



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ - ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА  
КАТЕДРА ПО ОБЩА МЕДИЦИНА И КЛИНИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ**

---

**Д-р Янко Георгиев Стефанов**

**ОСОБЕНОСТИ НА ОСТРАТА КОРЕМНА БОЛКА ПРИ  
ВЪЗРАСТНИ ПАЦИЕНТИ - АНАЛИЗ НА  
ХОСПИТАЛИЗИРАНИ БОЛНИ  
ЗА 10-ГОДИШЕН ПЕРИОД**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертация за присъждане на образователна и научна степен „**доктор**“ в област на висшето образование 7. Здравееопазване и спорт, професионално направление 7.1. Медицина и научна специалност „Обща медицина“

Научен ръководител: Проф. д-р Валентина Христова Маджова, д.м.

Научен консултант: доц. д-р Васил Марков Божков, д.м.

Варна

2019

Настоящият дисертационен труд е разработен в Катедрата по обща медицина и клинична лаборатория при Факултета по медицина на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна.

Дисертационният труд съдържа 170 машинописни страници и е онагледен със 116 таблици и 12 фигури. Списъкът на цитираната литература включва 208 заглавия, от които 14 на кирилица и 194 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Разширения катедрен съвет на Катедрата по обща медицина и клинична лаборатория при Медицински университет ”Професор д-р Параскев Стоянов“-Варна съгласно чл. 26, ал. 3 и чл. 30, ал. 3 от ППЗРАСРБ на Факултета по медицина, във връзка с протокол № 105/02.10.2019 г. от проф. д-р Валентина Христова Маджова, д.м., Ръководител на Катедра по обща медицина и клинична лаборатория при МУ-Варна.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 28.XI.2019 г. от 10 ч. в зала „Докторантско училище“ на Медицински университет - Варна въз основа на Заповед № Р-109-350 от 17.10.2019 г. на проф. д-р Красимир Иванов, д.м.н., Ректор на МУ-Варна, пред научно жури в състав:

**Външни членове:**

Проф. д-р Арман Шнорк Постаджиян, д.м.

Доц. д-р Радост Спиридонова Асенова, д.м.

Доц. д-р Росица Цветанова Димова, д.м.

**Вътрешни членове:**

Проф. д-р Валентина Христова Маджова, д.м.

Доц. д-р Васил Марков Божков, д.м.

**Резервен външен член:**

Доц. д-р Цветелина Валентинова Митева, д.м.

**Резервен вътрешен член:**

Доц. д-р Пламен Милчев Чернополски, д.м.

Материалите по защитата са публикувани на интернет-страницата на Медицински университет "Професор д-р Параскев Стоянов"-Варна и са на разположение в Научния отдел на Медицински университет "Професор д-р Параскев Стоянов"-Варна.

## СЪДЪРЖАНИЕ

1.	Въведение	7
2.	Цел и задачи. Работна хипотеза	9
3.	Материал и методи	10
3.1.	Материал	10
3.2.	Методи	12
4.	Собствени резултати	14
4.1.	Особености на острата коремна болка при мезентериална тромбоза	14
4.2.	Особености на острата коремна болка при перфорация на кух кореман орган	15
4.3.	Особености на острата коремна болка при острия холецистит	18
4.4.	Особености на острата коремна болка при илеус	19
4.5.	Особености на острата коремна болка при острия панкреатит	21
4.6.	Особености на острата коремна болка при острия апендицит	22
4.7.	Особености на острата коремна болка при кървене от гастроинтестиналния тракт	24
4.8.	Обобщени характеристики на острата коремна болка при болните в напреднала и старческа възраст	25
4.9.	Корелационни зависимости между характеристиките на острата коремна болка при отделните заболявания	26
5.	Обсъждане	28
5.1.	Роля на демографските и клинично-лабораторни показатели при болните с остра коремна болка	28
5.2.	Роля на своевременната образна диагностика за адекватното терапевтично поведение при болните с остра коремна болка	30
5.3.	Роля на придружаващите заболявания при болните в напреднала и старческа възраст с остри гастроинтестинални заболявания	33
5.4.	Преживяемост и смъртност при болните в напреднала и старческа	35

възраст с остри гастроинтестинални заболявания

5.5.	Алгоритъм за диагностика и лечение на болните с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст	36
6.	Заключение	39
7.	Изводи	41
8.	Списък на публикациите, свързани с дисертационния труд	42
9.	Списък на участията в научни форуми	43
10.	Приноси на дисертационния труд	44
10.1.	Оригинални научно-приложни приноси	44
10.2.	Приноси с потвърдителен характер	44

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ААПМ	абсолютна аритмия при предсърдно мъждене
АП	ангина пекторис
БА	bronхиална астма
ЗД	захарен диабет
ИБС	исхемична болест на сърцето
ИМИ	исхемичен мозъчен инсулт
КТ	компютърна томография
МРТ	магнитно-резонансна томография
МСБ	мозъчно-съдова болест
ОЗ	онкологично заболяване
ОПЛ	общопрактикуващ лекар
ХБ	хипертонична болест
ХБН	хронична бъбречна недостатъчност
ХМИ	хроничен миокарден инфаркт
ХОББ	хронична обструктивна белодробна болест
ХСН	хронична сърдечна недостатъчност
ASA	American Society of Anesthesiologists
cm	centimetre(s)
<i>et al.</i>	<i>et alierte</i>
min.	minute(s)
mL	millilitre(s)
mm	millimeter(s)

## 1. ВЪВЕДЕНИЕ

Ние сме свидетели на застаряването на населението в световен мащаб. Този социално-значим проблем все още не намира достатъчно адекватно решение поради сложното влияние на голям брой фактори върху здравословното състояние на хората, нарасналата заболяемост и смъртност както от чести, така и от относително редки заболявания.

С напредването на възрастта настъпват съществени изменения в структурите и функциите на органите и системите на човека, които могат да бъдат или преходни, или постоянни и да прераснат в по-леко изразени или по-сериозни, респ. животозастрашаващи състояния.

Острата коремна болка в напредналата и старческа възраст е обект на интензивни проучвания в чужбина, в резултат на което са изяснени основните причини, патогенетични механизми, клинични особености и лечебни възможности понастоящем.

Острите гастроинтестинални заболявания възникват и протичат по различен начин в детската, зрялата и старческата възраст. Острата коремна болка при болните с тези заболявания алармира за налична патология и изисква своевременно и компетентно диагностично-лечебно поведение в системата на здравеопазването във всяко населено място. При това трябва да се спазват не само утвърдените принципи на диагностика, лечение и проследяване на конкретния болен, но и унифицираните изисквания за индивидуализиран подход въз основа на комплексен анализ на ситуацията и своевременно използване на възможностите на съвременната медицинска наука и практика.

Ние не открихме в достъпната ни българска литература проучвания върху специфичните особености на острата коремна болка и някои други съществени характеристики на болните в напредналата и старческа възраст с остри заболявания на гастроинтестиналния тракт преди и след хоспитализирането им и върху диагностичната значимост на констелация от съвременни клинични, лабораторни и образни методи на изследване при тези болни.

Това ни даде основание да проведем настоящото комплексно изследване, за да открием конкретната значимост на редица показатели за обективната преценка на заболяването на тези болни и формулираме ангажиментите на участниците в системата на доболничното и болнично здравеопазване по тези актуални въпроси.



## **2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ**

**Целта** на настоящата разработка е да се дефинират особеностите в субективните оплаквания, физикалната находка, диагностичните възможности, протичането и изхода на острата коремна болка при пациенти в напреднала и старческа възраст с оглед изработване на диагностичен алгоритъм в помощ на лекарите от общата медицинска практика.

За изпълнение на тази цел ние си поставихме следните **задачи**:

1. Да се извърши ретроспективен анализ на хоспитализираните болни в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка за 10-годишен период (2008 г. - 2017 г.).

2. Да се определят най-често срещаните основни и придружаващи заболявания при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка.

3. Да се анализират някои клинични особености на болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка.

4. Да се анализират резултатите от диагностичните лабораторни и образни изследвания при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка.

5. Да се проучи влиянието на някои специфични фактори върху леталитета на болните в напреднала и старческа възраст, лекувани по повод на остри заболявания на гастроинтестиналния тракт.

6. Да се разработи диагностичен алгоритъм при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка с цел оптимизиране на терапевтичното поведение.

### **Работна хипотеза**

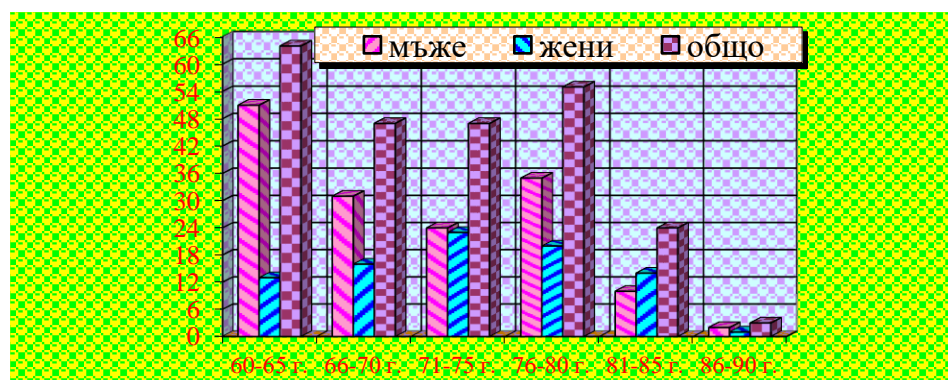
Своевременната прецизна оценка на клиничните особености на острата коремна болка при болните в напреднала и старческа възраст може да подпомогне адекватната диагноза, лечение и прогнозиране на изхода от заболяването.

### 3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

#### 3.1. Материал

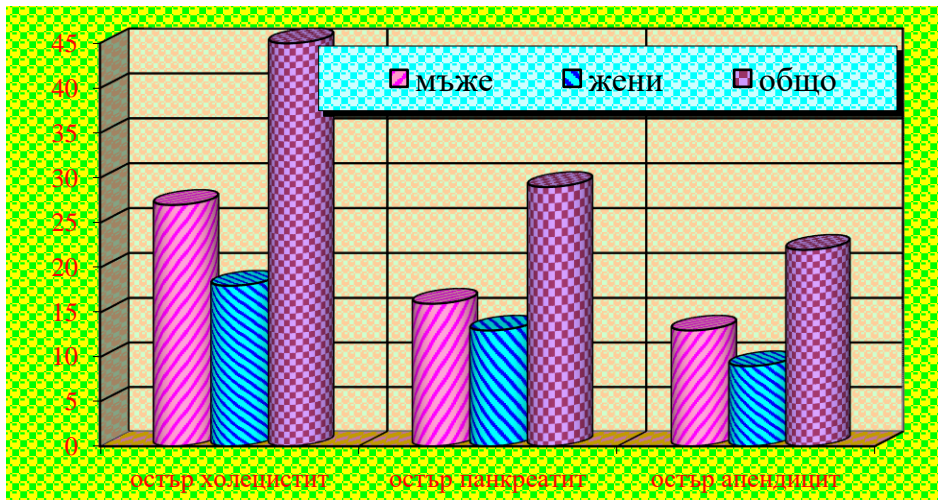
Обект на настоящото проучване са общо 240 болни с остри заболявания на гастроинтестиналния тракт на средна възраст от  $71,50 \pm 7,02$  г. (между 60 и 88 г.). Касае се за 153 мъже на средна възраст от  $70,39 \pm 6,91$  г. (между 60 г. и 88 г.) и за 87 жени на средна възраст от  $73,46 \pm 6,81$  г. (между 61 г. и 88 г.), хоспитализирани във Втора клиника по хирургия към Катедрата по хирургически болести в УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД-Варна през периода между 1.I.2008 г. и 31.XII.2017 г. вкл.

Разпределението на всички болни по пол и възрастови групи е илюстрирано на фигура 1.

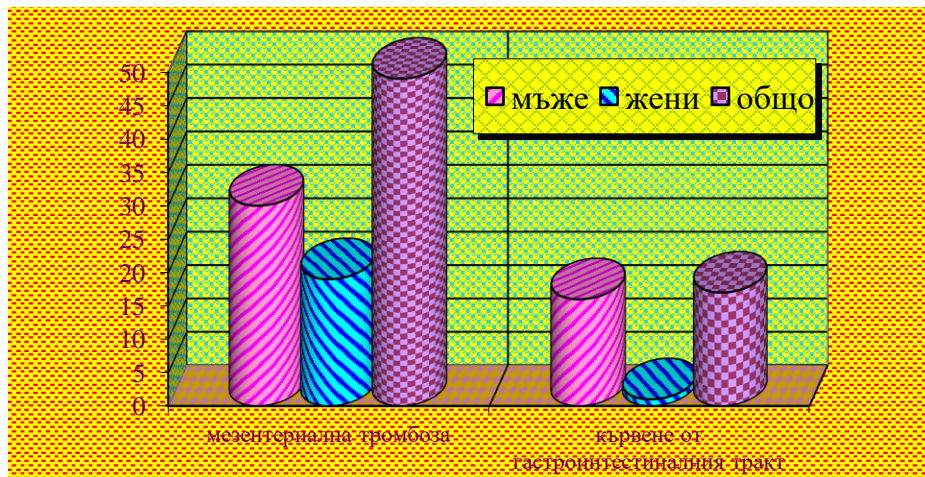


**Фигура 1.** Разпределение на всички болни по пол и възрастови групи

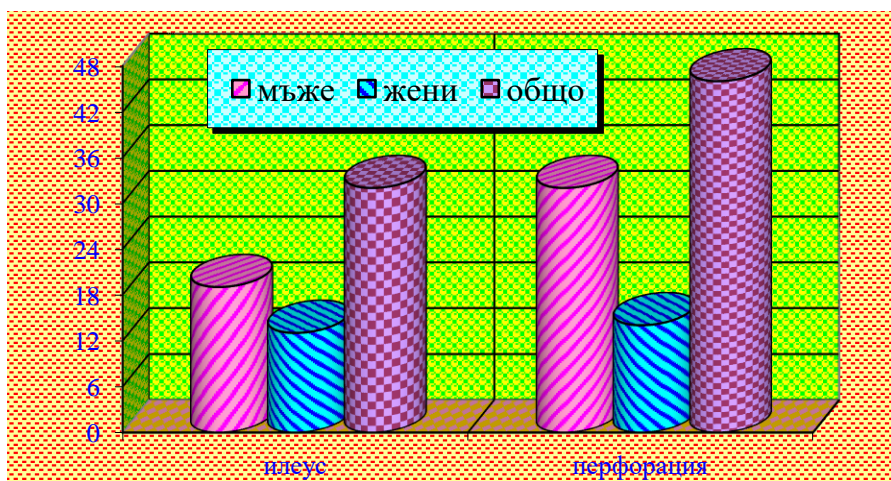
Разпределенията на болните с различни заболявания, протичащи с остра коремна болка, се виждат на фигура 2 - фигура 4.



Фигура 2. Разпределение на болните с остри възпалителни заболявания по пол



Фигура 3. Разпределение на болните с остри съдови заболявания по пол



Фигура 4. Разпределение на болните с илеус и перфорация по пол

### 3.2. Методи

При всички хоспитализирани болни са извършени рутинни клинични, лабораторни и образни изследвания.

Отчетени са и следните съществени показатели:

а) продължителност на оплакванията преди момента на хоспитализацията (през първите 24 часа, между 24 часа и 48 часа и повече от 48 часа след началото на болковата симптоматика)

б) характеристика на коремната болка (остра или тъпа)

в) конкретна локализация на коремната болка (в епигастриума, дясното подребрие, мезогастриума, хипогастриума или дифузна)

г) повишена или нормална телесна температура

д) наличие или липса на левкоцитоза

е) наличие или липса на повръщане

ж) интервал между хоспитализацията и провеждането на оперативната интервенция (през първите 24 часа, между 24 и 48 часа и повече от 48 часа след хоспитализацията)

з) болнична смъртност.

Анализирани са резултатите от следните образни изследвания:

а) КТ изследване на корема

б) абдоминална ехография

в) обзорна рентгенография

г) фиброгастродуоденоскопия.

Изследвано е влиянието на следните основни придружаващи заболявания: хипертонична болест (ХБ), абсолютна аритмия при предсърдно мъждене (ААПМ), исхемична болест на сърцето (ИБС), ангина пекторис (АП), хронична сърдечна недостатъчност (ХСН), хронична бъбречна недостатъчност (ХБН), хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), хроничен миокарден инфаркт (ХМИ), захарен диабет (ЗД), бронхиална астма (БА), мозъчно-съдова

болест (МСБ), преживян исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) и онкологично заболяване (ОЗ).

За анализ и интерпретация на получените данни ние използвахме следните статистически методи: описателни (дескриптивни) методи (алтернативен и вариационен анализ), методи за проверка на хипотези ( $t$ -тест на Student-Fisher и  $\chi^2$  на Pearson), корелационен анализ, унивариационен логистичен регресионен анализ и графичен анализ. Статистическите данни са обработени с програмния продукт IBM SPSS v. 23.

## 4. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ

### 4.1. Особенности на острата коремна болка при мезентериална тромбоза

Мезентериална тромбоза се диагностицира при 49 от нашите болни - 30 мъже и 19 жени. Броят и относителният дял на болните с мезентериална тромбоза с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 1.

*Таблица 1. Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с мезентериална тромбоза*

Показател	мъже (n=30)		жени (n=19)		общо (n=49)	
	n	%	n	%	n	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	10	33,33	3	15,79	13	26,53
24-48 часа	2	6,67	5	26,32	7	14,29
над 48 часа	18	60,00	11	57,89	29	59,18
интервал преди операцията						
до 24 часа	1	3,33	14	73,68	15	30,61
24-48 часа	29	96,67	4	21,06	33	67,35
над 48 часа	0	0	1	5,26	1	2,04

Разпределението на конкретните придружаващи заболявания при всички болни с мезентериална тромбоза е представено на таблица 2.

**Таблица 2.** Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при болните с мезентериална тромбоза

Придружаващи заболявания	n	%
ХБ	38	77,55
ААПМ	25	51,02
ИБС	14	28,57
ХСН	11	22,45
ЗД	10	20,41
ХБН	6	12,24
ОЗ	5	10,20
ХОББ	5	10,20
АП	3	6,12
ХМИ	2	4,08
МСБ	2	4,08
ИМИ	2	4,08

Леталитетът сред нашия контингент е сравнително висок - общо 27 починали (55,10%) - 16 мъже (53,33%) и 11 жени (57,89%).

#### **4.2. Особенности на острата коремна болка при перфорация на кух коремен орган**

Перфорация се диагностицира при 46 от нашите болни - 32 мъже и 14 жени. Броят и относителният дял на болните с перфорация с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 3.

**Таблица 3.** Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с перфорация

Показател	мъже (n=32)		жени (n=14)		общо (n=46)	
	n	%	n	%	n	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	16	50,00	4	28,57	20	43,48
24-48 часа	5	15,62	0	0	5	10,87
над 48 часа	11	34,38	10	71,43	21	45,65
интервал преди операцията						
до 24 часа	28	87,50	9	64,29	37	80,43
24-48 часа	1	3,12	4	28,57	5	10,87
над 48 часа	3	9,38	1	7,14	4	8,70

Разпределението на най-честите конкретни придружаващи заболявания при всички болни с перфорация е представено на таблица 4.

**Таблица 4.** Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при всички болни с перфорация

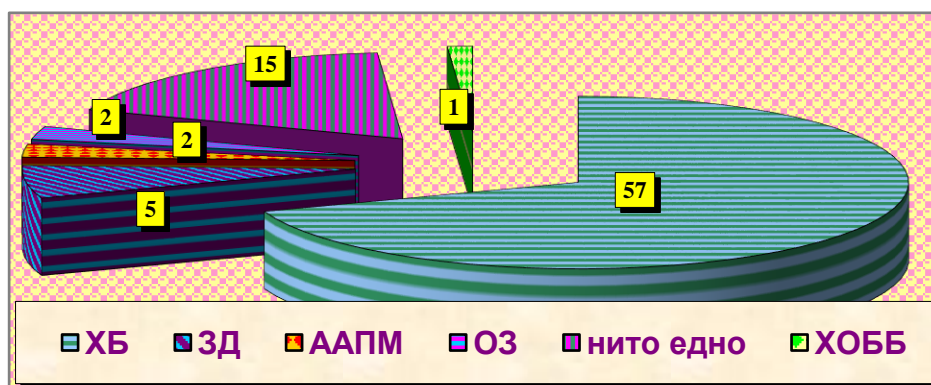
Придружаващи заболявания	n	%
ХБ	40	86,96
ИБС	19	41,30
ЗД	10	21,74
ИМИ	5	10,87
АП	5	10,87
ХБН	4	8,70
ХМИ	3	6,52
ХСН	3	6,52



МСБ	3	6,52
ОЗ	3	6,52
ААПМ	3	6,52
ХОББ	2	4,35
БА	1	2,17

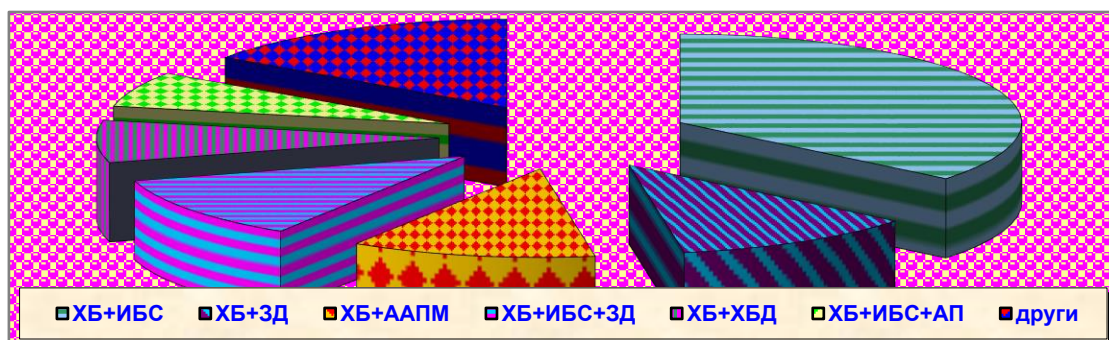
Леталитетът сред нашия контингент е незначителен - общо само три починали (6,67%) - един мъж (3,70%) и две жени (11,11%).

Разпределението на самостоятелните придружаващи заболявания при всички болни се вижда на фигура 5.



*Фигура 5. Честоти на ХБ и на останалите самостоятелни придружаващи заболявания при всички болни*

Разпределението на най-честите съчетани придружаващи заболявания при нашите болни е представено на фигура 6. Водеща роля при нашите болни играе съчетаването на ХБ с ИБС и ЗД.



**Фигура 6.** Честоти на ХБ и на другите най-чести съчетани придружаващи заболявания при всички болни

### 4.3. Особенности на острата коремна болка при острия холецистит

Остър холецистит се диагностицира при общо 45 от нашите болни - 27 мъже и 18 жени. Броят и относителният дял на болните с остър холецистит с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 5.

**Таблица 5.** Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с остър холецистит

Показател	мъже (n=27)		жени (n=18)		общо (n=45)	
	n	%	n	%	n	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	4	14,82	3	16,67	7	15,56
24-48 часа	1	3,70	0	0	1	2,22
над 48 часа	22	81,48	15	83,33	37	82,22
интервал преди операцията						
до 24 часа	2	7,40	3	16,67	5	11,11
24-48 часа	10	37,04	6	33,33	16	35,56
над 48 часа	15	55,56	9	50,00	24	53,33

Разпределението на най-честите конкретни придружаващи заболявания при всички болни с остър холецистит е представено на таблица 6.

**Таблица 6.** Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при болните с остър холецистит

Придружаващи заболявания	N	%
ХБ	30	66,67
ИБС	13	28,89
ЗД	12	26,67
ХСН	5	10,20
ХОББ	3	6,67
АП	3	6,67
ОЗ	2	4,44
ХБН	2	4,44
МСБ	2	4,44
ИМИ	2	4,44
ХМИ	1	2,22
ААПМ	1	2,22
БА	1	2,22

Леталитетът сред нашия контингент от болни е незначителен - общо само три починали (6,67%) - един мъж (3,70%) и две жени (11,11%).

#### **4.4. Особенности на острата коремна болка при илеус**

Илеус се диагностицира при общо 32 от нашите болни - 19 мъже и 13 жени. Броят и относителният дял на болните с илеус с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента

на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 7.

**Таблица 7.** Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с илеус

Показател	мъже (n=19)		жени (n=13)		общо (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	3	15,79	4	30,77	7	21,88
24-48 часа	2	10,53	1	7,69	3	9,37
над 48 часа	14	73,68	8	61,54	22	68,75
интервал преди операцията						
до 24 часа	12	63,16	6	46,15	18	56,25
24-48 часа	4	21,05	4	30,77	8	25,00
над 48 часа	3	15,79	3	23,08	6	18,85

Разпределението на конкретните придружаващи заболявания при всички болни с илеус е представено на таблица 8.

**Таблица 8.** Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при болните с илеус

Придружаващи заболявания	N	%
ХБ	29	90,62
ИБС	14	43,75
ЗД	5	15,62
ХСН	5	15,62
ААПМ	3	9,37
АП	3	9,37
ХБН	2	6,25

МСБ	2	6,25
ИМИ	2	6,25
ОЗ	1	3,12
ХМИ	1	3,12
БА	1	3,12

Леталитетът сред нашия контингент е значителен - общо 10 починали (31,25%) - пет мъже (26,32%) и пет жени (38,46%).

#### 4.5. Особенности на острата коремна болка при острия панкреатит

Остър панкреатит се диагностицира при общо 29 от нашите болни - 16 мъже и 13 жени. Броят и относителният дял на болните с остър панкреатит с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 9.

*Таблица 9. Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с остър панкреатит*

Показател	мъже (n=16)		жени (n=13)		общо (n=29)	
	п	%	п	%	п	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	3	18,75	3	23,08	6	20,69
24-48 часа	2	12,50	1	7,69	3	10,34
над 48 часа	11	68,75	9	69,23	20	68,97
интервал преди операцията						
до 24 часа	3	18,75	1	7,69	4	13,79
24-48 часа	4	25,00	1	7,69	5	17,24
над 48 часа	9	56,25	11	84,62	20	68,97

Разпределението на конкретните придружаващи заболявания при всички болни с остър панкреатит е представено на таблица 10.

*Таблица 10. Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при болните с остър панкреатит*

Придружаващи заболявания	n	%
ХБ	27	93,10
ИБС	14	48,28
ЗД	11	37,93
ХБН	4	13,79
ХСН	2	6,90
МСБ	2	6,90
ОЗ	2	6,90
ХМИ	1	3,45

Леталитетът сред нашия контингент е значителен - общо седем починали (24,14%) - двама мъже (12,50%) и пет жени (38,46%).

#### **4.6. Особенности на острата коремна болка при острия апендицит**

Остър апендицит се диагностицира при общо 22 от нашите болни - 13 мъже и 9 жени. Броят и относителният дял на болните с остър апендицит с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 11.

**Таблица 11.** Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с остър апендицит

Показател	мъже (n=13)		жени (n=9)		общо (n=22)	
	n	%	n	%	n	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	6	46,15	2	22,22	8	36,36
24-48 часа	1	7,70	1	11,11	2	9,09
над 48 часа	6	46,15	6	66,67	12	54,55
интервал преди операцията						
до 24 часа	11	84,62	8	88,89	19	86,36
24-48 часа	2	15,38	1	11,11	3	13,64

Разпределението на конкретните придружаващи заболявания при всички болни с остър апендицит е представено на таблица 12.

**Таблица 12.** Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при болните с остър апендицит

Придружаващи заболявания	n	%
ХБ	18	81,82
ИБС	7	31,82
ЗД	5	22,73
АП	2	9,09
ААПМ	1	7,69
МСБ	1	7,69
ХБН	1	7,69

Сред нашия контингент липсват смъртни случаи по време на хоспитализацията.

#### 4.7. Особенности на острата коремна болка при кървене от гастроинтестиналния тракт

Кървене от гастроинтестиналния тракт се диагностицира при 17 от нашите болни - 16 мъже и една жена. Броят и относителният дял на болните с кървене от гастроинтестиналния тракт с различен интервал както между появата на симптоматиката и хоспитализацията, така и между момента на хоспитализацията и началото на оперативната интервенция са сравнени на таблица 13.

**Таблица 13.** Интервали между първите симптоми и хоспитализацията и между хоспитализацията и операцията при болните мъже и жени с кървене от гастроинтестиналния тракт

Показател	мъже (n=16)		жена (n=1)		общо (n=17)	
	n	%	n	%	n	%
интервал преди хоспитализацията						
до 24 часа	13	81,25	1	100,0 0	14	82,35
24-48 часа	2	12,50	0	0	2	11,77
над 48 часа	1	6,25	0	0	1	5,88
интервал преди операцията						
до 24 часа	3	18,75	0	0	3	17,65
24-48 часа	8	50,00	1	100,0 0	9	52,94
над 48 часа	5	31,25	0	0	5	29,41

Разпределението на конкретните придружаващи заболявания при всички болни с кървене от гастроинтестиналния тракт е представено на таблица 14.



**Таблица 14.** Брой и относителен дял на конкретните придружаващи заболявания при болните с кървене от гастроинтестиналния тракт

Придружаващи заболявания	n	%
ХБ	12	70,59
ИБС	6	35,29
ЗД	4	23,53
ХСН	2	11,76
ХБН	2	11,76
ИМИ	1	5,88
ХОББ	1	5,88
МСБ	1	5,88
ОЗ	1	5,88
АП	1	5,88

Леталитетът сред нашия контингент е значителен - шест починали мъже (37,50%).

#### **4.8. Обобщени характеристики на острата коремна болка при болните в напреднала и старческа възраст**

Броят и относителният дял на нашите болни, при които са налице положителни находки при образните изследвания, се виждат на таблица 15.

**Таблица 15.** Брой и относителен дял на нашите болни с положителни находки при съчетаните образни изследвания

Образни изследвания	n	%
КТ изследване + ехография	71	29,58
ехография + рентгенография	27	11,25
КТ изследване + ехография + рентгенография	20	8,33

КТ изследване + рентгенография	7	2,92
ехография + фиброгастродуоденоскопия	5	2,08
ехография + рентгенография + фиброгастродуоденоскопия	5	2,08
КТ изследване + ехография + фиброгастродуоденоскопия	2	0,83

Броят и относителният дял на нашите болни, при които са налице положителни находки при съчетаните образни изследвания, се виждат на таблица 16.

*Таблица 16. Брой и относителен дял на нашите болни с положителни находки при самостоятелните образни изследвания*

Образно изследване	мъже (n=153)		жени (n=87)		общо (n=240)	
	n	%	n	%	n	%
КТ изследване	25	16,34	5	5,75	30	12,50
абдоминална ехография	28	18,30	16	18,39	44	18,33
обзорна рентгенография	9	5,88	4	4,60	13	5,42
фиброгастродуоденоскопия	10	6,54	0	0	10	4,17

#### **4.9. Корелационни зависимости между характеристиките на острата коремна болка при отделните заболявания**

Ние установяваме слаба, но статистически значима корелация (коефициент на Pearson=0,187; p=0,004) между продължителността на периода от момента на хоспитализацията на болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка до момента на извършването на оперативната интервенция, от една страна, и леталитета на тези болни, от друга страна.

Възрастта на болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка оказва значително влияние върху леталитета, а именно - с увеличаването на възрастта се увеличава с единица (с един път) и вероятността за болнична смъртност с  $\text{Exp}(B)=0,943$ ;  $p=0,005$ , което е статистически достоверно.

Ние установяваме статистически значимо увеличаване на вероятността за леталитета при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка, при които продължителността на оплакванията им преди хоспитализацията е над 48 часа в сравнение с тези, при които тази продължителност е по-кратка (от по-малко от 24 часа) ( $\text{Exp}(B)=0,371$ ;  $p=0,024$ ).

Конкретният брой на придружаващите заболявания (само едно или само две спрямо повече заболявания и по-специално - спрямо шест заболявания) при отделния болен в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка в рамките на цялата извадка влияе статистически значимо върху леталитета на тези болни (съответно  $p=0,011$ ;  $p=0,026$  и  $p=0,016$ ).

Налице е гранична статистическа значимост по отношение на ролята на рентгенографията на корема при нашия контингент от болни в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка, установена на базата на честотата на идентифицираните патологични отклонения ( $\text{Exp}(B)=5,857$ ;  $p=0,053$ ). Тези наши резултати са в унисон с практиката за степенуване на приоритетното приложение на конкретното образно изследване в спешното хирургично отделение на болницата.

Мезентериалната тромбоза е свързана със статистически достоверно най-висок риск за смърт ( $\text{Exp}(B)=0,102$ ;  $p=0,0001$ ). Следват перфорацията ( $\text{Exp}(B)=0,286$ ;  $p=0,029$ ), илеусът ( $\text{Exp}(B)=0,275$ ;  $p=0,034$ ) и кървенето от гастроинтестиналния тракт ( $\text{Exp}(B)=0,229$ ;  $p=0,034$ ).

## **5. ОБСЪЖДАНЕ**

### **5.1. Роля на демографските и клинико-лабораторни показатели при болните с остра коремна болка с остри гастроинтестинални заболявания**

Повишена температура се наблюдава по-често при мъжете, отколкото при жените. Тя се среща най-често при болните с остър холецистит (при 53,33%) и остър панкреатит (при 37,93% от случаите), а сравнително често - при болните с илеус (при 18,75%), остър апендицит (при 18,18%) и перфорация (при 17,39% от случаите).

Повръщането се среща най-често при болните с остър панкреатит (при 79,31% от случаите), а сравнително често - при болните с кървене от гастроинтестиналния тракт (при 50,00%), остър холецистит (при 46,67%), илеус (при 40,62%), перфорация (при 39,13%) и мезентериална тромбоза (при 30,61% от случаите).

Левкоцитозата се среща най-често при болните с мезентериална тромбоза (при 85,71%) и остър панкреатит (при 79,31% от случаите). Честотата на левкоцитозата е висока и при останалите заболявания - остър холецистит (65,44%), остър апендицит (63,64%), илеус (59,38%) и перфорация (50%).

Острата болка се среща по-често при жените с мезентериална тромбоза, остър холецистит, илеус и остър апендицит и при мъжете с перфорация и остър панкреатит). Тъпата болка се усеща по-често от мъжете с мезентериална тромбоза, остър холецистит, остър апендицит и илеус и при жените с остър панкреатит и перфорация. Болката в епигастриума е налице при всички мъже с остър панкреатит.

Болката в епигастриума е налице при всички мъже с остър панкреатит и е по-честа при жените с перфорация и при мъжете с илеус и остър холецистит. Болката в хипогастриума се среща по-често при жените с остър апендицит, мезентериална тромбоза и перфорация и при мъжете с илеус. Дифузната болка се усеща по-често от жените с мезентериална тромбоза и илеус и от мъжете с

перфорация и остър апендицит. Болката в дясното подребрие е малко по-честа при жените с остър холецистит.

Клиничните особености на 495 болни на възраст над 60 г., 196 мъже и 299 жени, хоспитализирани по повод на остър холецистит в УМБАЛ “Св. Марина“ - Варна през периода между 2006 г. и 2016 г. вкл., са изследвани ретроспективно (Д. Чаушев, 2017; Д. Чаушев и съавт., 2018). Общо 248 болни, 104 мъже и 144 жени, са на възраст между 60 и 69 г.; общо 195 болни, 71 мъже и 124 жени - на възраст между 70 и 79 г., а общо 52 болни, 21 мъже и 31 жени - на възраст над 79 г. Най-честото оплакване при всички болни е гаденето (при 286 болни или при 57,78%), следвано от острата коремна болка (при 262 болни или при 52,93%), тежестта в дясното подребрие (при 133 болни или при 26,87%) и жълтеницата (при 116 болни или при 23,43% от случаите). Оперативната интервенция е извършена в интервал от 12 до 72 часа след началото на заболяването при 308 болни (при 62,22%), след 72 часа - при 81 болни (при 16,36%), а до 12 часа - само при пет болни (при 1,01% от случаите).

P. Henden Çam и съавт. (2018) анализират етиологията на острата коремна болка при общо 336 болни на средна възраст от  $74,8 \pm 6,5$  г. (между 65 г. и 96 г.). Касае се за 162 мъже на средна възраст от  $74,2 \pm 6,0$  г. и за 174 жени на средна възраст от  $75,3 \pm 6,0$  г. Мъжете на възраст между 65 и 74 г. са 94, а жените - 82, докато мъжете на възраст над 75 г. са 68, а жените - 92. Повръщане се установява при 72 болни на възраст между 65 и 74 г. (при 40,91%) и при 62 болни на възраст над 75 г. (при 38,75% от случаите). Разликата по отношение на честотата на повръщането между мъжете и жените е статистически значима ( $p < 0,05$ ).

Клиничните характеристики на общо 12209 болни, хоспитализирани по повод на остра коремна болка в общо 931 болници през периода между 2009 г. и 2011 г. са анализиран с помощта на Националната административна база-данни на Япония (А. Murata и съавт., 2014). Болните на възраст между 60 и 79 г. (на средна възраст от 69,8 г.) са 3144, а тези на възраст  $\geq 80$  г. (на средна възраст от 85,7 г.) - 1681. Вътреболничната смъртност (от 7,7% при липса на

хирургическо лечение и 11,6% след оперативни интервенции) е статистически значимо по-голяма при болните на възраст  $\geq 80$  г. ( $p < 0,001$ ). Илеусът се среща по-често при болните като цяло и при мъжете на възраст между 60 и 79 г. и на възраст  $\geq 80$  г. ( $p < 0,001$ ). Честотата на илеуса при мъжете в тези две възрастови групи е съответно 11,6% и 13,1%; на острия апендицит 3,6% и 1,5%; на острия панкреатит - 2,8% и 1,4%; на острия холецистит - 3,1% и 2,5%, а на съдовите нарушения на червото - 2,9% и 4,1%. Честотата на илеуса при жените в тези две възрастови групи е съответно 11,3% и 13,0%; на острия апендицит - 3,9% и 1,9%; на острия панкреатит - 2,3% и 1,4%; на острия холецистит - 2,9% и 2,8%, а на съдовите нарушения на червото - 3,7% и 4,5%.

G. J. Landry и съавт. (2018) изследват особеностите на 46 болни с остра симптоматична неатеросклеротична мезентериална съдова болест. При 20 болни се касае за емболии, при 15 - за аневризма, а при 11 - за дисекация. Възрастта на болните от трите групи при появата за заболяването е съответно 66,3 г., 62,4 г. и 54,6 г. Емболията засяга най-често горната мезентериална артерия (при 80%), дисекацията - чернодробната артерия (при 55%), а аневризмата - клоновете на мезентериалната артерия (при 47% от случаите). Анамнезата за аритмия е най-честа при емболиите (при 40%), следвана от диарията (при 30% от случаите).

## **5.2. Роля на своевременната образна диагностика за адекватното терапевтично поведение при болните с остра коремна болка**

КТ изследване на корема е използвано самостоятелно при шест заболявания и идентифицира патологични находки най-често при нашите болни с мезентериална тромбоза (при 85,71%) и остър холецистит (при 44,44% от случаите). Честотата на патологичните находки е по-малка по отношение на острия панкреатит (при 17,24%), острия апендицит (при 9,09%) и перфорацията (при 8,70%) и съвсем малка - при илеуса (при 6,25% от случаите). Патологични находки при самостоятелното приложение на КТ изследване се наблюдават при

12,50% от нашите болни, при това много по-често при мъжете, отколкото при жените (16,34% спрямо 5,75%).

Абдоминалната ехография е използвана самостоятелно и идентифицира патологични находки най-често при болните с мезентериална тромбоза (при 55,10%) и остър апендицит (при 36,36% от случаите). Патологични находки при самостоятелното ѝ приложение се наблюдават най-често в сравнение с другите методи на образна диагностика (при 18,33%), малко по-често при жените, отколкото при мъжете (18,39% спрямо 18,30%).

При всички болни с остър холецистит се касае за предимство на комбинацията от КТ изследване и абдоминална ехография със следните честоти на патологичните находки: 37,04%; 33,33% и 35,56% от случаите.

Както в цялата ни извадка, така и при жените са използвани общо седем, а при мъжете - общо шест различни съчетания на методи за образна диагностика. Водеща роля играят комбинациите от КТ изследване с абдоминална ехография и от абдоминална ехография с обзорна рентгенография - с честота на идентифицираните патологични находки съответно 27,45% и 9,15% при мъжете; 33,33% и 14,94% - при жените и 29,58% и 11,25% от случаите - при всички болни.

При 495 болни на възраст над 60 г., 196 мъже и 299 жени, хоспитализирани по повод на остър холецистит в УМБАЛ "Св. Марина"-Варна през периода между 2006 г. и 2016 г. вкл., са проведени общо 721 образни изследвания (Д. Чаушев, 2017; Д. Чаушев и съавт., 2018). Диагностика се основава предимно на абдоминалната ултрасонография и КТ изследване на корема. Допълнително се използват и фиброгастродуоденоскопия, обзорна рентгенография и магнитно резонансна холангиопанкреатография.

През периода между 1994 г. и 2003 г. П. Петров и съавт. (2004) диагностицират в Клиниката по обща и оперативна хирургия с колопроктология на Медицинския университет-Пловдив остър некротичен панкреатит при 83 болни на възраст между 32 и 93 г., 44 мъже и 39 жени, с

помощта на ехография, КТ изследване, цъолеакография, лапаротомия и параклинични изследвания.

Прецизността на диагнозата на острия апендицит, поставена през периода между м. декември 2011 г. и м. октомври 2012 г. от лекари, работещи в спешни хирургични или терапевтични отделения на Университетската болница на Хонг Конг, е анализирана ретроспективно при общо 1653 болни с остра коремна болка (Y. K. Leung и съавт., 2017). Чувствителността, специфичността, положителната и отрицателната предсказваща стойност на тази диагноза, поставена без прилагането на методите на образна диагностика, са съответно 81% (от 73% до 87%), 84% (от 82% до 86%), 31% (от 28% до 34%) и 98% (от 97% до 99%) при обща диагностична прецизност при всички болни от 84% (от 82% до 85%), от 79% (от 76% до 82%) - при жените и от 89% (от 83% до 91%) - при мъжете с остър апендицит.

В продължение на едногодишен период в спешните отделения на две болници в гр. Женева, Швейцария, са извършени обзорни рентгенографии при общо 1997 болни (при 2,2% от всички постъпили болни) (C. L. Vertin и съавт., 2019). Средната възраст на болните е 59,7 г. Най-честите показания са констипация (при 30,8%), съмнение за илеус (при 28,9%) и остра коремна болка (при 15,3% от случаите). Конкретните показания за това изследване са в съответствие с указанията на Френската и Американската академия само при 11,8%, а с указанията на Австралийската и Белгийската академия - при 46,2% от случаите. Съгласно резултатите от мултивариационния анализ по-високият риск за извършване на неподходяща обзорна рентгенография е свързан с постъпването в спешно отделение на частна болница (отношение на шансовете от 3,88; между 1,78 и 8,45 при доверителен интервал от 95%), женският пол (отношение на шансовете от 1,95; между 1,46 и 2,59 при доверителен интервал от 95%) и възрастта над 65 г. (отношение на шансовете от 2,41; между 1,74 и 3,32 при доверителен интервал от 95%). При 73,7% от болните се налага извършването на допълнителни образни изследвания.



### **5.3. Роля на придружаващите заболявания при болните в напреднала и старческа възраст с остри гастроинтестинални заболявания**

Регистрираните при нашите болни сериозни придружаващи заболявания се появяват или самостоятелно, или в различни съчетания при конкретния пациент с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст. При трите заболявания с относително по-голям брой болни (мезентериална тромбоза, перфорация и остър холецистит) се касае съответно за три, две и три самостоятелни придружаващи заболявания при конкретния болен, докато при другите три заболявания (илеус, остър панкреатит и кървене от гастроинтестиналния тракт) - само за по едно самостоятелно придружаващо заболяване. Най-честото самостоятелно придружаващо заболяване е ХБ.

Броят на комбинациите от две и повече сериозни съчетани придружаващи заболявания е най-голям при мезентериалната тромбоза (15 - при мъжете, 14 - при жените и 26 - при всички болни). Следват перфорацията (съответно с 14, 9 и 18 комбинации), острият холецистит (съответно с 13, 5 и 17 комбинации), илеусът (съответно с 8, 9 и 16 комбинации), острият панкреатит (съответно със 7, 7 и 12 комбинации), острият апендицит (съответно с 4, 4 и 7 комбинации) и кървенето от гастроинтестиналния тракт (съответно с 6, 0 и 6 комбинации).

В споменатите по-горе проучвания (Д. Чаушев, 2017; Д. Чаушев и съавт., 2018) се наблюдават между едно и четири придружаващи заболявания. Най-често се касае за ХБ (при 485 болни или при 97,98%), МСБ (при 197 болни или при 39,80%), ИБС (при 178 болни или при 35,96%), ЗД (при 106 болни или при 21,41%), ХБН (40 болни или при 8,08%) и ХОББ (при 19 болни или при 3,84% от случаите).

В рамките на ретроспективно проучване за периода между 2013 г. и 2015 г. М. Радионов и съавт. (2016) анализират резултатите на общо 882 болни на възраст над 80 г., 417 мъже и 465 жени, с остри хирургични заболявания. Общо 831 болни, 389 мъже и 442 жени са на възраст между 80 и 90 г., а общо 51 болни, 28 мъже и 23 жени - на възраст над 90 г. Най-честите придружаващи

заболявания са сърдечните (530), следвани от урологичните и нефрологичните (298), ендокринните (288), неврологичните (225), белодробните (189) и др.

През периода между 1995 г. и 2003 г. са лекувани общо 1037 болни с остър холецистит на възраст над 60 г. (В. Василев и съавт., 2004). Общо 118 от тях са на възраст между 60 и 65 г., а 143 - на възраст над 80 г. Най-честото придружаващо заболяване е ХОББ (при 752 болни). Следват ХБ (при 594), ЗД (при 181) и състоянията след ИМИ (при 93) и миокарден инфаркт (при 82 болни).

Редица придружаващи заболявания - холелитиаза ( $p=0,0008$ ), инфекция на жлъчните пътища ( $p=0,0087$ ), ХБ ( $p=0,0035$ ), ИБС ( $p=0,049$ ), ХБН ( $p=0,0375$ ) и остра травма на белите дробове или остър респираторен дистрес синдром ( $p=0,0498$ ) се диагностират статистически значимо по-често при възрастните, отколкото при по-младите болни с тежък остър панкреатит в болницата Ксуанву в гр. Пекин, Китай през периода между 2000 г. и 2007 г. (М. J. Xin и съавт., 2008).

При 131 последователни болни на възраст над 70 г. с остра коремна болка се установяват следните сериозни придружаващи заболявания: ИБС - при 16 мъже и 26 жени; мозъчно-съдови заболявания - при осем мъже и 17 жени; ХОББ - при шест мъже и 11 жени; неметастатичен карцином - при девет мъже и 13 жени, хронично бъбречно заболяване - при шест мъже и шест жени и предхождащо кървене от гастроинтестиналния тракт - при шест мъже и четири жени (R. L. Gardner и съавт., 2010).

Сериозни придружаващи заболявания се откриват при 260 от общо 336 болни на средна възраст от  $74,8 \pm 6,5$  г. (между 65 г. и 96 г.) с остра коремна болка (при 77,38% от случаите) (P. Henden Çam и съавт., 2018). МСБ е статистически достоверно по-честа при по-старите болни ( $p=0,027$ ), ХБ - сред мъжете, а ЗД и застойната сърдечна недостатъчност - сред жените ( $p<0,05$ ).

#### **5.4. Преживяемост и смъртност при болните в напреднала и старческа възраст с остри гастроинтестинални заболявания**

Общата преживяемост при нашите болни, съпоставена с леталитета им, възлиза на 71,35%. Тя е по-висока при мъжете, отколкото при жените (46,67% спрямо 24,58%). Относителният дял на преживелите болни е най-голям във възрастовата група между 60 и 65 г. (31,00%), а най-малък - в тази между 81 и 90 г. (8,19%). Относителният дял на преживелите мъже е сравнително по-голям от този на жените във възрастта между 60 и 70 г. (58,93% спрямо 35,60%), докато относителният дял на преживелите жени е сравнително по-голям от този на мъжете във възрастта между 71 и 80 г. (58,84% спрямо 35,72%). Преживяемостта на мъжете е значително по-голяма от тази на жените във възрастовата група между 60 и 65 г. (58,93% спрямо 16,95%), а преживяемостта на жените е значително по-голяма от тази на мъжете във възрастовата група между 81 и 85 г. (13,56% спрямо 3,57%).

Относителният дял на преживелите болни, при които се касае за продължителност на интервала между появата на симптоматиката и момента на хоспитализацията им до 24 часа е 29,24%; между 24 и 48 часа - 8,19% и над 48 часа - 62,57%. Относителният дял на преживелите болни с тази продължителност на споменатия интервал е съответно 47,95%, 23,39% и 28,66%. Той е най-голям в случаите с по две и с по едно придружаващо заболяване (съответно 30,99% и 29,83%), а най-малък - в случаите с пет придружаващи заболявания (4,09%). Общият относителен дял на преживелите болни с положителни находки от образните изследвания е 46,78%. Относителният дял на преживелите болни е 51,55%, когато се касае за положителни находки от абдоминалната ехография, и 20,00%, когато се касае за КТ изследване на корема.

Болничната смъртност е най-висока при мезентериалната тромбоза при жените (57,89%), мъжете (53,33%) и всички болни (55,10%), следвана от тази при илеуса (съответно от 38,46%, 26,32% и 31,25%). Тя е много по-висока при

жените, отколкото при мъжете с остър панкреатит (38,46% спрямо 12,50%) и с остър холецистит (11,11% спрямо 3,70%). Общата болнична смъртност при нашите болни, съпоставена с общата им преживяемост, възлиза на 28,75%. Тя е по-висока при мъжете, отколкото при жените (17,08% спрямо 11,67%). Относителният дял на леталитета спрямо леталитета на всички болни и леталитета на болните с тези шест заболявания е по-висок при мъжете (59,42% спрямо 40,58%), отколкото този при жените (18,81% спрямо 12,84%). Относителният дял на починалите болни е най-голям във възрастовата група между 71 и 80 г. (46,38%), а най-малък - в тази между 81 и 90 г. (18,84%).

Относителният дял на починалите болни с продължителност на интервала между момента на хоспитализацията им и началото на оперативната интервенция при тях само до 24 часа е голям - 68,12%. Въпреки краткия срок за организиране и провеждане на оперативната интервенция при нашите болни, смъртността при тях остава сравнително висока. Относителният дял на починалите болни, при които се касае за положителни находки от КТ изследване на корема, е най-голям (63,63%).

### **5.5. Алгоритъм за диагностика и лечение на болните с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст**

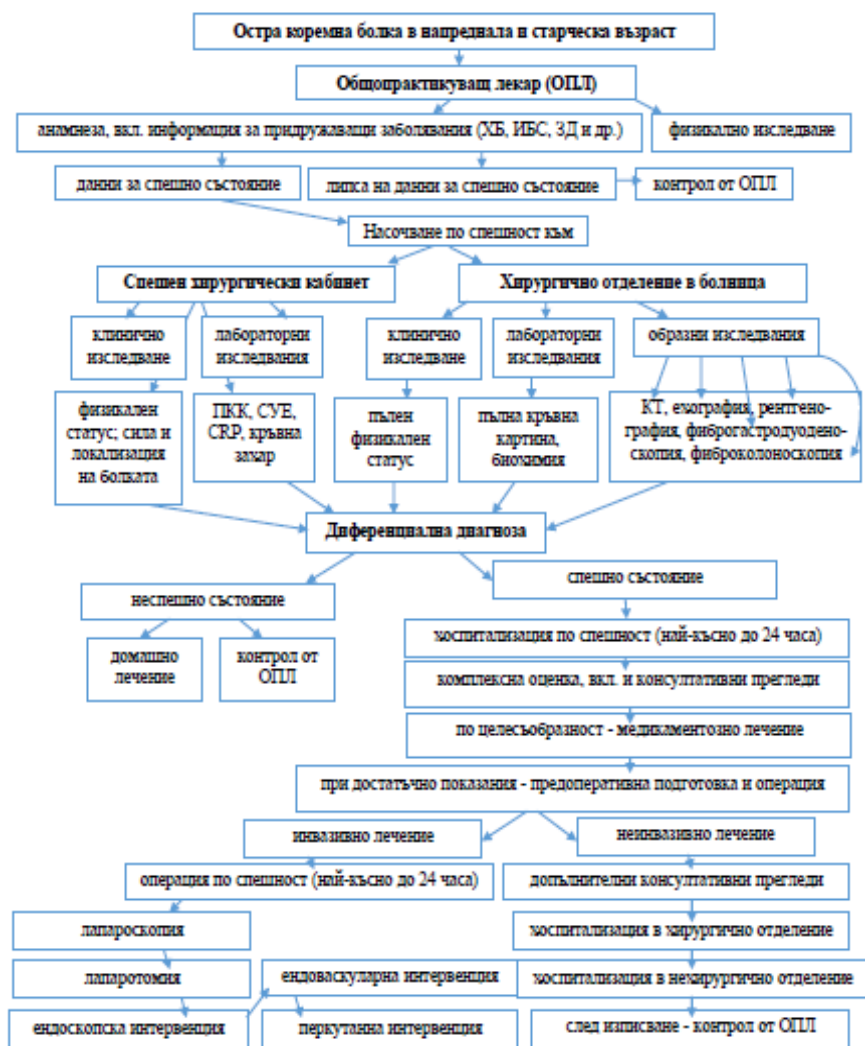
В разработения от нас оригинален алгоритъм за диагностика и лечение на болните с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст поради остро заболяване на гастроинтестиналния тракт ние предлагаме индивидуализиран подход към конкретния болен. Този подход е основан на прецизен подбор на методи за своевременно диагностично и лечебно поведение на отделните нива на медицинската помощ в нашата страна. Ролята на ОПЛ е особено важна.

Въз основа на достатъчно бързо снетата анамнеза за сегашното състояние на болния и за особеностите на сериозните придружаващи заболявания при него, както и на ориентировъчното физикално изследване се събира информация, позволяваща на ОПЛ да вземе решение, касае ли се или не се

касае за действително спешно патологично състояние. В първия случай болният бива насочен или към спешния хирургически кабинет, или към хирургичното отделение на близката болница, а във втория случай ОПЛ се ангажира с активното проследяване на болния до тайното изчезване на симптоматиката на заболяването.

Диагностичният подход в тези две звена включва изчерпателно клинично изследване и адекватни лабораторни изследвания, като в болницата при наличието на съответните показания допълнително се извършват строго подбрани образни изследвания, подпомагащи съществено поставянето на най-правилната диагноза при конкретния болен. Основната цел на изчерпателно формулирания комплекс от диагностични мероприятия е да разграничи дефинитивно действително спешното от неспешното състояние на болния. Това решение на хирургичния екип и консултантите е от особено значение за съдбата на болния. В първия случай болният се насочва обратно към ОПЛ, а във втория той преминава през поредица от специфични лечебни (консервативни и/или оперативни) индивидуализирани манипулации, целящи стабилизирането и излекуването му с последващото му насочване отново към ОПЛ за по-нататъшно проследяване.

На фигура 7 се вижда схемата на алгоритъма за диагностика и лечение на болните с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст.



**Фигура 7.** Алгоритъм за диагностика и лечение на болните с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст

Съблюдаването на основните принципи на този диагностично-лечебен алгоритъм и по-нататъшното му усъвършенстване от научната общност у нас би допринесло за подобряване на качеството и ефективността на поведението при болните с остра коремна болка в напреднала и старческа възраст поради остро заболяване на гастроинтестиналния тракт.

## 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашето проучване обхваща общо 240 болни на възраст над 60 г. с по едно от общо седем остри гастроентерологични заболявания, протичащи с остра коремна болка. Тези болни са хоспитализирани и оперирани през 2008-2017 г. Ние анализираме констелация от показатели, характеризиращи някои от важните особености на диагностицирането и лечението на тези болни с акцент върху ролята на ОПЛ за повишаването на ефективността и за подобряването на качеството на медицинското обслужване на този специфичен контингент от населението.

Имат се предвид както някои субективни оплаквания (интензитет и локализация на острата коремна болка, повръщане и наличие на фебрилитет) и лабораторни изследвания (левкоцитоза), така и диагностичната стойност на четири модерни метода на образна диагностика, използвани самостоятелно или комбинирано при отделните болни (КТ изследване на корема, абдоминална ехография, обзорна рентгенография и фиброгастродуоденоскопия). При това се отчита продължителността на интервалите между появата на оплакванията на болните и момента на хоспитализацията им и между хоспитализацията на болните и провеждането на оперативното лечение при тях. Анализира се и несъмненото самостоятелно и/или съчетано влияние на 13 различни сериозни придружаващи заболявания върху преживяемостта и болничната смъртност на болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка.

Ние установяваме редица различия по отношение на конкретните показатели както между отделните заболявания, така и между пола и възрастта на болните. Тези идентифицирани от нас специфични особености на болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка трябва да се популяризират сред медицинската общественост, защото те са в основата както на усъвършенствания диференциално-диагностичен подход, така и на оригиналния, разработен от нас, диагностично-лечебен алгоритъм при тези болни.

С помощта на корелационен (коефициент на Pearson) и логистичен регресионен анализ (exponential B) ние доказваме, че при голямото удължаване на продължителността на периода между появата на оплакванията на болните и хоспитализацията им нараства и вероятността за болнична смъртност при тях. Налице е статистически значима корелация между продължителността на интервала между момента на хоспитализацията и извършването на оперативната интервенция, от една страна, и леталитета на болните, от друга страна. Възрастта на болните оказва значително влияние върху леталитета, като с увеличаването ѝ с единица (с един път) нараства и вероятността за болнична смъртност. Вероятността за леталитета при болните, при които продължителността на оплакванията им преди хоспитализацията е над 48 часа, е статистически значимо по-голяма, отколкото при тези с по-кратка продължителност на оплакванията. Ние установяваме статистически значима корелационна зависимост между продължителността на интервала между хоспитализацията и операцията, от една страна, и леталитета на болните, от друга страна. Конкретният брой на придружаващите заболявания (само едно или само две спрямо повече заболявания, напр. спрямо шест заболявания) при отделния болен влияе статистически значимо върху леталитета на тези болни. Мезентериалната тромбоза е свързана със статистически достоверно най-висок риск за смърт при нашите болни, следвана от перфорацията, илеуса и кървенето от гастроинтестиналния тракт.

Нашите резултати убедително показват значението както на редовното контролиране на здравословното състояние на болните със сериозни хронични заболявания в напреднала и старческа възраст от страна на ОПЛ и специалистите от доболничната медицинска помощ, така и на по-нататъшното оптимизиране на координацията със съответните болнични структури в нашата страна. Така ще се отговори още по-ефективно на предизвикателствата на острият животозаплашващи гастроинтестинални заболявания и при тези болни.



## 7. ИЗВОДИ

Въз основа на настоящото проучване бихме могли да направим следните основни **изводи**:

1. При болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка вследствие на остри гастроинтестинални заболявания се установяват специфични клинични особености, които са възрастово и полово зависими.

2. Съчетаното използване на някои модерни методи за образна диагностика (КТ изследване на корема и абдоминална ехография) притежава по-голяма практическа стойност, отколкото самостоятелното им приложение при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка.

3. Хипертоничната болест е най-честото сред общо 13 сериозни хронични заболявания при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка. Ишемичната болест на сърцето и захарният диабет също играят важна утежняваща роля като самостоятелни и комбинирани придружаващи заболявания при тези болни.

4. Своевременното прецизно диагностициране на патологичните състояния при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка и оперативното им лечение са от съществено значение за намаляване на леталитета при тези болни.

5. Редовното проследяване на болните със сериозни хронични заболявания в напреднала и старческа възраст в системата на доболничната медицинска помощ може да допринесе за намаляване на предпоставките за животозастрашаващи инциденти при тях.

6. Разработеният от нас диагностично-лечебен алгоритъм при пациентите в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка би допринесъл за подобряване на качеството и ефективността на диагностиката и поведението при тези болни чрез по-широкото му приложение в общата медицинска практика.

## **8. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

- 1. Я.Стефанов**, В.Божков, Д.Чаушев, К.Георгиев, А. Лисничков, Д.Драганова, П.Чернополски, Т.Иванов, И. Плачков, Х. Ников, Р.Маджов. Остра коремна болка при пациенти в напреднала възраст. Сборник доклади от 16-ти национален конгрес по хирургия. Под ред. на проф. Г. Тодоров. Брой 1/2018. ISSN 2603-4034. 438-446
- 2.** Д.Чаушев, В.Божков, П.Чернополски, И.Плачков, **Я.Стефанов**, И.Иванов, А.Т.Лисничков, Р.Маджов. Хирургичен подход към пациентите с остър холецистит в напреднала и старческа възраст. Списание Хирургия. Брой 2/2018. ISSN 0450-2167. 80-87
- 3.** Д.Чаушев, П.Чернополски, В.Божков, П.Арнаулов, И.Плачков, Т.Иванов, А.Лисничков, **Я.Стефанов**, К.Георгиев, Р.Маджов. Усложнени форми на остър холецистит при възрастни пациенти. Доклади от 15-ти национален конгрес по хирургия. Под ред. на проф. д-р Р. Маджов и проф. д-р Кр. Иванов. 1/2016. ISBN 1314-297. 149-154

## 9. СПИСЪК НА УЧАСТИЯТА В НАУЧНИ ФОРУМИ

1. **Я. Стефанов**, В. Божков, Д. Чаушев, П. Чернополски, П. Арnaudов, Т. Иванов, Р. Маджов, В. Славчева. Коремна болка при пациенти в напреднала възраст. Втора научно-практическа конференция на БЛС, 13-15 май 2016, Несебър (постерна сесия).
2. **Я. Стефанов**, Ж. Русева, С. Христова, П. Косев, С. Фъртунов, В. Александрова, В. Маджова. Особености на острата коремна болка при възрастни пациенти. VIII- ма научна среща – обучение на СОИБОМ / Сдружение на обучители и изследователи в България по обща медицина /, 16-18 март 2018, Велинград (презентация)
3. **Я. Стефанов**, П. Косев, С. Фъртунов, Ж. Русева, С. Христова. В. Александрова, Р. Алексовска, В. Маджова. Коремна болка при пациенти със сърдечно-съдови заболявания. XI- та научна среща – обучение на СОИБОМ / Сдружение на обучители и изследователи в България по обща медицина/, 27-29 септември 2019, София (постер)

## **10. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **10.1. Оригинални научно-приложни приноси**

1. Установени са специфични, възрастово и полово-зависими особености при хоспитализирани болни в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка, поради остри гастроинтестинални заболявания за 10 годишен период чрез използване на констелация от клинични белези, лабораторни изследвания и образни методи за диагностика.

2. Установи се, че хипертоничната болест е най-честото сред общо 13 най-чести хронични заболявания при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка, а исхемичната болест на сърцето и захарният диабет играят важна утежняваща роля като самостоятелни и/или придружаващи заболявания.

3. Разработен е оригинален диагностично-лечебен алгоритъм при пациенти в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка, поради остри гастроинтестинални заболявания с възможност за широко приложение в общата медицинска практика.

### **10.2. Приноси с потвърдителен характер**

1. Потвърждава се значението на ранното диагностициране на острите гастроинтестинални заболявания при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка за намаляване на леталитета сред тази група пациенти.

2. Потвърждава се значението на своевременното хоспитализиране и оперативно лечение на болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка за намаляване на смъртността им.

3. Потвърждава се по-високата диагностичната стойност на съчетаното използване на КТ на корема и абдоминална ехография при болните в напреднала и старческа възраст с остра коремна болка, поради остри гастроинтестинални заболявания.

