

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПО ПРОТОКОЛУ ERAS У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ЖЕЛУДКА СТАРШЕ 70 ЛЕТ

^{1,2}Р.Ю. Хлобыстин, ¹Ю.В. Шиманова, ²С.С. Дунаевская

¹ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»,
Красноярск, Россия

²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России, Красноярск, Россия

Цель работы. Провести анализ течения послеоперационного периода у пациентов с злокачественными опухолями желудка старше 70 лет, лечение которых проводилось согласно протоколу ускоренной реабилитации (ERAS).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 63 пациентов со злокачественными опухолями желудка, проходивших лечение на базе хирургического отделения ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в период с 2018 по 2024 г.

Пациенты были разделены на две клинические группы: в 1-ю группу вошли пациенты до 70 лет, во 2-ю группу — пациенты старше 70 лет. В 1-й группе было 55 пациентов (29 мужчин и 26 женщин) средний возраст которых составил 59,6 года (возраст самого молодого пациента — 38 лет). Во 2-й группе было 8 пациентов (12,6% от общего числа) — 5 женщин и 3 мужчин. Средний возраст 75,4 года. Самому старшему пациенту на момент хирургического лечения было 80 лет.

В 1-й группе неoadъювантная полихимиотерапия (НАПХТ) проводилась в 31 (55,3%) случае, во 2-й группе НАПХТ была проведена только одному пациенту. Всем пациентам были выполнены радикальные объемы оперативных вмешательств, при этом в группе пациентов до 70 лет в 7 случаях операции носили комбинированный характер: резекция соседних органов (в двух случаях в сочетании с панкреатодуоденальной резекцией). У пациентов старше 70 лет в 50% случаев операции носили комбинированный характер с резекцией соседних органов (поперечно-ободочная кишка, дистальная часть поджелудочной железы).

Ведение пациентов проводилось по протоколу ERAS, адаптированному под лечебное учреждение. Согласно протоколу периоперационного ведения пациентов выделяли три периода.

1. Предоперационный. На этом этапе мы подробно информировали пациента о диагнозе, планируемом лечении, предстоящей операции, объемах и особенностях предоперационного периода, хирургическом вмешательстве и анестезиологическом обеспечении. Проводилась оценка нутритивного статуса пациента. Наличие нутритивной недостаточности или рисков ее возникновения требовало восполнения энергетических потерь и недостатка питательных веществ. Для этой цели использовали специальные энтеральные питательные смеси, прием которых пациенты начинали с момента консультации. Также оценивалась сопутствующая патология, и при необходимости рекомендовались консультации смежных специалистов (кардиологов, эндокринологов, пульмонологов и т.п.) для ее коррекции.

2. Пери- и интраоперационный период. Подготовка кишечника проводилась только если планировалась или имелся риск резекции ободочной кишки. Отказ от приема твердой пищи за 6 часов до операции, прозрачной жидкости — за 2 часа до операции. За 60 минут до операции проводилось введение 5% раствора глюкозы в объеме 400–500 мл. Из особенностей выполнения операции следует отметить: прецизионную хирургическую технику оперирования, поддержание нормотермии пациента, отказ от необоснованных гемотрансфузий, отказ от рутинной установки зондов и дренажей.

3. Послеоперационный период. Проводилась обязательная установка эпидурального блока, что позволило практически полностью отказаться от введения опиоидных анальгетиков. На следующие сутки после операции большая часть пациентов переводилась из реанимационного отделения в профильное отделение, где купирование болевого синдрома проводилось введением НПВС. Назначалось раннее энтеральное питание. Пациентам была рекомендована ранняя активизация. Проводилось раннее удаление дренажей, катетеров, зондов.

Обработку данных, полученных в результате исследования, выполняли с помощью программы Statistica 6.1, а результаты представляли в виде процентов, абсолютных и относительных величин.

Результаты. Сравнительные результаты двух возрастных групп по шкале ECOG*. В 1-й клинической группе большинство пациентов имели 0–1 балл согласно данной шкале. Во 2-й клинической группе половина пациентов имела 2 балла, данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Группа	Статус по шкале ECOG			
	0	1	2	3
1-я группа (n=55)	30 (54,54%)	15 (27,27%)	8 (14,54%)	1 (1,81%)
2-я группа (n=8)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)

Распределение пациентов по стадиям заболевания представлено в табл. 2.

Таблица 2

Группа	Стадия заболевания			
	1	2	3	4
1-я группа (n=55)	18 (32,72%)	14 (25,45%)	8 (14,54%)	8 (14,54%)
2-я группа (n=8)	2 (25,0%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	—

В 1-й группе пациентов в 3 случаях возникли осложнения по Clavien–Dindo: II — 1 пациент, IIIB — 1 пациент, V — 1 пациент (послеоперационный панкреонекроз, летальный исход). Во 2-й группе пациентов двух случаях возникли осложнения по Clavien–Dindo: IIIB (ранняя спаечная непроходимость) и IIIA (кровотечение из культи желудка у пациента с хроническим лимфолейкозом).

Средний койко-день в 1-й группе составил 10,17 дня, предоперационный — 1,5, послеоперационный — 8,9. Среднее количество дней нахождения в условиях реанимационного отделения — 2,1. Средний койко-день во 2-й группе пациентов составил 13,88 (при оценке без учета пациента с повторными вмешательствами — 10,14 дня), предоперационный — 1,85, послеоперационный — 11,88 (при оценке без учета пациента с релапаротомией — 8,14). Количество дней в реанимации — 2.

Заключение. У пациентов старшей возрастной группы применение программы ускоренной реабилитации (ERAS) является допустимым. Однако у данной категории больных ввиду наличия выраженной коморбидной патологии имеется дополнительный риск возникновения специфических осложнений, связанных с сопутствующей патологией.

* ECOG — шкала, описывающая уровень функционального состояния пациента в плане способности заботиться о себе, повседневной деятельности и физической активности (ходьба, работа и т.д.).