

©М. А. КУБРАК

braviorio@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4051-9336>

©С. М. ЗАВГОРОДНІЙ

visuszap1@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3082-3406>

©М. Б. ДАНИЛЮК

em_de@ukr.net; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4515-7522>

©Н. О. ЯРЕШКО

YaNa@zsmu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2405-2476>*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Запоріжжя, Україна*

Вплив стратегії комплексного індивідуалізованого підходу до лікування на периопераційні зміни у стані здоров'я хворих із гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу

Мета роботи: проаналізувати периопераційні зміни у стані здоров'я хворих із гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу, в яких застосовували стратегію комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування шляхом використання прогностичної шкали CR-POSSUM.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані 74 (100 %) хворих, які проходили лікування з приводу злоякісної патології товстої кишки, ускладненої гострою кишковою непрохідністю (ГКН). У лікуванні цих пацієнтів використовували розроблену стратегію комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування. На етапі госпіталізації, доопераційному етапі, на першу добу післяопераційного періоду та перед випискою зі стаціонару хворим проводили оцінку стану здоров'я за шкалою CR-POSSUM.

Результати. За результатами оцінки стану здоров'я на етапі госпіталізації, середній бал за фізіологічною субшкалою (ФС) шкали CR-POSSUM склав (11,83±3,67) бала, за ХС – (10,79±2,84) бала. Ризик смертності становив (7,30±2,19) %. Через 12–24 год після проведення комплексу консервативного лікування та ендоскопічної декомпресії оцінка за ФС склала (10,21±3,02) бала (p=0,0012), за ХС – (10,51±2,71) бала (p=0,6481). Ризик летальності становив (6,12±1,88) % (p=0,0008). Через 24 год після хірургічного втручання середній бал за ФС склав (11,62±3,41) бала (p=0,0047), за ХС – (10,57±2,73) бала (p=0,8671). Ризик смертності становив (6,92±1,94) % (p=0,0322).

Висновки. У пацієнтів із гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу при використанні стратегії комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування вдалося покращити загальний стан її здоров'я у доопераційному періоді – оцінка за ФС шкали CR-POSSUM знизилася з (11,83±3,67) бала до (10,21±3,02) бала, p=0,0012. За рахунок використання розробленої тактики вдалося знизити ризики летальності у групі дослідження з (7,30±2,19) % до (6,12±1,88) %, p=0,0008.

Ключові слова: рак; товста кишка; ускладнення; кишкова непрохідність; прогностичні шкали; CR-POSSUM.

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень та публікацій. Гостра кишкова непрохідність (ГКН) займає важливе місце у структурі ускладнень онкозахворювань товстої кишки та сягає за даними різних авторів від 40,0 до 60,0 % [1, 2]. Дане ускладнення має високий рівень периопераційної летальності, що сягає від 5,0 до 57,0 % [3, 4].

Такі високі рівні смертності пояснюються перш за все тим, що у більшості хворих наявний цілий спектр супутніх соматичних захворювань, які часто декомпенсують на тлі перебігу ГКН [5, 6]. Наявність ускладнення перебігу онкопатології товстої кишки диктує хірургу необхідність проведення екстреної хірургічної допомоги [7].

Відсутність доопераційної підготовки, адекватного рівня обстежень пацієнтів та навіть часткової компенсації супутньої патології призводить до незадовільних післяопераційних результатів лікування – рівні периопераційних ускладнень та летальності залишаються незмінно високими, а показники виживаності – вкрай низькими [8, 9].

Тому актуальним залишається питання розробки оптимальної периопераційної тактики лікування хворих із даною патологією та оцінка впливу даної стратегії на загальний їх стан здоров'я, рівень ускладнень та летальності.

Мета роботи: проаналізувати периопераційні зміни у стані здоров'я хворих із гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу, в яких за-

стосовували стратегію комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування шляхом використання прогностичної шкали CR-POSSUM.

Матеріали і методи. За період з 2020 р. до 2023 р. на базі хірургічних відділень КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМП та КНП «Міська лікарня № 7» ЗМП обстежено та проліковано 74 (100 %) пацієнтів із гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу.

У статевій структурі групи дослідження переважали пацієнти жіночої статі – 41 (55,41 %), чоловіків було 33 (44,59 %). Середній вік хворих склав (68,31±18,49) року.

На етапі надходження до лікувальних закладів пацієнтів обстежили в об'ємі: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія грудної клітки та черевної порожнини, колоноскопія, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, клініко-біохімічне дослідження крові та сечі.

За результатами клінічного перебігу захворювання, інструментального та лабораторного обстежень у 10 (13,51 %) діагностовано I ст. (компенсація) гострої кишкової непрохідності, у 61 (82,43 %) – II ст. (субкомпенсація) ГКН та у 3 (4,05 %) – III ст. (декомпенсація). Залежно від ступеня компенсації ГКН застосовували індивідуалізований селективний підхід до вибору тактики лікування хворих із групи дослідження.

У 71 (95,95 %) пацієнта з компенсованою та субкомпенсованою кишковою непрохідністю було розпочато консервативну терапію, яка включала в себе інфузійну терапію (кристалоїди, плазмозамінники, препарати крові), стимуляцію перистальтики («Прозерин», «Метоклопрамід», «Сорбілакт», 10 % розчин натрію хлориду) та підготовку до проведення ендоскопічної декомпресії товстої кишки з виконанням очисних клізм.

За результатами проведеного комплексу консервативної терапії та лікувально-діагностичної колоноскопії у 47 (63,51 %) пацієнтів із гострою обтураційною кишковою непрохідністю вдалося повністю усунути ознаки ГКН, у 13 (18,31 %) – не досягнуто бажаного ефекту та в 11 (15,49 %) хворих ендоскопічна декомпресія завершилася розвитком ускладнення (перфорація кишки у ділянці пухлини), що вимагало виконання ургентного хірургічного втручання.

У 3 (4,05 %) пацієнтів із декомпенсацією ГКН виконано невідкладне хірургічне втручання, в 11 (14,87 %) – ургентне та у 60 (81,08 %) хворих втручання проведено у відтермінованому періоді.

Середній доопераційний період підготовки пацієнтів склав 19,70 (8,50; 31,40) год.

У пацієнтів із групи дослідження проведено динамічну оцінку змуну в стані здоров'я за шкалою CR-POSSUM (ColoRectal Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality, G. Copeland et al., 1991).

Оцінку проводили за даними обстежень на момент госпіталізації, на наступну добу після проведення комплексу консервативного лікування та ендоскопічної декомпресії (перед оперативним втручанням), на першу добу післяопераційного періоду та перед випискою хворого зі стаціонару.

Дані шкали CR-POSSUM використовували для прогнозу ризику післяопераційної летальності та для порівняння змін у стані здоров'я хворих до та після виконання оперативного втручання.

Розрахунок ризику летальності виконували за даними фізіологічної (ФС) та хірургічної (ХС) субшкал згідно з формулою:

$$1 / (1 + e^{(-R)}) \times 100 \%,$$

де e – основа натурального логарифму ($\approx 2,718$);

$$R = (0,1692 \times \text{ФС}) + (0,1550 \times \text{ХС}) - 9,065.$$

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням комп'ютерних програм STATISTICA 13.0, TIBCO Software inc. (ліцензія JPZ804I382130ARCN10-J) та MICROSOFT EXCEL 2013 (ліцензія 00331-10000-00001-AA404). Дані в тексті та таблицях представлено у вигляді $M \pm m$ (середнього арифметичного \pm стандартне відхилення) у випадку нормального розподілу та $Me (Q1; Q3)$ – у випадку розподілу, що відрізнявся від нормального. Статистичний аналіз проводили з використанням непараметричних методів аналізу (критерій знаків Вілкоксона (T) для пов'язаних груп) із зазначенням ступеня достовірності. Достовірними вважалися дані з $p < 0,05$.

Результати. За результатами оцінки стану здоров'я 74 (100 %) хворих на етапі госпіталізації середній бал за ФС шкали CR-POSSUM склав (11,83±3,67) бала, за ХС – (10,79±2,84) бала. Ризик смертності на момент госпіталізації хворих з ускладненими формами раку товстої кишки склав (7,30±2,19) %.

Через 12–24 год після проведення комплексу консервативного лікування та ендоскопічної декомпресії (перед операцією) виконано повторний аналіз за шкалою CR-POSSUM, за результатами якого оцінка за ФС склала (10,21±3,02) бала (T=83,00; $p=0,0012$), за ХС – (10,51±2,71) бала (T=3,00; $p=0,6481$). Ризик летальності був (6,12±1,88) %, T=65,00; $p=0,0008$.

За результатами повторної оцінки через 24 год після хірургічного втручання, середній бал за ФС склав (11,62±3,41) бала (T=54,00; p=0,0047), за ХС – (10,57±2,73) бала (T=1,00; p=0,8671). Ризик смертності через добу після хірургічного втручання становив (6,92±1,94) %, T=48,00; p=0,0322.

Згідно з оцінкою стану здоров'я хворих перед випискою зі стаціонару за шкалою CR-POSSUM середній бал за ФС склав (10,37±2,86) бала (T=52,00; p=0,0274), за ХС – (10,57±2,73) бала, (T=0,00; p=1,00). Ризик смертності на момент виписки пацієнтів зі стаціонару становив (6,24±1,89) %, T=50,00; p=0,0137 (табл. 1, 2).

У післяопераційному періоді в групі дослідження у 13 (17,57 %) пацієнтів виявлено післяопераційні ускладнення: ранові ускладнення – 7 (9,46 %), тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) – в 1 (1,35 %) хворого, у 2 (2,70 %) – гостру серцеву недостатність із набряком легенів, 1 (1,35 %) пацієнт мав малий післяопераційний гідроторакс, у 1 (1,35 %) – пневмонію та в 1 (1,35 %) – внутрішньочеревну кровотечу.

Повторне хірургічне втручання з приводу ускладнення виконано у 3 (4,05 %). Летальних випадків було 4 (5,41 %).

Середня тривалість перебування хворих у лікувальному закладі склала 18,00 (12,00; 24,00) днів.

Таким чином, у пацієнтів із ГКН пухлинного генезу, за рахунок використання комплексного індивідуалізованого підходу до лікування, вдалося покращити загальний стан здоров'я до проведення хірургічного втручання та тим самим знизити ризику летальності в групі дослідження з (7,30±2,19) % до (6,12±1,88) % (T=65,00; p=0,0008).

Обговорення. Використання систем оцінки ризиків розвитку ускладнень та смертності давно вже стали стандартом для об'єктивної оцінки змін у здоров'ї пацієнтів на різних етапах лікування хворого [10, 11].

У ряді досліджень світових та вітчизняних авторів шкала CR-POSSUM довела свій високий рівень точності у прогнозуванні летальних наслідків серед хворих, яких оперують з приводу злоякісних захворювань товстої кишки [12, 13].

Враховуючи той факт, що майже 50,00 % пацієнтів із пухлиною товстої кишки в Україні оперуються лише у випадку появи ускладнення, то прогнозування перипераційної летальності та розвиток нових підходів до її зниження є одним із пріоритетних напрямків у розвитку ургентної колоректальної хірургії [14].

Широке розповсюдження ендоскопічних методів, удосконалення медикаментозних та хірургічних підходів до лікування ускладнень злоякісної патології товстої кишки дають можливість створити індивідуалізований селективний підхід до ведення пацієнтів із даною патологією.

Враховуючи дані анамнезу, клінічної картини, інструментальних і лабораторних даних можливо зробити висновок щодо ступеня компенсації ГКН організмом хворого, що, у свою чергу, дає змогу виділити пацієнтів, яким можна відтермінувати операцію, провести медикаментозну підготовку та в якості першого етапу лікування провести ендоскопічну декомпресію кишечника під час колоноскопії [15].

Проведення відтермінованого хірургічного втручання з доопераційною підготовкою хворих дає змогу статистично знизити ризику летальних

Таблиця 1. Зміни стану здоров'я хворих у дослідній групі відповідно до шкали CR-POSSUM (n=74)

Термін проведення оцінки	Фізіологічна субшкала (бали)	p	Хірургічна субшкала (бали)	p
На момент госпіталізації	11,83±3,67	–	10,79±2,84	–
Перед операцією	10,21±3,02	0,0012	10,51±2,71	0,6481
Перша доба після операції	11,62±3,41	0,0047	10,57±2,73	0,8671
Перед випискою зі стаціонару	10,37±2,86	0,0274	10,57±2,73	1,00

Таблиця 2. Динаміка змін ризиків смертності хворих у дослідній групі відповідно до шкали CR-POSSUM (n=74)

Термін проведення оцінки	Ризик летальності (%)	p
На момент госпіталізації	7,30±2,19	–
Перед операцією	6,12±1,88	0,0008
Перша доба після операції	6,92±1,94	0,0322
Перед випискою зі стаціонару	6,24±1,89	0,0137

наслідків, що доводить і наше дослідження також – зниження з (7,30±2,19) % до (6,12±1,88) %, $p=0,0008$.

Висновки. 1. У пацієнтів із ГКН пухлинного генезу при використанні стратегії комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування вдалося покращити загальний стан здоров'я хворих у доопераційному періоді, про що свідчить зниження бальної оцінки за ФС шкали CR-POSSUM з (11,83±3,67) бала до (10,21±3,02) бала, $p=0,0012$.

2. Проведення оперативного втручання є критичним фактором для стану здоров'я пацієнта, що погіршує компенсаторні можливості його та загальний стан, на що вказує зростання оцінки ФС шкали CR-POSSUM у післяопераційному періоді з (10,21±3,02) бала до (11,62±3,41) бала, $p=0,0047$.

3. За рахунок використання комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування хворих із ГКН пухлинного генезу вдалося знизити ризики летальності у групі дослідження з (7,30±2,19) % до (6,12±1,88) %, $p=0,0008$.

4. Розрахований теоретично ризик смертності повністю відповідає фактичній летальності у досліджуваній групі – 5,41 %.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Стаття є частиною дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук доцента кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) Кубрака Михайла Анатолійовича. Дослідження виконано в рамках НДР кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти ЗДМФУ «Модифікація хірургічних аспектів лікування пацієнтів різних вікових груп в мирний та військовий час», № 0122U201230 (2022–2026 рр.).

Внесок авторів. Кубрак М. А. – ідея та дизайн дослідження, огляд літератури, написання тексту, аналіз та обговорення. Завгородній С. М. – ідея та дизайн дослідження. Данилюк М. Б. – концепція дослідження. Ярешко Н. О. – редагування тексту.

Перспективи подальших досліджень. Використання стратегії комплексного індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування хворих із ГКН пухлинного генезу демонструє гарні результати у ранньому післяопераційному періоді. Оцінка впливу використання даної стратегії на віддалені результати лікування та можливості її застосування у пацієнтів з іншими видами ускладнень онкозахворювань товстої кишки є наступним напрямком для подальших досліджень.

СПИСОК БІБЛІОГРАФІЧНИХ ПОСИЛАНЬ

- Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology / A. B. Benson et al. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2021. No. 19 (3). P. 329–359. DOI: 10.6004/jnccn.2021.0012.
- Emergency surgery for obstructing and perforated colon cancer: patterns of recurrence and prognostic factors / S. Biondo et al. *Techniques in Coloproctology*. 2019. No. 23 (12). P. 1141–1161. DOI: 10.1007/s10151-019-02110-x.
- Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / H. Sung et al. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021. No. 71. P. 209–249. DOI: 10.3322/caac.21660.
- Pavlidis E. T., Galanis I. N., Pavlidis T. E. Management of obstructed colorectal carcinoma in an emergency setting: An update. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*. 2024. No. 16 (3). P. 598–613. DOI: 10.4251/wjgo.v16.i3.598.
- The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer / J. D. Vogel et al. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2022. No. 65 (2). P. 148–177. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002323.
- Survival and safety after neoadjuvant chemotherapy or upfront surgery for locally advanced colon cancer: meta-analysis / D. Aliseda et al. *British Journal of Surgery*. 2024. No. 111 (2). DOI: 10.1093/bjs/znae021.
- Definition and reporting of lymphadenectomy and complete mesocolic excision for radical right colectomy: a systematic review / G. S. Sica et al. *Surgical Endoscopy*. 2023. No. 37 (2). P. 846–861. DOI: 10.1007/s00464-022-09548-5.
- Complete mesocolic excision for colon cancer: current status and controversies / K. G. M. Brown et al. *Journal of Surgery*. 2024. No. 94 (3). P. 309–319. DOI: 10.1111/ans.18741.
- Laparoscopic versus open surgery in obstructive colorectal cancer patients following stents placement: a comprehensive meta-analysis of cohort studies / K. Zeng et al. *Surgical Endoscopy*. 2024. No. 38 (4). P. 1740–1757. DOI: 10.1007/s00464-024-10710-4.
- Differences in organization of care are associated with mortality, severe complication and failure to rescue in emergency colon cancer surgery / D. D. Huijts et al. *International Journal for Quality in Health Care*. 2021. No. 33 (1). DOI: 10.1093/intqhc/mzab038.
- Systematic review of perioperative mortality risk prediction models for adults undergoing inpatient non-cardiac surgery / J. R. Reilly et al. *ANZ Journal of Surgery*. 2021. Vol. 91, Issue 5. P. 860–870. DOI: 10.1111/ans.16255.
- Validity of the CR-POSSUM model in surgery for colorectal cancer in Spain (CCR-CARESS study) and comparison with other models to predict operative mortality / M. Baré et al. *BMC Health Services Research*. 2018. No. 18 (1). P. 49. DOI: 10.1186/s12913-018-2839-x.
- External validity of four risk scores predicting 30-day mortality after surgery / F. Torlot et al. *BJA Open*. 2022. No. 3. P. 100018. DOI: 10.1016/j.bjao.2022.100018.
- Emergency Surgery for Colon Diseases in Elderly Patients: Analysis of Complications, and Postoperative Course / M. Pacilli

et al. *Medicina (Kaunas)*. 2022. No. 58 (8). P. 1062. DOI: 10.3390/medicina58081062.
15. Franklyn J., Poole A., Lindsey I. Colon cancer survival in the

elderly without curative surgery. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2024. No. 106 (7). P. 592–595. DOI: 10.1308/rcsann.2023.0059.

REFERENCES

- Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen YJ, Ciombor KK, Cohen S, Cooper HS, Deming D, Farkas L, Garrido-Laguna I, Grem JL, Gunn A, Hecht JR, Hoffe S, Hubbard J, Hunt S, Johung KL, Kirilcuk N, Krishnamurthi S, Messersmith WA, Meyerhardt J, Miller ED, Mulcahy MF, Nurkin S, Overman MJ, Parikh A, Patel H, Pedersen K, Saltz L, Schneider C, Shibata D, Skibber JM, Sofocleous CT, Stoffel EM, Stotsky-Himelfarb E, Willett CG, Gregory KM, Gurski LA. Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2021; 2:19(3):329-59. DOI: 10.6004/jncn.2021.0012. PMID: 33724754.
- Biondo S, Gálvez A, Ramírez E, Frago R, Kreisler E. Emergency surgery for obstructing and perforated colon cancer: patterns of recurrence and prognostic factors. *Tech Coloproctol*. 2019; 23(12):1141-161. DOI: 10.1007/s10151-019-02110-x. Epub. 2019 Nov. 14. PMID: 31728784.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71(3):209-49. DOI: 10.3322/caac.21660. Epub. 2021 Feb. 4. PMID: 33538338.
- Pavlidis ET, Galanis IN, Pavlidis TE. Management of obstructed colorectal carcinoma in an emergency setting: An update. *World J Gastrointest Oncol*. 2024; 15:16(3):598-613. DOI: 10.4251/wjgo.v16.i3.598. PMID: 38577464; PMCID: PMC10989363.
- Vogel JD, Felder SI, Bhama AR, Hawkins AT, Langenfeld SJ, Shaffer VO, Thorsen AJ, Weiser MR, Chang GJ, Lightner AL, Feingold DL, Paquette IM. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. *Dis Colon Rectum*. 2022; 1:65(2):148-77. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002323. PMID: 34775402.
- Aliseda D, Arredondo J, Sánchez-Justicia C, Alvarellós A, Rodríguez J, Matos I, Rotellar F, Baixauli J, Pastor C. Survival and safety after neoadjuvant chemotherapy or upfront surgery for locally advanced colon cancer: meta-analysis. *Br J Surg*. 2024; 31:111(2). DOI: 10.1093/bjs/znae021. PMID: 38381934; PMCID: PMC10881053.
- Sica GS, Vinci D, Siragusa L, Sensi B, Guida AM, Bellato V, García-Granero Á, Pellino G. Definition and reporting of lymphadenectomy and complete mesocolic excision for radical right colectomy: a systematic review. *Surg Endosc*. 2023; 37(2):846-61. DOI: 10.1007/s00464-022-09548-5. Epub. 2022 Sep. 12.
- Brown KGM, Ng KS, Solomon MJ, Chapuis PH, Koh CE, Ahmadi N, Austin KKS. Complete mesocolic excision for colon cancer: current status and controversies. *ANZ J Surg*. 2024; 94(3):309-19. DOI: 10.1111/ans.18741. Epub. 2023 Oct. 18. PMID: 37850417.
- Zeng K, Zhang F, Yang H, Zha X, Fang S. Laparoscopic versus open surgery in obstructive colorectal cancer patients following stents placement: a comprehensive meta-analysis of cohort studies. *Surg Endosc*. 2024; 38(4):1740-757. DOI: 10.1007/s00464-024-10710-4. Epub. 2024 Mar. 5. PMID: 38443501; PMCID: PMC10978680.
- Huijts DD, Dekker JWT, van Bodegom-Vos L, van Groningen JT, Bastiaannet E, Marang-van de Mheen PJ. Differences in organization of care are associated with mortality, severe complication and failure to rescue in emergency colon cancer surgery. *Int J Qual Health Care*. 2021; 11:33(1). DOI: 10.1093/intqhc/mzab038. PMID: 33677517; PMCID: PMC7948387.
- Reilly JR, Gabbe BJ, Brown WA, Hodgson CL, Myles PS. Systematic review of perioperative mortality risk prediction models for adults undergoing inpatient non-cardiac surgery. *ANZ J Surg*. 2021; 91(5):860-70. DOI: 10.1111/ans.16255. Epub. 2020 Sep. 15. PMID: 32935458.
- Baré M, Alcantara MJ, Gil MJ, Collera P, Pont M, Escobar A, et al. Validity of the CR-POSSUM model in surgery for colorectal cancer in Spain (CCR-CARESS study) and comparison with other models to predict operative mortality. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1):49. DOI: 10.1186/s12913-018-2839-x.
- Torlot F, Yew CY, Reilly JR, Phillips M, Weber DG, Corcoran TB, Ho KM, Toner AJ. External validity of four risk scores predicting 30-day mortality after surgery. *BJA Open*. 2022; 23:3:100018. DOI: 10.1016/j.bjao.2022.100018. PMID: 37588588; PMCID: PMC10430818.
- Pacilli M, Fersini A, Pavone G, Cianci P, Ambrosi A, Tartaglia N. Emergency Surgery for Colon Diseases in Elderly Patients: Analysis of Complications, and Postoperative Course. *Medicina (Kaunas)*. 2022; 6:58(8):1062. DOI: 10.3390/medicina58081062. PMID: 36013529; PMCID: PMC9415442.
- Franklyn J, Poole A, Lindsey I. Colon cancer survival in the elderly without curative surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2024; 106(7):592-95. DOI: 10.1308/rcsann.2023.0059. Epub. 2024 Feb. 26. PMID: 38404248; PMCID: PMC11365724.

Отримано 20.01.2025

Електронна адреса для листування: braviorio@gmail.com

M. A. KUBRAK, S. M. ZAVGORODNIY, M. B. DANILYK, N. O. YARESHKO

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

INFLUENCE OF THE STRATEGY OF A COMPREHENSIVE INDIVIDUALIZED APPROACH TO TREATMENT ON PERIOPERATIVE CHANGES IN THE HEALTH STATUS OF PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

The aim of the work: to analyze the perioperative changes in the health status of patients with acute intestinal obstruction of tumor genesis, in whom a strategy of a comprehensive individualized approach to the choice of treatment tactics was used, using the prognostic scale CR-POSSUM.

Materials and Methods. The data of 74 (100 %) patients who were treated for malignant pathology of the large intestine complicated by obstruction were analyzed. In the treatment of these patients, the developed strategy of a comprehensive individualized approach to the choice of treatment tactics was used. At the stage of hospitalization, preoperative stage, on the first day of the postoperative period and before discharge from the hospital, patients were assessed by the CR-POSSUM scale.

Results. According to the results of the health assessment at the stage of hospitalization, the average score for physiological subscale (PS) of the CR-POSSUM scale was (11.83±3.67) points, for surgical subscale (SS) – (10.79±2.84) points. The mortality risk was (7.30±2.19) %. In 12–24 hours after a complex of conservative treatment and endoscopic decompression, the score for PS was (10.21±3.02) points (p=0.0012), for SS – (10.51±2.71) points. The risk of mortality was (6.12±1.88) % (p=0.0008). Twenty-four hours after surgery, the average score for PS was (11.62±3.41) points (p=0.0047), while for SS – (10.57±2.73) points (p=0.8671). The risk of mortality was (6.92±1.94) % (p=0.0322).

Conclusions. In patients with acute intestinal obstruction of tumor genesis, using a strategy of an integrated individualized approach to the choice of treatment tactics, it was possible to improve the general health of patients in the preoperative period – the score on the PS of the CR-POSSUM scale decreased from (11.83±3.67) points to (10.21±3.02) points, p=0.0012. Due to the use of the developed tactics, it was possible to reduce the risk of mortality in the study group from (7.30±2.19) % to (6.12±1.88) %, p=0.0008.

Key words: cancer; colon; complications; intestinal obstruction; prognostic scales; CR-POSSUM.