

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

Диссертационный совет Д 14.24.696

На правах рукописи
УДК 617.55–089–053.9

ТОКТОСУНОВ АРСЕН САПАРБЕКОВИЧ

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

14.01.17 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Ош – 2025

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева

Научный консультант: **Оморов Рахатбек Арсыбекович**
доктор медицинских наук, профессор, член-корр. НАН КР, заведующий кафедрой факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Эраалиев Бейшенбек Ашимович**
доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра имени академика Мамбета Мамакеева при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Салахиддинов Камолиддин Зухриддинович
доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии, проректор по науке и инновациям Андижанского государственного медицинского института

Султангазиев Расул Абалиевич
доктор медицинских наук, научный консультант университетской клиники Международного университета Кыргызстана «Аманат госпиталь», г. Бишкек

Ведущая организация: Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», кафедра хирургии им. Г. В. Цой (010000, Республика Казахстан г. Астана, улица Бейбитшилик 49а).

Защита диссертации состоится «19» сентября 2025 года в 14:00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.24.696 по защите диссертации на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Ошском государственном университете, соучредитель Международная высшая школа медицины, по адресу: 723500, Кыргызская Республика, г. Ош, ул. Водозаборная 215, 4 этаж в конференц- зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-u21-bjh-pqs

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

Автореферат разослан «18» августа 2025 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук



О. И. Курбанбаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования: Все исследователи отмечают увеличение числа пожилых среди населения многих стран мира и прогнозируют дальнейший их рост. Следовательно, увеличение их числа будет способствовать и росту поступления пожилых людей в стационар 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 соавт., 2023; S. A. Gupta 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 людей уже к 60-летнему возрасту как правило, кроме основного заболевания, выявляются целый ряд сопутствующих, конкурирующих патологий, что существенно влияет на своевременную диагностику и лечение острой хирургической патологии [С. Ф. Багненко и соавт., 2009; В. С. Савельев и соавт., 2008; Б. С. Ниязов, 2012; E. Y. Froines, 2018].

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

Следовательно, у пожилых людей очень сложно определить характер заболевания, 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.

Таким образом, вышеизложенное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема диссертационной работы является инициативной.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики, тактики и хирургического лечения 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. Оценить особенности клинического течения острых хирургических заболеваний на фоне сахарного диабета.
3. Обосновать возможность применения аллопротезов в лечении вентральных грыж у лиц старшего возраста.
4. Оценить эффективность эхоморфометрии в диагностике воспаления операционных ран у лиц пожилого и старческого возраста.
5. Представить особенности мер профилактики осложнений при хирургической тактике и лечении неотложной абдоминальной патологии у лиц 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 полученных результатов. Установлен удельный вес острой абдоминальной патологии у лиц старшего возраста, поступивших в хирургическое отделение и характер сопутствующих заболеваний.

Усовершенствованы отдельные этапы операции у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями с целью снижения их осложнений.

Разработан алгоритм диагностики и лечения острой абдоминальной патологии с сопутствующими заболеваниями у лиц пожилого и старческого возраста.

Научно обоснована важность эхоморфометрии послеоперационной раны для выявления воспаления в доклинической фазе, что является мерой профилактики нагноения раны у лиц пожилого и старческого возраста.

Научно обоснована возможность выполнения грыжесечения у лиц пожилого и старческого возраста с использованием сетчатого аллопротеза при условии строгого соблюдения показания для осуществления пластики с сохранением объёма брюшной полости для укрепления грыжевых ворот.

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 к факторам несвоевременной госпитализации и в наступлении неблагоприятного исхода болезни.

Практическая значимость полученных результатов. Разработанные подходы к выполнению объёма обследований у больных пожилого и старческого возраста позволят своевременно определить характер патологии и выполнить операцию.

Построенный алгоритм диагностики и тактика при экстренной абдоминальной хирургии существенно помогает врачу выбрать наиболее адекватный объём метода исследования и оперативного лечения.

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

Применение разработанной бальной системы позволило улучшить диагностику острого аппендицита (рационализаторское предложение, выданное патентным отделом Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева № 53/2022 от 02.03.2022 г.).

Основные положения диссертации внедрены в повседневной практике хирургических отделений Ошской межобластной объединённой клинической больницы и включены в программу семинаров для аспирантов и клинических

ординаторов Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (акт внедрения от 02.03.2022 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Использование эхоморфометрии операционной раны позволит заподозрить начинающиеся воспалительные изменения в области послеоперационной раны до клинического проявления. Анализ результатов эхоморфометрии ран у больных старшего возраста показал замедленную регенерацию тканей.

2. Использование современных методов в лечении желчнокаменной болезни (лапараскопическая холецистэктомия) и ее осложнений (холедохолитиаз, эндоскопическая папиллосфинктеротомия), а также вентральных грыж (аллопротезирование) 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 сопутствующих заболеваний и степень их нарушений, где в первую очередь надо учесть состояние сердечно-сосудистой системы.

4. Разработанные меры профилактики воспалительных осложнений у лиц старшего возраста при заболеваниях органов брюшной полости способствуют снижению их частоты осложнений и летальности.

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

Апробации результатов исследований. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на: международном научном форуме Дни науки-2019, «посвященный 80-летию Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева» (Бишкек, 10-12.04.2019 г.); международном научном форуме Дни науки - 2021 «посвященный COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение» (Бишкек, 12-14.04.2020 г.);

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликованы 15 научных работ, в том числе одна монография и 14 статей, из которых 4 научных публикаций опубликовано в зарубежных научных изданиях индексируемой системой «Scopus», 10 научных публикаций опубликовано в зарубежных научных изданиях, индексируемых системой РИНЦ, рекомендованных НАК ПКР. Получены 2 удостоверения на рационализаторские предложения № 53/2022, № 64/2022 выданные патентным отделом Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Структура и объём работы. Работа изложена на 157 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица (шрифт 14, интервал 1,5), состоит из введения, главы обзора литературы, восьми глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложений. Диссертация иллюстрирована 43 таблицами и 10 рисунками. Список использованной литературы включает 252 источника (194 русскоязычных и 58 англоязычных авторов).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении представлена актуальность работы, цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Современные подходы к диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы)» изложены методы диагностики и современного лечения острых хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Особое внимание уделено особенностям клиники и результатам лабораторных, инструментальных исследований у лиц старшего возраста. В этой главе использованы литературные источники последних лет и уделено внимание работам, посвященных диагностике и лечению больных старшего возраста. Обзор литературы изложен достаточно критически, ознакомление с его содержанием дает возможность судить о нерешенных проблемах в лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста.

В глава 2 «Методология и методики исследования».

В этой главе представлена клиническая характеристика больных, методов исследования и статистического анализа.

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

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Критериями включения в разработку научного исследования явились пациенты пожилого и старческого возраста с острыми хирургическими патологиями органов брюшной полости.

Критерием исключения были пациенты со злокачественными заболеваниями которые, осложнились воспалительным процессом.

2.1. Клиническая характеристика больных пожилого и старческого возраста с острыми заболеваниями органов брюшной полости. В исследование вошли больные, находившиеся на стационарном лечении в Городской клинической больнице №1 г. Бишкек с 2012 по 2020 годы (проспективное исследование). Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1 – Распределение больных по полу и возрасту

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

Анализ результатов показал, что как среди пациентов 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 пациенты пожилого возраста в сравнении со старческим.

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

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

Заболевания	Пожилой возраст n-145		Старческий возраст n-59		Всего n-204	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
1	2	3	4	5	6	7
Острый холецистит	30	20,7	7	11,9	37	18,1
Острый холецистит + холедохолитиаз	3	2,1	2	3,4	5	2,5
Рецидивный холедохолитиаз	21	14,5	10	11,9	31	15,2
Острый аппендицит	26	17,9	5	8,5	31	15,2
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложнённой кровотечением	18	12,4	16	27,1	34	16,7
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложнённой перфорацией	1	0,7	1	1,2	2	0,9

Продолжение таблицы 2.1.2						
1	2	3	4	5	6	7
Острая кишечная непроходимость	17	11,7	6	10,2	23	11,3
Острый панкреатит	10	6,9	8	13,1	18	8,8
Вентральные грыжи	19	13,1	4	6,7	23	11,3
Всего:	145	100,0	59	100,0	204	100,0

При оценке характера заболевания по поводу, которого госпитализированы пациенты установлено, что наибольший удельный вес составили больные, поступившие по поводу острого холецистита (18,1%), язвенной болезни, осложнённое кровотечением (16,7%), с острым аппендицитом (15,2%) и острым панкреатитом (8,8%), больные с рецидивным холедохолитиазом, осложнённом холангитом составили 15,2%, а с другими заболеваниями занимали не значительный удельный вес.

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

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

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

Основные заболевания	Всего больных	Из них характер сопутствующих заболеваний										
		ГБ	КБС	ОХЗЛ	Атеросклероз	СД	Варикоз вен н/кон	ЖДА	Пиелонефрит	Гепатит	Ожирение	Всего
Острый холецистит	30	23	6	3	3	3	3	5	2	2	5	45
Рецидивный холедохолитиаз	21	4	2	1				2	1			10
Острый холецистит + холедохолитиаз	13	1		1	1							3
Острый аппендицит	26	6	6	9	2	4	2		2		3	34

Продолжение таблицы 2.1.3.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложненной кровотечением	18	7	6	7	3	2	3			2	1	31
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложненной перфорацией	1	1		1		1						3
Острая кишечная непроходимость	17	5	4	6		2	3			2		22
Острый 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	47	34	38	13	15	14	7	6	7	11	192

Из 145 пациентов пожилого возраста с острым холециститом было 30 человек (20,7%), у 3 острый холецистит сочетался с холедохолитиазом (2,1%) язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, осложненной кровотечением 18 (12,4%), острым аппендицитом 26 (17,9%), и острым панкреатитом 10 (6,9%), больных с рецидивным холедохолитиазом, осложненным холангитом составили 21 (14,5%), с кишечной непроходимостью 17 (11,7%) и вентральными грыжами 19 (13,3 %).

Анализ сопутствующей патологии показал, что большую группу составило бронхолегочные заболевания, сахарный диабет, варикозное расширение вен нижних конечностей и хронический пиелонефрит, но нужно отметить, что частым сопутствующим заболеванием у пациентов пожилого возраста была гипертоническая болезнь.

В группе лиц старческого возраста сопутствующие заболевания обнаружены у 59 больных, что составило 96,6%, а всего выявлено 108. 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 пациентов старческого возраста и среднего возраста (таблица 2.1.4 и 2.1.5).

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 вен	ЖДА	Пиелонефрит	Гепатит	Ожирение	Всего
Острый холецистит	7	5	4	3	2	2	2	2	2			22
Острый холецистит + холедохолитиаз	2	1		1				1				3
Рецидивный холедохолитиаз	10	2	2	3				1				8
Острый аппендицит	5	2	2	1		3	3	2				13
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложненной кровотечением	16	5	4	4	2	3			2			20
Острая кишечная непроходимость	6	3	2	2	3	2	3	1				16
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложнённой перфорацией	1	1	1									2
Острый 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

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 (13,1%).

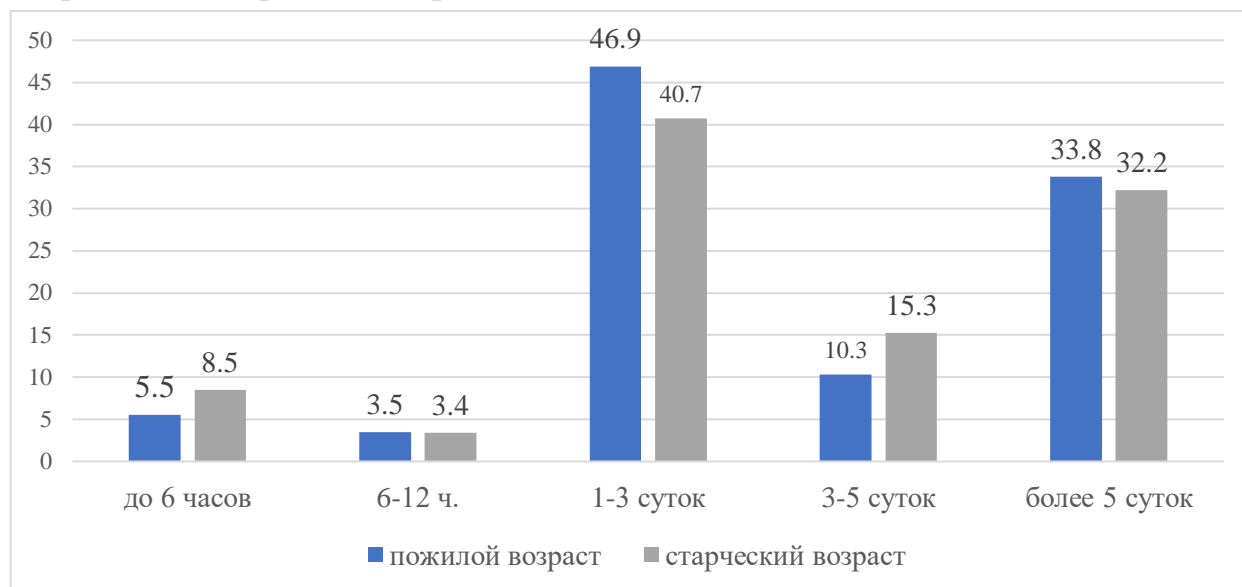
Таблица 2.1.5 – Характер основного и сопутствующего заболевания у больных среднего возраста

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

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

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

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



Поздние сроки госпитализации были обусловлены наличием сопутствующих заболеваний, при которых было обращено внимание на степень их декомпенсации и лишь при возникновении симптомов раздражения брюшины больных направляли в хирургическую клинику.

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

Таблица 2.1.6 – Сроки поступления больных от начала заболевания среднего возраста с острых патологий (n-120)

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

Сопоставление сроков заболевания и частоты осложнений показал, что лица среднего возраста достоверно раньше госпитализированы и значительно

реже выявлялись сопутствующие заболевания. У лиц среднего возраста сопутствующие заболевания имели место у 30,8 %.

2.2 Методики обследования больных пожилого и старческого возраста.

При поступлении выясняли жалобы 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 электрокардиографию, консультацию терапевта, кардиолога, а при необходимости эндокринолога.

Для выбора оптимального способа грыжесечения при вентральных грыжах использовали методику, разработанную Хитарьяном А.Г. и соавт. (2001) с учетом показателей сонографии и антропометрии. В обследовании больных использовали и инструментальные методы ультразвуковое исследование, компьютерной томографии. При поступлении больных с заболеваниями желудка и 12 перстной кишки проводили эзофагогастродуоденоскопию. При этом устанавливали место, причину кровотечения и определяли кровотечение: продолжается, остановлено и есть ли риск рецидива. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики согласно программе Statistica – 6,0 с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности определяли по t-критерию таблицы Стьюдента.

2.3 Статистический анализ.

В нашей работе мы применили широкий спектр статистических методов для анализа данных, выявления закономерностей и оценки эффективности различных медицинских вмешательств, такие как: коэффициент ранговой корреляции Спирмена; Корреляционно-регрессионный анализ по методу Пирсона; Однофакторный дисперсионный анализ (Anova).

В главах 3 – 8 изложены результаты собственных исследований и их обсуждение.

3.1 Общая клиническая характеристика больных с желчнокаменной болезнью, осложненной острым холециститом у лиц пожилого и старческого возраста. Эту группу составили 42 пациента, из них 33 – пожилого и 9 – старческого возраста, женщин было 24, и мужчин – 19. Сроки заболевания колебались от 4 часов до 5 суток. Но большинство были госпитализированы со сроком заболевания от 1 до 3 суток. Сопутствующая патология обнаружена у большинства больных.

При поступлении определены характер сопутствующих заболеваний и степень их компенсации, так как их характер и степень тяжести необходимо учитывать при выборе срока и объема операции. Характер сопутствующих заболеваний дан в таблице 3.1.1.

Таблица 3.1.1 – 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	5
Коронарная болезнь сердца	6	4
Сахарный диабет	3	2
Обструктивные хронические заболевания легких	3	3
Пиелонефрит	2	3
Железодефицитная анемия	3	2
Гепатит	2	2

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

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

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

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

Предоперационная подготовка включала коррекцию нарушенных функций организма, сопутствующих заболеваний, детоксикационную и противовоспалительную терапию. Предоперационная подготовка, ее объем и продолжительность определялось состоянием пациентов, 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.

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

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

До 6 часов операцию выполняли при выраженных симптомах острого холецистита и симптомов раздражения брюшины, но с обязательной кратковременной предоперационной подготовкой. В группе пожилых было 3 больных, а 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, развитием сепсиса и полиорганной недостаточности.

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

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

Особую группу составляли больные с окклюзионным холециститом, при этой форме желчнокаменной болезни 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 ультразвуковом исследовании 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, а также компенсации сопутствующих заболеваний. Осложнения после операции отмечены у двух больных: по одному наблюдению инфильтрат в области троакарной раны и по второму - желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно на 5 сутки, а у остальных течение после операции было без осложнений.

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 холецистэктомии в сочетании внутренним дренированием в связи с выявлением холедохолитиаза. Частота и характер осложнений после операции, выполненной через лапаротомный доступ, представлены в таблице 3.1.4.

Таблица. 3.1.4 – Типы операции и характер осложнения при лапаротомной холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста

Тип операции	Всего больных	из них возникли осложнения	
		нагноение раны	острый инфаркт миокарда
Холецистэктомия (мини лапаротомного доступа)	13	1	1
Холецистэктомия +наружное дренирование	3	1	
Холецистэктомия +внутреннее дренирование	2	1	

После проведения операции через лапаротомный доступ осложнения развились у 3 пациентов; по одному случаю осложнения были зарегистрированы после операции наружного и внутреннего дренирования холедоха и холецистэктомии.

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

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

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

На основании анализа течения желчнокаменной болезни и ее осложнений (острый холецистит, холедохолитиаз), мы построили алгоритм тактики (рисунок 3.2.1) ведения и обследования больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнения.



Рисунок 3.2.1 – Алгоритм обследования и лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом.

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

В главе 4 «Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом и кишечной непроходимостью» изложены результаты диагностики и особенности лечения этих 2 групп больных.

4.1 Характеристика больных с острым панкреатитом. Эта группа включала 18 пациентов, из них было 10 пожилого и 8 – старческого возраста, мужчин – 8, и женщин – 10. Из анамнеза установлено, что причиной возникновения болевого синдрома у 9 больных был прием жирной, обильной пищи, еще у 6 отмечено сосуществование калькулезного холецистита. У 3 пациентов заболевание связано с частым приемом алкоголя. Анализ сроков поступления в стационар показал, что до 12 часов с момента возникновения болевого синдрома поступило всего 4 больных, а остальные позже 12 часов.

Среди сопутствующих заболеваний у 8 пациентов была выявлена желчнокаменная болезнь, у 24 — сердечно - сосудистая патология, а у 9 — хронические бронхолегочные заболевания. Таким образом, было зафиксировано 41 сопутствующих заболеваний, при этом у каждого пациента было выявлено от 2 до 3 сопутствующих заболевания. Если больные поступали в ранние сроки заболевания, то диагноз не вызывал затруднений, после ознакомления с анализом и осмотром больных уже определяли панкреатит, а если поступали в поздние сроки, то необходимы лабораторные и инструментальные методы обследования.

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

4.2 Лечение острого панкреатита.

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

В лечении больных отдавали предпочтение консервативному методу лечения, который включал ликвидацию болевого синдрома, подавление функции поджелудочной железы и массивную противовоспалительную инфузионную терапию. При выявлении выпота в брюшной полости или сальниковой сумке выполняли лапароцентез (у 3 чел.) и лапароскопию (у 6 чел.) с удалением экссудата из брюшной полости и сальниковой сумки с последующим дренированием. Особое внимание уделяли противовоспалительной терапии (цефтриаксон в сочетании с метронидазолом) и антиферментными препаратами. Разработанный нами комплекс мер лечения позволило в большинстве случаев предотвратить прогрессирование заболевания. При обнаружении выпота в

сальниковой сумке и в брюшной полости использовали миниинвазивные методы лечения. Наибольшую сложность представлял билиарный панкреатит в лечении, которого в первую очередь необходимо устранить гипертензию желчных протоков. Умерло 2 пациента, которые поступили позже 3 суток от начала заболевания, у них установлен инфицированный панкреонекроз. Проводимая консервативная комплексная терапия не улучшила состояния пациента, явления эндотоксикоза нарастала, в связи с чем один из 3 пациентов умер в день поступления в клинику.

Вторая больная госпитализирована через 2 суток с момента заболевания, проводилась комплексная медикаментозная терапия, но показатели эндотоксикоза нарастала, и она умерла в первые сутки с момента поступления в клинику.

4.3 Характеристика больных с острой кишечной непроходимостью.

Лечение проведено 23 пациентам с явлениями кишечной непроходимости, которым была выполнена оперативное лечение в клинике, из них мужчин 10, женщин 13, пожилого возраста было 17 и старческого 6.

Анализ сроков госпитализации пациентов с кишечной непроходимостью показал, что в первые сутки поступили единичные пациенты, преимущественно пожилого возраста, а в последующие сроки, до 3 суток, было госпитализировано ещё 10 пациентов, и более чем через 3 суток — 8 пациентов. Проведённый анализ сопутствующих заболеваний выявил, что наибольшее количество пациентов, как среди пожилых, так и старческих возрастных групп, страдали сердечно-сосудистыми и бронхолёгочными заболеваниями.

При поступлении пациентов в клинику для диагностики характера заболевания проводили рентгенологическое и исследования УЗИ, при котором обращали внимание на состояние кишечника, его диаметр, наличие горизонтального уровня жидкости и типа перистальтики.

Основными признаками кишечной непроходимости были болевой синдром, многократная рвота, не отхождения газа и стула. У этой группы больных быстро нарастает эндотоксикоз тяжелой степени.

4.3. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью. Эту группу составили 23 больных, из них пожилого возраста 17, а старческого – 6. И в этой группе больных наиболее часто поступали в более поздние сроки заболевания. В первые сутки поступило всего 5 больных, а позже суток все остальные. Проведённый анализ сопутствующих заболеваний выявил, что наибольшее количество пациентов, как среди пожилых, так и старческих возрастных групп, страдали сердечно-сосудистыми и бронхолёгочными заболеваниями. В обследовании использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы, а также обзорный снимок брюшной полости.

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

Таблица 4.3.1 – Сроки операции с момента поступления в клинику пациентов пожилого и старческого возраста

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

В первые часы поступления оперирован всего 1 больной, а в течение суток – 10, позже 5 суток еще 5 пациентов. Такие поздние сроки операции связаны с тем, что у ряда больных после консервативных мер наступало улучшение, и они не давали согласие на операцию, но явления непроходимости вновь возобновлялись и тогда уже выполняли операцию (таблица 4.3.2).

Таблица 4.3.2 – Типы операции при кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста

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

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

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

В момент операции назогастроюнальный зонд проводили в тонкий кишечник ниже за трейтцовый связки на 30-40 см, аспирировали содержимое и периодически промывали до появления кишечной перистальтики, после чего начинали зондовое энтеральное кормление. Санация кишечника оказывала положительное влияние на восстановление его функций и способствовала снижению микробной контаминации в брюшной полости. Кроме того, во время операции была проведена регионарная антибиотико-лимфостимуляция по методике Джумабаева С.У. (1992), при которой в брыжейку тонкого кишечника для восстановления функций желудочно-кишечного тракта вводились следующие препараты: антибиотик (цефазолин 1.0), антикоагулянт гепарин (70 ед. на 1 кг массы тела), лидаза (8-12 ед.), 0,5% раствор новокаина (15-20 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 сопутствующим заболеванием была сердечно - сосудистой патология прозерин не добавлялось, в лимфотропную смесь, учитывая его отрицательное влияние на сердечно-сосудистую систему.

Необходимо отметить, что у всех оперированных пациентов, послеоперационный период протекал тяжело с явлениями эндотоксикоза. Сразу в послеоперационном периоде продолжали орошение кишечника с аспирацией содержимого, выполняли массивную инфузионную терапию и стимуляцию кишечника, а также назначали противовоспалительную терапию (антибиотик). После восстановления функций кишечника было начато раннее энтеральное питание. Осложнения развились в послеоперационном периоде у 4 пациентов (спаечная болезнь у 2, кишечный парез, не разрешенный из-за неэффективности консервативной терапии у 1 и некроз у 1). Два пациента скончались от полиорганной недостаточности.

В главе 5 «Результаты диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым аппендицитом» дано клиническое течение острого аппендицита и его лечение. Под наблюдением было 31 больных, из них мужчин – 12, женщин 19. Пожилого возраста – 26 и старческого – 5. В первые сутки поступило 16 больных, а остальные позже, причем позже 3 суток госпитализировано – 7 больных.

Сопутствующие заболевания были выявлены у всех пациентов, причём часто наблюдалось сочетание двух патологий, что усугубляло тяжесть их состояния. Наиболее распространёнными являлись сердечно-сосудистым заболевания.

Анализ семиотики у больных пожилого и старческого возраста позволил определить характер заболевания (таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Семиотика острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста (n-31)

Признаки	Всего	
	абс. ч.	%
Боли в правой подвздошной области	22	70,9
Боли по всему животу	6	19,4
Боли перемещающиеся (симптом Кохера)	3	9,7
Тошнота	8	25,8
Рвота однократная	16	51,6
Рвота многократная	7	22,6
Задержка стула и газа	16	51,6
Симптом Воскресенского	21	67,7
Лейкоциты > 12x10 ⁹	15	48,4
Палочкоядерные > 5%	27	87,1
При ультразвуковом исследовании отросток не обнаружен	3	12,9
При ультразвуковом исследовании отросток утолщен	16	51,6
Наличие жидкости в илеоцекальной области	12	38,7
Наличие жидкости в малом тазу	4	12,9

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

С возникновением острого аппендицита сразу усугубляется течение сопутствующих заболеваний, и здесь формируется синдром взаимного отягощения, острый аппендицит усугубляет течение сопутствующих заболеваний, а обострение сопутствующих заболеваний усугубляет течение острого аппендицита.

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

операции выполнена кратковременная медикаментозная подготовка. Сроки операции даны в таблице 5.2.

Таблица 5.2 – Сроки операции с момента поступления в клинику больных пожилого (26 чел.) и старческого возраста (5 чел.)

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

До 6 часов с момента поступления оперировано 18 пациентов из 26 пожилого возраста и все 5 старческого. Все они оперированы с наличием перитонеальных симптомов раздражения брюшины, перед операцией им внутривенно вводили цефазолин 1,0ед для предоперационной антибиотикопрофилактики и проводили инфузионную терапию, а также лечение сопутствующих заболеваний. К 8 поступившим пациентам операция произведена в течение суток с момента госпитализации, эта были пациенты, которым требовалось динамическое наблюдение, дополнительное обследование и предоперационная подготовка.

Всем выполнена аппендэктомия и в момент операции установлены формы аппендицита, которые были подтверждены морфологическим исследованием (рисунок 5.1).

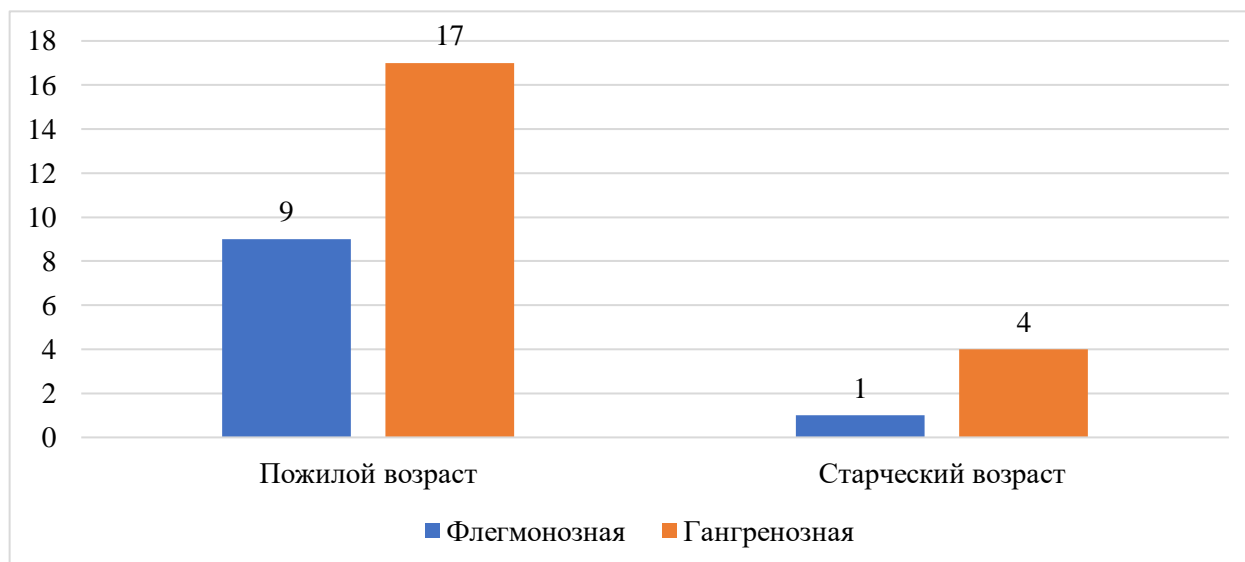


Рисунок 5.1 – Форма острого аппендицита.

При лапаротомии местное воспаление брюшины (перитонит) было выявлено у 16 пациентов, разлитой перитонит — у 3, а серозный перитонит наблюдался у 12. У ни одного пациента не было зафиксировано катаральной формы. Во время операции и в её завершение брюшную полость и рану орошали озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл для снижения контаминации с целью предотвращения внутрибрюшных раневых

осложнений. Операцию завершали введением антибиотика с лимфотропной смесью в переходную складку брюшины в правой подвздошной области.

При выявлении аппендицита с осложнённым разлитым гнойным перитонитом, брюшную полость также орошали озонированным раствором, а затем в корень брыжейки тонкого кишечника вводили тот же состав антибиотика с лимфотропной смесью, как и в переходную складку при местном перитоните.

После операции особое внимание было обращено на противовоспалительную терапию, которая включала цефтриаксон 1,0 гр на 0,9 % 100мл физ. раствора NaCl капельно 2 раза в сутки, метронидазол по 100мл 2 раза в сутки, а после получения результата бактериологического посева антибиотики назначались в соответствии с результатом чувствительности к микрофлоре. Выполняли инфузионную терапию, которая включала в себя: реополиглюкин, полиглюкин, солевые растворы, комплекс витаминов и иммунокорректор тималин. Пациентам с разлитым перитонитом до восстановления перистальтики проводили промывание желудка назогастральным зондом озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл каждые 30-45 минут и лечение сопутствующих заболеваний (рационализаторское предложение «Способ местной, детоксикационной терапии при разлитом перитоните» №64/2022).

Несмотря на комплексное лечение и профилактические меры, после операции развились осложнения у 10 пациентов (32,2%), что составляет более трети оперированных. Эти осложнения потребовали продолжительного пребывания в стационаре. В основном осложнения были связаны с ранами (нагноение), а у двух пациентов после операции развилась пневмония, что было особенно характерно для пожилых больных. Эти пациенты страдали хроническими бронхолегочными заболеваниями до операции. Со всеми осложнениями, за исключением одного случая, удалось справиться, однако один пациент скончался от полиорганной недостаточности.

При анализе результатов лечения мы приняли во внимание продолжительность госпитализации пациентов пожилого возраста, которая составила $13,3 \pm 0,97$, а у пациентов старческого возраста — $14,5 \pm 1,2$. Различия между группами оказались статистически незначимыми ($> 0,05$). Длительность стационарного пребывания была обусловлена частотой послеоперационных осложнений и наличием сопутствующих заболеваний, которые также требовали медицинской помощи в условиях стационара.

Глава 6 «Результаты лечения больных старшего возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением и перфорацией». Под наблюдением находилось 36 больных пожилого и старческого возраста, страдавших язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальными кровотечениями или перфорацией. Это составило 23,2% от общего числа больных,

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

Из 34 наблюдаемых больных рецидив был у 13 и чаще у лиц старческого возраста. Легкая степень кровопотери отмечена у 11, средняя у 15 и тяжелая у 8 пациентов. И в этой группе больных анализ сроков госпитализации показал, что наиболее часто пожилые, были госпитализированны в сроки от 1 до 3 суток и позже 3 суток, а лица старческого возраста до 12 часов поступили 7 человек. При поступлении больных с кровотечением, помимо общеклинического обследования выполнили эзофагогастродуоденоскопию для уточнения локализации язвы и определения характера кровотечения (продолжается, остановлено, есть риск повторного кровотечения), а при осложнении перфорацией выполняли обзорный снимок брюшной полости.

Из 34 поступивших с гастродуоденальным кровотечением язва желудка обнаружена у 21, и в двенадцатиперстной кишке у 13 поступивших. При эндоскопическом исследовании при поступлении у 9 больных кровотечение остановлено, у 12 продолжалось, а у 13 отмечен риск возникновения повторного кровотечения.

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

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

При поступлении больных с гастродуоденальным кровотечением выполняли гемостатическую терапию, она включала введение хлористого кальция, аминокaproновой кислоты, свежзамороженной плазмы. Эти меры позволили остановить кровотечение и продолжить противоязвенную терапию, а у 6 больных с продолжающимся кровотечением мы использовали эндоскопический гемостаз по методике, разработанной Ниязовым К. А. (2023), при этом вводили в подслизистый слой переульциразной зоны обогащенную тромбоцитами плазму, которую получали из крови пациента путем 2х этапного

центрифугирования крови. В обогащенную плазму тромбоцитами добавляли 2 мл раствора адреналина. Введение этой плазмы способствовало не только гемостазу, но и заживлению, в этом мы убедились при эндоскопическом обследовании больных через 2-3 недели.

А трем больным произведена резекция желудка (у 2 гастрэктомия с анастомозом по Гиляровичу-Грэхему и у 1 резекция 2/3 по Бильрот-2 в модификации Бальфура.), при чем у одного из них старческого возраста, и двум пациентам пожилого возраста ушивание язвы желудка по Опелю Поликарпову (таблица 6.1).

Таблица 6.1 – Типы операций у больных с осложненной язвенной болезнью

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

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

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

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

Глава 7 «Результаты оперативного лечения вентральных грыж у лиц пожилого и старческого возраста» включает 23 пациента с вентральными грыжами, из них у 4 был рецидив вентральной грыжи. 2 больных поступили с ущемлением, а у остальных были невправимая форма грыжи. Больные отмечали частое возникновение кишечной непроходимости, прогрессивное увеличение грыжевого выпячивания и постоянный болевой синдром, что явилось основанием для применения оперативного вмешательства.

7.1 Клиническая характеристика

Под наблюдением находилось 23 больных с вентральными грыжами, которые были направлены в стационар для оперативного лечения. В результате обследования установлена следующая локализация 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. Послеоперационные 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 нижней средней линии живота после операции, выполненной по поводу заболевания органов малого таза (миома матки).

Анализ сроков существования грыж показал, что до года не было ни одного больного, в основном давность грыж у пожилых более 10 лет была у 12, а у лиц старческого возраста у всех 4 поступивших давность более 10 лет. Из 23 двое поступили с ущемлением (паховая грыжа), а у остальных были невправимые грыжи. Мы, как и ряд исследователей, делили грыжи с учетом размера на малые, средние, большие и гигантские. Грыжи малого размера (до 5см) были у 2, среднего (от 5 до 10 см) у 8, большие (от 10 до 20 см) у 9 и гигантские (более 20 см) у 4. Среди пациентов пожилого возраста была по 2 случая с крупными и гигантскими грыжами. Диагностика грыж не представляла трудностей, однако из особенностей клинической картины стоит отметить, что у людей старшего возраста наблюдается более быстрое развитие увеличения размеров грыж. Наличие грыжи часто сопровождается признаками кишечной непроходимости, при этом пациенты зачастую прибегают к консервативному лечению, включая очистительные клизмы и прием слабительных средств.

При любом методе аутопластики есть угроза возникновения компартмент синдрома, поэтому необходимо избрать оптимальный выбор метода грыжесечения. Типы операций даны в таблице 7.1.2.

Таблица 7.1.2 – 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 предоперационная подготовка, направленная на профилактику сердечно-сосудистых осложнений. При выявлении гепатита в комплекс предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде обязательно включали гепатотропные препараты.

В срочном порядке оперировано 2 больных с ущемленными грыжами, а остальные после детального обследования и решения вопроса о возможности выполнения операции.

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

При паховых грыжах отдавали предпочтение методам укрепления задней стенки пахового канала по Бассини, а также выполняли метод Лихтенштейна, у больных пожилого возраста по 4 наблюдения и по одному у лиц старческого возраста. В ближайшем после операционном периоде у одного больного с пластикой по Бассини старческого возраста возник инфильтрат, других осложнений не наблюдали.

Аутопластика выполнялась традиционно, а применение сетки с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки, если коэффициент был выше 2,10, то применяли сетку с сохранением объема брюшной полости (рисунок 7.1.1), а если меньше 2,09 то аутопластику. В тех случаях, когда в момент операции

отмечалось расслоение апоневроза и мышц, то ушитые грыжевые ворота укрепляли полипропиленовой сеткой (рисунок 7.1.2).

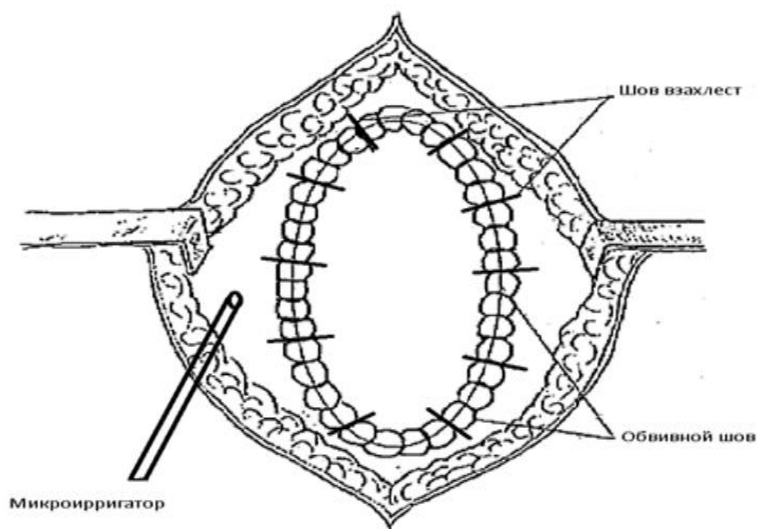


Рисунок 7.1.1 – Схема пластики с применением полипропиленовой сетки с сохранением объёма брюшной полости.

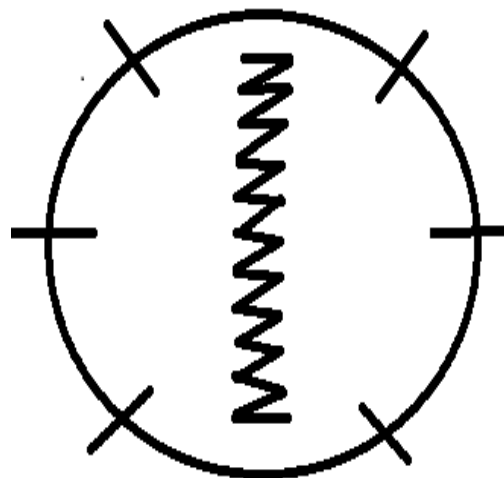


Рисунок 7.1.2 – Схема укрепления грыжевых ворот.

При паховых грыжах у пациентов, у которых наблюдается ослабление механических свойств мышечно-апоневротических структур, проводилась пластика с использованием полипропиленовой сетки по классическому методу Лихтенштейна. Суть пластики в том, что после этапов грыжесечения, сетка размещается на заднюю стенку пахового канала и фиксируется непрерывным обвивным швом по всему периметру монофиламентной проленовой нитью. 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.

При использовании полипропиленовой сетки в пластике грыжевых ворот подкожную клетчатку дренировали одним или двумя микроиригаторами, который удаляли только после прекращения отделяемого.

Осложнения были выявлены у 2 пациентов пожилого возраста, которым проводилась аутопластика: у одного — серома, устраненная пункцией, а у другого — инфильтрат, и у 1 пациента старческого возраста, которому произведена пластика по Бассини, возник инфильтрат, а при использовании сетки осложнений не было. Всего осложнения были выявлены у 3 из 23 оперированных, однако они были успешно устранены к моменту выписки.

Таким образом наши исследования показали возможность и даже целесообразность применения синтетических протезов при вентральных грыжах у лиц пожилого и старческого возраста.

Глава 8 «Особенности течения хирургического заболевания у лиц старшего возраста на фоне сахарного диабета».

8.1. Характеристика больных.

Из числа госпитализированных нами пациентов было 32 человека с сахарным диабетом, у которых обнаружены заболевания, требующие хирургического вмешательства, что составляет 12,8 % от общего числа больных с острой абдоминальной патологией. Из 32 поступивших 21 были женщины, а 11 — мужчины. Пациенты пожилого возраста составило 21 человек, а старческого возраста — 11. Диагноз сахарный диабет был поставлен на основе критериев Всемирной организации здравоохранения (1999).

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

При поступлении обращали внимание на характер сопутствующих заболеваний, их диагностику и особенности терапии у больных с сахарным диабетом страдающих хирургической патологией.

В результате было установлено, что больные пожилого и старческого возраста поступали в клинику более поздние сроки по сравнению с пациентами среднего возраста, что, возможно, и явилось причиной более частого возникновения деструктивных форм заболеваний, о чём свидетельствуют данные таблицы 8.1.1, в которой показан характер заболеваний, по поводу которых были госпитализированы пациенты.

Таблица 8.1.1 – Характер патологии на фоне сахарного диабета

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

Из 32 больных наибольшую группу составили пациенты с острым холециститом (46,8%), реже с язвенной болезнью, осложнённое кровотечением и еще реже с острым аппендицитом. Оперативное лечение проведено у 21 пациента, а у 11 ограничились консервативным методом лечения, это в основном были больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с возникшим осложнением в виде кровотечения. С помощью медикаментозных

средств удалось остановить кровотечение у 7, а одному произведена резекция желудка.

8.2 Предоперационная подготовка пациентов при поступлении в клинику и результаты лечения.

При поступлении уточняли давность заболевания сахарным диабетом, какой из сахара снижающих препаратов получал в последнее время, какой был уровень сахара в крови и с учетом этих данных мы проводили предоперационную подготовку. Она была направлена на коррекцию сахара крови, метаболических нарушений, ликвидацию воспалительного процесса и снижение интоксикации, обязательно переходили на простой инсулин малыми дозами с частым контролем уровня сахара. Использовали препараты тиоктовой кислоты, которые улучшают состояние больных и ведет к поддержанию гипогликемии, также назначали комплекс витаминов А, В, С и Е, которые обладают антиоксидантным действием. Назначали препарат мильгамма, он улучшает общее состояние больных. Обязательно использовали реополиглюкин, он улучшает диурез и способствует снижению интоксикации. Наряду с этими препаратами больные получали коррекцию сопутствующих патологий - это в основном гипотензивные препараты. При гипертонической болезни и коронарной болезни сердца проводили ингаляцию кислорода с антиспастической смесью. Особое внимание уделили противовоспалительной терапии, назначение антибиотиков, сначала использовали цефтриаксон 1,0 внутривенно (введение предоперационная антибиотикопрофилактика), а в последующем с учетом чувствительности микрофлоры. Перечисленное консервативное лечение больные продолжали получать и в послеоперационном периоде. Необходимо учесть, что при сахарном диабете лечение должно быть комплексным: операция, совмещенная с медикаментозным лечением, которые потенцируют друг друга.

В предоперационном периоде все больные консультированы кардиологом, эндокринологом, совместно определяли объем предоперационной подготовки, а затем решали вопрос о возможности выполнения операции. Уделяли особое внимание выбору доступа, чтобы он был менее травматичный и в то же время обеспечивал свободное выполнение всех этапов операции, так как для больных пожилого и старческого возраста это имело большое значение. Типы операций и характер осложнений даны в таблице 8.2.1.

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

Типы операции	Всего больных	Осложнения			Всего
		нагноение раны	инфильтрат	желчеистечение	
Холецистэктомия	15	1	1	1	3
Аппендэктомия	5	1	1		2
Резекция желудка	1	-	-	-	
Итого	21	2	2	1	5 (23,8%)

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

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

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

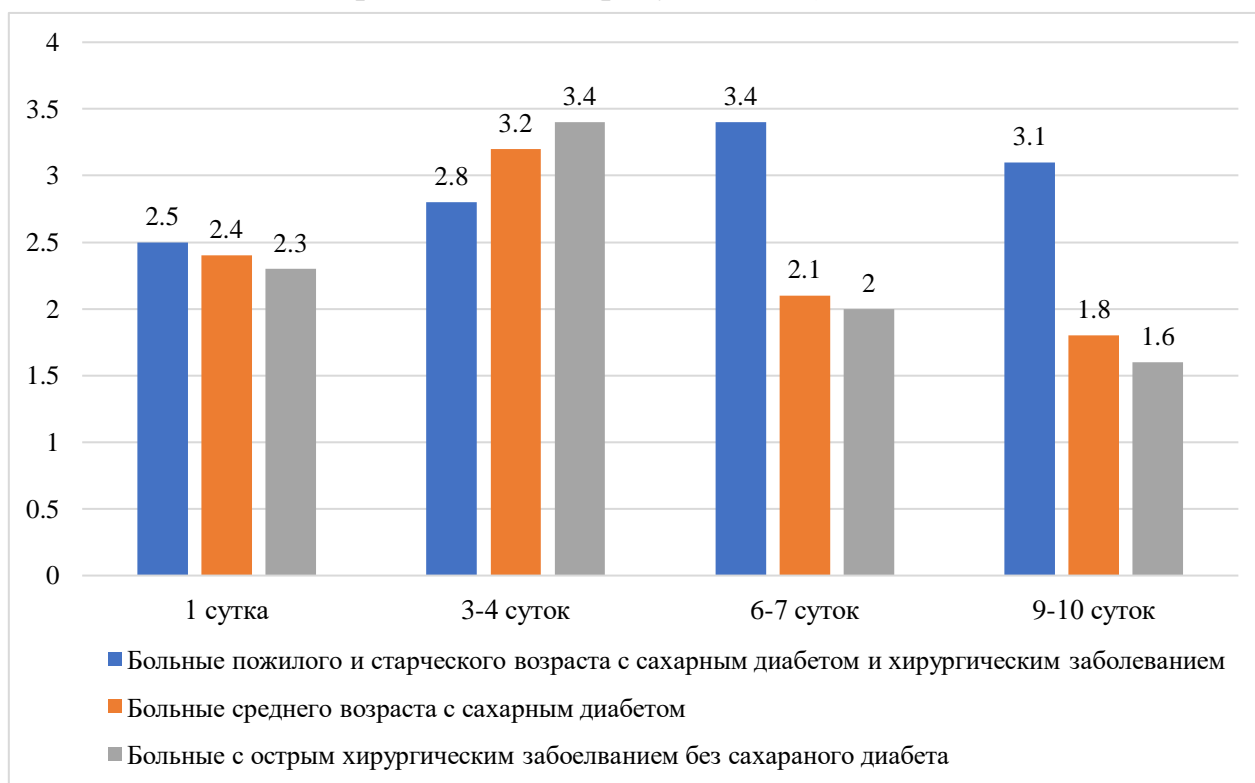


Рисунок 8.2.1 – Результаты эхоморфометрии у 3 групп больных

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

Эхоморфометрические данные показали, что заживление ран у больных пожилого и старческого возраста происходит медленнее, чем у пациентов среднего возраста.

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Среди поступивших пациентов старшего возраста преобладали женщины – 128 (62,7%), а в структуре заболевания наибольший удельный вес занимал острый холецистит – 30 (18,1%), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, осложненной кровотечением – 34 (16,7%) и перфорации – 2 (0,9%), кишечная непроходимость – 23 (11,3%), и вентральные грыжи – 23 (11,3%).
2. Сложности диагностики у больных старшего возраста обуславливалось с запоздалым поступлением пациентов и наличием у них тяжелых сопутствующих заболеваний, которое имело место у большинства больных (преимущественно сердечно-сосудистая патология).
3. У больных пожилого и старческого возраста целесообразно использовать эндопротезы при грыжесечении, но с учетом коэффициента напряжения внутрибрюшного давления, в двух вариантах: сохранением объёма брюшной полости или с укреплением грыжевых ворот.
4. Возникновение острого воспалительного заболевания брюшной полости на фоне сахарного диабета, протекает с тяжёлой степенью эндотоксикоза и замедлением заживления операционной раны, что нашло подтверждение в результатах эхоморфометрии ран.
5. Основными причинами возникновения осложнений и летальности явилось состояние пациентов, обусловленное тяжестью сопутствующих заболеваний с развитием 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 (лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия) и применение на всех этапах лечения лимфогенных технологий. В тактике лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений в виде острого холецистита и холедохолитиаза, разработанный нами алгоритм позволяет выбрать адекватный метод лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При поступлении пациентов старшего возраста с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости рекомендуется проводить полное клиническое обследование с целью уточнения характера основного и сопутствующего заболевания, но при этом анализировать проблему сопутствующих патологий так как их динамика отражает структуру заболеваемости и летальности в исследуемом регионе (Кыргызстан, г. Бишкек).

2. Для пациентов старшего возраста с острыми хирургическими заболеваниями на фоне сопутствующей патологией для диагностики, лечения и профилактики необходим подход с участием группы врачей, в составе анестезиолога, кардиолога, хирурга и врачей других специальностей, знающих с патофизиологией сопутствующих заболеваний. Только совместное решение поставленных задач позволяет улучшить результаты лечения больных старшего возраста.

3. Одной из проблем больных пожилого и старческого возраста является инфекции в области хирургического вмешательства. Причины их многообразны: нарушение асептики, контаминация в области раны, высока вирулентность микрофлоры, снижение реактивности, а также транслокация возбудителя из кишечника в зону оперативного вмешательства. А фактором риска является длительный срок до операции, продолжительность операции, кровопотеря. Учитывая многообразия причин и факторов развития риска, необходимо: сократить сроки до операции, по возможности снизить кровопотерю, бережно относиться с тканями.

4. Учитывая роль лимфатической системы использовать регионарную лимфостимуляцию с учетом анатомии лимфатических узлов и лимфатических сосудов, близко расположенных к очагу инфекции. Это улучшит дренажную функцию лимфатических сосудов и предотвратить прогрессирование инфекции. В момент удаления очага поражения и его ликвидации осуществлять орошение

брюшной полости озонированным раствором хлорида натрия с концентрации озона 8-10 мкг/мл.

5. У лиц пожилого и старческого возраста сопутствующими заболеваниями при вентральных грыжах для профилактики компартмент синдрома и рецидива послеоперационных вентральных грыж при грыжесечении использовать полипропиленовые аллопротезы, с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки.

6. При гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии на фоне сопутствующих заболеваний использовать аутоплазму, обогащённую тромбоцитами в периульцерозную зону. Метод обеспечивает не только гемостаз, но и способствует быстрому заживлению язв.

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

8. Если у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу осложненной ЖКБ на фоне сопутствующих заболеваний, операция не принесла улучшения: сохраняется боль, иногда приступообразная с появлением желтухи, то необходимо выполнить КТ. Если обнаружен рецидив холедохолитиаза, то выполнение наиболее целесообразно эндоскопическую попилосфинктеротомию, а при ее неудаче или наличии противопоказаний произвести открытую операцию: это позволит снизить число больных с постхолелитсэктомическим синдромом.

9. Большое значение в исходе операции у лиц старшего возраста имеет значение вид обезболивания. Все хирурги указывают, что у лиц старшего возраста применение эпидурального обезболивания является наиболее оптимальным: снижается кровопотеря и возможно ранняя активизация, что предотвращает развитие легочного осложнения, но этой методикой владеет лишь единицы анестезиологов в городе Бишкек. Учитывая, эти обстоятельства на курсах повышения квалификации в КГМИППК им. С. Б. Даниярова уделить подготовке анестезиологов особое внимание.

10. Учитывая рост удельного веса больных пожилого и старческого возраста и частоту хирургического заболевания на фоне сопутствующей патологии на кафедрах и курсах гериотрии усилить подготовку, студентов, врачей, и более широко освещать особенности течения заболеваний у данной группы больных, что улучшит качество лечения.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Миниинвазивные методы в лечении желчекаменной болезни у больных старшего возраста [Текст] / [Р. А. Оморов, А. У. Айтикеев, М. Ж. Алиев, А. С. Токтосунов] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019. – Т. 18, – № 4, – С. 147-154; То же [Электронный ресурс] – [Режим доступа]: <https://sgma.info/ru/issues-archive/2010/2019/2019.html?download=719:2019-4>
2. Лечение острой абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности [Текст] / [Р. А. Оморов, У. С. Мусаев, А. С. Токтосунов, и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. посвященные 80 – летию КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2019, – Т. 1, – № 1, – С. 41-47; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://doi.org/10.54890/.v1i1.11>
3. Role of videolaparoscopy in the surgical treatment of hepatic cystic echinococcosis [Текст] / [A. A. Abdiev, B. T. Toktogaziev, S. A. Aitbaev, A. S. Toktosunov et al.] // Biomedicine. – 2022. – № 42, (6). – С. 1268-1271; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://www.researchgate.net/publication/366806152_Role_of_videolaparoscopy_in_the_surgical_treatment_of_hepatic_cystic_echinococcosis
4. Results of repeat operation for early adhesive intestinal obstruction [Текст] / [A. A. Abdiev, N. N. Mamatov, A. S. Toktosunov, et al.] // Biomedicine. – 2022. – (6). – С. 1272-1274; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://biomedicineonline.org/article/results-of-repeat-operation-for-early-adhesive-intestinal-obstruction/>
5. Специфика язвенного процесса у больных с гастродуоденальными кровотечениями проживающих в горных условиях Кыргызской Республики [Текст] / [Е. Ж. Жолдошбеков, К. А. Ниязов, У. С. Мусаев, А. С. Токтосунов] // Здравоохранение Кыргызстана научно-практический журнал – 2022. – № 3. – С. 48-55; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://dx.doi.org/10.51350/zdravkg202293648>
6. Диагностика и лечение билиарного панкреатита [Текст] / [Д. С. Ибраимов, А. С. Токтосунов, М. Б. Чапыев и др.] // Научное обозрение. Медицинский науки. – 2023. – № 1. – С. 28-32; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50341511>
7. **Токтосунов, А. С.** Симультаные операции при послеоперационных вентральных грыжах и желчнокаменной болезни [Текст] / О. Ж. Токтогулов, Т. Н. Калыбеков, А. С. Токтосунов // Научное обозрение. Медицинский науки. – 2023. – № 3. – С. 40-45; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434714>
8. Симультаные операции при вентральных грыжах у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / [О. Ж. Токтогулов, Т. Н. Калыбеков, М. Б. Чапыев,

А. С. Токтосунов и др.] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2023. – Т. 23, – № 1 – С. 104-109; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434714>

9. Острый аппендицит с позиции синдрома системной воспалительной реакции [Текст] / [А. А. Абдиев, А. Ж. Акешов, А. С. Токтосунов и др.] // Вестник Кыргызско - Российского Славянского университета. – 2023. – Т. 23, – № 1. – С. 4-8; То же: [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <http://vestnik.krsu.edu.kg/archive/185/7558>

10. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии у больных оперированных с доступом лапаротомии брюшной полости [Текст] / [А. С. Токтосунов, Ж. Р. Батиров, Т. Н. Анаркулов и др.] // Наука. Образование Техника. – 2024. – № 2 – С. 157-162; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://doi.org/10.54834/.vi2.394>

11. Повторные операции при резидуальном и рецидивном холедохолитиазе [Текст] / [А. А. Абдиев, С. Ш. Сапаров, А. С. Токтосунов и др.] // Наука. Образование Техника. – 2024. – № 2. – С.152-156; То же: [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://doi.org/10.54834/.vi2.393>

12. Causes and Results of Repeated Operations in Iatrogenic Lesions of the Biliary System [Текст] / [А. А. Abdiev, U. D. Imashev, A. S. Toktosunov et al.] // Asian Journal of Pharmaceutics. – 2024. – Т. 18, № 4. – С. 1358-1362; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_41299674_66121957

13. Relaparotomy for Peritonitis Following Liver Surgery in Alveococcosis and Echinococcosis: A Retrospective Analysis of 924 Cases [Текст] / [А. А. Abdiev, U. D. Imashev, A. S. Toktosunov et al.] // Journal of Communicable Diseases. - Karnataka, 2024. – Т. 18, № 4. – С. 153-157; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://medical.advancedresearchpublications.com/index.php/Journal-Communicable-Diseases/article/view/4150/1868>

14. **Токтосунов, А. С.** Эффективность региональной лимфостимуляции и после осложнений холецистэктомий у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А. С. Токтосунов // Наука. Образование Техника. – 2024. – № 3. – С. 76-81; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <https://doi.org/10.54834/.vi3.4555>

15. **Токтосунов, А. С.** Лечение желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста (монография) [Текст] / А. С. Токтосунов // Бишкек; издательство «Улуу Тоолор», 2017. – 152 с; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/ru/o-biblioteke/8-poslednie-novosti/39-v-biblioteku-kgma-postupili-novye-monografii-16-03-17g>

Токтосунов Арсен Сапарбековичтин «Курч абдоминалдык патология менен жабыркаган улгайган жана картаң курактагы бейтаптарда дартты аныктоонун жана хируриялык тактиканын заманбап принциптери» деген темадагы 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин

докторунун окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: курсак көңдөйүнүн органдарынын оорулары, улгайган жана картаң курак, дартты аныктоо, дарылоо, татаалдашуу, алдын алуу чаралары.

Изилдөөнүн объектиси: бейтаптар улгайган жана картаң адамдардын курч хирургиялык оорулары менен жабыркаган.

Изилдөө предмети: натыйжалардын клиникалык лабораториялык жана инструменталдык изилдөө ыкмалары.

Изилдөөнүн максаты. Улгайган жана картаң бейтаптарда курч абдоминалдык патологияны аныктоонун, тактикасынын жана хирургиялык дарылоонун өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

Изилдөө ыкмалары: клиникалык, лабораториялык (жалпы кан анализи, боор жана бөйрөк анализдери), электрокардиограмма жана инструменталдык (рентген, ультра-үндүү изилдөө, магниттик-резонанстык томография).

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы. Улгайган жана картаң адамдардагы курсак көңдөйүнүн курч хирургиялык ооруларынын жыштыгы жана мүнөзү изилденген, коштолгон оорулардын мүнөзү жана жыштыгы аныкталган. Биринчи жолу улгайган бейтаптарда курч хирургиялык ооруларды дарылоонун минималдуу инвазивдик ыкмаларын (лапароскопиялык холецистэктомия, эндоскопиялык папиллофинктеротомия) колдонуу мүмкүнчүлүгү негизделген. Синтетикалык протездерди колдонуу менен чуркуну оңдоо операцияларын жүргүзүү мүмкүнчүлүгү жана алардын натыйжалуулугу далилденген. Кант диабети фонунда курч хирургиялык оорулар менен жабыркаган бейтаптарда операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүн изилдөөнүн натыйжалары келтирилген. Лимфогендик технологияларды колдонуу менен сезгенүү ооруларын алдын алуу боюнча чаралардын натыйжалуулугу көрсөтүлгөн. Алынган маалыматтардын негизинде улгайган жана картаң адамдарда өтөгү таш ооруларынын жана анын татаалдашуусун башкаруу жана дарылоо тактикасынын алгоритми иштелип чыккан.

Колдонуу даражасы же колдонуу боюнча сунуштар. Иш процессинде алынган негизги корутундулар жана сунуштар хирургиялык бөлүмдөрдүн күнүмдүк клиникалык практикасында, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөлөрдө колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: жалпы хирургия, эндовидеохирургия.

РЕЗЮМЕ

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

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

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

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

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

Методики исследования: клинические, лабораторные (общий анализ крови, печеночные и почечные тесты), электрокардиография и инструментальные (рентген, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография).

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

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

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

Область применения: общая хирургия, эндовидеохирургия.

SUMMARY

of dissertation by Toktosunov Arsen Saparbekovich on the theme: "Modern principles of diagnosis and surgical tactics in elderly and senile patients with acute abdominal pathology", presented for the academic degree of doctor of medical sciences at the specialty 14.01.17 – surgery

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

Object of the research: There were elderly and senile patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity.

Subject of the study: the results of clinical, laboratory and instrumental research methods.

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

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

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

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

Scope of application: general surgery, endovideosurgery.



Тираж 100 экз. Бумага офсетная.
Формат бумаги 60 x 90/16. Объем 2,4 п. л.
Отпечатано в типографии “Book дизайн”
720000, г. Ош, ул. И. Сулайманова, 3