

ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Г.Г.Рошін, В.О.Крилюк

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, кафедра медицини катастроф,
Український науково-практичний центр екстреної
медичної допомоги та медицини катастроф
Київ, Україна**

Вступ

Мета дослідження — провести аналіз лікування постраждалих з поєднаною травмою органів черевної порожнини за допомогою шкал прогнозування результатів лікування в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи дослідження

Проведено багатофакторний проспективний аналіз 146 постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини, які знаходились на лікуванні у відділенні політравми КМКЛШМД (м. Київ) за період з 2005 до 2010 р. Усі постраждалі були прооперовані та знаходились на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії більше 48 годин. Для оцінки роздільної здатності шкал APACHE II і SAPS II і для прогнозу летального наслідку використовувались робочі характеристичні криві (ROC — receiver operator curves) і AUROC-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

На думку багатьох дослідників, широко розповсюджені в практиці відділень інтенсивної терапії шкали APACHE II і SOFA не завжди можна використовувати для стратифікації операційного ризику не тільки через їх громіздкість та необхідність оцінки великої кількості клініко-лабораторних параметрів. Також не спостерігають-

ся кореляційної залежності з імовірністю летального наслідку при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини при госпіталізації постраждалих, що не дозволяє використовувати їх для визначення оптимальної хірургічної тактики.

При аналізі результатів дослідження площа під робочою характеристичною кривою для оцінки роздільної здатності шкали APACHE II щодо прогнозування летального наслідку склала 0,619 (AUROC=0,619; $p < 0,001$). Однак для достовірної роздільної здатності площа під кривою для шкали повинна бути більше 0,9 (90%) (HL 3,45; $p = 0,840$).

Незадовільною роздільною здатністю для прогнозу летального результату у потерпілих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини має шкала SAPS II (AUROC=0,759; $p < 0,001$). Тому для поліпшення прогнозування летального результату в першу добу від моменту госпіталізації до відділення інтенсивної терапії при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини був проведений багатofакторний регресійний аналіз, у який були включені всі змінні, які мають кореляційний зв'язок з ймовірністю летального наслідку.

Виявлено достовірні відмінності серед груп постраждалих, що вижили, та померлих постраждалих за переліком ознак (стать, вік, оцінка за інтегральними шкалами), що дозволяє прогнозувати результат, використовуючи регресійний аналіз.

Для визначення хірургічної тактики при госпіталізації проаналізовано широко розповсюджені клініко-лабораторні параметри: гемоглобін, гематокрит, лейкоцити, ЧСС, АТ, а також індекс Алговера.

Концентрація гемоглобіну і кількість лейкоцитів при госпіталізації не корелюють з імовірністю летального наслідку ($p = 0,59$ і $p = 0,339$ відповідно). Рівень гематокриту при госпіталізації має слабкий негативний кореляційний зв'язок з імовірністю летального наслідку ($r = -0,214$; $p = 0,03$). Також рівень гематокриту не дозволяє використовувати його для стратифікації хворих із тяжкою закритою травмою органів черевної порожнини (AUROC=0,538, немає точки поділу). Однак оцінка рівня гематокриту після трьох годин перебування в стаціонарі має значну прогностичну значимість (AUROC=0,761), при цьому зниження показника гематокриту менше 20,5 свідчить про можливість летального наслідку з чутливістю 75% і специфічністю 69%. Систолічний АТ при госпіталізації має негативний зворотній кореляційний зв'язок з імовірністю летального наслідку ($\rho = -0,298$; $p < 0,001$). Операційні характеристики тес-

ту при систолічному АТ менше 100 мм рт.ст.: чутливість — 74%, специфічність — 78%, AUROC=0,726.

ЧСС при госпіталізації має кореляційний зв'язок середньої сили з імовірністю летального наслідку ($\rho=0,378$; $p<0,001$). Імовірність летального результату різко зростає при початковій ЧСС більше 110 за хв. (AUROC=0,721, чутливість — 76%, специфічність — 91%). Цей показник ЧСС може бути показником для вибору хірургічної тактики «damage control».

Індекс Алговера (співвідношення ЧСС/АТ) має кореляційний зв'язок середньої сили з імовірністю результату ($r=-0,387$, $p<0,001$). Індекс Алговера має сильний зворотній кореляційний зв'язок з ЧСС ($\rho=-0,785$; $p<0,001$). Імовірність летального наслідку різко зростає при показнику величини індекса Алговера більше 1 (AUROC=0,765, чутливість — 79%, специфічність — 81%). Цей параметр також можна використовувати для вибору хірургічної тактики «damage control».

Висновок

Проведений аналіз вказує на необхідність удосконалення принципів прогнозування наслідків хірургічного лікування постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини.