

СТАРЕЮЩЕЕ ОБЩЕСТВО СТАВИТ ПЕРЕД СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЕЙ ОСОБЫЕ ЗАДАЧИ

*Кондратенко Г.Г., Василевич А.П., Харитончик А.В.
Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск,
Республика Беларусь*

Введение. Хирургия новорожденных и детей уже давно считается отдельной специализацией, при которой учитываются не только технические детали операций у детей, но и детали пред- и послеоперационного лечения. Если посмотреть в другую сторону жизни, то с увеличением ее продолжительности растет количество людей с физиологическими процессами старения, с заболеваниями, возникающими с возрастом, а также с накопленными сопутствующими заболеваниями.

Цель. Изучить общие вопросы и задачи, стоящие в современных условиях перед хирургией пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. С использованием комбинации поисковых запросов «постарение населения», «хирургия пожилых», «пациенты преклонного возраста», «операционный риск», «гериатрические шкалы» были отобраны многоцентровые исследования, систематические обзоры и оригинальные статьи, опубликованные между 2020 и 2021 годами. Поиск проводили с помощью систем PubMed, Google Scholar, Elibrary на английском и русском языках.

Результаты и обсуждение. Несмотря на то, что «возрастная пирамида» в большинстве развитых стран сегодня перевернута, используемая стратификация риска операций недостаточно учитывает связанные с возрастом проблемы. В этой связи пути достижения целей оперативных вмешательств, таких как максимальное сохранение качества жизни и/или выполнение вмешательств высокого риска без повышения показателей смертности у пожилых, должны быть пересмотрены. Это же касается рекомендаций по предоперационному отбору таких пациентов, по оптимизации операций и по послеоперационному ведению.

Относительно трансплантации печени у пожилых источниками литературы констатируется, что верхнего возрастного предела сегодня уже не существует. Однако предварительно следует тщательно проводить специальную оценку состояния сердечно-сосудистой и других систем, а также внимательно оценивать возрастную потерю физиологических резервов.

Что касается сосудистой хирургии, то прогресс эндоваскулярных вмешательств показывает, что «скоро не будет больше пределов возможному». Последнее, естественно, ставит вопрос «Какой это может иметь смысл у ослабленных пациентов преклонного возраста?» или «Когда осуществимое является также и разумным?»

Физиологический процесс старения дыхательной системы создает особые проблемы для общей хирургии. С одной стороны, податливость грудной

клетки снижается из-за нарастающей кальцификации хрящевых соединений и сужения межреберных промежутков вследствие дегенерации межпозвоночных суставов. Способность изменять внутригрудной объем снижается по мере атрофии дыхательных мышц с возрастом, при этом жизненная емкость легких также снижается. С другой стороны само легкое теряет свою эластичность, а дегенерация альвеол приводит к уменьшению поверхности газообмена. Альвеолокапиллярная мембрана также утолщается, снижается ее проницаемость для кислорода, что в конечном итоге приводит к дефициту оксигенации. Кроме того, снижается порог раздражения в ЦНС для дыхательной активизации при гипоксии, а также для кашлевого рефлекса, что увеличивает риск респираторных инфекций и аспирации в послеоперационном периоде.

Новый подход в хирургии пожилых пациентов, который сегодня набирает популярность – это торакальные вмешательства без интубации, когда оперируют больного при спонтанном дыхании под грудной эпидуральной анестезией (или блокадой межреберных нервов). При торакоскопической пульмонэктомии позывы к кашлю подавляются блокадой блуждающего нерва под прямым визуальным контролем. В клинической практике уже выполняются неинтубированные торакоскопии для плевральных биопсий и при эмпиемах плевры. Отмечается, что пожилых пациентов следует как можно скорее экстубировать, активизировать и по возможности раньше удалять плевральные дренажи.

Известно, что снижение функциональных резервов органов при старении сильно различается по тяжести у разных людей в результате разной генетики, отличающегося образа жизни и разной окружающей среды. Это создает очень разнородный пул потенциальных пациентов, которых нужно рассматривать в хирургии индивидуально.

Идентификация высокого риска у пожилых пациентов, а также их подготовка к хирургическому лечению сегодня является проблемой, которая требует подробного междисциплинарного решения. Необходимо создать гериатрические оценочные шкалы для прогнозирования послеоперационного течения у пожилых ослабленных пациентов. Ряд процедур у пожилых людей также необходимо изменить, в частности, объемы вводимых жидкостей и лекарств с учетом возрастной фармакокинетики.

Уже было установлено, что мультимодальная предоперационная подготовка к серьезной операции у ослабленных пожилых пациентов, состоящая из физического, пищевого и психологического компонентов, способна значительно увеличить такой критерий как дистанция 6-ти минутной ходьбы.

Таким образом, исследования показывают, что низкая послеоперационная смертность у пожилых может быть достигнута путем тщательного отбора и подготовки пациентов для оперативного лечения. Причем отбор пациентов и выбор хирургической тактики должен

основываться на персонифицированном биологическом, а не на хронологическом возрасте.

Выводы:

1. С увеличением числа случаев лечение пожилых пациентов становится повседневной задачей во всех хирургических дисциплинах.

2. Показания к операции у пожилых следует ставить индивидуально взвешивая особые риски и возрастную потерю физиологических резервов.

3. Должны быть созданы гериатрические прогностические оценочные шкалы и клинические рекомендации по хирургии пожилого и преклонного возраста, а также об объемах вводимых жидкостей и лекарств с учетом возрастной фармакокинетики.