

# ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**Зиборова Л.Н., Стаканов А.В.**

МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону»

**Цель исследования.** Повысить эффективность прогнозирования течения послеоперационного периода у гериатрических больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевого генеза на основе включения величины постоянного потенциала в комплексную оценку тяжести состояния.

**Материал и методы исследования.** В работе проведен анализ и обобщены данные, полученные в результате наблюдения за хирургическими больными пожилого возраста с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевого генеза в раннем послеоперационном периоде.

Количество пациентов – 444. Возраст – 65 лет и больше.

Опираясь на классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) и Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (МНОАР), все пациенты по физическому состоянию к 3-4 классу и III-IV степени операционно-анестезиологического риска (Бунятян А. А. с соавт., 1997).

Основным оперативным вмешательством была лапаротомия, резекция участка толстой кишки, наложение коло (цеко-, трансверзо-, сигмо-) стомы, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника и желудка в условиях общей анестезии. Длительность операций составила – 2,4 (2,1/2,7), анестезий – 2,8 (2,6/3,1) ч. Все пациенты, после операции, поступали в отделение реанимации для продления ИВЛ.

В послеоперационном периоде выделены две группы: общая популяция и группа с осложнённым течением послеоперационного периода. Для определения тяжести состояния и вероятности неблагоприятного исхода использовались шкалы CR-POSSUM, APACHE II, APACHE III, SAPS II, SAPS 3, SOFA.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилось измерение постоянного потенциала (ПП). Первое измерение – после окончания центрального действия анестетиков, затем однократно, в утренние часы, в течение первых трёх суток послеоперационного периода.

В зависимости от степени компенсации (по уровню ПП) дополнительно выделены 3 подгруппы:

1-я группа (субкомпенсации) – пациенты с высокими негативными значениями ПП (от -31 мВ и выше)

2-я группа (компенсации) – пациенты со средними негативными значениями ПП (от -15 до -30 мВ)

3-я группа (декомпенсации) – пациенты с позитивными и низкими негативными значениями ПП (от +22 до -14 мВ) (Заболотских И.Б., Илюхина В.А., 1997).

**Результаты исследования.** С момента поступления в ОРИТ всем пациентам с ОТКН проведена оценка тяжести состояния и вероятность летального исхода по шкалам APACHE II, APACHE III, SAPS II, SAPS 3 и SOFA, и по

специализированной шкале CR-POSSUM. Статистически достоверные различия по количеству баллов имелись между осложнённой группой и общей популяцией по данным SAPS 3, а по данным APACHE III, SAPS 3 и SOFA - между неосложнённой и осложнённой группами (Таблица 1).

Таблица 1

Тяжесть состояния по различным шкалам при поступлении (в 1-е сутки периоперационного периода)

Шкалы (балл)

Общая популяция

(n=444)

Неосложнённое

течение (n=279)

Осложнённое течение

(n=165)

CR-POSSUM 21,0 (17,0-24,0) 18,0 (16,0-21,0) 27,0 (22,0-29,0)

APACHE II 11,0 (9,0-13,0) 10,0 (8,0-12,0) 13,0 (11,0-17,0)

APACHE III 67,0 (60,0-79,0) 63,0 (58,0-69,0) 84,0 (71,0-97,0)\*\*

SAPS II 23,0 (19,0-26,0) 20,0 (15,0-24,0) 26,0 (31,0-37,0)

SAPS 3 57,0 (44,0-65,0) 49,0 (46,0-52,0) 70,0 (63,0-80,0) \*,\*\*

SOFA 6,0 (5,0-7,0) 3,0 (2,0-4,0) 8,0 (6,0-10,0) \*\*

*Данные представлены в виде медианы и персентилей (0,25; 0,75)*

*\* $p < 0,05$  между осложнённой группой и общей популяцией;*

*\*\* $p < 0,05$  между осложнённой и неосложнённой группами по критерию*

*Крускала-Уоллиса.*

Анализ структуры тридцатидневной летальности в общей популяции больных с ОТКН показал, что летальный исход зафиксирован в 21,6% случаев.

Самая высокая летальность наблюдалась в 1-е и 2-е сутки периоперационного периода, а именно 6,1 и 3,8%, соответственно. Потенциально опасными этапами являлись периоды 5-7 и 11-15 сутки (по 2,9%).

В ретроспективно выделенных группах у пациентов с неосложнённым течением послеоперационного периода летальных исходов не было, а у пациентов с осложнённым течением тенденции по летальности сохраняются на соответствующих этапах, сопоставимых с общей популяцией.

В результате разделения пациентов по уровню ПП позволило выделить наиболее тяжёлую категорию больных из общей популяции. Для этой подгруппы был характерен низким уровнем ПП, а летальность составила 50%, что было гораздо больше в сравнении с подгруппами с высокими и средними значениями ПП (10 и 3,1%, соответственно). Достаточно высокая летальность - 16,7%, регистрировалась в 1-е и 2-е сутки. 5-е-7-е сутки связаны с риском неблагоприятного исхода во всех трёх представленных подгруппах, а 11-е-15-е сутки – угрожаемые по вероятности наступления смерти у лиц с высокими и низкими значениями ПП.

**Заключение.** Благодаря использованию таких современных методов статистического анализа как калибровка и ROC – анализ, выявлено, что в 1-е сутки послеоперационного периода в общей популяции самую лучшую

прогностическую способность показали APACHE II, SAPS 3., а в группе с осложнённым течением - Cr-POSSUM (определяемая в предоперационном периоде), APACHE II, SAPS 3 и SOFA.

Самая большая частота летальных исходов приходится на 1-ые и 2-ые сутки в общей популяции и в группе с осложнённым течением. Разделение групп на подгруппы с высоким, средним и низким значением ПП в группе с осложнённым течением позволило усилить описанные выше тенденции с наибольшей частотой летальных исходов в 1-ые и 2-ые сутки (26,5 и 16,7%, соответственно). Таким образом, распределение пациентов по уровню ПП, позволило выделить наиболее тяжёлую подгруппу больных, как с осложненным течением, так и в общей популяции, а именно подгруппу с низкими значениями ПП.