УДК 616.1/9-053.9-085-089

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ НА ДИАГНОСТИКУ, ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Горелик С.Г.

Национальный исследовательский университет «БелГУ», Белгород, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

В статье рассмотрены процессы старения организма и полиморбидности пациентов старческого возраста. На основании анализа пациентов, поступивших в хирургические стационары г. Белгорода за 2010 год с жалобами на боли в животе, продемонстрированы частота и характер сопутствующей патологии, влияние полиморбидности на диагностику, длительность предоперационной подготовки, тактики оперативного лечения, развитие послеоперационных осложнений и исход заболевания у лиц старческого возраста.

Ключевые слова: полиморбидность, хирургическое лечение, пожилой и старческий возраст

INFLUENCE OF POLIMORBIDITY ON DIAGNOSTICS, TACTICS OF TREATMENT AND A DISEASE OUTCOME IN ABDOMINAL SURGERY AT SENILE AGE PATIENTS

Gorelik S.G.

National research university «BSU», Belgorod, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

In article are surveyed aging processes and polimorbidity patients of senile age. The analysis of the patients who have take treatment in surgical departments of Belgorod in 2010 with complaints to abdominal pains is carried out. It is shown the frequency and character of an accompanying pathology, influence polimorbidity on diagnostics, duration of preoperative preparation, tactics of operative treatment, development of postoperative complications and an outcome of disease at patients of senile age.

Keywords: surgery, polimorbidity, older and elderly age

Возрастные морфологические и функциональные изменения органов и тканей – проявление возрастной физиологии. Однако постепенно, по мере старения эти изменения становятся патологическими, нарушают качество жизни, оказывают существенное, чаще отягощающее, влияние на течение основного заболевания и требуют определенной лечебной тактики. С возрастом кумулятивный эффект патологических процессов возрастает и соответственно растет число различных заболеваний у одного субъекта, что создает синдром взаимного отягощения. Таким образом, для пациентов старшей возрастной группы характерно одновременное страдание несколькими заболеваниями в различных стадиях – полиморбидность [1, 2].

Поскольку особенностью хирургического лечения является необходимость проведения оперативных вмешательств, являющихся, несомненно, фактором агрессии, возникает проблема переносимости пациентом старческого возраста хирургических операций. Поэтому риск всегда необходимо сопоставлять с реальными возможностями конкретного больного. Следует учитывать и резервные возможности организма, грамотно воздействовать на их активацию. Оценка резервных возможностей организма необходима не только для решения вопроса о проведении самой операции, но и для выбора ее рационального объема, хирургического доступа и адекватного обезболивания [3].

В хирургии трудности диагностики наиболее заметны, это, в свою очередь, связано не только с необходимостью решения вопроса о проведении операции, но и для выбора рационального объема хирургического вмешательства, хирургического доступа и адекватного обезболивания [1].

Возраст больного не является противопоказанием к оперативному пособию, но характер инволютивных изменений органов и систем у лиц в возрасте 75 лет и старше, полиморбидность, ослабление иммунной системы заставляют рассматривать эту категорию больных как наиболее неблагоприятную в плане развития различных осложнений [4].

Цель исследования. Изучить влияние сопутствующей патологии на диагностику, тактику лечения и исход заболевания в абдоминальной хирургии у лиц старческого возраста**.**

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явился контингент больных старческого возраста, поступивших с жалобами на боли в животе и получивших медицинскую помощь в 2010 году в хирургических стационарах города Белгорода.

Предметом исследования явились медицинские технологии, применяемые при оказании специализированной хирургической помощи больным.

Результаты исследования и их обсуждение

За 2010 год в хирургические стационары г. Белгорода было госпитализировано 811 пациентов старческого возраста (от 75 до 95 лет). Средний возраст пациентов – 80,6 лет. Это составило 10,8 % от общего числа поступивших в хирургические отделения многопрофильных больниц.

На боли в животе жаловались 547 (67,4 %) больных, из них у 53 (9,7 %) не было острой хирургической патологии (рис. 1). У данной категории больных превалировали заболевания пищеварительной системы, среди них имели место хронический колит, ишемическая болезнь кишечника (79,2 %), хронический панкреатит (7,6 %), хронический холецистит (7,5 %), язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки (5,7 %).

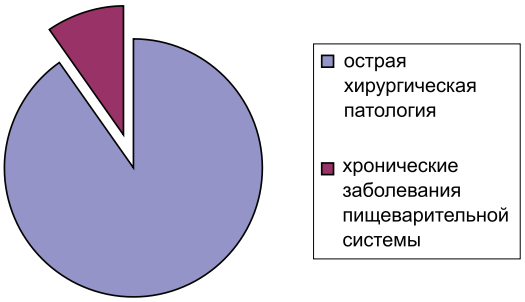

Рис. 1. Острая хирургическая патология и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта

В плановом порядке поступило всего 15 (2,7 %) больных. В первые сутки от начала заболевания поступили 264 пациента; через двое суток – 81; через трое суток – 91; через 4 суток – 36; свыше 5 суток – 75 (табл. 1).

Таблица 1

№ п/п	Время поступления в стационар									
	1-е сут		2-е сут		3-е сут		4-е сут		5-е сут и более	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	264	48,3	81	14,8	91	16,6	36	6,6	75	13,7

У 90,3 % (494) пациентов в ходе обследования была диагностирована хирургическая патология. 232 (46,7 %) пациентам было выполнено оперативное лечение.

Частота встречаемости острой хирургической патологии у лиц старческого возраста, пролеченных в хирургических стационарах города Белгорода, представлена в табл. 2 и на рис. 2.

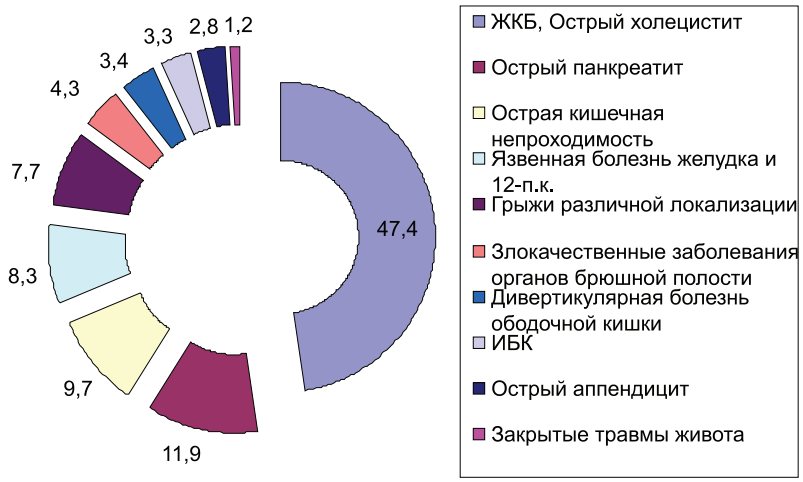

Рис. 2. Острая хирургическая патология у лиц старческого возраста

Ведущую сопутствующую патологию составили заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца – 67,6 % , гипертоническая болезнь – 48,2 %), дыхательной системы (хронические неспецифические болезни легких – 37,4 %), нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия – 23,5 %), эндокринной системы (сахарный диабет II тип – 7,9 %, ожирение – 1,2 %).(рис. 3).

Таблица 2

№ п/п	Острая хирургическая патология	Количество пациентов	
		абс.	%
1	ЖКБ, Острый холецистит	234	47,4
2	Острый панкреатит	59	11,9
3	Острая кишечная непроходимость	48	9,7
4	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением или перфорацией	41	8,3
5	Грыжи различной локализации	38	7,7
6	Злокачественные заболевания органов брюшной полости	21	4,3
7	Дивертикулярная болезнь ободочной кишки, осложненная кровотечением или дивертикулитом	17	3,4
8	ИБК, некроз петель тонкого кишечника с перитонитом	16	3,3
9	Острый аппендицит	14	2,8
10	Закрытые травмы живота	6	1,2

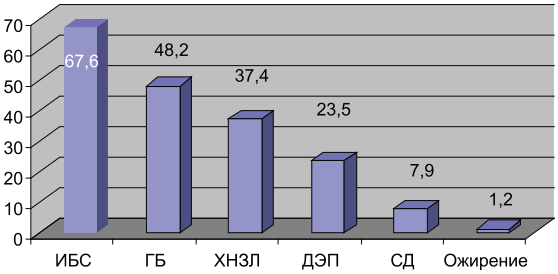

Рис. 3. Сопутствующая патология у больных старческого возраста с острой хирургической патологией

Наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, характер и необходимый объем оперативного лечения определяли операционно – анестезиологический риск, в связи с чем у 24 (10,3%) больных хирургическая операция под общим обезболиванием была выполнена по жизненным показаниям. Среди больных, прооперированных под общим обезболиванием в 59,1% случаев операционно – анестезиологический риск составил 4 балла по МНОАР, в 22,0% риск был 3 балла по МНОАР, и в 18,9% – 5 баллов по МНОАР (табл. 3).

У 99 (42,7%) пациентов в связи с наличием и тяжестью проявления сопутствующей патологии оперативное вмешательство выполнялось под местной анестезией, в 6 (2,6%) случаях для обезболивания использовалась эпидуральная или спинномозговая анестезия.

Таблица 3

№ п/п	Степень операционно-анестезиологического риска	Количество больных	
		Абс.	%
1	I	–	–
2	II	–	–
3	III	28	22,0
4	IV	75	59,1
5	V	24	18,9
	Итого	127	100

Всем пациентам была проведена предоперационная подготовка. Ее сроки составили от 2 часов до 10 суток. Предоперационный период до 12 часов понадобился 68 пациентам, 1 сутки – 108 пациентам, 2 суток – 38, свыше 3 суток – 36 (табл. 4).

Таблица 4

№ п/п	Сроки предоперационной подготовки	Количество пациентов	
		Абс.	%
1	До 12 часов	68	27,2
2	1 сутки	108	43,2
3	2 суток	38	15,2
4	3 суток и более	36	14,4

Тактика лечения больных старческого возраста представлена в табл. 5.

При хирургическом лечении больных, страдающих желчекаменной болезнью, в 29,5% случаев были произведены малоинвазивные методы лечения (чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС), эндоскопическая папиллосфинктеротомия с эндоскопической ретроградной холангиогпанкреатографией (ЭПСТ + ЭРХПГ), атипичная папиллотомия, стентирование холедоха). Видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) произведена 29 пациентам (12,4%), холецистэктомия из мини-доступа (ХЭМД) – 3 больных (1,3%), холецистэктомия традиционным доступом применялась у 6 (2,6%) пациентов, у которых острый холецистит осложнился развитием разлитого перитонита. ЭПСТ+ЭРХПГ+ холецистэктомия традиционным доступом – у 2 больных. ЭПСТ + ЭРХПГ + ВЛХЭ у 2 пациентов. Купировать острую патологию консервативно удалось 123 пациентам (52,6%).

Среди больных с острым панкреатитом у 78,0% (46) острую патологию удалось купировать консервативно. Среди 13 (22,0%) больных, подверженных оперативному лечению, малоинвазивные методы применялись в 61,5% (8 случаев) (ЭПСТ+ЭРХПГ, лапароцентез с диагностической целью, ЧЧХС, пункционное дренирование аб-

сцесса у больного с нагноившейся кистой поджелудочной железы). Прибегнуть к лапаротомии, санации, дренированию брюшной полости пришлось в 4 (30,8%) случаев, дренирование абсцесса брюшной полости + дренирование абсцесса сальниковой сумки у 1 пациента (7,7%) с острым тотальным смешанным панкреонекрозом, осложнившимся гнойным оментобуситом, межпетельным абсцессом.

Таблица 5

№ п/п	Нозология	Консервативное лечение		Малоинвазивные методы		Традиционные методы		Всего
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.
1.	ЖКБ	123	52,6	69	29,5	42	17,9	234
2.	Острый панкреатит	46	78,0	8	13,5	5	8,5	59
3.	Острая кишечная непроходимость	18	37,5	–	–	30	62,5	48
4.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	28	68,3	2	15,4	11	31,7	41
5.	Грыжи различной локализации	13	34,2	20	52,6	5	13,2	38
6.	Злокачественные заболевания органов брюшной полости	13	61,9	2	9,5	6	28,6	21
7.	Дивертикулярная болезнь ободочной кишки	15	88,2	–	–	2	11,8	17
8.	ИБК, некроз петель тонкого кишечника и перитонитом	4	25,0	7	43,8	5	31,2	16
9.	Острый аппендицит	–	–	6	42,9	8	57,1	14
10.	Закрытые травмы живота	2	33,3	1	16,7	3	50,0	6

У 4 (66,7%) больных с закрытыми травмами живота проведено оперативное лечение: в 1 случае лапароцентез, у 1 пациента произведены лапаротомия и прошивание раны брыжейки тонкой кишки, у 1 пациента – ушивание тонкой кишки, и у 1 больного произведена правосторонняя гемиколлэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Среди больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки 13 (31,7%) пациентов прооперированы. Среди них: у 2 (15,4%) больных произведен лапароцентез с диагностической целью, у 9 (69,2%) пациентов выполнено ушивание язвы, резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру произведена у 1 (7,7%) пациента и у 1 (7,7%) пациента произведена экстратерриторизация язвы больших размеров.

Среди больных с кишечной непроходимостью консервативными методами разрешить непроходимость удалось только у 18 (37,5%) больных. У 9 (18,8%) больных резекция участка кишки закончилась наложением энтеро-энтероанастомоза, выведение колостомы потребовалось у 14 (29,1%) пациентов, устранение непроходимости рассечением спаек удалось у 7 (14,6%) пациентов.

Что касается грыж передней брюшной стенки, для закрытия грыжевых ворот паховых грыж применялись пластики: по Шолдайсу, Жирару-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского, По Постемпскому, по Кукуджанову, По Лихтенштейну. Пластика по Бассини при бедренных грыжах применялась у 4 больных. Пупочное грыжесечение осуществлялось пластикой по Мейо у 4 больных.

В 3 случаях при ущемленных паховых грыжах с некрозом участка кишечника больным проводилась герниотомия с пластикой грыжевых ворот местными тканями + лапаротомия, резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтероанастомоза; в 2 случаях – лапаротомия, резекция сигмовидной кишки, наложение сигмостомы.

С острым аппендицитом прооперированы все пациенты, у 8 (57,1%) из них на фоне общего перитонита аппендэктомия произведена из срединного лапаротомного доступа.

Из всех больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки прооперированы 2 (11,8%) пациента, у которых дивертикулярная болезнь осложнилась перфорацией дивертикула с развитием перитонита.

При ишемической болезни кишечника, осложненной некрозом петель кишечника с развитием разлитого перитонита, прооперированы 12 (75,0%) больных: диагностическая лапаротомия применялась в 7 (43,8%) случаях, у 4 больных произведена резекция участка тонкого кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза, у 1 пациента произведена резекция участка тонкого кишечника с наложением илеостомы.

Среди больных, у которых диагностированы злокачественные заболевания органов

желудочно-кишечного тракта, 8 (38,1%) произведено хирургическое лечение. У больных со злокачественными заболеваниями толстого кишечника произведено: у 2 – геммиколэктомия с наложением энтеро-энтероанастомоза, у 2 пациентов произведена операция Гартмана. У 1 пациента произведена ЧЧХС, у 1 – ЭПСТ + ЭРХПГ.

При анализе послеоперационных осложнений у пациентов старческого возраста обращает внимание частота общесоматических осложнений 7,9%. При этом осложнения, связанные с оперативным вмешательством встретились только в 1,1% случаев.

Летальность в данной категории пациентов составила 9,9% (49 больных). При анализе структуры летальности в 18,4% наблюдений причиной смерти было не хирургическое заболевание, по поводу которого больному была произведена операция, а декомпенсация сопутствующей патологии. В 10,2% наблюдений (5 больных) причиной смерти стала острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, атеросклеротического кардиосклероза; в 2 случаях (4,1%) причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии, в 3 случаях (6,1%) – пневмония.

Выводы

1. Среди лиц старческого возраста, поступивших в хирургические стационары г. Белгорода с жалобами на боли в животе у 9,7% больных отсутствовала острая хирургическая патология;

2. Трудности и ошибки в диагностике острой хирургической патологии у лиц старческого возраста на этапе приемного отделения связаны с наличием у больных нескольких сопутствующих заболеваний. Кроме полиморбидности, трудности диагностики связаны с атипичным течением болезни: отсутствием острого дебюта заболевания, латентным течением заболевания с минимальными клиническими проявлениями, что приводит к позднему обращению пациентов за медицинской помощью.

3. У больных старческого возраста необходимо своевременно диагностировать и оценить тяжесть сопутствующей патологии, так как коррекция сопутствующей патологии требует увеличения времени предоперационного периода. По нашим данным, срок предоперационной подготовки в 43,2% составил более 1 суток.

4. При принятии решения о показаниях и противопоказаниях к оперативному лечению необходимо определить риск предстоящего хирургического вмешательства, сопоставляя реальную опасность самого заболевания и его осложнений для жизни пациента, учитывая наличие и тяжесть проявления у больного сопутствующей патологии и риск возникновения общесоматических осложнений, утяжеляющих состояние больного.

5. При необходимости хирургического лечения предпочтительно расширить использование малоинвазивных методов.

6. По нашим данным, 7,9% осложнений послеоперационного периода у больных старческого возраста связано с нарушениями, вызванными сопутствующей патологией и возрастными изменениями, а не с хирургическим заболеванием. При этом в 18,4% наблюдений причиной смерти было не хирургическое заболевание, по поводу которого больному была произведена операция, а декомпенсация сопутствующей патологии.

Список литературы

1. Брискин Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых / Б.С. Брискин, О.В. Ломидзе // Клиническая геронтология. – 2008. – №4. – С. 30–34.

2. Логинова Н.В. Тактика врача в диагностике и лечении заболеваний внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста / Н.В. Логинова, Т.В. Болотнова, Ю.А. Ревнивых // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2000. – №3. – С. 18–21.

3. Драгой М.Г. Возрастные болезни. – М., 2007. – 738 с.

4. Малиновский, Н.Н. Степень операционного риска (методика клинического определения, практическое значение) / Н.Н. Малиновский, Н.С. Леонтьева, И.Н. Мешалкин и др. // Хирургия. – 1973. – №1. – С. 32–35.

Рецензенты:

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета, г. Белгород.

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации Полоцкого государственного университета Минобра Республики Беларусь, г. Новополоцк.

Работа поступила в редакцию 19.07.2011.