных до и после операции оценивали по шкале APACHE II, A8A. Для обработки результатов исследования использованы процедуры медико-биологической математической статистики, реализованные в прикладных программах Excel 97. Помимо элементов дискриптивной статистики использованы анализ выживаемости актуарным методом, корреляционный анализ. Арбитражный уровень ошибки первого рода был принят 0,05 единиц.

Результаты и их обсуждение. С момента начала ведения статистического учета основных нозологических форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в г. Шымкенте и вплоть до 1999 г. первое место как по абсолютному числу больных, так и по удельному весу занимал острый аппендицит. Начиная с 2000 г. и до настоящего времени отмечается преобладание острого панкреатита, который занял ведущую позицию, оттеснив острый аппендицит на второе место. Третью позицию на протяжении всего периода времени занимают больные с острым холециститом. С начала 1990-х г. отмечено увеличение более чем в 2 раза абсолютного и относительного числа больных (до 6,2 %) с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (таблица 2).

Таблица 2 - Соотношение отдельных форм острой хирургической патологии в Шымкенте и Туркестане, % от общего числа больных

Нозологическая форма острого живота	Шымкент		Туркестан к 2016 г.
	1999 г.	2016 г.	
Острый панкреатит	20,10	41,70*	24,00
Острый аппендицит	59,00	20,50*	28,00
Острый холецистит	29,46	19,75*	19,00
Ущемленная грыжа	4,4	6,53	6,00
Желудочно-кишечное кровотечение	4,69	5,30	11,00*
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,10	3,24	4,00
Острая кишечная непроходимость	2,4	2,99	8,00*
Всего	100,0	100,0	100,0

$p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Отмечено увеличение абсолютного числа больных с ущемленными грыжами, на фоне которого с 1999 г. отмечается некоторое уменьшение летальности при данной патологии [7]. При анализе зависимости послеоперационной летальности от сроков госпитализации пациентов выявлена картина, характерная практически для всех нозологий: с увеличением времени, прошедшего с момента заболевания до поступления больного в стационар, резко возрастает уровень послеоперационной летальности (таблица 3).

Таблица 3 - Послеоперационная летальность в Шымкенте при острых хирургических заболеваниях в зависимости от сроков госпитализации пациентов (1999-2016 гг.), %

Нозологическая форма острого живота	Послеоперационная летальность при сроках госпитализации от начала болезни		
	до 6 ч	6-24 ч	позже 24 ч
Острый аппендицит	0,06	0,1	0,5*
Ущемленная грыжа	2,8	4,7*	15,2*
Острая кишечная непроходимость	5,8	8,0	14,8*
Острый холецистит	2,7	2,9	6,7*
Острый панкреатит	18,8	26,9	33,6*
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,2	5,2*	21,6*
Желудочно-кишечное кровотечение	15,5	7,9	17,5

* $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Обращает на себя внимание значительное (практически в 2 раза) увеличение поздней госпитализации больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости за последние годы в Шымкенте по сравнению с 1999 гг. (таблица 4).

Таблица 4 - Госпитализация больных позже 24 ч от начала заболевания в Шымкенте, %

Нозологическая форма острого живота	1999 г.	2014 г.*	2015 г.*	2016 г.*
Острая кишечная непроходимость	26,3	52,11	54,18	54,65
Острый аппендицит	20,8	41,59	44,19	45,04
Перфоративная язва желудка и ДПК	11,2	29,21	29,06	29,89
Желудочно-кишечное кровотечение	36,0	56,43	62,43	64,82
Ущемленная грыжа	21,2	38,3	40,79	38,11
Острый холецистит	39,3	60,21	58,74	61,29
Острый панкреатит	32,0	56,80	57,09	61,29

* $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Такая же тенденция, но менее выраженная, наблюдается и в Туркестане и Южно-Казахстанской области. За последние годы частота госпитализации больных позже 24 ч. от начала заболевания не имеет тенденции к снижению, в ряде нозологий остается неприемлемо высокой. Во всех нозологиях, кроме ущемленной грыжи, поздняя госпитализация увеличилась в 2 и более раз. Практически среди всех нозологий выражена тенденция многократного возрастания послеоперационной летальности у больных пожилого и старческого возраста (таблица 5).

Таблица 5 - Зависимость уровня послеоперационной летальности от возраста пациентов в Шымкенте, 2012-2016 гг. (в целом по группам)

Нозологическая форма острого живота	Послеоперационная летальность (%) при возрасте больного (лет)						Средний уровень
	до 40	41-50	51-60	61-70	71-80	старше 80	
Острый аппендицит	0,05	0,1	0,1	4,0*	40,0*	78,6*	0,29*
Острый холецистит	1,0	1,0	4,0	12,4*	30,1*	94,1*	3,7*
Острая кишечная непроходимость	1,0	7,0	8,0	10,1*	18,2*	78,9*	9,7*
Ущемленная грыжа	0,8	1,0	3,5	13,9*	23,0	94,9*	8,8*
Острый панкреатит	20,0	21,0	23,0	23,0	31,0*	53,6*	32,5*
Перфоративная язва желудка и ДПК	2,6	4,7	5,2	10,0*	26,6*	83,1*	8,1*
Желудочно-кишечное кровотечение	6,8	9,8	10,8	32,0*	30,1*	69,0*	10,0*

* $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни) (сравнение с лицами до 60 лет).

Наиболее показательны в этом отношении острый аппендицит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость и перфоративная язва. Исключение составляет острый панкреатит, где высокая летальность имеется во всех возрастных группах и

увеличение ее в старческом возрасте не столь значительное, как при других нозологических формах. Здесь следует отметить, что Шымкент является одним из самых «молодых» городов РК, число жителей пенсионного возраста в нем не превышает 10 %. При рассмотрении медианы возраста больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в разные периоды наблюдения в разных регионах обращает на себя внимание смещение ее на 15-23 года (в среднем на 19±3,3 года), что влияет на послеоперационную летальность (таблица 6).

Таблица 6 - Медиана возраста больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в различных регионах, лет

Нозологическая форма острого живота	Шымкент		Туркестан и Южно-Казахстанская область		Всего	
	1995-2006	2007-2016	1995-2006	2007-2016	1995-2006	2007-2016
Острый аппендицит	28,2±5,4	39,3±4,2	29±4	41±6*	28,6±4,3	41±5
Острый холецистит	41±3,5	58±5,4*	39±6,3	49±7,2*	40±4,2	53,5±6,0
Острый панкреатит	42±6,2	58±4,2*	38±3,2	56±6,2*	41±5,2	56,2±4,4
Желудочно-кишечное кровотечение	36±6,1	59±4,0*	39±4,1	57±5,5*	37,5±5,5	58,3±4,8
Перфоративная язва желудка и ДПК	34±7,2	58±5,3*	29±6,7	51±1,2*	31±6,8	56±3,2
Острая кишечная непроходимость	39±4,7	53±8,2*	37±3,2	54±7,6*	37±4,1	53,5±8,2
Ущемленная грыжа	56±6,2	67±5,3*	58±4,4	68±4,1*	57±6,2	67,5±5,2
Итого	39±7,0	56±6,5*	38, ±5,2	53,2±3,2*	38,3±6,1	55,6±2,2

* p<0,05 (критерий Стьюдента).

На 42±6,7 % в Шымкенте и 32,2±4,3 % в Туркестане и Южно-казахстанской области возросло число соматически отягощенных больных с высоким операционным риском. Следующий фактор летальности - адекватность хирургической тактики, и прежде всего - своевременность оперативного вмешательства (таблица 7).

Таблица 7 - Сроки операций после госпитализации при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Шымкенте

Нозологическая форма острого живота	Сроки операции	Оперировано, %			
		2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
1	2	3	4	5	6
Острый аппендицит	До 6 ч	70,36	70,39	71,17	69,56
	Позже 24 ч	5,69	6,67	6,56	5,95
Острая кишечная непроходимость	До 6 ч	41,01	39,43	40,16	42,13
	Позже 24 ч	23,17	21,29	21,41	21,14
<i>Окончание</i>					
1	2	3	4	5	6
Ущемленная грыжа	До 6 ч	64,53	61,60	75,17	74,01
	Позже 24 ч	21,47	24,76	13,68	14,98
Перфоративная язва желудка и ДПК	До 6 ч	78,39	77,38	79,12	82,75
	Позже 24 ч	12,80	11,87	10,90	6,68
Желудочно-кишечное кровотечение	До 6 ч	40,91	36,19	43,33	47,44
	Позже 24 ч	37,08	40,59	36,36	32,35
Острый холецистит	До 6 ч	15,43	14,40	11,52	11,40
	Позже 24 ч	56,82	56,25	62,42	60,26
Острый панкреатит	До 6 ч	27,91	22,03	26,92	25,48
	Позже 24 ч	44,33	53,36	45,19	49,81
Всего	До 6 ч	51,46	50,76	51,99	51,63
	Позже 24 ч	25,32	25,55	25,86	25,04

Среди основных факторов, приводящих к летальному исходу у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, большой вес занимают диагностические и тактические ошибки хирургов стационаров (32-52 %) (таблица 8).

Таблица 8 - Факторы, влияющие на причины летальных исходов при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, % от общего числа больных

Фактор летальности	Шымкент	Южно-Казахстанская область	Туркестан	
1	2	3	4	
Поздняя госпитализация, в т. ч.	72,4	69,3	63	
а) позднее обращение за медицинской помощью				
б) отказ от госпитализации	65,9	55,4	53,3 2.1	
в) поздний перевод из нехирургических стационаров	1,7	4,2	3,2	
г) ошибки врачей догоспитального этапа (тактические)	1,0	2,1	4,4	

	3,8	4,3		
Ошибки врачей стационаров, приведшие к поздним операциям	20,4	25,6	26,1	
Отказ больного от операции	1,5	1,7	2,3	
Тактические и технические ошибки хирургов	11,8	12,1	18	
Дефекты анестезиологического пособия	0,8	0,9	0,6	
Тяжесть послеоперационных осложнений	23,2	33,9	27	
1	2	3	4	
Тяжесть основной и сопутствующей патологии	38,9	36,5	39	
Неполноценное лечение	3,3	4,3	3	
Ятрогенные осложнения	1,7	1,9	1,6	

Изменение тактических подходов в лечении ряда нозологий и внедрение новых технологий (диагностической и лечебной эндоскопии и ЭВХ) при росте негативных тенденций позволило сдержать ожидаемый рост летальности. Это касается как острого холецистита и аппендицита, так и панкреатита и кровоточащей язвы.

Заключение. Изменения в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на современном этапе представлены значительным увеличением больных пожилого и старческого возраста и соматически ослабленных больных (на $42 \pm 6,7$ %), трехкратным увеличением социально-обусловленной патологии, прежде всего деструктивных панкреатитов и желудочных кровотечений, требующих значительно больших материальных затрат для лечения. В 2 раза возросла поздняя госпитализация пациентов, связанная как с поздней обращаемостью, так и с достаточно высоким уровнем тактических и диагностических ошибок.

Основным фактором снижения летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости является широкое внедрение в ургентную хирургию, как в многопрофильном стационаре мегаполиса, так и в условиях периферии, принципов и технологии лечебной и диагностической эндоскопии и ЭВХ. Это позволит снизить инвазивность диагностики и тяжесть оперативного вмешательства, особенно в ситуации высокого операционного риска, обеспечить раннюю диагностику заболевания, исключить неоправданные лапаротомии, выбрать адекватную лечебную тактику.

При соблюдении единых принципов выбора диагностической и лечебной тактики на основе широкого использования ургентной лечебной и диагностической эндоскопии и эндовидеохирургической технологии результаты лечения существенно улучшаются и мало различаются в мегаполисе и на периферии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белов И. Н. К вопросу организации хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 1998. - №2. - С. 78-82.
- 2 Дятченко О. Т., Мерабишвили В. М., Бахтияров Р. Ш. и др. Динамика основных социально-демографических показателей здоровья населения Санкт-Петербурга, 1999-2001 гг. // Вопр. онкол. - 2003. - Т. 49, № 3. - С. 299-311.
- 3 Здравоохранение Санкт-Петербурга: Концепция развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997-2003 гг. - СПб.: 2000. - 96 с.
- 4 Слепых Н. И. Причины осложнений и летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости // Вестн. хирург.им. И.И. Грекова. - 2000. - №2. - С. 39-43.
- 5 Ширяева А. С. Медико-социальные проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед.наук - М., 1996. - 26 с.
- 6 Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости: Приказ Комитета по здравоохранению Администрации. - СПб. - 2001. - №26. - 32 с.
- 7 Багненко С. Ф., Озеров В. Ф., Харевов К. А., Негрей В. А. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2005 год. - СПб.: 2006. - 16 с.

²М.А. Булешов, ¹Г.К. Каусова, ¹Б.О. Аширов, ¹А.К. Илимova

¹ЖҚДМ

²ОМФА

ІШ ҚҰЫСЫНЫҢ МҮШЕЛЕРІНІҢ ӨТКІР ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫНДАҒЫ ӨЛІМ ҚҰРЫЛЫМЫ ЖӘНЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫҢ ОНЫ ТӨМЕНДЕТУДЕГІ РӨЛІ

Түйін: Ғылыми мақалада іш қуысы органдарының өткір хирургиялық ауруларынан туындайтын өлімнің деңгейі мен оның себептері келтірілген. Осы аурулардың негізгі нозологиялары ретінде өткір панкреатит, өткір аппендицит және өткір холецистит аурулары қарастырылған. Осы аурулардың арасында елеулі жағдаймен байланысы бар құрылымы өзгерген панкреатиттер мен асқазаннан қан кету оқиғалары жылдам өсуде. Ургентті хирургия саласына емдеу мен эндовидеохирургия шарттары мен технологияларын ендіру арқасында аурулардың диагностикасы жақсарды, оперативтік емдеу барысы жеңілдеп, негізсіз лапаротомия жасау тоқталды.

Түйінді сөздер: өткір хирургиялық аурулар, эндовидеохирургиялық технологиялар, медициналық ұйымдар, жедел аппендицит, созылмалы қуық безі, өткір ішек өтімі, перфорациялық жара, өткір панкреатит, асқазан жарасы

²M.A. Bulesov, ¹G.K. Kausova, ¹B.O. Ashirov, ¹A.K. Ilimova

¹Higher school of public health

²South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

**THE STRUCTURE OF MORTALITY IN ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY
AND THE ROLE OF ENDOVIDEOSURGICAL TECHNOLOGY IN ITS DECLINE**

Resume: This article elucidates levels of mortality with acute diseases of surgery organs of abdominal cavity and their main etiology structures. Study structure of these diseases showed that bulk large position takes acute pancreatitis, acute appendicitis and acute cholecystitis. Amon them there is rapidly increase socially conditioned pathology, including destructive form of pancreatitis and gastric bleeding. The introduction of the principles treatment technologies and diagnostic endoscopy and endovideosurgery into urgent surgery made it possible to reduce the invasiveness of diagnosis and severity of operational inhalation to exclude an unjustified laparotomy.

Keywords: acute surgical diseases, endovideosurgical technologies, medical organizations, acute appendicitis, strangulated hernia, acute intestinal obstruction, perforated ulcer, acute pancreatitis, gastric ulcer, duodenum, Republic of Kazakhstan.