

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

С. Горелик, кандидат медицинских наук,
Г. Шагинян, кандидат медицинских наук,
С. Будылев,
А. Селиванов, кандидат медицинских наук
 Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва
 E-mail: sggorelik@mail.ru

Проанализировано влияние индекса полиморбидности и тяжести состояния больных старших возрастных групп при острой хирургической патологии на операционно-анестезиологический риск и тактику лечения.

Ключевые слова: гериатрия, острая хирургическая патология, пожилой и старческий возраст, индекс полиморбидности, операционно-анестезиологический риск.

В процессе старения неизбежно изменяются клиническая картина и течение хирургических заболеваний, что создает трудности при диагностике.

Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости 1-е по частоте место занимает острый аппендицит. Существовавшее ранее мнение о редкости его развития у больных старших возрастных групп оказалось несостоятельным: частота острого аппендицита у пациентов старше 60 лет составляет от 0,3 до 6% [1, 2].

Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в Российской Федерации страдают примерно 25% людей пожилого и 30% — старческого возраста. При этом с возрастом чаще встречаются осложненные формы болезни, в том числе острый деструктивный холецистит, который характеризуется высокой частотой осложнений и летальных исходов [3–5].

Воспалительные заболевания поджелудочной железы выявляют в старших возрастных группах реже, чем у молодых людей, а заболевания желчных путей становятся у них наиболее частой причиной острого панкреатита. При летальном исходе в случае деструктивного панкреатита на больных пожилого и старческого возраста приходится 70% [6].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в пожилом и старческом возрасте встречается реже, чем у молодых, тем не менее лица в возрасте старше 60 лет составляют от 10 до 25% больных, страдающих язвенной болезнью. У пожилых она протекает более злокачественно и чаще сопровождается осложнениями. Так, более 2/3 смертельных случаев, связанных с осложнениями язвы желудка, регистрируются именно у пожилых пациентов. Число осложнений увеличивается с 30% в возрасте 60–65 лет до 75–80% — в возрасте 80–85 лет [7, 8].

Частота грыжи передней брюшной стенки у представителей старших возрастных групп составляет 60–65% всех грыж [9].

Поскольку вследствие возрастных изменений кишечной стенки для пациентов старших возрастных групп характерен запор, приводящий к длительной задержке кала, формированию каловых камней, способствующих разви-

тию копростазы, боли у них принимают постоянный ноющий характер и не воспринимаются пациентами как признак кишечной непроходимости, поэтому за медицинской помощью пациенты обращаются поздно — только при появлении признаков интоксикации; в этом случае смертность достигает 30% [10].

Одна из многочисленных групп больных пожилого и старческого возраста — пациенты с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и синдромом диабетической стопы (смешанная форма); встречаемость хронических форм указанной патологии среди них достигает 20%. Развитие гангрены конечностей при данных заболеваниях с быстро нарастающим интоксикационным синдромом в 40% случаев приводит к летальному исходу [10].

Сам возраст больного не является противопоказанием к хирургическому лечению, но ослабление с годами иммунной системы, развитие полиморбидности, психологические и эмоциональные особенности не позволяют выявить ряд симптомов и получить четкие анамнестические данные, что мешает правильной постановке хирургического диагноза [10].

Ошибки в хирургии у пациентов старших возрастных групп наиболее заметны и приводят к тяжелым последствиям, так как трудности диагностики тесно связаны не только с решением вопроса о необходимости оперативного вмешательства, но и о выборе доступа, рациональном объеме хирургического вмешательства, адекватном обезболивании. В старческом возрасте высока степень операционно-анестезиологического риска, повышен риск развития осложнений раннего и позднего послеоперационных периодов ($\geq 40\%$), а послеоперационная летальность составляет 38–40% [2, 11].

Парадоксальность ситуации в том, что у наиболее тяжелой категории больных хирургическое вмешательство осуществляется максимально травматичным способом и неизбежно сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений, а также летальных исходов. Основными причинами неблагоприятных исходов являются: сердечно-сосудистая недостаточность (30–35%), печеночно-почечная недостаточность (23–25%), тромбоэмболии (14–16%) [12].

Несмотря на то, что за последние годы результаты лечения больных старческого возраста с хирургическими заболеваниями заметно улучшились, частота осложнений раннего и позднего послеоперационных периодов, а также летальность продолжают оставаться высокими [1, 2].

Целью нашего исследования было изучение тактики лечения пациентов пожилого и старческого возраста с острой хирургической патологией, находившихся на лечении в хирургических отделениях многопрофильных больниц Белгорода.

При статистической обработке материала рассчитывали интенсивные и экстенсивные показатели средних величин, для оценки значимости различий 2 совокупностей применяли t-критерий Стьюдента.

За 1 год в хирургических отделениях многопрофильных больниц Белгорода проходят лечение в среднем 7,5 тыс. пациентов. Их возрастной состав таков: молодые больные (18–44 года) — $36,5 \pm 0,1\%$, среднего возраста (45–59 лет) — $25,6 \pm 0,1\%$, пожилого (60–74 года) — $24,2 \pm 0,1\%$, старческого (75–89 лет) — $13,7 \pm 0,1\%$. В экстренном порядке поступают 72,0% пациентов пожилого и 91,2% — старческого возраста. Оперативное лечение проведено у 50,2% пациентов пожилого и 41,3% — старческого возраста.

СТРУКТУРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сравнительный анализ распространенности наиболее часто встречающейся хирургической патологии у пациентов пожилого и старческого возраста представлен в табл. 1.

Приведенные в табл. 1 данные показывают, что структура хирургической патологии у пациентов пожилого и старческого возраста одинакова, однако отмечается зависимость от возраста: уменьшение встречаемости острого аппендицита, грыж различной локализации, синдрома диабетической стопы и облитерирующих заболеваний нижних конечностей, а также учащение с возрастом частоты острой кишечной непроходимости и острого панкреатита. Достоверной разницы во встречаемости ЖКБ и язвенной болезни желудка или ДПК, осложненной кровотечением или перфорацией, между группами пациентов пожилого и старческого возраста не выявлено.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ И ИНДЕКС ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Сравнительный анализ сопутствующей патологии у пациентов пожилого и старческого возраста в хирургическом стационаре представлен в табл. 2.

Как видно из табл. 2, достоверной разницы в частоте ИБС, заболеваний обмена веществ (ожирение) и хронического панкреатита у пациентов пожилого и старческого возраста не выявлено. С возрастом пациента достоверно увеличивается встречаемость заболеваний дыхательной системы (ХОБЛ) и заболеваний нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия). С другой стороны, в старческом возрасте реже, чем у пожилых, выявляемость АГ, СД2 и заболеваний желудочно-кишечного тракта – ЖКТ (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или ДПК). У пациентов обнаружен также ряд заболеваний, способных повлиять на качество жизни, особенно в старческом возрасте, которые не учитываются в хирургическом стационаре (например, остеоартроз суставов нижних конечностей).

Сравнительный анализ полиморбидности у пациентов разных возрастных групп показал достоверное увеличение с возрастом числа сопутствующих заболеваний; индекс полиморбидности у пациентов пожилого возраста составил $2,4 \pm 0,1$; старческого – $3,7 \pm 0,1$ (рис. 1).

Сопутствующая патология и индекс полиморбидности обуславливают не только сложность диагностики и ле-

чения хирургического заболевания, но и влияют на течение послеоперационного периода, потребность в специализированном уходе.

Оперативное лечение осуществлено у $50,2 \pm 0,1\%$ пациентов пожилого и $41,3 \pm 0,3\%$ – старческого возраста, в том числе соответственно у $51,7\%$ и у $44,7\%$ больных каждой группы – под общим обезболиванием.

ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК

Тяжесть хирургической патологии, наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, характер и необходимый объем оперативного вмешательства увеличивали операционно-анестезиологический риск пропорционально возрасту пациентов. При этом среди прооперированных под общим обезболиванием отмечалось достоверно зависящее от возраста уменьшение числа пациентов с операционно-анестезиологическим риском, составившим (согласно Рекомендациям для практического применения Московского научного общества анестезиологов-реаниматологов) 3 балла, и увеличение – с риском 4 и 5 баллов (рис. 2).

Таблица 1
Сравнительный анализ наиболее часто встречающейся хирургической патологии у больных пожилого и старческого возраста (на 100 пациентов); %

Хирургическая патология	Пожилой возраст	Старческий возраст
Острый аппендицит	$2,7 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,4$
ЖКБ с холециститом	$30,2 \pm 0,5$	$30,9 \pm 0,3$
Острый панкреатит	$4,2 \pm 0,6$	$7,8 \pm 0,4^*$
Грыжи различной локализации	$7,1 \pm 0,4$	$5,0 \pm 0,4^*$
Язвенная болезнь желудка или ДПК, осложненная кровотечением или перфорацией	$4,9 \pm 0,6$	$5,4 \pm 0,3$
Острая кишечная непроходимость	$4,6 \pm 0,6$	$6,3 \pm 0,3^*$
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	$19,6 \pm 0,5$	$11,3 \pm 0,3^*$
Синдром диабетической стопы	$7,7 \pm 0,4$	$6,5 \pm 0,4^*$

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста.

Таблица 2
Частота сопутствующей патологии у больных пожилого и старческого возраста (на 100 пациентов); % ($M \pm m$)

Сопутствующая патология	Пожилой возраст	Старческий возраст
ИБС	$71,2 \pm 0,3$	$72,2 \pm 0,1$
АГ	$70,0 \pm 0,3$	$48,9 \pm 0,1^*$
ХОБЛ	$22,7 \pm 0,3$	$26,8 \pm 0,2^*$
Дисциркуляторная энцефалопатия	$16,9 \pm 0,3$	$27,9 \pm 0,2^*$
СД2	$12,6 \pm 0,2$	$8,1 \pm 0,1^*$
Ожирение	$2,6 \pm 0,1$	$2,6 \pm 0,1$
Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или ДПК	$6,1 \pm 0,1$	$3,4 \pm 0,1^*$
Хронический панкреатит	$1,3 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,1$
Остеартроз суставов нижних конечностей	$3,1 \pm 0,1$	$3,2 \pm 0,1$

Примечание. ИБС – ишемическая болезнь сердца; АГ – артериальная гипертензия; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; СД2 – сахарный диабет типа 2; * – $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Среди пациентов пожилого возраста с заболеваниями ЖКТ прооперированы 48,7±0,4%, старческого – 45,5±0,2%.

Сравнительный анализ тактики лечения больных показал возрастозависимое увеличение числа пациентов, у которых острую хирургическую патологию пытаются купировать консервативными методами. Среди пациентов пожилого возраста с ЖКБ консервативно пролечены 39,5±0,5%, старческого – 58,5±0,3% (p<0,05). При лечении грыж различной локализации консервативные методы применены у 27,8±0,6% больных старческого возраста.

При ЖКБ использование малоинвазивных методов лечения отмечено у 12,8±0,3% пациентов пожилого и у 26,1±0,3% – старческого возраста. В числе малоинвазивных методов лечения применялись: чрескожная чресклеточная холецистостомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией. Видеолапароскопическая холецистэктомия была произведена соответственно

у 25,6±0,5 и 10,1±0,2% пациентов (p<0,05); холецистэктомия из мини-доступа – у 16,3±0,5 и 2,5±0,2% (p<0,05); традиционная холецистэктомия из широкого лапаротомного доступа – у 5,8±0,3 и 2,8±0,1% пациентов (p<0,05), у которых острый холецистит осложнился развитием разлитого перитонита.

Отмечено, что при некоторых заболеваниях органов брюшной полости отмечается возрастозависимое уменьшение числа пациентов, у которых острую хирургическую патологию (вследствие тяжести состояния) не удается купировать консервативными методами. Например, при остром панкреатите компенсировать острое состояние медикаментозно удалось у 91,7±0,8% пациентов пожилого и 81,2±0,5% – старческого возраста; при осложненной язвенной болезни – соответственно у 80,0±0,1 и 67,9±0,6% (p<0,05). При острой кишечной непроходимости также отмечено достоверное уменьшение с возрастом числа больных, пролеченных консервативно (соответственно 75,3±0,4 и 40,0±0,7%; p<0,05).

При остром аппендиците прооперированы все пациенты. Однако у 66,7±0,1% пациентов старческого возраста на фоне атипичного течения патологии и развития общего перитонита аппендэктомия была выполнена из срединного лапаротомного доступа.

У большинства больных с грыжами передней брюшной стенки (54,3%) имелись паховые грыжи. Для закрытия грыжевых ворот неушемленной паховой грыжи у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста применяли пластику по Лихтенштейну, Кукуджанову, Шоулдайсу, Постемпскому, для пластики грыжевых ворот неушемленной пупочной грыжи использовали аллопластику, пластику по Мейо, для пластики грыжевых ворот неушемленной бедренной грыжи – способ Бассини, для закрытия дефекта при послеоперационных грыжах использовали аллопластику. У 66,7±0,4% пожилого и 17,7±0,6% – старческого возраста с ущемленными грыжами различной локализации с некрозом участка тонкой кишки произведена лапаротомия с резекцией указанного участка с наложением анастомоза. У 13,8±0,6% пациентов старческого возраста произведены лапаротомия, резекция сигмовидной кишки, наложение сигмостомы.

У 8,9±0,4% пациентов старческого возраста с осложненной язвенной болезнью на фоне общего тяжелого состояния с диагностической целью произведена лапароскопия. В группе пожилых 10,0±0,1% больных от общего числа произведена резекция желудка с гастроэнтероанастомозом по Ру и 10,0±0,1% – мостовидная дуоденопластика. В группе пациентов старческого возраста в 19,6±0,5% случаев выполнено ушивание перфоративной язвы, в 1,8±0,01% – резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру–Финстереру и в 1,8±0,01% – экстратерриторизация язвы больших размеров.

Среди пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, с возрастом достоверно увеличилось количество оперативных вмешательств, осуществляемых в экстренном порядке: с 2,5±0,5% в группе пациентов пожилого до 3,5±0,3% – среди пациентов старческого возраста (p<0,05). У 1,8±0,5% пациентов пожилого и 2,5±0,3% – старческого возраста произведена ампутация нижних конечностей на уровне бедра по поводу гангрены.

Такая же тенденция отмечена и у больных с синдромом диабетической стопы: количество оперативных вмешательств, проводимых в экстренном порядке, увеличивается с 2,1±0,3% в пожилом возрасте до 3,1±0,3% – в старческом (p<0,05). Ампутация нижних конечностей на разных уровнях вследствие развившейся влажной гангрены произведена у 1,4±0,3% пациентов пожилого и старческого возраста.

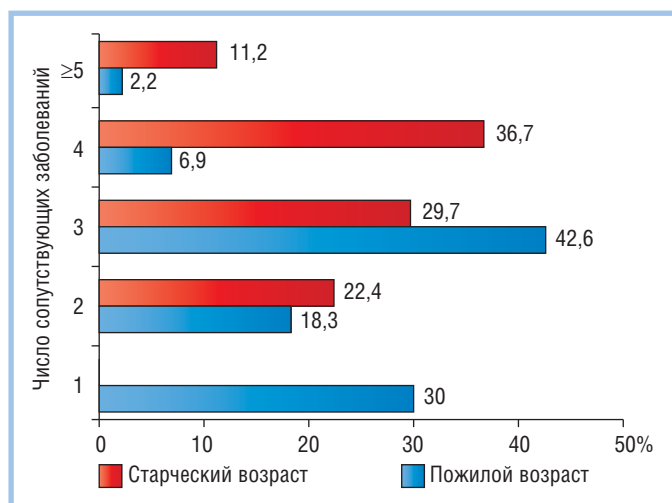


Рис. 1. Сравнительный анализ полиморбидности у пациентов пожилого и старческого возраста

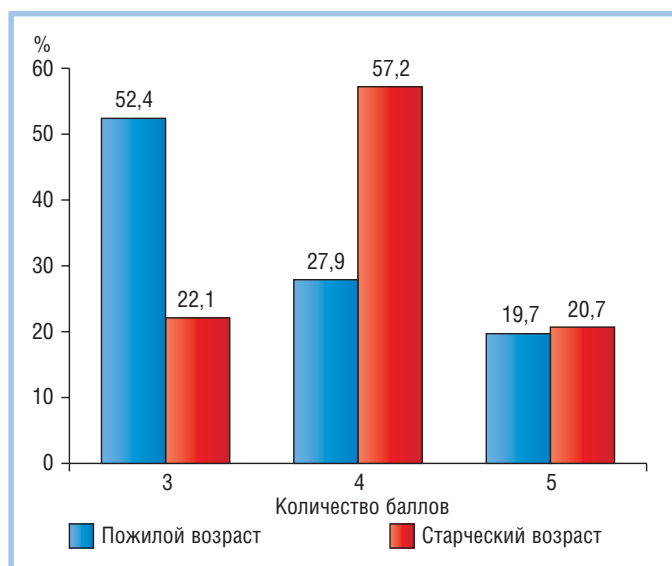


Рис. 2. Операционно-анестезиологический риск у больных старших возрастных групп

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Наше исследование показало достоверное возрастозависимое увеличение количества осложнений (табл. 3) и летальности (рис. 3) в раннем послеоперационном периоде.

Анализ структуры летальности у пациентов пожилого возраста с хирургическими заболеваниями ЖКТ показал, что в 50,0% случаев причиной смерти было не хирургическое заболевание (по поводу которого больному была произведена операция), а тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), застойная пневмония, острый инфаркт миокарда. У пациентов старческого возраста причиной смерти в 79,1% случаев выступало не хирургическое заболевание, а декомпенсация сопутствующей патологии с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне ИБС, атеросклеротического кардиосклероза; ТЭЛА застойной пневмонии на фоне ХОБЛ, ишемического инфаркта в бассейне левой средней мозговой артерии.

При облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей у 89,1% пациентов пожилого и 46,8% – старческого возраста ($p < 0,05$) причиной смерти стала полиорганная недостаточность на фоне основного заболевания, у 10,9% пациентов пожилого и 53,2% – старческого возраста – сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС или постинфарктного кардиосклероза, а также ТЭЛА ($p < 0,05$).

Среди пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом диабетической стопы причиной смерти соответственно в 66,9 и 23,7% случаев ($p < 0,05$) стала полиорганная недостаточность на фоне основного заболевания. У 33,1% пациентов пожилого и 76,3% – старческого возраста причиной смерти явилась сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, постинфарктного кардиосклероза ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные нами данные показывают, что при хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста необходимо учитывать возрастные особенности, связанные не только с самим заболеванием, но и с общим индексом полиморбидности. В связи с этим требуется разработка особых, адекватных состоянию пациента подходов к диагностике, хирургическому лечению и последующей медико-социальной реабилитации пожилых больных.

Литература

1. Борисов А.Е., Федоров А.В., Земляной В.П. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / СПб: Эфа, 2000; 164 с.
2. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых // Клин. геронтол. – 2008; 4: 30–4.
3. Дедерер Ю., Крылов И.П., Устинов Г.П. Желчнокаменная болезнь / М.: Медицина, 1983; 176 с.
4. Лазебник Л.Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения // Клин. геронтол. – 1999; 1: 3–7.

Таблица 3

Частота ранних послеоперационных осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста; % (M±m)

Нозология	Пожилой возраст		Старческий возраст	
	осложнения			
	общесоматические	местные	общесоматические	местные
Заболевания ЖКТ	3,9±0,3	3,9±0,3	7,9±0,2*	5,1±0,1**
Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей	14,3±0,1	28,6±0,2	21,4±0,4*	29,2±0,4
Синдром диабетической стопы	50,4±0,2	–	81,8±0,5*	18,2±0,5

Примечание. Достоверность различий – $p < 0,05$ по сравнению с группой пожилых пациентов: * – для общесоматических осложнений; ** – для местных (со стороны раны).

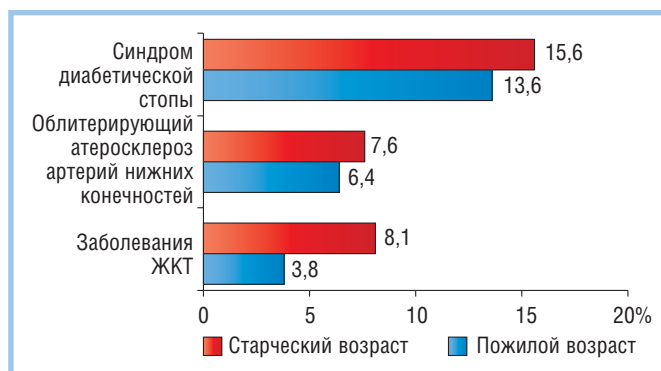


Рис. 3. Летальность в раннем послеоперационном периоде у пациентов старшего возраста с хирургической патологией

5. Петрова Н.Г., Филенко А.Б., Эпельман Б.В. Медико-социальная помощь пожилым пациентам // Медицинская сестра. – 2014; 5: 7–10.
6. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения / Киев: Наукова думка, 1990; 272 с.
7. Евсеев М.В., Погосян Т.С. Оперативные вмешательства при гастроудоденальных кровотечениях язвенной этиологии у больных старших возрастных групп: необходимость и возможность // Вестн. хирургической гастроэнтерол. – 2009; 1: 34–8.
8. Харченко Н.В. и др. Клиническая гастроэнтерология / Киев: Здоров'я, 2004; 448 с.
9. Черенько М.П., Фелештинский Я.П. Клинико-функциональная оценка эффективности предоперационной подготовки больных с послеоперационными грыжами живота // Клин. хирургия. – 1990; 2: 4–6.
10. Пожилой хирургический больной: руководство для врачей. Под ред. А.С. Бронштейна и др. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; 272 с.
11. Hubbard R., Story D. Patient frailty: the elephant in the operating room // Anaesthesia. – 2014; 69 (1): 26–34.
12. Gray D. Health in old age // J. Royal Soc. Med. – 1994; 87 (8): 474–6.

ACUTE SURGICAL PATHOLOGY AT ELDERLY AND SENILE AGE

S. Gorelik, Candidate of Medical Sciences; **G. Shaginyan**, Candidate of Medical Sciences; **S. Budylev**; **A. Selivanov**, Candidate of Medical Sciences
Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow

The paper analyzes the impact of polymorbidity indices and severity in old age group patients with acute surgical pathology on surgical-and-resuscitation risk and tactics.

Key words: geriatrics, acute surgical pathology, elderly and senile age, polymorbidity index, surgical-and-resuscitation risk.