

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ИМЕНИ И.К. АХУНБАЕВА

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 Г. БИШКЕК

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

Диссертация

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научный консультант:

Член-корр. НАН КР,

доктор медицинских наук, профессор

Оморов Рахатбек Арсыбекович

Бишкек – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5-9
ГЛАВА 1. Современные подходы к диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста	10-36
1.1. Эпидемиология и статистические данные острой хирургической патологии у больных пожилого и старческого возраста	10-16
1.2. Трудности и особенности диагностики острой хирургической патологии у больных старшего возраста	16-20
1.3. Влияние сопутствующих патологий на течение и исход хирургического вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста	20-30
1.4. Современное состояние вопроса о профилактике осложнений во время и после оперативного вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста	30-35
Резюме	35-36
ГЛАВА 2. Клиническая характеристика больных и методики исследования при острых заболеваниях органов брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста	37-51
2.1 Клиническая характеристика больных пожилого и старческого возраста с острым заболеваниями органов брюшной полости	37-45
2.2 Методики обследования больных пожилого и старческого возраста	45-49
Резюме	50-51
ГЛАВА 3. Результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с жкб осложненной, острым холециститом и холедохолетазом	52-65
3.1 Общая клиническая характеристика больных с ЖКБ, острым холециститом у лиц пожилого и старческого возраста.....	52-59
3.2. Результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с рецидивом холедохолитиаза	60-65
Резюме	65

ГЛАВА 4. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом и кишечной непроходимостью.....	66-77
4.1 Характеристика больных с острым панкреатитом	66-70
4.2 Лечение острого панкреатита	70-72
4.3. Результаты лечения больных с кишечной непроходимостью	73-77
Резюме	77
ГЛАВА 5. Результаты диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым аппендицитом ...	78-88
Резюме	77
ГЛАВА 6. Результаты лечения больных старшего возраста с язвенной болезнью, осложненной кровотечением и перфорацией	90-94
Резюме	77
ГЛАВА 7. Результаты оперативного лечения вентральных грыж у лиц пожилого и старческого возраста	95-103
7.1. Клиническая характеристика	95-103
Резюме	103
ГЛАВА 8. особенности течения хирургического заболевания у лиц старшего возраста на фоне сахарного диабета	104-112
8.1. Характеристика больных	104-107
8.2 Предоперационная подготовка при поступлении и результаты лечения	107-111
Резюме	112
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	113-117
ВЫВОДЫ	118
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	119
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	120-147

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ГБ	Гипертоническая болезнь
ЖКБ	Желчнокаменная болезнь
ЖДА	Железодефицитная анемия
КБС	Коронарная болезнь сердца
КГМА	Кыргызская Государственная медицинская академия
КТ	Компьютерная томография
ЛИИ	Лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛХЭ	Лапароскопическая холецистэктомия
МРТ	Магнитнорезонансная томография
ОА	Острый аппендицит
ОХЗЛ	Обструктивная хроническая заболевания легких
ОЖП	Общий желчный проток
ПОН	Полиорганная недостаточность
ПТИ	Протромбиновый индекс
СД	Сахарный диабет
ТЭЛА	Тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ЭПСТ	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия

ВВЕДЕНИЕ

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. Оморов 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 (В.С. Савельев и соавт., 2008; С.Ф. Багненко и соавт., 2009; 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.

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. Оценить способ эхоморфометрии в диагностике доклинического воспаления в операционной ране у лиц пожилого и старческого возраста.
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 при 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. Опубликована одна монография.

Структура и объём работы. Диссертация изложена на русском языке, на 147 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.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1.1. Эпидемиология и статистические данные острой хирургической патологии у больных пожилого и старческого возраста

По сведениям ВОЗ и многочисленных исследователей удельный вес лиц пожилого и старческого возраста увеличивается с увеличением продолжительности жизни населения (Е.И. Вовк, 2010) и, кроме того, с увеличением продолжительности жизни растет и количество больных с многими заболеваниями, которые требуют оперативного лечения. Это острый холецистит, осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцати перстной кишки, наружные грыжи осложненные ущемлением, кишечная непроходимость, острый аппендицит (Н.И. Глушков и соавт, 2010; А.В. Меньков и соавт, 2013; Г.Н. Хрыков и соавт, 2016; S. Disaverio et al., 2020). Лица старше 60 лет представляют возрастную группу, стремительно увеличивающуюся в структуре популяций экономически развитых странах. Как указывают Чумак Р.А. (2005), Майстренко А. и соавт. (2010) прогнозируется увеличение этой группы с 17,4% в 2000 году до 20% к 2014 году и при сохранении этой тенденции к 2050 году эта группа будет составлять 35%. Среди лиц по данным различных авторов ЖКБ обнаруживается у 10-15% населения, а по сведениям ВОЗ у 25% среди пациентов от 60 до 70 лет, а после 70 лет у каждого третьего, а число больных старше 60 лет с острым холециститом составляет более 60%, а среди оперированных достигает 77% (М.Д. Дибиров, 2004). В литературе большинство исследователи употребляют термин «старший возраст» лиц, который подразумевается возраст старше 60 лет. И мы, в своей работе использовали старший возраст, что означало пожилой и старческий возраст.

Кроме того, ряд исследователей отмечают, что наблюдается рост заболеваемости среди лиц старшего возраста. Анализ результатов оперативного

лечения ряда заболеваний у лиц старшего возраста показал, что имеет место большой удельный вес больных с запоздалым поступлением в стационар, что и является причиной высокой частоты осложнений и летальности (В.Н. Чернов и И.Е. Толстов, 2007; И.М. Снегирев и соавт 2010), а также отмечено, что увеличивается количество больных старшего возраста с острыми хирургическими заболеваниями.

Чаще пожилые оперируются в экстренном порядке (С.А. Бычков и соавт, 2012; Ю. Семенов и соавт, 2009). Это обстоятельство авторы объясняют тем, что увеличились платные услуги при снижении платёжеспособности больных пожилого возраста, больные стали меньше обращаться к врачам, также немаловажное значение имеет то обстоятельство, что не работают профилактические направления медицины. Если ранее грыженосителей оперировали в плановом порядке, то теперь они госпитализируются по скорой помощи с уже ущемленной грыжей, увеличилось время от начала заболевания до поступления в стационар, что имеет большое значение в исходе заболевания.

Многие авторы утверждают, что людям пожилого и старческого возраста необходима социальная реабилитация, учет их, дисциплинарное наблюдение и плановое оздоровление (В.Н. Чернов, 2007; С.Ф. Басненко, 2002).

Довольно большой удельный вес среди поступивших больных занимают пациенты пожилого и старческого возраста с осложненной формой ЖКБ – острым холециститом, лечение которых более сложное в связи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний эта группа больных составляет около 15% всех госпитализированных хирургического профиля и около 50% из них лица старшего возраста (М.М. Винокуров и соавт., 2002; В.Н. Чернов, И.В. Суздальцев 2002; Ю.А. Нестеренко и соавт., 2006; М.М. Дибиров и соавт., 2007,2012,2017; Б.С. Брискин и соавт., 2015; M.S. Sajid et al.,2017).

Авторы утверждают, что за последние 50-60 лет продолжается неуклонный рост больных острым калькулезным холециститом, в том числе с осложненными формами, особенно у больных старшего возраста. Летальность у них после экстренных операций составляет 10-15%. Своевременная ликвидация ЖКБ и

патологии желчных путей позволяют выполнить эффективную профилактику билиарного панкреатита, холангита, абсцессов печени.

Все исследователи отмечают частое выявление сопутствующих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что влияет на распознавание острого холецистита, так как в пожилом возрасте, возникновение острого холецистита, на фоне сопутствующих заболеваний резко изменяется в сравнении с больными молодого и среднего возраста (Ю. Б. Мартов и соавт. 2021; Б.С. Брискин и соав., 2004)

Среди лиц пожилого и старческого возраста имеет место язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и по данным статистики является довольно распространенным заболеванием. Особое внимание уделяется возникновению язвенной болезни у лиц пожилого возраста на фоне сахарного диабета. По данным Смолянникова А.Б. (2000), Филипов А.Л. (2011) Дибирова Я.Ф. и соавт (2013) частота язвенных кровотечений у больных сахарным диабетом составляет 11%-11,5%.

Применение современных методов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не снижает частоты возникновения осложнений, а лишь отодвигает их на пожилой и старческий возраст (Г.А. Булгаков и соавт., 2002), а сложности оперативного лечения обусловлены частотой сопутствующей патологии. Удельный вес больных пожилого и старческого возраста в настоящее время возрос и колеблется от 21,1 до 44% на что указывают Полозова Э.И. и соавт. (2021), а по данным Garter R., Andersen (1997) эта цифра достигает 83%. Летальность у больных с гастродуоденальным кровотечением колеблется от 30 до 40%. Это связано с наличием фоновых заболеваний, усугубляющих состояние больных и повышающих риск оперативного вмешательства, а это приводит нередко к диагностическим и тактическим ошибкам (А.И. Шугаев, А.С. Агишев, 2000. Л.А. Звенигородская и соавт, 2017;).

Жанталинова Ж.А. (2005) представили анализ осложнений язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. В структуре осложнений у 47,9% было кровотечение у 21 больного сочетание осложнений, у 15,9% на фоне

язвы, у 8,5% - пенетрация и у 6,4% - стеноз. Сопутствующие заболевания выявлены у 72,3% больных. Язвы были размером от 2 до 6 см. Резекция желудка выполнена в 67% случаев органосохраняющих операций в 9,6%, а паллиативные (23,4%), ушивание 7,6%, послеоперационные осложнения возникли у 10 (10,6%), умерло 7 больных. Причиной смерти у 1 был перитонит на почве несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, у 1 панкреонекроз, у 2 рецидив кровотечения и 3 острая сердечно-сосудистая недостаточность, развивавшаяся на фоне ИБС с нарушением ритма.

Большинство исследователей отмечают, что в пожилом и старческом возрасте это заболевание имеет свои клинические и морфологические особенности, которые необходимо учитывать при выборе метода лечения. Развитие язвенной болезни у больных старческого возраста в большинстве случаев связано со снижением защиты, а не с повышением активности желудочного сока и при эндоскопическом исследовании чаще обнаруживаются язвенные дефекты классифицирующие как большие и гигантские, частота их осложнений колеблется от 18 до 28% (Е.А. Исламова, 2009; В. Жаров и соавт., 2012; Б.С. Брискин, 2006; Л.И. Аруин, 2006).

Чернякевич С.А. и соавт. (2002), Исламова Е.А. (2009), Джитава И.Г. и соавт. (2010) располагали значительным клиническим материалом по изучению особенностей язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста и сравнили течение этого заболевания у лиц молодого возраста и при этом отметили, что у пожилых язвы чаще локализуются в желудке, в то время как у молодых чаще в 12 перстной кишке, а осложнения у молодых чаще стеноз и перфорация, в то время как у больных старшего возраста чаще кровотечение и чаще отмечено сочетание осложнений. У лиц молодого возраста язвенная болезнь характеризуется повышенной секреторной активностью желудка, отсутствие моторных нарушений гастродуоденальной зоны у лиц пожилого возраста язвенная болезнь возникает при нормальной или пониженной секреции желудка и преобладают нарушения моторики гастродуоденальной зоны. Осложнения чаще возникают при отсутствии язвенного анамнеза. Учитывая эти

особенности при показании к оперативному лечению у пожилых следует отдавать предпочтение экономной резекции желудка или антрумэктомии с ваготомией.

Наиболее частым осложнением в последние десятилетия отмечается увеличение язвенной болезни, осложненной кровотечением, особенно у больных старческого возраста. Так, Джитаева И.Г. (2009) провели анализ заболеваемости язвенной болезни и отметили, что у больных пожилого и старческого возраста кровотечение составило 48% по сравнению с 2% в 1970 годы, увеличение в частности такого осложнения как желудочно-кишечное кровотечение у лиц старческого возраста связывают с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, и неконтролируемым приемом аспирина, нестероидных противовоспалительных средств (Ю.М. Стойко, 2002;).

Особенность патогенеза кровотечения при язвенной болезни, как отмечают Горбашко А.И. (1974), Л.В. Поташов (1998), Глушков Н.И. (2010) у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, является синдром взаимного отягощения. При этом сопутствующие заболевания, сопровождающиеся сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью вызывают гипоксию слизистой оболочки желудка и снижение ее резистентности, а массивное кровотечение вызывает гипоксию внутренних органов и таким образом развивается порочный круг. В диагностике гастродуоденальных кровотечений довольно широко используется гастродуоденоскопия и на ее результатах определяет метод лечения (А.М. Амиров, 1995; Э.В. Луцевич и соавт., 2003). При эндоскопическом исследовании использовали различные методы остановки, но они не решили проблему лечения гастродуоденальных кровотечений. Ведущим является оперативное лечение, хотя и оно не лишено недостатков (частота осложнений, высокая летальность) здесь необходимо комплексное лечение, особенно у больных старческого возраста (Я.Ч. Ураков, 2006).

Что же касается острого аппендицита, то многие исследователи отмечают, что эта патология наблюдается немного реже у лиц пожилого возраста в

сравнении с молодыми и составляет около 10% от общего количества больных с острым аппендицитом. Зато в этом возрасте чаще обнаруживают деструктивные изменения. Это положение авторы связывают со снижением реактивности организма, атеросклеротическим поражением сосудов, что ведет к нарушению кровоснабжения с развитием некроза и гангреней червеобразного отростка, что является причиной возникновения первично-гангренозного аппендицита, минуя катаральную и флегмонозную форму (В.И Колесов 1972; Т.М. Бараев 1999; S. Fung et al., 2023; Н. Mehbub et al., 2023).

В общей структуре неотложной хирургической патологии с неопухолевым генезом кишечная непроходимость для лиц пожилого и старческого возраста составляет 4-5% (А.В. Меньков и соавт., 2013; А.И. Осадчив, 2018), но они заслуживают внимания частотой неблагоприятных исходов, частотой тяжелых сопутствующих заболеваний. Наиболее часто имеет место спаечная кишечная непроходимость странгуляционная, но ряд исследователей отмечают наибольший удельный вес у пожилых занимает обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза (П.П. Плечев, 2004; А.В. Тотиков 2006; А.В. Меньков, 2013) реже инвагинация. И при спаечной кишечной непроходимости у пожилых частота развития некроза кишечника была выше и у всех поступивших отмечались тяжелые проявления эндотоксикоза.

При осложненных формах ЖКБ может возникать и желчекаменная тонкокишечная непроходимость, диагностика ее затруднена тем, что она чаще возникает у больных старшего возраста со многими сопутствующими заболеваниями (А. Хожибоев, 2010).

Острая кишечная непроходимость и в настоящее время является одной из сложных проблем в неотложной хирургии, это обусловлено ростом числа больных, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста, среди которых отмечена поздняя обращаемость и отсутствие простейших малоинвазивных и надежных методов ранней диагностики (В.В. Плечев, 2004; В.З. Тотиков и соавт., 2006; И.И. Снегирев, 2010; М.М. Миннулин и соавт., 2014; А.В. Сажин и соавт., 2018). Особые сложности в диагностике у лиц старшего возраста отмечены при

ранней послеоперационной непроходимости основными причинами которой являются: разлитой перитонит, тактические и технические ошибки характеризуются в ходе операции и в послеоперационном периоде (А.И. Осадчий, 2018)

Таким образом, литературные сведения подтверждают наличие большого удельного веса населения старшего возраста и возрастающую частоту заболеваний острыми хирургическими заболеваниями, требующими оперативного лечения, что является одной из важных проблем в хирургии.

1.2. Трудности и особенности диагностики острой хирургической патологии у больных старшего возраста

Увеличение количества больных пожилого и старческого возраста в структуре населения обуславливает особый интерес исследователей к выявлению особенности течения заболевания к группе пожилого и старческого возраста, так как с увеличением количества населения старшей группы, отмечается и рост заболеваемости среди этой категории больных. Особый интерес представляют острые хирургические заболевания, после операции которых наблюдается более высокий процент осложнений и летальности (Ю.А. Нестеренко, 2006; С.А. Жидков, 2004, 2005; А. Майстренко, 2010; М.И. Попова, 2017;).

Трудности и ошибки в диагностике острой хирургической патологии у лиц пожилого и старческого возраста на этапе приемного отделения связаны с наличием у больных нескольких сопутствующих заболеваний (А.С. Ермолов, 2006; С.Г. Горелик, 2012).

Горшенин Т.Л. и соавт. (2012) представили анализ результатов обследования и лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у 307 пожилого и старческого возраста и утверждают, что сложности диагностики осложнений обусловлено наличием у этой группы больных тяжелых сопутствующих заболеваний, особенности

клинического течения, которые должны быть учтены при выборе метода лечения и его объема.

Так, Шелест П.В. и Миронов (2007) представили результаты обследования больных пожилого и старческого возраста и утверждают, что на основании клинических исследований только у 30% удалось достоверно определить острый аппендицит, инструментальные исследования способствуют улучшению диагностики. Авторы рекомендуют в комплекс обязательных исследований включить инструментальные методы (УЗИ).

Клинические проявления острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста очень часто имеют стертую картину, что и затрудняет своевременную диагностику. В этом возрасте больные не обращают внимания на эпигастральную боль в начале заболевания, тошнота и рвота у них чаще чем у молодых (Б.Ж. Ханозов, 2004; Y. Alajaaski et al., 2022). Задержка стула не имеет большого значения, так как в этом возрасте у пожилых замедленное опорожнение кишечника, но в ряде случаев наблюдается метеоризм (В.С.Савельев и соавт., 2008,2010; В.П. Сопельняк и соавт., 2006). При исследовании живота отмечается лишь умеренная болезненность даже при деструктивных формах, мышечное напряжение в правой подвздошной области незначительное (В.И. Колесов 1972; В.Ф. Озеров, В.А. Негреб, 2004; Е.А. Кузнецов и соавт., 2004), но симптом Щеткина Блюмберга определяется у большинства. У лиц пожилого возраста чаще, чем у молодых возникает аппендикулярный инфильтрат, который необходимо дифференцировать с опухолью слепой кишки.

Температура тела у лиц старшего возраста даже при деструктивном аппендиците повышается умеренно или даже остается нормальной, количество лейкоцитов увеличивается незначительно, но и в лейкоцитарной формуле сдвиг существенный (А.А. Русанов, 1979; А.Д. Тарасов и соавт., 2013). Все эти особенности должны быть учтены при осмотре больного с подозрением на острый аппендицит.

В последние годы с внедрением в практику инструментальных исследований и в диагностику острого аппендицита используется УЗИ, при котором обращают особое внимание на наличие выпота в правой подвздошной ямке, брюшной полости и малого таза (О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, 2005; Г.Н. Хрыков и соавт., 2016).

В диагностике аппендицита у лиц молодого и среднего возраста используется лапароскопия, которая позволяет избежать неоправданной аппендэктомии, а у больных пожилого и старческого возраста этот метод используется значительно реже из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний (А.С. Ермолов и соавт. 1998; S. Kumar. Janu, 2004).

Шелест П.В., Миронов В.И. (2007) утверждают, что только у 30% больных пожилого и старческого возраста на основании клинико-анамнестических и лабораторных данных можно достоверно диагностировать острый аппендицит, а инструментальные методы способствуют улучшению диагностики, авторы рекомендуют включить в программу диагностики для лиц старческого и пожилого возраста при подозрении на острый аппендицит. Однако, Тарасов А.Д. и соавт. (2013), Каминский М.Н. (2017) оценивая результаты УЗИ и лапароскопии, особенно у лиц старшего возраста отмечают, что практикующие врачи не должны забывать классический алгоритм клинического обследования и лечения больных с диагнозом «острый аппендицит», игнорирование этого правила обуславливает неудачи оказания медицинской помощи.

Также возникают сложности у лиц старшего возраста и в диагностике острой кишечной непроходимости. Данные отечественных и зарубежных исследователей свидетельствуют о том, что одной из главных причин высокой частоты осложнений и летальности является несвоевременная диагностика и запоздалое оперативное лечение (С.А. Жидков, 2004, 2005; С.А. Жидков, А.А. Литвиних, 2014).

Авторы отмечают не типичность клинической картины острой кишечной непроходимости у больных старшего возраста, что диагностическая ценность рентгенологического обследования составляет 78,8%, а рентгенологическое

исследование с приемом бария повышает диагностику, но в основном при обтурационной непроходимости тонкого кишечника. УЗИ также позволяет диагностировать острую кишечную непроходимость, ее диагностическая информативность колеблется от 80 до 88%.

В диагностике иногда и в лечении кишечной непроходимости используют лапароскопию в основном при неопухоловом генезе (R.Iorgulescu et al., 2005; S. Szomstein., 2006; G. J. Mansini., 2008; R. Cirocchi et al., 2010).

Однако, Сажин А.В. и соавт. (2016), Ming-Zhel. (2012), Arung W. et al. (2012) не отрицая важности лапароскопического метода отмечают, что лапароскопические операции не могут являться заменой открытым операциям у 100% больных с острой кишечной непроходимостью.

В литературе обращают внимание на диагностику, микроциркуляторные нарушения в кишечнике и определение уровня лактозы, которые возникают при кишечной непроходимости и требуют их оценки в ранней диагностике в основном у лиц при отсутствии сопутствующих заболеваний (Ш.В. Тимербулатов и соавт., 2012; В. Kulah et al., 2003). Но у лиц пожилого и старческого возраста с наличием сосудистой недостаточности этот тест требовал дополнительных исследований (С. Ф. Багненко и соавт. 2009)

Гаврилов С.В. и соавт. (2014) исследовали показатели лактозы и сопоставили с внешними изменениями кишечника и рекомендуют учитывать результаты исследований лактозы у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. Чем выше значение этого показателя, тем больше вероятность развития некроза участка кишечника. Но методика сложна и пока еще не нашла широкого применения. Литературные сведения по вопросу диагностики острых хирургических заболеваний у лиц старческого возраста подтверждают сложности своевременной диагностики и высокий процент диагностических ошибок, которые обусловлены частотой сопутствующих заболеваний, стертым клиническим течением многих заболеваний, поздним поступлением в клинику с уже развившимся осложнением и недостаточно полным обследованием больных. В литературе обращено внимание на частоту и

особенности клинического течения вентральных и паховых грыж у лиц пожилого и старческого возраста, что нашло отражение в работах многих исследователей (В.В. Павленко, 2006; Р.В. Романов, 2008; С.М. Смотрин и соавт., 2021; Le Gall., 1993; D.G. Fong et al., 2007). Все авторы отмечают высокую частоту рецидива у лиц пожилого и старческого возраста и рекомендуют использовать индивидуальный подход к выбору метода операции, так как недоучет характера сопутствующих заболеваний, особенно его обострение после операции является основной причиной рецидива.

1.3. Влияние сопутствующих патологий на течение и исход хирургического вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста

Большинство исследователей указывают на необходимость выявления не только основной хирургической патологии, но и всех сопутствующих заболеваний, которые существенно влияют на выбор оперативного лечения и исход заболевания (В.М. Буянов, 1991; Б.К. Гостищев, 2001; Л.А. Звенигородская, 2002; В.Н. Чернов, И.В. Суздальцев, 2002; С.Г. Горелик и соавт., 2012; P. Malfertheiner., 2007;), особенно у лиц старшего возраста.

Кроме того, оценить тяжесть сопутствующих заболеваний и обосновать продолжительность предоперационной подготовки, так как частота осложнений после операции в большинстве случаев обусловлена не хирургическим заболеванием, а нарушениями вызванными сопутствующей патологией, поэтому важной проблемой является рационально избранная предоперационная подготовка, она должна быть направлена на ликвидацию или хотя бы снижение интоксикации (инфузионная терапия), выполнена противовоспалительная терапия (антибиотики), повышение иммунологической защиты (имуннокорректоры), но в первую очередь выполнять лечение сопутствующих заболеваний, особенно сердечно-сосудистых. Объем этих мер должны совместно определить хирург, кардиолог или терапевт, анестезиолог (П.Я. Сандаков и соавт., 2005; Р.А. Оморов и соавт., 2019).

Особого внимания заслуживает такое сопутствующее как сахарный диабет, при котором развиваются сердечно-сосудистые нарушения. Большая распространенность сахарного диабета и атеросклероза приводит к частоте их сочетанию взаимно отягощая их течение. Особенно тяжело протекают такие заболевания как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (Ю.Л. Федорченко, 2005; С.А. Бычков и соавт., 2012; В.С. Лукьянчиков, 2016). Перед операцией необходимо решить вопрос об обезболивании у лиц старшего возраста учесть характер сопутствующего заболевания. При остром аппендиците ряд хирургов используют местное обезбоживание и внутривенное и только при наличии аппендицита, осложненного перитонитом – внутривенное или эндотрохеальный наркоз.

При остром холецистите, кишечной непроходимости, ущемлении грыж, язвенной болезни осложненной перфорацией среди хирургов нет единого подхода. Так, ряд хирургов отдают предпочтение эпидуральному обезболиванию (Э.А. Маматов и соавт. 2004; М.Д. Дибиров и соавт., 2007; А.К. Шаршенов и соавт., 2007; В.М. Тимербулатов и соавт., 2014) обосновывая тем, что при эпидуральном обезболивании меньшая кровопотеря, есть возможность выполнения ранней активизации больных, а следовательно и является профилактикой тромбоэмболических и легочных осложнений. Бебуришвили А.Г. и соавт. (2011) у 205 больных выполняли транспапиллярное вмешательство с целью коррекции синдрома желчной гипертензии: у 101 использовали эпидуральное обезбоживание, а у 104 – наркотические анальгетики. Результаты исследования показали, что применение эпидуральной анальгезии снижает риск развития послеоперационного панкреатита.

Второй важной задачей оперативного лечения у этой группы больных – это выбор наиболее рационального доступа, который бы обеспечил выполнение всех этапов операции и в то же время был малотравматичным. Длительное время при абдоминальной патологии использовали широкий лапаротомный доступ, тогда он был оправдан тем, что до операции трудно было решить об ее объеме, так как клинические и лабораторные методы не давали точной информации. С

появлением инструментальных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) возникла реальная возможность детального обследования с определением основных и сопутствующих заболеваний. Эти достижения и накопленный клинический опыт явились основанием для пересмотра размера доступа.

Появление результатов разработок о применении малоинвазивных доступов это минилапаротомия нашло отражение в работах ряда авторов (М. И. Прудков, 1993; А.А. Сапрыкин и соавт., 1995; П.С. Ветшев и соавт., 1998, 2005; М.И. Прудков и соавт., 2005; Р.А. Оморев и соавт., 2009; I.Cemachovic, Y.C. Letard, 2000; D.M. Lauter, E.J. Froines, 2018) и лапароскопия.

По мере накопления клинического материала минилапаротомный доступ совершенствовался, разрабатывалась осветительная система, инструменты при выполнении основных этапов операции и другое, все это способствовало улучшению результатов лечения.

Ряд исследователей (И.Глушков и соавт., 2009; A. Forgione et al., 2008; S.A. Fransen et.al., 2012; F. Kens et al., 2018) утверждают, что у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности оперативные вмешательства из минилапаротомного доступа могут быть методом выбора в лечении желчнокаменной болезни. Используя этот подход авторам удалось снизить частоту осложнений с 29,4 до 10,9%, а летальность с 11,8 до 1,4%. Наличие сопутствующих заболеваний осложняет ведение больных в условиях сниженных адаптационных возможностей организма, поэтому выполнение минилапаротомных операций улучшает прогноз и качество жизни.

С появлением лапароскопии была обоснована возможность выполнения операции, особенно при ЖКБ и ее осложнениях. По мере использования этого метода совершенствовалась техника, подходы к выбору и эти методы наиболее часто были применены у лиц молодого и среднего возраста, а затем была обоснована возможность ее выполнения и у лиц пожилого возраста. Эволюция лапароскопического и минилапаротомного доступа подробно изложена в работах Оморова Р.А. и соавт. (2009), Михин И.В. и соавт. (2015). Этот метод рядом исследователей был использован при обратном расположении органов

(Н.С. Григорьев и соавт., 2016; О.Э. Луцевич и соавт., 2017; R. Potier et al, 2015), и представлены новые разработки у лиц пожилого и старческого возраста (O. Renteria et al., 2018; P. Garg et al, 2012; B.W. Tian., 2023; M. Joseph et al, 2012).

Одним из наиболее частых осложнений ЖКБ является острый холецистит. Вопросы диагностики (методы), доступы, сроки операции, объем оперативного лечения, необходимость применения интраоперационной холангиографии постоянно обсуждаются на страницах отечественной и зарубежной литературы, на съездах, конгрессах, разрабатываются программы тактики при остром холецистите, однако многие вопросы до сих пор остаются до конца не решенными (Э.И. Гальперин, 1983; А.Г. Бебуришвили, Е.Г. Спиридонов, 1999; С.В. Юрин, 2005).

У больных пожилого и старческого возраста имеет место сложности и трудности диагностики острого холецистита, так как в этом возрасте у больных часто выявляются сопутствующие заболевания. Как указывают Чернов В.Н., Суздальцев И.В. (2002), Дибиров М.Д. (2004), Касумьян А.С., Некрасов А.Ю. (2005), Жидков С.А., Елин И.А. (2009), у лиц пожилого и старческого возраста холецистит развивается на фоне сосудистых изменений из-за длительного существования ЖКБ и кроме того вовлекаются в процесс соседние органы, что ведет к развитию атипичных клинических проявлений хирургических заболеваний.

Использование данных анамнеза, результатов объективного обследования и лабораторных методов позволяет определить острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста не более, чем в 40-45 %.

С появлением инструментальных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) улучшилась диагностика ЖКБ и ее осложнений. Более широкое применение получило УЗИ, которое дает информацию о состоянии печени, размерах желчного пузыря, толщине стенок, наличии конкрементов и место их расположения и о состоянии желчных протоков (В.Н. Сацукевич, В.А. Назаренко, 2005; S.L. Zacks et al., 2002), но его диагностическая ценность не превышает 85-88%. Более информативным методом (почти 100%) является КТ,

особенно в диагностике холедохолитиаза, но высокая стоимость этого метода не позволяет использовать ее в более широком плане, что позволило бы снизить частоту «забытых» конкрементов, по поводу которых требуются повторные операции, а для больных старшего возраста это еще и дополнительный риск возникновения осложнений.

В литературе представлены результаты применения различных доступов ЖКБ и ее осложнениях у лиц старшего возраста.

Представлены преимущества мини-лапаротомного доступа перед традиционным (П.С. Ветшев, М.И. Прудков и соавт., 1995, 2005), а также преимущества лапароскопического доступа (F. Keus et al., 2018) дана сравнительная оценка двух минилапаротомных доступов не только у молодого и среднего возраста, но и у пожилых.

Однако все исследователи подчеркивают, что обоснованный доступ должен исходить не только из-за характера хирургического заболевания, но и учитывать сопутствующие патологии. Хожибаев А. (2010), Оморов Р.А. и соавт. (2019), Kiviluoto J. et al. (1997), Srakns T. et al. (2014) отмечают, что в лечении ЖКБ больных старшего возраста можно использовать минилапаротомный доступ и эндовидеолапароскопические вмешательства и частота осложнений наблюдается на одинаковом уровне, методы не нужно противопоставлять, так как каждый из них выполняется с учетом показаний. У лиц пожилого и старческого возраста целесообразно выполнять операцию из минилапаротомного доступа, так как к нему меньше противопоказаний и кроме того, как отмечает ряд исследователей (Р.Р. Курбанисмаилова, Р.Т. Меджидов, 2013, J. Narju et al., 2018; С.Д. Mabry, 2018) у пожилых пациентов с наличием сопутствующих заболеваний при наложении пневмоперитонеума могут усугубляться нарушения сердечно-сосудистой и легочной системы.

Ряд исследователей (Е.И. Хорошилов, 2012; Р.Р. Курбанисмаилова, Р.Т. Меджидов, 2013; С.И. Рапопорт и соавт., 2014; H. Gai et al., 1992; D.K. Heyland et al., 2006; W.S. Shore, B.Y. Delateur, 2007), которые сравнили результаты ЛХЭ, из минидоступа и из традиционного отмечают, что малоинвазивные доступы для

холецистэктомии старшего возраста являются более щадящими. Однако авторы указывают, что в тех случаях, когда требуется ревизия зоны операции и высокий риск возникновения осложнений в момент операции, то применение традиционной лапаротомии оправдано. Авторы подчеркивают, что залогом успеха любой операции и лиц старшего возраста является использование всех современных методов обследования до операции.

Все исследователи утверждают, что при выполнении любой операции у пожилых лиц, необходимо бережно относиться к тканям, выполнять тщательно гемостаз и адекватное дренирование брюшной полости. Соблюдение этих правил позволит снизить частоту осложнений и летальности (О.В. Галимов 2000; С.Ф. Багненко и соавт., 2002; Н.У. Арипова и соавт 2002; Ф.Б. Амеджанов и соавт., 2006).

Несмотря на достижения в абдоминальной хирургии, частота осложнений и летальности у больных пожилого и старческого возраста остается на высоком уровне.

Так, Ахтамов Д.А. (1995), Шуркалин Б.К. и соавт. (2003), Попова М.И. и соавт. (2017) указывают, что при остром холецистите при выполнении холецистэктомии лапароскопическим доступом осложнения наблюдаются в 4-6 %, а при минилапаратомном 8-10 %, авторы утверждают, что при остром холецистите нужно отдавать предпочтение лапароскопическому доступу. Куликовский В.Ф. и соавт. (2018) даже при желчеистечении после холецистэктомии рекомендуют использовать малоинвазивные методы лечения. Однако у лиц пожилого и старческого возраста необходимо при выборе доступа учитывать характер и степень тяжести сопутствующих патологий (М.М. Винокуров и соавт., 2002).

Многие исследователи, несмотря на преимущества лапароскопической холецистэктомии отмечают, что даже дифференцированный подход к рациональной хирургической тактике у больных старшего возраста с ЖКБ и ее осложнениями не может быть единым без разделения больных на клинические группы с учетом тяжести соматического состояния, формы заболевания и

наличия осложнений (Э.В. Карюхин, 2000; Р.А. Чумак, 2005; Р.А. Александрова, 2006; А. Майстренко и соавт., 2010; Y.L. Ponsky et al., 2000; A. Granlund et al, 2001; S. Kitano et al, 2002; L.R. Mo et al., 2002; M.F. Byrne, 2003). К настоящему времени в мировой литературе накоплен большой опыт по лечению ЖКБ осложненной острым и хроническим холециститом, внедрено множество различных технологий и широкого внедрения малоинвазивных операций количество осложнений уменьшилось, но полностью их избежать не удастся на что указывают многие исследователи (Г.А. Блувштейн и соавт., 1999; А.С. Балалыкин и соавт., 2000; А.Г. Кригер и соавт., 2001; А.С. Касумьян и соавт., 2005; М.А. Новиков, 2015). Наиболее часто у пожилой операции развиваются сердечно-сосудистые осложнения, страдающих артериальной гипертензией, поэтому в пре- и послеоперационном периоде необходимы ее коррекция. Основной причиной летальности является сердечно-сосудистая недостаточность, которая у пожилых в 3 раза чаще, чем у молодых.

Особое внимание в литературе уделено диагностике и лечению больных старшего возраста с холедохолитиазом и механической желтухой (С.А. Быстров и соавт., 2010; Ю.М. Конаненко и соавт., 2011; О.В. Захаров, 2011; H. Jasuda et al, 2007), авторы утверждают, что своевременная ликвидация ЖКБ и патологии желчных путей позволяет выполнить профилактику возникновения острого панкреатита, холангита и формирование ангиогенных абсцессов печени.

Джаркенов Т.А. и соавт. (2004), Svračns T. et al (2014), Cemachovic I,JC (2000), Pereira-Lima J.C. (2001) располагая большим клиническим материалом в лечении холедохолитиаза у лиц молодого и пожилого возраста использовали традиционную холецистэктомию с различными вмешательствами на общем желчном протоке, комбинированное хирургическое и эндоскопическое (ЭПСТ и транспапиллярная операция) и комплексное эндоскопическое (ЭПСТ и ЛХЭ) лечение и при этом утверждают, что при осложнении ЖКБ холедохолитиазом преимуществ имеют комплексные эндоскопические вмешательства, а комбинированные и традиционные должны использоваться по особым показаниям (у лиц старшего возраста). Традиционные хирургические

вмешательства при холедохолитиазе показаны при невозможности выполнения эндоскопических и лапароскопических вмешательств при наличии тяжелых сопутствующих противопоказаний к ним.

Чумак Р.А. и соавт., (2003); Тотиков В.З. и соавт., (2005); Нестеренко Ю.А. и соавт., (2006), Hsieh С.Н. (2003) утверждают, что при сформированном перивезикулярном инфильтрате, патологии желчной системы и поджелудочной железы, осложнениях острого холецистита и при наличии сопутствующей патологии у лиц пожилого возраста следует выполнять многоэтапное лечение с применением микроцистостомы эндоскопической санации желчных протоков и коррекции сопутствующих заболеваний с последующим выполнением холецистэктомии и дренированием холедоха. Дибиров М.Д. и соавт. (2007,2012,2017) располагали большим клиническим материалом-658 больных, из них пациентов пожилого возраста было 431, у всех имели место сопутствующие заболевания, в основном сердечно-сосудистые (78%), заболевания органов дыхания (29,2%), сахарный диабет (26%). Авторы построили алгоритм диагностики и лечения больных пожилого возраста использование, которого позволило снизить частоту осложнений и летальность. При этом было применено этапное лечение. На первом этапе в 80% случаев использовали анте-и ретроградные методы они оказались эффективными в 80%, а затем выполняли второй этап холецистэктомии, что позволило снизить летальность с 4,6 до 2,3, а при холецистэктомии из минидоступа до 1%.

И в настоящее время важной проблемой является лечение больных пожилого возраста с осложненными формами язвенной болезни желудка (Ю.М. Панцырев и соавт., 1995; Л.В. Поташов, 1998; А.И. Шугаев, А.С. Агишев, 2000; Г.А. Булгаков и соавт., 2002; R. Garter, S.P. Anderson, 2014). Это обусловлено ростом поступления больных с уже развившимся осложнением и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

Жанталинова Н.А. (2005) представлен анализ осложнений язвенной болезни у 94 больных пожилого и старческого возраста. Наиболее часто поступали больные с гастродуоденальным кровотечением (47,9%), перфорацией

(15,9%) и реже с пенетрацией, стенозом и сочетанием осложнений. Сопутствующие патологии выявлены у 72%. Резекция желудка выполнена у 67% больных, органосохраняющие операции у 9,6% и паллиативные у 23,4%. Осложнение отмечен у 10,6%, а летальность составлен 7,4%. Автор обращает внимание на сложность ведения послеоперационного периода.

Еще одной важной проблемой у пациентов пожилого и старческого возраста является диагностика и лечение перитонита продолжающегося после удаления очага поражения при остром хирургическом заболевании, осложненном перитонитом и перитонита, возникшего после оперативного лечения в результате развившего осложнения. При любом из них выполняют повторные операции, санация брюшной полости, удаление источника или причины развившего перитонита, дренирование брюшной полости, а после операции необходимо выполнить лечение, направленное на основные звенья патогенеза перитонита (А.А. Сопуев и соавт., 2000; Б.К. Шуркалин и соавт., 2007; Е.Б. Меньшиков и соав., 2008; В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, 2010; В.Ф. Цхай и соавт., 2011; Т. Нау et al., 1995; R. Fugger et al., 1998).

Однако, как утверждают ряд исследователей (Х.А. Гамзатов, 2008; В.С. Савельев и соавт., 2008) у пожилых повторные операции должны выполняться по строгим показаниям.

Для снижения частоты осложнений при распространенном перитоните у пожилых Лупальцов и соавт. (2011) в комплексе лечения рекомендуют включать наряду с интенсивной терапией, нутритивную поддержку обогащенной глутамином. Применение глутамина способствовало уменьшению частоты ранних осложнений и более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

Актуальность проблемы лечения перитонита определяется высоким процентом осложнений и летальности, особенно у лиц старшего возраста, которая достигает 25-30% с развитием сепсиса или полиорганной недостаточности, которые являются основными причинами летальности, развитие и тяжесть которых зависят от степени тяжести эндотоксикоза (Н.Н.

Каншин, 2004; С.А. Алексеев, 2005; П.Н. Зубарев и соавт., 2005; А.О. Гирш, 2006; А.Б. Белужников и соавт., 2008; М.С. Любарский и соавт., 2007; Р.Н. Борисов, В.А. Белобородов, 2011; S.H. Ellozy et al., 2012).

Немаловажное значение в лечении больных старшего возраста имеет использование синдромного подхода, в процессе лечения необходимо выявить ведущий синдром, который ухудшает качество жизни и разработать такую программу лечения, которая позволит снизить нарушения функции и систем, это особенно важно для лиц старшего возраста, так как у них формируется феномен полиморбидности (Б.С. Брискин, О.В. Ломидзе, 2008; С.Г. Горелик и соавт., 2012). У лиц пожилого и старческого возраста при перитоните развивается синдром энтеральной недостаточности, поэтому необходимо применить нутридную поддержку (Т.С. Попова, А.Е. Шестопалов, 2002; В.И. Хрупкин, В.А. Алексеев, 2004).

Как утверждают Томнюк Н.Д. и соавт. (2008) диагностика ранних послеоперационных осложнений у лиц старшего возраста трудна и связана с характером и тяжестью основного и сопутствующего заболевания, поздним проявлением, недостаточно тщательной ревизией в момент операции, санацией и неадекватностью дренирования, но немаловажное значение имеет квалификация хирурга и наличие хорошо организованной диагностической службы, оснащенной современной аппаратурой.

Еще одно заболевание у больных пожилого и старческого возраста заслуживает внимание – это вентральные и паховые грыжи, а особенно послеоперационные, частота которых прогрессивно увеличивается. Это обусловлено увеличением операций, особенно с воспалительными осложнениями. Все исследователи отмечают высокую частоту неудовлетворительных исходов при вентральных грыжах (Ю.Х. Абдурахманов и соавт 2010; Р.А. Алибегов; С.С. Мелконян 2016; М.Г. Гуляев 2015; А.С. Ермолов и соавт 2010; О.Ж. Токтогулов, 2014; В.А. Кубышкин и соавт., 2020; Т.Н. Калыбеков., 2023). В этих работах изложены методы операции и их эффективность, ведение послеоперационного периода, но не освещены

особенности у лиц старшего возраста. В последние годы обращено внимание на использование синтетических протезов в лечении вентральных и паховых грыж. В Киргизии по рекомендации академика Ахунбаева И.К. хирургом Утешовым В.И. (1970) была разработана и внедрена методика лечения гигантских послеоперационных грыж и применением капроновой сетки. В последние годы хирурги Кыргызской Республики также уделили внимание применению синтетических протезов в при грыжесечении с использованием проленовой и пропиленовой сетки и отмечают хорошие ближайшие и отдаленные результаты. (О.Ж. Токтогулов 2004; К.О. Абдыкалыков, А. В. Бондарчук 2008; А.А. Касымов 2017) и их результаты послужили для нас основанием для применения полипропиленовой сетки в лечении вентральных грыж у больных пожилого и старческого возраста.

Анализ литературных сведений о течении и исходе хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста показал, что трудности и ошибки в диагностике острых хирургических заболеваний у лиц старше 60 лет на этапе приемного отделения связаны с наличием у больных нескольких сопутствующих заболеваний. Необходимо оценить тяжесть сопутствующей патологии и выполнять коррекцию этих нарушений, при решении необходимости хирургического лечения предпочтение отдавать малоинвазивным методам. Анализ осложнений и летальности у больных пожилого возраста показал, что они чаще всего связаны не с хирургическими заболеваниями, а с декомпенсацией сопутствующей патологии.

1.4. Современное состояние вопроса о профилактике осложнений во время и после оперативного вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста

Для благополучного исхода операции у лиц пожилого и старческого возраста немаловажное значение имеет предоперационная подготовка, так как в этой группе больных имеет место наличие сопутствующих заболеваний с различной степенью тяжести, которая должна быть учтена и проведена

соответствующая коррекция нарушенных функций (С.А. Жидков, И.А. Елин, 2009; С.Г. Горелик и соавт., 2012; А. Меньков и соавт., 2013).

А ряд исследователей утверждают, что пожилые и старческого возраста, поступившие в тяжелом состоянии с таким заболеванием как острая кишечная непроходимость, острый панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки, осложненная желудочным кровотечением, должны быть госпитализированы сразу в отделение реанимации, где им должны быть выполнены дополнительные обследования и проведение предоперационной подготовки (В.З. Тотиков и соавт., 2006; М.Д. Дибиров и соавт., 2012; Ю.М. Рахматуллин, 2012; M. Bardou et. al., 2003; A. Burkun et.al.,2003).

Необходимо отметить, что клиническое течение абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста наиболее тяжелое, чем у лиц молодого и среднего возраста. Это обусловлено особенностями течения воспалительного процесса у пожилых, тяжестью исходного состояния, частотой сопутствующих заболеваний, снижением иммунологической реактивности, особенностью питания пожилых, снижением скорости заживления ран (А. Карамов и соавт., 2006; U.Z. Mazuski, 2005). Также при выборе мер профилактики необходимо учитывать показатели риска осложнений и с их учетом разрабатывать и использовать профилактику осложнений (А.Е. Yellin et al., 2002; Y.E. Mazuski et al., 2002).

Больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, особенно при осложненных формах, не утратили своей значимости и антибиотикотерапия и профилактика, но ее необходимо использовать рационально с учетом результатов бактериологического исследования, а если операция выполняется экстренно, когда еще нет результатов бактериологического исследования, то ряд исследователей рекомендуют применение цефтриаксона в комбинации с метронидазолом 100мл (С.Г. Горелик и соавт., 2012; J.R. Uggeri et al, 2004; P.S. Barie et al, 2005; G.C. Schito et al, 2005).

У лиц пожилого и старческого возраста применяют внутривенное введение антибиотика, чаще цефазолин или цефтриаксон перед операцией и к концу ее

(как наиболее высокий риск обсеменения операционной раны), обязательно после предварительной инфузионной терапии или в момент ее выполнения, так как адекватная перфузия способствует лучшему распределению антибиотиков, что очень важно для больных старшего возраста (А. Карамов и соавт., 2006).

К настоящему времени с целью профилактики осложнений и лечения воспалительного процесса используются различные методы введения антибиотиков: внутримышечно, внутривенно, прямое эндолимфатическое введение и непрямая эндолимфатическая региональная лимфостимуляция. Исследование ряда ученых (Б.В. Огнев, 1971; Ю.М. Левин, 1986; Ю.Е. Выренков, 1986; Ю.И. Бородин и соавт., 2001) определена роль лимфатической системы в норме и патологии и установлено, что при любом воспалительном процессе необходимо улучшить дренажную функцию лимфатической системы и при этом были разработаны зоны, куда необходимо вводить медикаментозные средства с учетом локализации очага воспаления и наиболее максимального расположения лимфатических узлов и сосудов (Ю.М. Левин, 1986; С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаев, 1992; М.С. Любарский и соавт., 1992) и установлено, что при использовании региональной лимфостимуляции концентрация антибиотиков сохраняется в течение суток в очаге поражения и крови (Т.М. Уметалиев и соавт., 2001; С.Ф. Багненко и соавт., 2008; О.Г. Пекарев и соавт., 2010), но метод у пожилых использовался редко. Применяется и методика введения антибиотика с малым объёмом крови и нужно отметить, что метод эффективен, но не нашел широкого применения из-за сложности приготовления малого объема крови.

По мере использования антибиотиков были выявлены и недостатки (непереносимость, угнетение иммунологической реактивности), несмотря на выявленные недостатки антибиотиков, они широко применяются при воспалительных заболеваниях с учетом бактериологического результата исследования, а также как мера профилактики воспалительных осложнений.

Шойхет Я.Н. и соавт., (2008) в лечении холангита использовали локальную непрерывную внутриартериальную методику введения антибиотиков. Для оценки течения послеоперационного периода учитывали показатели общего

белка, фибриногена, ПТИ. Использование этого метода позволило снизить частоту воспалительных осложнений на 43,7% в том числе количество септических осложнений на 15,9%. Несмотря на высокий положительный эффект метод не нашел широкого применения из-за сложностей чресбедренной селективной катетеризации печеночной артерии. Ризаев К.С., Эрметов А.Т. (2012) применили этот метод в лечении распространенного перитонита.

Для профилактики осложнений используются и антисептики. Касенов А.С. (2020) для профилактики раневых осложнений применял антисептики декасан и октенисепт, но группа пожилых у него была не большая, поэтому судить об эффективности их применения у пожилых затруднительно.

Галимов О.В. и соавт. (2013) для профилактики послеоперационных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста разработали и использовали перевязочные материалы: «гемостатический, иммуностимулирующий бинт» и «антибактериальный бинт». Эффективно оценивали концентрацию СРБ, фибриногена и альбумина. Применение этих материалов позволило снизить частоту гнойных осложнений.

Причиной раневых осложнений может быть и недозированное применение ранорасширителей и при их длительном стоянии, особенно при травматичных продолжительных операциях может возникнуть нарушение кровообращения, а в последующем нагноение раны, некроз кожи. Учитывая это обстоятельство Измайлов С.Г. и Гараев В.Н. (2003) разработали дозированное ранорасширение, а Оморов Р.А. и соавт. (2009) при длительных операциях рекомендуют периодически расслаблять ранорасширители и это обеспечивает нормальное течение раневого процесса.

При любом оперативном вмешательстве, особенно у лиц пожилого и старческого возраста необходим тщательный гемостаз, так как возникновение гематом способствует нагноению раны, а их заживление идет медленно в сравнении с молодыми, поэтому проблема раневой инфекции приобретает первостепенное значение.

С целью профилактики осложнений используются и физические факторы, УФО, лазер, магнит и др. в момент выполнения операции, но чаще в послеоперационном периоде и многие исследователи отмечают улучшение результатов лечения, снижение частоты осложнений и сокращение сроков стационарного лечения.

Широко используется и медицинский озон. С появлением аппаратов озонаторов возникла возможность использования озонкислородной смеси, озонированных растворов с различной концентрацией. Установлено, что озонированные растворы оказывают многокомпонентное воздействие: бактерицидное, противовоспалительное, иммунокорректирующее, антиоксидантное, что и явилось показанием для их широкого использования в медицине (С.П. Алехина, Т.Г. Щербатюк, 2004; Р.Н. Акалаев, А.А. Степницкий, 2008; Е.Б. Меньщикова и соавт., 2008; S. Rilling, R. Viban, 1997; Z. Zamora et al., 2005). Озонированные растворы используются внутривенно при воспалительных заболеваниях, но чаще с целью профилактики раневых осложнений – орошение брюшной полости и раны перед ее ушиванием, что позволяет снизить частоту раневых осложнений (А.И. Мусаев, Р.Б. Асылбашев, 2003; У.С. Мусаев, 2013).

Наибольшее применение озона использовано в лечении гнойных ран. Асылбашев Р.Б. (2003а) применял озонированные растворы в различной концентрации озона в лечении гнойных ран и установил наиболее оптимальную концентрацию 8-10мкг/мл, которая оказывает бактерицидное действие. Култаев У. (2020) использовал озонированные внутривенно растворы в профилактике раневых осложнений у больных сахарным диабетом.

Чаканов Т. (2020) озонированные растворы с концентрацией озона 3-4мкг/мл вводил внутриартериально в лечении гнойно-воспалительных осложнений у больных с синдромом диабетической стопы и отметил улучшение течения раневого процесса.

Литературные сведения подтверждают эффективность применения медицинского озона в различных вариантах, но мы не встретили сообщений

настолько эффективного применения озона у больных старческого возраста при острых заболеваниях органов брюшной полости.

Таким образом, анализ литературных сведений по профилактике осложнений у лиц старшего возраста показал, что необходимо учитывать факторы риска возникновения осложнений с учетом характера патологии и сопутствующих заболеваний и их тяжести.

Резюме

Ознакомление с литературой по вопросам особенностей диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста можно отметить следующее:

Продолжается увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста среди населения и увеличивается количество больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, требующие срочного оперативного лечения.

Все исследователи отмечают рост заболеваемости ЖКБ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острой кишечной непроходимости, ущемление грыжи, причем с преобладанием деструктивных форм заболевания.

Отмечаются сложности и трудности диагностики острых заболеваний у лиц старшего возраста в связи со стертой клинической проявлений и атипичностью течения, обусловлены поздним поступлением, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, снижением иммунологической защиты.

У лиц старше 60 лет сопутствующие заболевания имеют место у 80-95% больных, при чем нередко по 2-3 патологии.

Отмечается высокий процент послеоперационных осложнений, который достигает 45-50% и нет тенденции к снижению летальности, особенно при осложнении основного заболевания перитонитом.

Для профилактики осложнений используются много мер, но несмотря на их применение, результаты у больных старшего возраста остаются неудовлетворительными.

Несмотря на достижения в хирургии, разработке особенностей техники операций у лиц пожилого и старческого возраста, многочисленных исследований, посвященных больным этой группы, многие вопросы до конца остаются не решенными: не представлено влияние сопутствующей патологии, ее степени тяжести на клиническое течение острой хирургической патологии у пожилых, не уточнены показания и противопоказания к оперативному лечению с учетом риска хирургического вмешательства, не дана предоперационная подготовка с учетом не только основной патологии, но и сопутствующих заболеваний, не разработаны четкие обоснованные меры профилактики осложнений на всех этапах лечения больных пожилого и старческого возраста. Все эти вопросы предстояло нам решить при выполнении данного исследования.

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Объектом исследования были больные пожилого и старческого возраста с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Предметами исследования- результаты клинические, лабораторные и инструментальные методов обследования.

Критериями включения в разработку научного исследования являлись больные пожилого и старческого возраста с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Критериями исключения были больные со злокачественными образованиями, осложненные воспалительным процессом.

В работе использовали возрастную классификацию: ВОЗ: молодой 25-44, средний 44-60, пожилой 60-75, старческий 75-90 и долгожители старше 95. В данном исследовании анализируются заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

В современной литературе при обсуждении заболеваний этих двух группах часто используется название лиц старшего возраста имея ввиду пожилого и старческого возраста, поэтому и мы нередко в обсуждении употребляем слова «Старшего возраста».

2.1 Клиническая характеристика больных пожилого и старческого возраста с острым заболеваниями органов брюшной полости.

Под наблюдением находилось 204 больных, поступивших в хирургические отделения городской клинической больницы № 1, г. Бишкек за период с 2012 по 2022 год (проспективное исследование), их распределение по полу и возрасту дано 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

Анализ результатов показал, что как среди больных пожилого, так и старческого возраста преобладали женщины и их соотношение с мужчинами составило 1,6:1,0. Из числа всех поступивших более, чем 2,5 раза составили больные пожилого возраста в сравнении со старческим.

Нами выполнен анализ заболеваний, с которыми были госпитализированы больные пожилого и старческого возраста (таблица 2.1.2). В процессе работы мы выделили характер заболевания у больных пожилого и старческого возраста отдельно.

Мы определили сопутствующие заболевания у лиц пожилого возраста (таблица 2.1.2)

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, осложнённой 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.

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	%
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
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненная кровотечением	18	12,4	16	27,1	34	16,7
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненная 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

На основании обследования поступивших больных пожилого возраста были выявлены сопутствующие патологии (таблица 2.1.3). Наиболее часто обнаруживали гипертоническую болезнь, КБС, бронхолегочные заболевания имели место у 26,3 %, хронический пиелонефрит у 16,6 %, и сахарный диабет у 15,1 %.

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	ЖДА	Пиелонефрит	Гепатит	Ожирение	Всего
Острый холецистит	30	2 3	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 осложненная кровотечением	18	7	6	7	3	2	3			2	1	31
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненная 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	5 7	34	38	13	15	14	7	6	7	11	215

Мы также выполнили анализ заболеваний, с которыми поступили

больные старческого возраста и характер сопутствующих патологий (таблица 2.1.3).

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 бронхолегочные заболевания, сахарный диабет и хронический пиелонефрит, но нужно отметить, что частым сопутствующим заболеванием у больных пожилого возраста была гипертоническая болезнь.

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.

Рассматривая частоту сопутствующей патологии необходимо отметить, что более высокая частота была у больных старческого возраста и среднего возраста (таблица 2.1.4 и 2.1.5).

Анализ показал, что в группе старческого возраста из 59 больных удельный вес занимают больные с язвенной болезнью, осложненной кровотечением (27,1%), а острым холециститом (11,9%), кишечной непроходимостью (10,2%) и с острым панкреатитом (13,6%).

В этих двух возрастных группах мы проследили сроки госпитализации от начала заболевания, результаты представлены в таблице 2.1.5.

Результаты исследования показали, что в обеих группах больные редко госпитализированы до 6 часов от начала заболевания. Основная группа поступила от 24 до 72 часов (пожилые – 46,9 % и старческого возраста – 40,7%) и позже 5 суток от начала заболевания у пожилых 33,8 %, а у лиц старческого

возраста 32,2 %. Следовательно, в обеих группах наблюдалась довольно поздняя госпитализация.

Таблица 2.1.4 - Характер основного и сопутствующего заболевания у больных старческого возраста

Основные заболевания	Всего больных	Характер сопутствующих заболеваний										
		ГБ	КБС	ОХЗЛ	атеросклероз	СД	Варикоз н/кон	ЖДА	Пиелонефрит	Гепатит	Ожирение	Всего
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 осложненная кровотечением	16	5	4	4	2	3			2			20
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненная перфорации	1	1	1									2
Острая кишечная непроходимость	6	3	2	2	3	2	3	1				16
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

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 осложненная кровотечением	18	15,1	3	2	1	2
Язвенная болезнь желудка и 12п.кишки осложненная перфорации	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

При анализе сроков поступления в стационар с момента заболевания мы также сроки рассматривали отдельно у больных пожилого и старческого возраста (таблица 2.1.6 рисунок 2.1.1).

В процессе работы мы рассмотрели сроки заболевания до госпитализации и частоту сопутствующей патологии у 120 больных среднего возраста и сопоставляли с данными, полученными у больных старческого возраста и при этом было установлено, что сопутствующие заболевания у лиц среднего возраста составили 30,8% (у 31 из 120).

Таблица 2.1.6 - Сроки поступления больных от начала заболевания пожилого и старческого возраста с острой патологией (n-204)

Сроки заболевания	Пожилой возраст		Старческий возраст	
	абс.ч	%	абс.ч	%
До 6 часов	8	5,5	5	8,5
От 6 до 12 часов	5	3,5	2	3,4
От 1 до 3 суток	68	46,9	24	40,7
От 3 до 5 суток	15	10,3	9	15,3
Позже 5 суток	49	33,8	19	32,2
Всего больных	145	100,0	59	100,0

В сроки до 6 часов с момента появления первых признаков заболевания и от 6 до 12 часов больные обеих групп были равнозначными. В сроки от 3 до 5 суток и позже 5 суток чаще поступали больные старческого возраста.



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

Анализ сроков госпитализации с момента заболевания у лиц среднего возраста показал, что они сравнительно раньше поступали (таблица 2.1.7)

Таблица 2.1.7 - 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

Так, в сроки до 12 часов поступили половина больных (50,8%), от 24 часов до 3 суток еще 28,3%, а позже 5 суток было всего 5 (6,7%). Следовательно, больные среднего возраста поступали чаще в первые часы с момента заболевания и у них реже выявляли сопутствующих заболеваний.

2.2 Методики обследования больных пожилого и старческого возраста.

При поступлении выясняли жалобы больных, срок появления первых признаков заболевания, какими сопутствующими заболеваниями страдает и какое получал лечение. Определяли гемодинамические показатели, тщательный осмотр живота, определение симптомов, характерных для патологии, с которой поступил больной. Обязательно выполняли ЭКГ, консультацию терапевта, кардиолога, а при необходимости эндокринолога.

Лабораторные исследования включали общий анализ крови с вычислением ЛИИ по Кальф-Кальфу Я. Я (1941), свертываемость крови и показатели функционального состояния печени и почек (общий белок, билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, мочевины и креатинин), по общепринятым методам исследования.

Ультразвуковое исследование выполняли аппаратом Logic B-5 в масштабе реального времени в момент поступления для определения характера основного заболевания и сопутствующей патологии, а после операции для своевременного выявления осложнений со стороны органов грудной и брюшной полости.

С целью оценки течения раневого процесса использовали УЗ исследование (эхоморфометрия). При этом через 1,3,5,7 суток определяли зону инфильтрации операционной раны, ее размеры и обращали внимание на выявление серомы, гематомы, признаков воспаления в ранней фазе его развития.

Для выбора оптимального способа грыжесечения при вентральных грыжах использовали методику разработанную Хитарьяном А.Г. и соавт. (2001) с учетом показателей сонографии и антропометрии и тестов с определением показателей с учетом расположения, и размера грыж:

$$K = \frac{(R/A - h)^2 - 1}{2.24(R - A - h)^2} \times P \sqrt{PA}$$

K-коэффициент внутрибрюшного давления, R-константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости. При локализации грыжи в эпигастрии R составляет 98, если в мезогастрии R-245 ПА, а в гипогастрии 392 ПА.

R1- радиус грыжевого выпячивания

h- средняя толщина брюшной стенки

Если коэффициент составлял до 2,09 – пластику выполняли местными тканями и при слабо выраженной брюшной стенке грыжевые ворота укрепляли полипропиленовой сеткой, а при коэффициенте более 2,10, использовали сетку с полным замещением грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости.

При паховых грыжах среднего и большого размера при выборе пластики учитывали возраст и общее состояние и тканей брюшной стенки.

При поступлении больных с заболеваниями желудка и 12п.кишки применяли эзофагогастродуоденоскопию. При этом устанавливали причину кровотечения и определяли кровотечение продолжается, остановлено и есть ли риск рецидива.

В определении степени тяжести эндотоксикоза использовали критерии, разработанные Оморовым Р.А. и Имашовым У.Д. (2000), которые включают клинические показатели, лабораторные и инструментальные результаты и при этом выделяли степень тяжести эндотоксикоза: легкая, средняя и тяжелая.

Таблица 2.2.1 - Критерии степени тяжести эндогенной интоксикации.

Критерий	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
Клинические критерии			
Частота дыхания в мин.	до 18	до 25	более 25 или менее 16
ЧСС в мин.	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление	стабильное	стабильное	не стабильное
Длительность заболевания	до 1 суток	до 3 суток	более 3 суток
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, сопор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Функция кишечника	есть	есть при стимуляции	есть временно
Общий билирубин мкмоль/л	до 50	от 50 до 150	выше 150 мкмоль/л
Тимоловая проба, ед.	до 6,2	от 6,2 до 8,0	выше 8,0
Креатинин, мкмоль/л	до 100	от 100 до 150	150 и выше
АЛТ, мккат/л	до 0,12	до 0,20	более 0,20
АСТ, мккат/л	до 0,10		
ЛИИ	до 1,5	1,6-2,5	Более 3
Диастаза крови Ед/л	до 600	600-1200	Более 1200
С-реактивный белок	до 50	60-120	Более 120

В результате обследования больных пожилого и старческого возраста было установлено, что легкая степень эндотоксикоза имела место у 84 (41,2%), средняя степень тяжести у 68 (33,3%) и тяжелая у 52 (25,5%) из 204 обследованных.

Таблица 2.2.2 - Степени тяжести эндотоксикоза у больных пожилого и старческого возраста (n – 204).

Степень тяжести	Всего	
	абс. ч.	%
Легкая	84	41,2
Средняя	68	33,3
Тяжелая	52	25,5
Всего	204	100,0

Анализ степени тяжести эндотоксикоза показал, что более чем у половины обследованных степень тяжести эндотоксикоза была средней степени. При рассмотрении этого показателя в зависимости от характера заболевания установлено, что тяжелая степень определялась при остром панкреатите и кишечной непроходимости, а из сопутствующих заболеваний чаще была сердечно-сосудистая патология, что требовало индивидуального подхода к выбору метода и объёма лечения у этих больных.

Степень тяжести эндотоксикоза мы учитывали для выбора объема и метода лечения. При легкой степени использовали традиционное лечение, но с обязательным включением не прямой регионарной лимфостимуляцией по Левину (год), это введение антибиотико-лимфостропной смеси в подкожную клетчатку голени. При средней эндотоксикоза использовали регионарную лимфостимуляцию с учетом расположения очага инфекции и патанатомию лимфатических узлов, а в инфузионную терапию включали гепататропные препараты. При тяжёлой степени антибиотиколимфотропную терапию сочетали с дезинтоксикационной, а также использовали дозированную санацию тонкого кишечника путем интестенальную интубацию в сочетании с дозированным орошением кишечника озонированным раствором хлорида натрия.

Независимо от степени тяжести всем больным назначали антикоагулянты, при использовании регионарной лимфостимуляции в состав лимфотропной

смеси добавляли гепарин (70 ед. на 1 кг/массы тела), а остальным назначали препарат клексан, который не требует почасового контроля свертываемости крови. Также всем больным до операции и в послеоперационном периоде, с целью профилактики тромбоэмболическое осложнение накладывали на нижнюю конечность тугую повязку. Выбор дополнительных средств определялся строго и индивидуально.

У лиц, поступивших с гастродуоденальными кровотечениями, и выполняли эндоскопическое исследование аппаратом Penax, этот метод исследования позволяет определить локализацию язвы, ее размеры и характер кровотечения (кровотечение продолжается, остановлено, есть риск рецидива).

Для оценки свёртывающей системы определяли уровень протромбинового времени, протромбиновый индекс, количество тромбоцитов, фибриногена по общепринятым методикам.

Определение степени кровотечения выполняли согласно классификации Гостищев В.К. и Евсеева М.А. (2005), основанная на оценке клинических показателей (уровень сознания, признаки дисциркуляции, артериальное давление, частота пульса и дыхания, а также диурез) и на оценке показателей крови (величина гемоглобина, гематокрита) и на их основании избирались методы, позволяющие определить характер осложнений язвенной болезни, исключить кровотечение и решить вопрос о дальнейшей тактике у конкретного больного, продолжить консервативное лечение или необходимо выполнить операцию.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики согласно программе Statistika – 6,0 с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности определяли по t-критерию таблицы Стюдента.

Резюме

Результаты предоставляют проспективное исследование у больных пожилого и старческого возраста. Они основаны на обследовании и оперативном лечении 145 больных пожилого и 59 старческого возраста с острыми хирургическими заболеваниями. В обеих группах преобладали женщины и их соотношение к мужчинам составило 1,6:1. Более часто в обеих группах поступали больные с острым холециститом и язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, и реже были госпитализированы больные с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. Особое внимание уделено выявлению сопутствующих заболеваний и в обеих группах наиболее часто выявляли сопутствующие заболевания при остром холецистите и язвенной болезни (соответственно 29,6 и 26,9 %). Также большая частота сопутствующих заболеваний отмечена у больных пожилого и старческого возраста при остром панкреатите и аппендиците.

Анализ сопутствующих заболеваний пожилого возраста показал, что они выявлены у 188, а с сопутствующей патологией было 131, что составило 90,3%.

Среди больных старческого возраста обнаружено 114 сопутствующих заболеваний, лишь у 2 сопутствующие заболевания не обнаружены. Следовательно, у многих больных этой группы было 2-3 сопутствующих заболеваний. Сопоставление частоты сопутствующей патологии показало, что у больных пожилого возраста она составила 90,3%, а у лиц старческого возраста 96,6%.

Для оценки насколько отличается частота сопутствующей патологии у лиц среднего возраста в сравнении со старшими возрастными группами, обследовано 120 больных с такой же хирургической патологией, что у лиц старческого возраста и установлено, что из 120 больных сопутствующие заболевания выявлены у 22 из 120, что составило 18,3%.

Избранные нами методы обследования позволяют оценить общее состояние, определить характер основного заболевания и частоту

сопутствующей патологии, проследить течение раневого процесса и оценить результаты оперативного лечения.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЖКБ ОСЛОЖНЕННОЙ, ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛЕТАЗОМ

3.1 Общая клиническая характеристика больных с ЖКБ, острым холециститом у лиц пожилого и старческого возраста.

Как и по сведениям ряда хирургов (Авторы) одной из многочисленных групп пожилого и старческого возраста были лица, госпитализированные в хирургические отделения по поводу острого холецистита. Всего их было 42 чел., что составило 20,6%, от числа всех наблюдаемых с острой хирургической патологией, из 42 пациентов у 37 был острый калькулезный холецистит, а у 5 он сочетался с холедохолетиазом, из них пожилого возраста было 33 пациента и старческого 9, мужчин 18, и женщин 24.

В процессе лечения мы детально знакомимся о болезни, когда возникает болевой синдром (таблица 3.1.1) при остром холецистите.

Таблица. 3.1.1- Сроки поступления больных от начала заболевания пожилого и старческого возраста с острым холециститом (n-42).

Сроки	Пожилой n-33	Старческий n-9	Всего
	абс. ч	абс. ч	абс. ч
До 6 часов	2	1	3
От 6 до 12 часов	2	1	3
От 12 до 24 часов	10	2	12
От 24 до 72 часов	12	2	14
Позже 3 суток	7	3	10
Всего больных	33	9	42

Анализ сроков поступления лиц пожилого возраста позволил установить, что до 12 часов от начала заболевания госпитализировано всего 4. Наибольшее число больных доставлены в сроки от 1 до 3х суток, но и позже 3х суток госпитализировано 24 пациента. Такая же динамика наблюдается и у больных старческого возраста.

При поступлении определен характер сопутствующих заболеваний и степень компенсации, так как их характер и степень тяжести необходимо учитывать при выборе срока и объема операции. Характер дан в таблице 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

Среди лиц обеих групп, наиболее часто выявляли ГБ, и КБС, и так же нередко обнаруживали бронхолегочные хронические заболевания. Среди лиц пожилого возраста сопутствующие заболевания обнаружены у 51, что составило 89,5%, и среди лиц старческого возраста сопутствующие заболевания имели место у 24 из 26, что составило 92,4%.

При поступлении учитывали признаки острого холецистита (таблица 3.1.2). Они довольно многообразны, но их выраженность была иной. При осмотре больных обращала на себя внимание тяжесть общего состояния, обусловленная интоксикацией, а местные изменения были выражены слабо. Так

напряжение мышц брюшной стенки имело место редко у пожилых, а у больных старческого возраста еще реже несмотря на то, что это были поступившие с деструктивными формами холецистита. При анализе результатов лейкоцитарной формулы обнаружено увеличение количества палочкоядерных клеток. А при наличии сопутствующих заболеваний проявление, а вернее, острота признаков слабая. Здесь необходимо УЗИ, которое дает возможность определить характер основного заболевания.

Анализируя семиотику острого холецистита, мы отметили не четкое появление напряжения брюшной стенки. количество и лейкоцитов увеличивается незначительно, в лейкоцитарной формуле увеличение палочкоядерных клеток. Нужно отметить, что все перечисленные признаки характерные для холецистита, нужно анализировать с учетом сопутствующих заболеваний.

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

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

При поступлении больные были консультированы кардиологом и терапевтом, а при наличии сахарного диабета эндокринологом. Бригада врачей с

хирургом, анестезиологом, кардиологом определяли объем предоперационной подготовки, метод обезболивания, выбор доступа и объем оперативного вмешательства.

Предоперационная подготовка включала коррекцию нарушенных функций сопутствующих заболеваний, детоксикационную и противовоспалительную терапию.

До операции выполняли назначение кардиолога, это в основном препараты для коррекции артериального давления и нарушений сердечного ритма. Обязательно включали инфузионную терапию для ликвидации эндотоксикоза и гепатотропные препараты (гастрал, эссенциале), так как по сведениям Нестеренко Ю.А. и соавт (2006); Ниязова Б.С. и соавт (2012), при любой форме острого холецистита имеет место нарушение функции печени, что требует ее коррекции. Также назначали комплекс витаминов и различные солевые растворы. Предоперационная подготовка, ее объем и продолжительность определяли состоянием больных, но нужно отметить, что в любом случае даже при явных признаках перитонита необходимо проводить кратковременную подготовку.

Операции проводили в различные сроки, они зависели от остроты и клинических признаков воспаления желчного пузыря. Эти сроки операции у больных обеих групп представлены в таблице 3.1.3.

При выраженных симптомах острого холецистита операцию проводили в первые 6 часов при наличии симптомов раздражения брюшины, но при этом обязательно выполняли хорошую кратковременную предоперационную подготовку.

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.

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

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 конкрементов.

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 конкременты 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.

Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по методике, детально описанной Луцевич ..., который имеет большой опыт выполнении этих операции. Сущность было в следующем: под эндотрахеальным наркозом (в положении больного на спине, со сведенными ногами) после тщательной обработке операционного поля антисептическим раствором, создавали карбоксиперитонеум посредством иглы Вериша, путем трансумбиликального разреза, затем устанавливали 10 мм. Троякар и через него вводила эндовидеолапароскоп. Затем выполняли ревизию брюшной полости, для определения возможности удаления желчного пузыря под контролем лапароскопа устанавливали дополнительные 2 троакара: один в эпигастрии 10 мм., правее и ближе к круглой связке печени, а второй 5 мм. устанавливали ниже реберной дуги на 2-3 см. по среднеключичной или переднее – подмышечной линии. Стол на котором выполнили лапароскопию изменили в положение Фовлера под углом 20-30° и поворачивали больного на левый бок. При обнаружении спаек вокруг желчного пузыря, спайки рассекали освобождая пузырь от спаек и далее при помощи электрокоагулятора и диссектора выделяем элементы треугольника Кало, применяя технику «хобот слона» с рассечением брюшины в области шейки, с поэтапным гемостазом. Затем выделяли скелетированием пузырную артерию и пузырный проток с клипированием (проксимально две, дистально одну клипсу на пузырный проток и по одной проксимально и дистально на артерию) пересекаем ножницами между клипсами. Далее выполняли удаления желчного пузыря с коагуляцией его ложа. При этом в момент операции орошали подпечёночное и надпечёночное пространство

озонированным хлорида натрия. Удаленной желчный пузырь из брюшной полости извлекали через эпигастральную троакарную рану. Затем проводился контроль на гемо- и холестаза. При надобности в подпечёночное пространство устанавливали контрольный микроиригатор через 5мм. порт в правом подреберье и фиксировался. Троакары удаляли под контролем камеры. Последней удалялась камера после панорамного осмотра брюшной полости. Раны ушивались и дренировали резиновой полоской.

Осложнения после операции отмечены у двух больных: по одному наблюдению инфильтрат в области троакарной раны и желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно на 5 сутки, а у остальных течение после операции было без осложнений. Приводим одно наблюдение.

Больная К. М. 67 лет, история болезни 11898/2019, доставлен в клинику 27.11.2019. с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, сухость во рту. На основании обследования определен диагноз: ЖКБ, острый калькулезный холецистит, хронический панкреатит, хронический пиелонефрит.



Рисунок. 3.1.1. ЭХОграмма печени и желчного пузыря больной К-ой М. выполнено до операции.

Выполнена предоперационная подготовка, а затем произведена удаления желчного пузыря. В послеоперационном периоде получала цефтриаксон, метронидазол и инфузионную терапию. Осложнений после операции не

наблюдали. Выписана домой в удовлетворительном состоянии на 3 сутки после операции.

У 13 больных из 42 холецистэктомия выполнена из мини лапаротомного доступа, из них у 2х в момент операции потребовалось расширить оперативный доступ, возникла необходимость выполнения холецистэктомия в сочетании внутренним дренированием в связи с выявлением холедохолитиаза. Количество операции частота и характер осложнений после лапаротомном доступе представлен в таблице 3.1.4

Таблица. 3.1.4. - Типы операции и характер осложнения при лапаротомной холецистэктомии

Тип операции	Всего больных	из них возникли осложнения	
		нагноение раны	ОИМ
Холецистэктомия	13	1	1
Холецистэктомия +наружное дренирование	3	1	
Холецистэктомия + внутреннее дренирование	2	1	
Итого	42	3	1 (4-9,5%)

при лапаротомном доступе после операции осложнения возникли у 3 больных; по одному наблюдению были раневые осложнения после операции наружного и внутреннего дренирования холедоха холецистэктомии.

3.2. Результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с рецидивом холедохолитиаза.

Под наблюдением находилось 31 больных, что составило 15,2% к числу всех наблюдаемых. Из них 21 пожилого и 10 старческого возраста, женщин 8, мужчин 13.

Необходимо отметить, что все они многократно амбулаторно и стационарно получали лечение, направленное на улучшение функции печени и всем ставили диагноз постхолецистэктомический синдром, а в последнее время боли в правом подреберье усилились, появилась желтуха, повысилась температура и они были направлены на стационарное обследование для выявления причины и характера осложнения, возникшего после холецистэктомии в отдаленные сроки.

Из анамнеза установлено, что операция по поводу калькулезного холецистита была выполнена от 4 мес. до 15 лет тому назад. Причем у 14 из 31 отмечали, что операция не принесла исчезновения болевого синдрома и уже в ближайшие месяцы наблюдался рецидив болей, а у 17 больных боли появились перед повторной госпитализацией. При поступлении всем выполняли детальное обследование для выявления причин болевого синдрома при этом обязательно выполняли КТ, хотя у 15 больных при УЗИ обнаружено нарушение проходимости холедоха, а у 13 из них определялись конкременты. Судить о том, что это резидуальные или рецидивные конкременты довольно сложно. В результате обследования у 18 из 31 обнаружены сопутствующие заболевания, при чем у большинства сердечно-сосудистая и дыхательная патология.

При осмотре обнаружили желтуху, у половины обследованных отмечено повышение температуры, периодически наблюдался озноб. В анализах крови обнаруживали повышение количество лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы. Уровень билирубина колебался от $108,8 \pm 1,28$ мкм/л, до $213,5 \pm 2,41$ мкм/л, что подтверждало возникновение механической желтухи и холангит. При поступлении сразу начинали дезинтоксикационную терапию, но ее выполняли не более 2-3 суток до операции и решали вопрос о сроке операции и ее объеме.

Большинству (16 чел.) выполнена была ретроградная холангиография.

Из 13 больных у которых выявлен конкремент в холедохе попытались выполнить эндоскопическую попиллосфинктеротомию и у 8 из них она удалась, конкременты отошли, желтуха и боли исчезли и больные выписаны в удовлетворительном состоянии, но у 1 больной, несмотря на, то что в момент операции не возникло затруднений, но возник панкреонекроз, который явился причиной смерти.

После обследования и предоперационной подготовки больных оперировали. У 8 выполнена эндоскопическая попиллосфинктеротомия (у 4 пожилых и у 4 старческого возраста), конкременты свободно отошли и у 7 было течение без осложнений, быстро снижалось содержание билирубина, трансаминаз, улучшилась состояние. В подтверждении приводим краткую выписку из истории болезни.

Больная Т-ва Д.Р., 68 лет, история болезни 4926, госпитализирована в клинику 03.09.18 году с жалобами на повышение температуры, постоянные боли в правом подреберье, нарастающую слабость, горечь во рту, установлено, что год назад перенесла операцию холецистэктомии в связи с возникновением острого холециста.

На основании обследования установлен диагноз: рецидивный холедохолитиаз, гипертоническая болезнь высокого риска, кардиосклероз. После предварительной подготовки под общим внутривенном наркозом выполнена эндоскопическая попиллосфинктеротомия, конкремент удален. После операции состояние быстролучилось, протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии.

У одного возник острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) в ближайшие сутки после операции.

У 12 больных выполнена лапаротомная холедохолитотомия, а холедохолитомия с наружным дренированием холедоха у 3, у 2 с внутренним дренированием. В послеоперационном периоде уделено особое внимание профилактике осложнений, больные получали инфузионную терапию с

обязательным включением гепатопротекторов, противовоспалительную, иммунокорректирующую. Послеоперационный период протекал тяжело, но все же удалось добиться выздоровления.

Приводим два клинических наблюдения:

1. Больная Ш-ва К., 77 лет, история болезни 6047/918 доставлена в клинику 04.06.18 с жалобами на постоянные боли в области печени, нарастающую слабость, желтуху. Ранее, год назад, была оперирована по поводу калькулезного холецистита и холедохолитиаза. После операции состояние больной было удовлетворительным, но в последующем появились боли и желтушность кожных покровов, и она была направлена в клинику. В результате выполненных исследований установлено, что у больного имеется рецидив холедохолитиаза. В момент операции выполнена интраоперационная холангиография и установлена наличие конкремента и стеноза сфинктера ОДДИ (рисунок 3.2.1) В результате обследования установлен рецидив холедохолитиаза, стеноз сфинктера Одди, КБС, атеросклеротический кардиосклероз.



Рисунок 3.2.1. интраоперационная холангиограмма больной Ш-ва К.

После подготовки оперирована под эндотроихильным наркозом, выполнена холедохотомия, конкременты удалены, при ревизии выявлен стеноз сфинктера Одди. Наложен холедоходуоденоанастомоз. Послеоперационный период

осложнился нагноением раны. В удовлетворительном состоянии на 12 сутки после операции была выписана.

2. Пациент Б-ев К.Б. 68 лет, история болезни 10793/2019 доставлен в клинику 31.10.19 с жалобами на боли в правой половине живота, общую слабость, появление желтухи. Из анамнеза установлено, что в 2016 году выполнена резекция желудка и холецистэктомия. Три месяца назад появились боли стала нарастать слабость и желтушность кожных покровов. В результате обследования поставлен диагноз холедохолитаз, КБС, гипертоническая болезнь 3 ст. высокого риска, хронический бронхит.



Рисунок. 3.2.2 Интраоперационная холангиограмма больного Б-ва К.Б.

После кратковременной подготовки через сутки с момента госпитализирования был оперирован, при ревизии обнаружен конкремент в холедохе, выполнена холедохотомия и наружное дренирование по Вишневскому. Послеоперационный период после удаление дренажа осложнился желчетечением, которое прекратилось самостоятельно. После операции получал симптоматическую, инфузионную терапию. Выписан на 19 сутки после операции.

Из 42 больных, умер 1, на 3 сутки после холецистэктомии, от острого инфаркта миокарда, который и явился причиной смерти.

На основании анализа течения ЖКБ и ее осложнений (острый холецистит, холедохолитиаз), мы построили алгоритм тактики (рисунок 3.2.3) ведения и обследования больных с ЖКБ и ее осложнении.

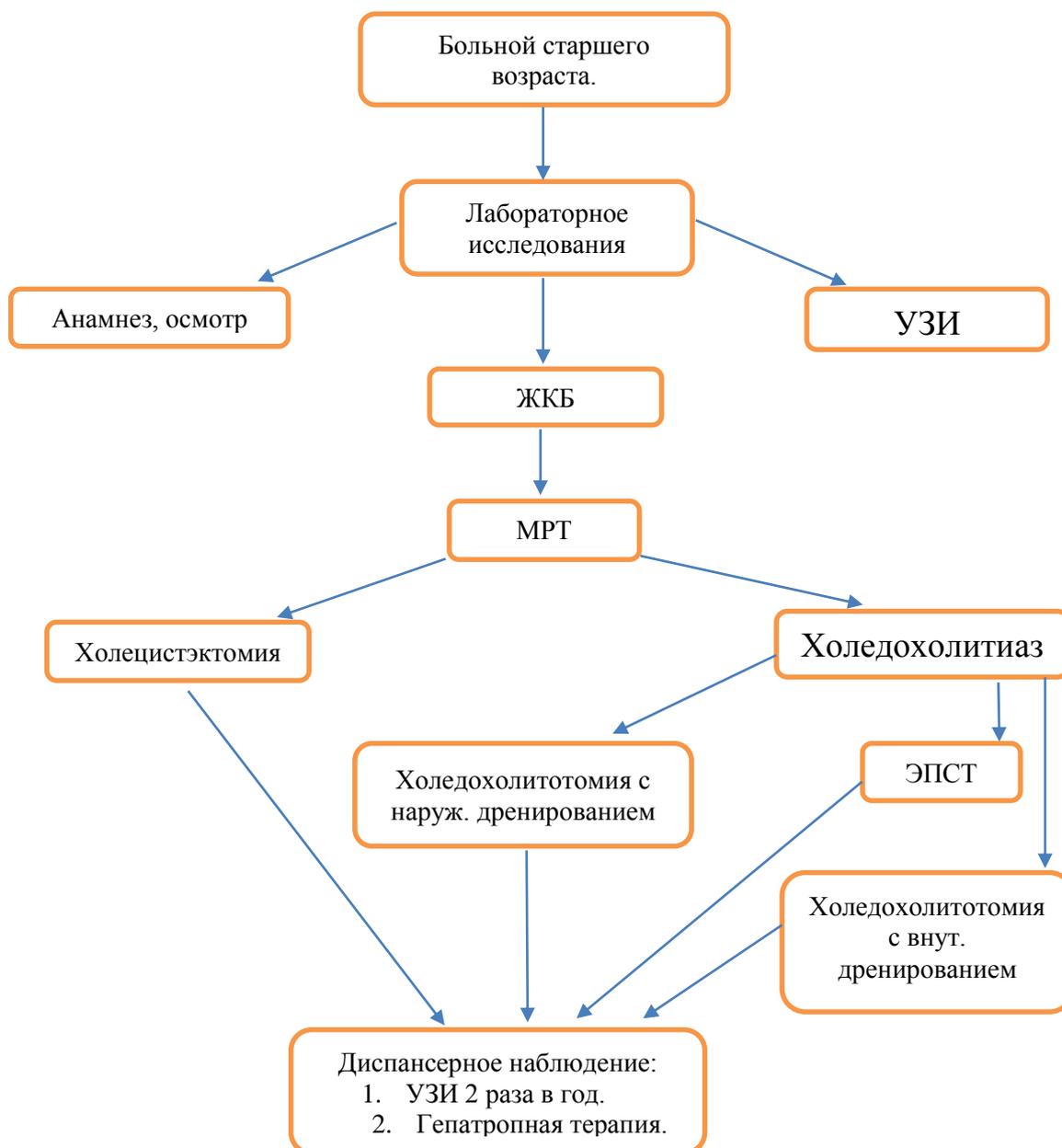


Рисунок 3.2.3. Алгоритм обследования и лечение больных с ЖКБ и ее осложнение холедохолитиазом.

На наш взгляд применение алгоритма поможет врачу избрать наиболее оптимальный вариант обследования и лечение.

Таким образом результаты нашего исследования показали, что после холецистэктомии и холецистэктомии с наружным и внутренним дренированием, осложнения после лапаротомной холецистэктомии возникли у 4 больных, что составило 9,5 %. А после операции, оперированных по поводу рецидивного холедохолитиаза у 2 из 31.

Резюме

ЖКБ, осложненная острым холециститом и холедохолитиазом относится к числу наиболее частых при этой патологии. Современный подход к диагностике этих осложнений является оценка общего состояния основанием для выбора доступа: лапароскопический или лапаротомный. Несмотря на преимущество лапароскопической холецистэктомии ее далеко не всегда можно выполнить у лиц старшего возраста из-за наличия, сопутствующих заболеваний так как наложение пневмоперанеума оказывает отрицательно влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную систему. Рецидивный холедохолитиаз не является редкостью и требует современного подхода в его лечении с включением эндоскопических и лапароскопических вмешательств.

При холедохолитиазе в первую очередь необходимо восстановить проходимость холедоха эндоскопически, а при неудаче решить вопрос о возможности выполнения операции лапаротомным доступом. После перенесенной любой операции по поводу ЖКБ или ее осложнений обратить внимание на выполнения гепатропной терапии, так как установлено, что при воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках развиваются функциональные и морфологические нарушения печени, которые могут привести к развитию печеночной недостаточности.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

4.1 Характеристика больных с острым панкреатитом

Эту группу составили 18 пациентов, которые оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек. Из них пожилого возраста было 10 и старческого- 8, мужчин 8 и женщин-10.

В обследовании больных уделяли внимание анамнезу заболевания, причинам возникновения панкреатита, отмечали сроки появления болевого синдрома и какое лечение получали до поступления в клинику.

Из анамнеза установлено, что причиной возникновения болевого синдрома у 9 больных был прием жирной, обильной пищи, еще у 6 отмечено существование калькулезного холецистита, 3 пациента заболевание связывали с частым приемом алкогольных напитков.

При поступлении выясняли сроки прошедшие от начала возникновения болевого синдрома до момента госпитализации (таблица 4.1.1)

Таблица 4.1.1. Сроки заболевания острым панкреатитом у лиц пожилого (n-10) и старческого (n-8).

Сроки	Пожилой возраст	Старческий возраст
	абс.ч	абс.ч
До 6 часов	2	
От 6 до 12 часов	1	1
От 12 до 24 часов	4	1
От 24 до 72 часов	2	1
Позже 3 суток	1	5
Всего больных	10	8

Ознакомление со сроках госпитализации позволило установить, что лишь 2 пациента пожилого возраста госпитализированы в клинику до 6 часов от начала возникновения, от 6 до 12 часов по одному больному пожилого и старческого возраста, в течение суток еще 5 были госпитализированы, а остальные позже суток и больше всего позже 3 суток (6 чел.). Необходимо отметить, что все они длительное время наблюдались врачами по месту жительства. У 8 диагноз панкреатита из-за тяжелых сопутствующих заболеваний не подозревали и только в связи с резким ухудшением состояния и с появлением симптомов раздражения брюшины были направлены в клинику. Также необходимо отметить, что из 18 больных лишь 6 доставлены бригадой скорой медицинской помощи, а остальные- родственниками или сослуживцами.

С момента поступления обращали особое внимание на определения сопутствующих заболеваний и степень из компенсации, так как их характер имел значения при выборе на объём медикаментозной терапии (таблица 4.1.2) и в последующим типе оперативного вмешательства.

Таблица 4.1.2. - Характер сопутствующей патологии при остром панкреатите.

Заболевания	Пожилой возраст абс.ч n-10	Старческий возраст абс.ч n-8
Гипертоническая болезнь	3	3
КБС	3	2
Желночекаменная болезнь	5	3
Сахарный диабет	2	2
Хронический бронхит	6	3
Пиелонефрит	1	1
Гепатит	1	-
Ожирение	2	-
Варикоз нижних конечностей	1	3
Атеросклеротический кардиосклероз	2	2

Из числа сопутствующих заболеваний ЖКБ обнаружена у 8 больных, сердечно-сосудистая патология у 24, хронические бронхолегочные заболевания было у 9. Следовательно сопутствующих заболеваний выявлено 41, у всех пациентов обнаружено по 2-3 сопутствующих патологии.

Мы проанализировали семиотику заболевания у больных этих групп (таблица 4.1.3)

Таблица 4.1.3. - Семиотика острого панкреатита у больных пожилого и старческого возраста.

Признаки	Пожилой возраст	Старческий возраст
	n-10	n-8
	абс.ч	абс.ч
Боли в эпигастри	6	1
Боли с иррадиаций в спину	4	4
Множественная рвота	8	6
Задержка стула и газов	3	5
Напряжение мышц брюшной стенки	6	2
Резкая болезненность в эпигастри	3	8
Положительной симптом Щеткина-Блюмберга	4	2
Лейкацитоз выше $12,0 \times 10^9/\text{л}$	10	5

Анализ признаков заболевания показал, что если больные поступали в первые часы от начала заболевания (до 12 часов), то выявление характера болезни не вызывало сомнений. Они были типичны для острого панкреатита, а при позднем поступлении и при наличии патологии сердечно-сосудистой системы, то у лиц пожилого и старческого возраста на первый план выступают признаки нарушения этой системы. И только применение УЗИ, лабораторных методов позволяло установить ведущую патологию.

При поступлении со средней и тяжелой степенью эндотоксикоза, больные госпитализировались в отделение реанимации, а при улучшении состояния, переводили в отделение хирургии.

При поступлении сразу начинали консервативное лечение, но необходимо помнить, что у лиц старшего возраста отмечается выраженный болевой синдром, который наблюдается и при других заболеваниях, поэтому необходимо исключить острый инфаркт миокарда, перфорацию язвы желудка и 12 перстной кишки, тромбоз сосудов кишечника и нарушение проходимости. У лиц старшего возраста при остром панкреатите наблюдается снижение артериального давления, пульс более 100 в мин, слабого наполнения напряжения, акрецианоз, нарушение сердечного ритма все это подтверждает тяжесть состояния больных с острым панкреатитом.

Анализ семиотики показал, что ведущим признаком был выраженный болевой синдром с иррадиацией боли, а также многократная рвота и задержка стула и газов.

В момент поступления выполняли УЗИ и при этом увеличение поджелудочной железы обнаружено у большинства обследованных, структура неоднородная у всех. Наличие жидкости в сальниковой сумке выявлено у 8, а жидкость в брюшной полости обнаружена у 11 пациентов (таблица. 4.1.4)

Таблица 4.1.4. - Результаты УЗИ пациентов с острым панкреатитом (n-18) у больных пожилого и старческого возраста.

Признаки	Всего болезни
	абс.ч
Увеличение поджелудочной железы	16
Неоднородная структура	18
Наличие жидкости в сальниковой сумке	8
Жидкость в брюшной полости	11
Расширение холедоха	5
Наличие конкрементов в желчном пузыре	5
Расширение диаметра протока поджелудочной железы	8

Выполненное УЗИ позволило подтвердить диагноз острого панкреатита. Наиболее часто выявляли увеличение поджелудочной железы и неоднородность ее структуры, наличие конкрементов в желчном пузыре, реже обнаруживали расширение холедоха и протока поджелудочной железы. Также в момент поступления выполнен общий анализ крови (таблица. 4.1.5)

Таблица 4.1.5. - Результаты анализа крови больных с острым панкреатитом (n-18)

Признаки	Всего болезни
	абс.ч
Лейкоциты выше $12 \times 10^9/\text{л}$	18
Увеличение палочкоядер. сдвига ≥ 7 %	14
Кол-во лимфоцитов менее 25 %	11
ЛИИ выше 3,0	14
Амилаза >600	18

Анализируя результаты общего анализ крови мы отметили, увеличение количества лейкоцитов более $12,0 \times 10^9/\text{л}$ обнаружено более чем у половины поступивших и значительно чаще отмечали увеличение палочкоядерных и уменьшение лимфоцитов, ЛИИ выше 3,0 был у большинства обследованных, а высокий уровень амилазы у всех.

На основании результатов обследования отечная форма определена у 11, неинфицированный панкреонекроз у 3 и у 4 инфицированный панкреонекроз.

4.2. Лечение острого панкреатита

После осмотра больных в приемном отделении 12 были сразу госпитализированы в отделение реанимации, а остальные в хирургическое отделение. Всем в первые часы госпитализации выполняли лечение, направленное на снижение эндотоксикоза, которое включало болеутоляющие, спазмолитические средства, противовоспалительная терапия (цефазолин,

метронидазол), подавление секреторной активности поджелудочной железы (контрикал, гордокс) и обеспечение ее функционального покоя (голод, постоянная аспирация желудочного содержимого, H₂ – блокаторы гастротропина).

С целью воздействия на панкреатическую секрецию применяли сандостатин, он снижает экзокринную секрецию поджелудочной железы, ингибирует освобождение гастрина. Также использовали антиферментные препараты (контрикал, гордокс). Выполняли инфузионную терапию, которая включала солевые растворы, реополиглюкин, полиглюкин, ацесоль, рефортан и др. под контролем состояния водно-солевого обмена.

При поступлении отдавали предпочтение консервативному методу лечения, но если у больных были выражены перитонеальные явления (3 чел.), то после кратковременной подготовки выполняли лапароскопию дренировали сальниковую сумку, в периподжелудочную клетчатку вводили раствор новокаина в сочетании с антибиотиком и сандостатином, выполняли регионарную лимфостимуляцию через круглую связку печени, максимальное удаление выпота из брюшной полости и дренировали брюшную полость.

Еще у 11 пациентов, у которых, при УЗИ обнаружили выпот в брюшной полости был выполнен лапароцентез, полученную жидкость исследовали на уровень фермента и продолжали медикаментозное лечение.

У 8 пациентов выявлено наличие жидкости в сальниковой сумке, под контролем УЗИ произведена пункция с последующим дренированием, а затем сумку промывали холодным озонированным раствором хлорида натрия. Использование для этого комплексный подход у большинства позволило предотвратить прогрессирование процесса, а у 2 процесс прогрессировал, развился инфицированный панкреонекроз в основном в области головки поджелудочной железы, выполнили минилапаротомию, участок некроза удалён, а затем дренировали. После операции больные продолжали получать комплексное лечение.

Особую группу составляли больные с билиарным панкреатитом (8 чел.) из них у 4 ЖКБ была осложнена холедохолитиазом. В первые же часы поступления

применяли меры для снижения давления в желчных протоках. Для достижения этой цели выполняли эндоскопическую попиллосфинктеротомию (ЭПСТ), конкременты извлечены, консервативное лечение продолжено на протяжении недели, а затем выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период протекал тяжело, но без осложнений.

У 4 больных были обнаружены конкременты только в желчном пузыре. Выполненная нами медикаментозная терапия улучшила состояние больных, и они от холецистэктомии воздержались.

Таким образом на нашем материале больных с острым панкреатитом у лиц пожилого и старческого возраста было 18 человек, из них женщин 10, мужчин - 8. При использовании комплекса методов обследования диагноз острого панкреатита не вызывал сомнений. Разработанный комплекс мер лечения позволил у большинства предотвратить прогрессирование процесса. При выявлении выпота в сальниковой сумке и брюшной полости использовали миниинвазивные методы. Наибольшую сложность представлял билиарный панкреатит в лечении которого в первую очередь необходимо устранить гипертензию желчных протоков. Умерло 2 больных, которые поступили позже 3 суток от начала заболевания, у них установлен инфицированный панкреонекроз. Выполнено консервативное комплексное лечение не улучшило состояние больных, явления эндотоксикоза нарастали, и он умер в день поступления в клинику.

Вторая больная госпитализирована через 2 суток с момента заболевания, проводилось комплексное медикаментозное лечение, но показатели эндотоксикоза нарастали, и она умерла в первые сутки поступления.

Полученные результаты подтвердили сложности лечения больных с острым панкреатитом и наличием сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Результаты показали необходимость углубленного изучения течения панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста и разработки более эффективного метода лечения.

4.3. Результаты лечения больных с кишечной непроходимостью

Довольно сложную и трудную проблему в свете определения заболевания и лечения составляют больные с острой кишечной непроходимостью, особенно при сочетании с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации.

4.3.1 Характеристика больных с кишечной непроходимостью.

Лечению подвергнуто 23 больных с явлением кишечной непроходимости, которым выполнена операция в клинике, из них мужчин 10, женщин 13, пожилого возраста было 17 и старческого 6.

Анализ сроков госпитализации больных с кишечной непроходимостью показал, что в течение первых суток поступили единичные больные в основном лица старческого возраста, а затем в последующие сроки до 3 суток поступило еще 10 больных и позже 3 суток- 8 (таблица 4.2.1.)

Таблица 4.3.1. - Сроки поступления больных от начала заболевания пожилого (n-17) и старческого возраста (n-6) с кишечной непроходимостью.

Сроки	Пожилой возраст	Старческий возраст	все	
	абс.ч	абс.ч	абс.ч	%
До 6 часов		1	1	
От 6 до 12 часов		1	1	
От 12 до 24 часов	3		3	
От 24 до 72 часов	8	2	10	
Позже 3 суток	6	2	8	
Всего больных	17	6	23	100,0

Выполненный анализ сопутствующих заболеваний показал, что наибольшее количество больных, как среди лиц пожилого возраста, так и старческого, страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями и бронхолегочными.

При поступлении в диагностике характера заболевания использовали рентгенологическое и УЗИ, при которых обращали внимание на состояние кишечника, его диаметр, наличие горизонтальных уровней и тип перистальтики. Основными признаками кишечной непроходимости был болевой синдром многократная рвота и задержка стула и газов.

Семиотика при кишечной непроходимости была многообразной, она зависела от уровня непроходимости и характера сопутствующего заболевания. Клинические проявления, как правило, типичны для всех возрастных групп, а для лиц пожилого и старческого возраста, они не типичны, особенно при поступлении в поздние сроки с момента заболевания. У этой группы больных быстро нарастает эндотоксикоз тяжелой степени.

УЗИ и обзорный снимок брюшной полости подтверждают наличие кишечной непроходимости, но наиболее ценным исследованием является КТ и МРТ, которые помогают установить уровень непроходимости и в ряде случаев ее причину. Но, к сожалению, мы эти два метода использовали лишь у 2 поступивших. Кроме того, КТ и МРТ позволяют исключить полную кишечную непроходимость. Для больных старшего возраста для кишечной непроходимости характерно позднее поступление, выраженный эндотоксикоз и обострение течения сопутствующих заболеваний.

4.3.2 Результаты лечения больных с кишечной непроходимости.

Причинами кишечной непроходимости было ущемление грыжи у 2, еще у 2-заворот сигмы, а у остальных спаечный процесс. После осмотра и инструментального обследования ставили очистительную клизму вводили назогастральный зонд, промывали желудок и выполняли инфузионную терапию. А если, у больных обнаруживали признаки воспаления (перитонит), то вопрос об операции принимали сразу, но с обязательной кратковременной подготовкой, которая включала лечение, назначенное кардиологом, ведение назогастрального зонда, аспирация содержимого с последующим промыванием желудка, и выполняли инфузионную терапию. Только после такой подготовки брали на операцию. Такой подход был использован у больных после консервативного

лечения (очистительная клизма, промывание желудка, введение препаратов, усиливающих маторно-эвакуаторную функцию кишечника). Операции выполняли при неэффективности консервативного лечения. Их сроки даны в таблице 4.3.2.1.

Таблица 4.3.2.1. - 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

Обращает на себя внимание, что в первые часы поступления оперирован всего один больной, а в течение суток еще 10 больных и позже 5 суток 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 4.3.2.2 и на рисунке 4.3.2.1.

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.

Таблица 4.3.2.2 - 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

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, аспирировали 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 контаминаций брюшной полости. Кроме того, в момент операции выполняли регионарную антибиотико-лимфостимуляцию по методике Джумабаева С.У. (1992) в брыжейку тонкого кишечника для восстановления функций ЖКТ следующего состава вводили один антибиотик 1.0, антикоагулянт 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 способствовали снижению воспаления, гепарин, лидаза и новокаин улучшали гемодинамику, а прозерин способствовал восстановлению функции кишечника, но в тех случаях когда сопутствующие заболевания была сердечно-сосудистой патологией прозерин не выполняли, в лимфотропную смесь, учитывая его отрицательное влияние на сердечно-сосудистую систему.

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 (спаечная болезнь у 2, парез кишечника у 1 и некроз у 1). Умер 2 больных от полиорганной недостаточности.

Резюме

Острый панкреатит и кишечная непроходимость относятся к числу наиболее тяжелых хирургических заболеваний, при которых, быстро нарастает эндотоксикоз обусловленный возникновением деструктивного процесса.

Лечение панкреатита консервативное у большинства больных, но пожилых быстро возникает деструктивный процесс, требующий оперативного вмешательства. Использование комплекса методов консервативного лечения позволяет добиться выздоровления, а при деструкции больные подвергаются оперативному лечению.

Кишечная непроходимость также тяжелое заболевание и ее диагностика не вызывает затруднения если больные поступают в ранние сроки заболевания. При отсутствии перитонеальных явлений проводились консервативные методы, направленные на восстановление функции, а при отсутствии эффекта оперативное лечение. Необходимо отметить, что как при остром панкреатите, так с кишечной непроходимости лишь 1/3 больных доставлена бригадой скорой помощи, а остальные родственниками и сослуживцами. Из числа поступивших умерло 2 при остром панкреатите и 2 при кишечной непроходимости от полиорганной недостаточности.

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 человек из 1000 населения и составляет до 20% всех хирургических патологий (Н.Г. Дронина, 2011., А.Г. Бутырский соавт. 2018.). Наиболее часто аппендицит встречается в возрасте 20-40 лет и женщины болеют чаще мужчин почти в два раза, а летальность колеблется от 0,1 до 0,3% (А.Г. Кригер, 2002; А.Г. Хасанов соавт. 2016; В.А. Липатов, 2017).

Несмотря на совершенствование методов диагностики, использование технологий частота не оправданных аппендэктомии и наоборот неоправданного длительного наблюдения пожилых колеблется от 15 до 25%. Особенности сложности представляют больные пожилого и старческого возраста, у которых клинические проявления острого аппендицита у большинства атипичны. Все исследователи утверждают, что в настоящее время острым аппендицитом у пожилых нет роста заболеваемости, но зато чаще поступают больные с деструктивными формами, послеоперационный период у них протекает более тяжело и послеоперационные осложнения возникают чаще. И в настоящее время продолжаются поиски новых и совершенствование известных методов диагностики и профилактики для предотвращения послеоперационных осложнений у лиц старшего возраста.

В нашем исследовании решено дать оценку результатам диагностики и лечения острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста.

5.1. Характеристика больных с острым аппендицитом

Эту группу составили 31 пациента, из них женщин 19, мужчин 12, лиц пожилого возраста было 26 и старческого 5. Анализ сроков госпитализации с момента заболевания дан в таблице 5.1.

Таблица 5.1.1. - Сроки поступления больных от начала заболевания пожилого и старческого возраста с острым аппендицитом (n-31)

Сроки	Пожилой возраст		Старческий возраст
	абс.ч	%	абс.ч
До 6 часов	3	11,5	
От 6 до 12 часов	6	23,1	
От 12 до 24 часов	6	23,1	1
От 24 до 72 часов	7	26,9	1
Позже 3 суток	4	15,4	3
Всего	26	100,0	5

Из числа пожилых лишь трое поступили до 6 часов от начала заболевания, еще 12 пациентов госпитализированы до суток с момента возникновения болевого синдрома. В течение трех суток еще 7 и позже трое суток поступили 4 пациента. Обращает на себя внимание, что более одной трети поступили в сроки позже суток.

Среди поступивших с подозрением на острый аппендицит старческого возраста было 5, по одному из них госпитализировано в сроки от 12 до 24 часов и от 24 до 72 часов, а трое госпитализированы позже 3 суток от начала заболевания.

Необходимо отметить, что больные пожилого и старческого возраста в начале заболевания наблюдались семейным врачом (16 из 31 пациента) на протяжении 2-3 суток от возникновения болей и основное внимание было обращено на сопутствующие патологии и лишь появление признаков раздражения брюшины явилось основанием для подозрения на острый аппендицит, и они были направлены в хирургическую клинику. Остальные больные дома принимали обезболивающие, спазмолитики, лечение

сопутствующих заболеваний и при резком ухудшении состояния были доставлены в стационар. Необходимо отметить, что лишь 12 больных из 31 (38,7%) были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, а остальные родственниками, соседями.

Для определения характера заболевания использовали анамнез, результаты осмотра и объективного исследования с определением максимального количества симптомов аппендицита (Кохер. Щеткина – Блюмберга, Ситковского. Розинга, Борталье-Милхельсона), лабораторного (общий анализ крови с акцентом на количество лейкоцитов, палочкоядерных и вычисления ЛИИ по Кальф-Калифу Я.Я. (1941) и инструментальных (УЗИ). Нам известна диагностическая ценность лапароскопии при остром аппендиците, но это все же инвазивный метод, и мы у лиц старшего возраста от лапароскопии воздержались, учитывая влияние пневмоперитонеума на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Всем больным выполняли ЭКГ и консультировали с врачом кардиологом, терапевтом, а при необходимости эндокринологами и другими специалистами.

При поступлении особое внимание обращали на выявление сопутствующих заболеваний и степень их тяжести (таблица 5.1.2).

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

Таблица 5.1.2. - Характер сопутствующего заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста при остром аппендиците (n-31)

Заболевания	Пожилой абс.ч	Старческий абс.ч
Гипертоническая болезнь	16	6
КБС	6	4
Сахарный диабет	3	2
Атеросклеротический кардиосклероз	3	2
ОХЗЛ	4	4
Пиелонефрит	2	2
Железодефицитная анемия	5	2
Гепатит	2	2
Ожирение	5	-
Варикоз нижних конечности	3	2

Диагностика острого аппендицита довольно сложна не только у лиц старшего возраста, но и у молодых и среднего возраста, что обусловлен различными вариантами расположения отростка, наличием сопутствующих заболеваний, снижением иммунобиологической реактивности. Несмотря на то что в последнее время предложено более ста различных симптомов, синдромов, шкал диагностики, и в настоящее время продолжается поиск признаков острого аппендицита, а количество неоправданных аппендэктомий не уменьшается.

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 > 12x10 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

Анализ семиотики острого аппендицита у лиц старшего возраста показал, что ведущим признаком была боль, и нередко появляющаяся многократная рвота, а также задержка стула и газов у половины обследованных, напряжение мышц правой подвздошной области и положительный симптом Щеткина-

Блумберга отмечены чуть более половины поступивших. Лейкоциты более $12 \times 10^9/\text{л}$ у 48,4%, а лейкоцитарный сдвиг у большинства.

При УЗИ признаки деструктивного аппендицита выявлены у 82,4%, что подтверждает целесообразность выполнения данного исследования. И в этой группе больных превалировали признаки эндотоксикоза в сравнении с тяжестью сопутствующей патологии, что способствовало формированию деструктивной формы острого аппендицита.

В литературе ряд исследователей придают значение определению уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонину, они подтверждают тяжесть воспалительного процесса, а не характер заболевания аппендицита. И в настоящее время идут поиски методов диагностики острого аппендицита, особенно у лиц старшего возраста с наличием сопутствующего заболевания.

В своей работе мы дополнили шкалу Альварадо, в которой даны клинические признаки и дополнили показатели УЗИ и СРБ (рац.предложения). Использование этой шкале позволило исключить острый аппендицит у лиц старшего возраста и воздержаться от неоправданной операции.

Мы обратили внимание, что 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 пациентов. Доступ у 25 –по Волковичу-Дьяконову, а у 6 нижнесрединная лапаротомия. Необходимо отметить, что состояние поступивших больных было тяжелым, но нередко обусловлено было наличием сопутствующих патологий и эндотоксикоза. Всем до операции выполнена кратковременная подготовка, после чего они были оперированы. Сроки операции даны в таблице 5.1.4.

Таблица 5.1.4. - Сроки операции с момента поступления в клинику больных пожилого (26 чел) и старческого возраста 5 чел.

Сроки операции	Пожилой возраст	Старческий возраст
	абс.ч.	абс.ч.
До 6 часов	18	5
В течение первых суток	9	-

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 (таблица 5.1.5 и рисунок 5.1.1).

У пациентов обеих возрастных групп превалировала гангренозная форма, что обусловлено поздним поступлением в стационар и нельзя исключить и особенности быстрого прогрессирования деструктивных форм аппендицита у пациентов старшего возраста.

Таблица 5.1.5. - Форма аппендицита

Морфологическая форма	Пожилого возраста			Старческого возраста			
	Всего больных	Осложнения		Всего больных	осложнения		
		нагноение раны	пневмония		нагноение раны	пневмония	ПОН
Флегмонозная	9	3	1	1	1	-	-
Гангренозная	17	1	1	4	2	1	1
Всего	26	4	2		3	1	1

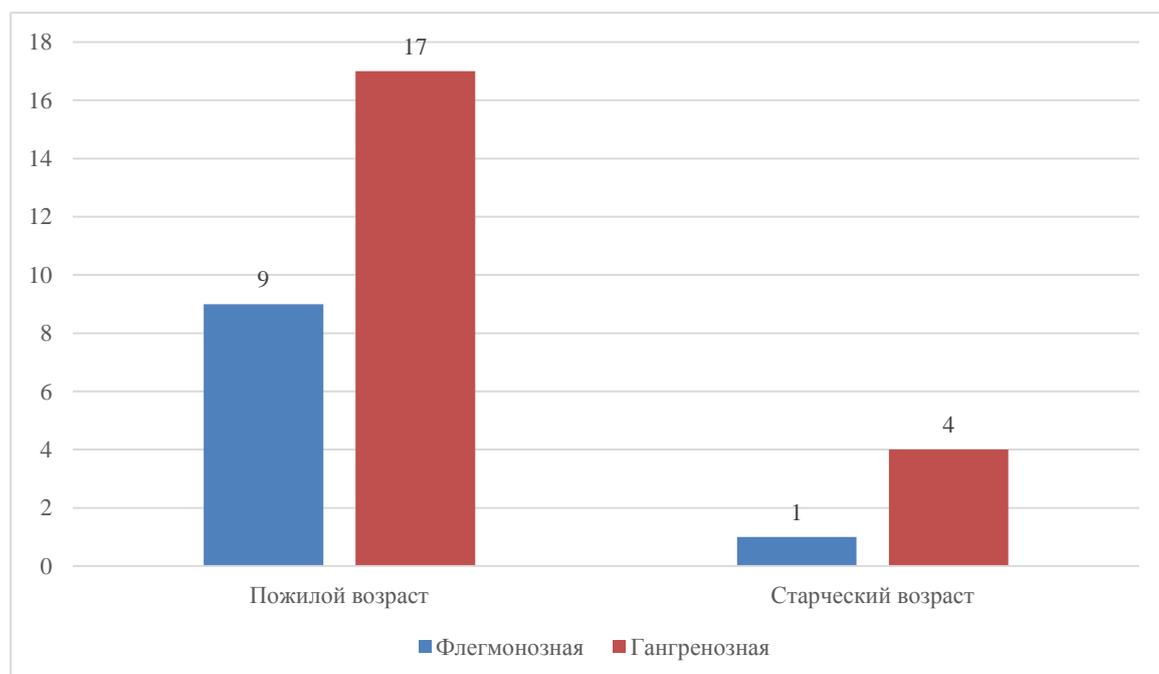


Рисунок 5.1.1. Форма аппендицита.

В последние годы появились сообщения о возможности применения консервативных методов лечения острого аппендицита, не только при чрезвычайных ситуациях (пребывание в космосе, экспедиции в Антарктиду, Арктику и др.), но и в обычной обстановке, но под наблюдением хирурга. Однако на наш взгляд, учитывая особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста с быстрым прогрессированием деструктивного процесса, консервативное лечение исключается.

При лапаротомии местное воспаление брюшины (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 раневых осложнений. Операцию заканчивали введением в переходную складку брюшины в правую подвздошную область антибиотика с лимфотропной смесью.

При осмотре аппендицита, осложненном разлитым гнойным перитонитом брюшную полость, орошали озонированным раствором, а после в корень брыжейки тонкого кишечника, вводили антибиотик с лимфотропной смесью в таком же составе. Что и в переходную складку при местном перитоните.

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 (рац.предложение).

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.

Проводим наблюдение.

Больная К-ко.Т.Т., 80 лет, история болезни 4422-2019, доставлена бригадой СМП 22.04.2019 с жалобами на боли в правой половине живота, внизу живота постоянного характера, повышение температуры до 38, нарастающую общую слабость. Больна 3 дня, до госпитализации принимала спазмолитические и обезболивающие средства, но состояние не улучшалось, боли нарастали. Бригадой СМП доставлена в клинику.

При поступлении состояние тяжелое, температура 39⁰, АД 160/90, пульс 98/мин, ритмичный. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области и здесь напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Результаты анализа крови лейкоциты 10,7x10⁹/л, палочкоядерные 12%, СОЭ-35мм/ч, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. При УЗИ печени и желчного пузыря патологии не обнаружено, петли кишечника вздуты, в правой подвздошной области и малом тазу наличие жидкости. На основании обследования поставлен диагноз: острый аппендицит местный перитонит, гипертоническая болезнь высокого риска. После кратковременной предварительной подготовки взята на операцию. Под общим обезболиванием, доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выявлен гангренозно-перфоративный аппендицит, осложненный местным гнойным перитонитом. Культи отростка погружена кистным швом с дополнительным Z-образным швом. Илиоцекальная область дренирована с резиновым выпускником, а малый таз дренажем после предварительной санации озонированным раствором и введение антибиотика с лимфотропной смесью в переходную складку брюшины.

После операции выполняли противовоспалительную терапию и инфузионную, но на вторые сутки состояние ухудшилось, увеличилось, вздутие

живота с нарастанием явления интоксикации. При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлена нижнедолевая пневмония справа, а при УЗИ брюшной полости обнаружено скопление жидкости между петлями кишечника. Решено выполнить релапаротомию. 24.04.2019 произведена нижне-срединная лапаротомия при которой выявлен разлитой перитонит с максимальным скоплением жидкости между петлями тонкого кишечника. Петли кишечника покрыты налетом фибрина, вздуты. Выпот брюшной полости максимально удален, брюшная полость орошена озонированным раствором, а в брыжейку тонкого кишечника введена антибиотиколимфотропная смесь. Брюшная полость дренирована. В послеоперационном периоде выполняли массивную противовоспалительную и инфузионную терапию, с целью ликвидации явлений эндотоксикоза, но состояние оставалось прогрессивно ухудшалось, усиливалось признаки полиорганной недостаточности (дыхательной, сердечно-сосудистой), что и являлось причиной смерти.

Приведенное наблюдение заслуживает внимания тем, что до операции больная обследована не в полном объеме и не установлен разлитой перитонит, поэтому первая операция не обеспечила полное удаление очага воспаления и экссудата, а повторная усугубила тяжелое состояние, поэтому все усилия, принятые для спасения, больной оказались не эффективны.

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.

Резюме

Группа больных с острым аппендицитом составила 12,4% к числу всех госпитализированных старшего возраста и большинство из них поступали в поздние сроки от начала заболевания, у всех диагноз определен в момент госпитализации. В момент операции чаще обнаруживали гангренозную форму, а у 4 гангренозная, осложненная местным перитонитом.

Погружение культи отростка выполняли кисетным швом, реже отросток погружали узловыми швами. После завершения аппендэктомии в переходную складку в правой подвздошной области вводили антибиотик с лимфотропной смесью (регионарная лимфостимуляция).

Полученные нами результаты свидетельствуют об атипичном течении ОА у пожилых, которые обусловлены многими факторами, но наиболее часто различными вариантами расположения отростка и особенностями сопутствующих заболеваний, поэтому выделение каких-либо признаков, которые были бы свойственны больным этой группы затруднительно. При выявлении острого аппендицита, мы обращали особое внимание на характер сопутствующих заболеваний и степень их компенсации, и вопрос об операции решался на основании комплекса исследований, включил разработанную нами шкалу.

После аппендэктомии выполняли санацию брюшной полости и раны озонированным раствором, а при разлитом перитоните в корень брыжейки вводили антибиотики цефтриаксон в сочетании с лимфотропной смесью. После операции назначали антибиотики метронидазол, массивную инфузионную терапию и устанавливали после операции назогастральный зонд с орошением озонированным раствором. А также уделяли внимание выполнению ранней активизации. Однако, несмотря на наши комплексные меры лечения и профилактики после операции осложнения возникли у 10, а всего осложнений было 11. Из числа оперированных умерла одна больная от полиорганной недостаточности

ГЛАВА 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ

Эту группу составили 36 больных пожилого и старческого возраста, страдавших язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальными кровотечениями или перфорацией, что составило 23,2% к числу больных госпитализированных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, среди 16-18 чел. лиц старшего возраста. Из 36 больных лиц 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 среди больных обеих возрастных групп.

При эндоскопическом исследовании в момент госпитализации у 9 кровотечение уже остановилось, у 12 продолжалось, а у 13 отмечен риск повторного кровотечения. Из 34 наблюдаемых больных ранее было кровотечение у 13 и чаще у лиц старческого возраста. Легкая степень кровопотери отмечена у 11, средняя у 15 и тяжелая у 8 пациентов.

Мы учитывали сроки госпитализации с момента возникновения осложнений (таблица 6.1.).

И в этой группе больных анализ сроков госпитализации показал, что наиболее часто пожилые, были госпитализированы в сроки от 1 до 3 суток и позже 3 суток, а лица старческого возраста до 12 часов поступили 7 человек. В целом среди больных старческого возраста чаще госпитализированы позже суток, у которых возникли осложнения. 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.

Таблица 6.1. - Сроки поступления больных от начала возникновения осложнения язвенной болезнью с кровотечением (34чел.) и перфорацией (2 чел.) у больных пожилого и старческого возраста

Сроки	Пожилой	Старческий	Всего
	n-19	n-17	n-36
	абс.ч	абс.ч	абс.ч
До 6 часов	3	3	6
От 6 до 12 часов	4	4	8
От 12 до 24 часов	5	2	7
От 24 до 72 часов	5	4	9
Позже 3 суток	2	4	6
Всего больных	19	17	36

Из 34 поступивших с гастродуоденальным кровотечением язвы 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 (таблица 6.2).

Таблица 6.2. - Характер сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста (n- 36) с осложненной язвенной болезнью.

Заболевания	Пожилой	Старческий
	n-19	n-17
	абс.ч	абс.ч
Гипертоническая болезнь	8	5
КБС	6	4
Сахарный диабет	3	5
ОХЗЛ	8	36
Пиелонефрит	2	2
Железодефицитная анемия	2	2
Гепатит, жир.гепатоз, цирроз	2	-
Ожирение	1	-
Атеросклеротический кардиосклероз	3	-
Варикоз ниж/конечностей	3	-

У всех поступивших обнаружили сопутствующие заболевания, при чем у большинства по 2-3 патологии у больных старческого возраста, а у пожилого и чаще обнаруживали заболевания сердечно сосудистой системы. Среди больных пожилого возраста всего сопутствующих заболеваний выявлено 26 из 19 больных, а у пациентов старческого возраста 17 поступивших страдали с сопутствующими заболеваниями – 24.

При поступлении больных с гастродуоденальным кровотечением выполняли гемостатическую терапию, она включала введение хлористого кальция, аминокапроновой 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 переульциразной зоны обогащённую

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. А трем больным произведена 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-Грехему	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 имело 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 возникновения сопутствующих сердечно сосудистых патологий. Все эти отличия мы учитывали при выборе тактики лечения больных с язвенной болезнью у лиц пожилого и старческого возраста.

Резюме

С осложненной язвенной болезнью поступило 36 больных, что составило 17,6%. Наибольшее число поступило с язвенной болезнью, осложненной кровотечением и только у 2 была перфорация. До суток с момента возникновения осложнения поступили 22 пациента, а остальные со сроком позже суток. Использование гемостатической терапии позволило остановить кровотечение, а у 6 больных с продолжающимся кровотечением выполнено введение в подслизистый слой аутоплазмы обогащенной тромбоцитами, этот метод не только способствует остановки кровотечения, но и более быстрому заживлению язвы. У одного в связи с продолжающимся кровотечением выполнена операция и еще у двух произведена резекция желудка в связи с риском возобновления кровотечения. Больным с перфорацией язвы выполнялось ушивание. После операционный период протекал тяжело у всех 5 оперированных. Тяжесть состояния обусловлено эндотоксикозом и тяжелым сопутствующим заболеванием. Лечение включало противовоспалительную терапию, инфузионную и лечение сопутствующих заболеваний. Осложнение возникло у одного больного- нагноение раны.

ГЛАВА 7. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Вентральные грыжи распространённое заболевание и наблюдается неуклонный рост числа больных, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста. Это связано с увеличением продолжительности жизни населения и его старением. (В.Н. Белоконев и соавт, 1996; В.А. Зотов, 2012; Ю.А. Нестеренко и соавт 2005; Р.В. Романов, 2018) нарушением иммунобиологической реактивности, ростом числа операции на органах брюшной полости частотой раневых осложнений после операции, не соблюдение режима, выполнения тяжелой физической работы в ранние сроки после операции.

7.1 Клиническая характеристика

Лечение грыж оперативное и при этом используют методы аутопластики и синтетические протезы, это пропиленовые, полипропиленовые сетки. Несмотря на разработку и совершенствование методов оперативного лечения, частота осложнений в послеоперационном периоде еще высока и колеблется в пределах 10-25%, а летальность, особенно при грыжах больших размеров у лиц старческого возраста составляет 7 – 20 %. Все исследователи объясняют это положения особенностями состояния тканей брюшной стенки стареющего организма и влиянием ряда сопутствующих заболеваний. Продолжаются поиски более эффективных методов лечения, при которых не повышается внутрибрюшное давление и не возникают раневые осложнения. В связи с чем имеет значение обоснованный выбор методов пластики. Хирургами при выборе методов пластики учитываются показатели внешнего дыхания, результаты КТ брюшной полости, с вычислением объёма грыжи и его отношения к объёму брюшной полости. Но многие хирурги используют метод разработанный Хитарьяном А.Г. и соавт (2001) с оценкой показателей сонографии и антрометрии и тестов прогнозирования с определением показателей ПА с учетом расположения и размера грыж.

При паховых грыжах среднего и большого размера при выборе пластика учитывали состояние тканей брюшной стенки и сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

В результате определения коэффициента напряжения брюшной стенки установлено, у 7 больных коэффициент превышал 2,10; а следовательно, им необходимо выполнить операцию с сохранением объема брюшной полости, чтобы избежать повышения внутрибрюшного давления. К выбору метода пластики мы подходили строго индивидуально. Пластику с сохранением объема брюшной полости выполняли при больших и гигантских послеоперационных грыжах (6 чел.) с применением полипропиленовой сетки. При этом методе сохранялся объем брюшной полости. Для сохранения объема брюшной полости мы использовали метод, предложенный Бондарчуком А. (2008г.). Сущность этого метода заключается в том, что после выделения грыжевого мешка и вправления содержимого в брюшную полость освобождали от сращения края грыжевых ворот, а затем выкраивали полипропиленовую сетку с учетом размеров грыжевых ворот и сетку фиксировали по краям ворот по их периметру. Общий вид этого метода дан на рисунке 7.1.1. Размер сетки должен соответствовать размеру грыжевых ворот, так как если сетка большего размера, то после ее фиксации она провисает, что является риском для рецидива грыжи, а если сетка меньше грыжевых ворот, то после фиксации сетка напряжена и имеется риск прорезывания швов, а в последующем формирование рецидива грыжи.

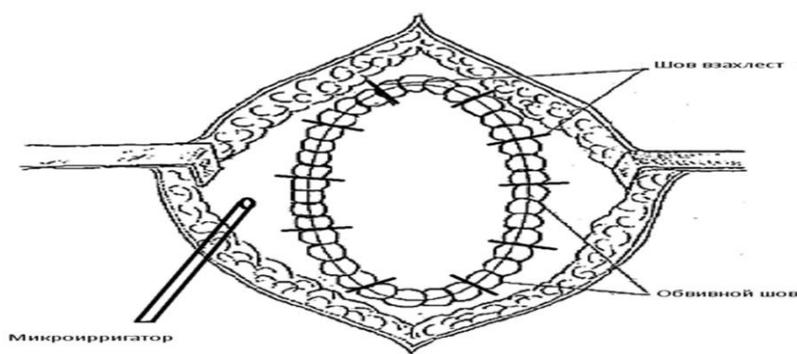


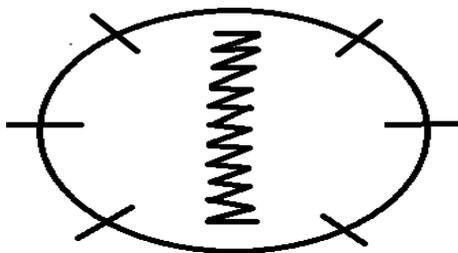
Рисунок 7.1. 1. Схема пластики с применением полипропиленовой сетки с сохранением объема брюшной полости.

Подкожную клетчатку дренировали двумя микроирригаторами через которые в первые 2-3 дня вводили озонированный раствор хлорида натрия с экспозицией 15-20 минут, а затем выполняли аспирацию. Микроирригаторы удаляли на 5-6 сутки после операции и ежедневно или через 2 дня выполняли УЗИ для своевременного выявления осложнения и для определения течения раневого процесса.

В тех случаях, когда можно выполнить грыжесечение без сохранением объёма брюшной полости, но в момент операции наблюдалось разволокнение апоневроза или мышц, а также учитывая, что у лиц пожилого и старческого возраста брюшная стенка дряблая, то мы обязательно грыжевые ворота после их ушивания укрепляли полипропиленовой сеткой (рисунок 7.1.2).



ворота ушиты



сетка фиксирована вокруг грыжевых ворот не менее 2-3 см с каждой из сторон. Метод применяли при слабо развитом мышечно-апоневротическом слое и при расслаивании его.

Рисунок 7.1.2. Схема укрепления грыжевых ворот.

При паховых грыжах у больных пожилого и старческого возраста с ослабленными механическими свойствами мышечно-апоневротических структур выполняли пластику с применением полипропиленовой сетки по классическому методу Лихтенштейна. Суть пластики в том, что после этапов грыжесечения, сетка размещается на заднюю стенку пахового канала и фиксируется непрерывным обивным швом по всему периметру

монофиламентной проленовой нитью (рисунок 7.1.3). а у 2 больных использовали усовершенствованный метод Жаманкуловой М.К. (2014).

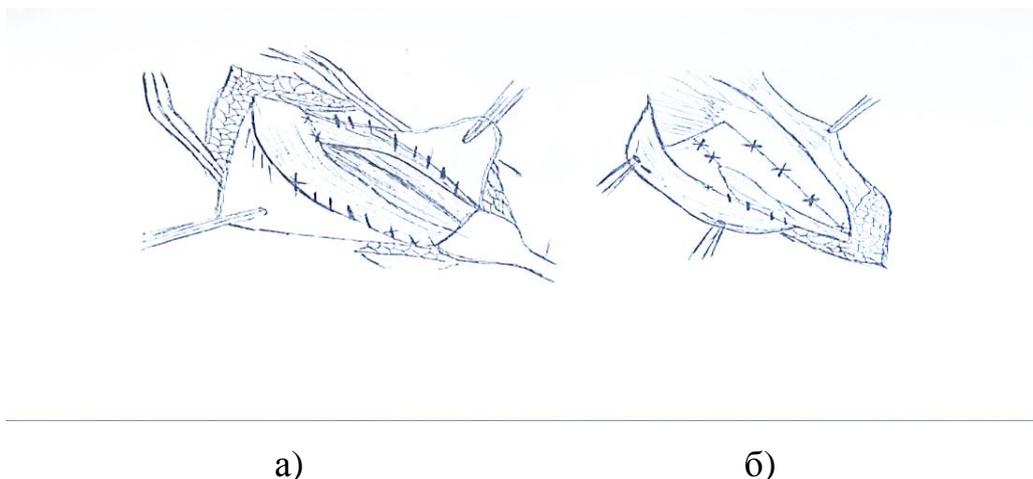


Рисунок 7.1.3. Схема пластики грыжевых ворот по классическому методу Лихтенштейна (а) и по методике усовершенствованной Жаманкуловой М. К. (б).

При методе Лихтенштейна Л.И. (1994) сетка размещается на заднюю стенку пахового канала и фиксируется непрерывным швом, а по методике Жаманкуловой М.К.(2014) медиально одним узловым швом сетку фиксировали к лонному сочленению вверху узловыми швами к внутренней косой мышце, внизу к паховой связке латеральном позади семенного канатика 2 узловых шва.

Под наблюдением находилось 23 больных с вентральными грыжами, которые были направлены в стационар для оперативного лечения с подозрением на ущемление. При обследовании у 2 установлено ущемление и у остальных были невправимые грыжи. При ознакомлении установлено, что у них часто возникал парез кишечника, отмечали периодические схваткообразные боли в животе, задержка стула и газов и прогрессирование увеличения грыжи. Учитывая эти обстоятельства, было принято решение в пользу оперативного лечения. В результате обследования установили локализацию грыж (таблица 7.1.1.)

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).

Мы проанализировали сроки существования грыж и при этом отметили, 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 составила более 10 лет. Из 23 двое поступили с ущемлением (паховая грыжа), а у остальных были невправимые грыжи. Мы, как и ряд исследователей (А. Бондарчук, 2012; С.М. Смотр Рим, 2021), делили грыжи с учетом размера на малые, средние, большие и гигантские. Грыжи малого размера (до 5 см) 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 вызывало затруднений из особенностей клиники необходимо отметить, что у лиц пожилого и старческого возраста наблюдается более быстрое прогрессирование в увеличении размеров грыж, наличие грыжи очень часто проявляется симптомами кишечной непроходимости, при этом больные часто использовали консервативное лечение: очистительные клизмы, прием слабительных.

При любом методе аутопластики есть угроза возникновения компрамент синдрома, поэтому необходимо избрать оптимальный выбор метода грыжесечения.

При обследовании обращали особое внимание на характер сопутствующей патологии, результаты даны в таблице 7.1.2.

Таблица. 7.1.2. - Сопутствующего заболевания у больных пожилого (19 чел.) и старческого возраста (4 чел.).

Заболевания	Пожилой абс.ч	Старческого абс.ч
Гипертоническая болезнь	7	3
КБС	7	2
Сахарный диабет	1	2
Бронхит	4	3
Пиелонефрит	2	1
Гепатит	2	2
Ожирение	1	

Необходимо отметить, что у больных пожилого возраста выявлено 24 заболевания, и старческого 8, следовательно, у большинства было по 2 сопутствующей патологии, что требовало выполнение предоперационной подготовки.

После консультации кардиолога или терапевта оперированы. При паховых, пупочных грыжах операция выполнена под местным обезболиванием, а при послеоперационных грыжах под эндотрахеальным наркозом. Типы операции даны в таблице 7.1.3.

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 объёма 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 предоперационную подготовку, направленную на профилактику сердечно сосудистых осложнений.

При выявлении гепатита в комплекс предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде обязательно включали гепатотропные препараты. Им операцию выполняли после подготовки, рекомендованной кардиологом или терапевтом. Сроки операции даны в таблицах 7.1.4.

При хирургических заболеваниях мы стремились сократить сроки пребывания до операции, чтобы снизить частоту госпитальных осложнений, но в данном случае учитывая сопутствующие заболевания часть исследований проводились в условиях стационара.

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.

Таблица. 7.1.4. - Сроки операции с момента поступления в клинику пожилого и старческого возраста (n- 23)

Сроки операции	Пожилой		Старческий	
	абс.ч	%	абс.ч	%
До 6 часов	1		1	
В течение первых суток	4		2	
Через 3 дня	2		1	
От 3 до 5 суток	12			
Позже 5 суток	-	-	-	-
Всего	19		4	

При паховых грыжах отдавали предпочтение методам укрепления задней стенки пахового канала по Бассини, а также выполняли метод Лихтейнштена, у больных пожилого возраста по 4 наблюдения и по одному у лиц старческого возраста. До выписки из стационара у одного больного, которому произведена пластика по Бассини старческого возраста возник инфильтрат, а у остальных пациентов осложнений не наблюдали.

При локализации грыжи в области пупка по одному случаю была выполнена пластика по Мейо у больных пожилого и старческого возраста и у одного пожилого метод Мейо с укреплением грыжевых ворот полипропиленовой сеткой, которая была фиксирована не менее 2 см с каждой стороны. Послеоперационный период прошел без осложнений.

В процессе работы мы убедились в том, что не всегда при пупочных и грыжах белой линии живота выполнять аутопластику с формированием

дубликаторы, так как при этом часто наблюдается расслаивание ткани и есть элементы натяжения, а, следовательно, есть риск рецидива. В ряде случаев мы отдавали предпочтение укреплению грыжевых ворот полипропиленовой сеткой.

При послеоперационных грыжах у двух больных пожилого возраста использован метод аутопластики, у трех с применением полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот, у одного больного старческого возраста также была использована полипропиленовая сетка.

Осложнения выявлены у 2 больных с использованием аутопластики у одного серома, которую ликвидировали пункцией и еще у одного инфильтрат. Всего осложнения выявлены у 3 из 23 оперированных, но они к моменту выписки были излечены.

После операции больные получали антибиотики цефазолин по 1,0 внутривенно или внутримышечно, а также лечение сопутствующих заболеваний. Сроки стационарного лечения больных с паховыми и пупочными грыжами составляло $6,1 \pm 0,48$ койко дней, а с послеоперационными $8,4 \pm 0,96$ койко дней.

Резюме

Анализ результатов показал, что среди всех больных пожилого и старческого возраста с вентральными грыжами составили 11,5%, лечение которых было сложное при наличии сопутствующих заболеваний даже в стадии компенсации. Наиболее часто поступали больные с паховыми и послеоперационными грыжами. Выбор операции зависел от величины коэффициента напряжения брюшной стенки, у лиц старшего возраста очень важно решить можно уменьшать объём брюшной полости или оставить прежний объём. Это положение имеет большое значение и в течении послеоперационного периода. Мы наблюдали за 23 больными старшего возраста показатели напряжения брюшной стенки отметили целесообразность применения асептического эндопротеза. Осложнение возникло у 1 из 23 больных, при чем после аутопластики, а при использовании полипропиленовой сетки, осложнений не наблюдали все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

ГЛАВА 8. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сахарный диабет (СД) распространенное заболевание во всех странах мира и при этом все исследователи и ВОЗ утверждают о неуклонном его росте. Особенно велика частота СД у лиц пожилого и старческого возраста. Возникновение хирургического заболевания требующего оперативного лечения у больных сахарным диабетом, требует особого внимания, так как здесь имеет место нарушение ЦНС, эндокринной, иммунологической реактивности, что является фактором риска возникновения осложнений, особенно гнойно-воспалительных.

8.1. Характеристика больных

Среди госпитализированных нами было 32 пациента с сахарным диабетом, у которых имели место хирургические заболевания, требующие оперативного лечения, что составило 12,8 % к числу всех наблюдаемых нами больных с острой абдоминальной патологией. 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).

(таблица. 8.1.1)

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.

Таблица 8.1.1 - Критерии диагноза сахарного диабета (ВОЗ, 1999)

Концентрация глюкоза в ммоль/л (мг/дл)				
Сроки исследования	цельная кровь		плазма	
	венозная	капиллярная	венозная	капиллярная
Сахарны диабет				
Натошак	≥6,1 (≥110)	≥6,1 (≥110)	≥7,0 (≥126)	≥7,0 (≥126)
Через 2 часа после нагрузки	≥10,0 (≥180)	≥11,1 (≥200)	≥11,1(≥200)	≥12,2(≥220)
Нарушенная толерантность к глюкозе				
Натошак	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	<7,0 (<126)	<7,0 (<126)
Через 2 часа после нагрузки	≥6,7 (≥120) и <10,0 (<180)	≥7,8 (≥140) и ≥11,1 (≥200)	≥7,8 (≥140) и ≥11,1 (≥200)	≥8,9 (≥160) и <12,2 (<220)
Нарушенная гликемия натошак				
Натошак	≥5,6 (≥100) и <6,1 (<110)	≥5,6 (≥100) и <6,1 (<110)	≥6,1 (≥110) и <7,0 (<126)	≥6,1 (≥110) и <7,0 (<126)
Через 2 часа после нагрузки	<6,7 (<120)	<7,8 (<140)	<7,8 (<140)	<8,9 (<160)

При поступлении обращали внимание на характер сопутствующего заболевания, их диагностику и особенности лечения, которые имели место у хирургических больных на фоне сахарного диабета, их частота и характер представлены в таблице 8.1.2

Всего сопутствующих заболеваний обнаружено 84 у 32 больных, у ряда из них обнаружено по 2-3 патологий. Соотношение сопутствующих заболеваний составило 2,6: 1,0. Наибольший удельный вес занимали гипертоническая болезнь и КБС (соответственно 81,3 и 71,8%).

Таблица 8.1.2 - Сопутствующие заболевания у больных сахарным диабетом.

Сопутствующие заболевания	Всего	
	абс.ч	%
Гипертонический болезнь	26	81,3
КБС	23	71,8
ОХЗЛ	16	50,0
Гепатит	1	3,1
ДГПЖ		15,6
Хр. пиелонефрит	8	25,0
Железодефицитная анемия	5	15,6

В процессе работы мы проанализировали продолжительность сахарного диабета до поступления в клинику с хирургическим заболеванием. И при этом было установлено, что до 5 лет было-20, от 5 до 10лет -9, от 20 лет-2 и боле 20 лет- один больной.

Из анамнеза выяснили, что сахароснижающие препараты таблетированные принимали 18 больных, а инсулин -14. Чтобы можно было судить о особенностях клиники у больных пожилого и старческого возраста, мы обследовали так же 32 пациента среднего возраста (44 до 60 лет)

На оперативное лечение поступали в основном больные по поводу острого хирургического заболевания и нами выполнен анализ сроков поступления в стационар больных пожилого и старческого и среднего возраста (от 44 до 60 лет) (таблица. 8.1.3)

Наряду с больными старшего возраста мы проанализировали сроки госпитализации больных среднего возраста с подобными хирургическими заболеваниями (холецистит, аппендицит).

Таблица 8.1.3 - Сроки госпитализации от начала заболевания.

Группы	Всего	до 6 часа	от 6-12	12-24	24-72	3 до 5 суток	позже 5 суток
Больные пожилые и старческого возраста	32	2	5	15	4	7	4
Среднего возраста (от 44 до 60 лет)	32	7	12	7	4	1	-

При этом установили, что больные пожилого и старческого возраста поступали в более поздние сроки в сравнении с лицами среднего возраста, что возможно и явилось причиной наиболее частого возникновения деструктивных форм что свидетельствует таблица 8.1.4, где показан характер заболеваний, по поводу которых госпитализированы больные.

Таблица 8.1.4 - Характер патологии.

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 ограничилось консервативным лечением, это в основном были больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с возникшим осложнением кровотечением. С помощью медикаментозных средств удалось остановить кровотечение у 7, а у одного произведена резекция желудка.

8.2 Предоперационная подготовка при поступлении и результаты лечения.

При поступлении выясняли давность заболевания сахарным диабетом, какой из сахара снижающих препаратов получал в последнее время, какой был уровень сахара в крови и с учетом этих результатов мы 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 тиюктовой 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 (периопреационное 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,

которая включала коррекцию нарушенных функций и сопутствующих заболеваний, а также инфузионную терапию, 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	инфиль 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.

В процессе работы мы 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 больных с острым

холециститом и острым аппендицитом без сахарного диабета (таблица 8.2.2 и на рисунке 8.2.1).

Таблица 8.2.2. - Результаты эхоморфометрии 3 групп больных (в см)

Группы	Сроки обследования (сутки)			
	1	3-4	6-7	9-10
Больные пожилого и старческого возраста с СД и хир. заболеваниями, n-16 M1±m1	2,5±0,04	2,8±0,05	3,4±0,04	3,1±0,05
Больные среднего возраста, сахарным диабетом, n- 20 M2±m2	2,4±0,03	3,2±0,07	2,1±0,05	1,8±0,04
P M ₁ -M ₂	>0,05	<0,01	<0,001	<0,001
Больные с острым заболеванием без сахарного диабета, n-15 M3±m3	2,3±0,03	3,4±0,06	2,0±0,02	1,6±0,04
P M ₁ -M ₃	>0,05	<0,01	<0,001	<0,001
M ₂ -M ₃	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Анализ результатов эхоморфометрии, выполненной у больных трех групп показал, что даже при благоприятном течении раневого процесса (мы взяли больных без раневых осложнений), выявляли достоверные различия. У больных пожилого и старческого возраста, у пациентов среднего возраста, страдавших сахаром диабетом и у лиц с хирургическими заболеваниями без сахарного диабета через сутки после операции зона инфильтрации была равнозначной. На 3 сутки отмечается увеличение зоны инфильтрации во всех группах больных, но

у больных пожилого и старческого возраста увеличение зоны незначительное, в то время как у лиц среднего возраста был достоверное увеличение, зоны инфильтрации в сравнении с больными старшего возраста.

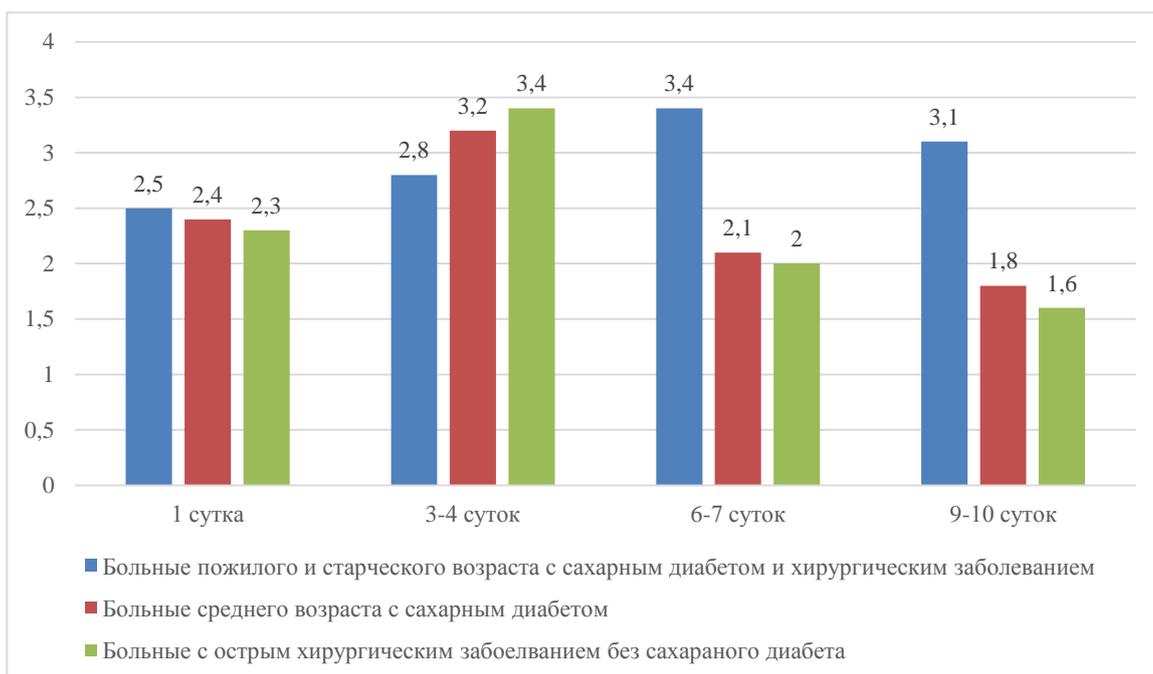


Рисунок 8.2.1. Результаты эхоморфометрии 3 групп больных (в см)

У больных пожилого и старческого возраста на 6-7 сутки зона инфильтрации превышает размеры 3 суток и даже на 9-10 сутки превышает размеры, полученные на 3 сутки.

У лиц старшего возраста на 3 сутки, 5-6 и даже на 9-10 сутки увеличение зоны инфильтрации и ее размеры достоверно отличались от больных без сахарного диабета, и от больных среднего возраста с сахарным диабетом ($P < 0,001$)

Результаты эхоморфометрии показали, что заживление раны у больных пожилого и старческого возраста замедленное в сравнении со средним возрастом, а у больных даже среднего возраста с сахарным диабетом также наблюдали замедление заживления в сравнении с больными без сахарного диабета.

Резюме

Больные пожилого и старческого возраста составили 12,8 % (32 чел. из 250 наблюдаемых) среди них выявили 84 сопутствующие заболевания, которые составили 2,6: 1,0. Наибольший удельный вес среди сопутствующей патологии составили больные с гипертонической болезнью и КБС.

У больных пожилого и старческого возраста сроки госпитализации были более поздние в сравнении с больными среднего возраста.

Из числа поступивших наибольший удельный вес с хирургической патологией составили больные с острым холециститом, острым аппендицитом и язвенной болезнью, осложненной кровотечением. Оперативное лечение выполнено у 21 больных, в послеоперационном периоде осложнения возникли у 5, в основном это были раневые осложнения.

Исследования течения раневого процесса показали, что у лиц пожилого и старческого возраста в сравнении с больными среднего возраста с сахарным диабетом отмечается замедленное заживление операционной раны.

Таким образом, развитие и течение хирургической патологии на фоне сахарного диабета имеет особенности, которые более явно проявляются в группе больных старшего возраста, и как показали исследования — эти особенности влияют в основном на течение раневого процесса, что необходимо учитывать в послеоперационном введении больных, что достоверно показал сравнительный анализ различных возрастных групп с сахарным диабетом и без него. Развитие таким образом деструктивного процесса у лиц старшего возраста обусловлено поздними поступлением больных в клинику, наличием сопутствующих заболеваний, что существенно влияет на исход и течение основной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы особое внимание врачей уделено вопросам диагностики и лечение острых хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Это обусловлено тем, что отмечается увеличение населения пожилого и старческого возраста и при этом увеличивается число больных с острыми хирургическими заболеваниями и наличием у них сопутствующих патологий.

В своей работе мы постарались изучить клинические особенности острых заболеваний у больных пожилого и старческого возраста, и отметить особенности диагностики и их лечения.

Под наблюдением находилось 204 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, из них преобладали женщины, сравнительно реже поступали мужчины.

В результате исследования было установлено, что наибольший удельный вес занимала ЖКБ, осложненной острым холециститом и холедохолитиазом 35,8% - 73 чел., кишечная непроходимость 11,3 % - 23 чел., язвенная болезнь желудка осложнённая кровотечением 16,7% - 34 чел., а с язвенная болезнь желудка с перфорацией 0,9% - 2 чел., с вентральными грыжами 11,3 % - 23 чел., и с острым панкреатитом 8,8% - 18 чел.

В результате обследования было установлено наличие сопутствующих заболеваний имело место у большинства больных и среди них наибольшее число сердечно-сосудистая заболевания. Необходимо отметить, что нередко у одного и того же больного выявлялись несколько сопутствующих заболеваний и лечение у этих групп больных более сложны.

Наличие сопутствующих заболеваний безусловно затрудняло диагностику основной хирургической патологии. В обеих группах больных отмечены запоздалые сроки поступления в хирургическую клинику, что имело немаловажное значение в исходе заболевания. При поступлении больных в первые часы от начала заболевания определить характер острой патологии не сложно, только необходимо проверить основную семиотику свойственную

данному заболеванию, а в тех случаях когда больные поступают в поздние сроки (позже 3 суток) более сложно, так как к этому времени, как правило, наблюдается прогрессирование сопутствующего заболевания и выявить особенности проявления клиники основного заболевания довольно затруднительно. Мы проанализировали особенности ЖКБ, и при этом отметили, что нередко у больных болевой синдром с иррадиацией в грудную клетку, боли при глубоком дыхании принимаются за правостороннюю пневмонию, а отсюда и не выявлен основной характер патологии. Имеющиеся лабораторные показатели, как правило, свойственны многим заболеваниям печени и желчных протоков, но здесь основным диагностическим приемом является УЗИ и в неясных случаях КТ. Результаты этих исследований дает возможность определить характер основного заболевания, избрать адекватный метод лечения. Более сложно с острым аппендицитом, так как до настоящего времени, несмотря на множество предложенных признаков, шкал и алгоритмов частота неоправданных аппендэктомии и частота запоздалого оперативного лечения остаётся на высоком уровне и у больных пожилого и старческого возраста. Ошибки диагностики обусловлены многообразием расположения аппендикулярного отростка, состоянием реактивности, но согбенностью является то, что при остром аппендиците местные признаки менее выражены, чем проявление эндотоксикоза.

Более существенные различия выявлены нами при язвенной болезни, осложненной гастродуоденальным кровотечением. Особенностью является то что это осложнение чаще у мужчин, у лиц пожилого возраста, язвы чаще локализируются в желудке в сравнении с 12 перстной кишкой и язвы более больших размеров и часто осложняются кровотечением.

Особой диагностики требуют больные с острой кишечной непроходимостью. Сложность в своевременном определении диагноза в том, что у больных старшего возраста имеет место нарушение функции кишечника и по клиническим признакам трудно судить о характере заболевания, но обзорный рентген снимок брюшной полости и УЗИ позволяют выявить признаки

характерные для кишечной непроходимости или очень хорошим диагностическим приемом является КТ, которая позволяет исключить полную кишечную непроходимость, но к сожалению этот метод остается еще слишком дорогим чтобы использовать его в широком плане. Клинические проявления в сочетании с УЗИ уже дают возможность определить или хотя бы заподозрить кишечную непроходимость и наметить пути ее ликвидации.

Заслуживает внимания диагностика острого панкреатита, особенно если больные поступают в поздние сроки. Но здесь помогает УЗИ и КТ. И нужно отметить, что при этом заболевании, как правило, выявляется тяжёлая степень эндотоксикоза.

Небольшую группу в нашем исследовании занимают вентральные и паховые грыжи. Среди поступивших наибольший удельный вес занимали больные с невправимыми грыжами, при которых часто появлялись признаки кишечной непроходимости, нередко болевой синдром усиливался после физической нагрузки и особенностью было то, что у пожилых быстро увеличиваются размеры грыж и нарушается функция кишечника.

Анализируя особенности диагностики острых хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, можно отметить, что она заключается в том, что местные проявления выражены меньше, чем общие, которые обусловлены наличием сопутствующих заболеваний.

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что чаще наблюдается сердечно-сосудистая патология, реже бронхоплевральные.

Особое место занимает лечение больных старшего возраста. В своей работе мы стремились по возможности использовать современные методы лечения чтобы улучшить результаты. Так при остром холецистите подходили строго дифференцировано. В первые часы оперировали больных с признаками раздражения брюшины, но обязательно с кратковременной предоперационной подготовкой. А в последующем с учетом динамики заболевания и выявленных нарушений. При сочетании острого холецистита с холедохолитиазом в первую очередь выполняли операцию, направленную на восстановление проходимости

холедоха, а затем выполнить холицистэктомия. При рецидивном холедохолитиазе в первую очередь выполняли эндоскопическую папилосфинтерокэктомию для ликвидации непроходимости холедоха. А при ее неудаче выполняли открытую холедохолитотомию с наружным или внутренним дренированием. При таком подходе осложнения возникли ____, умерло 2 больных. При операциях по поводу ЖКБ в момент операции использовали регионарную антибиотиколимфостимуляцию через круглую связку печени.

При остром аппендиците выполняли аппендэктомия и операцию заканчивали регионарной лимфостимуляцией в переходную складку брюшины правой подвздошной области. Осложнения возникли ____ а умер 1 больной от полиорганной недостаточности, развившейся на почве разлитого перитонита.

Особое место занимают больные с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, осложненной кровотечением. Лечение начинали с консервативных мер, это введение гемостатических средств. И у небольшой группы больных был использован эндоскопический гемостаз (введение плазмы, обогащенной тромбоцитами в подслизистый слой переульцерозной зоны).

В лечении вентральных и паховых грыж использовали аутопластику и полипропиленовую сетку в двух вариантах: с сохранением объема брюшной полости и укрепление грыжевых ворот сеткой. Летальных исходов не было, осложнения виде инфильтрата отмечено после аутопластики у 1 больного.

Особую тяжелую группу представляли больные с острым панкреатитом. В лечении этого заболевания использован был комплекс мер, направленных на основные звенья этиопатогенеза этого заболевания. И несмотря на наши усилия 2 из 18 поступивших погибли от нарастающего эндотоксикоза, полиорганной недостаточности.

Мы обратили особое внимание на течение послеоперационного периода у больных с сахарным диабетом. И при этом исследовали течение раневого процесса и было установлено, что у больных пожилого и старческого возраста наблюдалось замедленное заживление ран, что должно быть учтено.

Таким образом наше наблюдение за 204 больными пожилого и старческого возраста показал, что здесь имеет особые трудности в диагностики и лечении острых хирургических заболеваний. Эта группа больных требует участия врачей кардиологов, терапевтов, эндокринологов и анестезиологов, и только такая команда может решить своевременно вопросы тактики ведения больных пожилого и старческого возраста. *(Из 204 поступивших больных операция выполнена у 175, так как больные с язвенной болезнью желудка и 12п.кишки (24 чел.) не были оперированы. Из 175 больных умерло 7, что составило (4%), а осложнение возникли у 37 больных (21,1%).)*

Полученные результаты обследования и лечения позволили решить цель и задачи 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 кровотечение - 16,1%, перфорации - 0,9%, кишечная непроходимость 11,3% и вентральные грыжи 11,3%.
2. Сложности диагностики у больных старшего возраста обусловлены, поздним поступлением и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, которые имели место у большинства больных (преимущественно сердечно-сосудистая патология).
3. У больных пожилого и старческого возраста целесообразно использовать сетчатые протезы при грыжесечении, но с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки, в двух вариантах: сохранение объёма брюшной полости и с укреплением грыжевых ворот.
4. Возникновение острого воспалительного заболевания брюшной полости на фоне сахарного диабета, протекает более тяжело с тяжёлой степенью эндотоксикоза и замедлением заживления операционной раны, что нашло подтверждение в результатах эхоморфометрии ран.
5. Основными причинами возникновения осложнений и летальности являются тяжесть сопутствующих заболеваний и развитие полиорганной недостаточности.
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 малоинвазивных операций (ЛХЭ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия) и применение на всех этапах лечения лимфогенных технологий.

В тактике лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений в виде острый холецистит и холедохолитиазе разработанный алгоритм позволяет избрать адекватный метод лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

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

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

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

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

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

Для своевременного выявления воспалительного процесса в ране в доклинической фазе использовать эхоморфometriю операционной раны и при увеличении зоны инфильтрации на 5 сутки в сравнении с 3 сутками усилить противовоспалительную терапию и выполнить ревизию раны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурахманов, Ю.Х. Качество жизни больных с послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде [Текст] / Ю.Х. Абдурахманов, В.К. Попович, С.Р. Добровольский // Хирургия.- 2010.- №7.- С. 32-35.
1. Абдыкалыков, К.О. Послеоперационная рецидивная вентральная грыжа и их хирургическое лечение с применением полипропиленовой сетки [Текст] / К.О. Абдыкалыков, А.И. Мусаев // Вестник хирургии Казахстана.- 2008.- Том 10, №2.- С. 27-29.
2. Айтикеев, А.У. Профилактика и лечение осложнений при лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.У. Айтикеев: автореф. дисс. канд. мед. наук. Бишкек.- 2022.- 28с.
2. Акалаев, Р.Н. Основные принципы и методики применения парэнтеральной озонотерапии [Текст] / Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий // Вестник экстренной медицины.- 2008.- №4.- С. 85-95.
3. Александрова, Р.А. Осложнения ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Р.А. Александрова // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.- 2006.- №3.- С.22-28.
4. Алексеев, С.А. Абдоминальный хирургический сепсис [Текст] / С.А. Алексеев // Минск.- 2005.- 256с.
5. Алехина, С.П. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты [Текст] / С.П. Алехина, Т.Г. Щербатюк // Саратов: ФКУП РФЯЦ ВНИИЭФ.- 2004.- 244с.
6. Алибегов, Р.А. Малоинвазивные доступы в герниопластике неосложненных пупочных грыжах [Текст] / Р.А. Алибегов, С.С. Мелконян // Вестник Смоленской гос. мед. академии.- 2016.- Том 15, №3.- С. 45-51.
7. Амеджанов, Ф.Б. Тактика лечения деструктивных форм холецистита с применением малоинвазивных технологий [Текст] / Ф.Б. Амеджанов, А.М.

Хожибоев // Актуальные проблемы орган. экстренной мед. помощи.- 2006.- С. 74-75.

8. Амиров, А.М. Тактика лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / А.М. Амиров: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.- 1995.- 21с.

9. Арипова, Н.У. Декомпрессивные вмешательства как выбор хирургического лечения острого обтурационного холецистита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / Н.У. Арипова, У.С. Исмаилов, М.У. Арипова // Инфекция, иммунитет и фармакология.- 2002.- №3.- С. 10-11.

10. Аруин, Л.И. Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патонетической терапии [Текст] / Л.И. Аруин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2006.- №5.- С. 1-5.

11. Асылбашев, Р.Б. Медицинский озон в лечении гнойных ран [Текст] / Р.Б. Асылбашев // Известия спецвыпуска «Медицина» Бишкек.- 2003.- С. 33-36.

12. Ахтамов, Д.А. Причины летальности при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / Д.А. Ахтамов: автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.00.27. Самарканд.- 1995.- 25с.

13. Багненко, С.Ф. Фармакологическая коррекция синдрома системного воспалительного ответа [Текст] / С.Ф. Багненко, Н.Б. Горбачев, Б.В. Богатырев // Бюллетень Восточно-Сибирского научного отделения Российской академии медицинских наук.- 2008.- №3.- С. 37-38.

14. Багненко, С.Ф. Острый панкреатит у пациентов старшей возрастной группы [Текст] / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов, И.А. Реутская и др. // Клиническая геронтология. – 2009. - №4-5 – с.35-40.

15. Балалыкин, А.С. Классификация, принципы профилактики, диагностики и тактики лечения осложнений лапароскопической холецистэктомии [Текст] / А.С. Балалыкин, Б.Б. Крапивин, А.Н. Ашимов // 4й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сбю тезисов под ред. Ю.И. Галлинира.- 2000.- 2с.

16. Бараев, Т.М. К проблеме острого аппендицита [Текст] / Т.М. Бараев // Вестник хирургии.- 1999.- №4.- С. 35-37.
17. Басненко, С.Ф. Малоинвазивные технологии в лечении осложненных форм ЖКБ у пациентов с высокой степенью операционного риска [Текст] / С.Ф. Басненко, В.Ф. Сухарев, Ю.Н. Ульянов // Анналы хирургической гепатологии.- 2002.- Том 1, №7.- 85с.
18. Белужников, А.Б. Коррекция синдрома эндогенной интоксикации при распространенном перитоните с использованием лимфотропных технологий [Текст] / А.Б. Белужников, М.С. Любарский, В.В. Нимаев // Бюллетень СО РАМН.- 2008.- Том 133, №5.- С. 67-70.
19. Бебуришвили, А.Г. Интраоперационная холангиография при малоинвазивных вмешательствах у больных с ЖКБ [Текст] / А.Г. Бебуришвили, Е.Г. Спиридонов // Тез. докл. 2го Всерос. съезда по эндохирургии.- 1999.- С. 9-10.
20. Бебуришвили, А.Г. Эпидуральная анальгезия как метод профилактики развития острого послеоперационного панкреатита при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах [Текст] / А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, М.И. Туровец // Вестник Волгоградского медицинского университета.- 2011.- Том 28, №2.- С. 63-66.
21. Белоконев В.Н. Патогенез послеоперационных вентральных грыж и обоснование хирургических способов их лечения [Текст] / В.Н. Белоконев, С.Ю. Пушкин, Л.Б. Павлишш // _____ мед. архив: сб. трудов, 1996, - с. 23-26.
22. Блувштейн, Г.А. К вопросу классификации неблагоприятных ситуаций сопровождающих лапароскопическую холецистэктомию [Текст] / Г.А. Блувштейн, С.В. Вертянкин, В.А. Якубенко // Эндоскоп. хирургия.- 1999.- №1.- С. 10-11.
23. Бондарчук, А.В. Совершенствование методов пластики при послеоперационных вентральных грыжах [Текст] / А.В. Бондарчук: Автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.00.27. Бишкек.- 2008.-28с.

24. Борисов, Р.Н. Оценка эффективности лечения больных с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / Р.Н. Борисов, В.А. Белобородов // Сибирский медицинский журнал.- 2011.- №1.- С. 20-22.
25. Бородин, Ю.И. Очерки по клинической лимфологии [Текст] / Ю.И. Бородин, В.А. Трулапин, М.С. Любарский // Новосибирск: издательство СО РАМН.- 2001.- 192с.
26. Брискин, Б.С. Неотложная медицина в мегаполисе. Международный форум [Текст] / Б.С. Брискин, А.Н. Гудков, О.В. Ломидзе // Научн. материалы.- 2004.- С. 39-40.
27. Брискин, Б.С. Хирургические болезни в геронтологии [Текст] / Б.С. Брискин // М.: БИНОМ-Пресс.- 2006.- 336с.
28. Брискин, Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых [Текст] / Б.С. Брискин, О.В. Ламидзе // Клиническая геронтология.- 2008.- №4.- С. 30-34.
29. Брискин, Б.С. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии [Текст] / Б.С. Брискин, О.В. Ламидзе // Хирургия.- 2015.- №6.- С. 24-30.
30. Булгаков, Г.А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Г.А. Булгаков, В.Я. Дивинин, А.А. Страдымов // Хирургия.- 2002.- №11.- С. 24-26.
31. Бутырский, А.Г. Актуальные проблемы острого аппендицита [Текст] / А.Г. Бутырский, М.Д. Хакимов, С.С. Хилько // Травматический медико-биологический вестник.- 2018.- Том 21, №1.- С. 28-34.
32. Быстров, С.А. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском [Текст] / С.А. Быстров, Б.Н. Жуков, В.О. Бидярин // Хирургия.- 2010.- №7.- С. 55-59.
33. Бычков, С.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы [Текст] / С.А. Бычков,

Е.Д. Хворостов, И.М. Лебедь // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2012.- №1.- С. 93-94.

34. Буянов, В.М. Ультразвуковой контроль за раневым процессом и дренированием послеоперационной раны [Текст] / В.М. Буянов // *Современная медицина.*- 1991.- Том 28, №6.- С. 28-30.

35. Ветшев, П.С. Желчнокаменная болезнь [Текст] / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, Д.Г. Бельцевич // *М.: Медицина.*- 1998.- 137с.

36. Ветшев, П.С. Хирургическое лечение холелитиаза: неизблемые принципы, щадящие технологии [Текст] / П.С. Ветшев, А.М. Шулутко, М.И. Прудков // *Хирургия.*- 2005.- №8.- С. 91-93.

37. Винокуров, М.М. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / М.М. Винокуров, П.Н. Бушлов, В.С. Петров // *6й Московский Международный конгресс по эндоскоп хирургии.*- 2002.- С. 88-90.

38. Вовк, Е.И. Желчнокаменная болезнь в XXI веке [Текст] / Е.И. Вовк // *Гастроэнтерология.*- 2010.- С. 12-15.

39. Выренков, Ю.Е. Актуальные проблемы лимфологии [Текст] / Ю.Е. Выренков // *Клиническая лимфология.* М.- 1986.- С. 10-17.

40. Гаврилов, С.В. Значение определения уровня лактата крови в диагностике острой кишечной непроходимости пациентов пожилого возраста [Текст] / С.В. Гаврилов, Р.В. Сабаури, А.В. Меньков // *СТМ.*- 2014.- Том 6, №4.- С. 172-174.

41. Гаврильев, С.Н. Интраоперационное прогнозирование програмированных релапаротомий при распространенном перитоните [Текст] / С.Н. Гаврильев: Автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.01.17. Якутск.- 2011.- 24с.

42. Галимов, О.В. Профилактика осложнений лапароскопической холецистэктомии [Текст] / О.В. Галимов // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2000.- №5.- 103с.

43. Галимов, О.В. Профилактика послеоперационных осложнений и возможности лабораторного контроля ее эффективности [Текст] / О.В. Галимов,

А.И. Палтусов, Г.А. Идрисова // Эндоскопическая хирургия.- 2013.- Том 19, №2.- С. 48-50.

44. Гальперин, Э.И. О тактике лечения острого холецистита [Текст] / Э.И. Гальперин // Хирургия.- 1983.- С. 114-116.

45. Гамзатов, Х.А. Сравнительная оценка методов прогнозирования исходов острого перитонита [Текст] / Х.А. Гамзатов // Вестник хирургии.- 2008.- Том 167, №6.- С. 96-99.

46. Гирш, А.О. Эндотоксикоз у больных сахарным диабетом 2го типа с разлитым гнойным перитонитом (вопросы патогенеза, диагностики и лечения) [Текст] / А.О. Гирш: Автореф. дисс. докт. мед. наук.14.00.16. Омск.- 2006.- 42с.

47. Глушков, И. Результаты минилапаротомных вмешательств в лечении ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / И. Глушков, А.В. Скородумов, А.В. Гурина // Вестник хирургии.- 2009.- Том 168, №6.- С. 20-21.

48. Глушков, Н.И. Лечение острого язвенного кровотечения у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности [Текст] / Н.И. Глушков, Б.А. Хусенов, И.А. Яковлева // Кубанский медицинский вестник.- 2010.- Том 123, №9.- С. 64-66.

49. Горбашко, А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения [Текст] / А.И. Горбашко // Л.: Медицина.- 1974.- 180с.

50. Горелик, С.Г. Диагностика и лечение острой абдоминальной патологии у пациентов старших возрастных групп [Текст] / С.Г. Горелик, П.И. Поляков, А.В. Литынский // Серия Медицина Фармация.- 2012.- Том 141, №22.- С. 117-121.

51. Горшенин, Т.Л. Клинико-морфологические особенности язв желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте [Текст] / Т.Л. Горшенин, А.А. Смирнов, А.А. Смирнов // Вестник Новгородского Государственного университета.- 2012.- №66.- С. 33-41.

52. Гостищев, В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста [Текст] / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия.- 2001.- №9.- С. 30-34.

53. Гостищев, В.К. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике [Текст] / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // -М.: Сеченовский вестник.- 2010. – № 1. – С. 29-35.
54. Григорьев, Н.С. Лапароскопическая холецистэктомия при полном обратном расположении внутренних органов [Текст] / Н.С. Григорьев, А.Б. Сидаренко, А.И. Лобаков // Альманах клин. мед.- 2016.- №40.- С. 138-140.
55. Гуляев, М.Г. Профилактика и лечение рецидивных вентральных грыж после аутопластических и протезирующих вмешательств [Текст] / М.Г. Гуляев: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Самара.- 2015.- 26с.
56. Джаркенов, Т.А. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом осложненным холедохолитиазом [Текст] / Т.А. Джаркенов, А.А. Мовчун, М.В. Хрусталева // Хирургия.- 2004.- №3.- С. 13-17.
57. Джитава, И.Г. Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у пожилых [Текст] / И.Г. Джитава, В.И. Кан, С.В. Силуянов // Хирургическая гастроэнтерология.- 2009.- С. 72-78.
58. Джитава, И.Г. Морфофункциональные особенности язвенной болезни у пациентов старшей возрастной группы [Текст] / И.Г. Джитава, Г.О. Смирнова, С.В. Силуянов // Вестник РГМУ.- 2010.- №4.- С. 20-24.
59. Джумабаев, С.У. Лимфатическая терапия в хирургии желудка [Текст] / С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаев // Ташкент: Ибн-Сино.- 1992.- 208с.
60. Дибиров, М.Д. Пути улучшения результатов лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / М.Д. Дибиров // Здравоохранение Башкортостана.- 2004.- №3.- С. 61-62.
61. Дибиров, М.Д. Лечебная тактика при остром холецистите осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / М.Д. Дибиров, С.В. Тарасенко, А.А. Копейкин // Актуальные вопросы медицины.- 2007.- С. 242-248.
62. Дибиров, М.Д. Коррекция внутрибрюшной гипертензии и микроциркуляции у больных острой кишечной непроходимости старческого

возраста [Текст] / М.Д. Дибиров, И.Е. Родионов, М.Р. Какубова // Московский хирургический журнал.- 2012.- Том 25, №3.- С. 9-14.

63. Дибиров, М.Д. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой [Текст] / М.Д. Дибиров, Г.С. Рыбаков, В.Л. Домарев // SklifosovskyJournalofEmergencyMedCare.- 2017.- Том 6, №2.- С.145-148.

64. Дибиров, М.Д. Гастродуоденальные кровотечения у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / М.Д. Дибиров, // Хир. гастроэнтология. – 2013. - №7. – с.12-18.

65. Дронина, Н.Г. Объективизация диагностики острого аппендицита [Текст] / Н.Г. Дронина // Бюллетень мед. интернет конференций.- 2011.- Том 1, №1.- 71с.

66. Ермолов, А.С. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешенные вопросы хирургической тактики [Текст] / А.С. Ермолов, В.Т. Корошвили, Д.А. Благовестников // Хирургия.- 2010.- №10.- С. 81-84.

67. Ермолов, А.С. Экстренная лапароскопия при обследовании больных пожилого и старческого возраста с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости [Текст] / А.С. Ермолов, И.А. Жарахович, И.М. Норман // Вестник хирургии.- 1998.- №2.- С. 124-128.

68. Ермолов, А.С. Состояние экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 2001-2005гг. и в 2005е [Текст] / А.С. Ермолов // Эндоскопическая хирургия.- 2006.- №6.- С. 49-66.

69. Жанталинова, Н.А. Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Н.А. Жанталинова // Бюллетень ВСНЦ РАМН.- 2005.- Том 44, №6.- С. 29-32.

70. Жаманкулова, М.К. Современные подходы к лечению паховых грыж [Текст] / М.К. Жаманкулова // Вестник КГМА. Бишкек.- 2014.- №3.- С. 102-104.

71. Жаров, В. Хирургическая тактика при осложненном кровотечением гигантских язв желудка и 12 перстной кишки больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В. Жаров, В. Нарукин, Н. Романенков // Вестник Ивановской мед академии.- 2012.- №3.- С. 37-40.
72. Жидков, С.А. Оптимизация подходов к лечению urgentных хирургических больных старше 60 лет [Текст] / С.А. Жидков // Рецепт Прин науч и орган вопросы. Материалы конференции.- 2004.- С. 21-23.
73. Жидков, С.А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / С.А. Жидков // Мед панорама.- 2005.- №5.- С. 13-15.
74. Жидков, С.А. Симультанные операции в urgentной хирургии у больных пожилого старческого возраста [Текст] / С.А. Жидков // Мед новости.- 2005.- №10.- С. 108-111.
75. Жидков, С.А. Влияние сопутствующей патологии на исходы острого холецистита у больных старше 60 лет [Текст] / С.А. Жидков, И.А. Елин // Новости хирургии.- 2009.- Том 17, №4.- С. 16-22.
76. Жидков, С.А. Особенности диагностики и лечение острой кишечной непроходимости у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / С.А. Жидков, А.А. Литвинчик // Лечебно-профилактические вопросы.- 2014.- С. 38-42.
77. Захаров, О.В. Малоинвазивное лечение калькулезного холецистита у больных с высокой степенью операционно анестезиологического риска [Текст] / О.В. Захаров: автореф. дисс. канд. мед. наук. Воронеж.- 2011.- 23с.
78. Звенигородская, Л.А. Язвенная болезнь у пожилых лиц, клинимоρφологическая особенность. Проблемы лекарственной терапии [Текст] / Л.А. Звенигородская, Л.А. Горуновская // Губернский мед. вести.- 2002.- №2.- С. 26-27.
79. Звенигородская, Л.А. Язвенная болезнь у пожилых, клинические особенности и значение *H. Pylori* [Текст] / Л.А. Звенигородская, Е.Ю. Бондаренко, И.А. Морозов // Клин.геронтология. – 2017. - №1. – с. 15-20.

80. Зубарев, П.Н. Эндолимфатическая и лимфотропная лекарственная терапия в абдоминальной хирургии [Текст] / П.Н. Зубарев, Г.П. Синченко, А.А. Курышн // Спб: Фолиант.- 2005.- 224с.
81. Измайлов, С.Г. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии [Текст] / С.Г. Измайлов, В.Н. Гараев // Хирургия.- 2003.- №11.- С. 61-64.
82. Исламова, Е.А. Возрастные особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Е.А. Исламова // Саратовский научно-медицинский журнал.- 2009.- Том 5, №4.- С. 569-571.
83. Кальф-Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении [Текст] / Я.Я. Кальф-Калиф // Врачебное дело.- 1941.- №1.- С. 31-36.
84. Калыбеков Т.Н. Наружные грыжи живота в сочетании с желчнокаменной болезнью и их оперативное лечение [Текст] / Т.Н. каминс // Автореф. дисс. ____140117. Бишкек, 2023. – 26с.
85. Каминский, М.Н. Деструктивный острый аппендицит: оценка эффективности ультразвуковой диагностики в рамках одного центра [Текст] / М.Н. Каминский // Тематический медицинский журнал.- 2017.- №2.- С. 70-73.
86. Каншин, Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов [Текст] / Н.Н. Каншин // М.: Проф.- 2004.- 63с.
87. Карамов, А.Э. Антибактериальная терапия осложненной абдоминальной инфекции у пожилых больных [Текст] / А.Э. Карамов, Л.Г. Куртенок, Н.А. Кузнецов // Клиницист.- 2006.- №1.- С. 35-58.
88. Карсанов А.М. Острый аппендицит у пациентов как нетривенальные клинические задачи [Текст] / А.М. Карсанов, О.В. _____, Р.В. Валиев // Московский хир.журнал. – 2024. - №5. – с.196-200.
89. Мартов Ю.Б. Лапароскопическая холицистэктомия у больных ранее оперированных на органах брюшной полости [Текст] / Ю.Б. Мартов, Г.Ф. Лавриновский, С.Г. Паданенский // Эндоск. хирургия – 2021. - №2. – с.5-10.

90. Карюхин, Э.В. Старение населения: демографические показатели [Текст] / Э.В. Карюхин // Клиническая геронтология.- 2000.- №1.- С. 56-61.
91. Касенов, А.С. Оптимизация методов профилактики послеоперационных воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии [Текст] / А.С. Касенов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.17. Бишкек.- 2020.- 24с.
92. Касумьян, А.С. Использование лапароскопии при остром холецистите у больных с высоким операционным риском [Текст] / А.С. Касумьян, А.Ю. Некрасов // Эндоскоп. хирургия.- 2005.- №1.- 69с.
93. Касымов, А.А. Пластика брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах [Текст] / А.А. Касымов, М.К. Жаманкулова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. Бишкек.- 2017.- №2.- С. 194-196.
94. Колесов, В.И. Клиника и лечение острого аппендицита [Текст] / В.И. Колесов // М.: Медицина.- 1972.- 342с.
95. Конаненко, Ю.М. Выбор метода хирургического лечения холецистолитиаза [Текст] / Ю.М. Конаненко, Э.Л. Латария, С.А. Данилов // Анналы хирургической гепатологии.- 2011.- №4.- С. 56-60.
96. Кригер, А.Г. Внутрибрюшное кровотечение после холецистэктомии [Текст] / А.Г. Кригер, В.А. Горский, Б.К. Шуркалин // Хирургия.- 2001.- №11.- С. 44-46.
97. Кубышкин, В.А. Вентральные грыжи и экстрацеллюлярный матрикс соединительной ткани [Текст] / В.А. Кубышкин, М.А. Агапов, М.Р. Давлятов // Хирургия Научно-практического журнала им. Н.И. Пирогова.- 2020.- №2.- С. 62-68.
98. Кузнецов, Е.А. Лечение больных острым аппендицитом в пожилом и старческом возрасте [Текст] / Е.А. Кузнецов, Г.В. Родоман, Е.К. Наумов // Росс. Мед. журнал.- 2004.- №2.- С. 29-35.

99. Куликовский, В.Ф. Желчеистечение после холецистэктомии. Опыт применения малоинвазивных методов лечения [Текст] / В.Ф. Куликовский, А.А. Ярош, А.А. Карпачев // Хирургия.- 2018.- №4.- С. 36-40.
100. Култаев У.Т. Течение хирургических заболеваний у больных сахарным диабетом [Текст] / У.Т. Култаев _____ 140117 Бишкек, 2022. – 25с.
101. Курбанисмаилова, Р.Р. Хирургическая тактика при осложненной желчнокаменной болезни у пациентов старческого возраста [Текст] / Р.Р. Курбанисмаилова, Р.Т. Меджидов // Мед. вестник Северного Кавказа.- 2013.- Том 8, №1.- С. 201-204.
102. Левин, Ю.М. Основы лечебной лимфологии [Текст] / Ю.М. Левин // М.: Медицина.- 1986.- 287с.
103. Лукьянчиков, В.С. Сахарный диабет у хирургических больных [Текст] / В.С. Лукьянчиков // Хирургия.- 2016.- №12.- С. 66-70.
104. Лупальцов, В.И. Комплексное лечение распространенного перитонита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.И. Лупальцов, А.И. Яснюк, Р.С. Верацук // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».- 2011.- №3.- С. 87-90.
105. Луцевич Э.В. Диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений [Текст] / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, Э.Н. Праздников // В кн.: 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева.- 2003.- С. 260-263.
106. Луцевич, О.Э. Хронический калькулезный холецистит у больных при полном обратном расположении органов [Текст] / О.Э. Луцевич, М.П. Толстых, В.И. Вторенко // Хирургия.- 2017.- №3.- С. 97-101.
107. Любарский, М.С. Лимфотропное введение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений [Текст] / М.С. Любарский, А.Б. Белужник, Э.Д. Филиппов // Проблемы в клинической и экстремальной лимфологии. Новосибирск.- 1992.- С. 104-105.
108. Любарский, М.С. Новые методы регионарной лимфотропной терапии в клинической практике [Текст] / М.С. Любарский, А.А. Смагин, В.В. Морозов // Бюллетень СО РАМН.- 2007.- №2.- С. 65-71.

109. Майстренко, А. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с ЖКБ пожилого и старческого возраста [Текст] / А. Майстренко, В.С. Довганюк, А.А. Феклюнин // Вестник хирургии.- 2010.- С. 71-77.

110. Мазурик, М.Ф. Причины летальных исходов при остром аппендиците [Текст] / М.Ф. Мазурик, П.И. Насонов, А.М. Бескоровайный // Клиническая хирургия.- 1999.- №4.- С. 18-19.

111. Мамакеев М.М. Результаты хирургического лечения паразитарных образований печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Э.А. Тилеков // Вестник хирургии Казакхстана. – 2012. - №1. – С. 100 – 102.

112. Маматов, Э.А. Перидуральная анестезия при операции у больных с сопутствующими заболеваниями [Текст] / Э.А. Маматов, А.К. Шаршенов, М.А. Ракишев // Центрально-Азиатский мед. журнал.- 2004.- Том 10, пр 8.- С. 240-242.

113. Меньков, А.В. Особенности течения и хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] / А.В. Меньков, Б.А. Королев, С.В. Гаврилов // Мед. Альманах.- 2013.- Том 29, №5.- С. 123-125.

114. Меньщикова, Е.Б. Окислительный стресс: патологические состояния и заболевания [Текст] / Е.Б. Меньщикова, Н.К. Зенков, В.З. Ланкин // Новосибирск:АРТА.- 2008.- 284с.

115. Миннуллин, М.М. Хирургическая тактика при ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости [Текст] / М.М. Миннуллин, А.В. Абдульянов, Я.Ю. Николаев // Информационные технологии в медицине.- 2014.- Том 2.- С. 86-91.

116. Михин, И.В. Холецистэктомия: эволюция лапароскопического доступа [Текст] / И.В. Михин, Ю.В. Кухтенко, М.Б. Доронин // Эндоскопическая хирургия.- 2015.- №1.- С. 42-54.

117. Мусаев, А.И. Применение озонированных растворов с сорбентом в лечении гнойных ран [Текст] / А.И. Мусаев, Р.Б. Асылбашев // Известия ВУЗов, спец выпуск «Медицина». Бишкек.- 2003.- С. 28-33.

118. Мусаев, У.С. Профилактика осложнений у больных острым холециститом [Текст] / У.С. Мусаев // Медицина Кыргызстана. Бишкек.- 2013.- №6.- С. 45-47.
119. Нестеренко, Ю.А. Острый холецистит у пожилых [Текст] / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлузов, Р.Ю. Тронин // Клиническая геронтология.- 2006.- №6.- С. 15-20.
120. Нестеренко, Ю.А. Результаты операции _____ в плановой и экстренной хирургии [Текст] / Ю.А. Нестеренко, Р.М. Гадиев // Хирургия, 2005. - №2. – с.49-53.
121. Ниязов, Б.С. Коморбидность патологии в гепатологии как предмет и проблема клинической хирургии и патофизиологии. Актовая речь профессора Ниязова Б.С. [Текст] / Б.С. Ниязов // Бишкек.- 2012.- 32с.
122. Новиков, М.А. Лапароскопическая холецистэктомия, нетипичные осложнения [Текст] / М.А. Новиков // Эндоскопическая хирургия.- 2015.- №2.- С. 17-20.
123. Огнев, Б.В. Лимфатическая система в норме и патологии [Текст] / Б.В. Огнев // М.: Медицина.- 1971.- 123с.
124. Озеров, В.Ф. Анализ летальности при остром аппендиците [Текст] / В.Ф. Озеров, В.А. Негрей // Скорая мед. помощь.- 2004.- №3.- С. 44-45.
125. Оморов, Р.А. Миниинвазивные методы в лечении ЖКБ у больных старшего возраста [Текст] / Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев, М.Ж. Алиев // Вестник Смоленского гос. мед. академии.- 2019.- Том 18, №4.- С. 147-150.
126. Оморов Р.А. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция lostупов, щадящие технологии [Текст] / Р.А. Оморов, Б.А. Авасов, Р.К. Бешембаев. Бишкек,: ОСО Maxima, 2009. – 126с.
127. Осадчив А.И. Острая кишечная непроходимость у пациентов пожилого возраста [Текст] / А.И. Осадчив // Гастроэнтерология. – 2018. - №1. – с.14-23.

128. Охотников, О.И. Ультразвуковая диагностика аппендикулярного абсцесса [Текст] / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев // Скорая мед. помощь.- 2005.- №2.- С. 145-146.

129. Павленко В.В. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.В. Павленко // Клиническая геронтология. – 2006. - №6. – с.18-24.

130. Панцырев, Ю.М. Роль неотложной фиброэндоскопии в диагностике и лечении острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений [Текст] / Ю.М. Панцырев, В.И. Сидоренко, Е.Д. Федоров // Российский журнал гастроэнтерологии, гинекологии, колопроктологии.- 1995.- №3.- С. 201-205.

131. Пекарев, О.Г. Состояние гемо-, лимфоциркуляции при обострении хронического воспалительного процесса органов малого таза у женщин и в условиях коррекции [Текст] / О.Г. Пекарев, М.С. Любарский, Т.В. Овсянникова // Акушество, гинекология и репродукция.- 2010.- №3.- С. 12-20.

132. Плечев, В.В. Острая спаечная кишечная непроходимость [Текст] / В.В. Плечев // Уфа.- 2004.- 279с.

133. Полозова Э.И. Особенности лечения язвенной болезни желудка в разных возрастных группах [Текст] / Э.И. Полозова, В.В. Скворцов, Е.И. Трохина // Хирургия. – 2021. №2. – с.65-68.

134. Попова, Т.С. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях [Текст] / Т.С. Попова, А.Е. Шестопапов // М.- 2002.- С. 7-10.

135. Попова, М.И. Частота развития ранних послеоперационных осложнений при выполнении экстренной холецистэктомии [Текст] / М.И. Попова, С.А. Столяров, В.А. Бондеян // Вестник мед. институт «РЕАВИЗ».- 2017.- №3.- С. 35-37.

136. Поташов, Л.В. Некоторые особенности течения хирургических заболеваний у пожилых и стариков [Текст] / Л.В. Поташов // Врачебные ведомости.- 1998.- №1.- С. 68-70.

137. Прудков, М.И. Минилапаротомия, открытая лапароскопия, холецистэктомия и операции на протоках [Текст] / М.И. Прудков // Екатеринбург.- 1993.- 212с.

138. Прудков, М.И. Экспресс диагностика гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита [Текст] / М.И. Прудков, А.В. Столин, А.Ю. Карлейцких // Хирургия.- 2005.- №5.- С. 32-34.

139. Рапопорт, С.И. Особенности тактики ведения пожилых пациентов при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и метаболического синдрома [Текст] / С.И. Рапопорт, А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Клин. медицина.- 2014.- №4.- С. 35-40.

140. Рахматуллин, Ю.Я. Результаты лечения острой кишечной непроходимости [Текст] / Ю.Я. Рахматуллин // Вестник КазНМУ.- 2012.- №1.- С. 281-289.

141. Ризаев, К.С. Результаты внутриаортального введения антибиотиков при распространенном перитоните [Текст] / К.С. Ризаев, А.Т. Эрмешов // Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №1.- спец выпуск.- С. 49-50.

142. Романов Р.В. Экспериментально-клинические обоснования применения синтетического материала «Реперен» в хирургическом лечении грыж и передней брюшной стенки [Текст] / Р.В. Романов, В.В. Паршиков, В.П. Прадусов // Нижегородской мед. хирургия. – 2008. - №1, - с.53-59.

143. Романов Р.В. Ренренопластика вентральных грыж у лиц пожилого истарческого возраста [Текст] / Р.В. Романов // Клин.герниология. – 2008. №4. – с.12-18.

144. Русанов, А.А. Аппендицит [Текст] / А.А. Русанов // Л.: Медицина.- 1979.- 173с.

145. Савельев, В.С. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита [Текст] / В.С. Савельев, Н.И. Филимонова, С.В. Подачин // Анналы хирургии.- 2008.- №1.- С. 26-32.

146. Савельев, В.С. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение [Текст] / В.С. Савельев, Б.Р.Гельфанд // 2е изд доп. И перераб. М.: ООО «Медицинское информационное агенство».- 2010.- 352с.
147. Сажин, А.В. Место лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (обзор литературы) [Текст] / А.В. Сажин, С.В. Мосин, М.А. Дзусов // РМН «Медицинское обозрение».- 2016.- №3.- С. 190-192.
148. Сажин, А.В. Выбор срока оперативного лечения при острой спаечной непроходимости [Текст] / А.В. Сажин, А.Е. Тягунов, С.Е. Ларичев // Хирургия.- 2018.- №3.- С. 24-30.
149. Сандаков, П.Я. Факторы операционного риска при малоинвазивной хирургии острого холецистита [Текст] / П.Я. Сандаков, В.А. Самарцев, М.И. Дьяченко // Эндоскопическая хирургия.- 2005.- №1.- С. 122-123.
150. Сапрыкин, А.А. Опыт малоинвазивной желчной хирургии [Текст] / А.А. Сапрыкин, В.Е. Шкаленко, А.В. Привалов // Актуальные вопросы практ и теорет. медицины: Материалы научной конференции хирургов. Челябинск.- 1995.- 102с.
151. Сацукевич, В.Н. Ультразвуковая диагностика холедохолитиаза [Текст] / В.Н. Сацукевич, В.А. Назаренко // Хирургия.- 2005.- №6.- С. 58-60.
152. Семенов, Ю. Выбор тактики лечения острого холецистита у больных повышенного операционного риска [Текст] / Ю. Семенов, Е.Н. Смолина, В.В. Васильев // Вестник хирургии.- 2009.- Том 168, №4.- С. 15-20.
153. Смоляников, А.Б. Кислотная желудочная секреция у больных сахарным диабетом при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.Б. Смоляников // Сахарный диабет.- 2000.- №4.- С. 8-12.
154. Смотрин С.М. Паховые грыжи у пациентов пожилого возраста. Стратегия выбора метода хирургического лечения [Текст] / С.М. Смотрин, С.А. Жук, В.С. Новизная // Проблемы ____ . – 2021. - №1. – с.20-25.

155. Снегирев, И.М. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза: диагностика и лечение [Текст] / И.М. Снегирев, В.И. Миронов, Д.В. Башлыков // Сибирский мед. журнал.- 2010.- №8.- С. 163-167.
156. Сопуев, А.А. Эффективность сочетанного применения метрида и мандола в лечении разлитого перитонита [Текст] / А.А. Сопуев, А.У. Черикбаев, Б.С. Ниязов // Хирургия рубежа XX и XXI века. Бишкек.- 2000.- С. 180-185.
157. Стойко, Ю.М. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения [Текст] / Ю.М. Стойко // Хирургия.- 2002.- №8.- с. 32-35.
158. Сопельняк, В.П. Изменения моторной функции кишечника у больных острым аппендицитом [Текст] / В.П. Сопельняк, С.В. Ярощак, А.О. Мимиашвили // Клиническая хирургия.- 2006.- №1.- с. 93-96.
159. Тарасов, А.Д. О сохраняющихся сложностях при диагностике острого аппендицита [Текст] / А.Д. Тарасов, К.Н. Мовчан, В.С. Киприянов // Фундаментальные исследования.- 2013.- №5.- с. 421-425.
160. Тимербулатов, В.М. Выбор метода хирургического лечения ЖКБ [Текст] / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, М.В. Тимербулатов // Вестник хирургии.- 2014.- №2.- с. 27-31.
161. Тимербулатов Ш.В. Диагностика ишемических повреждений кишечника при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости [Текст] / Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов, А.У. Султанбаев // Клиническая хирургия.- 2012.- №3.- с. 40-52.
162. Токтогулов, О.Ж. Особенности диагностики и лечения ущемленных паховых и бедренных грыж [Текст] / О.Ж. Токтогулов // Медицинские науки. Москва.- 2004.- №6.- с. 28-30.
163. Токтогулов, О.Ж. Современные подходы к лечению больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / О.Ж. Токтогулов. Бишкек:ОсО «Куш-Бер», 2014. – 110с.
164. Томнюк, Н.Д. Структура послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии и ранние повторные операции [Текст] / Н.Д. Томнюк,

И.А. Рябков, Е.Н. Давыдова // Научный журнал «Успехи современного естествознания».- 2008.- №2.- С. 15-17.

165. Тотиков, В.З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.З. Тотиков, В.Д. Сленушкин, А.Э. Кибизова // Хирургия.- 2005.- №6.- С. 20-23.

166. Тотиков, В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости [Текст] / В.З. Тотиков, М.В. Каприцова, В.М. Амриллаева // Хирургия.- 2006.- №2.- С. 38-43.

167. Уметалиев, Т.М. Особенности иммунологического реагирования эндолимфатической антибиотикотерапии гнойно-воспалительных заболеваний [Текст] / Т.М. Уметалиев, Д.А. Адамбеков, Б.А. Борболдоев // Состояние перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии. Бишкек.- 2001.- С. 288-291.

168. Ураков, Я.Ч. Комплексное лечение больных пожилого и старческого возраста с язвенным гастродуоденальным кровотечением [Текст] / Я.Ч. Ураков: Автореф. дисс. докт. мед. наук. 14.00.27. М.- 2006.- 42с.

169. Утешов, В.И. Оперативное лечение гигантских послеоперационных грыж [Текст] / В.И. Утешов// автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.17. Фрунзе.- 1971.- 26с .

170. Утешов, В.И. Метод оперативного лечения больших грыж _____ [Текст] / В.И. Утешов // Автореф.дисс._____. – Фрунзе. 1970. – 24с.

171. Федорченко, Ю.Л. Хронические гастродуоденальные язвы у больных сахарным диабетом (особенности клиники, течения, лечения, профилактики) [Текст] / Ю.Л. Федорченко: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М.- 2005.- 43с.

172. Филипов, А.Л. Острые гастродуоденальные кровотечения у больных сахарным диабетом [Текст] / А.Л. Филипов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.17. Санкт-Петербург.- 2011.- 26с.

173. Ханозов, Б.Ж. Роль УЗИ в диагностике, выборе тактики при лечении больных с аппендикулярным инфильтратом [Текст] / Б.Ж. Ханозов, Р.Ю. Ислямов, Н.Ф. Желунева // Скорая мед. помощь.- 2004.- №3.- 58с.
174. Хитарьян, А.Г. Способ выбора оптимального варианта пластики при оперативном лечении вентральных грыж [Текст] / А.Г. Хитарьян, М.Р. Мишоян, Х.И. Эл-Сахли // Патент RU A61 B17/00.- №2199271-2001.
175. Хожибоев, А. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / А. Хожибоев // Вестник экстренной медицины.- 2010.- №4.- С. 94-96.
176. Хорошилов, Е.И. Пациенты до и после хирургического вмешательства; голодание или адекватное питание [Текст] / Е.И. Хорошилов // Вестник хирургии.- 2012.- №6.- С. 13-15.
177. Хрупкин, В.И. Синдром энтеральной недостаточности у больных с распространенным перитонитом: оценка степени тяжести и исхода процесса [Текст] / В.И. Хрупкин, В.А. Алексеев // Вестник хирургии. - 2004.- №2.- С. 46-49.
178. Хрыков, Г.Н. Программа ускоренного выздоровления больных старших возрастных групп при ране ободочной кишки [Текст] / Г.Н. Хрыков, А.Д. Халиков, И.Н. Пасечник // Хирургия. - 2016.- №12.- С. 37-41.
179. Чаканов, Т.И. Эффективность комплексного лечения диабетической стопы осложненным гнойным процессом. [Текст] / Т.И. Чаканов: автореф. дисс. канд. мед. наук. Бишкек. - 2020.- 27с.
180. Чернов, В.Н. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.Н. Чернов, И.В. Суздальцев // Ростов на Дону РГМУ.- 2002.- С. 280-282.
181. Чернов, В.Н. Социальные вопросы заболеваемости и летальности больных пенсионного пожилого и старческого возраста при острой хирургической патологии [Текст] / В.Н. Чернов, И.Е. Толстов // Социальная медицина и организация здравоохранения. - 2007.- №5.- С. 63-68.

182. Чернякевич, С.А. Функциональные методы обследования в хирургической гастроэнтерологии [Текст] / С.А. Чернякевич, И.В. Бабкова, С.Ю. Орлов // Метод рекомендации для врачей. - 2002.- С. 92-105.
183. Чумаков, А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром холецистите у больных с высоким операционным риском [Текст] / А.А. Чумаков, А.Н. Хорев, В.Н. Малашенко // Актуальные проблемы совр. хир. Международный хирургический конгресс. Труды конгрессов. - 2003.- 43с.
184. Чумак, Р.А. Хирургическое лечение острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом [Текст] / Р.А. Чумак: автореф. дисс. канд. мед. наук. Спб. - 2005.- 24с.
185. Цхай, В.Ф. Десятилетний опыт применения управляемой лапаростомии в лечении распространенного гнойного перитонита [Текст] / В.Ф. Цхай, В.И. Барабаш, Н.В. Мерзликин // Вестник хирургии. - 2011.- С. 54-57.
186. Шаршенов, А.К. Перидуральная анестезия – метод выбора при оперативном лечении гинекологическим больным с сопутствующими заболеваниями [Текст] / А.К. Шаршенов, О.В. Лагутина, Э.А. Маматов // Хирургия Кыргызстана. - 2007.- №1.- С. 48-51.
187. Шелест, П.В. Особенности диагностики острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте [Текст] / П.В. шелест, В.И. Миронов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2007.- Том 57, №5.- С. 6-16.
188. Шойхет, Я.Н. Влияние локальной непрерывной внутриартериальной антимикробной терапии на течение послеоперационного периода послеоперационного периода у больных холециститом [Текст] / Я.Н. Шойхет, С.Д. Фокеев, И.В. Кулешова // Хирургия. - 2008.- №1.- С. 18-24.
189. Шугаев, А.И. Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.И. Шугаев, А.С. Агишев // Вестник хирургии. - 2000.- Том 160, №3.- С. 114-118.
190. Шуркалин, Б.К. Анализ осложнений и путей их предотвращения при выполнении лапароскопической холецистэктомии в экстренном или срочном

порядке [Текст] / Б.К. Шуркалин, А.Т. Кригер, А.М. Череватенко // Сбор научных трудов выездной проб комиссий.- 2003.- С. 173-175.

191. Шуркалин, Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита [Текст] / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия.- 2007.- №2.- С. 24-28.

192. Юрин, С.В. Пути улучшения результатов эндовидеохирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / С.В. Юрин: Автореф. дисс. докт. мед. наук.- 2005.- 41с.

193. Alajaaski Y. The association between appendicitis severity and patient age appendical neoplasma histology a popution based study [Text] / Y. Alajaaski, E. Liethen, Y.M. Gron__ Int Y Colorectal. Ais – 2022. – v5,#3. – p.1173-1180.

194. Arung, W. Intraperitoneal adhesions after open or laparoscopic abdominal procedure: an experimental study in the rat [Text] / W. Arung, P. Drion, J. Cheramy // J. Laparoendosc. Adv Surg Tech A.- 2012.- Vol. 22, #7.- P. 651-657.

195. Bardou, M. Newer endoscopic therapies decreas both re-bleeding and mortality in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding: a series of meta-analyses [Text] / M. Bardou, M. Joussef, J. Toubouti // Gastroenterology.- 2003.- #123.- 239p.

196. Barie, P.S. Influence of antibiotic therapy on mortality of critical surgical illness caused or complicated by infection [Text] / P.S. Barie, L.Y. Hydo, J. Shou // Surg. Infect (Larchnet).- 2005.- Vol. 6, #1.- P. 41-54.

197. Burkun, A. Managing Patients with Nonvareceol Upper Gastrointest Bluding [Text] / A. Burkun, M. Bared, J.K. Marshall // Annals of Medicine.- 2003.- Vol. 139, #10.- P. 843-857.

198. Byrne, M.F. Percutaneous cholecystostomy in patients with acute cholecystitis: experience of 45 patients at a us referral central [Text] / M.F. Byrne, P. Suhocki, R.M. Mitchell // J. Ann. Coll. Surg.- 2003.- Vol. 197.- P. 206-211.

199. Cemachovic, I. Intraoperative endoscopic sphincterotomy is a reasonable option for complete single stage minimally invasive biliary stones treatment short-term

experience with 57 patients [Text] / I. Cemachovic, J.C. Letard, G.F. Begin // Endoscopy.- 2000.- Vol. 32, #12.- P. 956-962.

200. Cirocchi, R. Laparoscopic versus open surgery in small bowel obstruction [Text] / R. Cirocchi, I. Abraha, E. Farinella // Cochrane Database Syst. Rev.- 2010.- Vol. 17, #2.- P. 75-77.

201. Disaverio. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: - 2020 update of the WSEC Jerusalem guidelines [Text] / S. Disaverio, M. Podda, B. Desimone // World Y Enung Sung. – 2020. – v1, #3. – p.27-30.

202. Ellozy, S.H. Early postoperative small – bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations [Text] / S.H. Ellozy, M.T. Haris, J.J. Bauer // Dis Colon Rectum.- 2012.- Vol. 45, #9.- P. 1214-1217.

203. Fong, D.G. Transcolonic endoscopic abdominal exploration: a NOTES survival study in a porcine model [Text] / D.G. Fong, R.D. Pai, C.C. Thompson // Gastrointest. Endosc.- 2007.- #65.- P. 312-318.

204. Forgione, A. Transvaginal endoscopic cholecystectomy in human beings: preliminary results [Text] / A. Forgione, D. Maggioni, F. Sansonna // J. Laparoendosc Adv Surg Tech A.- 2008.- #18.- P. 345-351.

205. Fransen, S.A. Single incision laparoscopic cholecystectomy: a review on the complications [Text] / S.A. Fransen, L.P. Stassen, N.P. Bouvy // J. Minim Access Surg.- 2012.- Vol. 8, #1.- P. 1-5.

206. Fugger, R. Die perforations peritonitis [Text] / R. Fugger, F. Herbst, A. End // Acta clin.- 1998.- #2.- P. 11-14.

207. Fung S. Meta-analysis of the clinical effect of traditional Chinese medicine and antibiotics in the treatment of acute appendicitis [Text] / S. Fung, Y. Yu // Y. Gastroentenal Risk Pract. – 2023 – v10, #3 – p.10 .

208. Gai, H. Sonographische selectionen kriterien fur die laparoskopische cholecystectomie [Text] / H. Gai, H. Thiele // Chirurgie.- 1992.- #63.- P. 426-431.

209. Garg, P. Comparison of cosmetic outcome between single incision laparoscopic holecystectomy and conventional laparoscopic cholecystectomy: an

objective study [Text] / P. Garg, J.P. Thakur, N.C. Raina // J. Laparoendosc Adv Surg Tech A.- 2012.- Vol. 22 #2.- P. 127-130.

210. Garter, R. Randomized trial of adrenaline injection and laser photocoagulation in the control of haemorrhage from peptic ulcer [Text] / R. Garter, S.R. Anderson // Brit. J. Surg.- 1994.- Vol. 81 #6.- P. 869-871.

211. Granlund A. Ultrasound guided percutaneous cholecystostomy in high risk surgical patients [Text] / A. Granlund, B.M. Karlisa, A. Elvin // Langenbecks Arch Surg.- 2001.- Vol. 386, #3.- P. 212-217.

212. Gupta S. A systematic review and meta-regression for validation of the Aevarado score as a tool for predicting acute appendicitis [Text] / S. Gupta, V.S. Kolli, K. Aacasta // Ann Med Surg / Lond. – 2023. – v2, #85 – p.111-121.

213. Harju, J. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity [Text] / J. Harju, P. Juvonem, M. Eskalinen // Arch Surg.- 2018.- Vol. 141.- P. 16-22.

214. Hay, T. Planned relaparotomy on demand in the treatment of intraabdominal infections [Text] / T. Hay, C. Ohmann, A. Wolmerrshauer // Arch Surg.- 1995.- #11.- P. 1193-1196.

215. Heyland, D.K. What matters most in end of life care: perceptions of seriously ill patients and their family members [Text] / D.K. Heyland, P. Dodek, G. Rocker // Can Med. Assoc. J.- 2006.- #6.- P. 627-633.

216. Hsieh, C.H. Early minilaparoscopic in patients with acute cholecystitis [Text] / C.H. Hsieh // Amer J. Surg.- 2003.- Vol. 185, #4.- P. 344-348.

217. Iorgulescu, R. Laparoscopic surgery for small bowel obstruction [Text] / R. Iorgulescu, M. Iordache, R. Ilie // Chirurgia.- 2005.- Vol. 101, #3.- P. 313-318.

218. Jasuda, H. Unusual cases of acute cholecystitis and cholangitis [Text] / H. Jasuda, T. Takada, Y. Kawarada // J. Hepatobiliary Pancreat Surgery.- 2007.- Vol. 14, #1.- P. 98-113.

219. Joseph, M. Single incision laparoscopic cholecystectomy is associated with a higher bile duct injury rate: a review and a word of caution [Text] / M. Joseph, M.R. Phillips, T.M. Farrell // Ann. Surg.- 2012.- Vol. 256, #1.- P. 1-6.

220. Keus, F. Randomized clinical trial of small – incision and laparoscopic cholecystectomy patients with symptomatic cholecystolithiasis primary [Text] / F. Keus, Y.E. Werner, H.G. Gooszeh // Arch Surg.- 2018.- Vol. 1430.- P. 371-377.
221. Kitano, S. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis [Text] / S. Kitano, T. Matsumoto, M. Aramahi // J. Hepatobiliary Panc Surg.- 2002.- #9.- P. 534-537.
222. Kiviluoto, T. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis [Text] / T. Kiviluoto, E.J. Sir, P. Luukhonen // Lancet.- 1998.- #59.- P. 321-351.
223. Kulah, B. Emergency bowel surgery in the elderly [Text] / B. Kulah, B. Gulger, M.M. Ozmen // Turk J Gastroenterol.- 2003.- #14.- P. 189-193.
224. Kumar, S. Treatment of appendiceal mass: prospective, randomized clinical trial [Text] / S. Kumar, S. Jam // Indian J. Gastroenterol.- 2004.- Vol. 23, #5.- P. 165-167.
225. Lauter, D.M. Laparoscopic common duct exploration in the management of choledocholithiasis [Text] / D.M. Lauter, E.J. Froines // Am J. Surg.- 2018.- Vol. 179, #5.- P. 372-374.
226. Le Gall, J.R. A new simplified acute physiological score (SAPS) based on European North American multicenter study [Text] / J.R. Le Gall // JAMA.- 1993.- Vol. 270.- P. 2957-2963.
227. Lichtenstein, I.L. The tension-free repair of groin hernias [Text] / I.L. Lichtenstein // Hernia. 4 th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 1994.- P.534-540.
228. Mabry, C.D. Randomized clinical trial of small – incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholecystolithiasis: primary and clinical outcoms invited clitique [Text] / C.D. Mabry // Surg.- 2018.- Vol. 143, #4.- P. 377-380.
229. Maltertheiner, P. Current concepts in the management of helicobacter pylori infection: the Maastricht consensus report [Text] / P. Maltertheiner, F. Megrad, C. O’Morain // Gut.- 2007.- Vol. 56, #7.- P. 772-781.

230. Mansini, G.J. Nation wide impact of laparoscopic lysis of adhesions in the management of intestinal obstruction in the us [Text] / G.J. Mansini, G.F. Petroski, W.C. Lin // J. Am Col Surg.- 2008.- Vol. 207.- P. 520-526.
231. Mazuski, J.E. The surgical infection society guidelines antimicrobial therapy for intraabdominal infections: an executive summary [Text] / J.E. Mazuski, R.G. Sawyer, A.B. Nathens // Surg Infect (Larchmt).- 2002.- Vol. 3, #6.- P. 161-173.
232. Mazuski, J.E. Clinical challenges and unmet needs in the management of complicated intraabdominal infections [Text] / J.E. Mazuski // Surg Infect (Larchmt).- 2005.- #6.- P. 49-69.
233. Mehubub H. Comparison of the modified Alvarado score and the Raja Isteni Pengiran Anak Saleha Appendicitis (Ripasa) Score / K a Southeast Asian Population with histopathology as to Gold Standard [Text] H. Mehubub, A. A. Baig, R. Khalild // Cureus. – 2023. 10, #15/ - p.115-728.
234. Ming-Zhe, L. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis [Text] / L. Ming-Zhe, L. Lei, X. Long-bin // Am J. Surg.- 2012.- Vol. 204, #5.- P. 779-786.
235. Mo, L.R. Preoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of patients with cholecystocholedocholithiasis [Text] / L.R. Mo, K.K. Chang, C/H. Wang // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.- 2002.- #9.- P. 191-195.
236. Pereira-Lima, J.C. Endoscopic treatment of choledocholithiasis in the era of laparoscopic cholecystectomy: prospective analysis of 386 patients [Text] / J.C. Pereira-Lima, C.B. Rynkowski, E.L. Rhoden // Hepatogastroenterology.- 2001.- Vol. 48, #41.- P. 1271-1272.
237. Ponsky, J.L. Choledocholithiasis: evolving intraoperative strategies [Text] / J.L. Ponsky, B.T. Heniford, K. Gersin // Am Surg.- 2000.- Vol. 66, #3.- P. 262-268.
238. Potier, R. Obstructive cholelithiasis and cholecystitis in a Kinkajou (potos floures) [Text] / R. Potier, O. Reineau // Journal of Zoo and Wild life Medicine.- 2015.- Vol. 46, #1.- P. 175-178.

239. Renteria O. Outcomes of appendectomy in elderly veteran patients [Text] / O. Renteria, L. Shahid, S. Huerta // *Surgery*. – 2018. – v3, #164. – p.460-465.
240. Rilling, S. The use of ozone in medicine [Text] / S. Rilling, R. Vieban // *New York Hang*.- 1997.- 180p.
241. Sajid, M.S. Needlescopic versus laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis [Text] / M.S. Sajid, M.A. Khan, K. Ray // *AWZ Journal of Surgery*.- 1997.- Vol. 79, #6.- P. 437-442.
242. Tian B.W.C.A. Management of Intra-Abdominal Infections: The Role of Procalcitonin. [Text] / B.W.C.A. Tian, V. Agnoletti, L. Ansalani // *Antibiotics (Basel)* / - 2023. – v., 9 #2. – p.14-18.
243. Schito, G.C. Predicting the clinical efficacy of generic formulations of ceftriaxone [Text] / G.C. Schito, M.H. Keenan // *J Cheneother*.- 2005.- #17.- P. 33-40.
244. Shore, W.S. Prevention and treatment of frailty in post-menopausal women [Text] / W.S. Shore, B.J. Delateur // *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.*- 2007.- Vol. 18, #3.- P. 609-621.
245. Svrakns, T. Small-incision (minilaparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in university hospital [Text] / T. Svrakns, P. Anatonilsis, E. Zacharokis // *Arch Surg*.- 2014.- Vol. 389.- P. 172-177.
246. Szomstein, S. Laparoscopic lysis of adhesions [Text] / S. Szomstein, E. Lo Menzo, C. Simpfendorfer // *World J. Surg*.- 2006.- Vol. 30, #4.- P. 535-540.
247. Uggeri, F.R. Surgical approach to the intraabdominal infections [Text] / F.R. Uggeri, E. Perego, C. Franciosi // *Minerva Anesthesiol*.- 2004.- P. 175-179.
248. Yellin, A.E. Ertapenent monotherapy versus combination therapy with ceftriaxone plus metronidazole for treatment of complicated intraabdominal infections in adults [Text] / A.E. Yellin, J.M. Hassett, A. Fernandez // *Int J. Antimicrob*.- 2002.- Vol. 20, #3.- P. 165-173.
249. Zacks, S.L. A population based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy [Text] / S.L. Zacks, R.S. Sandler, R. Rutledge // *Amer. J. Gastroenterol*.- 2002.- Vol. 97, #2.- P. 334-340.

250. Zamora, Z.B. Effects of ozone oxidative preconditioning on TNF alpha release and antioxidant – prooxidant intracellular balance in mice during endotoxic shock [Text] / Z.B. Zamora, A. Borrego, O.Y. Lopez // Mediators Inflamm.- 2005.- Vol. 24, #1.- P. 16-22.