

Стандартизация подхода к проблеме лечения urgentных хирургических больных старше 60 лет

В настоящее время нет четкой тактики лечения urgentных больных с патологией органов брюшной полости старше 60 лет. Приведен стандартный подход к лечению этой категории больных на основе выполнения УЗИ сердца и измерения центральной гемодинамики. Показан рост дефектов оказания медицинской помощи этим больным на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: urgentная патология органов брюшной полости, больные пожилого и старческого возраста, УЗИ сердца, центральная гемодинамика.

Zhidcov S.A., Tretyak S.I.

Standardization of ways to the problem of curing urgent surgical patients elder than 60 years old

Nowadays there is no definite tactic about curing urgent patients elder than 60 years with pathology of peritoneum cavity. There is mentioned standard way of curing of this patients' category on the bases of USR of heart and calculating of central hemodynamic. There is shown the growth of defects of reanimating of these patients on the prehospital stage.

Key words: urgent pathology of peritoneum cavity, the old patients, USR (Ultra Sound Researching) of heart, central hemodynamic

По данным ООН и ВОЗ в 1950г в мире проживало 214 млн. лиц в возрасте старше 60 лет, по прогнозам этих же организаций к 2025г их будет млрд. 100 млн., т.е. в 5 раз больше. В настоящее время в Белоруссии проживает более 2 млн. человек пожилого и старческого возраста. Во многих лечебных учреждениях нашей страны пожилые пациенты составляют около 40% ? 1, 6?.

В настоящее время успех лечения больных с неотложной патологией органов брюшной полости зависит от многих факторов: квалификации персонала, организации лечебного процесса в клинике, материального оснащения. Сюда, несомненно, следует отнести и возраст поступивших пациентов. На последнее обстоятельство указывает большинство авторов, занимающихся неотложной хирургией ?3, 7?.

К сожалению, нет единого мнения о четкой тактике лечения urgentных больных с патологией органов брюшной полости старше 60 лет. На современном этапе развития медицины, для более быстрого принятия решения, требуется вводить и развивать стандартные подходы к лечению этой категории больных. Это позволит избежать ошибок в лечении и предупредить осложнения.

Материалы и методы.

Нами был проведен анализ лечения 6171 больных с экстренной патологией органов брюшной полости в период 1998-2002гг. Из них 1539 (24,9%) были старше 60 лет. Для анализа изменения структуры патологии, качества диагностики на догоспитальном этапе проведен анализ лечения 6085 аналогичных больных в период 1988-1992гг. Из них 1337 (21,9%) были старше 60 лет.

Учитывая то, что подавляющему большинству больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) медицинская помощь в г. Минске оказывается в БСМП, мы считаем некорректным анализ данной категории пациентов.

У всех пациентов старше 60 лет хирургические заболевания протекали на фоне сопутствующей патологии, в основном, сердечно-сосудистой системы, что делало необходимым проводить более детальное обследование, с целью выявления симптомов сердечно-сосудистой недостаточности и степени ее выраженности.

Для этого всем пациентам с ишемической болезнью сердца и признаками сердечной недостаточности, кроме выполнения ЭКГ проводили УЗИ сердца и осуществляли измерение центральной гемодинамики (ЦГД). Из всех показателей УЗИ сердца основным показателем переносимости хирургической операции была фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ), т.к. она достаточно объективно отражает функциональное состояние миокарда ?7, 9?. Если ее величина была больше 50% - операцию считали переносимой. Что касается ЦГД, то за критерий переносимости операции брали ее нормо- и гипердинамический тип, как функционально состоятельные.

Лечение острого аппендицита во всех возрастных группах было стандартным – аппендэктомия. При прободной язве в пожилом возрасте производили ее ушивание. Что касается операций при остром холецистите, острой кишечной непроходимости (ОКН), ущемленной грыже, остром панкреатите, подходы к выбору хирургического пособия были индивидуальными ?2, 4, 5, 8, 10?. Целью настоящей работы является выработка стандартов лечения наиболее часто встречающейся неотложной патологии органов брюшной полости у больных старше 60 лет на основе измерения функциональной состоятельности сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение.

В табл. 1 приведена структура хирургических заболеваний и возраст больных, поступивших в стационар.

Таблица 1

Структура ургентных хирургических больных, поступивших за период 1998-2002гг

№ п/п	Наименование заболевания	Всего		< 60 лет		> 60 лет	
		Абс. ч	%	Абс. Ч	%	Абс. ч	%
1	Острый аппендицит	2580	41,8	2481	53,6	99	6,4
2	Острый холецистит	1716	27,8	745	16,1	971	63,0
3	Острый панкреатит	1099	17,8	952	20,6	147	9,6
4	Ущемленные грыжи	332	5,4	148	3,2	184	12,0
5	Прободная язва	199	3,2	180	3,9	19	1,2
6	Острая кишечная непроходимость	137	2,2	65	1,4	72	4,7
7	ЖКК	108	1,8	61	1,3	47	3,1
ИТОГО		6171	100%	4632	100%	1539	100%

Из табл. 1 видно, что удельный вес ургентных заболеваний органов брюшной полости в разных возрастных группах заметно отличался. Так, если больных с острым аппендицитом в возрасте до 60 лет было 53,6%, то после 60 лет лишь 6,4%. При остром холецистите наблюдалась противоположная картина, в группе больных до 60 лет этим заболеванием страдало 16%, старше 60 лет – 63%. Больных с ущемленной грыжей поступило 3,2% и 12,0% и с кишечной непроходимостью 1,4% и 4,7% соответственно.

Таким образом, в отличие от молодых больных, где на первом месте по частоте стоял острый аппендицит, у лиц пожилого и старческого возраста чаще наблюдался

острый холецистит, который встречался в 4 раза чаще, а так же ущемленная грыжа и ОКН, которые встречались в 3 раза чаще.

Нами был проведен анализ диагностики ургентной хирургической патологии у лиц старше 60 лет на догоспитальном этапе за 1998-2002гг по сравнению с 1988-92гг. Установлено, что по всем нозологиям удельный вес ошибочных диагнозов вырос в 1,5-3 раза. При этом хирурги поликлиник и врачи скорой помощи ошибались одинаково часто. Это говорит о недостаточном знании клиники острой патологии органов брюшной полости у пациентов пожилого и старческого возраста врачами догоспитального звена.

Следует отметить, что удельный вес пациентов старше 60 лет, поступивших в стационар позже 24ч после начала заболевания за 10 лет увеличился в 1,5-2 раза по различной нозологии.

Лечение больных с ущемленной грыжей зависело от состояния пациента. Если не было декомпенсации функции жизненно важных органов, то выполнялось грыжесечение, которое при необходимости сопровождалось резекцией кишки и наложением анастомоза – 12 случаев (6,5%). При этом 6 пациентам с инфарктом миокарда в анамнезе до операции выполняли УЗИ сердца и измеряли ЦГД. У всех ФВЛЖ была больше 50%, а тип гемодинамики у 4 был нормо-, а у 2 – гипердинамический. При нарушении гемодинамики во время операции в этих случаях накладывалась илеостома – 1 больной (0,5%). Если перед операцией больной находился в тяжелом состоянии с декомпенсацией жизненно важных функций, то только рассекалось ущемляющее кольцо апоневроза, и проводилась ревизия ущемленного органа – 4 (2,2%) случая. У 2 из 4-х больных при УЗИ сердца ФВЛЖ составляла менее 45%. В дальнейшем, после интенсивной терапии сопутствующих заболеваний и более углубленного обследования, производилась пластика передней брюшной стенки в сроки от 23 до 30 дней после операции (3 пациента). Одному больному 78 лет в крайне тяжелом состоянии в операции было отказано. Ни один из прооперированных больных не умер.

Таким образом, в зависимости от объема оперативного вмешательства больных пожилого и старческого возраста с ущемленной грыжей можно разделить на 3 группы.

I – пациенты, которым операция выполняется в полном объеме;

II – лечение проводится в два этапа. Сначала рассекают ущемляющее кольцо, а затем, после стабилизации состояния, вторым этапом, выполняют пластику передней брюшной стенки;

III - больные, которым для спасения жизни выполняется лишь рассечение ущемляющего кольца, как окончательный метод лечения.

Больных с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза за анализируемый период лечилось 72 человека. За период с 1988 по 1992 гг – 35 человек. Основной причиной непроходимости были спайки. Увеличение числа пожилых больных с ОКН за 10 лет более чем в два раза мы объясняем двумя причинами:

- возрастание с каждым годом хирургической активности по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, из-за развития хирургии как науки и практики

- увеличение числа пожилых пациентов в стационаре;

За 10 лет резко ухудшилась диагностика ОКН на догоспитальном этапе в первые сутки с момента заболевания. Общий удельный вес ошибочных диагнозов вырос с

25,8% до 41,6%. Удельный вес пациентов, поступивших позже 24 ч, вырос с 22,8% до 50,0%.

Причиной ухудшения диагностики ОКН считаем:

- недостаточную квалификацию врачей догоспитального звена;
- большой удельный вес спаечной ОКН у пожилых больных, когда клиника заболевания нарастает постепенно;
- более поздней обращаемостью пожилых больных к врачу при ОКН, так как зачастую отсутствие стула и газов больные связывают с запорами.

Из 72 пациентов с ОКН было оперировано 49 (68,0%). Характер оперативных вмешательств отражен в табл 2.

Таблица 2

Оперативные вмешательства по поводу ОКН.

№ п/п	Наименование операций	Число больных	Из них умерло
1	Рассечение спаек	31	-
2	Резекция кишки	12	-
3	Резекция кишки с энтеростомой	4	1
4	Энтеростомия	2	-
Итого		49	1 (2,0%)

Операцию в полном объеме, т.е. рассечение спаек, резекцию кишки выполняли больным при условии компенсации функций жизненно важных органов. Из 12 больных УЗИ сердца выполняли 6, измерения ЦГД – 5. При этом отклонений от приемлемых показателей не было.

Резекцию кишки с наложением энтеростомы произвели 4-м пациентам, у которых во время операции была нестабильная гемодинамика, что не позволило произвести наложение анастомоза. Один больной погиб на 3-и сутки после операции от нарастающей полиорганной недостаточности. Остальным энтеростома была закрыта через 10-21 день. Наконец, 2 больным, находящимся в крайне тяжелом состоянии, несмотря на предоперационную подготовку, произвели наложение петлевой энтеростомы “приводящего” отдела, как “операцию отчаяния”. При УЗИ сердца ФВЛЖ у обоих была меньше 40%. Оба больных выписаны из стационара.

Таким образом, всех больных старше 60 лет с ОКН, в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы можно разделить на 3 группы:

I – пациенты, которым показана радикальная операция в полном объеме;

II – пациенты, которым первым этапом удаляется некротизированная кишка с наложением энтеростомы, а вторым производят закрытие последней;

III – пациенты, которые переносят лишь паллиативную операцию с целью декомпрессии кишечника.

Количество больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом в urgentных хирургических отделениях растет с каждым годом.

Если в 1988-1992 гг больных с острым холециститом поступило 1544 человек, то через 10 лет 1716, т.е. на 11,8% больше. При этом число пациентов старше 60 лет возросло с 763 до 971, т.е. на 27,2%.

Из 971 больного старше 60 лет с острым холециститом было оперировано 693 (71,3%).

Таблица 3

Оперативные вмешательства, выполненные у больных с острым холециститом в различные сроки после поступления в стационар

Вид операции	Сроки выполнения				Всего
	2-6 ч	6-24ч	25-72 ч	Более 72 ч	
1. Холецистэктомия	6	52	432	63	553
2. Лапароскопическая холецистэктомия	-	4	29	11	44
3. Холецистэктомия, Дренажирование холедоха	2	6	67	4	79
4. Пункция желчного пузыря	3	3	11	-	17
Итого:	11 (1,6%)	65 (9,4%)	539 (77,8%)	78 (11,2%)	693 (100%)

Из табл 3. видно, что основное количество больных – 617 (77,8%) было прооперировано на 2-3 сутки с момента поступления, а не в первые сутки. Это связано с тем, что пожилым больным требуется более тщательное обследование с целью коррекции нарушений гомеостаза и определения объема операции, а также более длительное время подготовки к операции.

Мы придерживаемся активной тактики при остром холецистите, но, по вышеприведенной причине, в первые 2-6ч после поступления было оперировано 1,6% больных. Показаниями к операции были:

- клиника местного или общего перитонита;
- деструктивный холецисто-панкреатит;
- острый холецистит с проявлениями гнойного холангита.

Обычная холецистэктомия выполнялась при соответствующем функциональном состоянии пациента. Трех из 6 больных до операции экстренно выполнялось УЗИ сердца и измерялось ЦГД. ФВЛЖ у всех больных была выше 50%, тип кровообращения нормо- или гипердинамический.

В 2-х случаях производили холедохотомию. В одном случае камни из холедоха были удалены, в другом, из-за нестабильного состояния пациента во время операции ограничились дренированием холедоха с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

В 3-х случаях при крайне тяжелом состоянии больных с деструктивным холецисто-панкреатитом произвели чрезкожную чрезпеченочную пункцию желчного пузыря под контролем УЗИ с дальнейшим его дренированием через микроирригатор.

Показанием к операции в первые сутки считали:

- отсутствие эффекта от назначенной терапии;
- нарастание клинических и инструментальных признаков деструкции желчного пузыря;
- появление симптомов перитонита или холангита.

УЗИ сердца и измерение ЦГД были выполнены 14 пациентам, в 4-х случаях низкие показатели ФВЛЖ (<50%) и гиподинамический тип ЦГД заставили отказаться от радикальной операции.

Операцию на 2-3 сутки производили пациентам с признаками воспаления желчного пузыря, которые нуждались в коррекции гомеостаза и более углубленном

обследовании. Из 539 пациентов УЗИ сердца и измерения ЦГД произведены в 34 случаях. При этом в 11 случаях при соответствующих показателях ФВЛЖ (?50%) и ЦГД пришлось отказаться от операции и произвести пункцию желчного пузыря.

Наконец, позже 3-х суток оперировали больных с купированным приступом острого холецистита, после детального обследования и коррекции гомеостаза.

Что касается удаления конкрементов из холедоха; из 79 случаях холедохолитиаза оно было произведено у 46 человек (58,2%), когда состояние пациентов позволяло удлинить время операции. В 33 (41,8%) случаях, при нестабильной гемодинамике во время операции, больным производилось наружное дренирование холедоха с последующим выполнением ЭПСТ.

После пункции желчного пузыря в 9 случаях через 6-11 дней, после стабилизации состояния больных, была выполнена открытая холецистэктомия. У 8 пациентов состояние оставалось тяжелым, при УЗИ сердца не было положительной динамики, и радикальных вмешательств им не производили. Летальных исходов при остром холецистите не было.

Таким образом, исходя из тактики оперативного лечения, больных старше 60 лет с острым холециститом, мы разделили на три группы:

I – больные, которые подлежат радикальной операции по поводу острого холецистита и его осложнений;

II – пациенты, которым оперативное лечение разделяется на несколько этапов, при этом первая операция (пункция желчного пузыря, дренирование холедоха) направлена на спасение жизни. Вторым этапом выполнялась радикальная операция;

III – лица, по состоянию сердечно-сосудистой системы, способные перенести минимальную малоинвазивную операцию с целью спасения жизни.

В настоящее время отмечается заметный рост числа больных острым панкреатитом, преимущественно его некротическими формами.

Удельный вес больных с ОП старше 60 лет возрос с 5,0% до 9,6% по отношению ко всем пациентам старше 60 лет с ургентной патологией органов брюшной полости, и с 6,7% до 13,3% среди больных разных возрастных групп, поступивших с ОП.

Следует отметить, что в 106 случаях (72,1%) причиной ОП была ЖКБ, а в 41 случае (27,9%) развитие патологии в поджелудочной железе мы связываем с возрастными изменениями сосудов брюшной полости.

Из 147 пациентов старше 60 лет с ОП было оперировано 15 (10,2%), поступивших с деструктивной формой панкреатита. Все они были госпитализированы после 24ч с момента заболевания и с другими диагнозами.

Показаниями к операции в первые 3 суток были:

- острый панкреатит с деструкцией желчного пузыря;
- ферментативный перитонит с явлениями нарастающей ПОН;

Показанием к операции на 3-14 сутки были:

- нагноение содержимого сальниковой сумки.

Позже 14 суток оперировали больных с гнойной деструкцией поджелудочной железы, гнойным парапанкреатитом, флегмоной забрюшинного пространства.

В последние 2 года мы активизировали тактику лечения острого панкреатита: при УЗИ признаках ферментативного перитонита производили экстренную лапароскопию с лаважем и дренированием брюшной полости, а при наличии показаний - дренирование сальниковой сумки.

По объему операций больных с ОП делили на следующие группы:

I – по функциональному состоянию радикальная операция выполняется в полном объеме – холецистэктомия с дренированием желчных протоков, брюшной полости и при необходимости забрюшинного пространства. Таких операций было 6, в 4-х случаях перед операцией производили УЗИ сердца (ФВЛЖ 75%).

II – больные, которые на момент операции находились в декомпенсированном состоянии – им производили пункцию желчного пузыря, пункцию гнойников под контролем УЗИ, лапароскопическое дренирование брюшной полости. Выполнено 6 операций, у 4-х больных перед операцией ФВЛЖ была меньше 45%. После стабилизации состояния через 7-10 дней проводили холецистэктомию, вскрытие гнойников.

III – пациенты, которые по своему состоянию были способны перенести минимальные малоинвазивные вмешательства (пункция желчного пузыря, полости сальниковой сумки) – 3 больных в декомпенсированном состоянии.

Из 15 прооперированных больных старше 60 лет с острым панкреатитом в послеоперационном периоде погибло 5 пациентов (33,3%) из-за нарастания проявлений ПОН. При этом 2 пациента были из II группы и 3 – из III группы.

Выводы:

1. Структура неотложной хирургической патологии у больных пожилого и старческого возраста отличается от других возрастных групп, что требует учета при организации работы хирургического отделения.

2. За последние 10 лет диагностика неотложных заболеваний органов брюшной полости у пожилых, на догоспитальном этапе, ухудшилась в 1,5-2 раза по различным нозологиям в связи с недостаточной квалификацией врачей скорой помощи и хирургов поликлиник, несмотря на оснащенность последних современной диагностической аппаратурой.

3. Удельный вес больных старше 60 лет, поступивших в стационар позже 24ч с момента заболевания, за последние 10 лет вырос в 1,5-2 раза по различной нозологии. Это приводит к увеличению числа осложнений и длительности лечения, и в итоге к большим материальным затратам.

4. С целью объективного определения возможного объема хирургического пособия у пациентов старше 60 лет необходимо в предоперационном периоде производить УЗИ сердца и измерять ЦГД.

5. Все экстренные больные старше 60 лет в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы можно разделить на III группы:

I – пациенты способные перенести одномоментно радикальную операцию в полном объеме;

II – больные, оперативное лечение которым делится на несколько этапов, при этом первая операция производится с целью спасения жизни. В дальнейшем после компенсации функции сердечно-сосудистой системы производится радикальная операция;

III – лица, с декомпенсацией функции сердечно-сосудистой, которым производится минимальное (желательно малоинвазивное) вмешательство с целью спасения жизни.

1. Брискин Б.С. “Геронтология и хирургия – проблемы и перспективы” Клиническая геронтология. – 2004. №2. – С. 3-7.

2. Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Игнатенко Ю.Н. “К вопросу о дифференцированных показателях и сроках хирургического вмешательства при различных формах панкреонекроза” *Анала хирургии.* – 2003. - №2. – С. 64-69.
3. Гагушин В.А., Загайнов Е.А. “Неотложная хирургия пожилых”. Йошкар-Ола. – 1999. – 262 с.
4. Гостищев В.К., Евгеев М.А. “Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста” *Хирургия.* – 2001. – №9. – С. 30-34.
5. Иванов П.А., Гришин А.В., Щербюк А.Н., Титова Г.П., Корнеев Д.А. “Выбор рациональной тактики лечения острого панкреатита” *Хирургия.* – 1998.- №9. – С. 50-53.
6. Карюхин Э.В. “Старение населения: демографические показатели” *Клинич. геронтология.* – 2000. -№1. – С. 56-61.
7. Кузнецов Н.А. “Факторы операционного риска: возраст?” *Хирургия.* – 1996. - №5. – С. 74-80.
8. Малярчук В.И. “Хирургия калькулезного холецистита в геронтологической практике” *Клин. геронтология.* – 2004. - №2. С. 22-28.
9. Панфилов Б.К., Малярчук В.И., Степанов Н.В., Шеленин А.А., Ежова Л.Г. “Значение эхокардиографии в прогнозе исхода операций при холецистите в прогнозе у пожилых людей” *Хирургия.* - 2002. - №3.– с. 11-13.
10. Krarup. T., Sonderstrup J., Schmidt A. Surgery for gallstones in old age: do we operate too late? *Acta Chir Scand* 1992; 281: 3: 263-266.