

Н.А. Приходько, А.Г. Рамков

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. С.А. Жидков

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

M.A. Pryhodzka, A.G. Ramkov

FACTORS AFFECTING MORTALITY IN GENERAL SURGICAL HOSPITALS

Tutor: professor S.A. Zhidkov

Department of Military Field Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье приведен анализ причин летальности в общехирургических стационарах по следующим параметрам: индекс массы тела, время обращения с момента начала заболевания, наличие сопутствующей терапевтической патологии, сроки выполнения оперативного вмешательства, общие осложнения в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: ургентная хирургическая патология, индекс массы тела, летальность.

Resume. The article analyzes the causes of mortality in general surgical hospitals according to the following parameters: body mass index, time of treatment from the onset of the disease, the presence of concomitant therapeutic pathology, the timing of the surgical intervention, and general complications in the postoperative period.

Keywords: urgent surgical pathology, body mass index, lethality.

Актуальность. В системе медицинского обеспечения государства, в частности хирургической помощи, большое значение имеет работа общехирургических стационаров. Именно в отделениях экстренной хирургии проходят лечение пациенты с различной ургентной патологией груди, живота и других анатомических областей. О путях улучшения результатов лечения данного контингента издана масса литературы [1]. Однако, о неудачных исходах лечения пациентов решаются сообщать единичные авторы [2]. До сих пор не определены основные факторы риска летального исхода у пациентов в общехирургических стационарах.

Цель: определить факторы риска летального исхода у пациентов с ургентной хирургической патологией, нормальной и избыточной массой тела.

Задачи:

1. На основании анализа медицинской документации оценить риски летального исхода у пациентов с ургентной хирургической патологией в общехирургическом стационаре в период 2015-2019 гг.

2. Оценить факторы, влияющие на летальный исход по следующим параметрам: индекс массы тела (ИМТ), время поступления с начала заболевания, сроки выполнения оперативных вмешательств, наличие сопутствующей терапевтической патологии, осложнения в послеоперационном периоде.

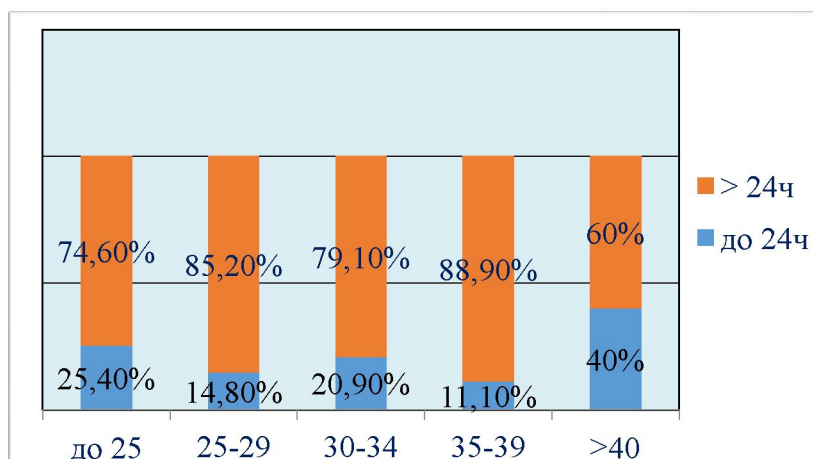
Материал и методы. Проведен анализ лечения 5930 пациентов с ургентной хирургической патологией за 2015-2019 гг. в отделении экстренной хирургии в УЗ «2 ГКБ г. Минска». Из них оперированных было 4141 (69,8%). Подробнее были изучены

177 медицинских карт пациентов с летальным исходом при следующей патологии: острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость (ОКН), желудочно-кишечное кровотечение, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (12ПК), мезотромбоз, онкологические заболевания брюшной полости. Мужчин было 83 (46,89%), женщин – 94 (53,11%). Для сравнения были изучены 112 медицинских карт выживших пациентов, проходивших лечение в тот же период с аналогичными заболеваниями.

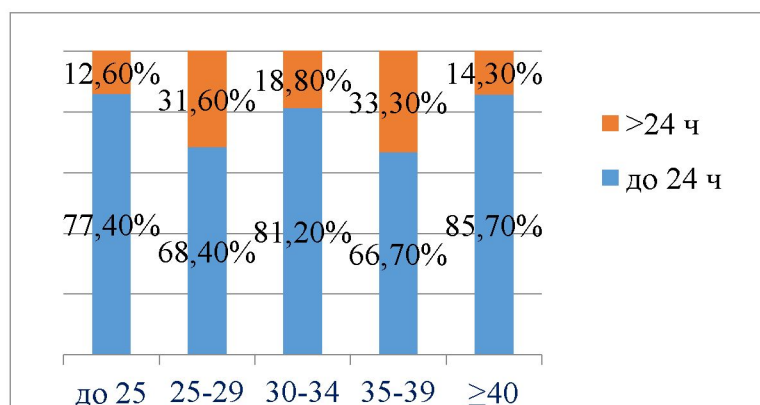
Результаты и их обсуждение. Наибольшее количество умерших было с ОКН различного генеза – 40 (22,6%), с мезотромбозом – 29 (16,3%), с острым панкреатитом – 25 (14,1%), с острым холециститом – 19 (10,7%), с осложнениями рака органов брюшной полости – 19 (10,7%), с язвенной болезнью желудка и 12ПК – 14 (7,9%), с желудочно-кишечным кровотечением – 11 (6,2%), с ущемленной грыжей 11 – (6,2%).

Пациенты были разделены на группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): до 25, 25-30, 31-35, 36-39, и ≥ 40 . Распределение умерших пациентов по возрасту выглядело следующим образом: 20-40 лет – 3 (1,7%), 41-60 – 34 (19,2%), 61-74 – 49 (27,7%), 75-90 – 81 (45,8%), и свыше 90 – 10 (5,6%).

Среди умерших показатель поступления в стационар до 24ч с момента заболевания составил: в группе с ИМТ до 25 – 25,4%, 25-29 – 14,8%, 30-34 – 20,9%, 35-39 – 11,1%, ≥ 40 – 40% (Диагр. 1). В то же время среди выживших этот показатель составил: до 25 – 77,4%, 25-29 – 68,4%, 30-35 – 81,2%, 35-39 – 66,7%, ≥ 40 – 85,7% (диаграммы 1, 2).

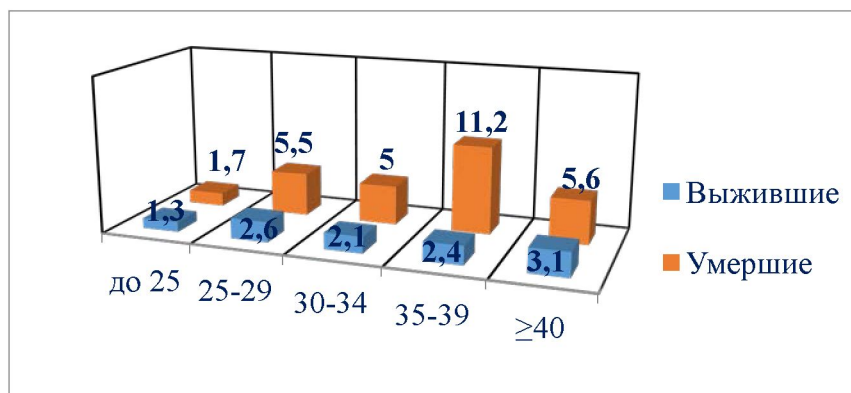


Диагр. 1 – Показатель поступления в стационар с момента заболевания среди умерших



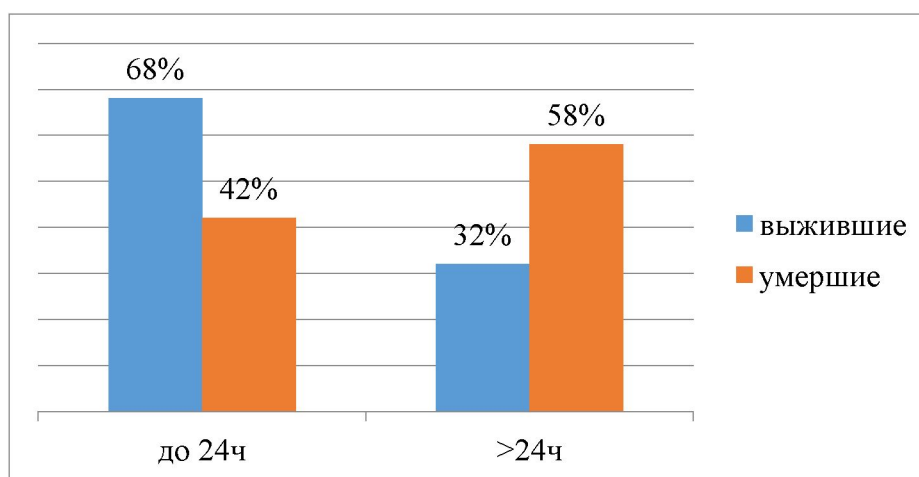
Диагр. 2 – Показатель сроков поступления с момента заболевания среди выживших

Число сопутствующей терапевтической патологии на 1 пациента в группах по ИМТ у выживших и умерших составило: в группе с ИМТ до 25 – сопутствующих патологий у умерших было 1,7, а у выживших – 1,3; 25-29 – у умерших 5,5, а у выживших 2,6; 30-34 – у умерших 5, а у выживших 2,1; 35-39 – у умерших 11,2, а у выживших 2,4, и в группе ≥ 40 – у умерших 5,6, а у выживших 3,14 (диаграмма 3).



Диagr. 3 – Число сопутствующей терапевтической патологии на 1 пациента среди выживших и умерших

Анализ сроков проведения оперативного вмешательства с момента поступления в стационар показал, что процент умерших пациентов, прооперированных в первые 24 часа составил 41,9%, а доля прооперированных в срок после 24 часов составила 58,1%. Аналогичные показатели у выживших составили: 68% в первые 24 часа и 32% в срок после 24 часов (диаграмма 4).

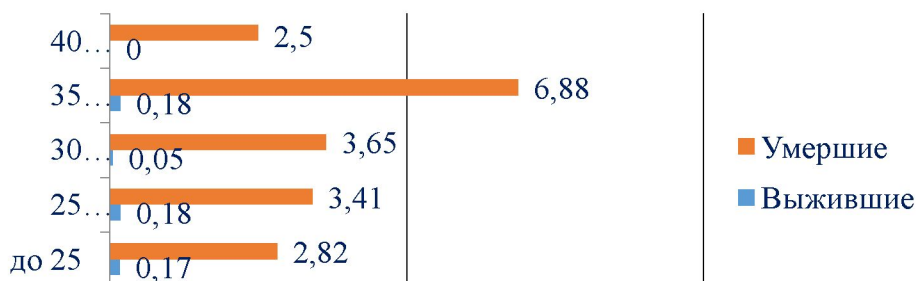


Диagr. 4 – Сроки проведения оперативного вмешательства с момента поступления в стационар

Так же проведено сравнение наиболее часто встречающихся общих осложнений в послеоперационном периоде. Среди умерших таковыми являлись: пневмония – в 72 (40,7%) случаях, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – в 57 (32,2%) случаях, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – в 20 (11,3%) случаях, стрессовые язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – в 67 (37,9%) случаях. Наиболее часто встречающимся осложнением был синдром полиорганной недостаточности (СПОН) – 74 (41,8%) случая.

Среди выживших СПОН определен в 4 (3,3%) случаях; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) – в 2 (1,6%) случаях, пневмония – в 3 (2,5%), ТЭЛА – в 2 (1,6%) случаях, стрессовые эрозии и язвы ЖКТ – в 3 (2,5%) случаях, сепсис – в 2 (1,6%) случаях.

Число осложнений на одного пациента в зависимости от ИМТ представлены на диаграмме 5.



Диagr.5 – Число сопутствующей терапевтической патологии на 1 пациента

Таким образом, в группе ИМТ до 25 у умерших на 1 пациента имелось 2,82 всех общих осложнений, у выживших этот показатель составил 0,17; 25-29 – у умерших 3,4, у выживших 0,18; 30-34 – у умерших 3,65, у выживших 0,05; 35-39 – у умерших 6,9 у выживших 0,18; ≥ 40 – 2,5 общих осложнений у мертвых, а у живых в данной группе общих осложнений не было.

Выводы:

1. Лица с избыточной массой тела, умершие в общехирургическом стационаре составляют 52%.
2. Факторами риска летального исхода у пациентов с экстренной хирургической патологией и избыточной массой тела являются:
 - 1) позднее поступление в стационар,
 - 2) сопутствующая терапевтическая патология,
 - 3) избыточная масса тела.
 - 4) осложнения в послеоперационном периоде.

Литература

1. Бокиев, Ф. Б. Острый холецистит и лапароскопическая холецистэктомия у больных с артериальной гипертонией – метаболическим синдромом / Ф. Б. Бокиев, Н. У. Усманов, М. А. Курбанова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2017. – Т. 10, № 54. – С. 856-862.
2. Жидков, А. С. Проблемы лечения хирургической патологии брюшной полости у пациентов с избыточной массой тела / А. С. Жидков, Д. А. Клюйко, В. Е. Корик [и др.] // Военная медицина. – Минск, 2020. – С. 112-118.