

# THE NATURE OF THE ACCOMPANYING PATHOLOGY AT PERSONS OF SENILE AGE, AT FEMUR FRACTURES

Anarkulov B.<sup>1</sup>, Ozonova E.<sup>2</sup>, Sarymsakov T.<sup>3</sup>, Suerkulov B.<sup>4</sup>

## ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Анаркулов Б. С.<sup>1</sup>, Озонова Э. Р.<sup>2</sup>, Сарымсаков Т. Б.<sup>3</sup>, Суеркулов Б. Т.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Анаркулов Бектур Суёоркулович / Anarkulov Bektur – доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделением, отделение травматологии №1;

<sup>2</sup>Озонова Эльмира Рапильевна / Ozonova Elmira – врач анестезиолог, отделение реанимации и анестезиологии;

<sup>3</sup>Сарымсаков Талант Бектемирович / Sarymsakov Talant – кандидат медицинских наук, заведующий отделением, отделение премного блока,

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии;

<sup>4</sup>Суеркулов Бахтияр Турдукулович / Suerkulov Bakhtiar – ассистент, кафедра травматологии и ортопедии,

Кыргызско-Российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Аннотация:** проведен ретроспективный анализ у 70 больных, сопутствующей патологии у лиц старческого возраста, оперированных по поводу переломов бедренной кости в БНИЦТО с 2006-2016 гг. Возраст больных варьировал от 75 до 90 лет, средний возраст составил 80,44±4,5 года. В большинстве случаев у всех больных имеется сочетание нарушений 2-3 жизненно-важных систем организма (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, атеросклероз, постинфарктное состояние). Все больные имели высокую степень операционно-анестезиологического риска по ASA (III и IV).

**Abstract:** the retrospective analysis at 70 patients of the accompanying pathology at the persons of senile age operated concerning fractures of a femur in BNITsTO since 2006-2016 is carried out. The age of patients varied from 75 to 90 years, middle age made 80,44±4,5 years. In most cases all patients have a combination of disturbances of 2 - 3 vital systems of an organism (an idiopathic hypertension, a coronary disease of heart, an atherosclerosis, a postinfarction state). All patients had high degree of operational and anesthesiology risk on ASA (III and IV).

**Ключевые слова:** старческий возраст, переломы бедренной кости, сопутствующая патология, анестезиологический риск.

**Keywords:** senile age, fractures of a femur, the accompanying pathology, anesthesiology risk.

### Актуальность

Процесс старения тесно связан с постоянным увеличением числа пациентов, страдающих различными заболеваниями, в том числе и присущими только пожилому и старческому возрасту [3]. По данным эпидемиологических исследований, характерным является мультиморбидность, т. е. сочетание нескольких болезней, имеющих хронический характер, плохо поддающихся медикаментозному лечению [2, 4]. Наличие сопутствующей патологии у стариков, в конечном счете, влияет, как на исход заболевания, так и на фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных препаратов, в том числе и анестетиков [1, 5].

### Материалы и дизайн исследования

Нами было изучено течение анестезии у 70 пациентов старческого возраста, от 75 до 90 лет, прооперированных в БНИЦТ и О, г. Бишкек, в период с 2006 по 2016 гг., по поводу переломов бедра. Средний возраст больных составил 80,44±4,5 года.

После предварительного осмотра и при необходимости проведенной предоперационной подготовки, с целью определения степени тяжести операционно-анестезиологического риска в наших исследованиях мы использовали шкалу Американской ассоциации анестезиологов (ASA) (табл.1).

Таблица 1. Распределение больных по степени операционно-анестезиологического риска по ASA

№	Определение степени операционно-анестезиологического риска	Кол-во больных	Удельный вес, %
1	I	-	-
2	II	18	25,7
3	III	37	52,8
4	IV	15	21,5
5	V	-	-
	Итого:	70	100

Как видно из приведенных данных практически здоровых людей в наших наблюдениях нет. Статистически достоверных различий риска анестезии по ASA среди исследуемых групп не было ( $p>0,05$ ).

Больше половины 52,8% составляют лица III ст. степени, лиц со II ст. - 18 больных, что составило 25,7% и наиболее тяжелая группа это лица IV ст. - 15 больных (21,5%).

При этом сопутствующие заболевания были выявлены в 100% случаев. Нами был изучен характер сопутствующей патологии, отягощающий в некоторых случаях течение основного заболевания (табл. 2).

Таблица 2. Структура сопутствующих заболеваний

№	Сопутствующая патология	Кол-во больных	Удельный вес, %
1	Сердечно-сосудистая система (ССС)	32	45,7
2	ССС+заболевания головного мозга	5	7
3	ССС+заболевания дыхательной системы	18	25,8
4	ССС+заболевания ЖКТ	4	5,8
5	ССС+СД+ЖДА	3	4,2
6	ССС+заболевания мочеполовой системы	8	11,5
7	Итого:	70	100

Как видно из данной таблицы у всех больных были выявлены различной степени тяжести изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Статистически значимых различий по сопутствующим патологиям не выявлено ( $p > 0,05$ ). 45,7% - составили заболевания сердечно-сосудистой системы. 54,3% - сочетанная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы и других жизненно важных систем организма). В связи с этим, все больные перед операцией и в раннем послеоперационном периоде были по необходимости осмотрены терапевтом, кардиологом, эндокринологом, невропатологом, нефрологом (табл. 3).

Таблица 3. Детальный анализ сопутствующей патологии

№	Сопутствующая патология	Кол-во больных	Удельный вес, %
1	КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. Артериальная гипертензия. СНФК II - III.	15	21,45
2	Гипертоническая болезнь – III ст. очень высокого риска. КБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III.	2	2,8
3	Гипертоническая болезнь – III ст. очень высокого риска. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК II - III.	15	21,45
4	Гипертоническая болезнь – III ст. очень высокого риска. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III. Дисциркуляторная энцефалопатия по смешанному типу. Обострение хронического гепатита. МКБ. Хронический пиелонефрит. ЖДА.	1	1,4
5	Гипертоническая болезнь III ст. очень высокого риска. Последствия ишемического инсульта с правосторонним гемипарезом. Дисциркуляторная энцефалопатия. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III. Нарушение жирового обмена. ХОЗЛ.	1	1,4
6	КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - II. Дисциркуляторная энцефалопатия. Болезнь Альцгеймера. ХОЗЛ.	1	1,4
7	ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - II. Хронический пиелонефрит.	1	1,4
8	Последствия перенесенного инсульта. СД II типа, тяжелое течение. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III. Острый кровотоочащий геморрой. ЖДА.	1	1,4
9	КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК – II - III. Хронический обструктивный бронхит в стадии неполной ремиссии. Пневмофиброз. Дыхательная недостаточность II - III ст.	18	25,8
10	Гипертоническая болезнь II – III ст. очень высокого риска. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз	4	5,8

	аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Хронический панкреатит.		
11	Гипертоническая болезнь II – III ст. очень высокого риска. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III. Сахарный диабет II типа, тяжелое течение. ЖДА.	3	4,2
12	Гипертоническая болезнь II – III ст. очень высокого риска. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных сосудов. СНФК - III. МКБ. ХОЗЛ. Хронический пиелонефрит в стадии неполной ремиссии.	8	11,5
13	Итого:	70	100%

Как видно из данной таблицы практически у всех больных (100%) имеются различной степени тяжести нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, атеросклероз, постинфарктное состояние) в сочетании с патологиями других органов.

#### **Результаты и их обсуждения**

Мы выделили наиболее значимые и существенные изменения со стороны других органов, которые явились отягощающим фактором при проведении анестезии и оперативного лечения. В пяти случаях, что составило 7% от общего числа обследуемых больных мы отдельно в каждом случае выделили сочетание поражения сердечно-сосудистой системы с заболеваниями головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия, болезнь Альцгеймера, последствия ишемического инсульта, ЗЧМТ, сотрясение головного мозга), так как эта категория больных была на наш взгляд самой тяжелой и непредсказуемой, как в плане анестезиологического обеспечения, так и в ближайшем послеоперационном периоде. 18 больных, что составило 25,8% были лица с заболеваниями легких (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с различной формой дыхательной недостаточности). 4 больных (5,8%) наряду с нарушениями сердечно-сосудистой системы имелись в анамнезе хронические заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны (хронический гастрит, ЖКБ, хронический калькулезный холецистит в фазе ремиссии). 3 пациентов (4,2%) были с явлениями сахарного диабета II типа, тяжелого течения. И 8 пациентов (11,5%) составили лица с нарушениями сердечно-сосудистой системы, отягощенные заболеваниями мочевыделительной системы (хронический цистит, хронический пиелонефрит в стадии неполной ремиссии). Случаев послеоперационных летальных исходов в изучаемых нами градациях не было.

#### **РЕЗЮМЕ**

Практически у всех больных имеется сочетание нарушений 2-3 жизненно-важных систем организма. Все больные имели высокую степень операционно-анестезиологического риска по ASA (III и IV). Практически, как 100% исходно, так и в раннем послеоперационном периоде наблюдаются в первую очередь серьезные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Которые в свою очередь обусловлены, как проведением анестезии, так и обострением сопутствующих хронических заболеваний. Среди которых в наших наблюдениях особое внимание уделяется нарастанию общемозговой симптоматики, изменений дыхательной и выделительной систем. Наличие сопутствующей предоперационной патологии означает повышенный риск осложнений тем больший, чем старше возраст и градация ASA. Нет общепринятых рекомендаций в отношении того, какая анестезия предпочтительнее, общая или регионарная, везде подход строго индивидуальный. У стариков необходимо избегать избыточной премедикации, грубых гемодинамических нарушений, а также гипервентиляции. В послеоперационном периоде, также важно помнить об опасности гипоксии, гипотермии. Осложнения со стороны почек и сердца, развивающиеся на 1-й и 3-5-й дни послеоперационного периода, могут усугубиться и привести к почечной или сердечной недостаточности и в конечном итоге летальному исходу.

#### **Литература**

1. *Андреев Ю. В.* Влияние некоторых видов общей анестезии на сердечно-сосудистую систему у хирургических больных пожилого и старческого возраста / Ю. В. Андреев, С. Г. Цимбалов, И. В. Веденина // Анестезиология и реаниматология, 1998. №6. С. 3-6.
2. *Крылов А. А.* Артериальная гипертензия и возраст: Решаемые и не решаемые вопросы: Лекция / А. А. Крылов // Российский семейный врач, 2002. № 3. С. 10-14.
3. *Рябов Г. А.* Пожилой больной. Объективная оценка состояния с точки зрения анестезиолога / Г. А. Рябов, Ю. С. Серегин // Тез. 3-го Всесоюз. Съезда, г. Рига, 1983, С. 378- 380.
4. *Страссер Т.* Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых. Всемирная организация здравоохранения / Т. Страссер // Пер. с англ. Женева, 1988. С. 62-64.
5. *Федоровский Н. М.* К вопросу об анестезиологическом обеспечении и интенсивной терапии больных пожилого и старческого возраста / Н. М. Федоровский, В. М. Косаченко, Н. К. Коллюцкий // Медицинская помощь, 2004. № 2. С. 34-37.