

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА СУПРОВІДНУ ПАТОЛОГІЮ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Ф.В. Гринчук

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
Кафедра хірургії та очних хвороб (зав. - проф. І.Ю. Полянський)*

Реферат

Проведено порівняльний аналіз клінічно-лабораторних параметрів та результатів лікування 426 хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, які у 287 пацієнтів поєднувались із супровідними захворюваннями. Встановлено, що одним із основних факторів, який визначає наслідки лікування, є характер та тяжкість супровідної патології. Представлено розроблену шкалу, яка передбачає виділення 4-х класів поєднаних патологічних станів. Показано, що визначення таких класів дозволяє вірогідно прогнозувати можливість розвитку післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: *невідкладна абдомінальна хірургія, супровідна патологія, прогнозування розвитку ускладнень*

Abstract

OPTIMIZATION OF PROGNOSIS OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES AT URGENT ABDOMINAL SURGERY

F.V. GRYNCHUK

Bukovinian State Medical University, Chernivtsy

Comparative analysis of clinical and laboratory indicators and results of treatment of 426 patients with the acute surgical pathology of abdominal cavity, including 287 patients with concomitant diseases, was performed. It was found that quality characteristics of concomitant pathology was among principal factors that affect the results of treatment. Developed diagnostic scale that foresees a selection of 4 classes of associated pathology (AP) is presented. It was shown that determination of AP class permits to forecast a possibility of development of postoperative complications.

Key words: *urgent abdominal surgery, concomitant diseases, prognosis, complications*

Вступ

Можливість розвитку післяопераційних ускладнень (ПОУ) та їх тяжкість є одним із важливих критеріїв, який обумовлює вибір лікувальної тактики [2, 3, 6]. Суттєвим недоліком наявних прогностичних шкал (SAPS, APACHE, SOFA тощо) є неможливість передбачити, а, значить, і попередити розвиток ПОУ, зокрема, прогресування перитоніту, неспроможність кишкових швів, нагноєння рани та ін. [1, 4, 5].

Особливої гостроти проблема прогнозування ПОУ набуває у випадках, коли гостре хі-

рургічне захворювання розвивається на фоні супровідного. У пацієнтів із такою поєднаною патологією (ПП) відзначено зниження інформаційності наявних оціночних методів [1, 3, 5, 6], що робить актуальним пошук більш вірогідних оціночних критеріїв.

Матеріал і методи

Клінічний матеріал утворило 426 хворих, віком від 18 до 84 років. Чоловіків було 187 (43,9%), жінок - 239 (56,1%). У 44 (10,33%) пацієнтів діагностовано гостру кишкову непрохідність, у 47 (11,03%) - защемлені грижі, у 27 (6,34%) - перфораційні гастродуоденальні виразки, у 29 (6,81%) - гострий катаральний апендицит, у 124 (29,11%) - гострий деструктивний апендицит, у 57 (13,38%) - гострий катаральний холецистит, у 32 (7,51%) - гострий деструктивний холецистит, у 17 (3,99%) - хронічний холецистит, у 8 (1,88%) - кривавлячі гастродуоденальні виразки; у 5 (1,17%) - перфорації тонкої кишки, у 4 (0,94%) - мезентерійний тромбоз, у 7 (1,64%) - гострий холецистопанкреатит, у 7 (1,64%) - неспроможність кишкових швів, у 9 (2,11%) - вправимі грижі, у 9 (2,11%) - інші захворювання.

У 150 (35,21%) хворих діагностовано перитоніт, серед них у 41 (27,33%) - місцевий, у 43 (28,67%) - дифузний, у 34 (22,67%) - розлитий, у 32 (21,33%) - загальний за класифікацією Б.О. Мількова [2].

У 287 (67,37%) пацієнтів діагностовано 326 супровідних захворювань (СЗ), серед яких 16 (4,91%) хворих на цукровий діабет I типу; 25 (7,67%) - II типу; 36 (11,04%) - ІХС, стенокардія напруги ФК I - II СН 0 - 1; 42 (12,88%) - ІХС стенокардія напруги ФК II - III, СН 2 - 3; 29 (8,9%) - ІХС, постінфарктний кардіосклероз, ФК II - III, СН 2 - 3; 11 (3,37%) - гіпертонічна хвороба I - III; 14 (4,29%) - церебральний атеросклероз, ХНМК 0 - II; 9 (2,76%) - вегето-судинна дистонія; 20 (6,13%) - аліментарне ожиріння I - IV ст.; 10 (3,07%) - хронічний гепатит; 5 (1,53%) - цироз печінки; 4 (1,23%) - хронічний необструктивний бронхіт, ДН 0 - I; 14 (4,29%) - хронічний обструк-

Таблиця 1

Вплив деяких факторів на тяжкість післяопераційних ускладнень у досліджених хворих згідно результатів дисперсійного аналізу

№ п/п	Фактори впливу	Сума квадратів відхилень	Середній квадрат	F-критерій	P	Ступінь впливу (%)
1.	Вік	6,654	0,951	1,07	0,383	1,393
2.	Стать	2,192	2,192	2,47	0,117	0,459
3.	Основний діагноз	11,099	1,387	1,57	0,137	2,324
4.	Супровідний діагноз	86,444	3,087	3,48	0,000	18,101
5.	Характер перитоніту	46,515	7,752	8,75	0,000	9,740
6.	Контрольовані	–	–	–	–	63,061
7.	Не контрольовані	–	–	–	–	36,939
8.	Залишкова дисперсія	176,403	0,886	–	–	–
9.	Загальна дисперсія	477,556	–	–	–	–

тивний бронхіт, ДН 0 - II; 7 (2,15%) - емфізема легень; 9 (2,76%) - гостра позагоспітальна пневмонія; 16 (4,91%) - медикаментна поліалергія; 6 (1,84%) - хронічна залізодефіцитна анемія; 9 (2,76%) - хронічний пієлонефрит, ХНН 0 - II; 5 (1,53%) - вузлова фіброміома матки; 5 (1,53%) - ревматична хвороба серця з мітральною та комбінованою вадами, СН I - II; 34 (10,43%) - інші СЗ.

Для проведення математичного числення ці ПОУ поділено на наступні категорії: 0 - ускладнення відсутні, 1 - інфільтраційні зміни з бо-

ку післяопераційної рани, 2 - нагноєння післяопераційної рани, 3 - інтраабдомінальні запальні ускладнення, 4 - системні ускладнення, які призводили до смерті хворих.

Статистичне обчислення результатів досліджень проводили з використанням програми Statgraphics Plus 5.1 Enterprise edition (©Statistical Graphics corp. 2001).

Результати й обговорення

За результатами дисперсійного аналізу встанов-

Таблиця 2

Запропонована нами діагностична шкала

№ п/п	Критерії	Бали
Характеристики хірургічної патології		
1.	Катаральний процес (включаючи защемлення сальника)	0
2.	Деструкційний процес (включаючи перфорацію органу)	1
3.	Обструкція кишечника без некрозу	2
4.	Обструкція кишечника з некрозом	3
Характеристика перитоніту		
5.	Перитоніт відсутній	0
6.	Місцевий перитоніт	1
7.	Дифузний перитоніт	2
8.	Розлитий перитоніт I ступеня тяжкості	3
9.	Розлитий перитоніт II ступеня тяжкості	4
10.	Розлитий перитоніт III ступеня тяжкості	5
11.	Розлитий перитоніт IV ступеня тяжкості	6
Характеристика супровідної патології		
12.	Захворювання, що не спричиняють ураження пристосувально-компенсаційних органів та систем	0
13.	Захворювання одного з пристосувально-компенсаційних органів та систем в стадії компенсації	1
14.	Захворювання одного з пристосувально-компенсаційних органів та систем в стадії субкомпенсації	2
15.	Захворювання одного з пристосувально-компенсаційних органів та систем в стадії декомпенсації	3
16.	Захворювання двох пристосувально-компенсаційних органів та систем в стадії компенсації та субкомпенсації	3
17.	Захворювання двох пристосувально-компенсаційних органів та систем в стадії декомпенсації	4
18.	Захворювання трьох пристосувально-компенсаційних органів	4
Вік		
19.	До 50 років	0
20.	50-60 років	1
21.	61-70 років	2
22.	70-80 років	3
23.	Старше 80 років	4

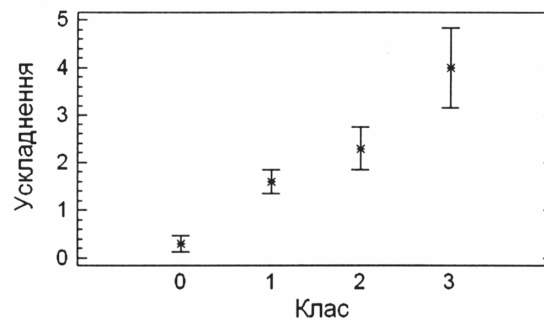


Рис. 1

Розподіл середніх величин та 95% довірчі інтервали Бонфероні за результатами дисперсійного аналізу залежності розвитку післяопераційних ускладнень від класу поєднаної патології

лено, що розподіл показників ПОУ (табл. 1) статистично істотно ($p < 0,0001$) залежав від наявності та тяжкості СЗ і характеру перитоніту. При цьому значення у пацієнтів, що мали 2 і 3 СЗ статистично істотно переважали, та залежали від стану функціональної компенсації уражених органів і систем.

Із огляду на виявлені залежності, ми розробили діагностичну шкалу, згідно якої включеним показникам відповідає певна кількість пунктів (табл. 2).

Дисперсійний аналіз зв'язку між сумою пунктів, обчисленою у пацієнтів із СЗ та виникненням ПОУ дозволив встановити закономірності розподілу, згідно яких ми виділили чотири класи ПП, розмежування яких проводили за наступними критеріями:

Клас 0 - кількість пунктів не більше, як 5;

Клас 1 - кількість пунктів 6-10;

Клас 2 - кількість пунктів 11-15;

Клас 3 - кількість пунктів 16 і більше.

Для оцінки прогностичного ефекту розробленої шкали ми провели дисперсійний аналіз розподілу показників ПОУ залежно від класу. Встановлено (рисунок), що різні класи зумовлюють виражені відмінності розподілу тяжкості ускладнень, які розвивались у обстежених хворих, що свідчить про можливість та доцільність застосування такого методу оцінки в клінічній практиці.

Вважаємо, що розроблена шкала повинна доповнювати наявні способи оцінки тяжкості

стану хворих, оскільки дозволяє прогнозувати ймовірність розвитку ПОУ та вчасно застосувати необхідні попереджувальні заходи.

Висновки

1. Основний внесок у дисперсію параметрів післяопераційних ускладнень у досліджених хворих склала наявність та тяжкість супровідних захворювань (18,1 %, $p < 0,0001$) і характер перитоніту (9,74 %, $p < 0,0001$).

2. Розроблено оціночну систему, яка передбачає виділення чотирьох класів поєднаної патології, дозволяє вірогідно прогнозувати можливість розвитку післяопераційних ускладнень, що робить доцільним її використання у практиці.

Література

1. Лебедев НВ, Климов АЕ. Системы оценок тяжести сепсиса и эндогенной интоксикации. Хирург 2006; 5: 53-56.
2. Мильков БО, Білоокий ВВ. Біліарний перитоніт. Чернівці, Прут 2003; 151.
3. Сипливый ВА, Гринченко СВ, Береснев АВ и др. Шкала оценки тяжести состояния больных с острым сепсисом. Клін хірург 2005; 3: 46-49.
4. Arts DG, de Keizer NF, Vroom MB, de Jonge E. Reliability and accuracy of Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) scoring. Crit Care Med 2005; 33(9): 1988-1993.
5. Beck DH, Smith GB, Taylor BL. The impact of low-risk intensive care unit admissions on mortality probabilities by SAPS II, APACHE II and APACHE III. Anaesthesia 2002; 57(1): 21-26.
6. Zimmerman JE, Kramer AA, Mc Nair DS et al. Intensive care unit length of stay: Benchmarking based on Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV. Crit Care Med 2006; 34(10): 2517-2529.