

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

**Р.А. Оморов<sup>1</sup>, У.С. Мусаев<sup>2</sup>, А.С. Токтосунов<sup>2</sup>, А.Т. Талантбеков<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,  
кафедра факультетской хирургии

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №1  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: arsen\_toktosunov@mail.ru*

**Резюме.** Цель исследования - представить тактику лечения абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности. С ноября 2018 по 2019 год наблюдали 64 пациента в возрасте старше 60 лет с острыми заболеваниями брюшной полости, у которых выявлены сопутствующие заболевания. К выбору срока и объема операции подходили с учетом характера сопутствующих патологий. Все оперированы, осложнения после операции возникли у 13 больных (20,3%), умерло 3 (4,7%).

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, острая абдоминальная патология, сопутствующие заболевания, лечение, осложнения, летальность.

## КАРЫ ЖАНА УЛГАЙГАН ЖАШТАГЫ БЕЙТАПТАРДЫ ПОЛИМОРБИДНИКАЛЫК ШАРТТАРДА КУРЧМҮНӨЗДӨГҮ АБДОМИНАЛДЫК ПАТОЛОГИЯНЫ ДАРЫЛОО

**Р.А. Оморов<sup>1</sup>, У.С. Мусаев<sup>2</sup>, А.С. Токтосунов<sup>2</sup>, А.Т. Талантбеков<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,  
факультеттик хирургия кафедрасы

<sup>2</sup>№1 Шаардык клиникалык оорукана  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты кары жана улгайган бейтаптардын полиморбидникалык шарттарда абдоминалдык патологиядагы дарылоо тактикасын көрсөтүү. Ноябрь 2018 баштап 2019 жылга чейин, ичкөндөйдөгү курчмүнөздөгү оорулардын 60 жаштан жогору 64 бейтапка байкоо жүргүзүлдү, алардын ичинен коштоп жүргөн оорулары аныкталды. Операциянын көлөмүн жана мөөнөтүн тандоо коштоп жүргөн оорулардын мүнөзүнө жараша тура келет.

Бардыгы операция болду. Операциядан кийинки кабылдоолор 13 бейтапта (20,3%) пайда болду, 3 бейтап (4,7%) каза болду.

**Негизги сөздөр:** Кары жана улгайган жашта, курч мүнөздөгү абдоминалдык патология, коштоп жүргөн оорулар, дарылоо, кабылдоо, каза болду.

## TREATMENT OF ACUTE ABDOMINAL PATHOLOGY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS IN CONDITIONS OF POLYMORBIDITY

R.A. Omorov<sup>1</sup>, U.S. Musaev<sup>2</sup>, A.S. Toktosunov<sup>2</sup>, A.T. Talantbekov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

<sup>2</sup>City Clinical Hospital No.1 Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary.** The aim of the study is to present the tactics of treating abdominal pathology in elderly and senile patients in conditions of polymorbidity. From 11.2018 to 2019, 64 patients were observed over the age of 60 with acute abdominal diseases, who had associated diseases as well. Timing and scope of the operation was considered according to the nature of associated diseases. All patients have been taken to operation, complications after surgery occurred in 13 patients (20.3%), 3 - died (4.7%).

**Key words:** elderly and senile age, acute abdominal pathology, associated disease, treatments, complications, mortality.

**Введение.** Прогрессирующий процесс старения приобретает глобальный характер, демографическая ситуация почти во всех странах мира свидетельствует о нарастании удельного веса пожилых людей [1,2] и при этом возникает интерес к изучению особенностей течения заболеваний у этой группы больных. Наряду с увеличением численности пожилого и старческого возраста увеличивается и удельный вес больных с острой абдоминальной патологией, диагностика и лечение которых представляет большие сложности, а летальность после оперативного лечения остается на высоком уровне [3,4]. Высокие показатели осложнений и летальности у лиц пожилого и старческого возраста обусловлены не только запоздалым обращением к хирургу, диагностическими и тактическими ошибками, но и не менее важным обстоятельством, влияющим на исходы заболевания являются сопутствующие патологии [5,6], наличие которых име-

ет значение в выборе срока и объема операции и особенность ведения послеоперационного периода. Однако наличие сопутствующего заболевания и даже сочетания нескольких из них не является противопоказанием к операции. Поэтому, когда стоит вопрос о выборе лечения у таких больных, нужно учитывать характер течения отягощающей патологии, степень компенсации жизненно важных функций и возможности коррекции медикаментозными средствами.

Несмотря на технический прогресс, разработку мер профилактики осложнений до настоящего времени не разработаны тактические решения в лечении пожилых людей с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний [7,8].

**Цель исследования** - представить тактику лечения острой абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности.

**Материал и методы исследования**

Под наблюдением было 64 больных в возрасте старше 60 лет, которые поступили в хирургическую клинику по поводу острого холецистита - 46,9% (30 больных), острого аппендицита 35,9% (23 больных), острой кишечной непроходимости 7,8% (5 больных) и ущемления вентральных послеоперационных грыж 9,4% (6 больных). В группу пожилого и старческого возраста, согласно классификации ВОЗ, мы включили пациентов в возраст от 60 до 89 лет, долгожителей (старше 90 лет) в наших наблюдениях не было. В разработку взяты больные с сопутствующими заболеваниями. Из 64 поступивших

женщин - 59,3% (38), мужчин - 40,7% (26). Давность заболеваний колебалась от 2 часов (ущемления грыж) до 5 суток (холецистит).

При поступлении выполняли общие анализы крови, мочи; сахар крови, свёртываемость крови, печеночные и почечные тесты; ЭКГ, УЗИ, а при кишечной непроходимости – обзорную рентгенографию органов брюшной полости. В первые часы после поступления больные были консультированы врачами разных специальностей: кардиологами, эндокринологами, нефрологами, терапевтами. Характер и частота сопутствующих заболеваний представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 - Частота сопутствующих заболеваний при абдоминальной патологии

Сопутствующие заболевания	Патологии			
	Острый холецистит n-30 (46,9%)	Острый аппендицит n-23 (35,9%)	Острая кишечная непроходимость n-5 (7,8%)	Ущемление вентральной грыжи n-6 (9,4%)
Гипертоническая болезнь	7 (23,3%)	4 (17,3%)	2 (40%)	2 (33,3%)
КБС	4 (13,3%)	4 (17,3%)	1 (20%)	3 (50%)
Сахарный диабет	2 (6,6%)	2 (8,6%)	-	-
Хр. Пиелонефрит	2 (6,6%)	3 (13,04%)	-	-
Постинфарктный кардиосклероз	3 (10%)	2 (8,6%)	-	-
Ожирение	3 (10%)	3 (13,04%)	1 (20%)	-
Общий атеросклероз	3 (10%)	-	-	-
Нарушение сердечного ритма	2 (6,6%)	-	-	-
ХОБЛ	4 (13,3%)	5 (21,7%)	1 (20%)	1 (16,6%)

Таблица 2 – Количество сопутствующих заболеваний при различных абдоминальных патологиях

Количество сопутствующих заболеваний	Патологии			
	Острый холецистит n-30 (46,9%)	Острый аппендицит n-23 (36,9%)	Кишечная непроходимость n-5 (7,8%)	Ущемление вентральной грыжи n-6 (9,4%)
Сочетание одного заболевания	6 (20%)	7 (30,4)	1 (20%)	1 (16,6%)
Сочетание двух заболеваний	20 (66,6%)	13 (56,5%)	2 (60%)	4 (66,6%)
Сочетание трех заболеваний	4 (13,3%)	3 (13,04%)	1 (20%)	1 (16,6%)

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что чаще наблюдали по 2 заболевания и редко отмечено по одному заболеванию. По частоте наибольший вес занимали больные с гипертонической болезнью (у 15 из 64), КБС (12 из 64), затем ХОБЛ (11 из 64). Более тяжелое состояние отмечено у больных с тремя сопутствующими патологиями.

### Результаты и их обсуждение

Учитывая тяжесть состояния, которая была обусловлена не только основным заболеванием, но и наличием сопутствующей патологии, у лиц пожилого и старческого возраста выполняли операции на органах брюшной полости в экстренном порядке и их типы представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Типы операций и осложнения

Тип операции	Кол-во больных	Осложнения							Умерло
		Острый инфаркт миокарда	Тромбоз болия легочной артерии	Обострение ХОБЛ	ССН	Нагноение раны	Пневмония	Инфильтрат	
Холецистэктомия	30	2		2				1	2
Аппендэктомия	23					1	1		
Лапаротомия, устранение непроходимости	5		1	1	1				1
Грыжесечение	6					1		2	
Итого	64	2	1	3	1	2	1	3	3(4,7%)

\*КБС-Коронарная болезнь сердца.

\*ХОБЛ-хронический обструктивный болезнь легких.

Наша тактика заключалась в следующем: при остром холецистите без явлений перитонита проводили консервативное лечение, которое включало медикаментозную терапию, а именно препараты, направленные на нормализацию артериального давления, снижение интоксикации, уменьшение болей (спазмолитические средства). Затем исследовали в динамике анализы крови и проводилось ультразвуковое исследование. После улучшения состояния решали вопрос об операции.

У лиц пожилого и старческого возраста отдавали предпочтение минилапаротомному доступу как менее травматичному, приводящий к ранней активизации больных, что предотвращало возникновение легочных и тромбоэмболических осложнений. Обязательно использовали предоперационное введение антибиотиков внутривенно. В момент операции тщательно выполняли гемостаз, желчестаз. Если же больные поступали с острым холециститом и явлениями перитонита, несмотря на необходимость выполнения операции, для коррекции сопутствующих заболеваний, выполняли кратковременную подготовку, а затем выполняли холецистэктомия.

При поступлении больных с острым аппендицитом при наличии сопутствующих заболеваний также предоперационно выполняли корригирующую медикаментозную терапию сопутствующих заболеваний, а затем больных оперировали, при этом надо учитывать, что время для выполнения такой подготовки не должно превышать тот порог, после которого возможно развитие осложнения основного заболевания.

Что же касается острой кишечной непроходимости, ущемления грыжи, то все корригирующие меры выполняли в момент операции, так как затягивание срока операции способствует развитию более глубоких деструктивных процессов.

Кишечная непроходимость имела место у 5 больных, из них у 3 была странгуляционная непроходимость, а у 2 - спаечная. При ущемлении вентральной грыжи содержимым грыжевого мешка был сальник (5 чел.) и тонкий кишечник у одного. При ущемлении сальника, последний мы рекомендуем резецировать, чтобы предотвратить повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. У 4 больных грыжи были небольших размеров, поэтому пластика грыжевых ворот выполнена без применения полипропиленовой сетки. У 2 больных, с сопутствующим заболеванием (ХОБЛ) и грыжи были больших размеров, пластику грыжевых ворот осуществляли с использованием полипропиленовой сетки с дренированием подкожно-жировой клетчатки двумя микроиригаторами с активной аспирацией до полного прекращения отделяемого. Несмотря на коррекцию нарушенных функций в дооперационном периоде и в момент операции, у этих больных состояние в послеоперационном периоде было тяжелое. Учитывая это, мы предпочитали раннюю активизацию больных, назначали ингаляции кислородом, больные продолжали получать антибиотики, инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

После операции у 13 оперированных возникли осложнения: острый инфаркт

миокарда - 2, тромбоэмболия легочной артерии - 1, обострение ХОБЛ - 3, пневмония - 1, а у остальных - раневые осложнения (нагноение раны - 4, инфильтрат раны - 2). После холецистэктомии умерло 2 больных, у которых после операции возник острый инфаркт миокарда (у одного на вторые сутки, а у второго на 7 сутки после операции). У обоих имелись сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь в сочетании с ХОБЛ. Еще один больной умер после операции, выполненной по поводу кишечной непроходимости. Причиной смерти была сердечно-сосудистая недостаточность, которая развилась на 3-и сутки после операции.

В особенности нашей тактики входили тщательный анализ отягощающей патологии, степени ее компенсации, возможности ее влияния на течение основного заболевания. Так же считаем значимым возможность прогнозирования развития осложнений в течении сопутствующей патологии, что позволяло бы предотвратить их путем ранней коррекции. Этапы последней могут быть использованы перед операцией, во время и, конечно же, в послеоперационном периоде. Кроме того, эта тактика позволила выбрать оптимальный операционный доступ - малоинвазивность, в следствии чего, раннюю активизацию, раннее кормление и стабилизацию отягощающей патологии, что позволило улучшить результаты лечения больных с сочетанной патологией.

#### **Выводы:**

1. Из числа больных пожилого и старческого возраста с абдоминальной патологией у всех имели место сопутствующие заболевания.

2. Профилактика осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями должна выполняться на всех этапах лечения (при поступлении, в момент операции и после нее)

3. После операции больных с осложнениями составило 20,3%, а летальность - 4,7%, что подтверждает необходимость разработки тактики лечения больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности с целью улучшения результатов лечения.

#### **Литература**

1. Глушков, Н.И. Лечение острого язвенного кровотечения у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности /Н.И.Глушков, Б.А. Хусенов, И.А. Яковлева// Кубанский научный медицинский вестник.-2010.-№9.-С.64-67.
2. Гостищев, В.К.Проблемы выбора лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев //Хирургия .-2009.-№3.-С.46—52.
3. Миньков, А.В. Особенности течения и хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста /А.В. Миньков,Б.А. Королев, С.В. Гаврилов //Хирургия .-2013.-№5.-С.123-126.
4. Вовк, Е.И. Желчекаменная болезнь в XXI –веке /Е.И. Вовк.- М,2004-312 с.
5. Снегирев, Н.И. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза,- диагностика, лечение,/Н.И. Снегирев, В.И. Миронов,В. А. Башлыков //Сибирский медицинский журнал .-2010.-№8.- С.163-165.
6. Шелест, П.В. Особенности диагностики острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте,/П.В. Ше-

- лест, В.И. Миронов, //Бюллетень ВСН-ЦСО РАМН.-2007.-№5.-С.186-188.
7. Горелин, С.Г. Диагностика и лечение острой абдоминальной патологии у пациентов старших возрастных групп.// Научная ведомости .Серия медицины и фармации.-2012.-№4.-С.117-121.
8. Sandier, R.S. The garden of selected digestive diseases in the United states // *Gastroeuteology-2012.-Vol .122,№5.-P.1500-1511.*
9. Баранов, Г.А. Холецистэктомия из минимального доступа при остром деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста, /П.А. Баранов, А.В, Салинов, Б.А. Харламов //Клиническая герантология.-2016.-№9.- С.77-79.