



ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 616.1/9-053.9-085-089

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.Г. ГОРЕЛИК
Д.В. ВОЛКОВ

*Белгородский
государственный
национальный
исследовательский
университет*

e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

В статье рассмотрены процессы старения организма и полиморбидности пациентов старческого возраста. На основании анализа пациентов, поступивших в МУЗ ГБ №1 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.

Актуальность проблемы. 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 нескольких заболеваний в различных стадиях. [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 с необходимостью решения вопроса о проведении операции, выбором 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].

Материалы и методы. Объектом исследования явился контингент больных старческого возраста, поступивших с жалобами на боли в животе и получивших хирургическую медицинскую помощь в 2010 году в хирургических отделениях муниципальной городской клинической больницы №1 города Белгорода.

Результаты исследования. За 2010 год в хирургические отделения МГКБ №1 г. Белгорода было госпитализировано 356 пациентов старческого возраста (от 75 до 95 лет). Средний возраст пациентов – 80,6 лет. Это составило 10,2% от общего числа поступивших.

На боли в животе жаловалось 234 (65,7%) больных, из них у 27 (11,5%) не было острой хирургической патологии. У данной категории больных преобладали заболевания пищеварительной системы, среди них имели место: хронический колит, ишемическая болезнь кишечника (74%), хронический панкреатит (18,5%), язвенная болезнь желудка или 12- перстной кишки (7,5%). У 88,5% (207) пациентов в ходе обследования была диагностирована хирургическая патология. 96 (46,4%) пациентам была выполнено оперативное лечение.

Среди всех больных с хирургической патологией органов брюшной полости на первое место выходит желчекаменная болезнь (ЖКБ) с острым калькулезным холециститом, составляя 48,3%. С острым панкреатитом пролечено 8,2%; острой спаечной кишечной непроходимостью – 7,2%; язвенной болезнью, осложненной кровотечением – 5,8% , перфорацией – 1,9% или стенозом выходного отдела желудка – 0,5%; дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной кровотечением – 1,4% или дивертикулитом – 2,4%. Грыжи различной локализации составили – 2,4%; злокачественное заболевание толстой кишки, осложненное кровотечением – 1%, непроходимостью – 7,3% или перфорацией – 0,5%; острый аппендицит с разлитым перитонитом – 0,5%.

В плановом порядке поступило всего 2,9% больных. В первые сутки от начала заболевания поступило 64 (30,8%) пациента. Через сутки от начала заболевания – 35 (16,8%); через двое суток – 35 (16,8%); через трое суток-30 (14,5%); через 4 суток – 14 (6,6%); свыше 5 суток – 24 (11,6%).

Ведущую сопутствующую патологию составили заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца – 77,3%, гипертоническая болезнь – 59,9%), дыхательной системы (хронические неспецифические болезни легких – 16,4%), нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия – 14,5%), эндокринной системы (сахарный диабет – 5,3%).

Наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, характер и необходимый объем оперативного лечения определяли операционно-анестезиологический риск, в связи с чем в ряде случаев хирургическая операция под общим обезболиванием была выполнена по жизненным показаниям (21,3%).

В 79,6 % случаев операционно-анестезиологический риск составил 4 балла по МНОАР, в 14,3 % риск был 3 балла по МНОАР, и в 6,1 % – 5 баллов по МНОАР.

Всем пациентам была проведена предоперационная подготовка. Ее сроки составили от 2 часов до 7 суток. Предоперационный период до 1 суток понадобился 25 (26,0%) пациентам, 1 сутки – 40 (41,7%) пациентам, 2 суток – 14 (14,6%); 8 (8,3%) пациентам удалось купировать острую хирургическую патологию консервативными методами и после длительной (6-7 суток) предоперационной подготовки произвести радикальное хирургическое лечение.

В 11,6% случаях была произведена чрескожная чреспеченочная холецистостомия под местной анестезией, в 7,7% – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с ретроградной холангиографией. Купировать острую патологию консервативно удалось 113 пациентам (54,6%).



При анализе послеоперационных осложнений у пациентов старческого возраста обращает внимание частота общесоматических осложнений 13,5%. При этом осложнения, связанные с оперативным вмешательством, встречаются только в 2,1% случаев.

Летальность в данной категории пациентов составила 10,7%. При анализе структуры летальности в 12% наблюдений причиной смерти было не хирургическое заболевание, по поводу которого больному была произведена операция, а декомпенсация сопутствующей патологии. В 8% наблюдений причиной смерти стала острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, атеросклеротического кардиосклероза; в одном случае причиной смерти явился ишемический инфаркт в бассейне внутренней сонной и правой задней мозговой артерий.

Выводы:

1. Среди лиц старческого возраста, поступивших в хирургические отделения МГКБ №1 г. Белгорода с жалобами на боли в животе, у 11,5% больных отсутствовала острая хирургическая патология;

2. 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.

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

4. 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.

Литература

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. Дрангой, М.Г. Возрастные болезни / М.Г. Дрангой, М., 2007. – 738 с.
4. Малиновский, Н.Н. Степень операционного риска (методика клинического определения, практическое значение) / Н.Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. – 1973. – №1. – С.32-35.

FEATURES OF SURGICAL PATHOLOGY DIAGNOSTICS AT SENILE PATIENTS

S.G.GORELIK
D.V.VOLKOV

*Belgorod National
Research University*

e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

In article are surveyed aging processes and polymorbidity patients of senile age. The analysis of the patients who have arrived in Belgorod Municipal hospital №1 in 2010 with complaints to abdominal pains is carried out. It is shown the frequency and character of an accompanying pathology, influence polymorbidity on diagnostics, duration of preoperative preparation, tactics of operative treatment, development of postoperative complications and an outcome of disease at patients of senile age.

Key words: surgery, polymorbidity, elderly and senile ages.