

11. Evered, L. A. Postoperative Cognitive Dysfunction and Noncardiac Surgery / L. A. Evered, B. S. Silbert // *Anesthesia and analgesia*. – 2018. – Vol. 127, №2. – P. 496.
12. Ляшенко Е. А. Послеоперационная когнитивная дисфункция / Е. А. Ляшенко, Л. Г. Иванова, А. Ш. Чимагомедова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. – 2020. – № 120. – С. 39–45.
13. Subramaniyan S. Neuroinflammation and Perioperative Neurocognitive Disorders / S. Subramaniyan, N. Terrando // *AnesthAnalg*. – 2019. – Vol. 128, № 4. – P. 781–788.
14. Ершов А. С. Эндопротезирование тазобедренного сустава у больных ревматоидным артритом / А. С. Ершов, Е. А. Волокитина // *Уральский медицинский журнал*. – 2022. – № 21. – С. 26–37.
15. What the anaesthesiologist needs to know about heart–lung interactions / S. T. Vistisen, J. N. Enevoldsen, J. Greisen, P. Juhl–Olsen // *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. – 2019. – Vol. 33, № 2. – P. 165–177.
16. Postoperative delirium, neuroinflammation, and influencing factors of postoperative delirium: A review / M. Z. Xiao, C. X. Liu, L. G. Zhou [et al.] // *Medicine*. – 2023. – Vol. 102, № 8. – P. 991–999.
17. Cancer surgery: how may anesthesia influence outcome? / F. Cassinello, I. Prieto, M. Olmo [et al.] // *Journal of clinical anesthesia*. – 2015. – Vol. 27, № 3. – P. 262–272.
18. Neuroinflammation induced by lipopolysaccharide causes cognitive impairment in mice / J. Zhao, W. Bi, S. Xiao [et al.] // *Scientific reports*. – 2019. – Vol. 9, № 1. – P. 5790.
19. The effect of perioperative anesthetics for prevention of postoperative delirium on general anesthesia: A network meta-analysis / Y. Cui, G. Li, R. Cao [et al.] // *Journal of clinical anesthesia*. – 2020. – Vol. 59, № 1. – P. 89–98.
20. Swarbrick, C. J. Evidence-based strategies to reduce the incidence of postoperative delirium: a narrative review / C. J. Swarbrick, J. S. Partridge // *Anaesthesia*. – 2022. – Vol. 77, № 1. – P. 92–101.
21. Risk factors of postoperative delirium after cardiac surgery: a meta-analysis / H. Chen, L. Mo, H. Hu [et al.] // *Journal of cardiothoracic surgery*. – 2021. – Vol. 16, № 1. – P. 113.

Сведения об авторах

Д.Т. Тимонова* – студент

Р.Р. Мухамедов – студент

К.А. Гаврилова – ассистент кафедры

Information about the authors

D.T. Timonova* – Student

R.R. Mukhamedov – Student

K.A. Gavrilova – Department assistant

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

daratimonova20244@gmail.com

УДК 617-089:616.381 (075.8):614.88

НЕОТЛОЖНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Федоров Вячеслав Валерьевич^{1,2}, Казанцев Артем Александрович^{1,2}, Хусаинова Диляра Феатовна¹, Соколова Людмила Александровна¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

²ГАУЗ СО «Станция скорой медицинской помощи город Первоуральск»
Первоуральск, Россия

Аннотация

Введение. Актуальность проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости обусловлена высокой заболеваемостью, значительной частотой диагностических ошибок и осложнений, стабильным уровнем летальности. **Цель исследования** – оценить структуру острых хирургических заболеваний брюшной полости на догоспитальном этапе. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ хирургической патологии органов брюшной полости за 2023 год на базе Станции скорой медицинской помощи города Первоуральска. **Результаты.** По данным ретроспективного эпидемиологического анализа установлена структура неотложной хирургической патологии на догоспитальном этапе в зависимости от возраста пациентов, поводы к вызову скорой медицинской помощи, результаты вызовов. **Выводы.** На этапе скорой медицинской помощи гипердиагностика при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости оправдана, так как решение вопроса о необходимости экстренного оперативного вмешательства более важно, чем установление точного диагноза.

Ключевые слова: хирургические заболевания, острый абдоминальный синдром, скорая медицинская помощь, догоспитальный этап.

URGENT SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY AT THE PREHOSPITAL STAGE

Fedorov Vyacheslav Valerievich^{1,2}, Kazantsev Artem Alexandrovich^{1,2}, Khusainova Dilara Featovna¹, Sokolova Lyudmila Alexandrovna¹

¹Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

²Ambulance station Pervouralsk city

Pervouralsk, Russia

Abstract

Introduction. The urgency of the problem of acute surgical diseases of the abdominal cavity is due to the high incidence, significant frequency of diagnostic errors and complications, and stable mortality rate. **The aim of the study** is to assess the structure of acute surgical diseases of the abdominal cavity at the prehospital stage. **Material and methods.** A retrospective epidemiological analysis of surgical pathology of abdominal organs for 2023 was carried out at the Pervouralsk Ambulance Station. **Results.** According to the data of a retrospective epidemiological analysis, the structure of emergency surgical pathology at the prehospital stage was established, depending on the age of patients, reasons for calling an ambulance, and the results of calls. **Conclusion.** At the stage of emergency medical care, overdiagnosis in acute surgical diseases of the abdominal cavity is justified, since solving the issue of the need for emergency surgery is more important than establishing an accurate diagnosis.

Keywords: surgical diseases, acute abdominal syndrome, emergency medical care, pre-hospital stage.

ВВЕДЕНИЕ

Особенностью современных хирургических заболеваний органов брюшной полости является стертость и атипичность клинической картины, что обуславливает трудности диагностики не только на догоспитальном, но и на госпитальном этапе, что в свою очередь приводит к поздней диагностике и увеличению летальности и инвалидности населения [1,2].

Особое значение в организации хирургической помощи и в исходах заболевания имеют сроки госпитализации больных с острой патологией живота. Эти колебания в основном определяются клинической картиной заболевания, а также осведомленностью больных о характере своего заболевания [3]. Существует тенденция несвоевременного обращения за медицинской помощью при болях в животе, что в свою очередь приводит к поздней госпитализации в хирургический стационар, запоздалому оперативному вмешательству, увеличению количества осложнений и высокому уровню послеоперационной летальности. Показатель поздней госпитализации по данным разных авторов в последнее десятилетие составляет от 16 % до 43 %, а при некоторых нозологических формах до 84 % [4].

Важным условием в снижении летальности у больных с острой патологией живота являются: раннее обращение за медицинской помощью, точная диагностика, экстренная госпитализация и своевременная операция [3,4].

И если диагностический арсенал стационаров в последние годы пополнился современными методами и средствами диагностики хирургических болезней, то догоспитальный этап по-прежнему продолжает оставаться наиболее слабым звеном в диагностической цепи этой патологии. Все это делает проблему диагностики и тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости на догоспитальном этапе актуальной и требует ее тщательного изучения [1,2,3,4].

Цель исследования – изучить структуру острых хирургических заболеваний брюшной полости на догоспитальном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ГАУЗ СО «Станции СМП г. Первоуральск». Проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование хирургических вызовов СМП с помощью системы электронной диспетчерской ПК АДИС за период с 1.01.2023 г. по 1.01.2024г. Критерии включения пациентов в исследование: неотложные хирургические заболевания брюшной полости.

Статистический анализ материала проведен с помощью программы Microsoft Office Excel 2020. Дискретные данные представлены в виде общего числа и процентного соотношения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В структуре вызовов СМП хирургического профиля (всего 1824 чел. за 2023г) распределение выглядит следующим образом: желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – 256 чел. (14,04%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) – 115 чел. (6,3%), аппендицит – 1348 чел. (73,9%), грыжа – 97 чел. (5,32%), инвагинация кишечника – 8 чел. (0,44%), кишечная непроходимость – 154 чел. (8,44%), перитонит – 6 чел. (0,33%), холецистит – 650 чел. (35,64%), панкреатит – 1491 чел. (81,74%).

Пациенты с диагнозом ЖКК обращались за СМП по соответствующим поводам: жалобами на желудочно-кишечное кровотечение в 49 случаях (20%), на втором месте выявлен повод «рвота с кровью» – 43 чел. (17%), на третьем месте повод «человеку плохо» – 26 чел. (10%), «болит живот» – повод с частотой 23 чел. (9%). При диагнозе ЯБ пациенты обращались преимущественно со «рвотой с кровью» в 24 случаях (21%), на втором месте по частоте «болит живот» – 19 чел. (17%), на третьем месте – желудочно-кишечное кровотечение – 15 чел. (13,04%) и на четвертом месте повод «человеку плохо» – 12 чел. (10,44%). При обращении пациентов с диагнозом аппендицит повод «болит живот» встретился в 947 случаях (70,25%), на втором месте «болит живот с рвотой» – 90 чел. (6,68%). Преобладание повода к вызову СМП «болит живот, бок» зарегистрировано при грыже в 81 случае (83,51%), при инвагинации кишечника у 3 чел. (37,5%), при непроходимости кишечника у 37 чел. (62,99%), при перитоните у 3 чел. (50%), при холецистите – у 411 чел. (63,23%), при панкреатите у 813 чел. (54,53%). Пациенты с диагнозом холецистит вызывали СМП с жалобами, помимо как на боль в животе, – «болит живот и рвота» – 56 чел. (8,62%). При обращении пациентов с диагнозом панкреатит вызовы, кроме с болью в животе встретились, встречались «болит живот со рвотой» – 186 чел. (12,47%), так же обращает на себя внимание повод «боль в груди» у 80 чел. (5,37%), что делает необходимым проводить дифференциальную диагностику с коронарной патологией.

Интересно отметить, что такой повод к вызову, как «без сознания» встретился среди вызовов СМП с желудочно-кишечным кровотечением у 9 чел. (3,52%) и при язвенной болезни у 2 чел. (1,74%). Так же заслуживает внимание повод «человеку плохо», который в структуре вызовов СМП хирургического профиля встречается довольно часто от 2% (23 чел.) при аппендиците и до 10% (12 чел. и 26 чел. соответственно) при ЯБ и ЖКК (ЖКК, ЯБ). На наш взгляд это говорит о плохой работе фельдшера по приему вызовов СМП, который при приеме вызова не руководствовался алгоритмом приема вызова, а сразу заводил наиболее универсальный повод, что является ошибкой.

При анализе распределение вызовов СМП хирургического профиля по возрасту можно отметить следующую картину: вызовы с ЯБ, а также непроходимостью кишечника преобладают в трудоспособном возрасте 18-64 года – 61 чел. (53%) и 48 чел. (31%) соответственно и у пациентов старше трудоспособного возраста - старше 65 лет - 53 чел. (46%) и 101 чел. (66%) соответственно. А вот аппендицит встречается чаще у детей до 18 лет – 834 чел. (62%) и в 442 случаях (33%) пациентов трудоспособного возраста, гораздо реже у пожилых пациентов – 72 чел. (5%). В то время как грыжа преобладала у пожилых пациентов - 61 чел. (62%). Инвагинация кишечника встречалась только в детском возрасте - 8 чел. (100%). Перитонит наблюдался чаще у пациентов в трудоспособном возрасте - 5 чел. (83%). Диагнозы холецистит, панкреатит, ЖКК встречаются в возрасте старше 18 лет в 98% случаев. Только пациенты с диагнозом панкреатит в трудоспособном возрасте – 962 чел. (64%).

Все больные с подозрением на неотложную хирургическую патологию органов брюшной полости подлежат срочной госпитализации в хирургический стационар. Транспортировка должна осуществляться лёжа на носилках. Однако, анализируя результаты вызовов к пациентам с хирургической патологией, обращает на себя внимание высокий процент отказов от госпитализации пациентов с диагнозами панкреатит – 508 чел. (34%),

холецистит – 130 чел.(20%), непроходимость кишечника – 20 чел. (13%) и высокий процент госпитализации с диагнозом перитонит – 6 чел. (100%), язва желудка и ДПК – 105 чел. (91%), аппендицит – 1189 чел. (88%). Оставлены на месте вызова не ущемленные грыжи в 7% (7 чел.). Повторные вызовы чаще всего встречались с диагнозами ЯБ – 9 чел. (8%), аппендицит – 90 чел. (7%), холецистит 31 чел. и панкреатит 68 чел. (по 5%), однако повторных вызовов никогда не было с диагнозами перитонит и инвагинация кишечника, и всего 2% с диагнозом грыжа (2 чел.).

ОБСУЖДЕНИЕ

Поздняя госпитализация больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости влияет на качество диагностики, количество и тяжесть осложнений, рост неблагоприятных исходов лечения и зависит в свою очередь от двух основных причин: несвоевременного обращения больных за медицинской помощью при острой патологии живота; лечебно-диагностических и тактических ошибок, допускаемых медицинскими работниками догоспитального звена.

ВЫВОДЫ

1. В структуре хирургической патологии органов брюшной полости на догоспитальном этапе наиболее распространенным является аппендицит – 1348 чел. (73,9%).

2. Острый абдоминальный болевой синдром отмечен при всех хирургических патологиях.

3. Стоит уделять пристальное внимание такому поводу к вызову СМП (встречался до 2%), как «человеку плохо» и проводить дифференциальную диагностику заболеваний.

4. В детском возрасте наиболее часто встречались такие хирургические заболевания, как аппендицит (834 чел., 62%) и инвагинация кишечника (8 чел., 100%). Среди трудоспособного населения регистрировались преимущественно язвенная болезнь (61 чел., 53%), перитонит (5 чел., 83%). Пациенты пожилого возраста больше страдали такими хирургическими заболеваниями, как непроходимость кишечника (101 чел., 66%), грыжа (61 чел., 62%).

5. Самый высокий процент отказов пациентов от предложенной бригадой СМП госпитализации при панкреатите – 508 чел. (34%).

6. На этапе СМП гипердиагностика при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости оправдана, так как решение вопроса о необходимости экстренного оперативного вмешательства более важно, чем установление точного диагноза.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2020 год: сборник статей, докладов и тезисов. – СПб.: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2021. – 30 с.
2. Захаренко, А.А. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром животе /А.А. Захаренко // Скорая медицинская помощь: клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Гл. 20. – С. 346-349.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Острый аппендицит у взрослых». – 2023. – 41с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/325_2 (дата обращения: 25.03.2024). – Текст: электронный.
4. Галимов, О.В. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических заболеваний: учебное пособие в 2 частях. Ч.1. Хирургические болезни брюшной полости / О.В. Галимов, Р.А. Зиянгиров, Ю.В.Костина, В.О. Ханов. – Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018. – 103с.

Сведения об авторах

В.В. Федоров * – ординатор

А.А. Казанцев – ординатор

Д.Ф. Хусаинова – кандидат медицинских наук, доцент

Л.А. Соколова – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

V.V. Fedorov* – Postgraduate student

A.A. Kazantsev – Postgraduate student

D.F. Khusainova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

L.A. Sokolova – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

vvf80@list.ru*