

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-13>

Плановая хирургия: прогнозирование исходов вмешательств

Д. Вычужанин, кандидат медицинских наук,
Н. Кузнецов, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
E-mail: doc.nikkuz@yandex.ru

На основании изучения 16 периоперационных прогностических критериев сформулировано 5 видов операционного прогноза. Авторами подчеркнуто, что прогностические показатели высокой периоперационной летальности следует расценивать не в качестве предлога для отказа от операции, а как стимул для проведения адекватной предоперационной терапии.

Ключевые слова: хирургия, операционный риск, факторы периоперационного прогноза, виды прогноза в плановой хирургии.

Для цитирования: Вычужанин Д., Кузнецов Н. Плановая хирургия: прогнозирование исходов вмешательств // Врач. – 2018; 29 (12): 54–56. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-13>

Хирургическая практика и анализ научной литературы показывают, что в настоящее время не решена проблема риска, отсутствует эффективный подход к оценке критериев операционного риска (КОР) и надежные способы его определения, а также количественная оценка КОР и его научная (эффективная) классификация.

Сегодня общераспространенной в медицинской практике является качественная оценка риска, основанная на балльной оценке при применении шкалы, приведенной в работах [1, 2]. Кроме того, решение об операции принимается субъективно – на уровне мнения.

Распространенные в России системы APACHE, SAPS, MODS не решают проблему прогнозирования в плановой хирургии – сферой их применения остается urgentная медицина (реаниматология, интенсивная терапия, экстренная хирургия и травматология) [3]. Согласно данным литературы, «оценка тяжести состояния больного (системами) APACHE, APACHE-II, APACHE-III, SAPS, SAPS-II, MODS, SOFA не отвечает на вопрос о риске возникновения периоперационных осложнений» [4]; «большинство существующих (систем) оценки тяжести состояния (например, MODS, SOFA) не могут дифференцировать прогноз» [5]; при использовании системы SAPS «оценка прогноза возможна только у групп пациентов и не имеет значимости в каждом конкретном

случае»; «шкалы позволяют стратифицировать пациентов для проведения научных исследований и написания отчетов, но непригодны для принятия решений по тактике лечения конкретного больного и прогнозирования вероятности летального исхода в каждом конкретном случае» [4]. Согласно мнению представителей ведущих отечественных кардиологических школ Сеченовского Университета, «в настоящее время разработан ряд шкал для оценки риска периоперационных сердечно-сосудистых осложнений (А. Detsky, 1987; Т. Lee, 1999), которые не являются универсальными и их применение имеет ряд ограничений» [6].

Кроме того, отметим малочисленность проспективных исследований периоперационного прогноза, способствующих более углубленному пониманию причинных связей между корректируемыми и некорректируемыми прогностическими факторами. Ведь реализации задачи индивидуального прогноза (количественной оценке) должны служить сформированные прогностические системы с полным классификационным набором периоперационных прогностических факторов.

В настоящей работе нами применялись клинко-лабораторные и инструментальные методы оценки тяжести конкурирующих заболеваний у хирургических больных и статистические методы (корреляционный, факторный, кластерный и регрессионный анализ).

Основная группа была сформирована на основании материалов обследования 672 пациентов общехирургического профиля, а также больных с опухолевым поражением легких, желудочно-кишечного тракта и тромбооблитерирующими заболеваниями периферических сосудов, ретроспективная группа — по результатам изучения 503 историй болезни, проспективная — по данным, полученным у 169 оперированных больных. Исследование проводилось на базе Факультетской хирургической клиники им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

В ходе проверки выдвинутой гипотезы о возможности создания формулы индивидуального количественного прогноза плановых операций созданная матрица, включающая 260 историй болезни с благополучным исходом операций и 50 — с фатальным окончанием хирургического вмешательства, была подвергнута регрессионному анализу. Проведенный анализ позволил выделить 16 критериев периоперационного прогноза и сформировать формулу индивидуального операционного прогноза.

Нами показано [7], что в случае достижения при прогнозировании вмешательства «точки риска» (33%) у пациентов следует ожидать резкого (более чем в 3,5 раза) повышения фактической летальности по сравнению с больными, у которых исходный показатель прогнозируемого фатального исхода не достигал 33%.

Наше исследование продемонстрировало, что окончательное принятие решения о возможности выполнения плановых операций осуществляется не только на

основе собственного опыта врача, но и с учетом формул индивидуального и операционного прогноза 5 типов.

В качестве обсуждения изложенного в настоящей статье материала сошлемся на проведенную проверку формулы индивидуального периоперационного прогноза, полученной в ходе ретроспективного анализа. В целях проверки нами осуществлен индивидуальный проспективный прогноз у 169 пациентов, оперированных в последние 3 года (2015—2017): 150 пациентов со злокачественными опухолями пищевода, желудка, ободочной и прямой кишки и 19 — с доброкачественными заболеваниями. Подчеркнем, что у 72% онкологических больных этой группы с учетом наличия у них корректируемых и некорректируемых факторов был определен «прогноз, вызывающий сомнение в благоприятном исходе» или «неблагоприятный прогноз» (с прогнозируемой летальностью соответственно 33,0—50,0 и 50,1—88,1%).

Приведем клинические наблюдения.

Больной X., 58 лет. Диагноз: рак антрального отдела желудка, экзофитная форма (перстневидноклеточный). ИБС (постинфарктный кардиосклероз — инфаркт миокарда в 2001 г.), атеросклероз аорты, коронарных артерий: желудочковая экстрасистолия (фракция сердечного выброса — 41%, гипокинезия заднебокового и бокового сегментов). Мочекаменная болезнь, кисты почек, аденома правого надпочечника, артроз левого коленного сустава (протезирование в августе 2014 г.). Особенность анамнеза: отказ в операции в 2 онкохирургических стационарах. Прогнозируемая летальность (с учетом некорректируемых факторов — «злокачественное заболевание в качестве основного», «существование раковой опухоли >1 года», «травматичность хирургического вмешательства») — 28,5% (условно благоприятный прогноз). Выполнена операция: дистальная субтотальная резекция желудка, лимфаденэктомия в объеме D2. Течение послеоперационного периода гладкое.

Больная Б., 82 лет. Диагноз: рак среднегрудного отдела пищевода T3N1M0. Прогнозируемая летальность — 84%. Конкурирующие заболевания: ИБС (постинфарктный кардиосклероз, стенокардия III функционального класса — ФК, фракция выброса — 45%), гипертоническая болезнь III стадии, риск IV; хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность II степени; анемия средней степени тяжести. По поводу указанной патологии выполнена предоперационная подготовка в кардиологическом и общетерапевтическом стационарах. Операция: трансилатальная экстирпация пищевода (трансплантат из большой кривизны желудка); течение послеоперационного периода гладкое.

Подводя итоги выполненного исследования, следует подчеркнуть, что прогностические показатели высокой периоперационной летальности должны рассматриваться не как основа для отказа от операции, а как стимул для проведения адекватной предоперационной терапии. Анализ ситуации операционного риска позволяет утверждать, что применение понятия «операционный риск» следует ограничить лишь сферой плановой хирургии. Ведь риск при преодолении неопределенности в ситуации неизбежного выбора (оперировать — не оперировать) существует лишь в плановой хирургии. Поэтому представляется неправомерным говорить о риске в ургентной хирургии, когда отказаться от экстренной операции невозможно.

В медицинском (хирургическом) обиходе было бы желательно заменить выражение «фактор(ы) риска» термином «фактор(ы) прогноза». На догоспитальном этапе при принятии решения о плановой операции у «проблемных» больных необходимо учитывать 16 значимых периоперационных критериев. При определении индивидуального прогноза по предложенной формуле важно учитывать наличие некорректируемых факторов.

Полноценная подготовка больного нивелирует отрицательное влияние корректируемых факторов на исход операции. Индивидуальное прогнозирование по построенной формуле (с учетом «точки риска») в ряде случаев может повлиять на негативный прогноз и помочь врачу достичь нулевой летальности. Информирование больного (его родственников, доверенных лиц) о просчитанном по предложенной формуле прогнозе исхода операции позволит пациенту и его окружению (так называемая помощь семье) принять решение о согласии/несогласии относительно планируемой операции. При неблагоприятном исходе операции врачам стационара, в котором случился прогнозируемый с вы-

сокой долей вероятности летальный исход, следует рассчитывать на защиту от штрафных санкций страховых компаний и судебных исков.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Белов Ю.В., Исаев Р.М. Стратификация риска в сердечно-сосудистой хирургии // Хирургия. – 2014; 7: 78–82.
2. Сухоруков В.П., Журавлев В.А., Захарищева Т.П. Определение анестезиологического риска при больших и предельно больших резекциях печени // Вестник хирургии. – 1989; 4: 21–5.
3. Лебедев Н.В. Системы объективной оценки состояния больных и пострадавших / М.: Издательство БИНОМ, 2015.
4. Садчиков Д.В., Пригородов М.В., Вартамян Т.С. Периоперационные осложнения у пациентов высокого анестезиолого-операционного риска // Саратовский научно-мед. журн. – 2012; 8 (1): 51–7.
5. Гельфанд Б.Р., Ярошецкий А.И., Проценко Д.И. и др. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных при политравме // Вестник интенсивной терапии. – 2004; 1: 1–10.
6. Мозжухина Н.В., Чомахидзе П.Ш., Полтавская М.Г. и др. Распространенность и факторы риска сердечно-сосудистых осложнений при плановых абдоминальных операциях по данным предоперационного обследования // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016; 9 (4): 55–62.
7. Кузнецов Н. Операционный риск в плановой хирургии // Врач. – 2018; 29 (3): 13–6. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-03.

ELECTIVE SURGERY: PREDICTING THE OUTCOMES OF INTERVENTIONS

D. Vyuchuzhanin, Candidate of Medical Sciences; N. Kuznetsov, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Five types of surgical prognosis were stated after investigating 16 perioperative prognostic criteria. The authors emphasize that the prognostic indicators for high perioperative mortality should be regarded as an incentive for adequate preoperative therapy rather than as an excuse for refusing surgery

Key words: *surgery, surgical risk, perioperative prognostic factors, types of prediction in elective surgery.*

For citation: *Vyuchuzhanin D., Kuznetsov N. Elective surgery: predicting the outcomes of interventions // Vrach. – 2018; 29 (12): 54–56. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-13>*