

УДК 616-053.9-089-036.1-021.1

## ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Стяжкина С.Н., Ермакова Л.А., Ившина Т.В., Целищева Л.И.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России»,  
Ижевск, e-mail: luer77@mail.ru

Представлены данные о диагностике и лечении хирургических болезней пациентов пожилого и старческого возраста с учетом сопутствующей патологии. Важной особенностью следует учитывать возрастные особенности организма, выбор рациональной хирургической тактики, а также подход к оперативному вмешательству при калькулезном холецистите. Основной акцент в хирургической помощи пожилым должен быть сделан на способе хирургического доступа. Важное значение имеет своевременная диагностика, особенность ведения людей пожилого и старческого возраста. Рассматриваются вопросы рационального подхода к больным в гериатрической практике, подчеркивается необходимость достижения согласия между врачом и пожилым больным. Усовершенствование оперативной техники, успех хирургического лечения определяется комплексом сопутствующей патологии, состоянием сердечно-сосудистой системы, ее резервными возможностями. Таким образом, лечение пациентов пожилого и старческого возраста нуждается в системном подходе, с учетом сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** гериатрия, снижение адаптационных возможностей организма, калькулезный холецистит, операция минилапаротомия, треугольник Кало

## THE COURSE OF SURGICAL DISEASES IN PATIENTS OF AN ELDERLY AND SENILE AGE WITH A CONCOMITANT PATHOLOGY

Styazhkina S.N., Ermakova L.A., Ivshina T.V., Tselishcheva L.I.

GBOU VPO the «Izhevskaya state medical academy» of Minzdravasocrazvitiya of Russia», Izhevsk,  
e-mail: luer77@mail.ru

The diagnostics and treatment data on surgical illnesses of patients of an elderly and senile age is presented taking into account a concomitant pathology. It is necessary to take into consideration the age-dependent features of an organism, choice of rational surgical tactic, and also an approach to operative intervention at calculary cholecystitis. Basic accent in a surgical help must elderly be done on the method of surgical access. Timely diagnostics, feature of conduct of people of elderly and senile age, has an important value. The questions of the rational going are examined near patients in geriatrics practice, the necessity of achievement of consent is underlined between a doctor and elderly patient. Improvement of operative technique, success of surgical treatment is determined the complex of concomitant pathology, state of the serdechno-sosudistoy system, its reserve possibilities. Thus, treatment of patients of elderly and senile age needs approach of the systems, taking into account concomitant pathology.

**Keywords:** geriatrics, decline of adaptation possibilities of organism, calculary cholecystitis, minilaparotomy, triangle of Calot

**Актуальность.** В связи с увеличением общей продолжительности жизни населения число лиц пожилого и старческого возраста за последнее время возросло. Выбор рациональной хирургической тактики с учетом сопутствующей патологии у лиц пожилого и старческого возраста остается недостаточно разработанными.

### Цель исследования

Разработать оптимальную хирургическую тактику лечения больных и обосновать показания к хирургической операции или к проведению консервативного лечения у лиц пожилого и старческого возраста с учетом сопутствующей патологии.

За период с 2014 по 2015 гг. больные пожилого и старческого возраста составили преобладающее большинство – от 15 – 35% (пожилой возраст – от 60 до 74 лет, старче-

ский возраст – от 75 до 89 лет, долгожители – 90 лет и более.

По данным ЮНЕСКО, население старше 60 лет – самая быстроувеличивающаяся группа населения, а на территории России поколение старшей возрастной группы составляет 20% населения [7]. Течение большинства хирургических заболеваний у больных пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. В структуре заболеваемости пожилых людей основное место занимает такая патология, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, болезни органов дыхания, заболевания опорно-двигательного аппарата. Сочетание у больного нескольких заболеваний создает трудности в лечении и ухудшает прогноз [1, 2, 3]. Гериатрия – область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого воз-

раста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики с целью сохранения физического и психического здоровья человека до глубокой старости, поэтому при лечении пациентов пожилого и старческого возраста следует учитывать возрастные особенности: снижение адаптационных возможностей организма, изменения процессов всасывания лекарств, замедление выведения лекарств из организма, увеличение длительности циркуляции лекарств в организме [4, 6]. Снижение адаптационных возможностей организма приводит к тому, что организм становится более уязвим к действию повреждающих факторов. Вот почему высока частота осложнений при назначении фармакологических препаратов в дозах, обычно рекомендуемых для людей среднего возраста [3]. А также высок операционно-анестезиологический риск, которым мы не в праве пренебрегать в условиях сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. В процессе старения происходят функциональные изменения в желудочно-кишечном тракте, и, как результат, всасывание лекарств, назначаемых внутрь, уменьшается. Поэтому такие лекарства поступают в кровь медленнее. Препараты, вводимые подкожно и внутримышечно, также оказывают свое воздействие значительно позже и менее интенсивно из-за замедления всасывания [4, 5, 6]. Возрастное снижение обезвреживающей функции печени и выделительных способностей почек приводит к тому, что лекарственные средства и продукты их метаболизма выводятся из организма пожилых больных медленнее, чем у пациентов молодого возраста, что способствует кумуляции (накоплению) препарата и развитию побочных эффектов [2]. Возраст сам по себе не является фактором риска для выполнения оперативного вмешательства, но именно с возрастом увеличивается число сопутствующей патологии.

По данным 1 РКБ в настоящее время значительно возросло количество больных острым холециститом у больных пожилого и старческого возраста. Так, по данным литературы осложнения в раннем послеоперационном периоде составляют от 8-30%, летальность – в среднем 1,5-3%, при осложненных формах 8-12%.

Приводим наше наблюдение. Пациентка Ч. 90 лет, поступила в экстренном порядке на стационарное лечение хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» 12.03.2016 г. с диагнозом: Острый холецистит. Гипертоническая болезнь III степени, риск 4. ХСН IIБ.

При поступлении предъявляла жалобы на боли в животе в верхних отделах постоперационных, ноющие, тошноту, однократная рвота желчью.

Развитие заболевания. Считает себя больной в течение последних 5 дней (с 07.03.2016 г.), когда появились боли в животе ноющего характера. 08.03.2016 г. от транспортировки ССМП в стационар отказалась. Лечилась амбулаторно. На 5-е сутки от начала заболевания ночью началось резкое ухудшение, усилились ноющие боли в эпигастральной области. Была экстренно госпитализирована ССМП в стационар хирургического отделения.

Объективно при поступлении. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное в пределах кровати (ходит с трудом из-за болей в коленных суставах). Кожные покровы физиологической окраски, сухие. Дыхание жесткое, несколько ослаблено в заднее-базальных отделах. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 160/90 мм рт. ст. Пульс 84 в мин. Живот умеренно равномерно вздут, болезненный в эпигастральной области, резко болезненный в правом подреберье, умеренное напряжение передней брюшной стенки. Желчно-пузырные симптомы Ор-тнера, Лепене, Мерфи – положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон. Отеков нет.

Проведенные лабораторные исследования (анализы крови, мочи) патологических изменений не выявили. При биохимическом исследовании крови незначительное повышение СРБ (что говорит о воспалении в соединительной ткани), мочевины (нарушена функция печени), фибриноген (признак воспаления в организме).

УЗИ внутренних органов от 12.03.16 – признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. Стенка желчного пузыря утолщена до 9 мм, в просвете конкремент.

ЭКГ от 12.03.16 – Фибрилляция предсердий нормокардическая форма. ЧСС – 70 в минуту. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.

Учитывая давность заболевания, клиническую картину, данные УЗИ (у пациентки деструктивный, вероятно гангренозный, обтурационный калькулёзный холецистит) отсутствие эффекта от консервативного лечения, больной предложено по «жизненным» показаниям оперативное лечение в объеме лапаротомия. Холецистэктомия. Пациентка осмотрена терапевтом, реаниматологом.

12.03.2016 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия в правом

подреберье по Кохеру. В подпечёчных и надпечёчных пространствах справа примерно 200 мл серозной жидкости, осушено. Желчный пузырь рыхло спаен с большим сальником – выделен из инфильтрата, проведён гемостаз, электрокоагуляция.

Макропрепарат: желчный пузырь 15 x 5 см, включен конкремен 5x3x3 см. При пункции желчного пузыря выделено 50 мл гноя.

В послеоперационном периоде состояние соответствует объему операции.

27.03.16 г. больная в удовлетворительном состоянии готовится к выписке.

Таким образом, данной пациентке, с сопутствующей патологией (артериальная гипертензия, острый инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, патология суставов) была проведена операция холецистэктомия. Также имелось несоответствие между клиническими проявлениями острого холецистита и выраженностью воспалительных изменений в желчном пузыре, что говорит об ареактивности организма.

Пациентка Х. 57 лет, поступила в плановом порядке на стационарное лечение в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» 16.03.2016 г. с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

При поступлении предъявляла жалобы на периодические приступообразные боли в правом подреберье.

Развитие заболевания. Считает себя больной в течение 7 лет, когда появились боли в верхней половине живота ноющего характера. Имеет множество сопутствующей патологии, что является противопоказанием к операции. У пациентки идиопатическая дилатационная кардиомиопатия, что является абсолютным противопоказанием к оперативному лечению, поэтому не была произведена операция в городской больнице по месту жительства. Лечилась амбулаторно.

Объективно при поступлении. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 72 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Желчно-пузырные симптомы Ортнера, Лепене, Мерфи – положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон. Отеков нет.

Проведенные лабораторные исследования (анализы крови, мочи) патологических изменений не выявили.

УЗИ внутренних органов от 21.03.16 – Конкременты в желчном пузыре. Диффузные изменения в поджелудочной железе.

Эзофагогастродуоденоскопия от 04.03.16 г. – Поверхностный гастрит.

Консультация терапевта: Идиопатическая дилатационная кардиомиопатия. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФКП. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. ХСН IIА. ФК 2. Рекомендовано: наблюдение кардиолога. Оперативное лечение противопоказано.

Учитывая, давность заболевания, клиническую картину, данные УЗИ, отсутствие эффекта от консервативного лечения, больной предложено по оперативное лечение в объеме лапаротомия. Холецистэктомия. Пациентка осмотрена терапевтом, реаниматологом, кардиологом.

17.03.2016 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия в правом подреберье, выполнена операция холецистэктомия.

В послеоперационном периоде состояние соответствует объему операции. Проведено комплексное лечение.

27.03.16 г. больная в удовлетворительном состоянии подготовлена к выписке.

Таким образом, у данной пациентки, пожилого возраста с сопутствующей патологией (Идиопатическая дилатационная кардиомиопатия. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФКП. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. ХСН IIА. ФК 2.) была проведена операция холецистэктомия). У больных старших возрастных групп калькулезный холецистит часто сочетается с ишемической болезнью сердца, именно сердечно-сосудистая недостаточность часто объясняет тяжесть состояния больных. Особенно это актуально у пожилых пациентов, где риск оперативного вмешательства традиционным способом очень велик.

В клинической практике осуществляется новый подход к оперативному вмешательству при калькулезном холецистите. Это операция минилапаротомия. Это минимальная травма передней брюшной стенки, адекватный доступ к желчному пузырю, общему печеночному и желчному протокам, возможность выполнения вмешательства у пациентов, перенесших ранее операции на брюшной полости, отсутствие пневмоперитонеума, сравнительно невысокая стоимость оборудования, прямой визуальный контроль и применение традиционных приемов хирургической диссекции тканей позволяют относительно безопасно манипулировать в условиях выраженного инфильтрата. Отграничение операционного поля от свободной брюшной полости

позволяет полностью опорожнить желчный пузырь и не бояться его перфорации во время операции. Полное опорожнение пузыря и удаление крупных конкрементов из его шейки значительно облегчает доступ к треугольнику Кало, возможно выделение желчного пузыря от дна, возможно проведение интраоперационной ревизии внепеченочных желчных протоков практически при всех клинических формах калькулезного холецистита. Следует отметить, что в течение раннего послеоперационного периода у наших пациентов наблюдается замедленный выход из анестезии, что, безусловно, связано с изменениями процессов всасывания лекарств, замедление выведения лекарств из организма, а также увеличение длительности циркуляции лекарств в организме.

Таким образом, лица пожилого и старческого возраста имеют сопутствующую патологию, что осложняет лечение и послеоперационное ведение больных в условиях сниженных адаптационных возможностей организма, поэтому выполнение минилапаротомных операций улучшает прогноз и качество жизни.

#### Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Чернышева Т.Е. // «Коморбидные патологии в хирургии» Издательство Берлин: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co, 2014. – 70 с.
2. Геронтологические вопросы тиреодологии: учебное пособие/авт.-сост. Т.Е. Чернышева, Л.Т. Пименов, И.В. Гурьева и др. – Ижевск, 2009. – 132 с. (Национальный проект «Здоровье»).
3. Леднева А.В., Стяжкина С.Н., Черненко М.Л., Борисова Т.А., Виноходова Е.М., Ларин В.В., Третьяков Е.В. Цитокиноterapia в клинической практике // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=5267>.
4. Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В., Ларин В.В., Климентов М.Н., Чернышева Т.Е. Роль коморбидной патологии в хирургии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 8. – С. 27–29.
5. Особенности течения острого панкреатита у пожилых людей / А.А. Новикова, Е.А. Могунова, А.К. Горбатова // XVIII Международная медико-биологическая конференция молодых исследователей «Фундаментальная наука и клиническая медицина. Человек и его здоровье»: <http://med.spbu.ru/conferenceFS&CM/2015/pdf>.
6. Трахтенберг И.М. Очерки физиологии и гигиены труда пожилого человека / И.М. Трахтенберг, А.А. Поляков. – К.: Авиценна, 2007. – 272 с.
7. Camicioli R. Balance in the healthy elderly: posturography and clinical assessment / R. Camicioli, V.P. Panzer, J. Kaye // Archives of neurology. – 1997. – Vol. 54, № 8. – P. 976–981.