

ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

Հունանյան Դանիել Աշոտի
Շագանակագեղծի բարորակ գերածի և աճուկային ճողվածքի կապակցությամբ
կատարվող միաժամանակյա և առանձնակի վիրահատությունների
համեմատական գնահատական

ԺԴ.00.21 «ուրոլոգիա» մասնագիտությամբ
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման
ատենախոսության սեղմագիր

ԵՐԵՎԱՆ– 2018

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

Унанян Даниел Ашотович

Сравнительная оценка клинической эффективности, безопасности и экономичности
симультаных и изолированных операций по поводу доброкачественной гиперплазии
предстательной железы и паховой грыжи

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по
специальности ԺԴ.00.21 – «урология»

ЕРЕВАН – 2018

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Մ.Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանի Գիտակոորդինացիոն խորհրդի № 5 նիստում 2014թ. հունիսի 4-ին:

Գիտական ղեկավար՝ ր.գ.դ., Ա.Ա. Մուրադյան
Պաշտոնական ընդհմախոսներ՝ ր.գ.դ., Մ. Ա. Աղայան
ր.գ.թ., Ա. Մ. Գրաբսկի

Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն:

Պաշտպանությունը կայանալու է 2018թ. մարտի 30-ին ժամը 15³⁰ Մխիթար Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի «Վիրաբուժության – 027» մասնագիտական խորհրդի նիստում: Հասցեն՝ 0025, Երևան, Կորյունի 2:
Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Մխիտար Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանի գրադարանում:
Սեղմագիրը առաքված է 2018թ. փետրվարի 28-ին:

Մասնագիտական
խորհրդի
գիտական քարտուղար՝ ր.գ.դ., Ի.Է. Մալխասյան

Тема диссертации утверждена на заседании № 5 Научно-координационного совета Ереванского Государственного Медицинского университета им. Мхитара Гераци в 4 июня 2014 г..

Научный руководитель՝ д.м.н., А.А. Мурадян
Официальные оппоненты՝ д.м.н., М. А. Агаян
д.м.н., А. М. Грабский

Ведущая организация: Национальный центр онкологии В.А. Фанарджяна МЗ РА.

Защита диссертации состоится 30 марта 2018г. в 15³⁰ на заседании специализированного совета 027-«Хирургия» при ЕГМУ им. Мхитара Гераци по адресу: 0025, ул. Корюна 2.
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. Мхитара Гераци.
Автореферат разослан 28 февраля 2018г.

Ученый секретарь
Специализированного совета, д.м.н.,

И.Э. Малхасян

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Достоинства сочетанных (симультанных) операций не вызывают сомнений. Симультанные операции (СО) избавляют больного от нескольких заболеваний, позволяют избежать риска повторной операции и общего обезболивания, исключается возможность обострения сопутствующего заболевания в послеоперационном периоде. Однако, СО выполняются в среднем всего у 3% больных, тогда как необходимость в проведении таковых, по данным ВОЗ, составляет 25-30%. Наше внимание привлекла проблема СО по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и паховой грыжи (ПГ). Судя по данным литературы многие вопросы регламента проведения СО у больных с ПГ и ДГПЖ в настоящее время остаются спорными и нерешенными, что подтверждает актуальность данной проблемы. Несмотря на значительное число публикаций, в литературе отсутствуют международные клинические рекомендации, регламентирующие ведение больных, которым произведены СО по поводу ПГ и ДГПЖ, а также систематические обзоры, посвященные искомой проблеме. В отечественной медицинской науке данному вопросу также не уделяется должного внимания, что диктует необходимость проведения целенаправленных исследований клинической эффективности, безопасности и экономической доступности СО при сочетании ПГ и ДГПЖ в условиях отечественного практического здравоохранения.

Цель исследования. Оценка эффективности, безопасности и экономичности симультанных и изолированных операций, произведенных по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи.

Задачи.

1. Изучить ближайшие результаты изолированных и симультанных операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи.
2. Определить структуру и частоту летальности и послеоперационных осложнений при изолированных и симультанных операциях по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи.
3. Провести анализ затраты/эффективность при изолированных и симультанных операциях по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи.

4. Провести сравнительную оценку клинической эффективности, безопасности и экономичности симультанных и изолированных операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи.

Дизайн исследования. Обсервационное ретроспективное клиническое исследование «случай-контроль» с применением метода подбора пар.

Научная новизна. Впервые с применением методологии доказательной медицины проведена сравнительная оценка частоты и структуры послеоперационных осложнений после СО и ИО по поводу ДГПЖ и ПГ. Впервые проведен сравнительный клиничко-экономический анализ при производстве СО и ИО по поводу ДГПЖ и ПГ с учетом показателей летальности, частоты осложнений, продолжительности оперативного вмешательства и сроков госпитализации, а также дана оценка экономической доступности этих методов лечения в отечественной клинической практике.

Практическая значимость. Полученные данные могут служить основой при разработке Национальных протоколов ведения больных ДГПЖ и ПГ.

Апробация диссертации. Апробация диссертации состоялась 11 октября 2017 г. на заседании Научно-координационного совета ЕГМУ.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 5 научных работ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 133 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, четырех глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 171 источник литературы, и списка сокращений и аббревиатур. Работа иллюстрирована 47 таблицами и 15 рисунками. На этапах планирования исследований и статистического анализа методологическая помощь была оказана со стороны Центра доказательной медицины Республиканской научно-медицинской библиотеки МЗ РА.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее исследование включено 246 пациентов с ДПГЖ и ПГ, находившихся на обследовании и оперативном лечении в период с 2005 по 2014гг. в Медицинских центрах «Аштарак» и «Наири».

Пациенты были распределены в 3 группы: 1-ая (основная) группа – 82 больных, которым произведены СО по поводу ДПГЖ и ПГ и 2 контрольные группы: 2-ая (контрольная) группа – 82 больных, которым произведены ИО по поводу ДПГЖ и 3-ья (контрольная) группа – 82 больных, которым произведены ИО по поводу ПГ.

Методы лечения. 1-ая (основная) группа – монополярная трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) и герниопластика по Лихтенштейну. 2-ая (контрольная) группа – монополярная трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП). 3-ья (контрольная) группа – герниопластика по Лихтенштейну с использованием полипропиленовой сетки.

Методы статистического анализа. Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи программы SPSS-21,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке эффективности, безопасности и экономичности метода лечения необходимо четкое определение конечной точки, которая адекватно оценивает эффект вмешательства. В качестве конечных точек в настоящем исследовании мы рассматривали летальный исход, послеоперационные осложнения (ПО), сроки оперативного вмешательства, сроки временной нетрудоспособности (табл. 1).

Как видно из табл. 2, между частотой ПО в 3-х клинических группах и видом оперативного вмешательства статистически значимая связь отсутствует ($\chi^2_{(2)}=5,369$; $p=0,068$). Из табл. 3, ОШ составило 0,737, что свидетельствует о большей вероятности развития ПО во 2-ой клинической группе, чем в 1-ой клинической группе. Однако, верхняя граница ДИ включает 1 (1,792), что указывает на статистическую незначимость результата.

Таблица 1

Общая сравнительная оценка симультанных и изолированных операций по поводу ДГПЖ и ПГ

Критерии оценки (конечные точки)	Группы больных		
	1	2	3
Послеоперационная летальность (%)	–	–	–
Послеоперационные осложнения (%)	12,2	15,9	25,6
Среднее время, затраченное на операцию (мин)	166,10±22,38	62,32±3,78	116,34±18,49
Сроки госпитализации (сутки)	3,88±0,97	2,85±0,71	4,32±1,41

Сравнительная оценка клинической безопасности симультанных и изолированных операций.

Таблица 2

Сравнение частоты послеоперационных осложнений в 3-х клинических группах

Критерий	Значение	Критическое значение	Степень свободы	Значимость
χ^2 Пирсона	5,369	5,991	2	0,068

Таблица 3

Отношение шансов развития послеоперационных осложнений в 1-ой клинической группе к шансам их развития во 2-ой клинической группе

Критерий	Значение	95% доверительный интервал	
		Нижняя граница	Верхняя граница
ОШ	0,737	0,303	1,792

Между частотой ПО в 1-ой и 3-ей клинических группах и видом оперативного вмешательства имеется статистически значимая связь, а именно: частота осложнений зависит от вида оперативного вмешательства ($\chi^2_{(2)}=4,813$; $p=0,028$).

Таблица 4

Отношение шансов развития послеоперационных осложнений в 1-ой клинической группе к шансам их развития в 3-ей клинической группе

Критерий	Значение	95% доверительный интервал	
		Нижняя граница	Верхняя граница
ОШ	0,403	0,177	0,922

Как видно из табл. 4, ОШ составило 0,403, что свидетельствует о большей вероятности развития ПО в 3-ей клинической группе, чем в 1-ой клинической группе. Таким образом, при СО по поводу ДГПЖ и ПГ развитие ПО менее вероятно, чем при ИО по поводу ПГ.

При сравнительной оценке сроков госпитализации и продолжительности оперативного вмешательства при симультанных и изолированных операциях (рис. 1) было установлено, что показатели койко/день у больных 3-х клинических групп статистически значимо различались между собой ($N=72,100$, $df=2$, $p=0,000$).

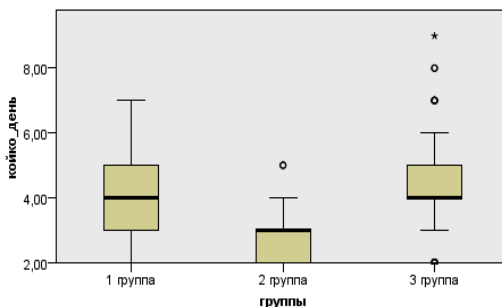


Рисунок 1. Сравнение показателей койко/день у больных 1-ой, 2-ой и 3-ей клинических групп.

Как видно из рис. 2, при парном сравнении показателей койко/день у больных 3-х клинических групп также выявляются статистически значимые различия ($N=6,297$,

df=2, p=0,000 и H=-8,082, df=2, p=0,000). В случае сравнения показателей в 1-ой и 3-ей клинических группах разница статистически незначима (p=0,223).

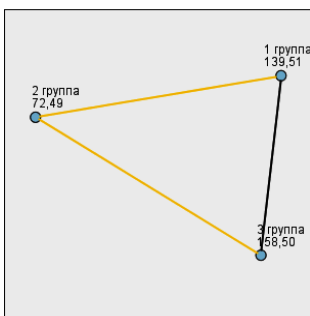


Рисунок 2. Парные сравнения показателей койко/дня у больных 3-х клинических групп.

Как видно из рис. 3 сроки госпитализации при проведении СО по поводу ДГПЖ и ПГ продолжительнее, чем при проведении ИО по поводу ДГПЖ. В то же время сроки госпитализации при проведении СО по поводу ДГПЖ и ПГ короче, чем при проведении ИО по поводу ПГ (U=2,115; df=2, p=0,034).

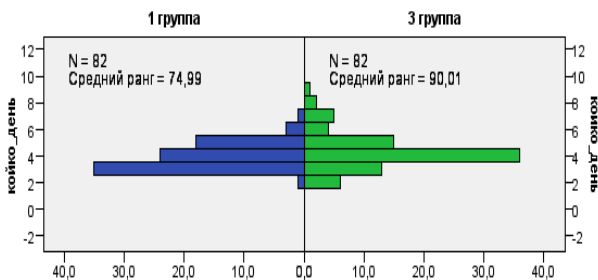


Рисунок 3. Сравнение показателей койко/дней у больных 1-ой и 3-ей клинических групп.

Как видно из рис. 4, показатели продолжительности оперативного вмешательства у больных 3-х клинических групп статистически значимо различались между собой (H=209,551, df=2, p=0,000).

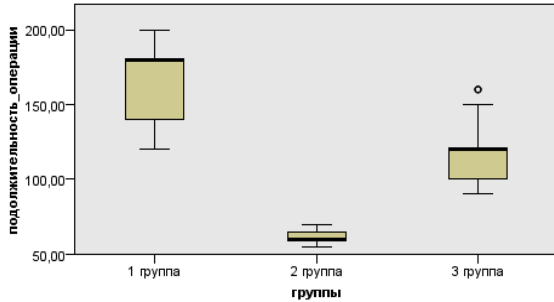


Рисунок 4. Сравнение показателей продолжительности оперативного вмешательства у больных 1-ой, 2-ой и 3-ей клинических групп согласно критерию Краскелла-Уоллиса

Как видно из рис. 5, при парном сравнении показателей продолжительности оперативного вмешательства у больных 3-х клинических групп также выявляются статистически значимые различия между 3-мя клиническими группами ($p=0,000$). Таким образом, на проведение СО по поводу ДГПЖ и ПГ затрачивается больше времени чем на проведение ИО по поводу ДГПЖ и ПГ.

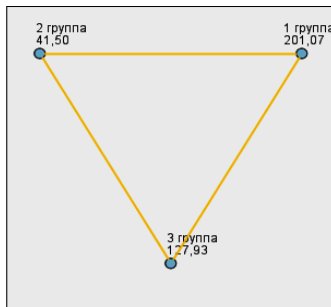


Рисунок 5. Парные сравнения показателей продолжительности оперативного вмешательства у больных 3-х клинических групп.

В практическом здравоохранении Армении действуют три источника финансирования медицинской помощи: государственное финансирование (госзаказ),

финансирование в виде «социального пакета» (льготные условия для определенных групп населения) и финансирование со стороны больного (прямые выплаты/доплаты). С целью сравнительной оценки экономической доступности симультанных и изолированных операций на основе имеющихся двух исходных оценочных показателей (госзаказ и прямые выплаты со стороны больного), мы провели анализ отношения «затраты-эффективность», рассматриваемых двух методов оперативного лечения ДППЖ и ПГ (СО и ИО).

Согласно госзаказу на лечение больного ПГ полагается 107 900 драм. Такая же сумма предусмотрена на лечение больного ДППЖ. При этом, отсутствует градация, соответственно необходимому методу вмешательства, т.е. не указаны конкретные суммы, гарантируемые государством на проведение СО или же ИО. Следовательно, произвести анализ «затраты-эффективность» согласно оценочным показателям госзаказа не представляется возможным и целесообразным.

Для больного, не попадающего под условия госзаказа, каждым лечебным учреждением устанавливаются свои оценочные нормативы. Согласно нормативам, установленным в медицинских центрах «Аштарак» и «Наири», в общей сложности на лечение 82-х больных ПГ нашей выборки методом ИО затрачено 22 658 800 драм; 82-х больных ДППЖ методом ИО – 27 484 350 драм; 82-х больных ПГ и ДППЖ методом СО – 48 099 200 драм.

Отношение «затраты-эффективность», рассчитанное по критерию частоты неосложненных случаев, составило при применении СО по поводу ПГ и ДППЖ – 668 044; при применении ИО по поводу ДППЖ – 398 323; при применении ИО по поводу ПГ – 371 455. Отношение «затраты-эффективность», рассчитанное по критерию времени, затраченного на операцию, составило при применении СО по поводу ПГ и ДППЖ – 289 579; при применении ИО по поводу ДППЖ – 441 019; при применении ИО по поводу ПГ – 194 763. Отношение «затраты-эффективность», рассчитанное по критерию сроков госпитализации, составило при применении СО по поводу ПГ и ДППЖ – 12 396 701; при применении ИО по поводу ДППЖ – 9 643 631; при применении ИО по поводу ПГ – 5 245 092.

Таким образом, по критерию частоты неосложненных случаев наиболее затратным вмешательством является СО по поводу ПГ и ДППЖ, а наименее затратным – ИО по поводу ПГ. По критерию времени, затраченного на операцию, наиболее

затратным вмешательством является ИО по поводу ДППЖ, а наименее затратным – ИО по поводу ПГ. По критерию сроков госпитализации наиболее затратным вмешательством является СО по поводу ПГ и ДППЖ, а наименее затратным – ИО по поводу ПГ.

На первый взгляд, исходя из коэффициентов «затраты-эффективность», кажется очевидным, что СО по поводу ПГ и ДППЖ не имеют неоспоримых преимуществ по сравнению с ИО и, более того, по ряду показателей являются более затратным вмешательством. Однако, перед тем как вынести окончательный вердикт необходимо ответить еще на один вопрос: «Какие именно дополнительные преимущества будут получены при применении того или другого метода лечения, и каковы будут дополнительные расходы?». Для ответа на этот вопрос мы провели расчет эффективности затрат (ЭЗ) при проведении СО по сравнению с ИО по основному показателю клинической эффективности (частота неосложненных случаев).

Расчет ЭЗ при проведении СО по поводу ПГ и ДППЖ по сравнению с ИО по поводу ДППЖ показал, что стоимость дополнительной единицы конечного результата лечения составит $6871616/82 = 83800$ драм. Эти 83800 драм являются той дополнительной ценой, в которую обойдется предотвращение одного послеоперационного осложнения, что даст снижение частоты осложнений до 4-х на каждые 100 операций.

Расчет ЭЗ при проведении СО по поводу ПГ и ДППЖ по сравнению с ИО по поводу ПГ показал, что стоимость дополнительной единицы конечного результата лечения составит: $2312763/82 = 28204$ драм ($\approx \$57$; $\approx €51$). Эти 28204 драм являются той дополнительной ценой, в которую обойдется предотвращение одного послеоперационного осложнения, что даст снижение частоты осложнений до 13-и на каждые 100 операций.

Основываясь на данных вышеприведенных расчетов, можно сделать выводы, что метод СО имеет лучшую клиническую эффективность и наихудший коэффициент «затраты-эффективность»; метод ИО ПГ имеет наихудшую клиническую эффективность и лучший коэффициент «затраты-эффективность»; метод ИО ДППЖ имеет относительно сравнимую с методом СО клиническую эффективность и сравнимый с методом ИО ПГ коэффициент «затраты-эффективность». Однако, в итоге СО (хотя и обойдется дороже!) позволит значительно уменьшить количество послеоперационных

осложнений (на 4 и на 13 случаев на каждые 100 СО по сравнению с таким же количеством ИО ДГПЖ и ИО ПГ соответственно).

Насколько эти цены разумны для предотвращения одного дополнительного случая ПО? Решением проблемы является сопоставление этих цифр с затратами лечебного учреждения, связанными с дополнительным случаем осложнения, например, с увеличением срока пребывания больного в палате интенсивной терапии, с проведением определенных лечебных мероприятий (возможно – повторных операций) и даже со стоимостью дискомфорта больного.

Существует еще одно обстоятельство, которое служит в пользу проведенного нами клинико-экономического анализа. Очевидно, что при формировании оценочных нормативов СО по поводу ДГПЖ и ПГ лица, принимающие решения в медицинских центрах «Аштарак» и «Наири», руководствовались не реальными расчетами, а просто суммировали стоимость ИО по поводу ДГПЖ и ИО по поводу ПГ. В итоге, стоимость СО в МЦ «Аштарак» составила $200000+180000 = 380\ 000$ драм, а в МЦ «Наири» – $300000+240000 = 540\ 000$ драм. Вполне очевидно, что эти суммы не отражают истинную стоимость СО. Реальная стоимость СО по поводу ДГПЖ и ПГ, на наш взгляд, колеблется в интервале от 250 до 350 тысяч драм для двух указанных центров соответственно.

Если прибегнуть к гипотетическому варианту научного исследования – методу имитационного моделирования (simulation modeling) с учетом реальной стоимости, то окажется, что метод СО имеет как лучшую клиническую эффективность, так и лучший коэффициент «затраты-эффективность». Стоимость же дополнительной единицы конечного результата лечения методом СО по сравнению с ИО сократится приблизительно в 2-2,5 раза.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями в нашей выборке больных являлись ишемическая болезнь сердца (40 случаев; 23,7%), атеросклероз (25 случаев; 14,8%) и гипертоническая болезнь (20 случаев; 11,8%), что позволяет рассматривать их в качестве конфаундеров. Однако, наличие или отсутствие конфаундеров практически не влияло на частоту послеоперационных осложнений при симультанных операциях в сравнении с изолированными операциями (ОШ=1,687 при 95% ДИ от 0,786 до 3,621).

2. Общее число осложнений в нашей выборке больных составило 48 (19,5%). Частота осложнений в 1-ой (основной) группе составила 12,2%, во 2-ой (контрольной) – 15,9%, а в 3-ей (контрольной) – 25,6%. Основным по частоте послеоперационным осложнением у больных нашей выборки после как симультанных, так и изолированных операций являлась острая задержка мочи: 4,9% от числа больных в 1-ой группе; 7,3% – во 2-ой группе; 20,7% – в 3-ей группе.
3. Между фактором риска (вид оперативного вмешательства) и исходом (послеоперационные осложнения) имеется определенная разнонаправленная взаимосвязь, а именно: при симультанных операциях и изолированных операциях по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы развитие послеоперационных осложнений равновероятно с одинаковой частотой (ОШ=0,737 при 95% ДИ от 0,303 до 1,792); при симультанных операциях число послеоперационных осложнений меньше чем при изолированных операциях по поводу паховой грыжи (ОШ=0,403 при 95% ДИ от 0,177 до 0,922).
4. Сроки госпитализации при проведении симультанных операций продолжительнее, чем при проведении изолированных операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В то же время сроки госпитализации при проведении симультанных операций короче, чем при проведении изолированных операций по поводу паховой грыжи ($H_{(2)}=6,297$; $p=0,000$ и $H_{(2)}=-8,082$; $p=0,000$).
5. Показатели продолжительности оперативного вмешательства при проведении симультанных операций выше таковых при проведении изолированных операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи ($H_{(2)}=209,551$; $p=0,000$).
6. По критерию частоты неосложненных случаев наиболее затратным вмешательством является симультанная операция, а наименее затратным – изолированная операция по поводу паховой грыжи. По критерию продолжительности оперативного вмешательства наиболее затратным вмешательством является изолированная операция по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а наименее

затратным – изолированная операция по поводу паховой грыжи. По критерию сроков госпитализации наиболее затратным вмешательством является симультанная операция, а наименее затратным – изолированная операция по поводу паховой грыжи.

7. Стоимость дополнительной единицы конечного результата симультанной операции по сравнению с изолированной операцией по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы составляет 83800 драм. Эти 83800 драм являются той дополнительной ценой, в которую обойдется предотвращение одного послеоперационного осложнения, что даст снижение частоты осложнений до 4-х на каждые 100 операций.
8. Стоимость дополнительной единицы конечного результата симультанной операции по сравнению с изолированной операцией по поводу паховой грыжи составляет 28204 драм. Эти 28204 драм являются той дополнительной ценой, в которую обойдется предотвращение одного послеоперационного осложнения, что даст снижение частоты осложнений до 13-и на каждые 100 операций.
9. Симультанная операция имеет лучшую клиническую эффективность и наихудший коэффициент «затраты-эффективность»; изолированная операция по поводу паховой грыжи имеет наихудшую клиническую эффективность и лучший коэффициент «затраты-эффективность»; изолированная операция по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы имеет относительно сравнимую с симультанной операцией клиническую эффективность и сравнимый с изолированной операцией по поводу паховой грыжи коэффициент «затраты-эффективность». Однако, в итоге, симультанная операция позволит значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений (на 4 и на 13 случаев на каждые 100 симультанных операций по сравнению с таким же количеством изолированных операций соответственно).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Полученные в результате проведения настоящего исследования данные о клинической эффективности, безопасности и экономической доступности симультанных операций могут служить критериями при разработке Национальных протоколов ведения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и паховой грыжей.
2. При установлении оценочных нормативов (расценок) на платные медицинские услуги следует провести доказательную оценку клинико-экономической эффективности методов лечения (симультанная операция или изолированная операция) с учетом эффективности, безопасности и экономичности.
3. Учитывая, что симультанная операция позволяет значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений (на 4 и на 13 случаев на каждые 100 симультанных операций по сравнению с таким же количеством изолированных операций соответственно), её проведение более предпочтительно, несмотря на более высокую стоимость дополнительной единицы конечного результата.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Հունանյան Դ.Ա., Մուրադյան Ա.Ա., Հակոբյան Ա.Մ., Ադամյան Ա.Վ. Շագանակագեղձի բարորակ գերածի և աճուկային ճղվածքի կապակցությամբ կատարվող սիմուլտան վիրահատություններ / Մեծահասակների վիրաբուժություն: Միջազգային կոնգրեսի նյութեր. Երևան, 2013. – էջ 115-116:
2. Унанян Д.А. Симультанные операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи // Научный медицинский журнал. 2015. – т.10. – №3. – с. 74-81.
3. Унанян Д.А., Мурадян А.А. Доказательная медицина: от теории к практике : Сборник материалов 2-ой международной конференции, 24-26 сентября 2015 г. – Ереван: Из-во ЕГМУ, 2015. – с. 88-90.

4. Унанян Д.А. Симультантные операции (история вопроса, дефиниции, классификация) // Медицинская наука Армении. 2016. – т.6. – N1.- с. 34-32.
5. Унанян Д.А. Сравнительная оценка клинической безопасности симультантных и изолированных операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи // Вопросы клинической и экспериментальной медицины. 2017. – т. 20. – N3. – с. 61-64.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Դանիել Աշոտի Հունանյան

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ԳԵՐԱՃԻ և ԱՃՈՒԿԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔԻ

ՄԻԱԺԱՄԱՆԱԿՅԱ և ԱՌԱՆՁՆԱԿԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆ

Տվյալ գիտական աշխատանքի նպատակն է հանդիսացնել, անցկացնել շագանակագեղձի բարորակ գերաճի (ՇԲԳ) և աճուկային ճողվածքի (ԱՃ) կապակցությամբ կատարվող միաժամանակյա (ՄՎ) և առանձնակի վիրահատությունների (ԱՎ) կլինիկական արդյունավետության, անվտանգության և տնտեսագիտական մատչելիության համեմատական գնահատականը: Դեպք-վերահսկում հետահայաց դիտարկումային կլինիկական հետազոտության մեջ ընդգրկվել են 246 հիվանդ, որոնք 2005-2014թթ. բուժում են ստացել «Աշտարակ» և «Նաիրի» բժշկական կենտրոններում ՇԲԳ-ի և ԱՃ-ի կապակցությամբ: Հիվանդները բաշխվել են երեք խմբերում՝ 1-ին (հիմնական) խումբ -82 հիվանդ, որոնց կատարվել է ՇԲԳ-ի և ԱՃ-ի կապակցությամբ ՄՎ: 2-րդ (ստուգիչ) խումբ-82 հիվանդ, որոնց կատարվել է ԱՎ ՇԲԳ-ի կապակցությամբ, և 3-րդ (ստուգիչ) խումբ-82 հիվանդ, որոնց կատարվել է ԱՎ ԱՃ-ի կապակցությամբ:

ՄՎ-ի և ԱՎ-ի ՇԲԳ-ի կապակցությամբ կատարված վիրահատությունների հետվիրահատական բարդությունները զարգանում են զրեթե նույն հաճախականությամբ (Շ/Հ- 0.737 95% ՎՄ 0.303 մինչև 1.792), իսկ ՄՎ-ի հետվիրահա-

տական բարդությունների ցուցանիշը ցածր է, քան ԱՎ ԱՃ-ի հետվիրահատական բարդությունները (\bar{C}/\bar{C} 0.403 95% ՎՄ 0.177 մինչև 0.922): ՄՎ-ի մահճակալ օրերի ցուցանիշները ավելի բարձր են, քան ԱՎ ՇԲԳ-ի կապակցությամբ և ավելի ցածր են, քան ԱՎ-ի ժամանակ ԱՃ-ի կապակցությամբ: ՄՎ-ի տևողությունն ավելի բարձր է, քան նույն հիվանդությունների ԱՎ-ի ժամանակ:

Ըստ չբարդացած դեպքերի հաճախականության, ավելի ծախսատար են ՄՎ, ավելի քիչ ծախսատար՝ ԱՃ-ի կապակցությամբ ԱՎ: Ըստ վիրահատության վրա ծախսված ժամանակի, ավելի ծախսատար են ՇԲԳ-ի կապակցությամբ ԱՎ, ավելի քիչ ծախսատար՝ ԱՃ-ի կապակցությամբ ԱՎ: Ըստ մահճակալ օրերի ավելի ծախսատար են ՄՎ, ավելի քիչ ծախսատար՝ ԱՎ ԱՃ-ի կապակցությամբ:

ՄՎ ունեն լավագույն կլինիկական արդյունավետություն և վատագույն «ծախսեր-արդյունավետություն» գործակից: ԱՎ ԱՃ-ի կապակցությամբ ունեն վատագույն կլինիկական արդյունավետություն և լավագույն «ծախսեր-արդյունավետություն» գործակից: ՇԲԳ-ի կապակցությամբ կատարվող ԱՎ ունեն ՄՎ-ի հետ համանման կլինիկական արդյունավետություն, ԱՎ ԱՃ-ի կապակցությամբ կատարվող ԱՎ-ի հետ համանման ծախսեր-արդյունավետություն գործակից: Սակայն արդյունքում ՄՎ հնարավորություն են տալիս նկատելի կրճատել հետվիրահատական բարդությունների քանակը (ամեն 100 հիվանդից ԱՎ-ի համեմատ 4-13 համապատասխանաբար)՝ չնայած ավելի ծախսատար են:

SUMMARY

Daniel A. Hunanian

COMPARATIVE EVALUATION AT SIMULTANEOUS AND SEPARATE OPERATIONS OF PROSTATIC HYPERPLASIA AND INGUINAL HERNIA

The aim of current study is comparative estimation of clinical efficacy and safety, as well as economic affordability of simultaneous (SO) and isolated (IO) operations conducted for benign prostatic hyperplasia (BPH) and inguinal hernia (IH). 246 patients with BPH and IH were involved in current observational retrospective case-control clinical study. Patients

were exposed to operative treatment between 2005 and 2014 in Medical Centers “Ashtarak” and “Nairi”. All patients were divided into three groups: 1st group (the main group) – 82 patients with BPH and IH who were undergone SO; 2nd and 3rd groups (control groups) – each consisting of 82 patients who were undergone IO for BPH (IOBPH) and IO for IH (IOIH), respectively.

The analysis of relation between frequencies of postoperative complications and type of operative intervention revealed that in case of SO and IOBPH, the development of postoperative complications is equiprobable, practically with the same frequency (OR=0.737 with 95% CI= 0.303 – 1.792), while in case of SO, postoperative complications were fewer than in IOIH (OR=0.403 with 95% CI=0.177 – 0.922). Hospital days were longer for SO, compared with IOBPH. In the same time, hospital days were shorter for SO, compared with IOIH. SO lasts longer than IOPBH and IOIH.

According to the frequency of non-complicated cases the most expensive intervention was SO while the least expensive was IOIH. The time spend on operation was the longest in IOPBH and the shortest in IOIH. According to hospitalization terms, the most expensive intervention was SO and the least expensive was IOIH. SO method has the best clinical efficacy, while the worst cost-effectiveness ratio., method IOIH has the worst clinical efficacy and the best cost-effectiveness ratio, and finally, IOPBH has a clinical efficacy relatively comparable with SO, and cost-effectiveness ration relatively comparable with IOIH. However, eventually, SO although more expensive, will allow to decrease considerably the number of postoperative complications (by 4 and 13 cases form each 100 SO, compared with those of IOBPH and IOIH, respectively).