

1. Акулиничев И. Т. Практические вопросы векторкардиоскопии. Медгиз, М., 1960. — 2. Гасилин В. С. Кардиология, 1963, 1. — 3. Журавлева Н. Б. Сб. тр. ин-та усовершенствования врачей им. С. М. Кирова. Л., 1960. — 4. Игнатьева И. Ф. Атеросклероз и инфаркт миокарда. Медгиз, М., 1959. — 5. Кечкер М. И. Клин. мед., 1960, 6. — 6. Кянджунцева Э. А. и Маколкин В. И. Клин. мед., 1960, 6. — 7. Клеменов В. И. Кардиология, 1961, 4. — 8. Рейдерман М. И. Врач. дело, 1961, 12. — 9. Соболева А. В. В кн.: Старость и ее закономерности. Медгиз, Л., 1963.

УДК 616—089—616—053.9

О ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПОЖИЛЫХ

Ю. О. Фурман и А. А. Воробьев

Хирургическое отделение (зав.— Ю. О. Фурман) 1-й городской больницы Н. Тагила (главрач — Н. А. Фарберов)

В связи с увеличением продолжительности жизни населения в нашей стране хирургам все чаще приходится лечить пациентов пожилого и старческого возраста.

В то же время хирургия пожилых имеет много особенностей.

Вопрос о том, кого считать стариками, кого пожилыми, решался различно. Одни считали пожилыми людей в 50 лет, а стариками в 70 лет, другие соответственно в 55 и 75 лет, третьи в 60 и 80 лет.

В 1962 г. в Ленинграде состоялся геронтологический симпозиум, рекомендовавший считать пожилыми лиц от 60 до 75 лет, стариками от 75 до 90 лет и долгожителями — старше 90 лет.

Чаще хирургам приходится иметь дело с острыми хирургическими заболеваниями у пожилых и стариков, но нередко пациенты пожилого и старческого возраста обращаются с заболеваниями, не требующими неотложного оперативного вмешательства (грыжи, зоб, холецистит, облитерирующий эндартериит и др.).

Следует помнить, что у этих больных «трудности начинаются уже с собирания анамнеза» (П. В. Рыжов). Пожилые пациенты часто словоохотливы, но не могут ответить на важные для хирурга вопросы (например, о начале заболевания), путают сроки приступов, ущемлений, кровотечений и т. п. Болевые восприятия у них снижены. Это зачастую приводит к позднему их обращению к врачу, к запоздалому поступлению в стационар и к позднему оперативному вмешательству.

Нередко симптомы заболевания стерты или даже отсутствуют. Нет четкой клинической картины. Чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки во многом затрудняет диагностику заболеваний. Пониженная сопротивляемость организма накладывает свой отпечаток на состояние крови и температуры при наличии воспалительных процессов. Поэтому такие важные ориентиры, как лейкоцитарная формула, лейкоцитоз и температурная кривая, иногда не могут служить вспомогательными методами для подтверждения и уточнения диагноза.

Нередко не удается правильно учесть резервные силы пожилого организма. Даже небольшие оперативные вмешательства могут привести к сердечно-легочной или печеночно-почечной недостаточности, тромбоэмболическим осложнениям в связи со склеротическими процессами в аорте и крупных артериях (сонных, плечевых, бедренных, почечных, мезентериальных и других).

Однако хирурги, опираясь на клиническую картину заболевания, общее состояние организма, результаты лабораторных и вспомогательных методов обследования, должны предвидеть те возможные патофизиологические и биохимические сдвиги в пожилом организме, которые могут наступить при том или ином оперативном вмешательстве.

Огромное значение имеет выбор обезболивания в пожилом и старческом возрасте. Шаблон здесь противопоказан, так как может привести к тяжелым осложнениям.

При местной инфильтрационной анестезии не следует забывать о ее потенцировании, снимающем эмоциональные реакции, несколько снижающем нередко повышенное АД.

Наркоз рекомендуется закисью азота, эндотрахеальный, управляемый, с возможным регулированием глубины и частоты дыхания. Для премедикации с успехом применяются транквилизаторы.

Чрезвычайно опасна для пожилых пациентов гипоксия, которую следует устранять всеми возможными средствами (кислородотерапия, эндотрахеальный наркоз, дыхательная гимнастика, частое проветривание палат и т. п.).

В хирургическом отделении нашей больницы за последние пять лет (1959—1963 гг.) лечилось 7485 больных, из них старше 60 лет — 316 (4,2%). Пожилых было 283 (89,5%), стариков 31 (9,87%) и долгожителей 2 (0,63%).

Из 7169 пациентов в возрасте до 60 лет умерло 28 (0,39%), а из 316 старше 60 лет — 19 (6,0%), т. е. в 15 раз больше. Всего оперировано 213 пациентов старше 60 лет (67,4%), причем 134 из них были оперированы по экстренным хирургическим показаниям (острый аппендицит, острый холецистит, непроходимость кишечника, перфоративная язва желудка и др.).

Послеоперационная смертность у пожилых очень высокая — по нашим данным она составляет 6,4%. Попытаемся расшифровать этот высокий процент.

По поводу острого аппендицита поступило 79 больных. Кратковременное наблюдение дало возможность у 10 исключить воспаление червеобразного отростка. Оперировано 69. Из них четкие признаки острого аппендицита были лишь у 51, стертые — у 18. Нормальное количество лейкоцитов (6—8 тыс.) было у 21 пациента, от 8 до 10 тыс. — у 13, от 10 до 15 тыс. — у 24 и выше 15 тыс. — у 11.

Нормальная температура была у 38 больных, от 37 до 37,5° — у 23 и выше только у 8. Таким образом, более четверти пожилых больных острым аппендицитом поступали с нормальным количеством лейкоцитов и более половины — с нормальной температурой.

Все аппендиксы были подвергнуты микроскопическому исследованию. Макро- и микроскопические диагнозы совпали у 63 больных. Катаральное воспаление отростка — у 14 больных, флегмонозное — у 44, гангренозное — у 7, гангренозное с перфорацией — у 3 и эмпиема отростка — у одного.

Умер один больной.

А., 60 лет, пенсионер. Оперирован через 18 часов от начала приступа и через 2 часа 30 мин. после поступления. Под местной анестезией удален флегмонозно измененный отросток. Первые три дня чувствовал себя удовлетворительно, был активен, сидел. На 4-е сутки появились признаки ишемии левой гемисферы мозга, вскоре развился правосторонний гемипарез. При жизни был диагностирован тромбоз левой сонной артерии на почве атероматоза, размягчение левой гемисферы, правосторонний гемипарез, отек мозга. Умер больной на 6-е сутки. На аутопсии диагноз подтвердился. В области илеоцекального угла патологии обнаружено не было.

Примером пониженной болевой чувствительности и температурной реакции может служить следующее наблюдение.

Б., 67 лет. Заболел 17/III 1963 г. в 12 час. ночи. Появилась нерезкая боль внизу живота, больше над лonom. Лечился горячим молоком с содой. После этого был неоднократно жидкий стул, один раз рвота. Боли в животе почти исчезли. 18/III появились позывы на частые мочеиспускания. Обратился к урологу и был направлен к хирургу. Госпитализирован 19/III в 17 час. 30 мин. (почти через двое суток от начала заболевания). При поступлении температура нормальная, живот в дыхании участвует, симптомов раздражения брюшины нет. Нерезкая боль над лonom и несколько справа.

Заподозрен острый аппендицит. В 22 час. 30 мин., т. е. через 5 час. после госпитализации, больной оперирован под местной анестезией. Найдены гнойно-фибринозный перитонит и гангренозно измененный червеобразный отросток. Большой выздоровел.

Больных с грыжами разных локализаций поступило 82. 60 пациентов были в возрасте 60—75 лет и 22 — старше. Паховых грыж было 52, из них ущемленных 5; бедренных 11, из них ущемленных 5; пупочных 9, из них ущемленных 5; грыж белой линии живота 6; послеоперационных 3; внутренняя 1. Давность заболевания у 2 — 30 лет, у 5 — от 20 до 25 лет, у 9 — от 10 до 13 лет, у 12 — от 5 до 10 лет и у 54 больных от года до 5 лет.

Из 16 больных с ущемленными грыжами в первые 6 часов от начала ущемления поступило 7, от 6 до 24 час. — 3 и позже 24 часов — 6 больных. Ущемление кишечника наблюдалось у 11 больных: у 3 сделана резекция кишечника. У 5 больных ущемился саленник, который во время операции был резецирован. У 4 больных сделана аллопластика апоневроза. После грыжесечений умерло двое больных.

К., 77 лет, домохозяйка, поступила через 8 час. от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе и рвоту. Диагностирована непроходимость кишечника. Срочная лапаротомия под местной анестезией. На операции обнаружено ущемление терминального отдела тонкой кишки в запирательном отверстии (ущемленная запирательная грыжа). Резекция кишечника. Послеоперационное течение осложнилось сердечно-легочной недостаточностью, и при явлениях отека легких больная скончалась. На аутопсии установлено, что анастомоз состоятелен.

В., 89 лет, поступил с правосторонней ущемленной пахово-мошоночной грыжей; ущемление 10-часовой давности. Экстренное грыжесечение под местной анестезией с применением нейроплектиков, типично по Кимбаровскому. На вторые сутки больной вдруг потерял сознание и вскоре скончался. На аутопсии кишечник не изменен. Массивное кровоизлияние в желудочки мозга.

Частой патологией пожилого возраста являются заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы. Хирургическое лечение таких больных является наиболее сложным и трудным. Мы считаем вполне оправданной госпитализацию всех больных с печеночной коликой, гепатохолециститом, острым холециститом и панкреатитом только в хирургическое отделение. Это дает возможность регулярно наблюдать за динамикой заболевания и своевременно оперировать больных.

Из 425 госпитализированных за 5 лет пациентов с острым холециститом старше 60 лет было 89. Всего было оперировано 117 больных, из них 25 пожилых, 5 стариков и 1 долгожитель (мужчин 5, женщин 26). Давность заболевания свыше 10 лет была у 7 больных, от 5 до 10 лет — у 10, от года до 5 лет — у 8 и до года — у 6. 27 больным сделана холецистэктомия, 3 — холецистэктомия и холедохотомия и одному — холецистостомия. У всех были обнаружены конкременты в пузыре и у 3 — в холедохе. Флегмонозное воспаление было у 22, гангренозное — у 8 и эмпиема пузыря — у одного больного. 3 холецистэктомии сделаны под местной анестезией с применением литической смеси, 25 — под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом и 3 — под эндотрахеальным наркозом закисью азота.

Следует отметить, что за 5 лет из 86 прооперированных по поводу холецистита больных в возрасте до 60 лет никто не умер, а из 31 больного старше 60 лет умерло 6. Из них от пневмонии в послеоперационном периоде умерло 2 больных, от сердечно-легочной недостаточности — 2, от перитонита — одна и от билиарного цирроза печени — одна. Таким образом, только одна умерла от хирургического осложнения операции — от перитонита.

С острым панкреатитом госпитализировано 17 больных старше 60 лет, в том числе 3 старше 75 лет. У всех больных диастаза мочи была 512—1024 и выше. Острый отек поджелудочной железы диагностирован у 14, острый гнойно-некротический панкреатит — у 3 больных. Эти больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Все 3 больных умерли в послеоперационном периоде от панкреонекроза и интоксикации.

Перфоративная язва желудка наблюдалась нами у 80 больных, из них 5 были старше 60 лет. Все мужчины. 2 поступили в первые 6 час., 3 — в первые сутки. Все были оперированы. Сделано ушивание перфоративного отверстия. Осложнений в послеоперационном периоде не было, больные поправились.

К тяжелой патологии следует отнести непроходимость кишечника. Резкое нарушение водно-солевого и белкового равновесия организма на фоне слабой сопротивляемости и недостаточности резервных сил нередко приводит в послеоперационном периоде к смертельным исходам.

Всего поступило с непроходимостью кишечника 133 больных, в том числе старше 60 лет — 21. Оперировано 46, в том числе 11 пожилых. Из них спаечная непроходимость была у 6 больных, заворот тонкого кишечника — у 2, заворот сигмы — у 1, узлообразование — у 1 и obturatorная непроходимость — у 1. В послеоперационном периоде один больной умер от дегенеративных изменений внутренних органов и один — от кровоизлияния в мозг.

ВЫВОДЫ

Хирургия пожилых является одной из недостаточно разработанных глав хирургии и смежных дисциплин.

Необходимо дальнейшее глубокое изучение патофизиологических и биохимических сдвигов в пожилом организме под влиянием оперативной травмы и обезболивания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астрожников Ю. В. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у пожилых людей, г. Владимир, Облиздат, 1962.
2. Рыжов П. В. и Голигорский С. Д. Неотложная хирургическая помощь в пожилом и старческом возрасте. Кишинев, Книгоиздат, 1956.
3. Стручков В. И. и Долина О. А. Хирургия, 1961, 4.
4. Фурман Ю. О. Казанский мед. ж., 1963, 3; 1963, 5.

УДК 616.071—001.5

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

У. Я. Богданович

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Открытые переломы бедра в мирное время встречаются сравнительно редко (по Л. И. Шулуто, 1958, они составляют 3% всех открытых переломов костей). В Центральном институте травматологии и ортопедии с 1924 по 1957 г. лечилось 58 больных с открытым переломом (Н. Н. Приоров, 1958), а в клинике госпитальной хирургии Минского медицинского института за 18 лет — 21 больной (И. Ф. Бородин, 1963). По нашим данным, открытые переломы бедра составили 7% всех переломов бедренной кости.

Сведения о результатах лечения открытых переломов бедра, имеющиеся в литературе, касаются в основном небольшого числа больных и весьма разноречивы. Как правило, приводятся обобщенные исходы, относящиеся к лечению качественно различных видов повреждений. Одной из главных причин этого является различное тол-