

В. Е. Корик, С. А. Жидков, Д. А. Ключко

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Наблюдения последних лет указывают на отсутствие тенденции к снижению частоты возникновения кишечной непроходимости, которая доходит до 27,1% от всех хирургических заболеваний. Учитывая неблагоприятные прогностические факторы, возраст пациентов старше 75 лет считается критическим, так как большинство из них имеют многочисленные сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой, выделительной и дыхательной систем, кроме этого имеют выраженные в той или иной степени нарушения обмена веществ и метаболизма. Все это обуславливает необходимость дальнейших исследований.

Цель. Изучить факторы риска послеоперационной летальности пациентов старше 75 лет с кишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материалы и методы. Исследования проводились в период с 2011 по 2014 годы на базе отделения экстренной хирургии учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая больница г. Минска». В проспективном рандомизированном исследовании были обследованы 64 пациента с диагнозом «кишечная непроходимость (опухолевого генеза)». Среди обследованных преобладали пациенты женского пола – 72% (46 случаев), в то время как мужчины составляли 28% (18 случаев) из выборки. В подавляющем большинстве случаев (94%) причиной непроходимости являлась аденокарцинома. Смертность в изучаемой группе составила 29% (19 пациентов).

Результаты и обсуждение. Первым фактором, отягощающим течение заболевания, на который мы обратили внимание, стало позднее обращение пациентов за медицинской помощью. Большинство пациентов обращались за медицинской помощью спустя 48 часов от момента манифестации заболевания. Таких пациентов было зарегистрировано 45 из 65 (69%), это продиктовано в первую очередь хроническим течением онкологического процесса и снижением критики к тяжести состояния со стороны пациента.

Доля летальных исходов в группах, распределённых по времени от начала заболевания до поступления возрастает практически в 2 раза. Данное обстоятельство указывает на то, что к исходу вторых суток возникает критический период, после начала, которого вероятность неблагоприятного исхода значительно возрастает. Нами рассчитано среднее время от начала заболевания до обращения. Этот показатель составил 153,6 часа (6,4 суток). При этом медиана составляет 102 часа ($Q_1 = 48$; $Q_u = 168$). Так в группе пациентов с благоприятным исходом (выписанных из клиники в удовлетворительном состоянии) медиана 72 часа ($Q_1 = 24$; $Q_u = 120$), в то же время в группе умерших – 168 часов ($Q_1 = 72$; $Q_u = 240$), $p = 0,02$. Вместе с тем корреляционной связи между временем поступления и исходом выявлено не было ($r = 0,22$, $p > 0,05$). При изучении времени выполнения оперативного вмешательства выявлено, что в большинстве случаев операция выполнялась в первые сутки от момента поступления в стационар – 41 пациент (64%). Однако 23 (36%) пациентам операция была выполнена позже, причиной этому послужило общее тяжелое состояние пациента, потребовавшее коррекции витальных функций в условиях отделения реанимации, либо пребывание пациента в другом лечебном отделении (учреждении) или категорический отказ пациента в первые сутки пребывания в стационаре от оперативного вмешательства. Рассчитанное нами среднее время от момента поступления до выполнения оперативного вмешательства составило $30,3 \pm 2,4$ часов. При этом в группе пациентов с благоприятным исходом (выписанных из клиники в удовлетворительном состоянии) медиана 17 часов ($Q_1 = 9$; $Q_u = 26$), в то же время в группе умерших – 12 часов ($Q_1 = 7$; $Q_u = 67$), при этом подтвердить влияние времени выполнения первого оперативного вмешательства на исход лечения не удалось – $p = 0,6$, также не было выявлено корреляционной связи между исходом

и длительностью предоперационного периода ($r = 0,22$, $p > 0,05$). Анализ сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза показал, что в группе умерших среднее количество их составило $3,9 \pm 2,2$, в то же время в группе с благоприятным исходом (выздоровевших) – $2,1 \pm 0,8$, $p = 0,012$. Чаще всего встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (стенокардия, аритмии артериальная гипертензия и другие), желудочно-кишечного тракта (гепатит, гастрит и другие) и мочевыделительной системы (хроническая почечная недостаточность, нефриты различного генеза и другие). Проведенный анализ среднего количества дней пребывания пациентов старше 75 лет с кишечной непроходимостью опухолевого генеза в стационаре показал, что в группе умерших этот показатель составил $9,2 \pm 7,4$ дней, а в группе выздоровевших – $18,4 \pm 12,5$ дней, $p = 0,0008$. Таким образом, пациенты погибают к исходу второй недели пребывания в стационаре, в то время как для восстановления после

оперативного вмешательства требуется около 2,5 недель.

Таким образом, у пациентов старше 75 лет с кишечной непроходимостью опухолевого генеза время от начала заболевания до поступления статистически достоверно влияет на исход заболевания, причем критическим периодом являются вторые сутки заболевания и позже. Однако отсутствие корреляционной связи между временем поступления и исходом указывает на то, что гибель пациента не является закономерной.

Усилия, направленные на купирование проявлений сопутствующих заболеваний и коррекцию тяжести состояния пациентов, приводят к появлению наиболее благоприятного времени для оперативного вмешательства к исходу первых суток пребывания в стационаре.

Наличие корреляционной связи между количеством сопутствующих заболеваний, временем от поступления до выполнения оперативного вмешательства и исходом заболевания указывает на необходимость тщательной предоперационной подготовки пациентов.