

УДК: 613.98: 617-089

ГЕРОНТОЛОГИЯ ХИРУРГИЯДА
(Адабият Жыйынтыгы)

Ашимов Ж.И.¹, Ниязов Б.С.¹, Назиралиев Р.Т.¹, Эраалиев Б.А.², Ниязова С.Б.¹

1. С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту

2. Саламаттык сактоо министрлиги Улуттук хирургиялык борбору
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада адамдардын хирургиялык патологиясы агымынын өзгөчөлүктөрүн, улгайган карыган боюнча адабияттар обзор берилген.

Негизги сөздөр: хирургиялык оорулары, геронтологиялык, гериартрия.

ГЕРОНТОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ
(Обзор Литературы)

Ашимов Ж.И.¹, Ниязов Б.С.¹, Назиралиев Р.Т.¹, Эраалиев Б.А.², Ниязова С.Б.¹

1. Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова,

2. Национальный хирургический центр
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье освещен обзор литературы по особенностям течения хирургической патологии у лиц старческого и пожилого возраста.

Ключевые слова: хирургические заболевания, геронтология, гериартрия.

GERONTOLOGY IN SURGERY
(literature review)

Ashimov J.I.³, Niyazov B.S.¹, Naziraliev R.T.¹, Eraaliev B.A.², Niyazova S.B.¹

1. S.B. Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute retraining and skills

2. National Surgical Center
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: the article reviews the literature on the features of the course of surgical pathology in senile and elderly people.

Key words: surgical diseases, gerontology, geriarthria.

Во всех развитых странах из года в год растет процент пациентов пожилого и старческого возраста, и в настоящее время их доля колеблется от 10 до 15% от всей популяции [6]. По прогнозам исследователей, наиболее быстро будет наблюдаться рост старых людей, в возрасте от 80 лет. В нашей стране старение населения особенно ощутимо, что связано с социально-экономическими сложностями и падением рождаемости. В связи с подобными тенденциями, вопросам геронтологии в общем, и геронтологии в хирургии в частности уделяется особое внимание, так как геронтологические больные являются самой сложной и тяжелой группой пациентов [7].

Геронтология - это наука о старении и продлении жизни. Гериатрия- учение о болезнях лиц пожилого и старческого возраста,

особенностях клинического течения, профилактики, организации медицинской и социальной помощи. [6, 7].

Собственно, старение организма можно определить как универсальный процесс постоянного снижения функционирования сложной открытой самообновляющейся системы во времени, на всех ее уровнях. Во всех случаях старение сопровождается снижением устойчивости организма в целом к неблагоприятным внутренним и внешним факторам. Одним из самых агрессивных факторов воздействия в медицинской практике является хирургическая операция.

У больных пожилого и старческого возраста имеются характерные особенности, затрагивающие все органы и системы организма, которые необходимо учитывать, во время

предоперационной подготовки и на протяжении всего послеоперационного периода. На этих изменениях необходимо остановиться, для лучшего понимания проблемы лечения острой кишечной непроходимости у таких пациентов [3, 10].

У геронтологических больных в основной массе наблюдаются выраженные дегенеративные изменения центральной нервной системы, возникающие за счет недостаточного кровоснабжения ее элементов (уменьшение мозгового кровотока порой достигает 15-20%). Это приводит к прогрессирующему снижению функций как самих нейронов, так и нарушению передачи нервных импульсов различными медиаторами [6]. Этим и обусловлено снижение когнитивной функции у геронтологических больных после оперативных вмешательств, даже в минимальном объеме, при отсутствии особенностей в проведении анестезии и течении раннего послеоперационного периода [7].

Большинство пациентов нуждаются в приеме седативных средств непосредственно перед оперативным вмешательством.

Препараты для премедикации и их дозировка должны быть подобраны индивидуально с тем, чтобы устранить излишнее волнение, но не подавлять дыхание и сердечную деятельность [7].

Операционный риск в целом определяется многими факторами: состоянием пациента, его полом и возрастом, характером и объемом операции, видом и продолжительностью анестезии и самой операции, наличием сопутствующих заболеваний, особенно инфаркта миокарда, ИБС, ГБ, ревматических пороков сердца, легочного сердца, гипотонии, анемии, сахарного диабета, бронхиальной астмы, аллергии, пневмонии.

Самые важные из этих факторов учтены в ряде классификаций операционного риска (классификация Г.А. Рябова, классификация Н.Н. Малиновского, 1973 и др.) [6, 7].

Классификация операционного риска (по Н.Н.Малиновскому, 1973)

Объем операции: небольшой (1 балл); умеренный (2 балла); значительный (3 балла); особые условия, повышающие ее риск (4 балла).

Хирургическая патология: неосложнен-

ные хронические доброкачественные новообразования (0,5 балла); неосложненные острые злокачественные новообразования (1 балл); осложненная хирургическая патология (1,5 балла); крайне тяжелая осложненная хирургическая патология (2 балла).

Сопутствующие заболевания: преимущественно функционального характера (0,5 балла); с органическими изменениями и функциональными нарушениями (1 балл); органические заболевания со стойкой декомпенсацией (1,5 балла); сочетание общих органических изменений со стойкими функциональными нарушениями (2 балла).

Возраст: до 50 лет (0 баллов), 51-60 лет (0,5 балла), 61-70 лет (1 балл), старше 70 лет (1,5 балла).

Степень риска:

I степень -- очень малый (1,5-2 балла);

II степень -- небольшой (2,5-3 балла);

III степень -- умеренный (3,5-4 балла);

IV степень -- большой (5-6,5 балла);

V степень -- крайне высокий (7-9,5 балла).

Учитывая результаты специальных клинических, патофизиологических и социальных исследований у лиц пожилого и старческого возраста, в отношении этой категории больных и инвалидов целесообразно руководствоваться такими классификациями, которые, во-первых, просты в применении, а во-вторых, содержат возрастные критерии и оценку степени тяжести патологии.

Хирургический стресс (или, у других авторов, хирургическая агрессия) приводит к повышению интенсивности нервной импульсации, что, в свою очередь, ведет к нарушению образования нейромедиаторов, и истощению системы адаптационных механизмов, которые в молодом и зрелом возрасте обеспечивают сохранение удовлетворительного функционирования центральной нервной системы [3].

Сердечно-сосудистая система с возрастом также претерпевает серьезные изменения. Ведущий патогенетический фактор этих изменений - атеросклеротическое поражение стенок сосудов. Эти изменения способствуют повышению агрегации тромбоцитов и эритроцитов, параллельно с этим ухудшая эластические свойства, благодаря чему ригидность сосудистой стенки возрастает. Это ведет к ум-

еньшению пропульсивной способности сосудов и росту их общего периферического сопротивления, что в конечном результате приводит к нарушению микроциркуляции всех органов, и их ишемическому поражению [4].

На фоне прогрессирования этого поражения развиваются дегенеративные процессы в нервных окончаниях, что обуславливает расстройство рецепторного аппарата стенки сосудов и уменьшают интенсивность и диапазон физиологических адаптационных реакций. В результате у больных пожилого и старческого возраста замедляются или вообще отсутствуют ответные реакции на волевые и гемодинамические расстройства. Также атеросклеротическим изменениям подвергаются коронарные сосуды, приводя к тяжелым необратимым изменениям миокарда, так, например, ударный объем сердца снижается, по сравнению с лицами молодого возраста на 40% [6]. Одновременно нарушаются систолическая и диастолическая функции миокарда, изменяется функционирование механизма Франка-Старлинга, что является причиной снижения ударного объема. Также наблюдаются дегенеративные изменения в проводящей системе сердца, это, в свою очередь приводит к дисбалансу в работе кардиомиоцитов и снижению множества компенсаторных реакций [8].

Также, в пожилом возрасте выражены изменения со стороны дыхательной системы. Наиболее подвержены дегенеративным процессам стенки альвеол и бронхиол, в них снижается содержание эластина и коллагена, что заметно снижает эластические свойства легких. Нарушается акт дыхания, страдают процессы равномерного распределения воздуха в альвеолах, происходит разобщение вентиляции и перфузии.

Также с возрастом уменьшается мышечная сила основной дыхательной мышцы-диафрагмы, за счет чего уменьшается дыхательный объем, что угнетает вентиляционно-перфузионные отношения [1, 10]. Дегенеративные изменения в слизистой бронхов способствуют снижению активности реснитчатого эпителия и дисфункции мукоцилиарного барьера.

Послеоперационные осложнения со стороны дыхательной системы у геронтологи-

ческих больных по частоте превышают все другие. Бронхиальная астма в анамнезе или выявление пролонгированного выдоха при физикальном обследовании помогут выявить пациента с повышенной опасностью бронхоспазма и нарушенной очисткой бронхиального дерева от секрета, сниженным резервом дыхания (3). Как правило, курильщик нуждается в большем внимании к дыхательной системе в пред- и послеоперационном периоде. Особого внимания требует подготовка больных, страдающих хронической пневмонией с бронхоэктазами (лечебная гимнастика, постуральный дренаж, физиотерапия, ингаляции) [10].

Атеросклеротические процессы в сосудах не обходят стороной печень и почки. Постепенно, под действием хронической ишемии, в них развиваются дегенеративные процессы. Уменьшение числа функционирующих гепатоцитов ведет к ухудшению дезинтоксикационной и белково-синтезирующей функции печени, снижается уровень альбумина. Уменьшение числа функционирующих нефронов способствует снижению клубочковой фильтрации [3, 5, 11, 12].

Тщательная предоперационная оценка сердечнососудистой системы уменьшает в значительной степени частоту послеоперационных осложнений.

Следует иметь в виду возможность наличия каких-либо недиагностированных ранее врожденных дефектов. Если больной перенес инфаркт миокарда, плановая операция на желудке может быть выполнена только после полного выздоровления, но обычно не ранее 3 мес. после инфаркта. Особое внимание следует уделять больным со сниженным ОЦК (после перенесенного кровотечения). Дефицит ОЦК должен быть тщательно восполнен.

Все перечисленные выше механизмы указывают на то, что у больных пожилого и старческого возраста необходима более тщательная предоперационная подготовка, вне зависимости от объема предполагаемой операции, и грамотное ведение послеоперационного периода. В Великобритании в 1999 году проводилось Национальное исследование послеоперационной летальности, при котором было выявлено, что порядка 90% боль-

ных пожилого и старческого возраста, умерших после различных оперативных вмешательств, имели выраженную сопутствующую патологию. [2, 13]

Таким образом, патогенетические механизмы острой кишечной непроходимости и внутрибрюшной гипертензии усугубляют друг друга и, действуя на геронтологических больных, отягощают уже имеющуюся соматическую патологию и приводят к осложнен-

ному течению острой кишечной непроходимости, тяжелым послеоперационным осложнениям, часто ведущим к летальному исходу. В последние десятилетия проводилась масса исследований, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи больным острой кишечной непроходимостью пожилого и старческого возраста, однако добиться существенных успехов в этой области не удалось.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота / Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев // Санкт-Петербург. 2002. – 312 с.
2. Брискин Б.С. Хирургические болезни в гериатрии // [Б.С. Брискин, С.Н. Пузина, Л.Н. Костюченко и соав] // М., Бином, 2006 – С. 17-21.
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника / Ю.М. Дедерер // М., Медицина, 1971 – 272 с.
4. Джаджиев А.Б. Состояние микроциркуляции в стенке кишки при обтурационной кишечной непроходимости и ее влияние на выбор объема и характер операции // автореферат дисс. канд. мед. наук. // М., 2009 – 29 с.
5. Ефименко Н.А. Микроциркуляция и способы ее коррекции / [Н.А. Ефименко, Н.Е. Чернеховская, Т.А. Федорова и др.] // М.: Российская академия последипломного образования. 2003 – С. 109-112.
6. Лабезник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лабезник, В.Н. Дроздов // М.: Анархис, 2003. – С. 3-18.
7. Лабезник Л.Б. Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты) / Л.Б. Лабезник и соавт. // М., 2002. – С. 14-22
8. Михальский В.Е. Вопросы ведения раннего

- послеоперационного периода у больных, оперированных с синдромом острой кишечной непроходимости // автореферат дисс. канд. мед. наук. // М. 1997. 46 с.
9. Тимербулатов В.М. Внутрибрюшное давление при острой непроходимости толстой кишки / В.М. Тимербулатов // Анналы хирургии. - 2008 - №5 – С. 36-39.
10. Чадаев А.П. Значение декомпрессии брюшной полости и уровня интубации тонкой кишки в хирургическом лечении кишечной непроходимости / А.П. Чадаев, А.И. Хрипун // 9-й Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда. – Волгоград, 2000 – С. 330.
11. Cullen D.J. Long M. Cardiovascular, pulmonary and renal effects of massively increased intra-abdominal pressure in critically ill patients // D.J. Cullen, J.P. Coyle, R. Teplick // Crit Care Med, 1989 – P. 118-121.
12. Kovac N. Clinical significance of intraabdominal pressure and abdominal perfusion pressure in patients with acute abdominal syndrome // N. Kovac, M. Siranovic, B. Mazul-Sunko // Signa Vitae 2007 – P. 14-17.
13. Malbrain M.L. Prevalence of intra-abdominal hypertension in critically ill patients: a multicentre epidemiology study / [M.L. Malbrain, D. Chiumello, P. Pelosi et al] // Intensive Care Medicine. 2004 – P. 822-829.

Для корреспонденции:

1. **Ниязов Батырхан Сабитович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии ФУВ КГМИПУПК, 0779294835, E-mail: niyazov1949@mail.ru
2. **Ниязова Салима Батырхановна** – и.о. доцента кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПУПК, тел: 0778381084.