

УДК 617.55-072.1-083.98-036-039.78

А.Д. Квіт, В.В. Куновський

**ВІЗУАЛІЗУЮЧІ МЕТОДИКИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
З УРГЕНТНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ:
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна*e-mail: adrian_kvit@yahoo.pl

Резюме: Проведено аналіз лікування 782 хворих із гострим апендицитом та гострим холециститом, яким здійснювалось комплексне хірургічне лікування в умовах Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова впродовж 2013 р. На прикладі лікування 201 стаціонарного хворого (із гострим апендицитом – 114, гострим холециститом - 87), які потребували видачі листка непрацездатності, проведено детальний статистичний аналіз тривалості їх лікування, з оцінкою економічних аспектів ведення пацієнтів та ефективності лікування загалом. Отримані результати дозволяють стверджувати, що застосування мініінвазивних операційних технологій дало змогу зменшити середньостатистичне перебування в стаціонарі для хворих із гострим апендицитом до $8,07 \pm 0,93$ доби, пацієнтів із гострим холециститом – до $9,1 \pm 1,23$ доби. Впровадження лапароскопічної технології операційного лікування сприяє, на нашу думку, значному зменшенню фінансових витрат на кожного пацієнта (із гострим апендицитом на 347,7 грн., для хворих із гострим холециститом – на 495,7 грн.).

Ключові слова: гострий апендицит, гострий холецистит, мініінвазивні операційні втручання, тривалість лікування, економічні витрати.

Вступ. Питання організації ургентної хірургічної допомоги – без сумніву актуальна проблема і, у першу чергу, визначається динамікою захворюваності серед населення України. Серед загалу пацієнтів з ургентною абдомінальною хірургічною патологією найбільш поширеними є гострий апендицит (ГА), захворюваність на який складає 40-50% від усіх хворих хірургічного профілю та гострий холецистит (ГХ), інцидентність випадків якого складає близько 10% від усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, і займає, відповідно, друге місце після апендициту^{1,2}. За результатами статистичного аналізу в Україні захворюваність на ГА становить, у середньому, 20,7 на 10 тис. населення, коливаючись у різних регіонах у межах від 13,8 до 31,1 на 10 тис. населення. Інцидентність випадків на ГХ (калькульозний) становить 6,25 на 10 тис. населення з коливанням, у різних регіонах, від 1,48 до 10,8 на 10 тис. населення³. Сталий рівень захворюваності на ГА та ГХ серед загалу хірургічних хворих є фактором, що обумовлює актуальність та необхідність пошуку стандартизованих підходів і методик комплексного хірургічного лікування даного контингенту

пацієнтів, з урахуванням клінічної та економічної оцінки доцільності їх застосування. З огляду на вищезазначене, ми вважали за доцільне провести аналіз ефективності впровадження в алгоритм лікування хворих із патологією червоподібного паростка (особливо у жінок фертильного віку) та жовчового міхура і жовчовивідних шляхів методики мініінвазивного операційного втручання, як компоненти комплексного хірургічного лікування^{4,5,6}.

Мета дослідження – оцінити місце та значення мініінвазивних хірургічних втручання у лікуванні хворих на ГА та ГХ; на основі аналізу тривалості лікування хворих (листок непрацездатності) оцінити клінічні та економічні аспекти застосування методики відеолапароскопічного операційного втручання, як методу комплексного хірургічного лікування хворих.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети дослідження нами було проведено статистичний аналіз історій хвороб пацієнтів на ГА та ГХ, які отримували комплексне хірургічне лікування в умовах Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) м. Львова

ISSN 2070-3112

«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»

2013, №3-4

впродовж 2013 р. Загалом було опрацьовано 782 карти стаціонарних хворих із клінічним діагнозом ГА (415) та ГХ (калькульозний) (367). З метою підрахунку економічних витрат, пов'язаних із лікуванням пацієнтів із цього загалу було виокремлено групу хворих (201 особа), які перебували на стаціонарному лікуванні та потребували видачі листка непрацездатності. Серед цих хворих захворювання червоподібного паростка стверджено у 114 пацієнтів та патологію жовчного міхура і жовчовивідних шляхів у 87. Детальний статистичний аналіз тривалості лікування цих хворих дозволив оцінити як економічні аспекти ведення пацієнтів, так і ефективність лікування загалом.

Основою для проведення порівняльного аналізу був розподіл пацієнтів із ГА та ГХ на 2-і підгрупи – до 1-ої було віднесено хворих, яким у комплексі хірургічного лікування було застосовано мініінвазивні операційні втручання та 2-а група пацієнтів, у комплексі лікування яких було використано конвенційні втручання.

Результати дослідження та їх обговорення. Проблема лікування пацієнтів з ГА та ГХ у першу чергу є актуальною тому, що декретовану групу хворих з цією патологією складають особи працездатного віку, причому серед жінок інцидентність випадків є більшою у 2 рази, ніж у чоловіків. Згідно даних статистичних досліджень у хворих на ГА спостерігаються 2 вікові «піки»: серед осіб 18-25 років та 60-80 років. Для 1-ої категорії характерною ознакою є перевага флегмонозної форми запалення, для останньої (менш численної) – деструктивні форми апендициту. Слід зауважити, що хірургічна активність у групі пацієнтів із ГА складає 99,6% (від 96,9 до 100,0%). Післяопераційна летальність, незважаючи на опрацьовані діагностичні алгоритми та стандартизовані методи операційного лікування, є сталою і складає для України 0,05% (від 0 до 0,13%). У значній мірі це зумовлено здовженими термінами госпіталі-

зації хворих із ГА (часовий проміжок від появи перших клінічних проявів захворювання до проведення операційного лікування). Зокрема, частка хворих із ГА, госпіталізованих пізніше 24 год. від початку захворювання, знаходиться в межах від 4,9 до 31,2% і складає, в середньому по країні, 20,9%, а післяопераційна летальність серед них – 0,15% (від 0 до 0,4%)^{1,4}.

За частотою захворюваності пацієнти з гострою патологією жовчевого міхура та жовчовивідних шляхів впевнено виходять на 2-е місце серед усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Слід також зазначити, що незважаючи на виражений больовий синдром, який супроводжує клінічний перебіг ГХ для цієї групи пацієнтів також є характерною пізня госпіталізація. Зокрема, частка серед госпіталізованих пацієнтів із ГХ, через 24 год. після появи перших проявів захворювання, в різних регіонах коливається від 10,1 до 66,8% і складає, в середньому по Україні, 46,5%. Хірургічна активність, особливо у хворих із ГХ, на ґрунті жовчнокам'яної хвороби, становить 57,5-58,0% із коливанням від 36,3 до 90,5%. Післяопераційна летальність цієї декретованої групи пацієнтів коливається від 0,28 до 3,01% (у середньому по Україні 0,94-0,81%), а при пізній госпіталізації – від 10,1 до 66,8% (у середньому 46,3-46,5%)¹.

Наведені передумови склали основу нашого дослідження, оскільки оптимізація діагностично-лікувального алгоритму ведення хворих із ГА та ГХ, на нашу думку, значно сприятиме не лише покращанню результатів лікування, а й дасть змогу суттєво скоротити економічні витрати на хірургічне лікування цих пацієнтів.

Загалом, з метою оцінки економічних аспектів до детального аналізу у групу дослідження (хворі, які потребували видачі лікарняного листка) було включено 201 пацієнта з патологією червоподібного паростка та біліарного тракту (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за нозологічними формами захворювання

Нозологічна форма	Стать		Вік пацієнтів, роки		
	Ч	Ж	20-30	31-45	46-60
ГА (n = 114)	72	42	68	22	24
Лапароскопічна операція	11	3	8	3	3
Відкрита операція	61	39	60	19	21
ГХ (n = 87)	25	62	5	22	60
Лапароскопічна операція	16	48	5	16	43
Відкрита операція	9	14	–	6	17

Відповідно до даних, представлених у таблиці 1, розподіл пацієнтів у групах із патоло-

гією червоподібного паростка та жовчного міхура і жовчовивідних шляхів є співставимою,

як за кількістю (114 vs 87), так і за гендерним (чоловіки vs жінки) розподілом пацієнтів (97 vs 104). Серед загалу хворих спостерігається обернена пропорція у вікових групах (за нозологічними формами захворювання): у пацієнтів із ГА домінують хворі у віці 20-30 років (68 осіб), у той час як у пацієнтів із патологією біліарного тракту переважають хворі у віці 46-60 років (60 осіб). Серед даної групи пацієнтів лапароскопічні операційні втручання було застосовано у 78 хворих, у 123 – відкриті операційні втручання. Мінінвазивні операційні втручання домінували у пацієнтів з жовчнокам'яною патологією, як 64 vs 14, у той час, як відкриті операційні втручання переважно проводились у хворих із ГА, як 100 vs 14. Результати статистичного аналізу виду операційних втручань та гендерних ха-

рактеристик хворих засвідчили, що лапароскопічні методики операційного лікування було використано переважно у жінок (51 випадок), у віці 46-60 років (46 спостережень).

З метою об'єктивної оцінки тривалості хірургічного лікування пацієнтів з ГА та ГХ, нами було проаналізовано терміни доопераційного та післяопераційного ведення цих хворих. Для проведення порівняльного аналізу тривалості лікування усі пацієнти з ГА та ГХ були розбиті на 2-і підгрупи, в залежності від методу операційного втручання, а саме: хворі з ГА (лапароскопічні [n=14] операційні втручання – ГА 1; відкриті [n=100] операційні втручання ГА 2) та з ГХ (лапароскопічні [n=64] операційні втручання – ГХ 1; відкриті [n=23] операційні втручання ГХ 2) (табл. 2).

Таблиця 2. Тривалість до- та післяопераційного лікування пацієнтів із ГА

Тривалість доопераційного періоду (n=114)											
до 6 год		до 12 год				24 год		> 24 годин			
ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2
12	76	1	16	1	4	0	4				
Тривалість післяопераційного періоду (n=114)											
до 3 днів		до 7 днів		до 10 днів		до 15 днів		до 20 днів		> 20 днів	
ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2
		11	38	3	33	0	20	0	5	0	4
Тривалість лікування (n=114)											
до 3 днів		до 7 днів		до 10 днів		до 15 днів		до 20 днів		> 20 днів	
ГА 1	ГА2	ГА 1	ГА2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2	ГА 1	ГА 2
		9	34	5	35	0	19	0	8	0	4

Відповідно до даних, наведених у таблиці 2, можна зазначити, що частка хворих із ГА у яких було використана методика лапароскопічного втручання, в перші 6 год. від моменту постушення, склала 85,7% (12 випадків), у той час, як серед хворих, прооперованих з використанням відкритих методик, у перші 6 год. від моменту госпіталізації, операція була проведена лише у 76% пацієнтів (76 спостережень).

Проведені підрахунки дозволили ствердити, що тривалість доопераційної підготовки для хворих із групи ГА 1 склала у середньому $7 \pm 1,2$ год., у той час як у групі ГА 2 середня тривалість доопераційного періоду була на рівні $8,44 \pm 1,4$ год. Зазначено значну різницю у тривалості післяопераційного періоду. Зокрема, у хворих із підгрупи ГА 1 вона склала $7,64 \pm 1,2$ доби, у той час, як у пацієнтів із групи ГА 2 – $10,84 \pm 3,2$ доби. Загалом тривалість лікування у хворих із ГА коливалась від $8,07 \pm 0,93$ доби у пацієнтів із групи ГА 1 до $11,17 \pm 1,16$ у хворих із підгрупи ГА 2.

Результати проведеного аналізу тривалості лікування хворих із ГХ (табл. 3), також ствер-

дили значне скорочення термінів перебування у стаціонарі тих пацієнтів, яким у комплексі операційного лікування було використано методику лапароскопічного операційного втручання. Отож, на нашу думку, можна зазначити, що серед усіх хворих із ГХ частка пацієнтів, яким тривалість доопераційної підготовки склала 6 год. була незначною (табл. 3). Зокрема, у групі ГХ 1 (методика лапароскопічного операційного втручання) частка цих хворих склала лише 4,7%, у групі ГХ 2 (відкриті операції) – 13%. У більшості пацієнтів із ГХ тривалість доопераційної підготовки була у межах 1-2 діб – 76 хворих (90,5%). Слід зазначити, що середня тривалість післяопераційного періоду у хворих із патологією жовчного міхура та жовчовивідних шляхів значно відрізнялась, ($p < 0,05$). У хворих із підгрупи ГХ 1 вона склала $6,71 \pm 1,6$ діб, у той час, як у пацієнтів із групи ГХ 2 – $11,26 \pm 2,2$ доби. Загалом тривалість лікування у хворих із ГХ коливалась від $9,1 \pm 1,23$ доби у пацієнтів із групи ГХ 1 до $13,52 \pm 1,87$ у пацієнтів з підгрупи ГХ 2.

Таблиця 3. Тривалість до- та післяопераційного лікування пацієнтів з ГХ

Тривалість доопераційного періода (n=87)											
до 6 год.		до 12 год.				24 год.		> 24 год.			
ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2
3	3	0	5	13	3	48	12				
Тривалість п/о періоду (n=87)											
до 3 днів		до 7 днів		до 10 днів		до 15 днів		до 20 днів		> 20 днів	
ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2
13		38	6	11	9	1	3	0	2	0	4
Тривалість лікування (n=87)											
до 3 днів		до 7 днів		до 10 днів		до 15 днів		до 20 днів		> 20 днів	
ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2	ГХ 1	ГХ 2
5		28	3	22	9	6	5	1	1	2	5

Таким чином, результати проведеного статистичного аналізу тривалості лікування хворих із ГА та ГХ дозволили стверджувати достовірне ($p < 0,05$) зменшення термінів перебування пацієнтів у стаціонарі за умови застосування мініінвазивних операційних методик. Для хворих із ГА середньостатистичне перебування в стаціонарі склало $8,07 \pm 0,93$ доби на противагу хворим, прооперованим конвенційним (відкритим) методом операційного втручання – $11,17 \pm 1,16$ дб. У пацієнтів із ГХ також можна стверджувати тенденцію до скорочення термінів стаціонарного лікування серед хворих, яким було застосовано відеолапароскопічну методику операційного лікування $9,1 \pm 1,23$ vs $13,52 \pm 1,87$ дб. Отримані результати, на нашу думку, дозволяють ствердити, що застосування мініінвазивних операційних технологій дало змогу зменшити середньостатистичне перебування в стаціонарі та збільшити оборот ліжко-дня за той самий період. Слід зазначити, що скорочення середньої тривалості ліжко-дня в хірургічних відділеннях дає й значний економічний ефект. Зокрема, вартість перебування пацієнта у хірургічному стаціонарі (включаючи медикаменти, харчування та заробітну плату медичного персоналу) складає в середньому 112,16 грн. за добу перебування. Провівши певні обчислення можна стверджувати, що лише впро-

вадження методики відеолапароскопічного втручання у комплекс хірургічного лікування хворих із ургентною абдомінальною патологією (ГА – 3,1 доби та ГХ – 4,42 доби), дозволяє значно скоротити витрати на лікування даного контингенту пацієнтів. Отож, для хворих із ГА ця сума складає 347,7 грн., а для пацієнтів із ГХ – 495,7 грн. на кожного пацієнта. Таким чином, можна зазначити, що обґрунтовані показання до проведення лапароскопічних операцій у хворих на ГА та ГХ дозволяють оптимізувати не лише загальноклінічні засади лікування (кращі косметичні результати, менш виражений больовий синдром у післяопераційному періоді, а також менша ймовірність розвитку інфекції), але має також і економічні переваги (зменшення часу перебування пацієнта в стаціонарі, зменшення періоду непрацездатності). Загалом, цілеспрямований комплексний підхід до операційного лікування сприяє покращенню безпосередніх і віддалених результатів лікування хірургічних хворих, дозволяє скоротити тривалість лікування у стаціонарі і періоду втрати працездатності, знизити економічні витрати, скеровані на лікування пацієнтів, забезпечує інтенсифікацію та раціональне використання ліжкового фонду хірургічних стаціонарів, сприяє оптимізації використання коштів.

Висновки:

1. Методика мініінвазивних операційних втручань є «золотим» стандартом надання медичної допомоги хворим із невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини та забезпечує оптимальний підхід до операційного лікування цих пацієнтів.
2. Включення в стандарти лікування відеолапароскопічних технологій дозволяє скоротити терміни перебування хворих на стаціонарному лікуванні при гострому

- апендициті до $8,07 \pm 0,93$ дб та при гострому холециститі – до $9,1 \pm 1,23$ дб.
3. Результати проведеної економічної оцінки процесу лікування хворих із гострим апендицитом та гострим холециститом дозволяє стверджувати, що доєднання мініінвазивної технології операційного лікування сприяє значному зменшенню витрат на кожного пацієнта (з гострим апендицитом на 347,7 грн., для хворих із гострим холециститом – на 495,7 грн.).

Література:

1. *Бычков С.А.* Исторические аспекты, достижения и перспективы развития видеолaparоскопической хирургии / *С.А. Бычков, Р.Н. Гринев* // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2006. – №738. Сер. Медицина. – Вип. 13. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/4377>.
2. *Мазуренко О.В.* Потреба в організації термінової хірургічної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру / *О.В. Мазуренко* // Медицина неотложных состояний. – 2013. – №2(49). – С.25-29.
3. *Майстренко Н.А.* Неотложная эндовидеохирургия острых заболеваний, ранений и травм живота / *Н.А. Майстренко, Ю.Н. Сухопара, В.В. Боярынец* // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №2. – С.7-8.
4. Стандарти надання медичної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (п. 1.1.). Наказ МОЗ України №297 від 02.04.2010 р.
5. *Mouret Ph.* From the first laparoscopic cholecystectomy to the frontiers of laparoscopic surgery. The future prospectives. / *Ph. Mouret* // *Dig. Surg.* – 1991. - №8. – P.124-125.
6. *Semm K.* Die endoscopische appendektomie / *K. Semm* // *Gynak. Prax.* – 1983. - №7. – S.26.

УДК 617.55-072.1-083.98-036-039.78

ВИЗУАЛІЗУЮЧІ МЕТОДИКИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕННІ БОЛЬНИХ С УРГЕНТНОЮ АБДОМИНАЛЬНОЮ ХІРУРГІЧЕСКОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: КЛІНІЧЕСЬКІ ОСОБЕННОСТИ И ЕКОНОМІЧЕСЬКІ АСПЕКТИ*А.Д. Квит, В.В. Куновський**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, г. Львів, Україна*

Резюме: Проведен аналіз лікування 782 больних с острым аппендицитом (ОА) и острым холециститом (ОХ), которым проводилось комплексное хирургическое лечение в условиях Коммунальной городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Львова в течение 2013 года. На примере лечения 201 стационарного больного (ОА – 114, ОХ – 87), которые нуждались в выдаче листка нетрудоспособности проведено детальний статистический аналіз продовжителности их лікування, с оценкой економіческих аспектов и эффективности лікування. Полученные результаты позволяют утверждать, что применение миниинвазивных операционных технологий дает возможность снизить среднестатистическое пребывание в стационаре для больних с ОА до $8,07 \pm 0,93$ суток и для больних с ОХ – до $9,1 \pm 1,23$ суток. Внедрение лапароскопической технологии операционного лікування способствует значительному уменьшению финансовых затрат на каждого пациента (с ОА на 347,7 грн., с ОХ – на 495,7 грн.).

Ключевые слова: острый аппендицит, острый холецистит, миниинвазивные операционные вмешательства, продолжительность лікування, економіческие затраты.

UDC 617.55-072.1-083.98-036-039.78

VISUALIZING METHODS IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH URGENT ABDOMINAL SURGICAL PATHOLOGY: CLINICAL SPECIAL FEATURES AND ECONOMIC ASPECTS*A.D. Kvit, V.V. Kunovskiy**Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine*

Summary: The treatment of 782 patients with acute appendicitis (AA) and acute cholecystitis (AC), which underwent comprehensive surgical treatment in one of the medical establishments of Lviv during 2013 was analyzed. On the example of the treatment of 201 patients (AA – 114, AC – 87), which remained on a in-patient treatment and needed a confirmation of disability due to hospitalization, we have made a statistical analysis of these patients length of treatment with valuation of economical aspects as well as the clinical effectiveness of using this method. Gained results let us affirm, that using miniinvasive operating methods gave us a possibility to decrease the average length of stay of patients with AA to $8,07 \pm 0,93$ a day, in patients with AC to $9,1 \pm 1,23$ a day. The introduction of the laparoscopic technology of surgical treatment facilitated considerable decreasing of financial expences of each patient (with AA for 347,7 UAH, for patients with AC for 495,7 UAH).

Key words: acute appendicitis, acute cholecystitis, miniinvasive operational methods, length of stay, economic expences.

Надійшла до редакції 24.01.2014 р.