



А. В. Капшитарь

Запорожский
государственный медицинский
университет

© Капшитарь А. В.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Резюме. Цель исследования — оценить результаты диагностики и лечения неотложной хирургической абдоминальной патологии у долгожителей. За 20 лет нами оперирован 21 (0,66 %) долгожитель от всех оперированных по поводу неотложной хирургической абдоминальной патологии. Герниопластика по поводу ущемлённой грыжи была у 11 (52,4 %) больных, умерла 1 (9,1 %) — от сердечно-сосудистой недостаточности. Дополнительные методы исследования использовали у 10 (47,6 %) пациентов. Ушита перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки у 4 (40 %) больных, умерли 3 (75 %) — (абдоминальный сепсис — 2, тромбоэмболия лёгочной артерии — 1). После традиционной холецистэктомии из 2 (9,5 %) пациенток умерла 1 (50 %) от абдоминального сепсиса. Аппендэктомия у 2 (9,5 %) больных завершилась выздоровлением. С перитонитом оперированы 2 (9,5 %) пациентов и установлена закрытая травма живота (двухфазный разрыв печени — 1, стерильный панкреонекроз — 1), умер 1 (50 %) пострадавший от декомпенсированного геморрагического шока. Из всех пациентов после операции осложнения развились у 15 (71,4 %) больных, умерли 6 (28,6 %).

В связи со стёртой клинической картиной неотложной хирургической абдоминальной патологии у долгожителей с целью диагностики следует широко применять дополнительные методы исследования.

Ключевые слова: долгожители, неотложная хирургическая абдоминальная патология, диагностика, хирургическое лечение.

Введение

По опубликованным данным ЮНЕСКО гериатрическая группа земель является самой быстро увеличивающейся [8]. Если в 2006 году она составила 10-15 % от всей популяции, то к 2020 году эта цифра удвоится [9]. Части из них присуща и неотложная хирургическая абдоминальная патология [3, 4, 7, 8, 10]. Болеет эта группа значительно чаще и дольше, израсходует больше материальных затрат [9].

Из гериатрической группы наиболее уязвимыми являются долгожители — лица 90 лет и старше [1]. Процесс старения, являясь морфофункциональным, у них выражен максимально и проявляется снижением адаптационных возможностей организма к разнообразным стрессовым воздействиям, наступает изменение процессов всасывания лекарственных веществ, замедление их выведение из организма, увеличение длительности циркуляции в организме [8, 9]. Инволютивные же изменения в органах и системах, в совокупности с уже имеющейся сопутствующей патологией (ИБС, сахарный диабет, болезни органов дыхания, заболевания опорно-двигательного аппарата, психические расстройства и др.), как правило, многочисленные и сочетающиеся, создают синдром взаимного отягощения, значительно повышают операционно-анестезиологический

риск [6, 8, 9]. Эти изменения проявляются особенностями течения неотложной хирургической абдоминальной патологии, которые значительно затрудняют своевременную диагностику [3, 6].

В открытой печати имеются довольно редкие публикации, представляющие единичные наблюдения неотложной хирургической абдоминальной патологии [2, 3, 4, 5, 8]. Согласно опубликованным материалам, из всех возрастных групп удельный вес долгожителей колеблется от 0,03 до 1,3 % [2, 3, 4]. Периоперационные исходы опубликованы лишь в работе J. Racz et al. [10]. В группе неотложных операций выявлена высокая частота послеоперационных осложнений — 81,9 % и госпитальной смертности — 20,8 %, а 1-летняя смертность составила 49,1 % [10].

Цель исследований

Оценить результаты диагностики и хирургического лечения неотложной хирургической абдоминальной патологии у долгожителей.

Материал и методы исследований

За 20-летний период (1999-2018 гг.) в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2», кафедры хирургии, анестезиологии ФПО, нами оперированы



3167 пациентов с неотложной хирургической абдоминальной патологией (по 8 нозологических формам).

Согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения, из них, 21 (0,66 %) больной были в возрасте 90 лет и старше, что соответствует долгожителям. Их возраст колебался от 90 до 97 лет (медиана возраста 91,8 года). Мужчин было 3 (14,3 %), женщин — 18 (85,7 %). Преобладали поздние сроки госпитализации. Так, в течении 1 часа поступили 3 (14,3 %) пациентов, 6–24 часов — 4 (19 %), 1–2 суток — 5 (23,8 %), 3–5 суток — 5 (23,8 %) и на 14 суток — 1 (1,4 %). Причиной запоздалой госпитализации у 8 (38,1 %) больных, считая клинические проявления заболевания обострением хронических процессов и у 3 (14,3 %) — семейный врач проводил лечение на дому (от госпитализации отказались — 2).

Все пациенты доставлены СМП в клинику с разнообразными диагнозами. Так, сотрудниками СМП у 3 (14,3 %) больных диагностирована ущемлённая вентральная грыжи, у 5 (23,8 %) — острый аппендицит (холецистопанкреатит-3, тромбоз мезентериальных сосудов-1), у 4 (19,1 %) — острая кишечная непроходимость, у 3 (14,3 %) — острый панкреатит (острая кишечная непроходимость — 2) и у 2 (9,5 %) — острый холецистит. Следовательно, с точным диагнозом транспортированы в хирургическую клинику 7 (33,3 %) пациентов, сомневались в наличии диагноза 3 (14,3 %), а ошибочный диагноз установлен у 10 (47,6 %).

Все больные страдали сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательной, мочевыделительной, пищеварения, опорно-двигательного аппарата, эндокринной. На каждого пациента приходилось от 3 до 8 сопутствующих заболеваний, затрудняющих своевременную диагностику неотложной хирургической абдоминальной патологии. Каждый больной имел тяжёлую патологию сердечно-сосудистой системы, представляющую высокий риск неблагоприятного исхода операции. Из них у 4 (19,1 %) пациентов имели место крупноочаговый кардиосклероз после ранее перенесенного острого инфаркта миокарда, у 1 (4,8 %) остаточные явления инсульта и 1 (4,8 %) — последствия острого инфаркта и инсульта, у 9 (42,9 %) — предсердные и желудочковые экстрасистолы, у 7 (33,3 %) — блокада левой ножки пучка Гисса, у 4 (19,1 %) — стенокардия напряжения, у 2 (9,5 %) — мерцательная аритмия, у 2 (9,5 %) — острая ишемия миокарда и у 1 (4,8 %) — постоянная форма фибрилляции предсердий. Сопутствующие заболевания у большинства больных находились в стадии суб- или декомпенсации.

Затрудняли своевременную диагностику неотложной хирургической абдоминальной патологии и наличие рубцов на передней брюшной стенке и спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных операций у 12 (57,1 %) пациентов. Из них 5 (23,8 %) больным ранее была выполнена аппендэктомия (ушит разрыв правого яичника, напрасная лапаротомия — 1), у 2 (9,5 %) — грыжесечение с аутогерниопластикой (трижды грыжесечение, традиционная холецистэктомия — 1), у 1 (4,8 %) — традиционная холецистэктомия и у 4 (19,1 %) — экстирпация матки с придатками (грыжесечение, аутогерниопластика — 1).

При поступлении в хирургическую клинику после клинического обследования выполнен общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, длительность кровотечения, ЭКГ. По показаниям осуществляли обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ, мини-лапароскопию. Консультировали у терапевта, невропатолога, анестезиолога. Осуществляли предоперационную всестороннюю подготовку как основного заболевания, так и сопутствующих заболеваний. Проведя эти мероприятия, в течение 1 часа после госпитализации оперировали 14 (66,7 %) пациентов, 2–6 часов — 5 (28,8 %) и 12–24 часа — 2 (9,5 %). При выборе метода анестезии стремились уменьшить её агрессию на организм, отдавая предпочтение у 11 (52,4 %) больных местной анестезии, реже использовали внутривенную тотальную анестезию с ИВЛ — у 7 (33,3 %), местную анестезию с внутривенную тотальную анестезию с ИВЛ — у 1 (4,8 %) и спинномозговую анестезию — у 2 (9,5 %).

Результаты исследований и их обсуждение

Всех обследованных пациентов разделили на две группы.

В группу А включили 11 (52,4 %) больных с ущемлённой наружной вентральной грыжей ввиду отсутствия затруднений в клинической диагностике патологии. Ущемлённая рецидивная вентральная грыжа диагностирована у 2 (18,2 %) пациентов и послеоперационная вентральная грыжа у 2 (18,2 %), у 3 (27,3 %) — пупочная грыжа, у 2 (18,2 %) — паховая грыжа и у 2 (18,2 %) — белой линии живота. После герниотомии установлено эластическое ущемление, из которого у 9 (81,8 %) больных визуализирована ущемлённая петля тонкой кишки (большой сальник Ч 1), у 1 (9,1 %) — поперечная ободочная кишка и у 1 (9,1 %) — большой сальник. Характерным было, что из них у 5 (45,5 %) пациентов имело место ущемление сегмента тонкого кишечника, у 5 (45,5 %) — W-образное ущемление Mairl и у 1 (9 %) — пристеночное ущемление Richter. Осложнение заболевания



констатовано у 5 (45,5 %) больных (острая тонкокишечная непроходимость — 3, диффузный серозно-геморрагический перитонит — 2). Резекция органа, большого сальника, в связи с некрозом осуществлена у 2 (18,2 %) пациентов. Герниопластика полиспаственными швами по Kootz-Бородину выполнена у 5 (45,5 %) больных (аллопластика onlay — 1), край-в-край — у 3 (27,3 %), Postempsky — у 2 (18,2 %) и Сапезко — у 1 (9 %). Умерла 1 (9,1 %) пациентка на 4 сутки после операции от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне крупноочагового кардиосклероза после перенесенных 2 острых инфарктов миокарда в прошлом. Остальные 10 (90,9 %) больных выздоровели.

Группу В составили 10 (47,6 %) пациентов, у которых встретились трудности в своевременной клинической диагностике неотложной хирургической абдоминальной патологии, что потребовало применения инструментальных и аппаратных методов исследования.

Из них у 4 (40 %) больных с перфоративной гастродуоденальной язвой при поступлении предполагали разнообразные диагнозы: у 2 (50 %) — перфоративную язву двенадцатиперстной кишки? (острый холецистопанкреатит — 1), у 1 (25 %) — острое нарушение мезентериального кровообращения и у 1 (25 %) — острую кишечную непроходимость. На обзорной рентгенограмме брюшной полости у 1 (25 %) пациента выявлен свободный газ, а у 3 (75 %) — патологических изменений не обнаружено. Дополнительно 2 (50 %) больным осуществлена мини-лапароскопия и диагностирована перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Все пациенты оперированы, из которых у 3 (75 %) больных ушили перфоративную язву двенадцатиперстной кишки по Островскому и у 1 (25 %) — ушили перфоративную язву задней стенки антрального отдела желудка, ренировали сальниковую сумку и забрюшинное пространство. После санации брюшной полости и малого таза они дренированы. Умерли 3 (75 %) пациентов. Причиной смерти у 2 (66,7 %) больных стал абдоминальный сепсис спустя 5 часов и 4 суток и у 1 (33,3 %) — флеботромбоз глубоких вен левой нижней конечности, тромбоэмболия лёгочной артерии спустя 22 часа. Выздоровела лишь 1 (25 %) пациент.

Острым холециститом страдали 2 (9,5 %) больных. После УЗИ подтверждён острый калькулёзный холецистит у 1 (50 %) пациентки и диагностирован — у 1 (50 %). Осуществлена верхняя срединная лапаротомия по Лэбкеру, холецистэктомия, дренирование брюшной полости по поводу острого гангренозного калькулёзного холецистита, околопузырного

инфильтрата. Дополнительными осложнениями у 1 (50 %) больного была перфорация желчного пузыря и у 1 (50 %) — разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Умерла 1 (50 %) пациентка от абдоминального сепсиса спустя 3 часа и 1 (50 %) — выздоровела.

Атипичная клиническая картина острого аппендицита была у 2 (9,5 %) больных. Рентгенография брюшной полости у 1 (50 %) пациента оказалась неинформативной. Мини-лапароскопия выполнена у 1 (50 %) больного, диагностирован острый деструктивный аппендицит, рыхлый инфильтрат, местный гнойно-фибринозный перитонит. Во время оперативного доступа Волковича-Мак-Бурнея у 1 (50 %) пациента диагностирован острый гангренозный аппендицит (червеобразный отросток замурован в спайках), у 1 (50 %) — острый гангренозный аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка, инфильтрат, местный гнойно-фибринозный перитонит. Выполнена антеградная аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Наступило выздоровление.

Последние 2 (9,5 %) больных с неинформативными данными рентгенографии брюшной полости оперированы с диагнозом разлитого перитонита неясной этиологии. Во время лапаротомии констатована закрытая травма живота. Из них у 1 (50 %) был стерильный жировой панкреонекроз, серозный перитонит, дренирована сальниковая сумка и брюшная полость. Пострадавший выздоровел. Ещё у 1 (50 %) пациента наступил двухфазный разрыв правой доли печени, гемоперитонеум объёмом 1,5 л. Осуществлена передняя гепатопексия по Алфёрову-Хиари-Николаеву, санация и дренирование брюшной полости. Смерть наступила от декомпенсированного шока спустя 7 часов.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 15 (71,4 %) больных и носили множественный характер. Ведущими осложнениями у 6 (40 %) пациентов явился синильный психоз, у 5 (33,3 %) — острая почечная недостаточность, у 2 (13,3 %) — двусторонняя пневмония, у 1 (6,7 %) — флеботромбоз глубоких вен левой нижней конечности, тромбоэмболия лёгочной артерии и у 1 (6,7 %) — острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Выводы

В структуре неотложной хирургической абдоминальной патологии долгожители составили 0,66 %.

Клиническая диагностика неотложной хирургической абдоминальной патологии у 47,6 % долгожителей затруднительна.

Дополнительные методы исследования расширяют своевременную дооперационную ди-



агностику, из которых мини-лапароскопия является наиболее информативной.

Ранняя госпитализация, системное консервативное лечение на всех этапах, выбор ане-

стезии, стремление к мини-доступу, минимальный оперативный приём для коррекции, профилактика возможных осложнений способствуют улучшению результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксакова Е. Возрастная классификация Всемирной организации здравоохранения / Е. Аксакова (02.01.2018). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://agesecrets.ru>>Возраст.
2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. – Ленинград: Медицина, 1972. – 343 с.
3. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците у пациентов пожилого и старческого возраста / С.Н. Завгородний, М.А. Кубрак, А.И. Рылов и др. // Сучасні медичні технології. – 2018. - № 3. – С. 72 – 77.
4. Лапароскопическая холецистэктомия как параллель традиционной холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью ишемического генеза / В.Г. Мишалов, Р.В. Бондарев, В.М. Иванцок, А.В. Динец // Хірургія України. – 2014. - № 4. – С. 35 – 39.
5. Оценка результатов лечения острого деструктивного холецистита после лапароскопической холецистэктомии у больных разных возрастных групп и пути их улучшения у лиц старше 60 лет с сердечной недостаточностью ишемического генеза / В.М. Иванцок, Р.В. Бондарев, А.И. Сопко и др. // Харківська хірургічна школа. – 2015. - № 2. – С. 49 – 51.
6. Пронін В.О. Патологія червоподібного відростка та апендэктомія / В.О. Пронін, В.В. Бойко. – Х.: СІМ, 2007. – 271 с.
7. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: МИА, 2014. – 544 с.
8. Течение хирургических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста с учётом сопутствующей патологии / С.Н. Стяжкина, Л.А. Ермакова, Т.В. Ившина, Л.И. Целишева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - № 7 – 3. – 431 – 434.
9. Хирургические болезни в гериатрии / (Избранные лекции) / Под ред. Б.С. Брискина, С.Н. Пузина, Л.Н. Костюченко. – М.: БИНОМ, 2006. – 336.
10. Elective and emergency abdominal surgery in patients 90 years of age or older / J. Racz, L. Dubois, A. Katckky, W. Wall // Can. J. Surg. – 2012 Oct.; 55(5): 322 – 328.

НЕВІДКЛАДНА
ХІРУРГІЧНА
АБДОМІНАЛЬНА
ПАТОЛОГІЯ У
ДОВГОЖИТЕЛІВ

O. B. Kapshitar

Резюме. Мета дослідження: оцінити результати діагностики та лікування невідкладної хірургічної абдомінальної патології у довгожителів. За 20 років нами прооперований 21 (0,66 %) довгожитель від усіх прооперованих на невідкладну хірургічну абдомінальну патологію. Герніопластика за наявності защемленої грижі була у 11 (52,4 %) хворих, померла 1 (9,1 %) – від серцево-судинної недостатності. Додаткові методи дослідження використали у 10 (47,6 %) пацієнтів. Зашита перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у 4 (40 %) хворих, померли 3 (75 %) – (абдомінальний сепсис – 2, тромбоемболія легеневої артерії – 1). Після традиційної холецистектомії із 2 (9,5 %) пацієнок померла 1 (50 %) – від абдомінального сепсису. Апендектомія у 2 (9,5 %) хворих завершилась видужанням. 3 перитонітом прооперовані 2 (9,5 %) пацієнтів, у яких встановлена закрыта травма живота (двоетапний розрив печінки – 1, стерильний панкреонекроз – 1), помер 1 (50 %) постраждалий від некомпенсованого геморагічного шоку. Із усіх пацієнтів після операції ускладнення виникли у 15 (71,4 %) хворих, померли 6 (28,6 %).

У зв'язку зі стертою клінічною картиною невідкладної хірургічної абдомінальної патології у довгожителів з метою діагностики слід широко використовувати додаткові методи обстеження.

Ключові слова: *довгожителі, невідкладна хірургічна абдомінальна патологія, діагностика, хірургічне лікування.*

EMERGENCY SURGICAL
ABDOMINAL PATHOLOGY
IN CENTENARIANS

A. V. Kapshitar

Summary. Objective: to evaluate the results of diagnosis and treatment of emergency surgical abdominal pathology in long-livers. For 20 years, we operated on 21 (0.66 %) long-liver from all operated on for emergency surgical abdominal pathology. Hernioplasty for a strangulated hernia was in 11 (52.4 %) patients, 1 (9.1 %) died of cardiovascular failure. Additional research methods were used in 10 (47.6 %) patients. A perforated gastric and duodenal ulcer was sutured in 4 (40 %) patients, 3 (75 %) died (abdominal sepsis – 2, pulmonary embolism – 1). After traditional cholecystectomy from 2 (9.5 %) patients, 1 (50 %) died of abdominal sepsis. Appendectomy in 2 (9.5 %) patients ended in recovery. 2 (9.5 %) patients were operated on with peritonitis and a closed abdominal trauma was established (biphasic rupture of the liver – 1, sterile pancreatic necrosis – 1), 1 (50 %) victim of decompensated hemorrhagic shock died. Of all patients after surgery, complications developed in 15 (71.4 %) patients, 6 (28.6 %) died.

In connection with the erased clinical picture of emergency surgical abdominal pathology in centenarians, for the purpose of diagnosis, additional research methods should be widely applied.

Key words: *long-livers, urgent surgical abdominal pathology, diagnostics, surgical treatment.*