

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК: [617-089] – 053.9

ЖИДКОВ
Сергей Анатольевич

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.00.27 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Минск, 2007 г.

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор,
лауреат Государственной премии Республики Беларусь,
заведующий кафедрой хирургических болезней № 2
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
ТРЕТЬЯК СТАНИСЛАВ ИВАНОВИЧ

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой хирургических
болезней № 2 УО «Гомельский государственный
медицинский университет» Дундаров З.А.

доктор медицинских наук, профессор
заведующий кафедрой факультетской хирургии
УО «Витебский государственный медицинский
университет» Шиленок В.Н.

Оппонирующая организация:

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 21 марта 2007 г. в 13 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.05 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, д. 83 (тел. 272-55-98).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «___» февраля 2007 года.

Ученый секретарь совета по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук, доцент

А. С. Ластовка

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ ДИССЕРТАЦИИ. Проблема лечения urgentных хирургических больных пожилого и старческого возраста является актуальной, малоизученной и до конца не решенной [И.Н. Денисов, А.Г. Резе, 2000; Б.С. Брискин, 2004; G. Diana et al. 1998; N.M. Resnick, E.R. Marcantomo, 1997]. С каждым годом в хирургические стационары Республики Беларусь поступает все больше больных старше 60 лет с острыми заболеваниями органов брюшной полости [Н.В. Завада, 1996; Г.П. Рычагов, 2002; П.В. Гарелик, 2004; С.Г. Шорох, 2005]. Именно они составляют подавляющее количество случаев летальных исходов.

В проблеме лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста остаются невыясненными и малоизученными следующие вопросы:

- отсутствуют обобщенные данные по срокам поступления больных в стационар, о зависимости этих сроков от качества диагностики на догоспитальном этапе, а также влияние этих факторов на результаты лечения [Г.П. Шорох с соавт., 1996; В.И. Кукош с соавт., 2002; А.С. Антоненко с соавт., 2005; V. Prisco et al., 1993; A. Wysocki et al., 1999];

- до конца не определены группы экстренных хирургических больных по объему оперативного вмешательства в зависимости от компенсации функций жизненно важных органов (в первую очередь - сердечно-сосудистой системы) [Д. В. Лукьянцев с соавт., 2000; Р. Б. Мумладзе с соавт., 2003; M. Keymling, 2003; H.J. Gassel et al., 2005];

- противоречивы и требуют уточнения сведения об объеме операции при острой кишечной непроходимости (ОКН) опухолевого генеза у больных старше 60 лет (особенно при наличии метастазов и распространенного перитонита) [И.А. Ерюхин с соавт., 1996; В.Я. Белый с соавт., 1996; В.Т. Кохнюк, 2005; А.В. Пугачев с соавт., 2005; Jefferys M., 1997; Paul Diaz Z. et al., 1998];

- отсутствуют критерии для выполнения симультанных операций (СО) в неотложной хирургии органов брюшной полости в этой возрастной группе [П.В. Гарелик с соавт., 1998; В.Н. Ярыгин с соавт., 2003; Ю.Б. Мартов с соавт., 2006; D. Lohlein et al., 1977; P.N. Schlegel et al., 1989];

- требуют уточнения вопросы клиники и диагностики распространенного и послеоперационного перитонита [Ю.Б. Мартов, 1998; Б.К. Шуркалин, 2000; Н.В. Завада с соавт., 2003; В.К. Гостищев, 2004; В.С. Савельев, 2005; W. Teichmann et al., 2000; M. Kolagbi et al., 2001];

- противоречивы и нуждаются в уточнении вопросы завершения операции при перитоните у пожилых пациентов, выполнения санационных релапаротомий, назогастроинтестинальной интубации и различных методов

детоксикации [В. В. Кирковский, 1997; В. С. Савельев с соавт., 1998; Ю.Б. Мартов с соавт., 1998; Р.Д. Мустафин с соавт., 2004; Klar E. et al., 1999; Osterkamp R., 2005];

- требуют дополнительного изучения отдельные вопросы танатогенеза при острой патологии органов брюшной полости у пациентов пожилого и старческого возраста [В. А. Гагушин, 1999; С. И. Леонович, 2003; Б.С. Брискин, 2006; Т. Ochiai et al., 1996; H.J. Gassel et al., 2005].

Таким образом, изучение вопросов оказания медицинской помощи пожилым пациентам на догоспитальном и госпитальном этапах, тактика их оперативного лечения в зависимости от компенсации функции сердечно-сосудистой системы (в т. ч. при сочетанных заболеваниях), решение вопросов диагностики и лечения перитонита, а также изучение танатогенеза, чрезвычайно актуальны и имеют большое значение для современной неотложной хирургии и гериатрии.

СВЯЗЬ С НАУЧНЫМИ ПРОГРАММАМИ. Работа выполнена по плану научных исследований Белорусского государственного медицинского университета в рамках темы «Совершенствование направлений диагностики, профилактики и комплексного лечения хирургических заболеваний и травм мирного времени» (№ государственной регистрации ЦГА НИОКР 20063857, сроки выполнения с 2006-2010 гг.).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Повысить эффективность лечения больных пожилого и старческого возраста с острой абдоминальной патологией путем использования новых подходов к диагностике, предоперационной подготовке, объему и характеру хирургических пособий, а также особенностей послеоперационного лечения.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Провести анализ оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и оценить её влияние на развитие осложнений и результаты лечения у urgentных хирургических больных пожилого и старческого возраста.

2. Определить закономерности и особенности лечения неотложной абдоминальной патологии у больных старше 60 лет в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

3. Разработать диагностический алгоритм при ОКН опухолевого генеза у лиц старше 60 лет, а также определить объем оперативного вмешательства при различных формах и стадиях заболевания.

4. Определить критерии безопасности выполнения симультанных операций больным данной возрастной группы с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

5. Выявить закономерности течения и определить основные направления диагностики и лечения перитонита у пациентов старше 60 лет.

6. На основании патологоанатомических данных определить основные причины смерти больных пожилого и старческого возраста с неотложной абдоминальной патологией, а также влияние на исходы лечения конкурирующей и сопутствующей патологии с целью улучшения результатов лечения.

7. Разработать рекомендации по лечению больных старше 60 лет с неотложной хирургической патологией органов брюшной полости.

ОБЪЕКТ И ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Для реализации поставленных целей и задач изучены результаты лечения 2067 больных старше 60 лет с острыми заболеваниями органов брюшной полости, оценены причины смерти 370 пациентов по материалам Минского городского патологоанатомического бюро.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Для достижения цели и решения поставленных задач были проведены клинические и патологоанатомические исследования. При этом использованы физиологический, гематологический, биохимический, функциональный (ультразвуковой, выполнение реовазографии), микробиологический, морфологический и статистический методы исследования.

ГИПОТЕЗА.

Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости во многом зависят от сроков поступления в стационар, качества диагностики на догоспитальном этапе, а также тяжести сопутствующих терапевтических заболеваний (в основном сердечно-сосудистой системы).

В зависимости от функционального состояния организма (в первую очередь сердечно-сосудистой системы), у лиц старше 60 лет оперативное лечение острых заболеваний органов брюшной полости может быть разделено на несколько этапов.

Объем оперативного пособия при неотложной абдоминальной патологии у лиц старше 60 лет определяется функциональным состоянием организма, а не возрастом больного.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

1. Дополнительно установлены отдельные факторы патогенеза острых хирургических заболеваний (в первую очередь, изменений со стороны сердечно-сосудистой системы) у больных старше 60 лет, негативно влияющие на течение и прогноз заболевания. На основании выявленных закономерностей дано научное обоснование выделения групп больных пожилого и старческого возраста по объему хирургического вмешательства и особенностям послеоперационного ведения.

2. Определены критерии диагностики ОКН опухолевого генеза у лиц старше 60 лет. Установлен объем операции в данной возрастной группе при наличии метастазов и перитонита.

3. Впервые разработана шкала оценки степени полиорганной недостаточности (ПОН) у больных пожилого и старческого возраста для определения переносимости СО в неотложной абдоминальной хирургии.

4. На основании ретроспективного патологоанатомического анализа детализированы факторы танатогенеза при острой хирургической патологии органов брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста. При этом установлена ведущая роль изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и фактора своевременности госпитализации в наступлении неблагоприятного исхода болезни.

5. Разработана система диагностики, прогнозирования и комплексного лечения больных старше 60 лет с острой хирургической патологией органов брюшной полости, позволяющая уменьшить послеоперационную летальность с 3,6 до 0,6% и снизить частоту осложнений.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

1. В алгоритм предоперационного обследования больных старше 60 лет с неотложной абдоминальной патологией впервые включены выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) сердца и измерение центральной гемодинамики (ЦГД), влияющие на выбор хирургической тактики и объема экстренного оперативного вмешательства.

2. Установлены критерии диагностики, хирургической тактики и послеоперационного дифференцированного лечения больных пожилого и старческого возраста в зависимости от состояния компенсации органов и систем, а также индивидуальных особенностей организма.

3. Определена необходимость выполнения экстренных СО у лиц старше 60 лет. Разработана и внедрена в клиническую практику шкала определения степени ПОН, способствующая оценке переносимости экстренной СО у пациентов данной возрастной группы. Показаны преимущества одного доступа и применения эндовидеолапароскопических технологий при выполнении СО. Усовершенствована методика дренирования брюшной полости при выполнении лапароскопических симультанных операций.

4. Усовершенствованы тактические и лечебные аспекты при различных формах распространенного перитонита у больных старше 60 лет. Уточнены показания, усовершенствована техника санационных релапаротомий, обоснована эффективность и безопасность сочетанного применения прямого электрохимического окисления крови (НЭХОК) и ультрафиолетового облучения (УФО) крови у этой категории больных.

5. Обоснована настоятельная необходимость участия врача-кардиолога в до- и послеоперационном лечении пациентов старше 60 лет с неотложной абдоминальной патологией.

Практические предложения и рекомендации диссертационной работы внедрены в хирургических и реанимационных отделениях 2-й и 4-й городских клинических больниц г. Минска, 432-м Главном военном клиническом медицинском центре Вооруженных Сил Республики Беларусь и других лечебных учреждениях. Положения настоящего исследования включены в лекции по вопросам неотложной хирургии для курсантов ВМедФ в БГМУ, для хирургов-интернов и врачей-стажеров. Материалы диссертации вошли в учебное пособие «Колоректальный рак», допущенное Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебного пособия для слушателей системы последипломного медицинского образования. По материалам диссертации изданы методические рекомендации «Метод непрямого электрохимической детоксикации организма с использованием гипохлорита натрия в практической медицине», утвержденные МЗ РБ 24 января 2000 г., получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы изобретения «Способ оценки тяжести течения и прогнозирования исхода острого панкреатита», также получены удостоверения на 8 рационализаторских предложений, утвержденных Белорусским государственным медицинским университетом.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Результаты лечения и количество осложнений при неотложной абдоминальной патологии у лиц пожилого и старческого возраста зависят от сроков поступления в стационар, а последние - от качества диагностики на догоспитальном этапе.

2. Тактика хирургического лечения ургентной абдоминальной патологии у больных старше 60 лет зависит от функционального состояния организма, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы. При этом лечение может быть разделено на несколько этапов.

3. Критериями диагностики ОКН опухолевого генеза у больных старше 60 лет являются клинические симптомы и рентгенологическое обследование. Объем операции определяется функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы и возможностью удаления опухоли, а не наличием перитонита и метастазов.

4. При лечении сочетанных хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста целесообразно применять экстренные СО. Разработанная шкала определения степени ПОН позволяет определить переносимость СО. Необходимыми условиями их выполнения являются: отсутствие

перитонита, незначительная кровопотеря, стабильная гемодинамика во время операции и достаточная квалификация хирурга.

5. Перитонит у лиц старше 60 лет имеет преимущественно вялотекущий характер, в его этиологии преобладает аэробно-анаэробная флора. Лучшие результаты позволяют получить использование санационной релапаротомии (РЛТ), а также включение в комплекс лечения гипохлорита натрия в сочетании с ультрафиолетовым облучением (УФО) крови.

6. Декомпенсация функции сердечно-сосудистой системы играет определяющую роль в танатогенезе при неотложной абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста, что необходимо учитывать в период до- и послеоперационного лечения.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД СОИСКАТЕЛЯ.

Личное участие автора в выполнении диссертационной работы состояло в планировании и осуществлении всех этапов исследования; выполнении хирургических вмешательств у большинства наиболее тяжелых больных, руководстве лечебным процессом всех пациентов анализируемых групп; обосновании и применении методов определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы; разработке шкалы определения степени ПОН и использовании её при выполнении СО; анализе протоколов аутопсий и данных патологоанатомического исследования; статистической обработке полученных данных, анализе результатов, формулировке выводов и практических рекомендаций.

АПРОБАЦИЯ ДИССЕРТАЦИИ.

Основные положения диссертации были представлены в докладах и обсуждены на научно-практических конференциях «Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита» (г. Санкт-Петербург, 1995); «Избранные вопросы хирургии и военно-полевой хирургии» (г. Саратов, 1995); «Актуальные проблемы совершенствования специализированной медицинской помощи в многопрофильном госпитале» (г. Красногорск, 1995); международной научной конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны. Эндоскопическая хирургия» (г. Санкт-Петербург, 1996); научно-практических конференциях «Декабрьские чтения по неотложной хирургии» (г. Минск, 1996-2000 гг.); XXI Пленуме Правления общества белорусских хирургов (г. Брест, 1997); 3-й Международной конференции «Проблемы реабилитации проктологических больных» (г. Витебск, 1998); XXIII Пленуме Правления общества белорусских хирургов (г. Лида, 1999); научных сессиях БГМУ (г. Минск, 2000-2006 гг.); научной конференции «Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи» (г. Минск, 2001); Международном научном симпозиуме «Белорусско-польские дни хирургии» (г. Гродно, 2001);

научной конференции «Современные технологии в хирургии» (г. Москва, 2001); XII съезде хирургов Республики Беларусь (г. Минск, 2002); научно-практической конференции «Современные технологии в хирургии» (г. Минск, 2002); 3-й Всеармейской научно-практической конференции «Инфекция в хирургии - проблема современной медицины» (г. Москва, 2002); научно-практической конференции «Организация стационарной помощи жителям г. Минска» (г. Минск, 2003); научно-практической конференции «Стратегия развития экстренной медицинской помощи» (г. Минск, 2003); III съезде онкологов и радиологов стран СНГ (г. Минск, 2004); XXIV Пленуме Правления Ассоциации белорусских хирургов (г. Минск, 2004); Всеармейской международной конференции, посвященной 200-летию государственного учреждения «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь» (г. Минск, 2005); XIII съезде хирургов Республики Беларусь (г. Гомель, 2006); научной сессии, посвященной 85-летию БГМУ (г. Минск, 2006); заседании научного общества хирургов г. Минска и Минской области (г. Минск, 2006).

ОПУБЛИКОВАННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ.

По теме диссертации опубликовано 103 научных работы. Из них учебных пособий - 1; методических рекомендаций, утвержденных МЗ РБ - 1; статей в рецензируемых журналах - 26; в сборниках научных трудов - 14; тезисов докладов съездов, конференций, конгрессов и симпозиумов - 58 (в том числе международных -14); методических рекомендаций - 3, всего на 440 страницах.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ.

Диссертационная работа написана на русском языке, изложена на 239 страницах машинописного текста и состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций и приложения, содержит 48 таблиц и 68 рисунков. Библиографический указатель включает 485 источников, из них 290 отечественных и 195 иностранных авторов. Результаты собственных исследований изложены на 160 страницах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Хирургическая тактика при лечении ургентной абдоминальной патологии у больных старше 60 лет

Нами в период 1998-2002 гг. проведено лечение 6171 больных с экстренной патологией органов брюшной полости. Из них 1539 (24,9%) были старше 60 лет.

Для сравнения структуры патологии и качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе нами изучены статистические показатели работы этого же отделения в период 1988-92 гг. (табл. 1.).

Таблица 1.

Количество больных старше 60 лет, поступивших в стационар с экстренной патологией органов брюшной полости в различные периоды

| ЗАБОЛЕВАНИЕ | 1988-1992 гг. | | 1998-2002 гг. | |
|---------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | п | % | п | % |
| ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ | 182 | 13,6 | 99 | 6,4 |
| ПРОБОДНАЯ ЯЗВА | 4 | 0,3 | 19 | 1,2 |
| ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ | 108 | 8,1 | 47 | 3,1 |
| ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ | 763 | 57,1 | 971 | 63,0 |
| ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ | 68 | 5,1 | 147 | 9,6 |
| УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА | 177 | 13,2 | 184 | 12,0 |
| ОКН | 35 | 2,6 | 72 | 4,7 |
| ВСЕГО | 1337 | 100 | 1539 | 100 |

За 10 лет удельный вес больных с ургентной абдоминальной патологией старше 60 лет, поступивших в стационар позже 24 часов, при остром аппендиците вырос с 32,2% до 44,1% ($p < 0,05$); при остром холецистите - с 33,8% до 53% ($p < 0,05$); при остром панкреатите с 30,8% до 48,2% ($p < 0,05$); при прободной язве - с 18,1% до 29,6% ($p < 0,05$); при ущемленной грыже с 19,2% до 23,9%; при ОКН - с 22,8% до 50% ($p < 0,05$).

Что касается возраста, то пожилые больные чаще поступали на лечение в сроки позже 24 часов от начала заболевания: при остром аппендиците на 11,9% ($p < 0,05$), при остром холецистите - на 6% ($p < 0,05$), при остром панкреатите - на 12,6% ($p < 0,05$); при прободной язве - на 25,8% ($p < 0,05$); при ущемленной грыже - на 7,6% ($p < 0,05$).

Качество диагностики острых заболеваний органов брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста за 10 лет также имеет отрицательную динамику.

При остром аппендиците удельный вес неправильных направительных диагнозов вырос с 3,6% до 9,8% ($p < 0,05$), при остром холецистите - с 7,7% до 17,1% ($p < 0,05$), при прободной язве - с 6,1% до 10,8% ($p < 0,05$), при ущемленной грыже - с 9,6% до 18,4% ($p < 0,05$), при ОКН - с 20% до 43% ($p < 0,05$). При остром панкреатите достоверной разницы не выявлено - соответственно 42,6% и 43,3% ($p > 0,05$).

Ошибки в диагностике данных заболеваний у лиц старше 60 лет по сравнению с молодыми при остром аппендиците были на 4,8% чаще ($p < 0,05$); при остром холецистите на 5,3% ($p < 0,05$); при остром панкреатите 7,8% ($p < 0,05$); при ущемленной грыже на 11,2% ($p < 0,05$), при ОКН - на 7,3% ($p < 0,05$). Лишь при прободной язве была обратная зависимость от возраста. Следует отметить, что в постановке диагноза хирурги поликлиник и врачи скорой помощи ошибались одинаково часто.

Таким образом, удельный вес больных старше 60 лет с urgentной абдоминальной патологией, поступивших в стационар позже 24 часов с момента заболевания и ошибочным диагнозом достоверно выше, чем у молодых и за 10 лет существенно вырос. Одной из основных причин является ухудшение качества диагностики данной патологии на догоспитальном этапе.

На тактику лечения и прогноз оказывали влияние сопутствующие заболевания - неизбежный спутник большинства пожилых пациентов с неотложной абдоминальной патологией. Из всех больных старше 60 лет - 96% имели сопутствующие заболевания, из них 76% - патологию сердечно-сосудистой системы. Больным с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе и признаками сердечной недостаточности (СН) для определения объема операции производили углубленное обследование сердечно-сосудистой системы. А именно, производили УЗИ сердца и измеряли ЦГД (табл. 2.). Больным с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) менее 50% и гиподинамическим типом ЦГД производилась минимальная по объему операция.

Таблица 2.

Результаты функциональных исследований больных с инфарктом миокарда в анамнезе и признаками сердечной недостаточности

| ЗАБОЛЕВАНИЕ | ФВЛЖ (%) | | Всего | Тип ЦГД | | | Всего |
|--------------------------|---------------|---------------|-------|--------------------|--------------------|-------------------|-------|
| | > 50 n (%) | < 50 n (%) | | Нормо- кинетич. | Гипер- кинетич. | Гипо- кинетич. | |
| УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА | 9 | 4 | 13 | 4 | 1 | 4 | 9 |
| ОКН | 7 | 2 | 9 | 4 | 3 | 2 | 9 |
| ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ | 68 | 23 | 91 | 43 | 14 | 17 | 74 |
| ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ | 5 | 4 | 9 | 1 | 1 | 4 | 6 |
| ИТОГО | 89 | 33 | 122 | 52 | 19 | 27 | 98 |

С учетом функционального состояния организма, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, мы распределили больных на три группы в зависимости от объема операции (табл. 3.):

I - больные, которые переносят оперативное вмешательство в полном объеме;

II - больные, оперативное лечение которым проводится в несколько этапов;
 III - пациенты, которым следует проводить минимальную по объему (желательно малоинвазивную) операцию.

Таблица 3.

**Виды оперативных вмешательств по группам,
в зависимости от нозологии**

| ЗАБОЛЕВАНИЕ | ГРУППЫ | | |
|--------------------------|--|---|--|
| | I | II | III |
| УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА | Грыжесечение (резекция кишки) | Грыжесечение, наложение илеостомы | Рассечение пахового кольца |
| СПАЕЧНАЯ ОКН | Рассечение спаек Резекция кишки | Резекция кишки с наложением энтеростомы | Наложение энтеростомы |
| ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ | Холецистэктомия (целесообразно ЛХЭ) Холедохолитотомия Дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства | Пункция желчного пузыря, через 6-11 дн. холецистэктомия, ЭПСТ | Пункция и дренирование желчного пузыря |
| ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ | | Пункция гнойника, затем некрэктомия через 7-10 дней | Пункция желчного пузыря, сальниковой сумки и гнойников |

Для оценки, разработанной нами хирургической тактики оказания помощи больным пожилого и старческого возраста, мы сравнили летальность в данной возрастной группе за период 1988-92 гг. и за период 1998-2002 гг. (табл. 4). Полученные данные позволяют нам рекомендовать данную тактику для широкого применения в масштабах всего государства.

Таблица 4.

Показатели послеоперационной летальности у больных старше 60 лет с ургентной абдоминальной патологией

| ЗАБОЛЕВАНИЕ | 1988-92 гг. | | | 1998-2002 гг. | | |
|--------------------------|-------------|--------|------|---------------|--------|-----|
| | оперировано | умерло | | оперировано | умерло | |
| | | n | % | | n | % |
| ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ | 182 | 1 | 0,5 | 99 | - | - |
| ПРОБОДНАЯ ЯЗВА | 4 | 2 | 50,0 | 19 | - | - |
| УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА | 147 | 7 | 4,8 | 157 | - | - |
| ОКН | 27 | 5 | 18,5 | 49 | 1 | 2,0 |

| | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|------|------|---|------|
| ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ | 385 | 10 | 2,6 | 693 | - | - |
| ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ | 7 | 4 | 57,1 | 15 | 5 | 33,3 |
| ВСЕГО | 752 | 29 | 3,9 | 1032 | 6 | 0,6 |

Диагностика и лечение кишечной непроходимости опухолевого генеза у больных старше 60 лет

За 1996-2004 гг. нами было пролечено 146 больных пожилого и старческого возраста, страдающих раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью.

В 105 случаях (71,9%) явления толстокишечной непроходимости были вызваны опухолью III стадии и в 41 (28,1%) - IV стадии.

Из 41 больного с IV стадией заболевания у 34 (82,9%) наблюдались метастазы в печень, а в 7 (17,1%) случаях было прорастание опухоли в соседние органы. Наличие перитонита выявлено у 20 больных (13,7%).

Было установлено, что лишь 18 пациентов (12,3%) поступили в 1-е сутки с момента заболевания; 21 (14,4%) - на 2-е; 37 (25,3%) - на 3-и и 70 (48%) - позже 3-х суток. Таким образом, из 146 больных - 124 (87,7%) поступили позже 24 часов с момента заболевания. Правильный диагноз при направлении в стационар был поставлен в 87 случаях (59,5%).

Все 20 больных с перитонитом поступили позже 24 часов с момента заболевания.

Из 146 пациентов 122 (83,6%) имели различные сопутствующие терапевтические заболевания: у больных в возрасте 75 лет и старше они были в 100% случаев; в возрасте от 60 до 74 лет - в 71%.

Всем больным с инфарктом миокарда в анамнезе, а также ухудшением функции сердечно-сосудистой системы перед операцией выполняли УЗИ сердца и измеряли ЦГД с целью определения функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, что позволяло объективно определить объем операции. Всего произведено 19 таких исследований (табл.5.).

Таблица 5.

Данные УЗИ сердца и измерения ЦГД у оперированных больных с ОКН опухолевого генеза

| Всего больных | ФВЛЖ | | ЦГД | | |
|----------------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | >50% | <50% | Нормо-кинети-ческий | Гипер-кинети-ческий | Гипо-кинети-ческий |
| 24 | 10 | 14 | 7 | 6 | 8 |

Среди клинических проявлений ОКН опухолевого генеза у лиц старше 60 лет наиболее часто встречались боль в животе - у 97,2%, отсутствие

«стула» и неотхождение газов - у 76,7%, тошнота, рвота - у 60,2%, симптомы раздражения брюшины - у 25,3% больных. Такие признаки, как похудание и кахексия отмечались в 10,3 и 6,7% случаев соответственно.

Из инструментальных методов обследования основным был рентгенологический. Всем 146 больным проводилась обзорная рентгенография брюшной полости: из них в 134 случаях (91,7%) в положении стоя, и в 12 случаях (8,3%), при тяжелом состоянии больных, в латеропозиции. Учитывая данные анамнеза, клинической картины и обзорной рентгенографии брюшной полости диагноз толстокишечной непроходимости опухолевого генеза был поставлен 102 больным (69,9%). При выполнении экстренной сигмокопии опухоль была обнаружена еще у 18 пациентов (12,3%). Остальным 26 больным в сроки от 3 до 26 часов с момента поступления была выполнена ирригография. В 7 случаях исследование было неинформативно из-за неспособности больного «удерживать» контрастную смесь в ободочной и прямой кишке. Таким пациентам в сроки 30-48 часов с момента поступления выполняли колоноскопию.

Таким образом, основным методом инструментальной диагностики ОКН опухолевого генеза у лиц пожилого и старческого возраста являются обзорная рентгенография брюшной полости в положении стоя или латеропозиции и ирригография, позволившие при правильной интерпретации анамнеза и клиники в 121 случае (82,2%) поставить правильный диагноз.

По неотложным показаниям по поводу ОКН оперировано 128 (87,7%) больных (табл. 6.).

Таблица 6.

Объем оперативных вмешательств у больных с ОКН

| ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ | ВИД ОПЕРАЦИИ | | | | | | ВСЕГО |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------|
| | гемиколэктомия с анастомозом | гемиколэктомия с илеостомой | операция типа Гартмана | наложение колостомы | наложение илеостомы | наложение обходного анастомоза | |
| Правая половина ободочной кишки | 10 | 3 | - | - | 2 | 1 | 16 |
| Поперечная ободочная кишка | - | 2 | 5 | - | - | 1 | 8 |
| Левая половина ободочной кишки | - | 1 | 70 | 27 | 1 | 2 | 101 |

| | | | | | | | |
|---------------------|----|---|----|----|---|---|-----|
| Прямая кишка | - | - | - | 3 | - | - | 3 |
| ВСЕГО | 10 | 6 | 75 | 30 | 3 | 4 | 128 |

В 91 случае (71,8%) произведена резекция кишки с опухолью. При опухоли правой половины ободочной кишки производили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза. При наличии перитонита, операцию заканчивали наложением илеостомы. В 2-х случаях при наличии перитонита, когда до операции ФВЛЖ была ниже 50%, а тип ЦГД носил гиподинамический характер, производили наложение илеостомы без удаления опухоли.

При опухоли поперечной ободочной кишки (в случае стабильного состояния больного) выполняли резекцию типа Гартмана или расширенную гемиколэктомию (удаление правой половины и части поперечной ободочной кишки с опухолью).

При опухоли левой половины ободочной кишки и стабильном состоянии больных выполняли операцию типа Гартмана. В 27 случаях (28%) проксимальнее опухоли наложена петлевая колостома по причине сердечной недостаточности (ФВЛЖ <50%) до операции (12 больных) и нестабильной гемодинамики во время операции (15 больных). Одной пациентке в возрасте 84 лет при наличии терминальной фазы перитонита была наложена илеостома. Обходные межкишечные анастомозы накладывались в случае невозможности удаления опухоли.

При перитоните в 11 (55%) случаях из 20 больным пожилого и старческого возраста произведено удаление опухоли. У 8 больных перед операцией выполняли УЗИ сердца и измерение ЦГД. У 6 больных ФВЛЖ была выше 50%, а тип ЦГД нормо- или гиперкинетический. Это позволило положительно решить вопрос в пользу радикальной операции. У 2-х больных при нормокинетическом типе ЦГД ФВЛЖ была ниже 50,0%, что стало причиной отказа от удаления опухоли. Из 11 больных, которым произведено удаление опухоли, выжили 8 (72,7%).

Из 34 больных с отдаленными метастазами у 12 (35,3%) была удалена опухоль. Из них 10 (83,3%) выписались из стационара. В предоперационном периоде 4 пациентам с инфарктом миокарда в анамнезе проводили УЗИ сердца и измеряли ЦГД: ФВЛЖ была выше 50%, тип ЦГД гиперкинетический, что позволило сделать вывод о функциональной переносимости операции. Во время операции у всех 12 пациентов гемодинамика была стабильная. В 4 (11,7%) случаях при раке IV стадии с прорастанием в соседние органы был наложен межкишечный анастомоз.



Таким образом, наличие перитонита и/или отдаленных метастазов у больных пожилого и старческого возраста с ОКН опухолевого генеза не является противопоказанием к удалению опухоли.

Нами разработан алгоритм оперативного лечения ОКН опухолевого генеза у больных старше 60 лет (рис. 1).

Рис. 1. Алгоритм оперативного лечения ОКН опухолевого генеза у больных старше 60 лет

Всего в послеоперационном периоде умерло 29 пациентов. Общая летальность составила 19,8%, послеоперационная - 22,6%. Следует отметить, что при отсутствии перитонита и метастазов из 74 оперированных больных умерло только 2 (2,7%) больных.

Из 29 умерших 20 (71,4%) пациентов были старше 75 лет.

Все 29 умерших поступили позже 2-х суток от начала заболевания.

Основной причиной гибели больных пожилого и старческого возраста с ОКН опухолевого генеза является наличие у больных запущенного перитонита и отдаленных метастазов, что в итоге приводит к необратимой полиорганной недостаточности.

Симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста

Симультанная (сочетанная) операция - это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение. В ходе ее различают основной и симультанный этап. При этом основным этапом является тот, который ликвидирует угрозу для жизни.

Нами произведено 347 различных СО пациентам старше 60 лет. Из них 162 (46,7%) было выполнено в плановом порядке и 185 (53,3%) - в экстренном.

Было установлено, что 72 пациента из 154 (46,8%) в возрасте 60-74 лет и 17 из 31 старше 75 лет (54,8%) не знали о наличии у них сочетанных заболеваний, требующих хирургической коррекции. При ретроспективном анализе историй болезни было установлено, что анамнез подробно был собран лишь у 62 пациентов (33,5%).

При обследовании до операции у лиц в возрасте 60-74 лет чаще (74,8%) ставился полный диагноз, нежели у больных 75 лет и старше (61,3%). В 27 случаях до операции (14,6%) не была установлена сочетанная патология органов брюшной полости, что делает тщательную ревизию последней во время лапаротомии у пожилых весьма актуальной.

Таблица 7.

Шкала оценки степени ПОН у больных старше 60 лет

| СИСТЕМА | тип ЦГД ПОКАЗАТЕЛЬ | нормо- кинетический | гипер- кинетический | гипо- кинетический | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|---------------------|
| Гемостаз | тромбоциты, $\times 10^9$ | > 120 | 81-120 | 51-80 | 21-50 | 4 |
| Дыхательная | pCO_2 | < 20 | 20-25 | 25-30 | > 30 | |
| Неврологи- ческий статус | Шкала креатинин глаза крови | 15 $\leq 96,8$ | 13-14 97-202 | 10-12 207-352 | 7-9 333-502 | < 6 ≥ 503 |
| Печень | билирубин крови | $\leq 20,5$ | 21-54,8 | | | |
| Сердечно- сосудистая | АД (сист.) | 120-160 100-120 | 160-180 80-100 | 180-200 < 80 | > 200 | |
| | ритм | ритмичный | экстра- систолия | мерцательная аритмия | | |
| | ФВЛЖ | $> 60\%$ | 50-60% | 40-50% | $< 40\%$ | |

Таким образом, учитывая приведенные данные, все неотложные СО мы разделили на две группы:

I – запланированные заранее,

II – неожиданные.

Для определения показаний к выполнению СО нами была разработана бальная шкала оценки функционального состояния организма с использованием шкалы SOFA (1999) (табл. 7.).

Максимальной суммой баллов, при которой возможно выполнение СО, мы считали 4. При этом каждый показатель не должен превышать 1 балла.

Исходя из этой шкалы, по различным причинам отказали в выполнении СО 142 (40,8%) больным, основному числу – 74 человека (52,1%) в связи с декомпенсацией функции сердечно-сосудистой системы. В этих случаях проводили только основную операцию по жизненным показаниям, с обязательной интенсивной предоперационной подготовкой.

Мы сравнили лечение больных старше 60 лет с обычной и симультанной холецистэктомией, оперированных по поводу острого холецистита. Предоперационная подготовка перед обычной холецистэктомией у пациентов от 60 до 74 лет проводилась в 67,8%, при СО в 70,8% случаев, 75 лет и старше - в 83%, при СО в 83,6%. При этом было установлено, что длительность предоперационной подготовки, объем вводимых растворов при обычной холецистэктомии и СО были одинаковы.

Таким образом, подготовка к СО в экстренной хирургии у лиц пожилого и старческого возраста не имела особенностей и не требовала дополнительных материальных затрат.

При анализе полученных данных было установлено, что 59,4% или 110 из 185 СО были произведены из одного лапаротомного доступа.

При лечении острого холецистита 13 операций (13,5%) произведено видеолапароскопически, что позволило в 2 раза сократить пребывание больных в отделении реанимации и в 2 раза - сроки пребывания в стационаре. При сопутствующих пупочных или вентральных грыжах порт для видеокамеры вводился через грыжевой мешок.

Во время проведения операции отказались от симультанного этапа по следующим причинам (21 случай - 12,9%):

- массивная кровопотеря во время основной операции (3 случая);
- наличие распространенного перитонита (11 случаев);
- нестабильная гемодинамика во время основного этапа (4 случая);
- недостаточная квалификация хирургов (3 случая).

Таблица 8.

Вид экстренных СО у больных пожилого и старческого возраста

| ОСНОВНАЯ ОПЕРАЦИЯ | СОЧЕТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ | | | | | | ВСЕГО (n,%) |
|------------------------|------------------------|-----------------|--------------|---------------------|-----------------------|-----------------|-------------|
| | на желудке и кишечнике | холецистэктомия | грыжесечение | операции на сосудах | опухоли мягких тканей | прочие операции | |
| На желудке и кишечнике | | 7 | 16 | 2 | 7 | 4 | 36 (19,5) |
| Холецистэктомия | 5 | | 47 | 2 | 25 | 17 | 96 (51,9) |
| Грыжесечение | | 6 | | 6 | 25 | 2 | 39 (21,1) |
| Прочие операции | | | 6 | | 8 | | 14 (7,5) |
| ИТОГО | 5 | 13 | 69 | 10 | 65 | 23 | 185 (100) |

Основное количество операций (76,7%) у больных пожилого и старческого возраста выполняли хирурги высшей и I категории, что, в итоге, положительно повлияло на исход лечения. В 13 случаях (7%) у хирургов II категории возникли трудности при выполнении симультанного этапа операции. В этих случаях для выполнения операции, при обнаружении сочетанной хирургической патологии, привлекался более квалифицированный хирург.

Мы провели анализ сроков пребывания больных в послеоперационном периоде в отделении реанимации после экстренных и плановых операций, а также после обычной и сочетанной холецистэктомии.

После плановых СО 77,3% больных пребывали в отделении реанимации в течение 24 часов, после экстренных СО их было 57,3%. От 72 часов и более после плановых СО в отделении реанимации провели 5,4% больных, а после экстренных - 18%. Это было обусловлено тем, что подготовка к плановым СО производилась более тщательно, хирург заранее планировал ход операции, а анестезиолог - ведение анестезии. Все вышеперечисленное сказывается на течении послеоперационного периода.

Сроки пребывания больных пожилого и старческого возраста в отделении реанимации и в стационаре в целом после обычных и симультанных экстренных операций были практически одинаковы. Это говорит о функциональной переносимости СО пожилыми больными, а также о их экономической эффективности.

Послеоперационные осложнения развились у 14 пациентов (7,6%); у 7 - нагноение послеоперационной раны; у 3 - со стороны сердечно-сосудистой системы (мерцательная аритмия и гипертонический криз); у 2 - послеоперационная пневмония; у 1 - временное нарушение функции почек; у 1 - ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии. Летальных исходов после выполнения СО не было.

Диагностика и лечение перитонита у лиц пожилого и старческого возраста

Нами был проведен анализ лечения 197 больных с перитонитом различной этиологии и стадий заболевания. Возраст пациентов был от 15 до 79 лет. Лечение по поводу вторичного перитонита (ВП) было проведено 103 пациентам (52,3%); по поводу послеоперационного (ПОП) - 94 (47,7%). Лиц пожилого и старческого возраста с ВП было 47 человек (45,6%), с ПОП - 57 (60,6%).

Таблица 9.

Причины ВП в различных возрастных группах

| Причины ВП | Моложе 60 лет | | Старше 60 лет | |
|--------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | п | % | п | % |
| ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ | 16 | 28,6 | 13 | 27,6 |
| ПРОБОДНАЯ ЯЗВА | 14 | 25,0 | 12 | 25,5 |
| ТРАВМЫ ЖИВОТА | 12 | 21,4 | 6 | 12,8 |
| ПЕРФОРАЦИЯ КИШКИ | 7 | 12,5 | 11 | 23,4 |
| ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ | 5 | 8,9 | 3 | 6,4 |
| ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ | 2 | 3,6 | 2 | 4,3 |
| ИТОГО | 56 | 100 | 47 | 100 |

Позже 24 часов с момента заболевания поступили 41,2% больных моложе 60 лет и 59,1% старше 60 лет (из них 31,8% - позже 48 часов). В свою очередь, ВП не был диагностирован на догоспитальном этапе у 24,3% больных до 60 лет и у 76,6% старше 60 лет.

Под послеоперационным перитонитом понимали воспаление брюшины, которое развилось после операций на органах брюшной полости.

Наиболее частой причиной ПОП у пожилых (31,6%) была несостоятельность швов анастомозов, а также желчеистечения после операций на печени и желчных протоках (29,8%).

При формулировке диагноза в качестве основной была использована классификация Б. Д. Савчука (1979) до 2000г., в последующем - классифи-

кация Б. К. Шуркалина (2000), где указывалась причина перитонита, его распространенность (отграниченный и распространенный), характер экссудата.

Мы анализировали клинику, течение, диагностику и лечение распространенного перитонита.

Больные пожилого и старческого возраста поступали в стационар в более поздних фазах заболевания, чем молодые. Так, в токсической фазе их поступило 42,6% (моложе 60 лет - 28,6%); в терминальной - 25,5% (моложе - 7,2%), что связано с поздним поступлением в стационар лиц старше 60 лет.

Анализ клинической картины ВП показал, что у больных пожилого и старческого возраста она не такая яркая, как у молодых. Болевая реакция и перитонеальные симптомы у лиц старше 60 лет наблюдались в 83,4 и 62,4% соответственно (у молодых - в 87,2 и 78,6%). В свою очередь, у пожилых чаще наблюдалось падение АД (47,2 и 36,4% соответственно), сухость языка - в 80,4 и 66,1%, тахикардия - в 97,2 и 92,4% соответственно. Это свидетельствует о более выраженных проявлениях интоксикации у пожилых больных.

Установлено, что у пожилых больных менее выражена общая лейкоцитарная реакция. Одновременно у них более выражен лейкоцитарный сдвиг влево, а также лимфопения, что косвенно говорит о нарушении иммунитета. Наиболее информативен, на наш взгляд, показатель лейкоцитарного Индекса интоксикации (ЛИИ) по Я. Я. Кальф-Калифу (1943). У пожилых пациентов он составил $7,4 \pm 1,1$, у молодых $5,6 \pm 1,2$ ($p < 0,05$).

Лабораторные показатели, отражающие функцию почек и печени, имели чаще патологические сдвиги у пациентов пожилого и старческого возраста. Это связано не только с поздним поступлением больных в стационар, но и с ограниченными компенсаторными возможностями организма в пожилом возрасте.

Мы установили два варианта течения послеоперационного перитонита - острый и вялотекущий.

Острое течение ПОП развилось у 36 пациентов (38,3%), у 22 - моложе 60 лет (59,5%) и 14 - старше 60 лет (24,6% из всех больных с ПОП этой группы).

Диагностика вялотекущей формы ПОП представляла наиболее трудную задачу. В отличие от острой формы ПОП, вялотекущая имела скрытую клиническую картину.

Боли в животе у больных старше 60 лет наблюдались в 67,9% случаев и чаще носили разлитой характер. Перитонеальные симптомы определялись у 50,4%. Патогномичным симптомом при всех формах перитонита и в любом возрасте была тахикардия. У пожилых пациентов чаще наблюдалась сухость языка (82,1%), а также падение АД (66,7%), что свидетельствовало о более быстрой декомпенсации функции сердечно-сосудистой системы.

При вялотекущем течении ПОП у пациентов старше 60 лет рост числа лейкоцитов встречался в 53,6% случаев, сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 100%, а лимфопения в 96,4%. Последняя была чаще и более выражена при ПОП, чем при ВП. Это говорит о значительном снижении иммунитета после хирургической агрессии, протекающей с осложнениями. Среднее значение ЛИИ у пожилых было $9,7 \pm 1,2$, у лиц моложе 60 лет - $6,5 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). Более значительный ЛИИ ($9,7 \pm 1,2$) при ПОП, нежели при ВП ($7,4 \pm 1,2$) ($p < 0,05$) у пожилых объясняется иммунными сдвигами в организме.

Таким образом, увеличение ЛИИ и изменения лабораторных показателей функции почек и печени у пожилых больных при вялотекущей форме ПОП, были гораздо более выражены, чем у больных молодого возраста и чем при ВП.

Это говорит о необходимости более частого (2-3 раза в сутки) мониторинга лабораторных данных в послеоперационном периоде у пациентов старше 60 лет.

Из инструментальных методов диагностики у больных старше 60 лет в 36 (76,6%) случаях при ВП и в 57 (100%) случаях при ПОП производили УЗИ органов брюшной полости. В 51 (54,8%) случае обследование показало наличие свободной жидкости. Информативность метода была напрямую связана с квалификацией специалиста, а также с количеством экссудата в брюшной полости (не менее 500 мл).

Лапароскопия применялась для диагностики перитонита в 47 случаях (23,8%) и была информативна в 100 % случаев.

Таким образом, клинические симптомы перитонита у лиц старше 60 лет гораздо менее выражены, чем у молодых. Быстрее проявляются симптомы интоксикации и декомпенсации функции сердечно-сосудистой системы. У пожилых более выражены изменения в анализах крови (ЛИИ), а также показателей, характеризующих функцию печени и почек. Основным инструментальным методом диагностики перитонита у больных пожилого и старческого возраста является лапароскопия.

К устранению источника перитонита у пожилых больных подходили дифференцировано. При деструктивном аппендиците, холецистите, некрозе участка стенки кишки производили их удаление. Если имелась перфорация опухоли ободочной кишки, то при нестабильной гемодинамике во время операции накладывали коло- или илеостому проксимальнее места прободения, с оставлением опухоли. При тонкокишечной непроходимости с некрозом кишки производили резекцию омертвевшего участка с наложением энтеростомы. При прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки язву ушивали. Всем больным производили дренирование брюшной полости, а по показаниям, малого сальника и забрюшинного пространства.

Целью интраоперационной санации брюшной полости является механическое очищение брюшины от фибрина, токсинов, микробов и т. д. Для промывания брюшной полости мы применяли раствор хлоргексидина, физиологический раствор, раствор гипохлорита натрия в концентрации 300-600 мг/л в объеме от 8 до 12 л.

У всех пациентов с перитонитом производили посев отделяемого на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Установлено, что у больных пожилого и старческого возраста реже имелась моноинфекция, а на 13% ($p < 0,05$) чаще встречалась смешанная аэробно-анаэробная инфекция.

При ВП микрофлора в 72-85% была чувствительна к гентамицину, канамицину, цефалоспорином I-II поколений. В случаях ПОП картина была иной. Во-первых, на 17% чаще высевалась смешанная аэробно-анаэробная флора ($p < 0,05$). Во-вторых, к таким препаратам, как гентамицин, канамицин, цефалоспорины I-II поколений флора была абсолютно нечувствительна. В 82-91% случаев эффективными были цефалоспорины III-IV поколения, офлоксацин, а также карбапенемы.

Очень важным компонентом в комплексном лечении перитонита является декомпрессия тонкой кишки, которая выполнена 84 пациентам старше 60 лет (80,7%). Декомпрессия кишечника уменьшает эндогенную интоксикацию (ЭИ), улучшает кровообращение кишечника, уменьшает транслокацию микробов в брюшную полость, ускоряет восстановление перистальтики. В 78 случаях (92,8%) больным произведена назогастроинтестинальная интубация (НГИИ) до илеоцекального угла. В 6 случаях (7,2%) была выполнена ретроградная интубация тонкой кишки через илеостому. Противопоказанием к НГИИ считаем дыхательную недостаточность III степени, пневмонию, а также крайне тяжелую форму сердечной недостаточности.

На основании анализа функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем у всех 84 больных старше 60 лет, которым выполнялась интубация кишечника, установлено, что сатурация крови кислородом не зависит от возраста и проведения НГИИ. У 18 (21,4%) больных функцию сердечно-сосудистой системы проверяли измерением ЦГД и выполнением УЗИ сердца. После выполнения НГИИ основные показатели сократительной функции сердца были нормальными, а тип ЦГД нормо- или гиперкинетический.

Если при НГИИ и спонтанном дыхании появлялась и нарастала дыхательная недостаточность до II ст., то больного переводили на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), не извлекая назогастроинтестинального зонда.

Для определения эффекта детоксикации НГИИ у больных старше 60 лет мы провели анализ динамики молекул средней массы (МСМ) и ЛИИ в случае проведения интубации кишечника и без нее.

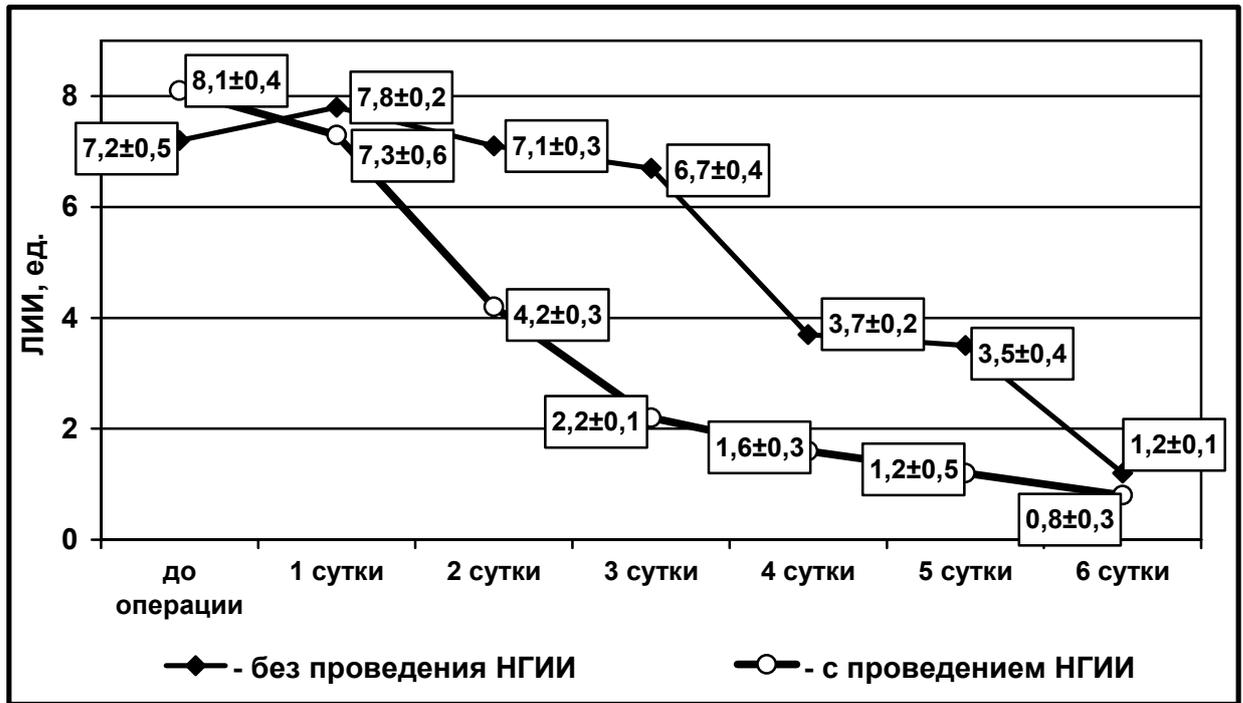


Рис. 2. Динамика показателей ЛИИ в зависимости от проведения НГИИ

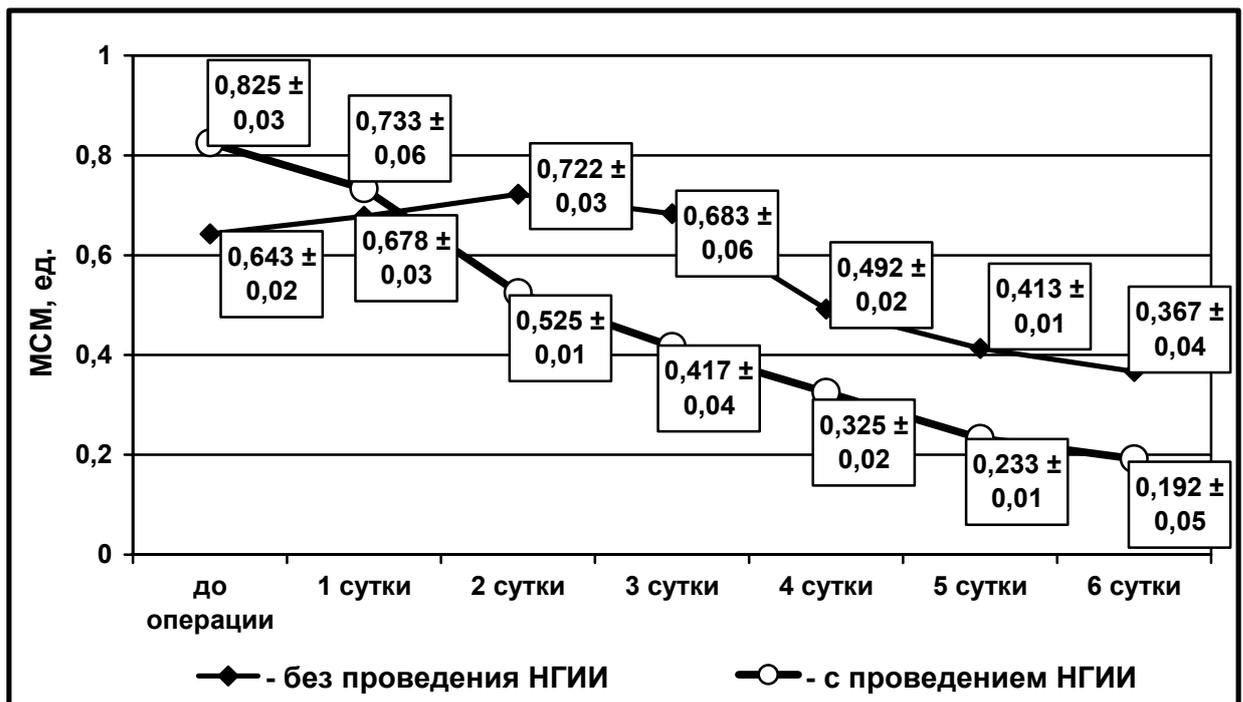


Рис. 3. Динамика показателей МСМ в зависимости от проведения НГИИ

Лабораторные признаки ЭИ у больных старше 60 лет после выполнения НГИИ снижались быстрее ($p < 0,05$). Удаление зонда производили на 4-5 сутки после появления самостоятельного стула.

Таким образом, НГИИ является эффективным способом детоксикации при лечении разлитого перитонита у больных пожилого и старческого возраста.

Санационная релапаротомия применялась при лечении 16 больных старше 60 лет. Им было произведено 24 релапаротомии: одна операция - 11 больным; две - 3; три - 1; четыре - 1. Показанием к ней считали:

- разлитой перитонит любого генеза в терминальной фазе;
- анаэробный перитонит;
- появление или прогрессирование признаков ПОН при лечении перитонита.

Сроки проведения санационных РЛТ у пожилых больных мы сравнили с аналогичными показателями у молодых (табл. 10.).

Таблица 10.

Сроки проведения программных РЛТ

| Сроки РЛТ (ч) | Моложе 60 лет | | Старше 60 лет | | ВСЕГО | |
|----------------|---------------|------|---------------|------|-------|------|
| | п | % | п | % | п | % |
| До 24 часов | 9 | 22,5 | - | - | 9 | 14 |
| 24-48 часов | 27 | 67,5 | 3 | 12,5 | 30 | 47 |
| 48-72 часов | 3 | 7,5 | 11 | 45,8 | 14 | 21,8 |
| Позже 72 часов | 1 | 2,5 | 10 | 41,7 | 11 | 17,2 |
| ИТОГО | 40 | 100 | 24 | 100 | 64 | 100 |

В первые 48 часов после предыдущей операции у лиц моложе 60 лет РЛТ произведена в 90% случаев, старше 60 лет – в 12,5%; в свою очередь, позже 72 часов в 2,5% и 41,7% случаев соответственно. Это объясняется более поздней диагностикой ПОП у пожилых, а также «консервативным» мышлением хирургов по отношению к пациентам старше 60 лет.

Критерием прекращения выполнения санационных релапаротомий считаем клиническое и лабораторное улучшение состояния больного, отсутствие фибринозных наложений в брюшной полости, нормальный цвет и восстановление перистальтики кишечника.

Мы провели анализ результатов лечения больных с применением санационных РЛТ и без них. Так, из 16 больных, которым производили санационные РЛТ, погибли 7 (43,7%), а из 19, которым не проводилось такое лечение, умерли 16 (84,2%) ($p < 0,05$). По распространенности, фазе заболевания, среднему возрасту больных, возбудителям, методам интенсивного лечения перитонита сравниваемые группы были сопоставимы.

Таким образом, санационные РЛТ являются весьма эффективным методом комплексного лечения перитонита у больных пожилого и старческого возраста. Считаем целесообразным проведение санации брюшной полости у лиц старше 60 лет через 24-48 часов после предыдущей операции.

В процессе лечения перитонита у лиц пожилого и старческого возраста проведен сравнительный анализ эффективности применения различных методов детоксикации (ДТ): непрямо́е электрохимическое окисление крови (НЭХОК) путем внутривенного вливания раствора гипохлорита натрия (NaClO), ультрафиолетовое облучение крови (УФО), гемосорбция (ГС), внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК).

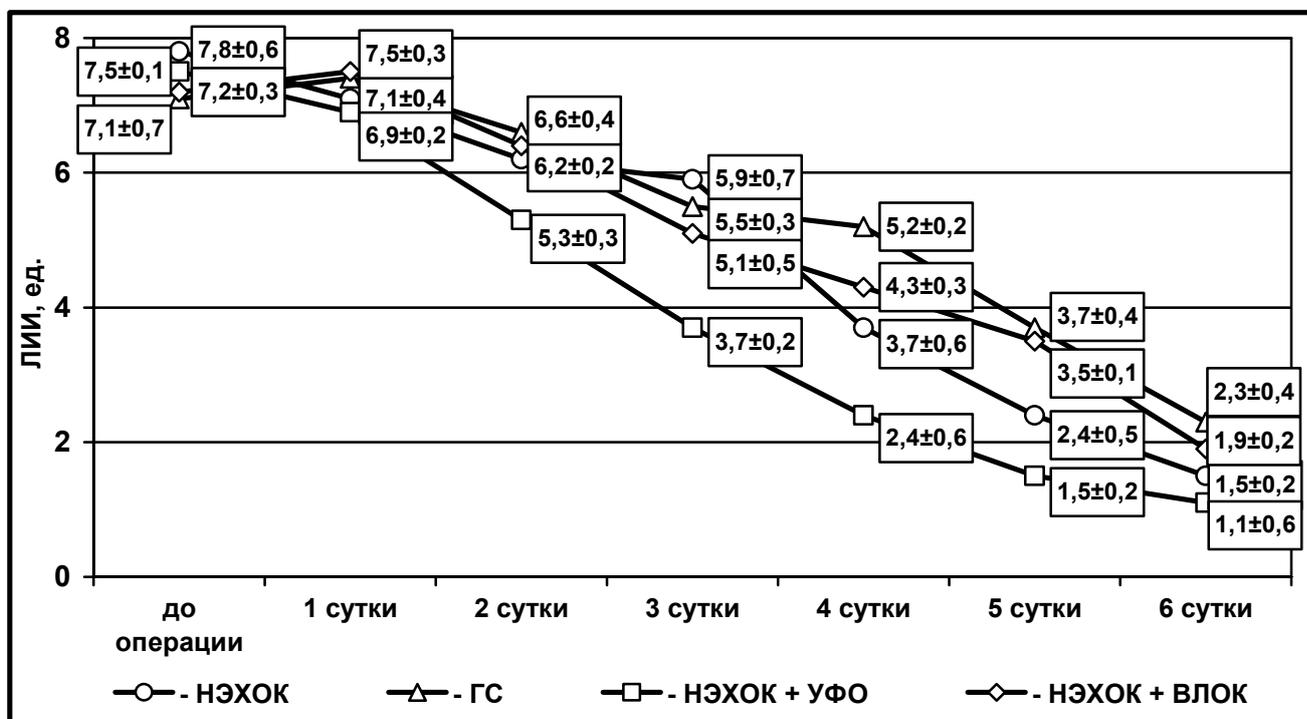


Рис. 4. Динамика показателей ЛИИ при различных методах ДТ

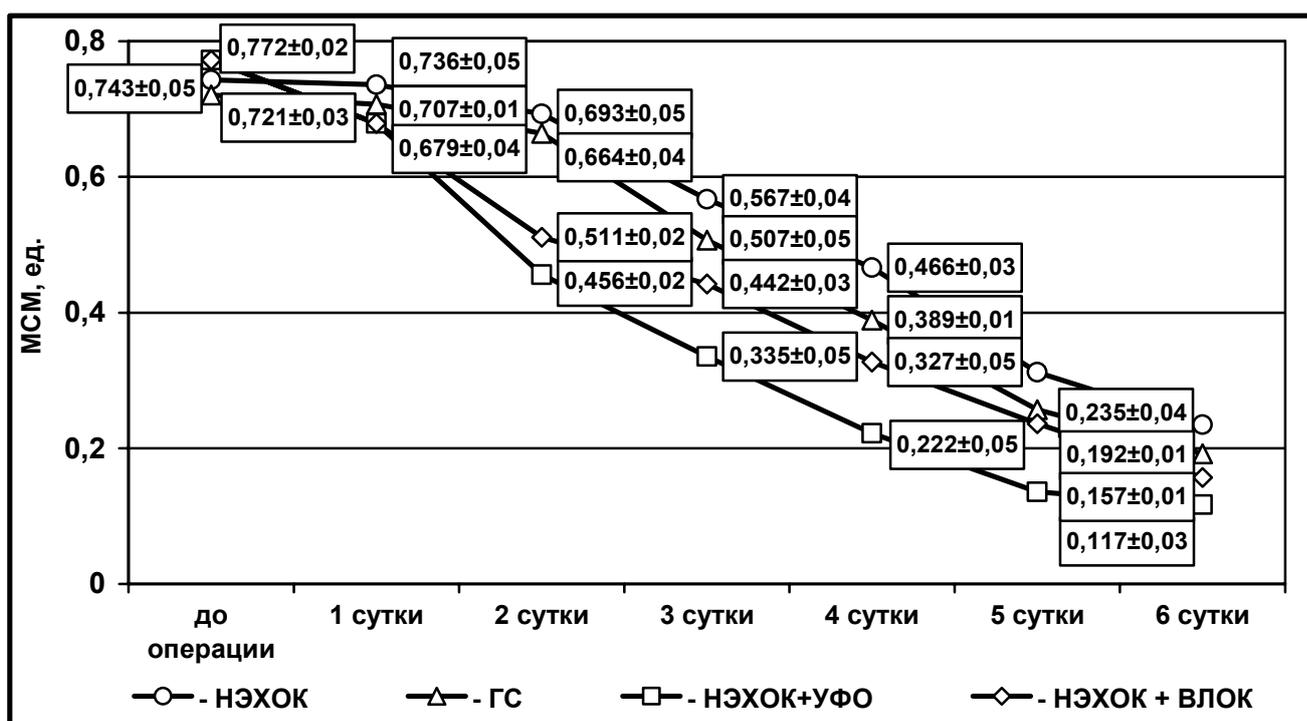


Рис. 5. Динамика показателей MSM при различных методах ДТ

Данные методы детоксикации применялись как изолированно, так и в сочетании у 47 больных старше 60 лет (45,2%) при лечении перитонита.

Для анализа эффективности проводимых методов ЭКД проводили подсчет ЛИИ, МСМ в динамике, наблюдение за функцией сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Наибольшее снижение степени интоксикации наступило после проведения НЭХОК в сочетании с УФО крови.

Эффективным способом профилактики сердечной и дыхательной недостаточности при инфузии больших объемов растворов является постановка аортального катетера по Сельдингеру. Мы применили этот способ у 23 больных (21,5%) старше 60 лет с перитонитом. Анализ полученных результатов показал, что эти пациенты, получая в сутки через аортальный катетер по 7-9 л жидкости, в функциональном отношении чувствовали себя гораздо лучше, чем те, которым такой же объем инфузионных сред вводился в вену.

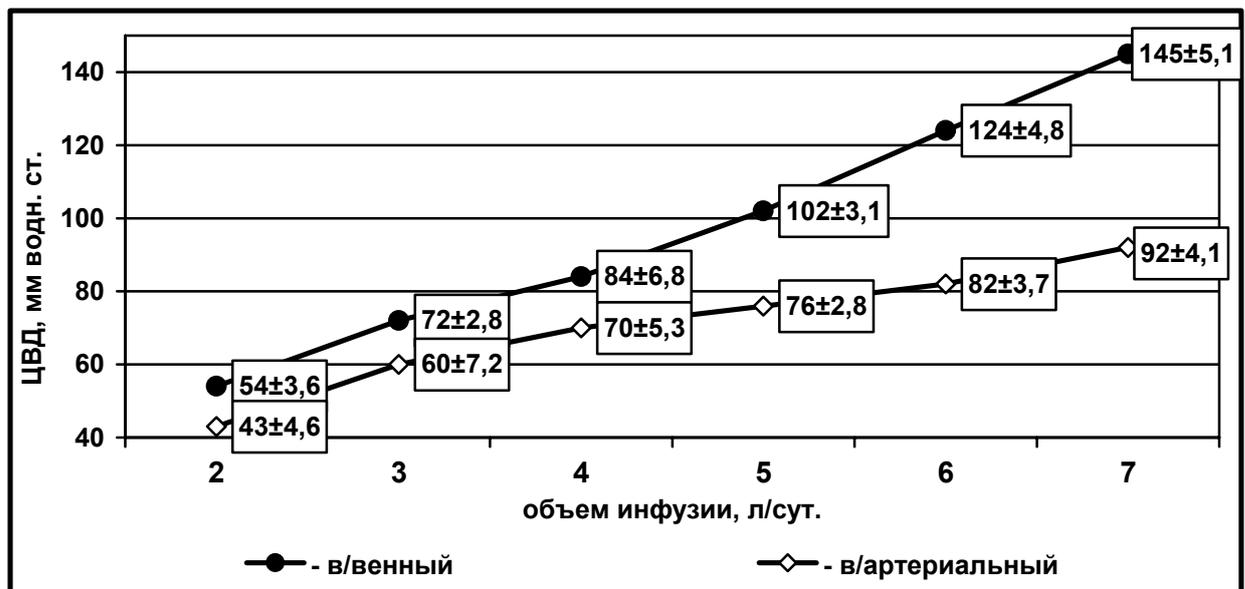


Рис. 6. Средние значения центрального венозного давления (ЦВД) при различных способах введения растворов у больных старше 60 лет

Внутриартериальный способ введения растворов практически не приводил к повышению ЦВД, в отличие от внутривенного. К этому следует добавить, что «адресное» введение лекарств в артерии органов брюшной полости намного усиливает эффект их применения.

Из 104 больных в послеоперационном периоде погибли 37 (35,5%). Их них в реактивной фазе заболевания поступили 2 (5,4%), в токсической - 12 (32,4%) и в терминальной - 23 (62,2%). Причинами смерти служили нарастающая эндогенная интоксикация в 9 (24,3%) наблюдениях, полиорганная недостаточность - в 9 (24,3%), острая сердечно-сосудистая недостаточность - в 17 (46,0%), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - в 2 (5,4%).

Особенности танатогенеза

у больных пожилого и старческого возраста в ургентной хирургии

Нами было проведено изучение протоколов вскрытия 370 умерших в стационарах г. Минска от острых заболеваний органов брюшной полости. По возрасту были выделены три группы умерших: I - моложе 60 лет; II - 60-74 лет; III - старше 75 лет (табл. 11.). За исключением острого панкреатита и острого аппендицита, случаи летальных исходов при неотложной абдоминальной патологии прямо пропорционально соответствуют возрасту больного ($p < 0,05$).

Среди умерших от острых заболеваний органов брюшной полости перитонит наблюдался у лиц моложе 60 лет в 65,7% случаев, у больных 60-74 лет - в 63,4%, у больных 75 лет и старше - в 65%.

Таблица 11.

Распределение летальных исходов по нозологии в зависимости от возраста

| ЗАБОЛЕВАНИЕ | ВОЗРАСТ УМЕРШИХ | | | ВСЕГО | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|-------|------|
| | моложе 60 лет n (%) | 60-74 года n (%) | старше 75 лет n (%) | n | % |
| ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ | 2 (1,4) | 2 (1,8) | - | 4 | 1,1 |
| ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ | 8 (4,5) | 19 (16,9) | 22 (26,5) | 49 | 13,2 |
| ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ | 116 (66,3) | 37 (33,0) | 14 (16,9) | 167 | 45,2 |
| ПРОБОДНАЯ ЯЗВА | 20 (11,4) | 18 (16,0) | 12 (14,5) | 50 | 13,5 |
| УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА | 1 (0,6) | 3 (2,7) | 5 (6,0) | 9 | 2,4 |
| ОКН | 5 (2,8) | 6 (5,4) | 4 (4,8) | 15 | 4,1 |
| ОКН (РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ) | 15 (8,5) | 13 (11,6) | 11 (13,3) | 39 | 10,5 |
| ПРОЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | 8 (4,5) | 14 (12,6) | 15 (18,0) | 37 | 10,0 |
| ИТОГО | 175 (100) | 112 (100) | 83 (100) | 370 | 100 |

Нами была изучена зависимость летальных исходов по различным нозологическим формам острой хирургической патологии органов брюшной полости при наличии перитонита от возраста.

При прободной язве перитонит на вскрытии у умерших моложе 60 лет обнаружен в 100% случаев; в возрасте 60-74 года - в 77,8%; старше 75 лет - в 83,3%. При остром панкреатите, соответственно, в 61, 62,7 и 42, 9% случаев; остром холецистите - в 50, 36,8 и 54,5%; ОКН - в 60, 52,7 и 66,7%.

Сравнительный анализ полученных данных свидетельствует о том, что уровень летальности при перитоните у больных с неотложной абдоминальной патологией не зависит от возраста ($p > 0,05$).

Непосредственные причины летальных исходов в разных группах отличались между собой (табл. 12.). Так, среди основных причин смерти проявления ЭИ у лиц моложе 60 лет составили 39,4%; в возрасте 60-74 года - 16%; 75 лет и старше - 19,4%; ПОН, соответственно, 39,4, 29,4 и 36,2%; острая сердечно-сосудистая недостаточность 10,8, 28,6 и 26,5%; пневмония - 5,7, 5,4 и 3,6%; инфаркт миокарда - 0,6, 6,2 и 2,4%; ТЭЛА – 0,6, 5,4 и 2,4%.

Таблица 12.

**Непосредственные причины летальных исходов
в зависимости от возраста пациентов**

| ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА | ВОЗРАСТ УМЕРШИХ | | | | | | ВСЕГО | |
|---|------------------|------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| | моложе 60 лет | | 60-74 года | | старше 75 лет | | | |
| | п | % | п | % | п | % | п | % |
| Эндогенная интоксикация на фоне прогрессирующего перитонита | 69 | 39,4 | 18 | 16,0 | 16 | 19,4 | 103 | 27,8 |
| Полиорганная недостаточность | 69 | 39,4 | 33 | 29,4 | 30 | 36,2 | 132 | 35,7 |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | 19 | 10,8 | 32 | 28,6 | 22 | 26,5 | 73 | 19,7 |
| Раковая интоксикация | - | - | 4 | 3,6 | 5 | 6,0 | 9 | 2,4 |
| ТЭЛА | 1 | 0,6 | 6 | 5,4 | 2 | 2,4 | 9 | 2,4 |
| Пневмония | 10 | 5,7 | 6 | 5,4 | 3 | 3,6 | 19 | 5,1 |
| Инфаркт миокарда | 1 | 0,6 | 7 | 6,2 | 2 | 2,4 | 10 | 2,7 |
| Прочие (анемия, надпочечниковая недостаточность и т.д.) | 6 | 3,5 | 6 | 5,4 | 3 | 3,4 | 15 | 4,0 |
| ИТОГО | 175 | 100 | 112 | 100 | 83 | 100 | 370 | 100 |

Таким образом, среди непосредственных причин смерти при острых заболеваниях органов брюшной полости с возрастом увеличивается удельный вес острой сердечно-сосудистой недостаточности, инфаркта миокарда и ТЭЛА ($p < 0,05$).

Число конкурирующих и сопутствующих заболеваний на одного умершего оказалось пропорционально возрасту пациентов.

Число конкурирующих заболеваний на одного больного моложе 60 лет и в возрасте 60-74 года было одинаково - 0,5, у пациентов 75 лет и старше - 0,8. Этот же показатель сопутствующей патологии у умерших моложе 60 лет составил 0,5, в возрасте 60-74 года, 75 лет и старше - 2,0 ($p < 0,05$).

Удельный вес конкурирующей патологии имеет выраженные возрастные особенности. В первую очередь это касается заболеваний сердечно-сосудистой системы. Они обнаружены у умерших моложе 60 лет в 6,7% случаев; от 60 до 74 лет – в 25,4%, 75 лет и старше - в 60,2% случаев. В свою очередь у лиц моложе 60 лет чаще были диагностированы цирроз печени (22,7%) и рак различной локализации (14,2%).

Обнаруженная при аутопсии сопутствующая патология также зависела от возраста. Болезни сердечно-сосудистой системы наблюдались у лиц моложе 60 лет в 22,9% случаев, от 60 до 74 лет – в 77,7%, 75 лет и старше – в 73,5%. Болезни органов дыхания, соответственно, в 13%, 20,5% и 31,3%; болезни ЦНС – в 2,8%, 19,6% и 20,5% ($p < 0,05$).

Таким образом, подавляющий удельный вес конкурирующей и сопутствующей патологии у умерших при неотложной абдоминальной патологии старше 60 лет составили заболевания сердечно-сосудистой системы, что необходимо учитывать при лечении пациентов данной возрастной группы.

Удельный вес осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у умерших имеет возрастные отличия. В первую очередь это касается развития острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН). Так, в возрасте моложе 60 лет она диагностирована в 40,5% случаев; 60-74 года - в 62,5%; 75 лет и старше - в 60,2%. Острые язвы желудка и кишечника, соответственно, в 14,2%, 16% и 22,8% случаев ($p < 0,05$).

Другие осложнения (перитонит, пневмония, кровотечение, ТЭЛА, развитие ДВС-синдрома) не имели четкой зависимости от возраста ($p > 0,05$).

Таким образом, патология сердечно-сосудистой системы у urgentных хирургических больных старше 60 лет была конкурирующей от 25,9% до 60,2% случаев, сопутствующей от 73,5% до 77,7%. ОССН осложняла течение хирургического заболевания более чем в 60% случаев.

Имеется четкая зависимость частоты летальных исходов от сроков поступления в стационар во всех возрастных группах. Так, среди умерших лиц моложе 60 лет, в первые 6 часов от начала заболевания в стационар поступило 20%, в сроки 6-24 часа - 20% и позже 24 часов - 60%; в возрасте 60-74 года, соответственно, 28,5, 28,5 и 41,8%; 75 лет и старше - 7,1, 21,4 и 65% ($p < 0,05$).

Частота ошибок в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе у умерших разных возрастных групп имела существенные отличия. Среди умерших моложе 60 лет неправильный направительный диагноз отмечен в 6,7% случаев, у лиц 60-74 лет - в 47,6%, а 75 лет и старше - в 71,4%.

Таким образом, поздняя госпитализация пожилых пациентов и неправильная диагностика острых заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе непосредственно влияют на результаты лечения и исход заболевания.

При изучении историй болезни умерших было установлено, что в предоперационной подготовке в условиях отделения реанимации нуждались 32,6% больных моложе 60 лет; 54,2% - в возрасте 60-74 года и 68,5% - 75 лет и старше. Однако проведена она была, соответственно, в 26,6%, 14,3% и 14,2% случаев.

Несмотря на то, что у умерших больных пожилого и старческого возраста в 100% случаев была либо конкурирующая, либо сопутствующая тяжелая патология сердечно-сосудистой системы, они в 14,2% случаев осматривались врачом-кардиологом до операции и в 28,5% случаев после нее. Это не могло не сказаться на конечных результатах лечения.

Таким образом, больным пожилого и старческого возраста с неотложной абдоминальной патологией необоснованно редко проводится подготовка к операции в условиях отделения анестезиологии и реанимации и также редко в их лечении принимает участие терапевт-кардиолог.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Среди urgentных хирургических больных с неотложной абдоминальной патологией в последнее десятилетие отмечается рост удельного веса лиц старше 60 лет. В настоящее время он составляет 24,9%. При различной нозологии за 10 лет при urgentной абдоминальной патологии число больных, поступивших в стационар позже 24 часов с момента заболевания выросло в 1,5-2 раза и составляет - 23,9 - 53%. За этот же период частота ошибок в диагностике на догоспитальном этапе возросла с 3,6-20% до 9,8-43%. При постановке диагноза одинаково часто ошибаются хирурги поликлиник и врачи скорой помощи [5, 22, 26, 38, 66, 196].

2. Больные пожилого и старческого возраста с неотложной патологией органов брюшной полости имеют в 84-100% случаев различные терапевтические заболевания. В 76% наблюдений это патология сердечно-сосудистой системы. У больных с ИМ в анамнезе и клиникой СН до операции для объективной оценки функции сердечно-сосудистой системы существует целесообразность выполнения УЗИ сердца и измерения ЦГД. При этом ФВЛЖ более 50%, нормо- или гиперкинетический тип гемодинамики свидетельствуют о функциональной переносимости радикальной операции [8, 69, 78].

В зависимости от состояния сердечно-сосудистой системы и хирургической тактики лиц старше 60 лет целесообразно разделить на 3 группы:

I - больные, способные перенести операцию в полном объеме;

II - лица, лечение которым следует проводить в несколько этапов;

III - больные, которым показана минимальная по объему (желательно малоинвазивная) операция [11, 12, 16, 20, 37, 40, 60, 76, 90].

3. Основными клиническими симптомами ОКН опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста являются болевой синдром (97,2%), задержка газов и отсутствие «стула» (76,7%), тошнота и рвота (60,2%). Обзорная рентгенография органов брюшной полости и ирригография с правильной интерпретацией анамнеза и клинических данных позволяют в 82,2% случаев поставить диагноз ОКН опухолевого генеза [14, 35].

Стабильное функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных старше 60 лет позволяет в 71,8% случаев ликвидировать кишечную непроходимость путем удаления опухоли, в т. ч. при наличии перитонита и метастазов [14, 86, 91].

Основной причиной гибели больных старше 60 лет с ОКН опухолевого генеза являются перитонит и генерализация процесса [14, 35, 54, 63, 72, 91].

4. Около 7% больных пожилого и старческого возраста с ургентной абдоминальной патологией имеют сочетанные хирургические заболевания. В их лечении важное значение следует придать СО. Разработанная шкала оценки степени ПОН позволяет определить переносимость СО, уменьшить риск неблагоприятных последствий. В 14,4% случаев у лиц старше 60 лет при лапаротомии сочетанное хирургическое заболевание является случайной находкой, что необходимо учитывать при лечении данной категории больных. Неотложные СО у лиц старше 60 лет должны выполнять хирурги высшей и I категории. Во время операции от симультанного этапа следует отказаться в случае массивной кровопотери, наличия распространенного перитонита, нестабильной гемодинамики и недостаточной квалификации хирурга [17, 18, 19, 21, 49, 61, 74, 77, 81, 94].

5. Больные пожилого и старческого возраста с перитонитом различной этиологии поступают в стационар позже 24 часов в 59,1% случаев. Ошибки в диагностике заболевания на догоспитальном этапе составляют 76,6%.

У лиц старше 60 лет клиническая картина перитонита менее выражена, чем у молодых. У пожилых более выражены лабораторные изменения, отражающие степень интоксикации, снижение иммунитета, нарушение функции печени и почек [6, 67, 82].

Наиболее достоверным методом инструментальной диагностики перитонита у больных старше 60 лет является лапароскопия, позволяющая в 100% случаев поставить правильный диагноз [15, 82].

Возбудителем инфекции при перитоните у лиц пожилого и старческого возраста в 74% случаев является смешанная аэробно-анаэробная микрофлора, чувствительная в 82-91% случаев к цефалоспорином III-IV поколений, офлоксацину и карбапенемам [1, 23, 85].

НГИИ является обязательным компонентом в лечении перитонита у пожилых [10, 85].

Санационная релапаротомия совместно с применением в целях детоксикации НЭХОК в сочетании с УФО крови позволяет снизить летальность при перитоните у лиц пожилого и старческого возраста с 84,2 до 43,7% ($\chi^2=0,396$; $p=0,0482$) [1, 2, 4, 6, 7, 13, 23, 27, 29, 50, 51, 58].

6. Показатель летальности при острой патологии органов брюшной полости во многом определяется возрастом больных. Наличие перитонита одинаково влияет на летальность в различных возрастных группах: у лиц моложе 60 лет перитонит встречается в 65,7% случаев, в возрасте 60-74 года - в 63,4%, 75 лет и старше - в 65% [25, 92].

У хирургических больных старше 60 лет патология сердечно-сосудистой системы является непосредственной причиной смерти в 26,5-28,6% случаев, конкурирующей патологией в 25,4-60,2% случаев, и сопутствующей патологией в 73,5-77% случаев. В 60,2-62,5% наблюдений заболевания сердечно-сосудистой системы осложняют течение острой хирургической патологии органов брюшной полости вследствие эндогенной интоксикации и операционного стресса. Поэтому на всех этапах лечения этих больных должен участвовать кардиолог [16, 24, 81, 92].

Среди умерших, поступили в стационар позже 24 часов от начала заболевания в возрасте 60-74 лет 41,8%, а в возрасте 75 лет и старше - 65%. Ошибки в диагностике на догоспитальном этапе отмечены в 47,6 и 71,4% случаев соответственно. В 54,2-68,5% случаев летальных исходов у лиц старше 60 лет все больные нуждались в коррекции жизненно важных функций в отделении реанимации с участием кардиолога. Однако это происходило лишь в 14,2% случаев [16, 24, 25, 81, 92, 93].

Разработанные нами тактика и подходы к оказанию помощи больным старше 60 лет с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости позволили за 10 лет снизить послеоперационную летальность с 3,9 до 0,6%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным пожилого и старческого возраста с неотложной абдоминальной патологией в случае инфаркта миокарда в анамнезе и признаками сердечной недостаточности в комплекс дооперационного обследования следует включать УЗИ сердца с измерением ЦГД. При этом ФВЛЖ более 50%, нормо- или гиперкинетический тип гемодинамики позволяет положительно решать вопрос о переносимости радикальной операции.

2. В штат отделений неотложной хирургии лечебно-профилактических учреждений Республики Беларусь целесообразно ввести должность врача-кардиолога.

3. Существует целесообразность введения цикла «Хирургические болезни в гериатрии» в систему высшего и последипломного медицинского образования для хирургов и врачей общей практики.

4. При обращении лиц старше 60 лет с жалобами на боли в животе в поликлиники или службу скорой медицинской помощи, их необходимо направлять в стационар для осмотра хирургом. Особое внимание следует уделить исключению колоректального рака.

5. Для хирургического лечения острого холецистита и острого деструктивного панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста необходимо использовать малоинвазивные и видеоэндоскопические методики.

6. При выявлении сочетанной хирургической патологии у больных старше 60 лет целесообразно выполнять СО, предпочтительнее из одного доступа, с применением видеолапароскопии.

7. В случае интраоперационного обнаружения сочетанной хирургической патологии у лиц старше 60 лет при нестабильной гемодинамике, распространенном перитоните, массивной кровопотере и недостаточной квалификации хирурга следует отказаться от симультанного этапа операции.

8. СО должны выполнять хирурги высшей и I категории, и имеющие опыт хирургического лечения лиц пожилого и старческого возраста.

9. У лиц пожилого и старческого возраста при ОКН опухолевого генеза при наличии метастазов и перитонита в случае стабильной функции сердечно-сосудистой системы целесообразно удаление опухоли.

10. Больным пожилого и старческого возраста при ОКН с наличием распространенного перитонита показано НГИИ. Противопоказанием к проведению данного этапа операции служат признаки сердечной и дыхательной недостаточности III степени.

11. При лечении распространенного перитонита у лиц старше 60 лет целесообразно применять санационную РЛТ с интервалом 24-48 часов.

12. Для проведения детоксикации при перитоните у лиц пожилого и старческого возраста предпочтительнее использовать НЭХОК в сочетании с УФО крови.

13. В качестве эмпирической антибактериальной терапии при перитоните у лиц пожилого и старческого возраста целесообразно использовать цефалоспорины III-IV поколений, офлоксацин и карбопенемы.

14. В предоперационной подготовке и послеоперационном лечении больных старше 60 лет с неотложными заболеваниями органов брюшной полости обязаны принимать участие анестезиолог и кардиолог.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ АВТОРА

Статьи в журналах

1. Жидков С. А., Доронин В. С., Кузьмин Ю. В., Евтерев В. В., Марейко А.М., Кабайлова И. В., Абрамов Н. А. Программа лабораторной диагностики анаэробной неклостридиальной инфекции // Мед. новости. – 1996. – № 11. – С. 22–25.
2. Жидков, С. А. Лапароскопические холецистэктомии при остром холецистите (обзор материалов междунар.конф., СПб, 7–9окт. 1996г.) // Мед. новости.– 1997. – № 4. – С. 36–37.
3. Жидков С. А., Абрамов Н.А., Губский Н.Д., Добриянец А.И. Методика комплексного лечения анаэробной неклостридиальной инфекции // Мед. новости.– 1997.– № 3. – С. 50–52.
4. Жидков С.А., Третьяк С.И., Руммо О.О., Жидков С.А., Морозова Е.В. Применение гипохлорита натрия и энтеросорбции в комплексном лечении синдрома энтеральной недостаточности при кишечной непроходимости и перитонита //Новости хирургии. – 1998. – Т. 9, №2. – С. 62-63.
5. Жидков С. А., Блахов Н. Ю. Особенности клиники и диагностики острого панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста // Мед. новости. – 2002. – № 9. – С. 67–69.
6. Жидков С.А., Трухан А.П. Особенности перитонита у лиц пожилого и старческого возраста // Мед. новости. - 2002. - № 4. - С. 71-73.
7. Жидков С.А., Добриянец А.И., Трухан А.П. Использование интракорпоральной и экстракорпоральной детоксикации в комплексном лечении разлитого перитонита у лиц старше 60 лет // Бел. мед. журн. – 2004. – №4. – С. 52–54.
8. Жидков, С. А. Оптимизация подходов к лечению urgentных хирургических больных старше 60 лет // Рецепт. – 2004. – Прил. Научные и организационные вопросы. профилактики и лечения возрастных патологий : Материалы конф. – С. 21–23.
9. Жидков С.А. Видеолапароскопия в лечении деструктивного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т.10, №2. – С.194.
10. Жидков С.А. Декомпенсация кишечника при острой кишечной непроходимости и перитоните у лиц старше 60 лет // Мед. журн. – 2005. – №4. – С.54-55.
11. Жидков С.А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста // Мед. панорама. – 2005. – №5. –С.13-15.
12. Жидков С.А. Лечение острого холецистита у пациентов старше 60 лет // Весці Нацыянальнай Акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2005. – №3. – С.101-103.

13. Жидков, С.А., Добриянец, А.И., Трухан, А.П. Некоторые аспекты применения вспомогательной детоксикационной терапии у лиц пожилого и старческого возраста // Рецепт. – 2005. – №2. – С. 157-160.
14. Жидков С.А. Принципы диагностики и лечения кишечной непроходимости опухолевого генеза у пациентов старше 60 лет // Мед. новости. – 2005. – № 5. – С. 59-62.
15. Жидков С.А., Пландовский В.А. Проблема диагностики и лечения перитонита // Мед. новости. – 2005. – №9. – С.110-111.
16. Жидков, С.А., Блахов, Н.Ю. Пути снижения летальности при остром панкреатите в пожилом и старческом возрасте // Мед. новости. – 2005. – №11. – С.100-104.
17. Жидков С.А. Симультантные операции в ургентной хирургии у больных пожилого и старческого возраста // Мед. новости. – 2005. – №10. – С.108-111.
18. Жидков С.А. Симультантные операции при различных грыжах у больных старше 60 лет // Мед. панорама. – 2005. – №5. – С. 12-13.
19. Жидков С.А. Сочетанные операции при патологии желудка и кишечника у больных старше 60 лет // Мед. журн. – 2005. – №4. – С.55-56.
20. Жидков С.А. Тактика лечения острого холецистита у пациентов старше 60 лет // Мед. новости. – 2005. – №7. – С. 68-70.
21. Третьяк С.И., Жидков С.А. Симультантные операции при различных формах холецистита у больных старше 60 лет // Мед. журн.– 2005. – №3. – С.58-59.
22. Третьяк С.И., Жидков С.А. Стандартизация подхода к проблеме лечения ургентных хирургических больных старше 60 лет // Бел. мед. журн.– 2005.– №2. – С.38-42.
23. Жидков С.А., Трухан А.П. Актуальность санационных релапаротомий в лечении распространенного перитонита у лиц пожилого и старческого возраста // Мед. панорама. – 2006. – №3. – С.43-44.
24. Жидков С.А., Трухан А.П., Елин И.А. Роль патологии сердечно-сосудистой системы в танатогенезе при ургентной патологии органов брюшной полости у больных старше 60 лет // Мед. панорама. – 2006. – № 2. – С.11-12.
25. Жидков С.А., Третьяк С.И., Пучков А.Ф., Рагузин К.К., Елин И.А., Трухан А.П. Причины летальных исходов при острых заболеваниях органов брюшной полости в зависимости от возраста пациентов // Мед. новости. – 2006. – №3. – С.132-135.
26. Жидков С.А. Современные методы диагностики и лечение больных хирургического профиля // Мед. новости. – 2006. – № 1.– С.138-139.

Статьи в научных сборниках и материалах конференций

27. Жидков С. А. Релапаротомии при перитоните. Взгляд на проблему // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Сб. науч. тр. – СПб., 1995. – С. 49–50.
28. Жидков С.А., Марцинкевич В. К., Бедрак А.П., Ящук Ю.И., Сухарев А.М., Бордаков В.Н., Чуманевич О.А. Диагностика и лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1996. – Т. 1. – С. 48–49.
29. Жидков С. А., Добриянец А. И. Применение гипохлоритической детоксикации (ЭДО-терапии) в хирургии // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1996. – Т. 1. – С. 105–106.
30. Жидков С. А., Ханевич М. Д., Бордаков В. Н. Релапаротомия у больных с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1996. – Т. 1. – С. 82–84.
31. Бордаков В. Н., Кузьмин Ю. В., Жидков С. А. Лечение терминальной стадии разлитого фибринозно-гнойного перитонита // Редкие и труднодиагностируемые заболевания в практике хирурга: Сб. тр. – Минск: МГМИ, 1998. – С. 28–29.
32. Жидков С. А., Руппель Г. Г., Лазарь А. М. Лапароскопия в диагностике повреждений живота // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1998. – Т. 3. – С. 54–55.
33. Жидков С. А., Добровольский Л. Р., Емельянов Д. Г., Савина Н.А. Диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости // Актуальные проблемы клинической медицины: Сб. тр. – Минск, 1999. – С. 34–35.
34. Жидков С. А., Камбалов М. Н., Саевич В. В. Диагностика и лечение острого панкреатита // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1999. – Т. 4. – С. 178–180.
35. Добровольский Л. Р., Жидков С.А., Савина Н.А., Новинская Н.К. Лечение рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью в общехирургическом стационаре //Актуальные проблемы клинической медицины: Сб. тр. – Минск, 1999. – С. 29–30.
36. Жидков С. А., Добриянец А. И. Анализ различных методов внеорганной детоксикации при острой кишечной непроходимости // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 2000. – Т. 5. – С. 123–124.
37. Жидков С.А., Нежикова А.В., Пшенко Ю.Н., Толпыга Д.В. Лечение кишечной непроходимости неопухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 2000. – Т. 5. – С. 90–92.

38. Жидков С. А. Больные старше 60 лет в urgentной хирургии — подходы к диагностике и лечению // Белорусско-польские дни хирургии: Сб. материалов междунар. науч. симп. – Гродно, 2001. – С. 149–150.

39. Блахов Н.Ю., Жидков С.А., Вараницкая Н.М. Факторы преморбидного (фонового) состояния, способствующие развитию острого панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования.: Сб. тр. посвящ. 10-летию воен.-мед. ф-та БГМУ / Под ред. С.Н. Шнитко, Ю.М. Гаин, С.А. Алексеев. – Минск, 2005. – С. 111-113.

40. Жидков С.А. Диагностика и лечение острого панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования.: Сб. тр. посвящ. 10-летию воен.-мед. ф-та БГМУ / Под ред. С.Н. Шнитко, Ю.М. Гаин, С.А. Алексеев. – Минск, 2005. – С. 149-151.

Тезисы

41. Кузнецов Н.М., Валюхова Т.С., Жидков С.А., Никитин В.В., Жибак И.И. Комплексное лечение разлитого гнойного перитонита // Актуальные проблемы организации оказания медицинской помощи в Приволжско-Уральском регионе при стихийных бедствиях, авариях и катастрофах: Материалы. 28-ой науч.-практ. конф. округа. – Самара, 1991. – С. 59-60.

42. Жидков С.А., Валюхов Т.С., Александров Д.А., Нагребельная В.В. Диагностика и лечение острого панкреатита // Заболевания поджелудочной железы: Материалы. конф. – Новосибирск, 1992. – С. 84-85.

43. Жидков С.А., Громов М.С., Ковтун О.А. Ультразвуковое исследование в лечебно-диагностической программе у больных с ограниченными перитонитами // Возможности и перспективы диагностики и лечения в клинической практике: Тез. док. науч.-практ. конф. – М., 1992. – С. 362-363.

44. Жидков С.А., Кузнецов Н.М., Шанин В.Ю., Штанько Ю.Г. Интенсивная до- и послеоперационная терапия непроходимости кишечника // Непроходимость кишечника: Материалы конф. – Новосибирск, 1993. – Ч.1. – С. 88-89.

45. Жидков С.А., Кузьмичев А.А., Соболев В.И., Шанин В.Ю. Плазмаферез в комплексном лечении эндотоксикоза // Специализированная медицинская помощь в многопрофильном лечебном учреждении: Тез. докл. науч.-практ. конф. – М., 1993. – С. 269-270.

46. Жидков С.А., Кузнецов Н.М., Староконь П.М., Кабанов Ю.Н. Тактика лечения больных непроходимостью кишечника // Непроходимость кишечника: Материалы конф. – Новосибирск, 1993. – Ч.1. – С. 161-162.

47. Шанин В. Ю., Долишний В. Н., Кузьмичев А. А., Жидков С. А. Тактика лечения разлитого перитонита // Актуальные вопросы военной медицины: Тез. докл. науч.-практ. конф. – Шиханы, 1994. – С. 18-19.
48. Жидков, С. А., Шанин В. Ю. Программа предупреждения и лечения полиорганной недостаточности при перитоните // Избранные вопросы хирургии и военно-полевой хирургии: Тез. науч. работ, посвящ. 30-летию каф. военной полевой хирургии. – Саратов, 1995. – С. 80–81.
49. Жидков С. А. Симультанные операции в урологии и хирургии // Актуальные проблемы совершенствования специализированной медицинской помощи в многопрофильном госпитале: Тез. докл. XXVI науч. конф. – Краснoгорск, 1995. – С. 87.
50. Жидков С. А., Добриянец А.И., Губский Н.Д., Кузьмин Ю.В. Комбинированные методы детоксикации у хирургических больных // Материалы XXI Пленума Правления общества белорусских хирургов. – Минск, 1997. – С. 248.
51. Жидков, С. А. Критерии выполнения релапаротомии при перитоните // Материалы XXI Пленума Правления общества белорусских хирургов. – Минск, 1997. – С. 247-248.
52. Ханевич М. Д., Жидков С. А., Бордаков В. Н. Релапаротомия как проблема в неотложной хирургии // Материалы XXI Пленума Правления общества белорусских хирургов. – Минск, 1997. – С. 249.
53. Жидков С.А., Бордаков В. Н., Волошинский В.В., Кучмей В.В., Толпыго Д.В. Диагностика и лечение толстокишечной непроходимости // Проблемы реабилитации проктологических больных: Материалы III междунар. конф. – Минск, 1998. – С. 54–55.
54. Жидков С. А., Волошинский В.В., Кучмей В.В., Шнитко С.Н., Прохоров И.И. Лечение рака ободочной кишки // Проблемы реабилитации проктологических больных: Материалы III междунар. конф. – Минск, 1998. С. 54.
55. Добриянец А. И., Жидков С. А., Губский Н. Д. Сочетанные методы детоксикации у хирургических больных // Новости хирургии. – 1998. – №2. – С. 48–49.
56. Жидков С. А., Камбалов М. Н., Саевич В. В. Диагностика и лечение острого панкреатита // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1999. – Т.4. – С. 178–180.
57. Жидков С. А., Прокосенко Е.А., Кузьмин Ю.В., Морозов С.В., Пчелкина Е.А., Прокоп Р.Л. Интенсивная терапия разлитых гнойных перитонитов с «программированной» релапаротомией, прогнозирование результатов с использованием шкалы ТФС // Новые технологии в анестезиологии и интенсивной терапии: Материалы Пленума общества бел. хирургов. – Минск, 1999. – С. 17–20.

58. Жидков С.А., Добриянец А.И., Тришин Л.С., Савина Н.А. Применение гипохлорита натрия в лечении тяжелых хирургических больных // Материалы XXIII Пленума общества белорусских хирургов (Лида, 22–23 апр. 1999 г.). – Минск, 1999. – Ч. 2. – С. 119.

59. Жидков С. А. Лечение холедохолетиаза у лиц пожилого и старческого возраста // Современные технологии в общей хирургии: Материалы конф. – М., 2001. – С. 28–29.

60. Жидков С. А. Объем операций у больных старше 60 лет с острой кишечной непроходимостью // Клинич. геронтология. – 2001. – №8. – С. 69.

61. Жидков С. А., Маркушевский А. Ф. Симультантные операции у лиц пожилого и старческого возраста // Современные технологии в общей хирургии: Материалы конф. – М., 2001. – С. 128–130.

62. Жидков С. А. Тактика лечения urgentных больных старше 60 лет // Актуальные вопросы и перспективы развития многопрофильного лечебного учреждения: Тез. докл. Всерос. науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 15-летию 16 Центр. воен. специализ. госпиталя. – Шиханы, 2001. – С. 65–66.

63. Жидков С.А., Добровольский Л. Р., Новинская Н.К., Петрова Н.Г. Ургентная хирургия рака ободочной кишки // Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи: Тез. докл. – Минск, 2001. – С. 116–117.

64. Жидков С. А., Блахов Н. Ю. Клиника острого панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста // Материалы международного конгресса. – Петрозаводск, 2002. – С. 37–38.

65. Жидков С. А., Богдан В.Г. Лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Современные технологии в хирургии: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию каф. общей хирургии, 100-летию со дня рожд. проф. Т.Е. Гнилорыбова, 175-летию клин. больницы № 3 г. Минска. – Минск, 2002. – С. 70–71.

66. Жидков С. А. Об ошибках в диагностике на догоспитальном этапе при ургентной абдоминальной патологии у лиц старше 60 лет // Современные технологии в хирургии: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию каф. общей хирургии, 100-летию со дня рожд. проф. Т.Е. Гнилорыбова, 175-летию клин. больницы № 3 г. Минска. – Минск, 2002. – С. 68–70.

67. Жидков С. А. Перитонит у лиц пожилого и старческого возраста // Инфекция в хирургии — проблема современной медицины: III Всеарм. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2002. – С. 46.

68. Жидков С.А., Сухарев А.М., Добриянец А.И., Губский Н.Д. Подход к лечению разлитого перитонита // XII съезд хирургов Республики Беларусь: Материалы съезда / Под ред. С. И. Леоновича. – Минск: БГМУ, 2002. – Ч. 2. – С. 45–48.

69. Жидков С.А. Прогностическая ценность изучения центральной гемодинамики у хирургических больных пожилого и старческого возраста // XII съезд хирургов Республики Беларусь: Материалы съезда / Под ред. С. И. Леоновича. – Минск: БГМУ, 2002. – Ч. 2. – С. 243.

70. Жидков С. А., Пландовский В. А., Зайцев В. Ф. Тактика лечения urgentных хирургических больных пожилого и старческого возраста // Хирургия - 2002 : Материалы IV Рос. науч. форума. - М.: Авториздат, 2002. - С. 80–81.

71. Жидков С. А., Добриянец А. И., Кузьмин Ю. В. Эффективность различных видов детоксикации в гнойной хирургии // XII съезд хирургов Республики Беларусь: Материалы съезда / Под ред. С. И. Леоновича. – Минск: БГМУ, 2002. – Ч. 2. – С. 44–45.

72. Тришин Л.С., Зайцев В.Ф., Добровольский Л.Р., Жидков С.А., Новинская Н.К., Петрова Н.Г. Лечение рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью в общехирургическом стационаре // XII съезд хирургов Республики Беларусь: Материалы съезда/ Под ред. С.И. Леоновича. – Минск: БГМУ, 2002. – Ч. 1. – С. 137–138.

73. Блахов Н. Ю., Вараницкая Н. М., Жидков С. А. Прогнозирование течения острого панкреатита методом доплерографии сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Материалы X юбил. международной конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – [Опубл. в журн.] *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 227–228.

74. Жидков С. А. Выполнение сочетанных операций у лиц старше 60 лет // II съезд геронтологов и гериатров России: Тез. – [Опубл. в журн.] *Клинич. геронтология*. – 2003. – № 9. – С. 98.

75. Жидков С. А., Зайцев В. Ф., Корик В. Е. Илеостома в неотложной хирургии // *Al IX Congres al Asociatiei Chirurgior N. Anestiadi I Congres de Endoscopie din Republica Moldova*. – Kishinev, 2003. – P. 54–55.

76. Жидков С. А. Лечение острого холецистита у лиц старческого возраста // II съезд геронтологов и гериатров России: Тез. – [Опубл. в журн.] *Клинич. геронтология*. – 2003. – № 9. – С. 97–98.

77. Жидков С.А., Зайцев В. Ф., Добровольский Л.Р., Корик В.К. Симультантные операции в неотложной хирургии живота у пациентов пожилого и старческого возраста // *Стратегия развития экстренной медицинской помощи: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию гор. клин. больницы скорой мед. помощи*. – Минск, 2003. – С. 215–216.

78. Жидков С. А. Стандартизация подхода к лечению больных в urgentной хирургии живота // *Стратегия развития экстренной медицинской помощи: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию гор. клинич. больницы скорой мед. помощи*. – Минск, 2003. – С. 213–215.

79. Зайцев В.Ф., Жидков С.А., Корик В.Е. Подход к лечению острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Современные аспекты реабилитации в медицине: Материалы I Междунар. конф., посвящ. 10-летию акад. медико-техн. наук РФ. – Ереван, 2003. – С. 70–73.

80. Зайцев В. Ф. и др. Причины летальных исходов при остром деструктивном панкреатите // Al IX Congres al Asociatiei Chirurgior N.Anestiadi I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. – Kishinev, 2003. – P. 47.

81. Зайцев В. Ф. и др. Симультантные операции в неотложной хирургии // Al IX Congres al Asociatiei Chirurgior N.Anestiadi I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. – Kishinev, 2003. – P. 200.

82. Жидков С. А. Диагностика перитонита у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы гнойно-септической и панкреатобилиарной хирургии: Материалы XXIV Пленума Правления ассоц. бел. хирургов / Под ред. проф. С. И. Леоновича. – Минск, 2004. – С. 126–127.

83. Жидков С. А., Гаин Ю.М., Богдан В.Г., Кузьмин Ю.В., Соколов Ю.А. Комплексный подход к лечению абдоминального сепсиса, обусловленного острым деструктивным панкреатитом // Актуальные вопросы гнойно-септической и панкреатобилиарной хирургии: Материалы XXIV Пленума Правления ассоц. бел. хирургов / Под ред. проф. С. И. Леоновича. – Минск, 2004. – С. 14–15.

84. Жидков С. А., Лях О. М., Корик В. Е. Лечение холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы гнойно-септической и панкреатобилиарной хирургии: Материалы XXIV Пленума Правления ассоц. бел. хирургов / Под ред. проф. С. И. Леоновича. – Минск, 2004. – С. 82.

85. Жидков С. А. Перитонит у лиц старше 60 лет - принципы лечения // Актуальные вопросы гнойно-септической и панкреатобилиарной хирургии: Материалы XXIV Пленума Правления ассоц. бел. хирургов / Под ред. проф. С. И. Леоновича. – Минск, 2004. – С. 127–128.

86. Зайцев В. Ф., Жидков С. А., Корик В. Е. Лечение кишечной непроходимости опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // III съезд онкологов и радиологов СНГ: Материалы съезда. – Минск, 2004. – С. 142–143.

87. Жидков С.А. Диагностика и лечение аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста // Материалы всеармейской меж. конф. посвящ. 200-летию ГУ 432 ордена Красной звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь (г. Минск, 18 августа 2005) / Под. ред. В.Н. Бордакова. – Минск, 2005.– С. 107.

88. Жидков С. А., Блахов Н. Ю., Вараницкая Н. М. Допплерографическая диагностика острого панкреатита // Материалы всеармейской меж. конф. посвящ. 200-летию ГУ 432 ордена Красной звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь (г. Минск, 18 августа 2005.) / Под. ред. В.Н. Бордакова. – Минск, 2005. – С. 40-41.

89. Жидков С.А., Тарасенко, А.В. Инфекция раны после аппендэктомии // Современные проблемы терапии хирургических инфекций: Сб. V юбил. всеармейской междунар. конф. (г. Москва, 16-18 ноября 2005). – М., 2005. – С. 39.

90. Жидков С.А., Елин И.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста //Клинич. геронтология. – 2005. – №9. – С. 79.

91. Жидков С.А. Оперативное лечение толстокишечной непроходимости опухолевого генеза с отдаленными метастазами и перитонитом у лиц старше 60 лет //Клинич. геронтология. – 2005. – №9. – С. 80.

92. Жидков С.А., Трухан А.П., Елин И.А. Основные причины летальности в ургентной хирургии у лиц старше 60 лет //Клинич. геронтология. – 2005. – №9. – С. 80.

93. Жидков С.А., Трухан А.П. Причины летальности при панкреонекрозе у лиц старше 60 лет // Современные проблемы терапии хирургических инфекций: Сб. тез. V юбил. всеармейской междунар. конф. (г. Москва, 16-18 ноября 2005. – М., 2005. – С. 39-40.

94. Жидков С.А. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии у пациентов старше 60 лет // Материалы всеармейской меж. конф. посвящ. 200-летию ГУ 432 ордена Красной звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь (г. Минск, 18 августа 2005 г.) / Под. ред. В.Н. Бордакова. – Минск, 2005. – С. 107-108.

95. Жидков С.А. Проблемы гериатрии хирургии и пути их решения. Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях» (28-29 сентября 2006 года, г. Гомель). – с. 154.

96. Жидков С.А., Корик В.Е., Зайцев В.Ф., Дударев Д.В., Елин И.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях» (28-29 сентября 2006 года, г. Гомель). – с. 154.

97. Zhidkov S., Shnitko S. N. Relaparatomy as the method of detoxication of the peritonitis // Digestion . – Vol. 59, Suppl. 3.

98. Zhidkov S. Tactic of the surgical treatment of the urgent patients of the 60 years old and older // Przegland Lekarski 2000: European society of surgery-4thli. Annual Meeting. – 2000. – Suppl. 6. – P. 93.

Научно-методические материалы

99. Жидков С.А., Добриянец А.И., Кузьмин Ю.В. Метод непрямой электрохимической детоксикации организма с использованием гипохлорита натрия в практической медицине: Метод. рекомендации / МЗ БР; Мин. гос. мед. ин-т. – Минск, 2000. – 25 с.

100. Гаин Ю.М., Алексеев С.А., Стельмах В.А., Кохнюк В.Т., Завада Н.В., Жидков С.А., Шахрай С.В., Бордаков В.Н., Шнитко С.Н., Половинкин Л.В. Антибактериальная терапия и профилактика хирургической инфекции: Справ.-информ. рук. для врачей /Под ред. Ю. М. Гаина и др. – М.: РИД ГШ ВС РФ, 2002. – 894 с.

101. Жидков С.А., Богдан В.Г., Зайцев В.Ф. Стандарты лечебно-диагностической помощи больным с ургентной абдоминальной патологией на догоспитальном этапе в Вооруженных Силах Республики Беларусь: Метод. рекомендации / БГМУ. Воен.-мед. фак. Каф. воен.-полевой хирургии. – Минск, 2002. – 11 с.

102. Жидков С.А., Гаин Ю.М., Кузьмин Ю.В. Механическая желтуха: дифференциальная диагностика и комплексное лечение: Метод. рекомендации / БГМУ. Воен.-мед. фак. Каф. воен. - полевой хирургии. – Минск, 2003. – 31 с.

103. Воробей А.В., Горелик П.П., Зайцев В.Ф., Жидков С.А. Колоректальный рак: учеб. пособ. – Минск, 2005. – 160с.

Патенты

104. Блахов Н. Ю., Вараницкая Н. М., Жидков С. А. Способ оценки тяжести течения и прогнозирования исхода острого панкреатита. Уведомление о положительном результате предварительной экспертизы **а 20050812** от 28 августа 2005 года.

Рационализаторские предложения

105. Жидков С.А. Алгоритм оперативного лечения кишечной непроходимости опухолевого генеза у больных старше 60 лет. № 1537, 04.02.2005г.

106. Жидков С.А. Метод определения степени компенсации сердечно-сосудистой системы у ургентных хирургических больных пожилого и старческого возраста. № 1538, 04.02.2005г.

107. Жидков С.А., Корик В.Е. Способ установки дренажной трубки при лапароскопической холецистэктомии. № 1543, 16.05.2005г.

108. Жидков С.А., Корик В.Е. Усовершенствование дренажной трубки для видеолапароскопических операций. № 1544, 16.05.2005г.

109. Жидков С.А. Программа хирургического лечения острого холецистита у лиц старше 60 лет. № 1545, 16.05.2005г.

110. Жидков С.А., Корик В.Е. Способ установки троакаров в брюшную полость у пациентов ранее перенесших лапаротомию. № 1546, 16.05.2005г.

111. Жидков С.А., Корик В.Е. Способ введения порта для выполнения лапароскопической холецистэктомии при пупочных и параумбиликальных грыжах небольших размеров. № 1547, 16.05.2005г.

112. Жидков С.А. Шкала оценки степени полиорганной недостаточности у больных старше 60 лет. № 1566, 7.06.2006г.

РЭЗІЮМЕ**Жыдкоў Сяргей Анатольевіч****АСАБЛИВАСЦІ ДЫЯГНОСТЫКІ І ЛЯЧЭННЯ ЭКСТЭРНЫХ
ХІРУРГІЧНЫХ ЗАХВОРАВАННЯЎ У ХВОРЫХ ПАЖЫЛОГА
І СТАРОГА ЎЗРОСТУ**

Ключавыя словы: хворыя пажылога і старога ўзросту, вострыя захворванні органаў брушной поласці, кішечная непраходнасць пухліннага генезу, сімулятанныя аперацыі, ператаніт, танатагенез, спадарожная сардэчна-сасудзістая паталогія.

Аб'ект і прадмет даследвання: хворыя пажылога і старога ўзросту з вострымі захворваннямі органаў брушной поласці. У залежнасці ад функцыянальнага стану арганізма (у асноўным, сардэчна-сасудзістая сістэма) вызначалася хірургічная тактыка і аб'ём умяшальніцтва.

Мэта даследвання: павысіць эфектыўнасць лячэння хворых пажылога і старога ўзросту з вострай абдомінальнай паталогіяй выкарыстання новых падыходаў да дыягностыкі, перадаперацыйнай падрыхтоўкі, аб'ёму і характару хірургічных дапаможнікаў, а таксама пасляоперацыйнага лячэння.

Метады даследвання: фізіялагічны, гематалагічны, біяхімічны, функцыянальны (ультразвукавы), мікрабіялагічны, марфалагічны і статычны.

Атрыманя вынікі і іх навізна: дадзена навуковае абгрунтаванне выдзялення груп хворых, старэйшых за 60 гадоў, з вострымі захворваннямі органаў брушной поласці па аб'ёму хірургічнага ўмяшальніцтва. Вызначаны крытэрыі дыягностыкі і аб'ём аперацыі пры ОКН пухліннага генезу ў гэтай узроставай групе. Распрацавана шкала ацэнкі ступені ПОН для вызначэння перанасімасці сімулятанных экстраных аперацый. Устаноўлена вядучая роля паталогіі сардэчна-сасудзістай сістэмы ў танатагенезе пры ургентнай абдомінальнай паталогіяй ў асоб, старэйшых за 60 гадоў з вострай хірургічнай паталогіяй органаў брушной поласці.

Ступень выкарыстання: вынікі работы пасадзейнічалі распрацоўцы вучэбнага дапаможніка і метадычных рэкамендацый для сістэмы да- і паслядыпломнай медыцынскай адукацыі, укараняюцца ў практыку работы лячэбных устаноў Міністэрства аховы здароўя і Міністэрства абароны Рэспублікі Беларусь.

Галіна прымянення: неадкладная хірургія, герыатрыя, ахова здароўя, у прыватнасці, лячэбныя установы Рэспублікі Беларусь.

РЕЗЮМЕ

Жидков Сергей Анатольевич

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТЕРННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ключевые слова: больные пожилого и старческого возраста, острые заболевания органов брюшной полости, кишечная непроходимость опухолевого генеза, симультанные операции, перитонит, танатогенез, сопутствующая сердечно-сосудистая патология.

Объект и предмет исследования: больные пожилого и старческого возраста с острыми заболеваниями органов брюшной полости. В зависимости от функционального состояния организма (в основном, сердечно-сосудистой системы) определялась хирургическая тактика и объем вмешательства.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных пожилого и старческого возраста с острой абдоминальной патологией путем использования новых подходов к диагностике, предоперационной подготовке, объему и характеру хирургических пособий, а также послеоперационного лечения.

Методы исследования: физиологический, гематологический, биохимический, функциональный (ультразвуковой), микробиологический, морфологический и статистический.

Полученные результаты и их новизна: дано научное обоснование выделения групп больных старше 60 лет с острыми заболеваниями органов брюшной полости по объему хирургического вмешательства. Определены критерии диагностики и объем операции при ОКН опухолевого генеза в этой возрастной группе. Разработана шкала оценки степени ПОН для определения переносимости симультанных экстренных операций. Установлена ведущая роль патологии сердечно-сосудистой системы в танатогенезе при ургентной абдоминальной патологии у лиц старше 60 лет. Разработана методология диагностики прогнозирования и комплексного лечения больных старше 60 лет с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Степень использования: результаты работы послужили основой разработки учебного пособия и методических рекомендаций для системы до- и последипломного медицинского образования, внедрены в практику работы лечебных учреждений Министерства здравоохранения и Министерства обороны Республики Беларусь.

Область применения: неотложная хирургия, гериатрия, здравоохранение в частности, лечебные учреждения Республики Беларусь.

SUMMARY

Zhidkov Sergey Anatolievich

THE PECULIARITIES OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EXTERNAL SURGICAL DISEASES OF THE ELDERLY AND OLD PATIENTS

Key words: elderly and old patients, acute diseases of abdominal cavity organs, intestinal obstruction of tumour genesis simultaneous surgeries, peritonitis, thanatogenesis accompanying cardiovascular pathology.

Object and subject of the research: elderly and old patients with acute diseases of abdominal cavity organs. The surgical tactics and sire has been determined depending on functional body state (mostly on cardiovascular system condition).

The aim of the research: to increase the effectiveness of treatment of elderly and old patients having acute abdominal pathology by using new approaches to diagnosis, pre-operation preparation, sire and character of surgical appliances as well as post-operation treatment.

Methods of the research: physiological, hematological, biochemical, functional (ultrasonic) microbiological, morphological and statistical.

The reached results and their newness: scientific ground has been given to single out the group of patients aged over 60 years old having acute diseases of abdominal cavity organs regarding the sire of surgical intervention. The criteria of diagnosis and sire of operation, on patients of this age group suffering from intestinal obstruction of tumour genesis have been determined. The scale of appreciation of PON degree of coming through simultaneous urgent operations has been elaborated. The leading role of cardiovascular system pathology in thanatogenesis with urgent abdominal pathology for patients over 60 years old has been stated. Methodology of diagnosis of prognosis and complex treatment of patients over 60 years old with acute surgical pathology of abdominal cavity organs has been elaborated.

Degree of usage: the result of the work have served the background for working out educational textbook and methodical recommendations for the system of pre- and post-gradual medical education, the papers of medical institutions of Ministry of Health Care and Ministry of Defence of Republic of Belarus have been put into practice.

The usage field: urgent surgery, geriatrics, health care in particular, medical institutions of Republic of Belarus.