

**М.В. Бондаренко, Н.М. Бондаренко,
Т.А. Головацька, Н.М. Щит, В.М. Чеверда**

Інститут екології та медицини, Київ
Мереф'янська центральна районна лікарня
ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», Харків

РИЗИК КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ АБДОМІНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Ключові слова: операційний ризик, консервативна терапія, ускладнення.

Точність способів оцінки операційного ризику (ОР) визначає ефективність лікувально-діагностичної тактики (ЛДТ), особливо при поліорганных захворюваннях, серед яких провідне місце належить патології системи травлення та кардіальним захворюванням — різним формам ішемічної хвороби серця (ІХС) [6, 7]. Актуальними є дослідження прогресуючих та ускладнених абдомінальних захворювань у пацієнтів з різними формами ІХС. Як правило, діагностика та лікування надзвичайно складні, що пояснюється вкрай незадовільними безпосередніми та віддаленими результатами, тому вибір лікувально-діагностичної хірургічної тактики (ЛДХТ) визначається рівнем операційного ризику та ефективністю консервативного лікування, яке в більшості випадків стає першим етапом доопераційної підготовки в разі операції за життєвими показаннями або основним за фатального рівня операційного ризику [1, 4]. Альтернатива вибору способу лікування в цих ситуаціях визначається вірогідною оцінкою кардіальних чи хірургічних факторів ризику. Проте їх недостатньо вивчають і досліджують у хірургічних клініках [4]. Це пов'язано з тим, що немає єдиної тактики діагностики і лікування тяжкохворих, кількість яких останніми роками збільшується через демографічні чинники, економічна ситуація в країні, що не дає змоги достатньою мірою здійснити технічне переоснащення лікувальних закладів та забезпечити відповідне фінансування для надання медичної допомоги [2, 8, 9]. Водночас медичне право, ринкові механізми економіки та інші чинники вимагають дедалі точнішої оцінки лікувального ризику, що зобов'язує науковців посилити відповідальність щодо медичних та діагностичних процедур, оцінки операційного ризику, точності прогнозування результатів лікувально-діагностичної тактики.

За результатами останніх наукових досліджень встановлено, що загальна кількість робіт з проблеми ризику дещо перевищує 7 %, але вони зосереджені на вирішенні питання ускладнень хвороб, хірургічних ускладнень та визначення факторів ризику. Нинішні способи оцінки ризику, зокрема й зарубіжні, не відповідають чинному законодавству, вимогам страхової медицини, як правило, односторонньо селективно характеризують ту чи іншу клінічну ситуацію. На сьогодні немає системних досліджень, що відповідають потребам практичної медицини.

Мета дослідження — визначення ефективності консервативного лікування у хворих з малим, середнім, високим та фатальним операційним ризиком.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 341 хворого за стандартами медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги згідно з наказом МОЗ України № 226 від 27.07.1998 щодо закладів IV рівня надання медичної допомоги. Рівень операційного ризику оцінювали за відповідними методиками [6, 7]. Обробку результатів виконано за допомогою статистичної програми Excel.

Для збільшення рівня вірогідності результатів хірургічного лікування з урахуванням економічних умов, удосконалення системи забезпечення, зменшення чинників ризику (ЧР) лікувально-діагностичної хірургічної тактики вивчили результати лікування 341 хворого (табл. 1—4) залежно від рівня операційного ризику, який визначали за виявами основного абдомінального хірургічного захворювання та супутньої ІХС, іншими кардіальними, респіраторними хворобами, погіршенням загального стану хворих та обсягом оперативного втручання.

Пацієнтів розподілили на чотири групи за рівнем операційного ризику з урахуванням супутніх

Таблиця 1. Особливості показників хірургічного лікування хворих з низьким рівнем операційного ризику

Захворювання	n	Операції	Ліжко-доба	Середня вартість медикаментів, грн/добу	Тяжкість операції
Гострий апендицит	14	14	6,9	31,05	Середня
Гострий апендицит, перитоніт	10	10	7,4	33,30	—//—
Хронічний апендицит	8	8	8,2	36,90	—//—
ЖКХ, гострий холецистит	7	7	19,6	88,20	Значна
	5	—	5,8	26,10	
ЖКХ, рецидивуючий холецистит	9	9	17,5	78,75	—//—
	1	—	7	31,50	
Гостра непрохідність кишок (рак)	4	4	11	49,50	—//—
Гостра непрохідність кишок (спайки)	3	—	5,5	24,75	—
Грижі — вентральні післяопераційні (рецидивні, невправимі, защемлені)	5	3	10	45,00	Середня
Пахова і стегова грижа (невправима, защемлена)	1	1	9	40,50	Значна
ІХС, стенокардія напруження I—II ФК	6	—	8	36,00	—
Хронічний бронхіт	28	—	4	18,00	—
Загальна кількість хірургічних захворювань	67	56	—	539,55	—

Таблиця 2. Особливості показників хірургічного лікування хворих із середнім рівнем операційного ризику

Захворювання	n	Операції	Ліжко-доба	Середня вартість медикаментів, грн/добу	Тяжкість операції
Гострий апендицит	13	13	8,2	36,90	Середня
Гострий апендицит, перитоніт	1	1	10	45,00	Значна
Хронічний апендицит	3	3	23	103,50	Середня
Виразка шлунка	3	3	16,5	74,25	Значна
Виразка ДПК	4	—	13,1	58,95	—
Рак шлунка	5	—	12,6	56,70	—
Проривна гастродуоденальна виразка	1	1	10	45,00	—//—
ЖКХ, гострий холецистит	9	9	10,1	45,45	—//—
ЖКХ, хронічний холецистит	2	2	30	135,00	—//—
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	22	4	18,5	83,25	—//—
Хронічний панкреатит	3	—	14,5	65,25	—
Рак підшлункової залози	1	—	19	85,50	—
Рак жовчного міхура	2	2	17	76,50	—//—
Поліпоз шлунка	2	2	9,5	42,75	Середня
Гостра непрохідність кишок (рак)	2	2	18	81,00	Значна
Гостра непрохідність кишок (спайки)	6	—	9,2	41,40	—
Грижі — вентральні післяопераційні (рецидивні, невправимі, защемлені)	21	21	17,2	77,40	—//—
Пахова і стегова грижа (невправима, защемлена)	14	14	12,2	54,90	—//—
Гіпертонічна хвороба I—III ст.	31	—	19	85,50	—
Ревматизм, мітральний стеноз II ст.	6	—	18	81,00	—
ІХС, стенокардія спокою I—III ФК	97	—	16	72,00	—
Гострий бронхіт	7	—	24	108,00	—
Гостра пневмонія	26	—	17	76,50	—
Хронічний бронхіт	35	—	16	72,00	—
Загальна кількість хірургічних захворювань	114	77	—	1703,70	—

захворювань. До I групи увійшли 67 (19,54 %) хворих, до II групи — 114 (33,43 %), до III групи — 87 (25,51 %), до IV групи — 73 (20,40 %). З даних табл. 1—4 видно, що стан тяжкості хвороби залежить від хірургічної і кардіально-респіраторної патології. Прогресування основного хірургічного захворювання призводить до погіршення тяжкості стану хворих, складності вибору обсягу операцій, збільшення витрат на лікування: гострого апендициту, гострого апендициту, ускладненого перитонітом, виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), раку шлунка, перфоративної гастродуоденальної виразки, гострого холецистити; ЖКХ, гострого панкреатиту; раку підшлункової залози і жовчного міхура, гриж. Зі зростанням рівня операційного ризику за рахунок поліорганичних соматичних захворювань спостерігається зменшення кількості радикально прооперованих хворих. Попри поліорганну дисфункцію здійснено оперативне втручання у більшості випадків з огляду на безальтернативність: у I групі прооперували 56 (83,58 %) хворих, у II — 77 (67,54 %), у III — 79 (90,80 %), у IV — 61 (83,56 %). Загалом рівень оперативної ак-

тивності на 341 випадок становив 273 (86,05 %) за післяопераційної летальності 16,35 %. Видно, що рівень операційного ризику є індикатором збільшення оперативної активності, проте аналіз технічної складності операцій свідчить, що в тяжкохворих кількість радикальних операцій зменшено утричі ($P < 0,05$), що суттєво впливає на результати лікування — за рахунок ІХС післяопераційна летальність зросла до 16,35 %. Зі збільшенням витрат на хірургічне лікування збільшується на 66,03 % кількість хворих з незадовільними результатами, якість лікування у безпосередньому періоді визначено за Ноттергеймським профілем здоров'я ($P < 0,001$).

Обмеження в радикальних операціях залежить від частоти супутньої патології, зокрема недостатньо шкорогованих хірургічними методами, так у II—III групі обстежених спостерігається почастищення гіпертонічної хвороби, ревматизму, ускладненого мітральним стенозом; ІХС, пневмонії; в II—IV групі — абсцесу легенів, інфаркт-пневмонії. Ці хвороби призводять до збільшення часу перебування хворих у стаціонарі і відповідно витрат на добу: в I

Таблиця 3. Особливості показників хірургічного лікування хворих з високим рівнем операційного ризику

Захворювання	n	Операції	Ліжко-доба	Середня вартість медикаментів, грн/добу	Тяжкість операції
Гострий апендицит	7	7	10	45,00	Середня
Гострий апендицит, перитоніт	3	3	21	94,50	Значна
Виразка шлунка	4	4	24,6	110,70	—//—
Виразка ДПК	2	2	14	63,00	—//—
Рак шлунка	3	3	24,1	108,45	—//—
ЖКХ, гострий холецистит	8	8	24	108,00	—//—
ЖКХ, хронічний холецистит	2	2	29	130,50	—//—
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	2	2	20,5	92,25	—//—
	5	—	12	54,00	—
Гострий панкреатит	4	4	22	85,50	—//—
Хронічний панкреатит	1	—	9	40,50	—
Рак підшлункової залози	8	8	24	108,00	—//—
Рак жовчного міхура	2	2	11	49,50	Середня
Поліпоз шлунка	11	11	18,8	84,60	Значна
Гостра непрохідність кишок (рак)	6	6	16	72,00	Середня
Гостра непрохідність кишок (спайки)	2	2	18	81,00	Значна
Грижі — вентральні післяопераційні (рецидивні, невправимі, защемлені)	11	11	19	85,50	—//—
Пахова і стегова грижа (невправима, защемлена)	4	4	10,25	46,13	Середня
			18	81,00	
Рецидив раку шлунка	2	-	10	45,00	—
Гіпертонічна хвороба I—III ст.	14	-	20	90,00	—
Ревматизм, мітральний стеноз II ст.	4	-	21	94,50	—
ІХС, стенокардія спокою II—III ФК	29	-	18	81,00	—
Хронічний бронхіт	17	-	20	90,00	—
Гостра пневмонія	20	-	35	157,50	—
Абсцес легенів	4	-	24	108,00	—
Інфаркт—пневмонія	3	-	22	99,00	—
Загальна кількість хірургічних захворювань	87	79		2318,63	

групі ліжко-доба становила (8 ± 3) доби за рівня витрат $(8,43 \pm 3,7)$ грн/добу; у II групі — (18 ± 3) доби ($P < 0,05$) за збільшення витрат до $(18,12 \pm 3,1)$ грн/добу; в III групі інтенсивність показників зростає — $(14 \pm 3,5)$ доби та $(28,26 \pm 1,63)$ грн/добу; у IV групі — (26 ± 4) доби та $(156,8 \pm 16)$ грн/добу.

З дослідження можна зробити висновок: зі зростанням рівня ризику хірургічного лікування (за ЧР) збільшуються тяжкість поліорганної дисфункції та витрати, зокрема й на паліативне лікування у разі прогресування хвороб, що погіршують результати оперативного втручання.

У хворих з низьким рівнем операційного ризику виконано 56 (86,15 %) операцій з 65 випадків, з них 35 (62,5 %) — операції середнього обсягу та 21 (37,5 %) — великого. Не оперували 9 (13,84 %) пацієнтів. Загалом середня вартість витрат на хірургічні втручання та консервативне лікування становила 539 грн 55 коп. Ускладнень та летальності після операцій не було, що пов'язано з високою кваліфікацією хірургічних бригад, визначенням адаптаційно-компенсаційних резервів та проведенням доопераційної підготовки в умовах достатнього медикаментозного забезпечення.

Серед хворих середнього операційного ризику прооперували 77 (84,91 %) з 94 пацієнтів, з них операцій середнього обсягу — 18 (23,38 %), великого — 59 (76,62 %). Не оперували 17 (18,08 %) пацієнтів. Фінансові витрати становлять 1703 грн 70 коп., що майже втричі більше, ніж у поперед-

ній групі. Це пояснюється більшою кількістю хворих та виконаних операцій. Летальності й ускладнень не було.

У хворих з високим операційним ризиком виконано 79 (90,80 %) операцій, з них середнього обсягу — 19 (24,05 %), великого — 60 (75,95 %), не оперували 8 (9,19 %) хворих. Значно більші витрати на лікування у разі меншої кількості прооперованих. Водночас помітне збільшення випадків легеневих захворювань з тенденцією до фатальних ускладнень.

Із 72 хворих фатального рівня операційного ризику прооперували 61 (84,72 %) пацієнтів, операцій середнього обсягу виконано 15 (24,59 %), великого — 46 (75,41%). Не оперували 11 (18,03 %) хворих. За високого показника загальної летальності спостерігається 100 % післяопераційна летальність, якій не вдалося запобігти попри високі витрати через складну поліорганну дисфункцію.

Загалом оперативна активність становила 80,05 % з післяопераційною летальністю 18,54 %. Встановлено, що можливість гарантованого безризикового втручання у разі визначення рівня ризику становить 212 (64,43 %) при прогресуючих та ускладнених абдомінальних захворюваннях у хворих з різними формами ІХС. Дані отримано на дослідженні 329 операцій. Відсоток оперативної активності за невизначеного «високого фатального» рівня ризику пояснюється ситуацією «крайньої потреби» — виконання операцій за життєвими показаннями.

Таблиця 4. Особливості показників хірургічного лікування хворих з фатальним рівнем операційного ризику

Захворювання	n	Операції	Ліжко-доба	Середня вартість медикаментів, грн/добу	Тяжкість операції
Гострий апендицит	4	4	27	121,50	Середня
Виразка шлунка	8	8	24,5	110,25	Значна
Виразка ДПК	11	11	19	85,50	Середня
Рак шлунка	11	11	26	117,00	Значна
	1	—	7	31,50	—
Проривна гастродуоденальна виразка	4	—	14	63,00	—
ЖКХ, гострий холецистит	8	8	13	58,50	—//—
ЖКХ, хронічний холецистит	2	2	9,8	44,10	—//—
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	1	1	41	184,50	—//—
	3	—	12	54,00	—
Гострий панкреатит	2	2	15	67,50	—//—
Рак жовчного міхура	3	3	21	94,50	—//—
Гостра непрохідність кишок (рак)	9	9	15	67,50	—//—
Грижі — вентральні післяопераційні (рецидивні, невправимі, защемлені)	2	2	12	54,00	—//—
Рецидив раку шлунка	3	—	14	63,00	—
ІХС, СК напруження і спокою II—III ФК	20	—	19	85,50	—
Гостра пневмонія	5	—	24	108,00	—
Емпієма плеври	2	—	16	72,00	—
Абсцес легенів	4	—	28	126,00	—
Інфаркт—пневмонія	3	—	26	117,00	—
Загальна кількість хірургічних захворювань	107	61	—	1724,85	—

Ця кількість операцій з максимальним ризиком зумовлена складністю визначення відмінності високого та фатального ризиків (оцінки межі операбельності). Загальний рівень летальності у хворих з ОР зріс до 31,37 % за рахунок супутніх соматичних хвороб. Із групи фатального ризику з різних причин не оперували 11 (18,03 %) хворих, тому можна вважати, що 18,03 % випадків є некерованими ЧР — протипоказанням до операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Представлені результати лікування з різним операційним ризиком вказують на високу ефективність лікувально-діагностичної тактики, для визначення якої було залучено висококваліфікованих хірургів, анестезіологів-реаніматологів, кардіологів, терапевтів, а також інших спеціалістів — для оцінки рівня лікувального ризику та етапності консервативного чи хірургічного лікування. Ця тактика є базовою для запровадження активної профілактичної лікувально-діагностичної тактики, суть якої полягає у своєчасній (до ускладненого перебігу хвороби за високих компенсаційних резервів хворого) корекції хірургічних та кардіологічних ЧР оперативним способом. Ефективність запропонованої тактики визначається невисоким показником ІХС у пацієнтів з низьким рівнем операційного ризику — 8,95 %, значно більшою кількістю ІХС за середнього ОР — 85,08 %, за високого ОР — 33,33 % випадків, що пояснюється більшою кількістю інших

супутніх захворювань (табл. 3), за фатального ОР — 18,69 % випадків ІХС, що, на нашу думку, пояснюється погрішністю діагностики при ЕКГ-дослідженні внаслідок крайньої тяжкості стану хворих. Зменшення кількості скорегованих хірургічних та кардіологічних ЧР пояснює доволі високий рівень летальності у групі дослідження. Спостерігається також збільшення зайнятості ліжкового фонду стаціонарів, неефективні економічні витрати та підвищена амортизаційна зношеність медичного обладнання. Все це вказує на потребу в забезпеченні стаціонарів висококваліфікованими спеціалістами, які повинні працювати в тісному взаємозв'язку з лікарями первинної ланки охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження є одним з перших, де вірогідно продемонстровано ефективність профілактичної лікувально-діагностичної тактики під час надання медичної допомоги хворим з низьким та середнім рівнем операційного ризику.

2. Представлено переконливі позитивні результати консервативного лікування у доопераційний та післяопераційний періоди хворих високого операційного ризику, що дало змогу зменшити фатальні ускладнення або запобігти їм.

3. Виявлені фатальні ЧР у групі хворих фатального рівня ОР становлять перелік особливо актуальних для поглибленого наукового дослідження та небезпечних для життя захворювань.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Везирова З.Ш., Аббанов Ф.Э., Гасанов Р.Д. Оценка факторов риска сердечно-сосудистых осложнений в абдоминальной хирургии // Клиническая хирургия. — 2001. — № 12. — С. 43—46.
2. Гурьянов В.А., Потемкин А.Ю., Ерошин Н.И., Потемкин О.К. Оптимизация предоперационной подготовки и профилактики гемодинамических нарушений во время анестезии у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей гипертонической болезнью // Анестезиол. и реаниматол. — 2000. — № 2. — С. 7—11.
3. Киров Н.К. Системные механизмы операционно-отражения вероятностных событий в условиях патологии // Вестн. РАМН. — 1998. — № 2. — С. 25—30.
4. Коркушко О.В., Лишнева В.Ю., Богрецкая Л.А. Роль электрокардиографии высокого разрешения в прогнозировании риска нарушений ритма у больных

ишемической болезнью сердца в пожилом возрасте // Укр. кардіол. журн. — 2003. — № 4. — С. 17—21.

5. Кузнецов Н.А., Аронов Л.С., Харитонов С.В. и др. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите // Хирургия. — 2003. — № 5. — С. 35—41.

6. Патент № 61733 А України. Спосіб запобігання ризику в хірургії / Бондаренко М.В. заявл. 2003043183, 09.04.2003; опубл. 17.11.03; Бюл. № 11.

7. Патент № 69318 А України. Система управління операційним ризиком в хірургії / Бондаренко М.В. заявл. 20031212441, 25.12.2003; опубл. 16.08.04; Бюл. № 8.

8. Петров В.П., Осипов В.В. Эффективность консервативного и хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2003. — Т. 13, № 5. — С. 14—18.

9. Соколов В.И. Проблемы взаимоотношений специалистов при лечении хирургического больного // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1985. — Т. 135, № 7. — С. 118—121.

**Н.В. Бондаренко, Н.Н. Бондаренко,
Т.А. Головацкая, Н.Н. Шит, В.М. Чеверда**

РИСК КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Представлена оценка эффективности лечебно-диагностической тактики у больных с полиорганной патологией, преимущественно осложненной абдоминальными заболеваниями и разными формами ишемической болезни сердца. На основании определения операционного риска оценена целесообразность проведения коррекции хирургических и кардиологических факторов риска. Это определило необходимость проведения профилактической лечебно-диагностической тактики до развития осложненных заболеваний, что значительно повышает качество здоровья после оперативного и консервативного лечения, достоверно уменьшает количество больных с фатальным уровнем риска.

**N.V. Bondarenko, N.A. Bondarenko,
T.A. Golovatskaya, N.N. Shit, V.M. Cheverda**

RISK OF CONSERVATIVE TREATMENT OF ABDOMINAL DISEASES

The article presents the efficacy assessment for the diagnostic and treatment tactics for patients with multiple organ pathology, mostly complicated with the abdominal disease and various forms of ischemic heart disease. Based on the definition of operational risk the feasibility of surgical correction and cardiovascular risk factors has been assessed, which identified the need to implement preventive diagnostic and treatment tactics in patients before the development of disease complications. This tactics significantly improves the quality of health after surgical and conservative treatment, and reduces the number of patients with fatal risk level.