Ховасова, Наталья Олеговна. Оптимизация лечения коморбидных состояний терапевтического профиля у хирургических больных : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.04 / Ховасова Наталья Олеговна; [Место защиты: ГОУВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет"].- Москва, 2012.- 112 с.: ил.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития РФ

*На правах рукописи*

04201200274 УДК 616 - 089 + 616 - 085

**Ховасова Наталья Олеговна**

**Оптимизация лечения коморбидных состояний терапевтического профиля у хирургических больных**

1. - «Внутренние болезни»

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

***Научный руководитель:***

заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Вёрткин Аркадий Львович

C:\Users\Pavel\AppData\Local\AppData\Local\Temp\FineReader11.00\media\image1.png

Москва - 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

1. Цель и задачи исследования 6
2. Научная новизна 6
3. [Практическая значимость 7](#bookmark0)

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 10

1. Проблема коморбидности 10
   1. [Дефиниции коморбидности 11](#bookmark7)
   2. [Методы оценки коморбидной отягощенности 13](#bookmark8)
2. Коморбидность у больных хирургического профиля 19
   1. [Хирургическая патология в многопрофильном стационаре 20](#bookmark9)
   2. Ведение хирургических больных с терапевтической патологией 22
   3. [Послеоперационные осложнения коморбидности 24](#bookmark11)
3. [Стратификация риска осложнений послеоперационного периода 25](#bookmark12)
   1. [Инфекционные осложнения 26](#bookmark13)
   2. [Гемодинамические осложнения 29](#bookmark14)
   3. [Тромботические осложнения 35](#bookmark15)
   4. [Геморрагические осложнения 40](#bookmark16)
4. [Профилактика осложнений у коморбидных больных в хирургии 42](#bookmark17)
   1. [Принципы профилактики осложнений в хирургии 42](#bookmark18)
   2. [Применение корректоров метаболизма 49](#bookmark19)

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 55

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ 65

ГЛАВА IV. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ 92

[ВЫВОДЫ 98](#bookmark22)

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 99

ЛИТЕРАТУРА 100

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ 115

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АСС/АНА - Американское общество кардиологов

АССР - American College of Chest Physicians - Американская Коллегия Спе­циалистов по Заболеваниям Органов Грудной Клетки ESC - Европейское общество кардиологов АД - артериальное давление АПФ - ангиотензинпревращающий фермент ВОЗ - всемирная организация здравоохранения ДПК - двенадцатиперстная кишка ЖКК - желудочно-кишечное кровотечение ЖКТ - желудочно-кишечный тракт ИБС - ишемическая болезнь сердца ИВЛ - искусственная вентиляция легких ИПП - ингибиторы протонной помпы КРО - кардиореанимационное отделение НМГ - низкомолекулярный гепарин НФГ - нефракционированный гепарин ОИМ - острый инфаркт миокарда ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии СМП - скорая медицинская помощь ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания ТГВ - тромбоз глубоких вен ТЭЛА - тромбоэмболия лёгочных артерий ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких ХСН - хроническая сердечная недостаточность ЧСС - частота сердечных сокращений ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия ЭКГ - электрокардиография

ЯБЖ и ДПК - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки р - уровень статистической значимости

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность**

Демографические сдвиги в сторону увеличения числа лиц пожилого возраста отразились на возрастном составе пациентов хирургического профиля (Б.С. Брискин, А.А. Подколзин, 2006). Вместе с тем существенно возросло и количество хирургических больных с так называемыми коморбидными состояниями - сочетанием двух и более патологических синдромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (М. Akker, 1996). Так, по данным A.JI. Вёрткина и Е.А. Петрик (2011) в результате анализа 3500 аутопсий больных, поступивших в стационар скорой медицинской помощи (СМП) по экстренным показаниям, коморбидная патология диагностирована в 78,6% наблюдений, причем в подавляющем своем большинстве - у пациентов в возрасте старше 65 лет. Нозологии, составляющие коморбидность включают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе артериальную гипертонию (АГ) и различные формы ИБС, соответственно, в 80% и 79% наблюдений, болезни мочевой и дыхательной систем, соответственно, в 78% и 73%, сосудистые заболевания головного мозга и болезни печени и поджелудочной железы, соответственно, в 69% и 49%.

Коморбидная отягощенность является основной причиной развития смертельных осложнений (N. Oldridge, 2004; В. Keller, 1994, О.В. Зайратьянц, 2008), важнейшими из которых являются пневмония, сердечная недостаточность (СН), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В отделениях хирургического профиля на долю коморбидности приходится более 50% случаев (О.В.Зайратьянц, 2008; А.Л. Вёрткин, 2008). Это прямо или косвенно снижает общую эффективность работы

хирургического стационара, поскольку увеличивает среднюю длительность госпитализации, число осложнений после хирургических вмешательств, приводит к уменьшению оперативной активности, росту общих затрат на лечение и препятствует проведению реабилитации (Н. Lakka et al., 2002; J. Zhang, 2003; Me Carthy ML, 1995; A. Ejaz, 2004).

Единственным неустранимым предиктором частоты коморбидной отяго- щенности является возраст больных, в других случаях негативное влияние коморбидности на исход заболевания и прогноз жизни пациента хирургиче­ского профиля реализуется под влиянием субъективных и, в большинстве своем, - устранимых причин. К их числу относится несоблюдение алгоритма и/или стандартов по оказанию медицинской помощи у этой категории боль­ных. Так, например, ТЭЛА развивается в 75-82% случаев у госпитализиро­ванных пациентов с коморбидной отягощенностью (B.C. Савельев, 2000; А. М. Шилов, 2004).

Учитывая высокую актуальность проблемы, в 2011 году Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) разработаны национальные рекомендации по прогнозированию и профилактике кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств, целью которых является привлечь внимание терапевтов и кардиологов к данной проблеме (ВНОК, 2011).

Итак, вопросы раннего выявления коморбидной отягощенности и индивидуализации пред - и послеоперационного консервативного лечения представляет собой комплексную задачу, решение которой лежит в содружественной работе хирурга и терапевта с использованием алгоритма ведения пациентов хирургического профиля в стационаре СМП. Этому и посвящено настоящее исследование.

**Цель исследования**

Определить клиническую эффективность алгоритма ведения пациентов хирургического профиля с отягощенным коморбидным терапевтическим фо­ном в стационаре скорой медицинской помощи.

**Задачи исследования**

1. Изучить по данным аутопсий распространенность и структуру коморбид- ных терапевтических заболеваний у пациентов хирургического профиля.
2. Разработать алгоритм ведения и периоперационного лечения коморбидных терапевтических заболеваний у пациентов хирургических отделений.
3. Оценить клиническую эффективность и влияние на прогноз хирургическо­го заболевания алгоритма ведения пациентов с коморбидной отягощенно- стью.

**Научная новизна**

Высокая распространенность коморбидной патологии (более 70%) влияет на своевременность постановки диагноза и обусловливает развитие осложне­ний, что приводит к расхождению клинического и патологоанатомического диагноза у каждого десятого умершего пациента в хирургическом отделении.

В структуре коморбидности лидирует сердечно-сосудистая патология (бо­лее 80%). Кроме того распространены болезни мочевыделительной (37,6%) и дыхательной системы (23%).

Показано, что ранняя формализованная оценка коморбидной патологии у пациентов позволяет прогнозировать и своевременно проводить профилакти­ку осложнений в послеоперационном периоде.

Разработан и внедрен алгоритм ведения терапевтом хирургических паци­ентов и доказана его эффективность в хирургическом стационаре за счет уменьшения непрофильных госпитализаций, осложнений в послеоперацион­ном периоде и длительности пребывания пациентов в хирургических отделе­ниях.

Показано, что добавление метаболических препаратов является эффектив­ным в комплексной терапии коморбидных состояний у хирургических паци­ентов. Корректоры метаболизма позволяют сохранить гемодинамическую стабильность пациентов в условиях оперативного стресса, а также умень­шить длительность госпитализации.

**Практическая значимость**

Показано, что с увеличением возраста повышается частота коморбидной патологии. При совокупности 5 и более нозологий возраст больных был максимальным и составил 79,9±11,2 лет.

Непосредственными причинами смерти коморбидных пациентов почти в 40% было ЖКК из острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, у трети - сердечная недостаточность и в 10,3% - ТЭЛА. Столь высокая частота смертельных осложнений обусловлена несоблюдением рекомендаций по их профилактике в хирургической клинике. Так, показанную антиагрегантную терапию применяли только в 15%, антигипертензивную - в половине наблюдений, антибиотики назначали в 65%, а профилактика острых эрозий и язв слизистой оболочки ЖКТ проводилась ингибиторами протонной помпы вообще в единичных случаях.

Показанное оперативное лечение проведено чуть больше чем у половины больных, в остальных случаях коморбидная патология была противопоказанием для хирургического лечения, и больные велись консервативно.

Разработан и внедрен в практику работы хирургического отделения стационара СМП терапевтический алгоритм, основанный на клинических рекомендациях и включающий раннюю диагностику коморбидных заболеваний, оценку их влияния на операционный риск и рекомендации по лечению и мониторингу соматической патологии у хирургических пациентов.

Используя предложенный алгоритм, удалось значительно сократить длительность госпитализации и уменьшить количество послеоперационных осложнений, таких как гипертонический криз, пароксизм мерцательной аритмии и пневмония, а также ТЭЛА и острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки ЖКТ и ЖКК.

При добавлении корректоров метаболизма к комплексной терапии пациентов с хирургической патологией с отягощенным коморбидным фоном уменьшается длительность предоперационной подготовки,

послеоперационного периода, за счет чего сокращается время пребывания больных в хирургическом стационаре.

**Основные положения, выносимые на защиту**

1. У пациентов, поступающих в хирургическую клинику, распространена те­рапевтическая коморбидная патология, которая утяжеляет течение хирур­гического заболевания и его прогноз.
2. Внедрение алгоритма ведения терапевтом пациентов в отделении общей хирургии позволяет прогнозировать и оптимизировать профилактику воз­можных осложнений в послеоперационном периоде, улучшить прогноз и качество жизни пациента.

**Личное участие автора**

Автором самостоятельно проведен набор пациентов в исследование, включая сбор анамнеза, клиническое обследование и динамическое наблю­дение, анализ клинико-лабораторных и инструментальных данных с запол­нением специально разработанных для данного исследования клинических карт.

Диссертант самостоятельно проанализировала аутопсийный материал, раз­работала дизайн исследования, диагностический и лечебный алгоритм, обобщила полученный материал, провела статистическую обработку и сфор­мулировала научные выводы.

**Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования внедрены и используются в практической дея­тельности врачей хирургических отделений ГКБ № 81 и ГКБ № 50 Департа­мента здравоохранения Правительства города Москвы, а также в педагогиче­ский процесс кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой меди­цинской помощи ГБОУ ВПО МГМСУ. Полученные данные включены в про­грамму обучения студентов и слушателей ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ.

**Апробация диссертации**

Материалы диссертации доложены на XXXIV научной конференции мо­лодых ученых МГМСУ (Москва, 2011), Национальных конгрессах терапев­тов (Москва, 2010, 2011), на Всероссийском научном форуме «Скорая по- мощь-2011» (Москва, 2011) и обсуждены на межкафедральной конференции сотрудников кафедр терапии, клинической фармакологии и скорой медицин­ской помощи и хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ 9.06.2011, протокол № 32.

**Публикации**

По теме диссертации опубликовано 7 работ, в том числе 3 работы в жур­налах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

**Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 115 страницах машинописи, состоит из введе­ния, обзора литературы, материалов и методов исследования, полученных результатов и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиография включает 56 отечественных и 103 зарубежных ис­точников. Диссертация содержит 19 таблиц и 13 рисунков.

**выводы**

1. Более чем у 70% пациентов, умерших в отделении общей хирургии, имеется терапевтическая коморбидная патология, при этом наиболее часто встречаются болезни сердечно-сосудистой системы.
2. Отсутствие стандартизованного алгоритма ведения терапевтом пациен­тов хирургического профиля приводит к недооценке коморбидной пато­логии, что в 30% случаев ведет к непрофильной госпитализации сомати­ческих больных в хирургический стационар, где проводится неадекват­ная фармакотерапия этой патологии. Отсутствие динамического наблю­дения терапевтом у пациентов с коморбидной отягощенностью обуслов­ливает позднюю диагностику послеоперационных осложнений.
3. Внедрение терапевтического алгоритма ведения больных хирургическо­го профиля позволило повысить оперативную активность на 15,4%, уменьшить количество осложнений в 4,5 раза в послеоперационном пе­риоде, что привело к снижению длительности пребывания пациентов в хирургическом стационаре в среднем на 1,9 койко-дня.
4. Пациентам хирургических отделений, имеющих риск осложнений, свя­занных с коморбидным отягощенным фоном, показана метаболическая терапия как дополнение к основному алгоритму, что позволяет снизить длительность предоперационной подготовки и уменьшить количество осложнений в послеоперационном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Все пациенты отделения общей хирургии при поступлении в стационар в первые 36 часов должны быть осмотрены терапевтом для определения коморбидного статуса и ассоциированного с ним риска госпитальных осложнений, а также риска развития осложнений в послеоперационном периоде. На основании такого прогноза должна определяться тактика ведения пациентов и проводиться профилактика возможных послеопе­рационных осложнений.
2. В послеоперационном периоде необходимо ежедневное динамическое наблюдение терапевтом пациентов с отягощенным коморбидным фо­ном для своевременной диагностики осложнений после проведенного оперативного лечения. Для этого необходимо введение штатной едини­цы терапевта в отделение общей хирургии.
3. Больные с коморбидной отягощенностью в качестве дополнительной терапии должны получать препараты группы корректоров метаболизма в течение всего предоперационного и 5-7 дней послеоперационного пе­риодов с целью улучшения прогноза и уменьшения послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боженков А.Н., Щербюк С.А. Практическая панкреатология.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА. - 2003.- 211 с.
2. Бокарев И. Н., Попова JI. В. Венозный тромбоэмболизм и тромбоэмболия лёгочной артерии. - М.: Медицинское информационное агентство, 2005. - 208
3. Бокарев И.Н., Попова JI.B., Кондратьева Т.Б. Венозный тромбоэмболизм: лечение и профилактика // Consilium medicum. - 2005. - N 1. - С. 24 - 29.
4. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастро-дуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии // М., 2004. 185 с.
5. Брискин Б.С., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х. Панкреонекроз в свете современных представлений диагностики и лечения // Девятый

Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда. Волгоград, 2000. - С. 20.

1. Брискин Б.С., Гудков А.Н., Брюнин А.В. Возможности и трудности

холецистэктомии из минилапаротомного доступа // Анналы хирургической гепатологии. - 2001. - Том 6, № 1. - С. 88-98.

1. Бычков С.А., Хворостов Е.Д., Лебедь И.М. и др. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с сопутствующей патологий сердечнососудистой системы // Анналы хирургической гепатологии. -2002. - Т.7. - № 1. - С. 93-94
2. Васильев В.Е., Перунов А.В. Острый холецистит: современные технологии лечения // Consilium medicum. - 2001. - Т.З. - № 6. -С. 279 - 284.
3. Ветшев П.С., Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В. Параметры оценки

травматичности лапароскопических и традиционных оперативных технологий // Хирургия. - 2008. - № 12. - С. 65 - 67.

Ю.Вёрткин А. Л., Зайратьянц О. В., Вовк Е. И. Окончательный диагноз. М.: 2008.

1. Вёрткин А.Л., Скотников А.С. Роль хронического аллергического воспаления в патогенезе бронхиальной астмы и его рациональная фармакотерапия у пациенто^чс полипатией // Лечащий врач. - 2009. - № 4. - С. 61 - 67.
2. Всероссийское научное общество кардиологов. Национальные клинические рекомендации. -2011.-С. 20-219.
3. Гайденко Г.В., Семиголовский Н.Ю., Минченко И.Б., Лебединский К.М. Стандарты обследования, анестезии и послеоперационного ведения хирургических больных с сопутствующей патологией // Анестезиология и реаниматология. -1998.-С.71-3.

М.Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Белоцерковский Б.З. и др. Нозокомиальная пневмония, связанная с ИВЛ у хирургических больных: М., 2000. - 328 с.

1. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Оганесян Е.А., Базаров А.С., Черниенко Л.Ю. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. Метод, рек. - Москва, 2004. - 18 с.
2. Глазунов И.С., Stachenco S. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации // Public Health Agency of Canada. - 2006. - «Электронный ресурс» - режим доступа: http: // cindi.gnicpm.ru/issues.htm.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составляющая часть консервативного гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. - 2005. - № 8. - С. 52-57.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. - 2001. - №
5. - С. 30-31.
6. Григович И.Н., Дербенев В.В. В XXI век с проблемой острого простого аппендицита // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2000. - Т. 159, № 3. С. 93-

97.

1. Дамброва М., Дайя Д., Лиепинып Э. и др. Биохимические механизмы действия милдроната в условиях ишемического стресса // Врачебное дело. - 2004.-№ 2.-С. 68-74.
2. Дубравина В.В., Корулин С.В., Щенников Е.П. и др. Пневмония как осложнение после абдоминальных операций // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2004. - №8 (39). - С. 65 - 66.
3. Дуданов И.П. Спорные вопросы острого аппендицита и пути снижения частоты необоснованных аппендэктомий //

Вестник хирургии им. Грекова. - 1998. - № 2. - С. 34 - 36.

23.3айратьянц О.В. Приложение № 1 к журналу "Архив патологии".

24.3айратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 424 с. - С. 15.

1. Исаков В. А. Терапия кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонного насоса в вопросах и ответах // Consilium medicum. - 2006. - № 7. - С. 2-5.
2. Калвиныи И.Я. Милдронат: механизм действия и перспективы его применения. - Рига, 2002.
3. Карпов Р.С., Кошельская О.А., Врублевский А.В. и др. Клиническая эффективность и безопасность милдроната при лечении хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. - 2000. — № 6. - С. 12-15.
4. Кириенко А.И. Профилактика венозных тромбозов и лёгочных эмболий в хирургической практике. Тромбофилические состояния // Клиническая фармакология и фармакотерапия. - 2005. - № 4. - С. 26 - 30.
5. Котельников М.В. Тромбоэмболия легочной артерии. Метод, рек. - Москва, 2002.-28 с.
6. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // J.Cons. med. - 2002. - Vol. 2 - P. 33 - 39.
7. Кубьішкин В.А, Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Хирургия. - 2004. - № 4. - С. 8 - 9.
8. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий (причины, механизмы, клинические формы, лечение и профилактика). - СПб.: ИКФ «Фолиант», 1999. - 176 с.
9. Луцевич Э.В., Горбунов В.И., Наумов Б.А., Гуськова И.И. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1990.-№2.-С. 149- 154.
10. Маковенко В. ***Я.*** Летальность при неоправданной аппендэктомии у больных старческого возраста // Хирургия. - 1982. - № 12. - С. 101 - 102.
11. Маколкин В.И., Осадчий К.К. Роль миокардиальной цитопротекции в оптимизации лечения ишемической болезни сердца // Consilium Medicum. -
12. -№5.-С. 304-307.
13. Максимова М.Ю., Кистенев Б.А., Домашенко М.А. и др. Клиническая эффективность и антиоксидантная активность милдроната при ишемическом инсульте // Российский кардиологический журнал. - 2009. - № 4. - С. 54 - 62.
14. Мамсуров М. Э. Лечение острого холецистита у больных с повышенным операционным риском.: Автореферат дис. канд. мед. наук. Москва. - 2009.
15. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: Учебное пособие // СПб.: изд-во С- Петерб. ун-та, 2004. - 96 с.
16. Недошивин А.О., Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Перепеч Н.Б. Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. Эффект лечения милдронатом // Терапевтический архив. — 1999 — № 8. — С. 10 - 12.

40.Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Кукушкин М.Л. Адекватность защиты больных от операционной травмы в условиях спинальной анестезии // Анестезиология и реаниматология. - 2000. - № 3. - С. 4 - 8.