

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

Диссертационный совет Д 14.24.696

На правах рукописи

УДК 617.55-089-053.9

Токтосунов Арсен Сапарбекович

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Ош – 2025

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева и в городской клинической больнице №1, г. Бишкек.

Научный консультант:

Оморов Рахат Арзыбекович,

член корр НАН КР, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Официальные оппоненты:

Ведущая организация:

Защита диссертации состоится _____ часа на заседании диссертационного совета Д 14.24.696 по защите диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук при Ошском государственном университете и Международной высшей школе медицины, по адресу 720000, Кыргызской Республики, г. Ош, ул. Водозаборная 215, 4 этаж в конференц- зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-u21-bjh-pqs

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Ошского государственного университета (723500, г. Ош. ул. Ленина 333), Международный высшей школы медицины (720054, г. Бишкек, ул. Интергельпо 1) <https://vak.kg>.

Автореферат разослан «__» _____ 2025 года

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

О. И. Курбанбаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования: все исследователи отмечают увеличение числа пожилых среди населения многих стран мира и прогнозируют дальнейший их рост. Следовательно, увеличение их числа будет способствовать и росту поступления пожилых людей с различными заболеваниями, в том числе и с острой хирургической патологией (М.М. Мамакеев и соавт., 2012; Р. А. Оморев и соавт., 2019. А. М. Карсанов и соав. 2023; Gupta S.A. et.al., 2023), поэтому выбор рациональной хирургической тактики с учетом сопутствующей патологии у лиц старшего возраста остается актуальным и до настоящего времени до конца не решенным.

У пожилых уже к 60-летнему возрасту, как правило кроме основного заболевания, выявляются целый ряд сопутствующих, конкурирующих патологий, что существенно влияет на своевременную диагностику и лечение острой хирургической патологии (С.Ф. Багненко и соавт., 2009; В.С. Савельев и соавт., 2008; Б.С. Ниязов, 2012; E.Y. Froines, 2018).

У этой категории больных очень важно определить характер патологии, так как у пожилых очень быстро, в сравнении с молодыми, развивается деструктивный процесс, что приводит к развитию осложнений особенно такого, как разлитой перитонит (Т.А. Джаркенов и соавт., 2004; С.Н. Гаврильев, 2011; А.И. Мусаев и соавт., 2013; М.И. Попова и соавт., 2017).

У пожилых людей очень сложно определить характер заболевания, следовательно, и вовремя выполнить адекватное лечение. Это связано с наличием сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, снижением иммунобиологической реактивности и выраженными метаболическими нарушениями (В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, 2001; М.Д. Дибиров и соавт., 2008), которые изменяют признаки и течение основного заболевания и являются причиной диагностических ошибок и запоздалого оперативного вмешательства. (В.С. Савельев и соавт., 2008; И.Г. Джитава и соавт., 2010; В.И. Лупальцов и соавт., 2011).

Однако, выполненные операции даже с использованием малотравматичных малоинвазивных методов не предотвращают возникновение послеоперационных осложнений, которые наблюдаются у 15-50% оперированных, а летальность достигает 12-15% (С.А. Жидков, 2004; Н.С. Григорьев и соавт., 2016, С.В. Гаврилов и соавт., 2014, О.Э. Луцевич и соавт., 2017, R. Potier, 2015)

Все это в целом является основанием для совершенствования методов оперативного лечения у пожилых, направленных на снижение частоты осложнений и летальности. Также необходимо отметить, что у пожилых имеет

большое значение ведение послеоперационного периода, который не менее важный, чем выполнение операции, оно должно включать лечение сопутствующих патологий совместно с врачом кардиологом и терапевтом, коррекцию метаболических нарушений и лечение основного хирургического заболевания (С.А. Жидков и соавт., 2009).

Однако к настоящему времени не определено достаточно четко влияние сроков госпитализации больных, выбора срока оперативного лечения, необходимого для установления характера заболевания, выбора оптимального доступа для выполнения операции у лиц пожилого и старческого возраста, длительности и объёма предоперационной подготовки с учетом основного и сопутствующего заболевания и ведение послеоперационного периода, эти вопросы не нашли окончательного решения.

Все вышеизложенное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Диссертационная работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева и в городской клинической больнице №1, г. Бишкек. Тема диссертационной работы является инициативной.

Цель работы: изучить особенности диагностики, тактики и хирургического лечения при острой абдоминальной патологии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования:

1. Дать структурный анализ острых абдоминальных патологий и сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста;
2. Представить особенности клинического течения острых хирургических заболеваний на фоне сахарного диабета.
3. Обосновать возможность применения сетчатых протезов в лечении вентральных грыж у лиц старшего возраста.
4. Определить способы прогнозированных раневых осложнений и летальности у больных пожилого и старческого возраста, их влияние на исходы лечения с целью разработки мер для улучшения результатов лечения.
5. Представить особенности мер профилактики осложнений хирургической тактики и лечения неотложной абдоминальной патологии у больных старше 60 лет в зависимости от сопутствующей патологии;
6. Разработать алгоритм диагностики и лечения больных старше 60 лет с осложненной хирургической патологией органов брюшной полости.

Научная новизна:

1. Установлен удельный вес острой абдоминальной патологии у лиц старшего возраста, поступивших в хирургическое отделение и характер сопутствующих заболеваний.
2. Усовершенствованы отдельные этапы операции у больных пожилых с сопутствующими заболеваниями с целью снижения осложнений.
3. Разработан алгоритм диагностики и лечения острой абдоминальной патологии с сопутствующими заболеваниями у лиц пожилого и старческого возраста.
4. На основании выявленных закономерностей дано научное обоснование выделения групп больных пожилого и старческого возраста по типу хирургического вмешательства и особенностей ведения послеоперационного периода.
5. На основании, проспективного анализа детализированы факторы, влияющие на исход лечения при острой хирургической патологии органов брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста. Установлена ведущая роль влияния сопутствующих патологий и фактора своевременной госпитализации в наступлении неблагоприятного исхода болезни.

Практическое значение - работы в том, что разработанный подход к выполнению объёма обследования больных пожилого и старческого возраста позволят своевременно определить характер патологии и выполнить операцию.

Построенный алгоритм диагностики и тактики при экстренной абдоминальной хирургии существенно помогает врачу выбрать наиболее адекватный объём исследований и метод оперативного лечения.

Разработанные и обоснованные меры профилактики осложнений у больных старшего возраста позволили снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Использование эхоморфометрии операционной раны позволяет заподозрить начинающиеся воспалительные изменения в ране в доклинической фазе. Анализ результатов эхоморфометрии ран у больных старшего возраста показал замедленную регенерацию ран.
2. Использование современных методов в лечении ЖКБ и ее осложнения, а также вентральных грыж с учетом показаний позволяет улучшить результаты оперативного лечения у больных старшего возраста.
3. Показанием для выполнения операции у лиц пожилого и старческого возраста является не возраст, а характер сопутствующего заболевания и степени их нарушения, где в первую очередь надо учесть состояние сердечно-сосудистой системы.

4. Разработка мер профилактики воспалительных осложнений у лиц старшего возраста при заболеваниях органов брюшной полости способствуют снижению частоты осложнений и летальности.

Личный вклад соискателя - включает обследование и участие в оперативном лечении больных пожилого и старческого возраста, совершенствование подходов к диагностике и лечению острой абдоминальной патологии, анализ, разработку и внедрение результатов исследования.

Апробация результатов диссертации - основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых ученых КГМА им И.К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2020) на заседании экспертной комиссии диссертационном совете Д 14.24.696 при Ошском государственном университете и Международной высшей школе медицины (г. Ош, 2025)

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 14 статей, из них 9 в изданиях ближнего зарубежья, рекомендованных НАН КР, утверждено 3 рационализаторских предложений № 53/2022 № 63/2022, № 64/2022 и выданных патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева. Опубликовано одна монография.

Структура и объём работы. Диссертация изложена на русском языке, на 149 страницах компьютерного набора, состоит из введения, глава обзора литературы и 8 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и список исследованных литературных источников 250, из них 57 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 7 рисунками и 37 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении представлена актуальность работы, цель, задачи, новизна и положения, выносимые на защиту.

Первая глава **«Современные подходы к диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста»**. В ней изложены методы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, а также современные методы лечения этих заболеваний у взрослых. Особое внимание уделено особенностям клиники и результатам лабораторных исследований у лиц старшего возраста. В этой главе использованы литературные источники последних лет и уделено внимание работам ученых посвященных диагностике и лечению больных старшего возраста. Обзор литературы изложен достаточно критически, ознакомление с его содержанием дает возможность судить о не решенных проблемах.

Вторая глава **«Клиническая характеристика больных и методики исследования»**.

Объектом исследования было 204 больных с острыми хирургическими заболеваниями у лиц пожилого и старческого возраста.

Предмет исследования: клинические лабораторные и инструментальные методы обследования.

Критерием исключения являлись больные со злокачественными заболеваниями органов брюшной полости.

2.1 клиническая характеристика больных пожилого и старческого возраста с острыми заболеваниями органов брюшной полости. В разработку вошли больные находившиеся на стационарном лечении ГKB №1 г. Бишкек с 2012 по 2023 годы (проспективные исследования). Из распределения по полу и возрасту представлено в таблице 2.1.1

Таблица 2.1.1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Пожилой возраст		Старческий возраст		Всего	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Жен	90	62,1	38	64,4	128	62,7
Муж	55	37,9	21	35,6	76	37,3
Итого	145	100,0	59	100,0	204	100,0

Среди поступивших преобладали женщины и их соотношение с мужчинами составило 1.6 : 1.0.

В процессе работы определен характер заболеваний у лиц старшего возраста (таблица 2.1.2)

Таблица 2.1.2 Характер заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с острой абдоминальной патологией (n-204).

Заболевания	Пожилой возраст n-145		Старческий возраст n-59		Всего n-204	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
1	2	3	4	5	6	7
Острый холецистит	30	20,7	7	11,9	37	18,1
Остр.холецистит + холедохолетиаз	3	2,1	2	3,4	5	2,5
Рецидив. холедохолетиаз	21	14,5	10	11,9	31	15,2
Острый аппендицит	26	17,9	5	8,5	31	15,2

Продолжение таблицы 2.1.2

1	2	3	4	5	6	7
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложнённой кровотечением	18	12,4	16	27,1	34	16,7
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложнённой перфорации	1	0,7	1	1,2	2	0,9
Острая кишечная непроходимость	17	11,7	6	10,2	23	11,3
Острый панкреатит	10	6,9	8	13,1	18	8,8
Вентральные грыжи	19	13,1	4	6,7	23	11,3
Всего:	145	100,0	59	100,0	204	100,0

При оценке характера заболевания по поводу, которого госпитализированы больные установлено, что наибольший удельный вес составили больные, поступившие по поводу острого холецистита (20,7%), язвенной болезни, осложнённой кровотечением (12,49%), с острым аппендицитом (17,9%) и острым панкреатитом (6,9%), больные с рецидивным холедохолитиазом, осложнённым холангитом составили 14,5%, а с другими заболеваниями занимали не значительный удельный вес.

В пожилом возрасте чаще госпитализированы с острым холециститом и острым аппендицитом, а у лиц старческого возраста с язвенной болезнью осложненной гастродуоденальным кровотечением.

На ряду с определением основного заболевания было уделено внимание определению характера сопутствующих заболеваний и их удельного веса у лиц пожилого (Таблица 2.1.3) и старческого возраста (Таблица 2.1.4).

Таблица 2.1.3 Характер основного и сопутствующего заболевания у больных пожилого возраста (n-145)

Основные заболевания	Всего больных	из них характер сопутствующих заболеваний										
		ГБ	КБС	ОХЗЛ	атеросклероз	СД	Варикоз н/кон	ЖДА	Пиелонефрит	Гепатит	Ожирение	Всего
Острый холецистит	30	23	6	3	3	3	3	5	2	2	5	45
Остр. холецистит + холедохолетиаз	3	1		1	1							3
Рецидив. холедохолетиаз	21	4	2	1				2	1			10
Острый аппендицит	26	6	6	9	2	4	2		2		3	34
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложнение кровотечением	18	7	6	7	3	2	3			2	1	31
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложнённой перфорации	1	1		1		1						3
Острая кишечная непроходимость	17	5	4	6		2	3			2		22
Панкреатит	10	3	3	6	2	2	1			1	1	19
Вентральные грыжи	19	7	7	4	2	1	2		1		1	25
Всего:	145	57	34	38	13	15	14	7	6	7	11	215

Из 145 больных пожилого возраста с острым холециститом было 30 чел. (11,9%), язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, осложненной кровотечением 16 (27,1%), острым аппендицитом 26 (17,9%), и острым

панкреатитом (6,9%), больных с рецидивным холедохолитиазом, осложненным холангитом составили 21 чел. 14,5%.

Анализ сопутствующей патологии показал, что большую группу с составили сердечно-сосудистые патологии, бронхолегочные заболевания, и реже сахарный диабет и хронический пиелонефрит.

В группе лиц старческого возраста сопутствующие заболевания обнаружены у 57 больных, что составило 96,6%, а всего выявлено 114. Чаще всего сопутствующие заболевания обнаруживали при остром холецистите и остром панкреатите, причем при панкреатите почти у всех наблюдаемых нами больных было по 2-3 сопутствующих заболеваний.

Таблица 2.1.4 Характер основного и сопутствующего заболевания у больных старческого возраста

Основные заболевания	Всего больных	Характер сопутствующих заболеваний										
		ГБ	КВС	ОХЗЛ	атеросклероз	СД	Варикоз н/кон	ЖДА	Пиелонефрит	Гепатит	Ожирение	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Острый холецистит	7	5	4	3	2	2	2	2	2			22
Остр. холецистит + холедохолетиаз	2	1		1				1				3
Рецидив. холедохолетиаз	10	2	2	3				1				8
Острый аппендицит	5	2	2	1		3	3	2				13
Язвенная болезнь желудка и 12п. кишки осложнение кровотечением	16	5	4	4	2	3			2			20
Острая кишечная непроходимость	6	3	2	2	3	2	3	1				16

Продолжение таблицы 2.1.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложнённой перфорации	1	1	1									2
Панкреатит	8	3	2	3	2	2	3		1			16
Вентральные грыжи	4	2	2	1	1	1	1					8
Всего:	59	24	19	18	10	11	12	7	5			108

Таким образом анализ сопутствующих заболеваний в обеих группах показал, что у большинства имело место сердечно-сосудистая патология.

В момент госпитализации обращали внимание на сроки заболевания в обеих группах (Рисунок 2.1.1)

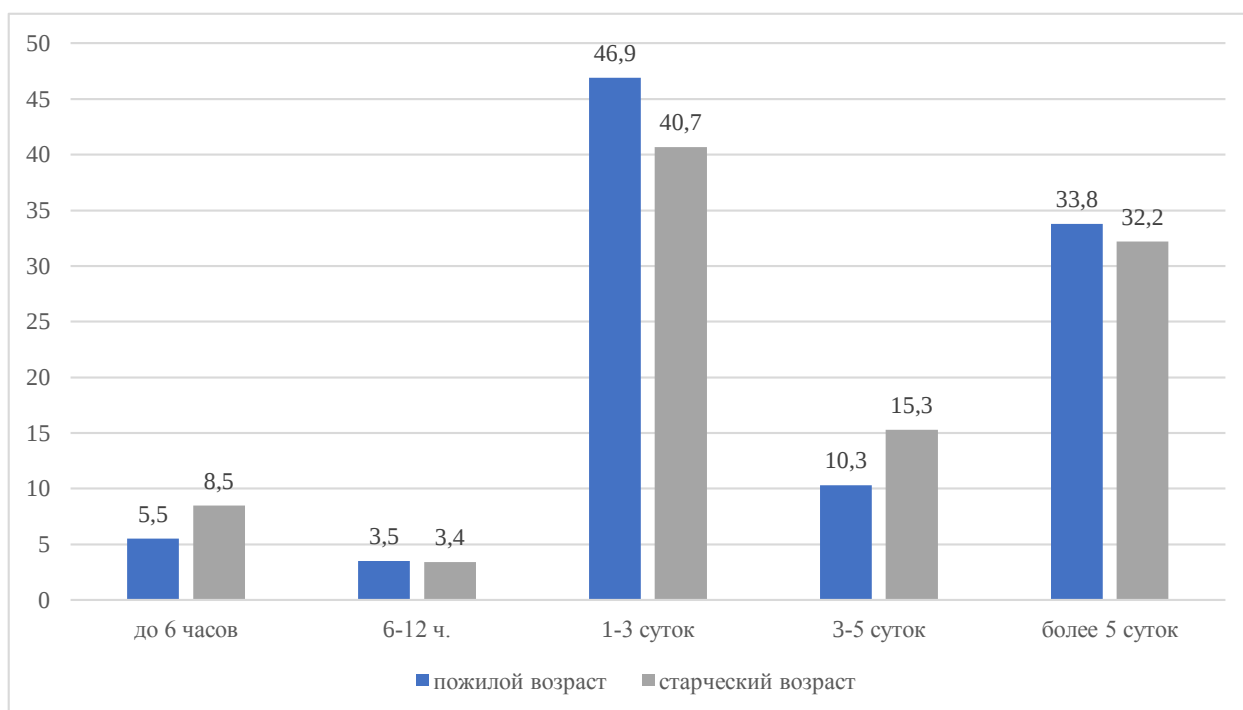


Рисунок 2.1.1. Сроки поступления больных от начала заболевания пожилого и старческого возраста с острой патологией.

Поздние сроки госпитализации были обусловлены наличием сопутствующих заболеваний, при которых было обращено внимание на степень

их декомпенсации и лишь при возникновении симптомов раздражения брюшины больных направляли в хирургическую клинику.

В процессе работы сроки госпитализации и частоту, и характер сопутствующих заболеваний определяли у больных среднего возраста (Таблица 2.1.5.и Таблица 2.1.6)

Таблица 2.1.5. Характер основного и сопутствующего заболевания у больных среднего возраста.

Основные заболевания	Всего больных		Характер сопутствующих заболеваний			
	абс.ч	%	ГБ	КБС	ОХЗЛ	СД
Острый холецистит	34	28,3	4	2	1	2
Остр.холецистит + холедохолетиаз	3	2,5	1	-	-	-
Рецидив. холедохолетиаз	3	2,5	-	-	-	-
Острый аппендицит	27	22,5	2	3	2	2
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненное кровотечением	18	15,1	3	2	1	2
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненное перфорацией	4	3,3	1	-	-	-
Острая кишечная непроходимость	14	11,6	2	2	-	-
Панкреатит	12	10,0	3	-	1	-
Вентральные грыжи	5	4,2	-	1	-	-
Всего:	120	100,0	16	10	5	6

Таблица 2.1.6 Сроки поступления больных от начала заболевания среднего возраста с острой патологией (n-120)

Сроки	Среднего возраста	
	абс.ч	%
До 6 часов	28	23,3
От 6 до 12 часов	33	27,5
От 1 до 3 суток	34	28,3
От 3 до 5 суток	17	14,2
Позже 5 суток	5	6,7
Всего больных	120	100,0

Сопоставление сроков заболевания и частоты осложнений показал, что лица среднего возраста достоверно раньше госпитализированы и значительно реже выявлялись сопутствующие заболевания. У лиц среднего возраста сопутствующие заболевания имели место у 30,8 %.

2.2 Методики обследования больных пожилого и старческого возраста.

При поступлении выясняли жалобы, сроки заболевания наличие сопутствующей патологии. Исследовали общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации, определение уровня сахара крови и исследования функционального состояния печени и почек. При вентральных грыжах для выбора метода пластики использовали методику определения коэффициента напряжения брюшной полости по Хитарьяну А.Г и соавтр. (2001) на основании показателей антропометрии и сонографии. В обследовании больных использовали и инструментальные методы (УЗИ, КТ). Больным, поступающим с заболеваниями желудка и 12перстной кишки выполняли гастродуоденоскопию с целью определения локализации язвы, ее размера и характера кровотечения (остановлено, продолжается и есть риск возникновения кровотечения повторно).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики по программе Statistika 6.0

В третьей главе **«Результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом и холедохолитиазом».**

3.1 Характеристика больных с острым холециститом. Эту группу составили 42 пациента, из них 33 – пожилого и 9 – старческого возраста, женщин было 24, и мужчин – 19. Сроки заболевания колебались от 4 часов до 5 суток. Но

большинство были госпитализированы со сроком заболевания от 1 до 3 суток. Сопутствующая патология обнаружена у большинства больных.

Основными признаками заболевания был болевой синдром, многократная рвота, повышение температуры (таблица 3.1.2)

Таблица 3.1.2. Семиотика острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

Признаки	Пожилой n-33	Старческий n- 9
Боль в правом подреберье	30	7
Боль по всему животу	3	2
Однократная рвота	12	1
Многократная рвота	18	4
Задержка стула и газов	17	5
Положительный симптом Щеткина-Блюмберга	21	4
Напряжение мышц брюшной стенки	28	3
Повышение температуры > 38° С	22	4
Лейкоциты 10 ⁹ /л > 12	28	3

Кроме основного заболевания обращали внимание на выявление сопутствующей патологии (таблица 3.1.2)

Таблица 3.1.2. Характеристика сопутствующих заболеваний у больных пожилого(n-33) и старческого возраста (n-9) при остром холецистите.

Заболевания	Пожилой (n-33)		Старческой (n-9)
	абс. ч	%	абс. ч
Гипертоническая болезнь	13	22,8	5
КБС	6	10,5	4
Сахарный диабет	3	5,3	2
ОХЗЛ	3	5,3	3
Пиелонефрит	2	3,5	3
Железодефицитная анемия	3	5,3	2
Гепатит	2	3,5	2

Таблица 3.1.3. Сроки операции с момента поступления в клинику больных пожилого (n-33) и старческого (n-9) возраста

Сроки операции	Пожилой n-33	Старческий n-7
	абс. ч	абс. ч
До 6 часов	3	2
От 6 до 12 часов	3	2
От 12 до 24 часов	11	1
От 24 до 72 часов	9	1
Позже 3 суток	7	3
Всего больных	33	9

До 6 часов операцию выполняли при выраженных симптомах острого холецистита и симптомов раздражения брюшины, но с обязательной кратковременной предоперационной подготовкой.

В группе пожилых было 3 больных, и среди лиц старческого возраста 2. Если у больных обнаруживали признаки перитонита, то стремились с операцией не затягивать время, так как у лиц, старшего возраста быстро нарастает деструктивный процесс с генерализацией инфекции и развитием сепсиса и полиорганной недостаточности.

В течение первых суток с момента поступления оперированы больные, у которых динамическое наблюдение показало нарастание признаков острого холецистита и появлялись симптомы раздражения брюшины.

Наибольшую группу среди оперированных составили пациенты, которым операция произведена от 1 до 3 суток. Это были больные, у которых удавалось добиться компенсации сопутствующих заболеваний, ликвидации явлений интоксикации, но оставались признаки наличия воспалительного процесса в желчном пузыре и конcrementов.

Особую группу составляли больные с окклюзионным холециститом, при этой форме ЖКБ отмечается выраженный болевой синдром и очень быстро возникает деструктивный процесс. Поэтому эту группу больных оперировали после кратковременной предоперационной подготовки.

И лишь у небольшой группы больных операция выполнена позднее 3 суток. Это были больные, у которых удалось ликвидировать интоксикацию и воспалительный процесс, но они в прошлом отмечали частые приступы печеночной колики, а при УЗИ обнаруживали конcrementы и воспалительный процесс.

Немаловажное значение имеет выбор доступа. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 29 из 42 больных. Это были больные со сроком заболевания не больше 3х суток и при отсутствии симптомов раздражения

брюшины и выраженной интоксикации, и компенсации сопутствующих заболеваний.

ЛХЭ выполнена у 29 больных, осложнение после операции было у 1 (инфильтрат троакарных ран).

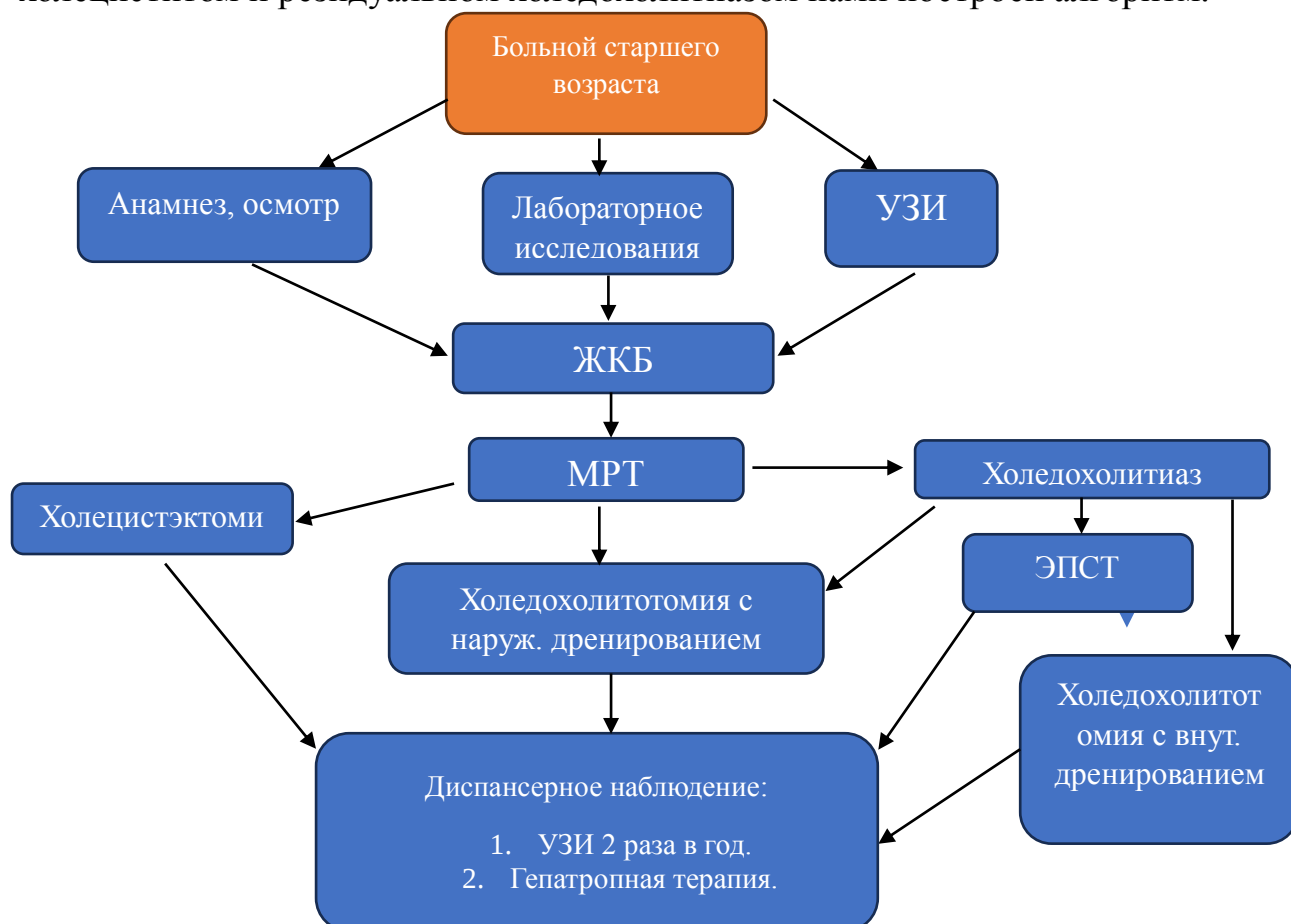
У 13 – минилапаротомным доступом, еще у 3 – холецистэктомия с наружным и у 2 – с внутренним дренированием. Осложнения выявлены у 4 больных. У 1 – на 4е сутки возник острый инфаркт миокарда с летальным исходом, а у 3 нагноение операционной раны.

3.2 Результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с рецидивным холедохолитиазом.

Эту группу составили 31 больных, из них 21 пожилого и 10 – старческого возраста. Все они обследованы детально для установления причины болевого синдрома и диспептических явлений. В результате обследования сопутствующие заболевания были выявлены у большинства пациентов, среди которых наибольшее число составило сердечно-сосудистая патология.

При УЗИ и МРТ обнаружены конкременты в холедохе и расширение желчных протоков, что указывало на нарушение проходимости холедоха. В первую очередь попытались выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию и удалить конкременты. Это удалось выполнить у 8 больных, а у остальных выполнена открытая операция с удалением конкрементов и наложением наружного или внутреннего дренирования холедоха.

На основании полученных результатов лечения больных с острым холециститом и резидуальным холедохолитиазом нами построен алгоритм.



Использование разработанного и внедренного алгоритма способствует более детально оценить состояние больных и избрать оптимальный метод лечения.

В четвертой главе **«Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом и кишечной непроходимостью»** и в ней изложены результаты диагностики и особенности лечения этих 2 групп больных.

4.1 Характеристика больных с острым панкреатитом. Эта группа включало 18 пациентов из них было 10 пожилого, и 8 – старческого возраста, мужчин – 8, и женщин – 10. Причиной панкреатита был прием жирной пищи, наличие такого сопутствующего, а вернее конкурирующего заболевания это ЖКБ, прием алкоголя. Анализ сроков поступления в стационар показал, что до 12 часов с момента возникновения болевого синдрома поступило всего 4 больных, а остальные позже 12 часов.

В результате обследования сопутствующие заболевания обнаружены у 10 больных пожилого возраста и у 8 старческого и чаще из сопутствующих заболеваний были сердечно-сосудистые патологии.

Если больные поступали в ранние сроки заболевания, то диагноз не вызывал затруднений, уже после ознакомления с анализом и осмотром больных уже определяли панкреатит, а если поступали в поздние сроки, то необходимы лабораторные и инструментальные методы обследования.

Результаты УЗИ позволили оценить характер заболевания и у 11 была определена отечная форма панкреатита, у 3 неинфицированный панкреонекроз, а у 4 инфицированный. Легкая форма эндотоксикоза была у 6, средней тяжести еще у 6, и еще у 6 тяжелая степень эндотоксикоза.

4.2 Лечение острого панкреатита.

Больных со средней и тяжелой степенью эндотоксикоза сразу госпитализировали в отделение реанимации, где им выполняли консервативное лечение и проводили дифференциальную диагностику с перфоративной язвой желудка, острым инфарктом миокарда и кишечной непроходимостью.

В лечении больных отдавали предпочтение консервативному методу лечения, который включал ликвидацию болевого синдрома, подавление функции поджелудочной железы и массивную противовоспалительную инфузионную терапию. При выявлении выпота в брюшной полости или сальниковой сумке выполняли лапароцентез (у 3 чел.) и лапароскопию (у 6 чел.) с удалением экссудата из брюшной полости и сальниковой сумке и последующим дренированием. Особое внимание уделяли противовоспалительной терапии (цефтриаксон в сочетании с метронидазолом) и антиферментными препаратами. Выполнение такого комплекса лечения позволило добиться выздоровления у 16 больных, а 2 погибли от нарастающей полиорганной недостаточности у них процесс прогрессировал, появился очаг деструкции, удаление которого не улучшило состояние.

4.3 Характеристика больных с кишечной непроходимостью. Эту группу составили 23 больных, из них пожилого возраста 17, а старческого – 6. И в этой

группе больных наиболее часто поступали в более поздние сроки заболевания. В первые сутки поступило всего 5 больных, а позже суток все остальные. При обследовании у большинства выявлены сопутствующие заболевания с преобладанием сердечно-сосудистой патологии. В обследовании использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы, а также обзорный снимок брюшной полости.

4.3.1. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью. Причиной кишечной непроходимости у 2 было ущемление грыжи, еще у 2 заворот сигмы, а у остальных спаечный процесс брюшной полости. При поступлении выполняли консервативное лечение, это введение назогастрального зонда с промыванием желудка, очистительная клизма и введение препаратов стимулирующих кишечника. При отсутствии эффекта решали вопрос об операции. (таблица 4.3.3)

Таблица 4.3.3. - Сроки операции с момента поступления в клинику больных пожилого и старческого возраста

Сроки операции	Пожилой	Старческий	Всего	
	абс.ч	абс.ч	абс.ч	%
До 6 часов		1	1	4,3
В течение первых суток	8	2	10	43,5
Через 3 дня	2	1	3	13,0
От 3 до 5 суток	2	2	4	17,4
Позже 5 суток	5		5	21,8
Всего	17	6	23	100,0

В первые часы поступления оперирован всего 1 больной, а в течении суток – 10, позже 5 суток еще 5 пациентов. Такие поздние сроки операции связаны с тем, что у ряда больных после консервативных мер наступало улучшение и они не давали согласие на операцию, но явления непроходимости вновь возобновлялись и тогда уже выполняли операцию. Типы операции даны в таблице 4.2.4 и на рисунке 4.2.1.

Таблица 4.3.4. Типы операции при кишечной непроходимости больных пожилого и старческого возраста.

Тип операции	Пожилой	Старческий
	абс.ч	абс.ч
Лапаротомия устранение спаек.	13	3
Грыжесечение	2	2
Резекция петли тонкого кишечника	2	1
Итого	17	6

Операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием. У большинства они заключались в рассечении спек и восстановлении проходимости, но у 2 больных пожилого возраста и у одного старческого спаечный процесс привел к некрозу кишечника и им была произведена резекция петли тонкого кишечника.

У двух больных с ущемленной грыжей выполнено рассечение ущемляющего кольца, при ревизии кишечник оказался жизнеспособным, им выполнено грыжесечение с укреплением грыжевых ворот. Еще у двух бал заворот сигмы, который был расправлен и выполнена сигмопластика.

В момент операции зонд проводили в тонкий кишечник ниже связки Трейтца, на 30-40 см, аспиратором содержимое и дозированно промывали пока не появится перистальтика, после чего начинали энтеральное питание. Это санация кишечника оказывала влияние на восстановление функции кишечника и способствовала снижению микробной контаминации брюшной полости. Кроме того, в момент операции выполняли регионарную антибиотико-лимфостимуляцию в брыжейку тонкого кишечника для восстановления функций ЖКТ (вводили один антибиотик 1.0, гепарин 70 ед на 1 кг веса тела, лидаза 8-12 ед, 0,5 % раствора новокаина 15-20,0 мл и 2 мл раствора прозерина). Антибиотики оказывали противовоспалительное действие, гепарин, лидаза и новокаин улучшали гемодинамику, а прозерин способствовал восстановлению функции кишечника.

Необходимо отметить, что у всех оперированных послеоперационный период протекал тяжело с явлениями эндотоксикоза. Сразу после операции продолжали орошение желудка с аспирацией содержимого, выполняли массивную инфузионную терапию и стимуляцию кишечника, а также назначали противовоспалительную терапию (антибиотик). После восстановления функции кишечника выполняли раннее энтеральное питание. Осложнения возникли у 4 больных (ранняя кишечная непроходимость у 2, парез кишечника у 1 и некроз у 1). Умерло 2 больных от полиорганной недостаточности.

В пятой главе «Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острым аппендицитом» дано клиническое течение острого аппендицита и его лечение. Под наблюдением было 31 больных, из них мужчин – 12, женщин 19. Пожилого возраста – 26 и старческого – 5. В первые сутки поступило 15 больных, а остальные позже, причем позже 3 суток госпитализировано – 7 больных.

Сопутствующие заболевания обнаружены у всех больных, причем нередко сочетание 2 патологий, что подтверждает тяжесть состояния пациентов. Наиболее часто имело место сердечно-сосудистые заболевания.

Анализ семиотики у больных пожилого и старческого возраста позволил определить характер заболевания (таблица 5.1.3).

Таблица 5.1.3. Семиотика острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста (n-31)

Признаки	Всего	
	абс.ч.	%
Боли в правой подвздошной области	22	70,9
Боли перемещающиеся (симптом Кохера)	3	9,7
Боли по всему животу	6	19,4
Тошнота	8	25,8
Рвота однократная	16	51,6
Рвота многократная	7	22,6
Задержка стула и газа	16	51,6
Напряжение мышц правой подвздошной области	16	51,6
Напряжение мышц по всему животу	8	25,8
Симптом Щеткина-Блюмберга	18	58,1
Симптом Ситковского	16	51,6
Симптом Ровзинга	19	61,3
Симптом Воскресенского	21	67,7
Лейкоциты $> 12 \times 10^9$	15	48,4
Палочкоядерные $> 5\%$	27	87,1
При УЗИ отросток не обнаружен	4	12,9
При УЗИ отросток утолщен	16	51,6
Наличие жидкости в илеоцекальной области	12	38,7
Наличие жидкости в малом тазу	4	12,9

Ведущими признаками была боль в правой подвздошной области и нередко многократная рвота, задержка стула и газа. В диагностике аппендицита использовано было и УЗИ. При УЗИ признаки деструктивного аппендицита выявлены у 82,4%, что подтверждает целесообразность выполнения данного исследования. И в этой группе больных преобладали признаки эндотоксикоза в сравнении с тяжестью сопутствующей патологии, что способствовало формированию деструктивной формы острого аппендицита.

С возникновением острого аппендицита сразу усугубляется течение сопутствующих заболеваний, и здесь формируется синдром взаимного

отягощения, острый аппендицит усугубляет течение сопутствующих заболеваний, а обострение сопутствующих заболеваний усугубляет течение острого аппендицита.

Все больные оперированы, из 31 больного под внутривенным обезболиванием 25 и под эндотрахеальным 6. Доступ у 25 –по Волковичу-Дьяконову, а у 6 нижнесрединная лапаротомия. Необходимо отметить, что состояние поступивших больных было тяжелым, оно нередко обусловлено наличием сопутствующих патологий и эндотоксикоза. Всем до операции выполнена кратковременная подготовка. Сроки операции даны в таблице 5.1.4.

Таблица 5.1.4. Сроки операции при остром аппендиците

Сроки операции	Пожилой возраст	Старческий возраст
	абс.ч.	абс.ч.
До 6 часов	18	5
В течение первых суток	8	

До 6 часов с момента поступления оперировано 18 пациентов из 27 пожилого возраста и все 5 старческого. Все они были оперированы с наличием перитонеальных признаков, перед операцией им внутривенно ввели цефазолин 1,0 и выполняли инфузионную терапию, а также лечение сопутствующих заболеваний. У 9 поступивших операция произведена в течение суток с момента госпитализации, это были больные, которым требовалось наблюдение, дополнительное обследование и предоперационная подготовка.

Всем выполнена аппендэктомия и в момент операции установлены формы аппендицита, которые были подтверждены морфологическим исследованием (рисунок 5.1.1).

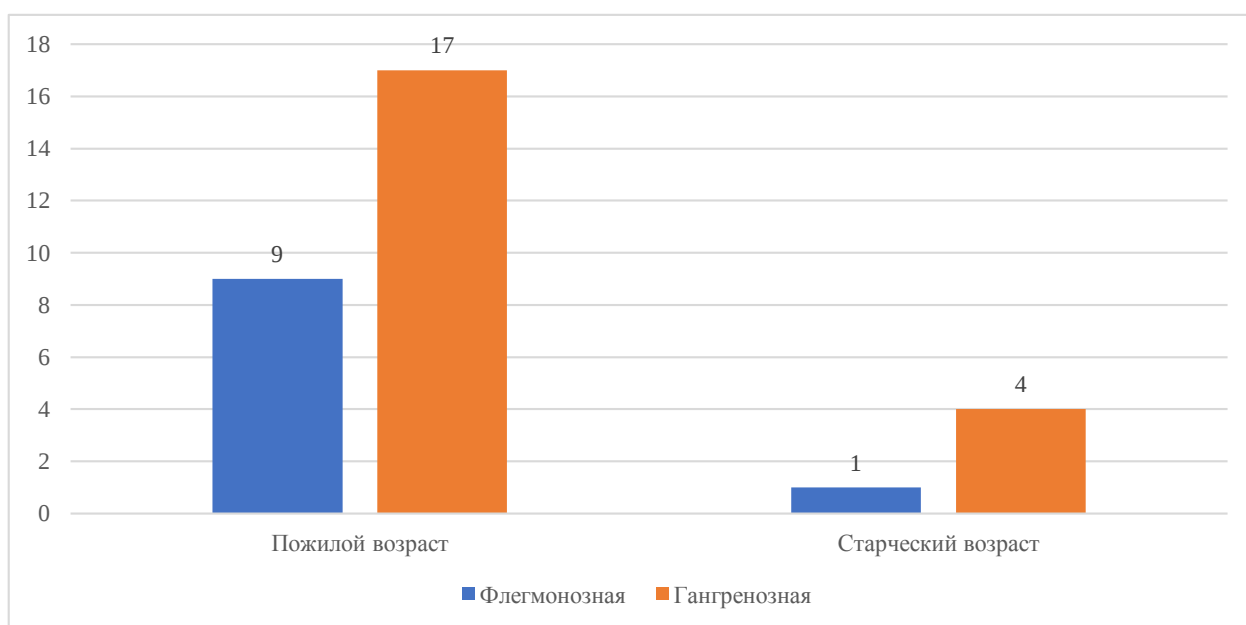


Рисунок 5.1.1 Форма острого аппендицита

В момент операции местный гнойный перитонит обнаружен у 16 и разлитой у 3, а у 12 серозный перитонит. Ни у одного оперированного не было катаральной формы. В момент операции и к ее концу орошали брюшную полость и рану озонированным раствором для снижения контаминации с целью профилактики внутрибрюшных и раневых осложнений. Операцию заканчивали введением в переходную складку брюшины правой подвздошной области антибиотика с лимфотропной смесью.

Больные оперированные по поводу аппендицита, осложненного разлитым перитонитом после орошения брюшной полости озонированным раствором в корень брыжейки тонкого кишечника, вводили антибиотик с лимфотропной смесью (цефтриаксон 1,0, гепарин 70 ед. на кг массы тела, лидаза за 8-12ед. 2мл прозерина и 15-20мл 0,5% раствора новокаина).

После операции особое внимание было обращено на противовоспалительную терапию, которая включала цефтриаксон 1,0 внутривенно 2 раза в сутки, метронидазол по 200мл 2 раза в сутки, а после получения результата бактериологического посева антибиотики назначали в соответствии с результатом чувствительности микрофлоры. Выполняли инфузионную терапию, которая включала реополиглюкин, полиглюкин, солевые растворы, комплекс витаминов и иммунокорректор тималин. Больным с разлитым перитонитом до восстановления перистальтики выполняли промывание желудка назогастральным зондом озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мг/мл и лечение сопутствующих заболеваний.

Однако несмотря на комплексное лечение и меры профилактики осложнения после операции возникли у 10 больных (32,2%), то есть более чем у одной трети оперированных. Возникшие осложнения потребовали более длительного стационарного лечения. Осложнения в основном были раневые (нагноение раны), а у 2 больных – течение после операции осложнилось пневмонией у пациентов пожилого возраста. Эти были больные, которые до операции страдали сопутствующими бронхолегочными хроническими заболеваниями. У всех больных, кроме одной удалось справиться с возникшими осложнениями, а одна умерла от полиорганной недостаточности.

При оценке результатов лечения мы учли сроки лечения у больных пожилого возраста, они составили $13,3 \pm 0,97$, а у старческого $14,5 \pm 1,2$, различия недостоверны ($> 0,05$). Продолжительность стационарного лечения обусловлена частотой осложнений после операции и наличием сопутствующих заболеваний, которые также требовали лечения в условиях стационара.

Шестая глава «Результаты лечения больных старшего возраста с язвенной болезнью, осложненным кровотечением и перфорацией». Под наблюдением находилось 36 больных пожилого и старческого возраста,

страдавших язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальными кровотечениями или перфорацией, что составило 23,2%. Из 36 больных пожилого возраста было 19 человек, старческого 17, мужчины и женщины были почти в равном числе. Язвенная болезнь, осложненная кровотечением, была у 34, а у 2 перфорация язвы. Из 145 больных пожилого возраста гастродуоденальное кровотечение язвенной этиологии было у 18 поступивших (14,4%), а из 59 старческого возраста у 16 (27,1%). Следовательно, у лиц старческого возраста частота кровотечений была в 2 раза выше. Женщин было 15, а мужчин - 19. Язва чаще локализовалась в желудке (21 чел.), в сравнении с локализацией в 12 перстной кишке (13 чел.). И в равной степени как среди больных пожилого, так и старческого возраста.

При эндоскопическом исследовании при поступлении у 9 больных кровотечение остановлено, у 12 продолжалось, а у 13 отмечен риск возникновения кровотечения. Из 34 наблюдаемых больных рецидив был у 13 и чаще у лиц старческого возраста. Легкая степень кровопотери отмечена у 11, средняя у 15 и тяжелая у 8 пациентов. И в этой группе наибольший удельный вес составили сроки от 1 до 3 суток. При поступлении больных с кровотечением, помимо общеклинического обследования выполнили эзофагогастродуоденоскопию для уточнения локализации язвы и определения характера кровотечения (продолжается, остановлено, есть риск повторного кровотечения), а при осложнении перфорацией выполняли обзорный снимок брюшной полости.

Из 34 поступивших с гастродуоденальным кровотечением язва желудка обнаружена у 21, и в двенадцатиперстной кишке у 13 поступивших. При этом при эндоскопическом исследовании установлена остановка кровотечения у 22, а у 12 кровотечение продолжалось.

При осложнении перфорацией язвы у обоих поступивших выявлено наличие газа в поддиафрагмальном пространстве и экссудат в малом тазу, что подтверждало диагноз.

Помимо основного заболевания, мы особое внимание обращали на влияние сопутствующих патологий и при этом было установлено, что у всех поступивших имели место сопутствующие заболевания, но наиболее часто сердечно-сосудистые заболевания.

При поступлении больных с гастродуоденальным кровотечением выполняли гемостатическую терапию, она включала введение хлористого кальция, аминокaproновой кислоты, свежзамороженной плазмы. Эти меры позволили остановить кровотечение и продолжить противоязвенную терапию, а у 6 больных с продолжающимся кровотечением мы использовали эндоскопический гемостаз по методике, разработанной Ниязовым К. (2023), при

этом вводили в подслизистый слой переульцизированной зоны обогащенную тромбоцитами плазму, которую получали из крови пациента путем 2х этапного центрифугирования крови. В обогащенную плазму тромбоцитами добавляли 2 мл раствора адреналина. Введение этой плазмы способствовало не только гемостазу, но и заживлению, в этом мы убедились при эндоскопическом обследовании больных через 2-3 недели.

У трех больных выполнена резекция желудка (у 2 гастрэктомия и у 1 резекция) при чем у одного из них старческого возраста (таблица.6.3).

Таблица 6.3. Типы операций у больных с осложненной язвенной болезнью

№	Типы операции	Возраст	
		пожилой	старческий
1	Гастрэктомия с анастомозом по Гиляровичу-Грэхему	1	1
2	Резекция желудка 2/3 по Бильрот-2 в модификации Бальфура.	1	-
3	Ушивание язвы желудка по Опелю Поликарпову	2	
	Всего	4	1

При перфорации язвы выполняли ушивание язвы, учитывая наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и разлитого перитонита.

Больные поступившие с перфорацией язвы оперированы в первые часы с момента поступления. С гастродуоденальным кровотечением двое оперированы в первые 6 часов с момента поступления, в связи с тем, что кровотечение продолжалось, а еще двое оперированы позже 3х суток, хотя кровотечение было остановлено, но имелся высокий риск его возобновления.

Анализ течения заболевания позволяет отметить следующие особенности у больных пожилого и старческого возраста. Осложнения в виде гастродуоденального кровотечения отмечены у 34 из 204 наблюдаемых больных, чаще возникало у пациентов старческого возраста почти в 2 раза в сравнении с пожилыми и чаще у мужчин в сравнении с женщинами, чаще имела место желудочная локализация. У лиц пожилого и старческого возраста язвы чаще локализовались в кардиальном отделе желудка и в основном больших и средних размеров, нет сезонности обострений и очень короткие сроки ремиссии. В клиническом проявлении нет четких признаков из-за наличия сопутствующих сердечно сосудистых заболеваний. Все эти отличия необходимо учитывать при

выборе тактики лечения больных с язвенной болезнью у лиц пожилого и старческого возраста.

Седьмая глава «**Результаты оперативного лечения вентральных грыж у лиц пожилого и старческого возраста**» включает 23 пациента с вентральными грыжами, из них у 4 был рецидив вентральной грыжи. 2 больных поступили с ущемлением, а у остальных были невправимая форма грыжи. Больные отмечали частое возникновение кишечной непроходимости, прогрессивное увеличение грыжевого выпячивания и постоянный болевой синдром, что явилось основанием для применения оперативного вмешательства.

7.1 Клиническая характеристика

В результате обследования установлена следующая локализация грыж

Таблица 7.1.1. Локализация вентральных грыж

Локализация	Пожилой возраст n-19	Старческой возраст n-4	Всего
Паховая прямая	8	2	10
Паховая косая	3	-	3
Пупочная	2	1	3
Послеоперационная	6	1	7
Всего	19	4	23

Из 23 пациентов рецидивные грыжи были у 4. Послеоперационная грыжи в правом подреберье после холецистэктомии у 3, по средней линии живота у 3 после лапаротомии, выполненной по поводу кишечной непроходимости и у одной больной по средней линии живота после операции, выполненных по поводу заболеваний органов малого таза (миома матки).

Анализ сроков существования грыж показал, что до года не было ни одного больного, в основном давность грыж у пожилых более 10 лет была у 12, а у лиц старческого возраста у всех 4 поступивших давность более 10 лет. Из 23 двое поступили с ущемлением (паховая грыжа), а у остальных были невправимые грыжи. Мы, как и ряд исследователей, делили грыжи с учетом размера на малые, средние, большие и гигантские. Грыжи малого размера (до 5см) были у 2, среднего (от 5 до 10 см) у 8, большие (от 10 до 20 см) у 9 и гигантские (более 20 см) у 4. Среди пациентов старческого возраста было по 2 наблюдения с большими и гигантскими грыжами. Диагностика грыж не вызывала затруднений из особенностей клиники необходимо отметить, что у лиц пожилого и старческого возраста наблюдается более быстрое прогрессирование увеличения размеров грыж, наличие грыжи осень часто проявляется симптомами кишечной

непроходимости, при этом больные часто использовали консервативное лечение: очистительные клизмы, прием слабительных.

При любом методе аутопластики есть угроза возникновения компартмент синдрома, поэтому необходимо избрать оптимальный выбор метода грыжесечения. Типы операций даны в таблице 7.1.3

Сопутствующие заболевания обнаружены у большинства больных, но все они были в стадии компенсации.

Таблица 7.1.3 Типы операции при вентральных грыжах

Типы операции	Пожилой n-19	Старческий n-4
Паховая грыжа: по Бассини	2	1
По Лихтенштейну	5	1
Пупочная по Мейо	2	1
с сеткой для укрепления грыжевых ворот	1	
Послеоперационная: аутопластика	2	
с сеткой для укрепления грыжевых ворот	3	1
сеткой с сохранением объема брюшной полости	6	4

В основном больные поступали уже с выполненными обследованиями, но у некоторых пациентов (5 чел.) с сопутствующими заболеваниями требовались дополнительные исследования и предоперационная подготовка, направленная на профилактику сердечно сосудистых осложнений. При выявлении гепатита в комплекс предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде обязательно включали гепатотропные препараты, рекомендованной кардиологом или терапевтом.

В срочном порядке оперировано 2 больных с ущемленными грыжами, а остальные после детального обследования и решения вопроса о возможности выполнения операции. В первые часы с момента поступления оперировано 2 больных с ущемлением грыжи.

В течении первых суток оперировано 6 пациентов, из них 4 пожилого возраста и 2 старческого, через 3 дня еще 3 в течение 3 суток, а остальные в сроки 3-5 суток с момента поступления.

При паховых грыжах отдавали предпочтение методам укрепления задней стенки пахового канала по Бассини, а также выполняли метод Лихтенштейна, у больных пожилого возраста по 4 наблюдения и по одному у лиц старческого

возраста. В ближайшем после операционном периоде у одного больного с пластикой по Бассини старческого возраста возник инфильтрат, других осложнений не наблюдали.

В оперативном лечении вентральных грыж использована аутопластика у 8 пациентов, а с использованием полипропиленовой сетки у 15. Аутопластика выполнялась традиционно, а применение сетки с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки, если коэффициент был выше 2,10, то применяли сетку с сохранением объема брюшной полости (рисунок 7.1.1), а если меньше 2,09 то аутопластику. В тех случаях, когда в момент операции отмечалось расслоение апоневроза и мышц, то ушитые грыжевые ворота укрепляли полипропиленовой сеткой (рисунок 7.1.2).

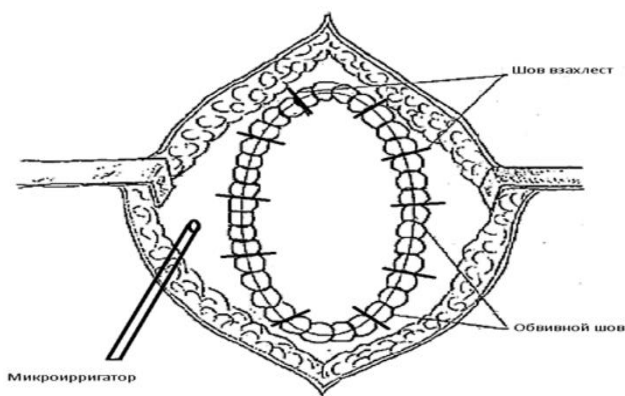


Рисунок 7.1. 1. Схема пластики с применением полипропиленовой сетки с сохранением объема брюшной полости

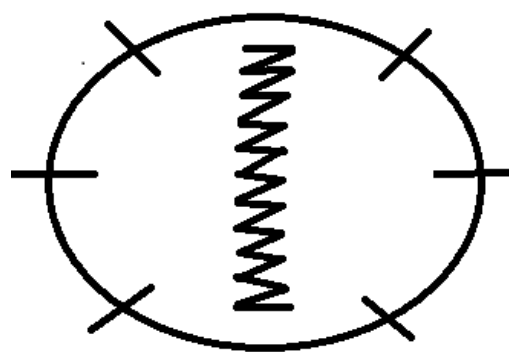


Рисунок 7.1.2. Схема укрепления грыжевых ворот.

При паховых грыжах использовали пластику по Лихтенштейну (1994), а в модификации Жаманкуловой М. (2014).

При использовании полипропиленом сетки в пластике грыжевых ворот в подкожную клетчатку дренировали одним или двумя микроирригаторами, и удаляли только после прекращения отделяемого.

После операции при аутопластике у одного больного имело место осложнение (инфильтрат операционной раны), а при использовании сетки осложнений не было.

Таким образом наши исследования показали возможность и даже целесообразность применять синтетические протезы при вентральных грыжах у лиц пожилого и старческого возраста.

Восьмая глава «Особенности течения хирургического заболевания у лиц старшего возраста на фоне сахарного диабета».

8.1. Характеристика больных

Среди наблюдаемых больных было 32 пациента с сахарным диабетом, у которых имели место хирургические заболевания, что составило 12,8 %. Из 32 поступивших женщин было 21 и 11 мужчин. Больные пожилого возраста составили 21 и 11 старческого возраста. Диагноз сахарного диабета устанавливали на основании критериев ВОЗ (1999).

Сахарный диабет 1 типа был у 2, а у остальных второй тип. Стадия компенсации была у 7, субкомпенсации у 9 и декомпенсации у 16 поступивших.

Кроме основного хирургического заболевания и сахарного диабета был выявлен и ряд сопутствующих заболеваний, в основном сердечно-сосудистые.

Характер патологии на фоне сахарного диабета.

Заболевания	Всего	
	абс.ч	%
Острый холецистит	15	46,8
Острый аппендицит	6	18,8
Острый панкреатит	3	9,4
Язвенная болезнь желудка осложнённая кровотечением	8	25,0
Всего	32	100,0

Из 32 больных наибольшую группу составили пациенты с острым холециститом (46,8%), реже с язвенной болезнью, осложнённой кровотечением и еще реже с острым аппендицитом. Оперативное лечение выполнено у 21 больного, а у 11 консервативное, это были больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

У 3 больных, поступивших с острым панкреатитом, благодаря комплексному лечению удалось предотвратить прогрессирование процесса.

8.2 Предоперационная подготовка при поступлении и результаты лечения.

При поступлении выясняли давность заболевания сахарным диабетом, какой из сахароснижающих препаратов получал в последнее время, какой был уровень сахара в крови в момент поступления и с учетом этих результатов выполняли предоперационную подготовку. Она была направлена на коррекцию сахара крови, метаболических нарушений, ликвидацию воспалительного процесса и

снижения интоксикации, обязательно переходили на простой инсулин малыми дозами с частым контролем уровня сахара. Использовали препараты тиоктовой кислоты, которые улучшают состояние больных и ведет к поддержанию гипогликемии, также назначали комплекс витаминов А, В, С и Е, которые обладают антиоксидантным действием. Назначали и препарат Мильгам, он улучшает общее состояние больных. Обязательно использовали реополиглюкин, он улучшает диурез и способствует снижению интоксикации. Наряду с этими препаратами больные получали лечение сопутствующих заболеваний — это в основном гипотензивные препараты. При гипертонической болезни и коронарной болезни сердца, ингаляции кислорода с антиспастической смесью. Особое внимание уделяли противовоспалительной терапии, назначение антибиотиков, сначала использовали цефтриаксон (периоперационное введение), а в последующем с учетом чувствительности микрофлоры). Перечисленное консервативное лечение больные продолжали получать и после операции. Учитывая, что при сахарном диабете лечение должно быть комплексным: операция+медикаментозное лечение, которые потенцируют друг друга.

В предоперационном периоде все больные консультированы кардиологом, эндокринологом, совместно определяли объем предоперационной подготовки, а затем решали вопрос о возможности выполнения операции.

Уделяли особое внимание выбору доступа, чтобы он был менее травматичный и в то же время обеспечивал свободное выполнение всех этапов операции, так как для больных пожилого и старческого возраста это имело большое значение. Типы операций и характер осложнений даны в таблице 8.2.1

Таблица 8.2.1. Типы операций и характер осложнений при острых хирургических заболеваниях на фоне сахарного диабета.

Типы операции	Всего больных	Осложнения			Всего
		нагноен ие раны	инфилъ трат	желчеисте чение	
Холецистэктомия	15	1	1	1	3
Аппендэктомия	6	1	1		2
Резекция желудка	1	-	-	-	
Итого	21	2	2	1	5 (23,8%)

В момент операции стремились к выполнению тщательного гемостаза и к бережному отношению к тканям. Все операции заканчивались орошением брюшной полости и операционной раны озонированным раствором хлорида натрия для снижения контаминации.

Из 21 оперированных осложнения возникли у 5 из них, у 4 раневые и у одного желчеистечение.

Особое внимание уделили течению раневого процесса, и чтобы судить об особенностях мы выполнили эхоморфометрию ран у 16 больных пожилого и старческого возраста, и у 20 больных среднего возраста с сахарным диабетом после оперативного лечения и у 15 с острым холециститом и острым аппендицитом без сахарного диабета (рисунок 8.2.1).

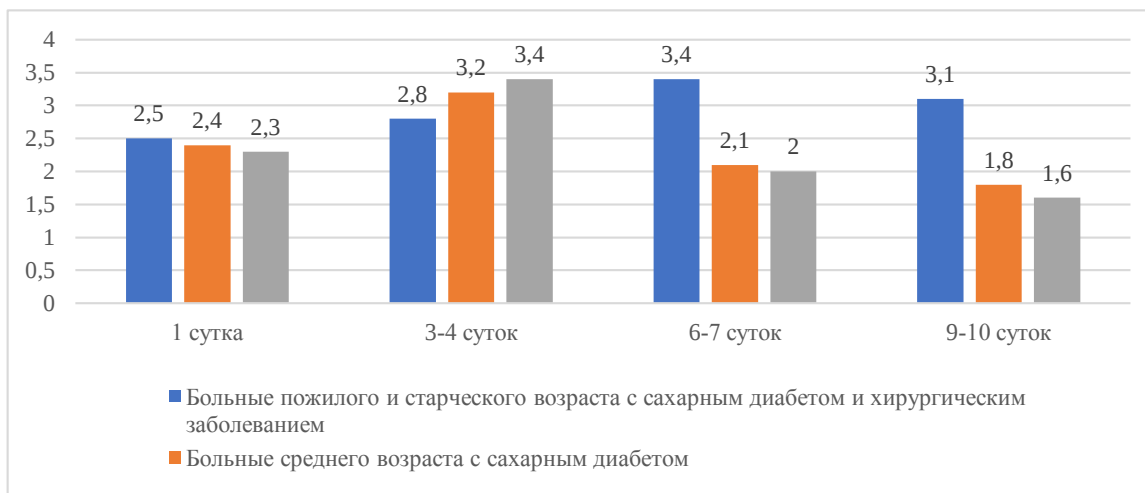


Рисунок 8.2.1 Результаты эхоморфометрии 3 групп больных.

При возникновении острых хирургических заболеваний у больных пожилого и старческого возраста необходимо выяснить достаточно полную предоперационную подготовку, стремиться выполнить малоинвазивную операцию, а в послеоперационном периоде выполнить эхоморфометрию раны, которое дает возможность выполнить начальную форму воспаления в операционной ране и предотвратить его прогрессирование.

Таким образом наши исследования показали, что хирургические заболевания органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста протекают в отличии со средним возрастом с менее выраженными местными признаками и более выраженными явлениями эндотоксикоза. Улучшение результатов оперативного лечения можно добиться путем своевременного поступления больных в хирургическую клинику, детального обследования с учетом не только основного, но и сопутствующего заболевания выполнением малоинвазивных операций и ведением послеоперационного периода, что и явилось результатом решения цели и задач нашего исследования.

Выводы

1. Среди поступивших пациентов старшего возраста преобладали женщины, а в структуре заболевания наибольший удельный вес занимал острый холецистит (18,1%%), осложненные формы язвенной болезни желудка и

двенадцатиперстной кишки (16,7%), панкреатиты (8,8%) и реже больные с другими заболеваниями.

2. Сложности диагностики у больных старшего возраста обусловлены, поздним поступлением и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, которые имели место у большинства больных.

3. У больных пожилого и старческого возраста целесообразно использовать сетчатые протезы при грыжесечении, но с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки, в двух вариантах: сохранение объема брюшной полости и с укреплением грыжевых ворот.

4. Основными причинами возникновения осложнений и летальности являются тяжесть сопутствующих заболеваний и развитие полиорганной недостаточности.

5. Возникновение острого воспалительного заболевания брюшной полости на фоне сахарного диабета, протекает более тяжело с тяжелой степенью эндотоксикоза и замедлением заживления операционной раны.

6. Улучшение результатов лечения при острых хирургических заболеваниях у лиц пожилого и старческого возраста можно добиться при своевременном поступлении больных в хирургическую клинику, использовании в диагностике современных методов, а в лечении миниинвазивных операций (ЛХЭ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия) и применением на всех этапах лечения лимфогенных технологий. В тактике лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений в виде (острого холецистита и холедохолитиазе) использовать разработанный нами алгоритм.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При поступлении больных старшего возраста с заболеваниями органов брюшной полости выполнять полное клиническое обследование с целью уточнения характера основного и сопутствующих заболеваний.

2. Больных старшего возраста с любой патологией органов брюшной полости консультировать с врачом кардиологом, на всех этапах лечения, а при сахарном диабете консультация врача эндокринолога.

3. Использовать широко меры профилактики осложнений в месте операции и раневых, применением лимфотропных технологий.

4. При вентральных грыжах для профилактики компромат синдрома и рецидива при грыжесечении использовать полипропеленовые протезы, с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки.

5. Учитывая рост удельного веса лиц пожилого возраста и старческого возраста и их прогнозирования в медицинских институтах и академиях предусмотреть курс геронтологии и гериатрии.

6. При гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии использовать аутоплазму обогащенную тромбоцитами в периаульцерозную зону. Метод обеспечивает не только гемостаз, но и способствует быстрому заживлению язв.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Токтосунов, А.С.** Миниинвазивные методы в лечении желчекаменной болезни у больных старшего возраста [Текст] / А.С. Токтосунов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019, Т. 18, № 4 С. 147-154; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://sgma.info/ru/issues-archive/2010-2019/2019.html?download=719:2019-4>
2. **Токтосунов, А.С.** Лечение острой абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности [Текст] / А.С. Токтосунов // Дней науки КГМА 2020, посвященные 80 – летию КГМА им. И.К. Ахунбаева Бишкек. - Том 1 № 1 (2020): ВЕСТНИК КГМА. С.41-47 То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://doi.org/10.54890/v1i1.11>
3. **Токтосунов, А.С.** Role of videolaparoscopy in the surgical treatment of hepatic cystic echinococcosis [Текст] / А.С. Токтосунов // Biomedicine. – Mahabalipuram, 2022. – Т. 42, № 6. – С. 1268-1271. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/366806152_Role_of_videolaparoscopy_in_the_surgical_treatment_of_hepatic_cystic_echinococcosis
4. **Токтосунов, А.С.** Results of repeat operation for early adhesive intestinal obstruction [Текст] / А.С. Токтосунов // Biomedicine. - Mahabalipuram, 2022. - Т. 42, №. 6. – С. 1272-1274. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://biomedicineonline.org/article/results-of-repeat-operation-for-early-adhesive-intestinal-obstruction/>
5. **Токтосунов, А.С.** Специфика язвенного процесса у больных с гастродуоденальными кровотечениями проживающих в горных условиях Кыргызской Республики [Текст] / А.С. Токтосунов // Здоровоохранение Кыргызстана научно-практический журнал 2022, № 3 С. 48-55 То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://dx.doi.org/10.51350/zdravkg202293648>
6. **Токтосунов, А.С.** Диагностика и лечение билиарного панкреатита [Текст] / А.С. Токтосунов // Научное обозрение. Медицинский науки. 2023. № 1. С 28-32 То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50341511>
7. **Токтосунов, А.С.** Симультантные операции при послеоперационных вентральных грыжах и желчнокаменной болезни [Текст] / А.С. Токтосунов // Научное обозрение. Медицинский науки. 2023. № 3. С 40-45 То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434714>
9. **Токтосунов, А.С.** Острый аппендицит с позиции системной воспалительной реакции [Текст] / А.С. Токтосунов // Вестник Кыргызско-Российского

8. **Токтосунов, А.С.** Симультантные операции при вентральных грыжах у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.С. Токтосунов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2023. Т. 23. №1 С. 104-109. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434714> славянского университета. – Бишкек, 2023.- Т. 23, № 1.- С. 4-8. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.krsu.edu.kg/archive/185/7558>
10. **Токтосунов, А.С.** Технические особенности лапароскопической холецистэктомии у больных оперированных с доступом лапаротомии брюшной полости [Текст] / А.С. Токтосунов // Наука. Образование Техника Кыргызско-Узбекский университет. № 2 (2024) С.157-162 То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://doi.org/10.54834/.vi2.394>
11. **Токтосунов, А.С.** Повторные операции при резидуальном и холедохолитиазе [Текст] / А.С. Токтосунов // Наука. Образование Техника Кыргызско-Узбекский университет № 2 (2024) С.152-156
То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://doi.org/10.54834/.vi2.393>
12. **Токтосунов, А.С.** Causes and Results of Repeated Operations in Iatrogenic Lesions of the Biliary System [Текст] / А.С. Токтосунов // Asian Journal of Pharmaceutics. - Mandsaur, 2024. - Т. 18, №. 4. – С. 1358-1362. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_41299674_66121957.pdf
13. **Токтосунов, А.С.** Relaparotomy for Peritonitis Following Liver Surgery in Alveococcosis and Echinococcosis: A Retrospective Analysis of 924 Cases [Текст] / А.С. Токтосунов // Journal of Communicable Diseases. - Karnataka, 2024. - Т. 18, №. 4. – С. 153-157. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://medical.advancedresearchpublications.com/index.php/Journal-Communicable-Diseases/article/view/4150/1868>
14. **Токтосунов, А.С.** Эффективность региональной лимфостимуляции и после осложнений холецистэктомий у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.С. Токтосунов // Наука. Образование Техника Кыргызско-Узбекский университет № 3 (2024) С.76-81 То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://doi.org/10.54834/.vi3.455>
15. **Токтосунов, А.С.** Лечение желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста (монографии). [Текст] / А.С. Токтосунов // Бишкек, издательство «Улуу Тоолор» 2017.-152с. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/ru/o-biblioteke/8-poslednie-novosti/39-v-biblioteku-kgma-postupili-novye-monografii-16-03-17g>

Токтосунов Арсен Сапарбекович «Курч ич патологиясы менен улгайган жана карылардын курактагы диагностикасынын хирургиялык тактиканын азыркы принциптери» деген темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин докторунун окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: ичтин органдарынын оорулары, улгайган жана карылык жаш, диагностика, дарылоо, татаалдашуу, алдын алуу.

Изилдөөнүн максаты: диагностиканын озгочулукторун изилдөө, улгайган жана карылар курактагы бейтаптардын курч ич патологиясы боюнча хирургиялык дарылоою.

Изилдөөнүн объектиси: 204 улгайган жана карыган курактагы адамдардын ич органдарынын курч оорулары менен ооругандар.

Изилдөөнүн предмети: клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык методдордун натыйжалары кабыл алууда жана дарылоодо.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, (кандын жалпы анализы, боор жана бойрок анализдери), ЭКГ, жана инструменталдык, (рентген, Уди, МРТ).

Изилдөөнүн жыйынтыктары жана илимий жанылыгы: Улгайган жана кары- картандар курактагы адамдардын курч хирургиялык ич ооруларынын жыштыгы жана мунозу изилденип, кошумча оорулардын мунозу жана жаштыгы аныкталган. Биринчи жолу улгайган оорулууларда курчхирургиялык ооруларды (Лапароскопиялык холецистэтомия, эндоскопиялык паптлосфинктеротомия) дарылоонун минималдуу инвазивдуу методдорун колдонуу мумкунчулугу негизделген. Синтетикалык протездерди колдонуу менен грыжа операцияларын аткаруу мумкунчулугу негизделген жана алардын натыйжалуулугу далилденген. Кант диабетинин фонунда курч хирургиялык оорулары бар бейтаптарда оперциядан кийинки мезгилдин журушун изилдөөнүн жыйынтыктары келтирилген. Лимфогендик технологияларды колдонуу менен сезгенуу ооруларынын алдын алуу чараларын натыйжалуулугу корсотулду. Алынган маалыматтардын негизинде кары- картандар менен карыларда от ташын тактикасынын алгоритми курулган.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. иш процессинде алынган негизги тыянактар жана сунуштар хирургиялык болумдордун кунумдук клиникалык практикасында, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөлөрдө колдонулушу мумкун.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

Диссертации Токтосунова Асрена Сапарбековича на тему: «Современные принципы диагностики и хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста с острой абдоминальной патологией» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17.-хирургия

Ключевые слова: заболевания органов брюшной полости, пожилой и старческий возраст, диагностика, лечение, осложнения, меры профилактики.

Цель исследования: изучить особенности диагностики, тактики и хирургического лечения при острой абдоминальной патологии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Объект исследования: 204 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста.

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов при поступлении и в процессе лечения.

Методы исследования: клинические, лабораторные (общий анализ крови, печеночные и почечные тесты), ЭКГ и инструментальные (рентген, УЗИ, МРТ).

Полученные результаты и их новизна: изучена частота и характер острых хирургических заболеваний брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста, определен характер и частота сопутствующих заболеваний.

Впервые обоснована возможность применения малоинвазивных методов лечения острых хирургических заболеваний у больных старшего возраста (лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия). Обоснована возможность выполнения операций грыжесечения с применением синтетических протезов и доказана их эффективность. Представлены результаты исследования течения послеоперационного периода у больных с острыми хирургическими заболеваниями на фоне сахарного диабета. Представлена эффективность мер профилактики воспалительных осложнений с применением лимфогенных технологий. На основании полученных данных построен алгоритм тактики ведения и лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений у лиц пожилого и старческого возраста.

Степень использования или рекомендации по использованию: основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы могут быть использованы в повседневной клинической практике хирургических отделений, а также в учебном процессе и научных исследований.

Область применения: хирургия

Структура и библиография: на 144 страниц, состоит из введения, глава обзора литературы и 8 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Иллюстрация: 7 рисунками и 37 таблицами. Библиографический указатель содержит 250 авторов, из них 57 работ авторов дальнего зарубежья.

SUMMARY

of dissertation by Toktosunov Asren Saparbekovich on the theme: "Modern principles of diagnosis and surgical tactics in elderly and senile patients with acute abdominal pathology" for achievement of the degree of doctor of medical sciences in specialty 14.01.17.- surgery

Key words: diseases of the abdominal cavity, elderly and senile age, diagnosis, treatment, complications, preventive measures.

Purpose of the study: to study the features of diagnosis, tactics and surgical treatment of acute abdominal pathology in elderly and senile patients.

Object of the study: 204 patients with acute diseases of the abdominal cavity in elderly and senile patients.

Subject of the study: results of clinical, laboratory and instrumental methods at admission and during treatment.

Research methods: clinical, laboratory (general blood analysis, liver and kidney tests), ECG and instrumental (X-ray, ultrasound, MRI).

Achieved results and its novelty: the frequency and nature of acute surgical abdominal diseases in elderly and senile people were studied, the nature and frequency of concomitant diseases were determined. The first studies substantiate the possibility of using minimally invasive methods of treating acute surgical diseases in older patients (laparoscopic cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy). The possibility of performing hernia operations using synthetic prostheses has been substantiated and their effectiveness has been proven. The results of a study of the course of the postoperative period in diabetic patients with acute surgical diseases are presented. The effectiveness of measures for the prevention of inflammatory complications using lymphogenic technologies is presented. Based on the data obtained, an algorithm of tactics for the management and treatment of cholelithiasis and its complications in the elderly and senile patients is constructed.

Degree of use and recommendations: the main conclusions and recommendations obtained in the course of work can be used in the daily clinical practice of surgical departments, as well as in the educational process and scientific research.

Cope of application: surgery.

Structure and bibliography: 149 pages, consists of an introduction, chapters of literature review and 8 chapters of own research, conclusions, practical recommendations. 7 figures and 37 tables have been drawn. The bibliographic index contains 250 authors, including 57 works by foreign authors.

Тираж 50 экз. Бумага офсетная.
Формат бумаги 60 х 90/16. Объем 1,5 п. л.
Отпечатано в типографии “Book дизайн”
720000, г. Ош, ул. И. Сулайманова, 3