

УДК 616-089

## ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

С.К. Макулбекова, С.А. Анкудинова, А.В. Богданов

Представлены данные о частоте сопутствующей патологии в экстренной хирургии. Проведен анализ историй болезни больных с острым желудочным кровотечением и острым или хроническим панкреатитом.

*Ключевые слова:* полиморбидность; желудочное кровотечение; острый панкреатит.

---

## POLIMORBIDNOST PATIENTS IN THE EMERGENCY SURGERY

S.K. Makulbekova, S.A. Ankudinova, A.V. Bogdanov

It is submitted data on frequency of the accompanying pathology in the emergency surgery. It is considered the analysis of clinical records of patients with sharp gastric bleeding and sharp or chronic pancreatitis

*Key words:* polimorbidnost; gastric bleeding; sharp pancreatitis.

Наличие одновременно нескольких заболеваний в различных стадиях – полиморбидность, характерно для пациентов старшей возрастной группы [1]. В экстренной хирургии это связано с решением вопроса о проведении операции, рационального объема хирургического вмешательства, хирургического доступа и адекватности обезболивания [1].

Возраст больного не является противопоказанием к оперативному пособию, но по характеру инволюционных изменений органов и систем полиморбидность заставляет рассматривать эту категорию больных как наиболее неблагоприятную в плане развития различных осложнений [2].

Возраст человека является основным условием полиморбидности и приходится на молодой (30–45 лет) и средний (46–60 лет) возраст, а результат суммарного накопления и период яркой клинической демонстрации проявляются в возрасте от 45 лет. Дальнейшие прожитые годы лишь добавляют количество болезней [3].

Цель настоящего исследования – изучить сопутствующую патологию в экстренной абдоминальной хирургии у лиц средней и старшей возрастных групп.

**Материал и методы.** Нами был проведен анализ 41 истории болезни пациентов, поступивших в реанимационное отделение городской больницы № 7 города Алматы.

Все больные были условно разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты,

поступившие с острым желудочным кровотечением, вызванным язвенным процессом в желудке и в луковице 12-перстной кишки (18 больных). Вторую группу составили пациенты, поступившие с острым и хроническим воспалительным процессом в поджелудочной железе (23 пациента).

Первая группа была, в свою очередь, условно разделена на 2 подгруппы, в зависимости от возраста – до 60 и после 60 лет, что составило 8 и 10 пациентов соответственно.

Средний возраст больных первой группы колебался от 32 до 76 лет и в среднем составлял  $44,3 \pm 4,1$  года.

Все больные обследовались с обязательным проведением эндоскопического исследования, электрокардиографии, ультразвукового исследования внутренних органов, анализов крови, мочи, печеночных и почечных тестов, сахара крови.

Вторую группу (23 пациента) составили больные с острым и хроническим воспалительным процессом в поджелудочной железе. Средний возраст колебался от 26 до 81 года, в среднем  $56,5 \pm 2,5$  года.

Вторая группа также была условно разделена на 2 подгруппы в зависимости от возраста: до 60 лет – 11 больных и старше 60 лет – 12 пациентов. Всем больным также проводилось обследование, включающее эндоскопическое, ультразвуковое исследование внутренних органов, электрокардиографическое, анализы мочи, крови, биохимические анализы печени и почек, 6 больным проведена рентгеновская компьютерная томография.

Статистическая обработка полученных данных проводилась факторным анализом с помощью пакета программ SPSS, statistics 7. Этот метод многомерной математической статистики создавался в начале века для нужд психологии. С помощью факторного анализа устанавливается связь одной переменной с изменением другой, обнаруживаются основные факторы, лежащие в основе указанных изменений [4]. Достоверность вычислялась методом вариационной статистики с учетом коэффициента Стьюдента – Фишера.

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных данных показывает, что из 18 больных, поступивших в реанимационное отделение с клиникой желудочного кровотечения, у 17 человек при эндоскопическом исследовании желудка были выявлены язвенные дефекты, осложненные кровотечением. У 12 пациентов язва локализовалась в желудке, у 5 – в луковице 12-перстной кишки. У одного больного с язвенной болезнью луковицы 12-перстной кишки кровотечение сочеталось с перфорацией.

Из 18 больных 6 пациентам проведено хирургическое лечение в виде резекции желудка (2 пациентам) и ушивание язвы (4 больным). Остальным 12 пациентам проводилась консервативная терапия, направленная на остановку кровотечения: переливание крови и кровезаменителей, плазмы, кровоостанавливающих препаратов, а также препаратов противоязвенного направления. Среди 18 больных летальных исходов не было.

По данным эндоскопического исследования, у 12 больных язвы локализовались в желудке: в области угла – 4 случая; теле желудка – 4 случая; в антральном отделе – 4 случая. Из них у 2 больных язвы в антральном отделе были множественными. У 6 больных язвы локализовались в луковице 12-перстной кишки, из них у одного пациента сопровождалась перфорацией дна язвы.

У всех больных, учитывая кровотечение, содержание гемоглобина было сниженным, в среднем  $105,3 \pm 10,6$  г/л.

Биохимические показатели функции печени были в пределах нормы у 16 больных (88,9 %), и только у 2 больных значительно превышали нормальные показатели (билирубин 29 и 30 мкмоль/л, АСТ АЛТ больше 1,0).

Что касается содержания сахара в крови, то картина была иная: только у 5 больных показатели были в пределах нормы, у остальных 11 пациентов (61,1 %) содержание сахара колебалось от 7,0 до 10,0 моль/л, в среднем  $8,2 \pm 0,7$ .

Очень заметные отклонения были практически у всех пациентов на ЭКГ. Только у одного больного на ЭКГ не было выявлено особых откло-

нений, у остальных 17 пациентов (94,4 %) обнаружены рубцовые изменения после перенесенного инфаркта миокарда (5 больных), ИБС стенокардия напряжения (8 больных), миокардиодистрофия (2 пациентов), состояние после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии (1 больной), нарушение ритма (1 пациент).

Камни почек обнаружены у 2 больных, пиелонефрит у 6 пациентов.

Артериальная гипертензия обнаружена у 16 больных.

При ультразвуковом исследовании внутренних органов были обнаружены следующие отклонения: у 4 больных состояние после холецистэктомии, у 2 – цирроз печени, пиелонефрит – у 6, камни почек – у 2, хронический гепатохолецистит – у 2 и только у 2 пациентов по данным УЗИ отклонений не было.

В таблице 1 представлена сопутствующая патология у больных с язвенным процессом в желудке и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением. Как видно из таблицы 1, наибольшая патология ложится на заболевания сердечно-сосудистой системы в виде перенесенного инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, ИБС. На втором месте из сопутствующей болезни – сахарный диабет. Причем, в подгруппе больных старше 60 лет данные изменения встречаются значительно чаще, чем у больных более молодого возраста ( $P \leq 0,01$ ).

Наличие такой патологии усугубляет состояние больного, ограничивает возможности хирургического вмешательства, затрудняет лечение данной категории больных.

Таким образом, у больных с острым язвенным кровотечением, наиболее часто имеется сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета. Бронхолегочная патология чаще наблюдаются у пациентов старшей возрастной группы.

Вторую группу пациентов (23 больных), поступивших в отделение реанимации, составили пациенты с клиническими проявлениями «острого живота» и после обследования был поставлен диагноз – острый панкреатит (рисунок 1).

Возраст больных колебался от 26 до 55 лет, в среднем  $55,1 \pm 2,9$  года. Условно все пациенты были разделены на 2 подгруппы, в зависимости от возраста: до 60 лет – 10 человек и старше 60 – 13.

Всем пациентам были произведены обследования: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы функциональных показателей печени и почек, ЭКГ, УЗИ внутренних органов. Из 23 больных гастроскопия проведена у 15 больных (65,1 %), только 4 больным проведена магниторе-

Таблица 1 – Факторы, связанные с феноменом полиморбидности у больных с острым желудочным кровотечением

| Сопутствующие заболевания              | Пациенты среднего возраста   |                    | Пациенты старше 60 лет        |                    | P             |
|--|------------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|---------------|
|  | кол-во больных (n=8, 44,4 %) | факторная нагрузка | кол-во больных (n=10, 55,5 %) | факторная нагрузка |               |
| Артериальная гипертензия               | 7 (87,5%)                    | 0,89               | 9 (90%)                       | 0,98               | $P \geq 0,05$ |
| ИБС, перенесенный инфаркт              | 3(32,2%)                     | 0,67               | 6 (60%)                       | 0,84               | $P \leq 0,05$ |
| Патология почек                        | 3 (32,2%)                    | 0,65               | 5 (50%)                       | 0,72               | $P \leq 0,05$ |
| Сопутствующая бронхолегочная патология | -                            | -                  | 2(33,3%)                      | 0,24               | $P \leq 0,05$ |
| Патология печени и желчного пузыря     | 1(12,5%)                     | 0,2                | 1 (10%)                       | 0,18               | $P \geq 0,05$ |
| Сахарный диабет                        | 3(37,5%)                     | 0,412              | 8 (80%)                       | 0,87               | $P \leq 0,01$ |

Примечание. P – дается между пациентами возрастных групп.

Таблица 2 – Биохимические показатели

| Исследуемые показатели | Количество больных до 60 лет (n=10) | Количество больных старше 60 лет (n=13) |
|------------------------|-------------------------------------|---|
| Гемоглобин, г/л        | $122,5 \pm 7,4$                     | $129,2 \pm 6,3; P \geq 0,5$             |
| Лейкоциты, г/л         | $11,6 \pm 1,9$                      | $13,2 \pm 2,2; P \geq 0,5$              |
| Билирубин, мкмоль/л    | $14,5 \pm 1,4$                      | $17,9 \pm 1,1; P \leq 0,5$              |
| Трансамилаза, ед/л     | $9,1 \pm 0,9$                       | $11,6 \pm 0,9; P \leq 0,5$              |
| АЛТ, ед.               | $22,6 \pm 1,3$                      | $34,2 \pm 2,2; P \leq 0,001$            |
| АСТ, ед.               | $16,4 \pm 2,8$                      | $27,9 \pm 2,6; P \leq 0,01$             |
| Сахар крови, моль/л    | $5,4 \pm 0,4$                       | $5,6 \pm 2,1; P \geq 0,05$              |

Примечание. P – дается по сравнению с группой больных до 60 лет.

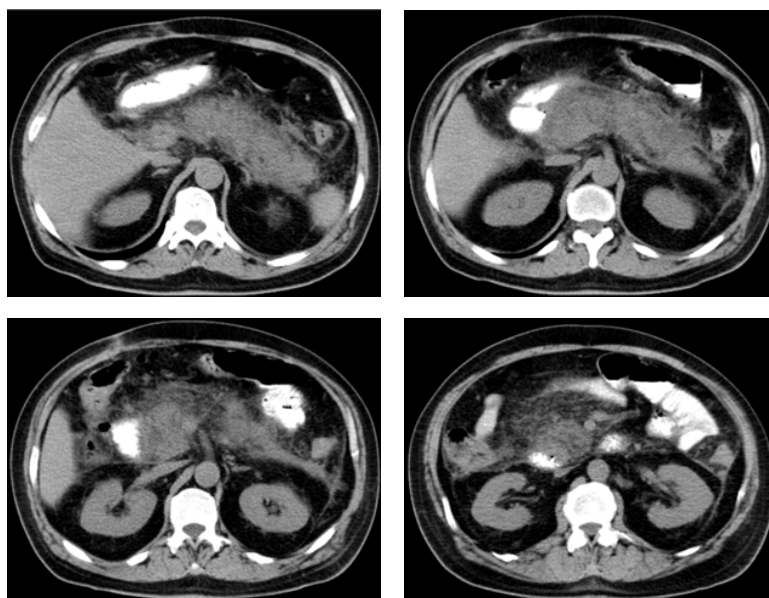


Рисунок 1 – РКТ с *per os* контрастированием. Острый панкреонекроз. Определяется тотальное, достаточно равномерное увеличение железы в размерах поджелудочной, «размытость» ее переднего контура в сочетании с понижением КТ-плотности, гидрофильная инфильтрация паранепанкреатической жировой клетчатки по типу «dirty fat», утолщение фасции Герота, паранефральная жировая клетчатка не изменена, контуры контрастированной 12-перстной кишки умеренно компримированы

Таблица 3 – Сопутствующая патология у больных с острым панкреатитом

| Сопутствующие заболевания              | Пациенты среднего возраста    |                    | Пациенты старше 60 лет, n=10 (55,5 %) |                    | P              |
|--|-------------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------|
|  | кол-во больных (n=10, 43,5 %) | факторная нагрузка | кол-во больных (n=13, 56,5 %)         | факторная нагрузка | P              |
| Артериальная гипертензия               | 2 (20 %)                      | 0,34               | 7 (53,8 %)                            | 0,87               | $P \leq 0,01$  |
| ИБС, перенесенный инфаркт              | -                             |                    | 4 (30,7 %)                            | 0,64               | $P \leq 0,001$ |
| Пиелонефрит                            | 2 (20 %)                      | 0,34               | 3 (23,0 %)                            | 0,42               | $P \geq 0,05$  |
| Сопутствующая бронхолегочная патология | -                             | -                  | 1 (7,7 %)                             | 0,19               |                |
| Патология печени и желчного пузыря     | 7 (70 %)                      | 0,82               | 12(92,3 %)                            | 0,98               | $P \leq 0,05$  |
| Сахарный диабет                        | 2 (20 %)                      | 0,34               | 4 (30,7 %)                            | 0,46               | $P \geq 0,05$  |
| Состояние после холецистэктомии        | 1 (10 %)                      | 0,19               | 2 (15,4 %)                            | 0,22               | $P \geq 0,05$  |

зонансная томография (17, 4 %) и 2 больным компьютерная томография (13,0 %).

Все больные поступали с жалобами на острую боль в животе, опоясывающего характера (21 больной, 91,3 %), жидкий стул (18 больных, 78,3 %), повышение температуры (16 больных, 69,5 %), вздутие живота (15 больных, 65,2 %). Все больные получали консервативную терапию и были выписаны с улучшением, один больной с панкреонекрозом умер.

В таблице 2 представлены биохимические показатели печени и почек, содержания гемоглобина, лейкоцитов. У лиц старшей возрастной группы содержание билирубина, трансаминазы, АЛТ-и АСТ-показатели статистически достоверно выше, что говорит о более значительных нарушениях, происходящих в организме при панкреатите у данной категории больных.

Из сопутствующих заболеваний наиболее выраженные изменения наблюдаются у больных старше 60 лет в виде артериальной гипертензии, значительных функциональных нарушений со стороны печени, состояния после холецистэктомии, перенесенного инфаркта миокарда. В табли-

це 3 представлена картина сопутствующей патологии у больных с панкреатитом.

При панкреатите как сопутствующая патология наиболее часто встречаются нарушения со стороны печени, артериальная гипертензия.

Таким образом, исходя из анализа, мы видим, что полиморбидность, присутствующая при язвенных кровотечениях желудка и воспалении со стороны поджелудочной железы, является усугубляющим фактором течения основного заболевания.

#### Литература

1. Брискин Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых людей / Б.С. Брискин, О.В. Ломидзе // Клиническая геронтология. 2008. № 4. С. 30–34.
2. Дранчой М.Г. Возрастные болезни / М.Г. Дранчой. М., 2007. 738 с.
3. Лазебник Л.Б. Новости медицины и фармации / Л.Б. Лазебник. 2007. Т. 1 (205).
4. Рыбалко В.В. Параметрическое диагностирование энергетических объектов на основе факторного анализа в среде STATISTICA / В.В. Рыбалко // Науч.-практ. журнал ExpotentaPro. 2004. № 2 (6).