

Повышение эффективности метода склеротерапии в амбулаторном лечении геморроя у лиц пожилого и старческого возраста

© А.И. РЯГУЗОВА², А.П. ОСТРОУШКО¹, А.А. АНДРЕЕВ¹, А.Ю. ЛАПТИЁВА¹

¹Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Российская Федерация

²Медицинский центр «S ClassClinic», Воронеж, Российская Федерация

Актуальность. В популяции количество людей пожилого и старческого возраста составляет около 15%, но на них приходится около 50% скорпомощных и 85% плановых госпитализаций в хирургические стационары. Одной из наиболее частых причин обращения больного к хирургу являются проявления геморроя, которым болеют 10-36% населения с увеличением их количества с возрастом.

Цель исследования. Улучшение результатов амбулаторного лечения больных пожилого и старческого возраста с внутренним геморроем II-III стадий путем оптимизации метода склеротерапии и показаний к его назначению.

Материал и методы. Анализированы результаты амбулаторного лечения 60 больных пожилого и старческого возраста по поводу хронического геморроя II-III стадий. Больные были разделены на 2 группы исследования. В контрольной группе (30 больных) проводили стандартное лечение, включающее проведение склеротерапии внутренних геморроидальных узлов 3% раствором этоксисклерола в два этапа, в основной группе (30 больных) – для выполнения склеротерапии использовали 1% раствор этоксисклерола в три этапа, показанием для ее назначения считали низкую комплаентность у пациентов, наличие анемии, невозможность отмены антиагрегантных препаратов, продолжающееся кровотечение. Группы были допустимы для сравнения.

Результаты. В основной группе отмечалось уменьшение выраженности послеоперационного болевого синдрома на 36,8%, послеоперационных осложнений с 20,0% до 6,7%, среднего срока временной нетрудоспособности с $1,8 \pm 0,4$ до $1,0 \pm 0,5$ суток, частоты рецидивов заболевания через 6 месяцев после проведения склеротерапии с 10% до 6,7% по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Предложенные подходы повышения эффективности метода склеротерапии в лечении геморроя у лиц пожилого и старческого возраста позволили снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома, процент послеоперационных осложнений, а также частоту рецидивов заболевания.

Ключевые слова: геморроидальная болезнь; склеротерапия; лечение лиц пожилого и старческого возраста

Increased Effectiveness of Sclerotherapy as a Treatment Option for Hemorrhoidal Disease in the Elderly and Senile Outpatients

© A.I. RYAGUZOVA², A.P. OSTROUSHKO¹, A.A. ANDREEV¹, A.YU. LAPTIYOVA¹

¹N.N. Burdenko Voronezh state medical University, Voronezh, Russian Federation

²Medical center "S ClassClinic", Voronezh, Russian Federation

Background. The number of elderly and senile people is about 15% in the population. Together they account for 50% of emergency and 85% of planned hospital admissions to surgical hospitals. One of the most common causes for a patient to see a surgeon is manifestations of hemorrhoids, which affect 10-36% of the population (number increases with age).

The aim of the study is to improve results of the outpatient treatment of elderly and senile patients with internal hemorrhoids stages II-III by optimizing the method of sclerotherapy and indications for its application.

Material and methods. The results of outpatient treatment of 60 elderly and senile patients for chronic hemorrhoids stages II-III were analyzed. The patients were divided into 2 groups. In the control group (30 patients) standard treatment was performed, including sclerotherapy of internal hemorrhoids with 2-3% solution of aethoxysklerol. One-percent solution of aethoxysklerol was used to perform sclerotherapy in the main group (30 patients). The indication for its administration was low compliance in patients and/or presence of anemia, inability to cancel antiplatelet drugs, continued bleeding. Groups were valid for comparison.

Results. There was a decrease in the severity of postoperative pain syndrome by 36.8%, postoperative complications from 20,0% to 6,7%, the average period of temporary disability was from 1.8 ± 0.4 to 1.0 ± 0.5 days, the frequency of relapses of the disease in 6 months after sclerotherapy was from 10% to 6.7% in the main group compared to the control one.

Conclusion. The proposed method reduces the intensity of postoperative pain, the percentage of postoperative complications and the frequency of relapses of the disease.

Keywords: haemorrhoids; sclerotherapy; treatment of elderly and senile age people

В популяции количество людей пожилого и старческого возраста составляет около 15%, но на них приходится около 50% скорпомощных и 85% плановых госпитализаций в хирургические стационары [8, 9]. Одной из наиболее частых причин обращения больного к хирургу являются проявления геморроя, к которому предрасположены более 70% населения Земли, а болеют 10-36% населения с увеличением их количества с возрастом [1-7]. У возрастных пациентов наблюдаются: инволюция нефронов, снижение детоксикационной и дыхательной функций, упругости, тонуса мышечной стенки и перистальтики кишечника, дисбактериоз, анемия, сердечная и цереброваскулярная недостаточность и др. При ведении геронтологических больных необходимо учитывать снижение адаптационных возможностей организма, коморбидность, высокий риск развития тромботических и геморрагических осложнений, иммунодефицит, синдром взаимного отягощения, сложность реализации назначений врача и другие. Малоинвазивные хирургические методы лечения внутреннего геморроя у таких пациентов – оптимальный выбор, обеспечивающий сокращение сроков госпитализации, медицинской и социальной реабилитации больных. Но вопросы определения показаний и противопоказаний к проведению малоинвазивного лечения геморроя у возрастных больных до настоящего времени продолжают оставаться дискуссионными [10, 11].

Цель

Улучшение результатов амбулаторного лечения больных пожилого и старческого возраста с внутренним геморроем II-III стадий путем оптимизации метода склеротерапии и показаний к его назначению.

Материалы и методы

Анализируются результаты амбулаторного проведения склеротерапии у 60 больных пожилого и старческого возраста по поводу хронического геморроя II-III стадий, лечение которых проходило на базе проктологического отделения ООО «Эс Класс Клиник Воронеж» в период 2016–2019 гг.

В исследование были включены пациенты пожилого и старческого возраста согласно возрастной клас-

сификации ВОЗ (возраст от 60 до 90 лет) с диагнозом «хронический внутренний геморрой II–III стадии», которым было показано проведение малоинвазивного хирургического лечения и отсутствовали противопоказания к его выполнению. Критериями исключения пациентов из исследования являлись: предшествующие оперативные вмешательства на заднем проходе и промежности, наличие другой патологии толстой кишки.

Больные были разделены на 2 группы исследования. В контрольной группе (30 больных) проводили стандартное лечение, включающее проведение склеротерапии внутренних геморроидальных узлов 3% раствором этоксисклерола в два этапа. В основной группе (30 больных) – для выполнения склеротерапии использовали 1% раствор этоксисклерола в три этапа, методику проводили при продолжающемся кровотечении из внутренних узлов, пациентам с низким уровнем комплаентности, при наличии анемии, а также при постоянном приеме антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов с невозможностью их отмены.

Достоверных различий между группами исследования по основным исходным параметрам (возраст и пол больных, этиология, длительность развития, стадия и частота встречаемости симптомов геморроя, частота выявления сопутствующей патологии и другие) выявлено не было. Группы были допустимы для сравнения.

При анализе контингента больных в основной и контрольной группах было выявлено, что предположительной причиной развития хронического геморроя являлись: гиподинамия – в 23,3% и 26,7%, беременность и роды – в 20,0% и 23,3%, физический труд – по 20,0%, нарушения диеты – 26,7% и 16,7%, хронические запоры – по 13,3% (табл. 1).

Количество пациентов пожилого и старческого возраста было одинаковым в обеих группах и составило 76,7% и 23,3%, соответственно. Средний возраст больных основной и контрольной групп исследования был равен 68,9±5,8 и 69,6±5,7 лет, соответственно (табл. 2).

Процент лиц женского и мужского пола в обеих группах не отличался и составлял 46,7% и 53,3%, соответственно. В основной и контрольной группах ис-

Таблица 1. Причины развития геморроя в основной и контрольной группах
Table 1. Causes of hemorrhoids in the main and control groups

Группы исследования / Study groups	Причины развития геморроя / Causes of hemorrhoids									
	Гиподинамия / Hypodynamia		Беременность и роды Pregnancy and birth		Физический труд / Physical activity		Нарушение диеты / Violation of the diet		Хронические запоры / Chronic constipation	
	Абс. / Abs.	%	Абс. / Abs.	%	Абс. / Abs.	%	Абс. / Abs.	%	Абс. / Abs.	%
Основная / Main	8	26,7	7	23,3	6	20,0	5	16,7	4	13,3
Контрольная / Control	6	20,0	6	20,0	6	20,0	8	26,7	4	13,3

Таблица 2. Характеристика групп больных**Table 2.** Characteristics of groups of patients

Критерии сравнения групп / Criteria for comparing groups		Основная группа / Main group	Контрольная группа / Control group
Средний возраст, лет / Average age, years		68,9±5,8	69,6±5,7
Лица мужского / женского пола / Male / female persons		53,3 / 46,7	53,3 / 46,7
Стадия геморроя, % / Stage of hemorrhoids, %	II стадия / II stage	46,7	43,3
	III стадия / III stage	53,3	56,7
Длительность заболевания геморроем, % / Duration of hemorrhoid disease, %	до 3-х / up to 3	23,3	23,3
	от 3 до 5 / from 3 to 5	20,0	16,7
	более 5 лет / more than 5 years	30,0	33,3
Кровотечения, % / Bleeding, %		90,0	90,0
Выпадение узлов, % / Hemorrhoids nodes prolapse, %		60,0	60,0
Анальный зуд, % / Anal itch, %		40,0	43,3
Боли при дефекации, % / Pain during defecation, %		33,3	40,0

следования II стадия геморроя наблюдалась в 46,7% и 43,3% случаев, III стадия – в 53,3% и 56,7%, соответственно. В обеих группах у 90% больных имелись указания на наличие кровотечений в анамнезе, у 60% – наблюдались выпадения узлов. В основной группе анальный зуд беспокоил 40% пациентов, в контрольной – 43,3%. Жалобы на боли при дефекации предъявляли 33,3% и 40,0% больных. В основной и контрольной группах страдали геморроем до 5 лет 43,3% и 40,0%, более 5 лет – 30,0% и 33,3% пациентов, соответственно. В основной и контрольной группах дополнительно диагностировали патологию органов зрения и слуха (83,3% и 76,7%), сердечно-сосудистой (33,3% и 36,7%), центральной нервной (23,3% и 20,0%), мочеполовой (20,0% и 26,7%), опорно-двигательной (16,7% и 16,7%), пищеварительной (13,3% и 20,0%), эндокринной (10,0% и 13,3%) и дыхательной (10,0% и 10,0%) систем.

Больным, обратившимся за помощью в клинику, после сбора анамнеза проводилось комплексное обследование, включающее в себя осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования, необходимые для диагностики основного заболевания, в том числе, пальцевое исследование анального

канала и нижеампулярного отдела прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию и колоноскопию. В основной группе исследования определяли уровень комплаентности. Пациенты за неделю до предполагаемого вмешательства начинали принимать препарат "Детралекс" по 500 мг 2 раза в день. При хронических запорах назначали "Дюфалак" 30 мл в день, а при сахарном диабете – «Мукофальк» по 1 пакету 2 раза в день. При наличии повышенной тревожности назначали седативные препараты: таблетированные экстракты валерианы или пустырника (по 2 табл. 3 раза в день), афобазол (по 1 табл. 3 раза в день). Антибактериальные средства в лечении не использовали. После проведения первого этапа склеротерапии пациенты контрольной и основной групп продолжали прием препарата «Детралекс» в течение 15 дней в дозировке 1000 мг, т.к. более высокая дозировка препарата у возрастных пациентов, как правило, вызывала появление головных болей, дискомфорта в эпигастриальной области и диареи, а в некоторых случаях приводила к появлению крови на фоне частой дефекации. Препарат выбора для местного противовоспалительного лечения – ректальные свечи «Нигепан» – вводили после

Таблица 3. Результаты лечения больных в основной и контрольной группах исследования**Table 3.** Results of treatment of patients in the main and control groups of the study

Результаты лечения / Treatment results	Основная группа / Main group	Контрольная группа / Control group
Длительность склеротерапии, мин. / Duration of sclerotherapy, min.	24,3±2,1	15,4±1,8*
Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ на 1-е сутки после операции, мм / The intensity of the pain syndrome on the VAS scale on the 1st day after surgery, mm	7,2±1,6	11,3±1,9*
Количество больных, нуждающихся в анальгетиках на 1-е сутки после операции, % / Number of patients requiring analgesics on the 1st day after surgery, %	10,0	16,7
Сроки первой дефекации после проведения склеротерапии, сутки / Time of the first defecation after sclerotherapy, day	1,77±0,46	1,88±0,51

Таблица 4. Характер осложнений после оперативных вмешательств у больных в основной и контрольной группах исследования**Table 4.** The nature of complications after surgery in patients in the main and control groups of the study, %

Осложнения / Complications	Основная группа / Main group	Контрольная группа / Control group
Острая задержка мочи / Acute urinary retention	3,3	6,7
Вазо-вагальный синдром / Vasovagal syndrome	0,0	3,3
Раневые осложнения, в том числе, некроз слизистой оболочки в области операции / Wound complications, including necrosis of the mucous membrane in the area of surgery	3,3	3,3
Процент послеоперационных осложнений / Percentage of postoperative complications	6,7	20,0

стула и перед сном в прямую кишку по одной свече в течение 10 дней после каждой манипуляции.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft). Определялись средние выборочные значения, мода, медиана, величина стандартного отклонения, дисперсия и ошибка среднего, критерии Стьюдента, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, Фишера. Данные, полученные при проведении исследования, приводились в соответствие с международной системой единиц (СИ).

Результаты и их обсуждение

Длительность проведения склеротерапии в основной группе составила $24,3 \pm 2,1$ мин., в контрольной – $15,4 \pm 1,8$ мин. ($p < 0,05$) (табл. 3). Оценка послеоперационного болевого синдрома по шкале ВАШ показала, что среднее значение показателя на первый день после операции в основной группе составило $7,2 \pm 1,6$ мм, что было на 36,8% ниже, чем в контрольной ($11,3 \pm 1,9$ мм) ($p < 0,05$). На третий и пятый дни болевой синдром отсутствовал у пациентов в обеих группах. Количество больных основной группы, нуждающихся в анальгетиках на первый день после операции, составило 10%, в контрольной – 16,7%.

Сроки первой дефекации после проведения склеротерапии в основной группе составили в среднем $1,77 \pm 0,46$, в контрольной – $1,88 \pm 0,51$ суток, т.е. у пациентов не происходило задержки сроков естественного опорожнения кишечника, и в обеих группах эти цифры достоверно не отличались.

После проведения склеротерапии у больных в основной и контрольной группах вазо-вагальный синдром выявлен только в контрольной группе (3,3%), раневые осложнения наблюдались в 3,3% и 3,3% случаев (табл. 4). Тромбоз геморроидального узла был диагностирован у 6,7% больных контрольной группы. В совокупности процент послеоперационных осложнений при проведении склеротерапии в контрольной группе составил 20,0%, в основной – 6,7%. Средний срок временной нетрудоспособности больных в контрольной группы был равен $1,8 \pm 0,4$, в основной – $1,0 \pm 0,5$ суток ($p < 0,05$).

Через месяц после вмешательства в контрольной группе уровень тревожности пациентов по методике Спилбергера-Ханина составил $29,6 \pm 2,2$, в основной группе – $24,8 \pm 2,6$ балла ($p < 0,05$), что позволило говорить о низком уровне тревожности в обеих группах (менее 30 баллов) на фоне регресса жалоб, связанных с геморроем. Через 6 месяцев после проведения склеротерапии «хорошие» результаты достигнуты в контрольной группе – в 76,7%, в основной – в 83,3% случаев, удовлетворительные – в 16,7% и 13,3%, неудовлетворительные – в 3,3% и 6,7% случаев, соответственно.

Через 6 месяцев после проведения склеротерапии отмечается уменьшение частоты рецидивов заболевания с 10% в контрольной до 6,7% в основной группе.

Заключение

В основной группе, где склеротерапию проводили раствором этоксисклерола низкой концентрации (1%) при трехкратном его введении, у пациентов с внутренним геморроем II-III стадии при низком уровне комплаентности, при наличии анемии, невозможности отмены антиагрегантных препаратов, продолжающемся кровотечении, отмечалось уменьшение выраженности послеоперационного болевого синдрома на 36,8%, снижение количества послеоперационных осложнений с 20,0% до 6,7%, среднего срока временной нетрудоспособности с $1,8 \pm 0,4$ до $1,0 \pm 0,5$ суток, частоты рецидивов заболевания с 10% до 6,7% по сравнению с контрольной группой.

Дополнительная информация

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Финансирование

Работа выполнена в рамках Гранта Президента Российской Федерации по государственной поддержке ведущих научных школ Российской Федерации (НШ-2552.2020.7)

Список литературы

1. Гаин М.Ю., Шахрай С.В., Гаин Ю.М. Лазерная коагуляция геморроидальных узлов с геморриодомукопексией в хирургическом лечении хронического геморроя II-III стадии: рандомизированное исследование. *Новости хирургии*. 2015; 23: 4: 429-435.
2. Благодарный Л.А. Осложненный геморрой: диагностика и лечение. *Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия*. 2015; 3-4: 29-34.
3. Климентов М.Н., Мельчакова Я.А., Осотов А.М. Мифы о геморрое. *Современные инновации*. 2016; 5 (7): 64-68.
4. Болквалдзе Э.Э., Обухов В.К., Мусин А.И., Мударисов Р.Р., Стригунова Л.В. Тактика лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением. *Колопроктология*. 2016; 2 (56): 18.
5. Грошилин В.С., Мирзоев Л.А., Бадальянц Д.А., Перепечаева А.В. Преимущества использования дифференцированного подхода к применению малоинвазивных технологий лечения хронического геморроя. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2016; 1-2: 34-42.
6. Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Полевцев К.О. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов. Нужна ли коррекция венозного компонента патогенеза? *Колопроктология*. 2015; 3 (53): 34-45.
7. Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А. Склеротерапия геморроя с ультразвуковым воздействием – за и против. *Колопроктология*. 2017; S3 (61): 41.
8. Стяжкина С.Н., Константинова Э.Г., Хайруллина Л.М. Выявление факторов, влияющих на возникновение воспаления и варикозного расширения вен прямой кишки и заднего прохода. *Синергия Наук*. 2017; 1: 17: 949-952.
9. Трахтенберг И.М., Поляков А.А. *Очерки физиологии и гигиены труда пожилого человека*. К.: Авиценна. 2007; 272.
10. Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Холов А.Д. Выбор способа оперативного вмешательства у пациентов с хроническим геморроем. *Здравоохранение Таджикистана*. 2019; 2: 14-18.
11. Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головки Е.Б. Выбор метода лечения пациентов с геморроидальной болезнью (результаты наблюдательной программы re-vision). *Колопроктология*. 2019; 4 (70): 100-109.

References

1. Gain MYu, Shakhrai SV, Gain YuM. Laser coagulation of hemorrhoids with hemorrhoidomucopexia in the surgical treatment of chronic hemorrhoids of stage II-III: a randomized study. *Novosti khirurgii*. 2015; 23: 4: 429-435. (in Russ.)
2. Blagodarnyi LA. Complicated hemorrhoids: diagnosis and treatment. *Statsionarozameshchayushchie tekhnologii: Ambulatomnaya khirurgiya*. 2015; 3-4: 29-34. (in Russ.)
3. Klimentov MN, Mel'chakova YaA, Osotov AM. Myths about hemorrhoids. *Sovremennye innovatsii*. 2016; 5 (7): 64-68. (in Russ.)
4. Bolkvadzee EE, Obukhov VK, Musin AI, Mudarisov RR, Strigunova LV. Tactics of treatment of chronic hemorrhoids complicated by bleeding. *Koloproktologiya*. 2016; 2 (56): 18. 2016; 5 (7): 64-68. (in Russ.)
5. Groshilin VS, Mirzoev LA, Badal'yants DA, Perepechaeva AV. Advantages of using a differentiated approach to the use of minimally invasive technologies for the treatment of chronic hemorrhoids. *Vestnik khirurgicheskoi gastroenterologii*. 2016; 1-2: 34-42. (in Russ.)
6. Zakharchenko AA, Galkin EV, Vinnik YuS, Kuznetsov MN, Polevets KO. Departuredate internal hemorrhoids. Do I need to correct the venous component of pathogenesis? *Koloproktologiya*. 2015; 3 (53): 34-45. (in Russ.)
7. Solov'ev AO, Solov'ev OL, Vorob'ev AA, Solov'eva GA. Sclerotherapy of hemorrhoids with ultrasonic action-for and against. *Koloproktologiya*. 2017; S3 (61): 41. (in Russ.)
8. Styazhkina SN, Konstantinova EG, Khairullina LM. Identification of factors affecting the occurrence of inflammation and varicose veins of the rectum and anus. *Sinergiya Nauk*. 2017; 1: 17: 949-952. (in Russ.)
9. Trakhtenberg IM, Polyakov AA. *Ocherki fiziologii i gigieny truda pozhilogo cheloveka*. K.: Avitsenna. 2007; 272. (in Russ.)
10. Abdullozoda DA, Saifudinov ShSh, Kholov AD. Choosing a method of surgical intervention in patients with chronic hemorrhoids. *Zdravookhranenie Tadzhikistana*. 2019; 2: 14-18. (in Russ.)
11. Zagryadskii EA, Bogomazov AM, Golovko EB. Choice of treatment method for patients with hemorrhoidal disease (results of the observational program re-vision). *Koloproktologiya*. 2019; 4 (70): 100-109. (in Russ.)

Информация об авторах

1. Рыгузова Анастасия Ивановна – хирург-колопроктолог, заведующая отделением проктологии медицинского центра «S ClassClinic», e-mail: anastasiadoctor@yandex.ru
2. Остроушко Антон Петрович – к.м.н., доцент кафедры общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: anton@vrmgmu.ru
3. Андреев Александр Алексеевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: sugery@mail.ru
4. Лаптиёва Анастасия Юрьевна – аспирант кафедры общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: laptievaa@mail.ru

Information about the Authors

1. Anastasia Ivanovna Ryaguzova - coloproctologist, surgeon the medical center "S Class Clinic", e-mail: anastasiadoctor@yandex.ru
2. Anton Petrovich Ostroushko - Ph.D., associate Professor of the Department of Department of General and Outpatient Surgery of N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: anton@vrmgmu.ru
3. Alexander Alekseevich Andreev - M.D., Professor of the Department of General and Outpatient Surgery of N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: sugery@mail.ru
4. Anastasia Yurievna Laptiyova – graduate student at the Department of General and Outpatient Surgery N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail:laptievaa@mail.ru

Цитировать:

Рягузова А.И., Остроушко А.П., Андреев А.А., Лаптиёва А.Ю. Повышение эффективности метода склеротерапии в амбулаторном лечении геморроя у лиц пожилого и старческого возраста. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2021; 14: 3: 199-203. DOI: 10.18499/2070-478X-2021-14-3-199-203.

To cite this article:

Ryaguzova A.I., Ostroushko A.P., Andreev A.A., Laptiyova A.Yu. Increased Effectiveness of Sclerotherapy as a Treatment Option for Hemorrhoidal Disease in the Elderly and Senile Outpatients. *Journal of experimental and clinical surgery* 2021; 14: 3: 199-203. DOI: 10.18499/2070-478X-2021-14-3-199-203.