

О.В. Кравец

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Ретроспективный анализ распределения нозологических единиц, степени хирургического риска и тяжести гиповолемических нарушений у пациентов с неотложной патологией органов брюшной полости

Цель – определить статистически значимые группы пациентов и критерии, формирующие степень их тяжести. **Объект и методы исследования.** У пациентов с острой абдоминальной патологией, оперированных лапаротомно в течение 2 ч с момента поступления, оценивали статистически значимые характеристики среднего возраста, времени от начала заболевания, степени хирургического риска по шкале POSSUM, исходного уровня гиповолемии/дегидратации по П.Г. Шелестюку и вида оперативного вмешательства. **Результаты.** Сформирована общая структура группы включения: острая кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, ущемленная грыжа. Определены достоверные ($p<0,05$) различия между 2011 и 2015 г. по среднему возрасту (57,5 (Ме 20–75) и 64 (Ме 20–90) соответственно), поступлению до суток от начала заболевания (64±9,4 и 38±5,4% соответственно). Установлено увеличение числа больных среднего и высокого хирургического риска по шкале POSSUM, совпадающее с наличием у них исходной умеренной гиповолемии/II степени дегидратации по П.Г. Шелестюку. **Выводы.** У пациентов с неотложной патологией органов брюшной полости отмечена тенденция к значительному увеличению среднего возраста с преобладанием пациентов пожилого возраста, к повышению степени тяжести хирургического риска и поздней госпитализации на фоне развития у 50% больных умеренной гиповолемии.

Ключевые слова: ургентная хирургия, неотложная патология органов брюшной полости, степень хирургического риска, гиповолемия, степень дегидратации.

Введение

Неотложная хирургическая патология органов брюшной полости – острое состояние, объединяющее большое количество нозологических единиц. Термином «острый живот» обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и/или острых заболеваниях брюшной полости и требующий неотложной хирургической помощи. Ургентная лапаротомия – один из основных методов как хирургической диагностики, так и хирургического лечения этой категории пациентов. В странах Европы и США количество ургентных лапаротомий составляет 25–27%, послеоперационных осложнений – 6,3–7,2%, релапаротомий – 6–6,4% при уровне 30-дневной летальности 9,5–11,8% (NCEPOD, 2016; NELA, 2018). В странах постсоветского пространства доля ургентных лапаротомий значительно больше (43–46%) и продолжает увеличиваться, сохраняя высокими процентами послеоперационных осложнений и летальности (до 80 и 23,1% соответственно) (Березницкий Я.С., 2008). Высокая частота фатальных исходов прямо коррелирует с развитием послеоперационных осложнений, одной из причин развития которых является гиповолемия. Опасность последней достаточно изучена и связана с нарушениями системной гемодинамики и органной перфузии (The Royal College of Surgeons of England, 2011; NCEPOD, 2016).

Объект и методы исследования

В рамках диссертационной работы «Оптимізація периоперативної інфузійної терапії у хворих з невідкладною патологією органів черевної порожнини» нами проведен ретроспективний (2011–2015 гг.) анализ лечения пациентов хирургического профиля. База исследования – хирургические отделения Коммунального учреждения «Днепровское клиническое объединение скорой медицинской помощи». В качестве источников информации использована первичная медицинская документация, статистические отчеты хирургических отделений.

При проведении анализа оценивали:

- средний возраст больного;
- время от начала заболевания на момент поступления в стационар (</>24 ч);
- степень хирургического риска пациента по шкале POSSUM;
- исходный уровень гиповолемии/дегидратации по П.Г. Шелестюку;
- вид оперативного вмешательства (Dindo D. et al., 2004; Березницкий Я.С., 2008; NICE, 2013).

Критерии включения в исследование:

- отсутствие исходной кровопотери;
- экстренная лапаротомия;
- объем интраоперационной кровопотери <500 мл.

Критерии исключения из исследования:

- немедленная, срочная, отсроченная, плановая лапаротомия;
- эндоскопическая хирургическая техника;
- желудочно-кишечные кровотечения;
- объем интраоперационной кровопотери >500 мл.

Исследование проводили в соответствии с требованиями этического комитета. Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакета программ «MSExcel 2007», «Statistica 6».

Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ определил общую структуру нозологии неотложной патологии органов брюшной полости: острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, ущемленная грыжа, острый холецистит, острый панкреатит, травмы внутренних органов. В связи с несоответствием критериям включения (сроков проведения операции, хирургических способа и доступа) из дальнейшего анализа исключены острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит. Также исключали желудочно-кишечные кровотечения и травмы внутренних органов

ввиду исходной кровопотери/объема интраоперационной кровопотери >500 мл. Доля экстренно оперированных пациентов в период 2011–2015 гг. достоверно не изменялась и составляла $6,7 \pm 0,4\%$ ($p > 0,05$) при острой кишечной непроходимости, $8,5 \pm 0,9\%$ ($p > 0,05$) при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, $13,8 \pm 0,95\%$ ($p > 0,05$) при ущемленной грыже.

Средний возраст пациентов, перенесших экстренную лапаротомию, составил $57,5$ (Ме 20–75) в 2011 г., 57 (Ме 18–78) — в 2012 г., 58 (Ме 18–80) — в 2013 г., 62 (Ме 18–82) — в 2014 г. и 64 года (Ме 20–90) — в 2015 г. Достоверное ($p < 0,05$) отличие отмечено между средним возрастом пациентов в период 2011–2012 гг. и 2015 г.

Анализ времени поступления больного в стационар от начала заболевания также выявил достоверное отличие досудочной госпитализации в период 2011–2015 гг. ($64 \pm 9,4$ и $38 \pm 5,4\%$ соответственно; $p < 0,05$).

Распределение степени хирургического риска по шкале POSSUM между низким, средним и высоким у больных стационара в 2011 г. составило $50,9 \pm 39,1 \pm 10\%$, в 2012 г. — $49,3 \pm 40,7 \pm 10\%$, в 2013 г. — $48 \pm 33,4 \pm 18,6\%$, в 2014 г. — $31,3 \pm 44,5 \pm 24,2\%$, в 2015 г. — $30,1 \pm 44,8 \pm 25,1\%$ соответственно. Это достоверно ($p < 0,02$) указывало на весомое преобладание численности пациентов среднего и высокого хирургического риска в период 2014–2015 гг. и совпадало с наличием у них исходной умеренной гиповолемии, что подтверждалось определенной II степенью дегидратации по П.Г. Шелестюку.

Выводы

1. У пациентов с неотложной патологией органов брюшной полости отмечена тенденция к значительному увеличению среднего возраста.

2. Преобладающее количество пациентов — лица пожилого возраста.

3. Отмечено повышение степени тяжести хирургического риска данной категории пациентов на фоне поздней госпитализации.

4. Волемический статус 50% пациентов с неотложной патологией органов брюшной полости характеризуется наличием умеренной гиповолемии.

Список использованной литературы

Березницький Я.С. (2008) Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота. В кн.: Я.С. Березницький (ред.) Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота та грудної клітки. Дніпро-VAL, Дніпропетровськ, с. 42–256.

Dindo D., Demartines N., Clavien P. (2004) Classification of surgical complications a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann. Surg., 240: 205–213.

NCEPOD (2016) Knowing the risk. A review of the peri-operative care of surgical patients (https://www.ncepod.org.uk/2011report2/downloads/POC_fullreport.pdf).

NELA (2018) Update to the high-risk patient released by RCS England (<https://www.niaa.org.uk/RCS-Update-The-High-Risk-Surgical-Patient-Released>).

NICE (2013) Intravenous fluid therapy in adults in hospital (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg174/resources/intravenous-fluid-therapy-in-adults-in-hospital-pdf-35109752233669>).

The Royal College of Surgeons of England (2011) Emergency Surgery: Standards for unscheduled care. RCSENG – Professional Standards and Regulation, London, 78 p.

Ретроспективний аналіз розподілу нозологічних одиниць, ступеня хірургічного ризику і тяжкості гіповолемічних порушень у пацієнтів із невідкладною патологією органів черевної порожнини

О.В. Кравець

Резюме. *Мета — визначити статистично значущі групи пацієнтів і критерії, які зумовлюють ступінь їх тяжкості. Об'єкт і методи дослідження.* У пацієнтів із гострою абдомінальною патологією, яких прооперовано лапаротомно протягом 2 год з моменту надходження, оцінювали статистично значущі характеристики середнього віку, часу від початку захворювання, ступеня хірургічного ризику за шкалою POSSUM, вихідного рівня гіповолемії/дегідратації за П.Г. Шелестюком та виду оперативного втручання. *Результати.* Сформована загальна структура групи включення: гостра кишкова непроходимість, перфоративна язва шлунка та дванадцятипалої кишки, защемлена грижа. Визначені достовірні ($p < 0,05$) відмінності між 2011 та 2015 р. за середнім віком ($57,5$ (Ме 20–75) та 64 (Ме 20–90) відповідно), надходженням до доби від початку захворювання ($64 \pm 9,4$ і $38 \pm 5,4\%$ відповідно). Встановлено збільшення кількості пацієнтів середнього і високого хірургічного ризику за шкалою POSSUM, що зіставне з вихідною помірною гіповолемією/II ступенем дегідратації за П.Г. Шелестюком. *Висновки.* У пацієнтів із невідкладною патологією органів черевної порожнини виявлено тенденцію до значного збільшення середнього віку з переважанням осіб похилого віку, підвищення ступеня тяжкості хірургічного ризику та пізню госпіталізацію з розвитком помірної гіповолемії у 50% хворих.

Ключові слова: ургентна хірургія, невідкладна патологія органів черевної порожнини, ступінь хірургічного ризику, гіповолемія, ступінь дегідратації.

A retrospective analysis of the distribution of nosological units, the degree of surgical risk and the severity of hypovolemic disorders in patients with urgent abdominal's pathology

O. V. Kravets

Summary. Aim — to identify statistically significant groups of patients and degree's criteria of the group's severity. Object and methods. Patients with acute abdominal pathology who had urgent laparotomy about 2 hours from the start of treatment, the statistically significant characteristics of the average age, time from the onset of the disease, the degree of surgical risk were assessed on a POSSUM scale, baseline level of hypovolemia/dehydration according to P.G. Shelestuk and type of surgery. Results. The general structure of the inclusion group is formed acute intestinal obstruction, perforated gastric and duodenal ulcer, strangulated hernia. Significant ($p < 0,05$) differences were determined between 2011 and 2015 for the average age ($57,5$ (Me 20–75) and 64 (Me 20–90), respectively), late hospitalization ($64 \pm 9,4$ and $38 \pm 5,4\%$, respectively). Also it was established an increase of patients with moderate and high surgical risk on the POSSUM scale, which coincides with the presence of the initial moderate hypovolemia/II degree of dehydration according to P.G. Shelestuk. Conclusions. There is a tendency to a significant increase in the average age and the prevalence of elderly patients, increase the severity of surgical risk and late hospitalization, the background of development in 50% of patients with moderate hypovolemia.

Key words: urgent surgery, emergency abdominal's pathology, degree of surgical risk, hypovolemia, degree of dehydration.

Адрес для переписки:

Кравец Ольга Викторовна

49044, Днепр, ул. В. Вернадского, 9

Государственное учреждение

«Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

кафедра анестезиологии, интенсивной терапии

и медицины неотложных состояний факультета

последипломного образования

E-mail: 535951@ukr.net

Получено 24.04.2019