



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.34-007.271-089-053.3

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хамдамов Бахтиёр Зарифович <https://orcid.org/0000-0003-3569-6688>
Худойбердиев Санжар Собирович <https://orcid.org/0009-0005-7667-6773>
Хамроев Бахтиёр Султонович <https://orcid.org/0009-0001-0049-1941>

Бухарский государственный университет, г. Бухара, ул. Пиридастгир 2,
тел: 0(365) 226-10-97 Email: buxdupi.uz

✓ Резюме

Оценка и анализ результатов традиционных методов лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста выявила превалирование в 2,1 раза местных послеоперационных осложнений над общими. В 75,4% случаев в основе как местных, так и общих послеоперационных осложнений лежат патологические процессы, связанные с усилением процессов тромбообразования, приводящие к развитию ишемических (24,5%) и некротических (50,9%) процессов, а также послеоперационной летальности (28,3%).

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, кишечная непроходимость, тромбообразование.

KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O'TKIR ICHAK TUTILISHINI AN'ANAVIY USULLARNI QO'LLAB DAVOLASH NATIJALARINI RETROSPEKTIV TAHLILI

Hamdamov B.Z., Xudoyberdiev S.S., Xudoyberdiev S.S.

Buxoro Davlat universiteti, Buxoro, Piridastir ko'chasi 2, tel:0 (365) 226-10-97 Email: buxdupi.uz

✓ Rezyume

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir ichak tutilishini davolashning an'anaviy usullarining natijalarini baholash va tahlil qilish operatsiyadan keyingi mahalliy asoratlarning umumiy asoratlardan 2,1 baravar ko'pligini aniqladi. 75,4% hollarda ham mahalliy, ham operatsiyadan keyingi umumiy asoratlar ishemik (24,5%) va nekrotik (50,9%) jarayonlarning rivojlanishiga, shuningdek, operatsiyadan keyingi o'limga (28,3%) olib keladigan tromb ҳосил бўлиши жараёнининг kuchayishi bilan bog'liq patologik jarayonlarga asoslanadi.

Калит сўзлар: Кекса ва қари ёш, ичак тугилиши, тромб ҳосил бўлиши

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF APPLICATION OF TRADITIONAL METHODS OF TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Hamdamov B.Z., Xudoyberdiev S.S., Hamrayev B.S.

Bukhara State University, Bukhara, st. Piridastgir 2, tel: 0(365) 226-10-97 Email: buxdupi.uz

✓ Rezyume

Evaluation and analysis of the results of traditional methods of treating acute intestinal obstruction in elderly and senile patients revealed a 2.1-fold prevalence of local postoperative complications over general ones. In 75.4% of cases, both local and general postoperative complications are based on pathological processes associated with increased thrombus formation, leading to the development of ischemic (24.5%) and necrotic (50.9%) processes, as well as postoperative mortality (28.3%).

Key words: elderly and senile age, intestinal obstruction, thrombus formation

Актуальность

Среди наиболее распространенных патологий в ургентной абдоминальной хирургии, у больных пожилого и старческого возраста, по настоящее время, лидирует острая кишечная непроходимость (1,3,5,7). Еще в 1954 году О.Н. Кмент подробно представил сведения относительно особенностей данной нозологической формы острой хирургической патологии. На основании анализа достаточного объема клинического материала им был предложен лечебно-диагностический комплексный алгоритм, который позволял выделить факторы риска развития послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста (2,4,6).

У больных пожилого и старческого возраста, признанным является сложность патофизиологических изменений в организме, приводящих к тяжелым формам течения острой кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, которые в свою очередь способствуют высокой частоте фатальных исходов. По мнению V.N. Bernakinas (2021) большую роль в этом играют и наличие большого количества сопутствующих заболеваний.

Проведенный анализ статических сведений по уровню смертности в общей структуре неотложных заболеваний, за период с 2000 по 2020 годы, показал вариационное значение по острой кишечной непроходимости среди больных пожилого и старческого возраста в пределах от 14,8% до 19,2% (9,11,13,15).

Острая кишечная непроходимость у больных пожилого и старческого возраста характеризуется стертойстью признаков клинического проявления заболевания. Зачастую трудности возникают даже в определении анамнестического начала заболевания, что обусловлено хроническим течением транзиторных дисфункций кишечника, деменцией больных преклонного возраста и высокой частотой других сопутствующих заболеваний (8,10,12).

Так же для больных пожилого и старческого возраста могут быть характерными так называемые ложная кишечная недостаточность. Среди больных молодого возраста данное заболевание почти не встречается. Группой клиницистов в 2019 году было представлено описание такого патологического состояния, которое характеризуется функциональным расширением толстой кишки, протекающее без признаков интоксикации. Учитывая, что кишечная непроходимость носит не механический характер, больные испытывают вздутие живота, беспокойство, тошноту и рвоту (17,19,21). Однако продолжительность данного патологического процесса может привести к летальному исходу. Высокий уровень подозрений имеет первостепенное значение для ранней диагностики и оперативного вмешательства.

Разработка обоснованных критериев дифференцированной диагностики и раннего прогнозирования исхода заболевания можно считать одним из приоритетного направления для проведения исследований. В этом направлении большую роль играют мультицентральные исследования, которые позволяют разработать конкретные практические рекомендации и оптимальные стандарты оказания лечебно-диагностической помощи. О важности таких исследований было неоднократно высказано и отражено в резолюциях крупных международных конгрессах и конференциях (Jean Baptiste Corerro, 2017).

В послеоперационном периоде в проведении контроля общего состояния больного, оценке динамики течения процесса и прогнозирования послеоперационных осложнений большую роль лабораторные и инструментальные методы исследования (). Однако, имеющиеся литературные сведения относительно данного аспекта послеоперационного ведения больных не унифицированы и как указывают сами исследователи, результаты могут быть отличительными у больных пожилого и старческого возраста (14,16,18,20). Они характеризуются серьезными нарушениями в системе тромбообразования, развития эндотелиальной дисфункции, энтерального дистресс-синдрома.

Учитывая важную роль в патогенезе осложнений острой кишечной непроходимости развитие ишемии и гипоксии Z. Xiao с соавт. (2017) считают, что фибриноген может быть вспомогательным маркером в прогнозировании вышеуказанных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста. Предпосылками для такого рода заключений послужили сообщения () которые в экспериментальных условиях моделирования острой странгуляционной кишечной непроходимости обосновали, что в патогенезе развития летальных исходов значимым является внутрисосудистая коагуляция и отложение фибрина в сосудах зоны странгуляции кишки.

Идентичные результаты, дополненные важной ролью Д-димеров, были получены в экспериментальных исследованиях модели ущемленной грыжи у лабораторных крыс (22,24,26). При этом процесс изменения в системе коагуляции напрямую имели корреляционную связь со степенью развития ишемии и некроза кишечника. Такие изменения происходили на фоне повышения маркеров воспалительного процесса, что подтверждает о взаимосвязи между этими показателями. Авторы приводят обоснование о роли острой странгуляционной кишечной непроходимости с нарушением кишечной микроциркуляции, образованием микротромбов, нарушении свертываемости крови, гипоксии, ишемии тканей вплоть до некроза органа, тем самым исследователи сделали предположение, что основные патологические изменения могут приводить к изменениям уровней показателей свертываемости крови.

D. Bassini и соавт. (2019) исследовали результаты лабораторного мониторинга крови у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острой странгуляционной кишечной непроходимости. Ими были получены результаты, характеризующиеся значительным повышением показателей свертываемости крови, в частности фибриногена, С-реактивного белка и Д-димеров (21,23,25).

Как указывают авторы, предпосылками для таких изменений у больных с острой кишечной непроходимостью могут служить развивающиеся обезвоживание, электролитные нарушения, вторичная инфекция, нарушение микроциркуляции кишечника, повышенная свертываемость крови, микротромбозы, различные заболевания крови, ишемия тканей, гипоксия и, в конечном итоге, некроз кишечника. Таким образом, как указывают авторы, коагулограммы могут косвенно отражать состояние тканевого кровотока.

Острые хирургические заболевания у больных пожилого и старческого возраста, имеют ряд особенностей в этиологии, в патогенезе и в клиническом проявлении которые напрямую определяют исход применяемых методов лечения. Именно освещение этих аспектов является актуальной и востребованной в медицинской практике.

Цель исследования: изучение результатов традиционных методов комплексного лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и метод исследования

Проанализированы результаты 53 пациентов с кишечной непроходимостью, в пожилом и в старческом возрасте, которые находились на лечении и обследовании в клинике Сырдарьинского областного филиала Республиканского научно-практического медицинского центра экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан с 2016 по 2019 годы. Распределение больных по полу из общего их количества выявило незначительное преобладание больных мужского пола (на 1,8%).

При этом, если среди больных пожилого возраста преобладали пациенты женского пола (на 7,6%), то среди больных старческого возраста – мужского (в 1,8 раза). Более 70% пациентов обратились в нашу клинику и были госпитализированы до 48 часов после начала заболевания.

Основной хронологический диапазон обращения больных контрольной группы в нашу клинику приходился на период от 24 до 48 часов после начала первых признаков заболевания. Почти в одинаковой пропорции оказались больные в промежутках времени более 48 часов и между 12-24 часов. Особенностью начала острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста является низкое значение частоты обращения больных в сроки до 12 часов после начала заболевания. Такая хронология обращения больных в клинику в большей степени было характерно для пациентов пожилого возраста, в которой 71,8% больных обратились в клинику в сроки через 24 часа и более от начала заболевания. Однако среди больных старческого возраста преобладающими (71,4%) были сроки обращения больных в промежутке 12-48 часов от начала первых признаков заболевания. При этом минимальным значением в данной возрастной категории отличились больные, которые обратились позже 48 часов от начала заболевания.

Распределение больных в зависимости от типа пораженного кишечника показало преобладание участия толстого кишечника в качестве источника острой кишечной непроходимости (таблица 1). Причем такая тенденция была отмечена нами как среди больных пожилого, так и старческого возрастов. При этом, если среди больных пожилого возраста преобладающее поражение толстого кишечника было всего на 2,5%, то среди больных

старческого возраста – на 28,6%. Комбинированное поражение тонкого и толстого кишечника было отмечено нами только среди больных пожилого возраста.

Распределение больных контрольной группы в зависимости от отдела пораженного кишечника преобладающее поражения подвздошного отдела тонкого кишечника (34,5%). Его превалирование было в основном за счет больных пожилого возраста (41,5%), которая была больше, чем у больных старческого возраста в 2,9 раза (14,3%). Меньше, чем случаев поражения подвздошной части тонкого кишечника нами диагностированы источники острой кишечной непроходимости, расположенные в поперечно-ободочном отделе толстого кишечника (25,5%) и в нисходящем отделе толстого кишечника (20%). В пропорции от вида кишечника в 84% случаев источником острой кишечной непроходимости оказался подвздошная часть тонкого кишечника, а в 16% - тощая часть тонкого кишечника. При этом подвздошная часть тонкого кишечника поражалась больше у больных пожилого возраста, чем у больных старческого возраста (на 5%), а тощий отдел тонкого кишечника больше поражался у больных старческого возраста, чем у больных пожилого (тоже на 5%).

Таблица 1

Характер распределения больных контрольной группы в зависимости от типа пораженного кишечника

Тип кишечника	Возрастные подгруппы				Всего	
	Пожилой		Старческий			
	n=39	%	n=14	%	n=53	%
Тонкий кишечник	18	46,2	5	35,7	23	43,4
Толстый кишечник	19	48,7	9	64,3	28	52,8
Комбинация	2	5,1	0	0,0	2	3,8

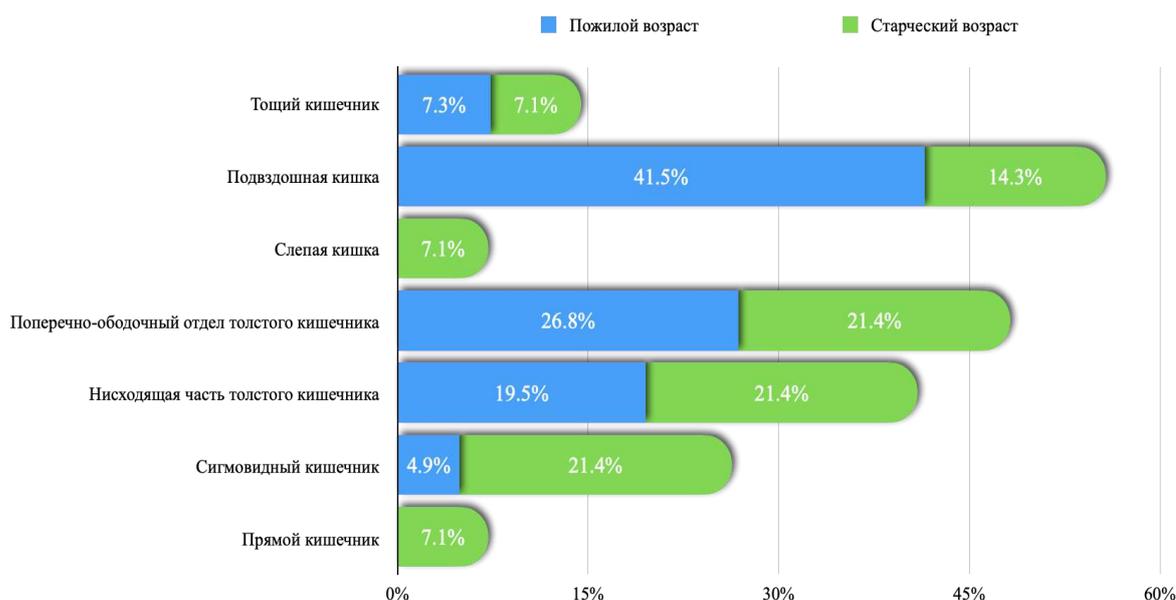


Рисунок 1

Распределение больных контрольной группы в зависимости от отдела пораженного кишечника

Почти в одинаковой пропорции источниками острой кишечной непроходимости оказались сигмовидный отдел толстого кишечника (9,1%) и тощий отдел тонкого кишечника (7,3%). В одинаковой пропорции по частоте источника развития острой кишечной непроходимости оказались слепая кишка и прямая кишка (по 1,8% соответственно) – рисунок 1.

Поражение отделов толстого кишечника характеризовалось преобладанием локализации патологического процесса в поперечно-ободочном отделе (43,8%). При этом у больных пожилого возраста такая локализация определяла большую половину частоты поражения толстого кишечника (52,4%). У больных старческого возраста такое поражение было отмечено лишь в 27,3% случаев.

У 34,4% больных источником острой кишечной непроходимости выступили нисходящий отдел толстого кишечника. При этом среди больных пожилого возраста она была больше (38,1%) чем среди больных старческого возраста (27,3%).

Поражение сигмовидного отдела толстого кишечника поражалось в 3 раза чаще у больных старческого возраста, чем у больных пожилого возраста. Подобное можно отметить и по поражению слепой кишки и прямой кишки, которые преобладали среди больных старческого возраста.

Таким образом, анализ локализации источника острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста позволило констатировать преобладание поражения толстого кишечника надо тонким. При этом среди отделов тонкого кишечника преобладающее поражение было отмечено по отношению подвздошной кишки, а среди отделов толстого кишечника – поперечно-ободочный отдел.

Таблица 2.

Характер распределения больных контрольной группы в зависимости от вида острой кишечной непроходимости

Виды	Возрастные подгруппы				Всего	
	Пожилой		Старческий			
	n=39	%	n=14	%	n=53	%
Обтурационная	11	28,2	12	85,7	23	43,4
Странгуляционная	19	48,7	1	7,1	20	37,7
Сочетанная	9	23,1	1	7,1	10	18,9

Распределение больных в зависимости от вида острой кишечной непроходимости выявило преобладание обтурационной формы. Причем среди больных старческого возраста она составила большую часть разновидностей вида острой кишечной непроходимости (таблица 2).

Среди больных контрольной группы пожилого возраста преобладающими были странгуляционная острая кишечная непроходимость. По единичному случаю были зарегистрированы странгуляционная и сочетанная виды острой кишечной непроходимости.

У больных пожилого и старческого возрастов основными причинами острой кишечной непроходимости были опухоль кишечника и ущемленная грыжа (таблица 3).

Таблица 3

Характер распределения больных контрольной группы в зависимости от причины острой кишечной непроходимости

Причины	Возрастные подгруппы				Всего	
	Пожилой		Старческий			
	n=39	%	n=14	%	n=53	%
Опухоль кишечника	7	17,9	12	85,7	19	35,8
Ущемленная грыжа	17	43,6	0	0,0	17	32,1
Острая спаечная кишечная непроходимость	10	25,6	0	0,0	10	18,9
Заворот кишечника	2	5,1	1	7,1	3	5,7
Инвагинация кишки	1	2,6	1	7,1	2	3,8
Обтурация кишки желчным конкрементом	2	5,1	0	0,0	2	3,8

При этом если у больных пожилого возраста преобладали случаи с ущемлением грыж живота, то среди больных старческого возраста – опухоли кишечника. Случаев развития острой кишечной непроходимости в результате ущемления грыж среди больных старческого возраста нами не отмечено.

Острая спаечная кишечная непроходимость и обтурация кишки желчными конкрементами были причинами заболевания только у больных пожилого возраста. Остальную причинную часть развития острой кишечной непроходимости составили такие патологические процессы как заворот кишечника и инвагинация кишки. Последняя, впрочем, была представлена сочетанным видом острой кишечной непроходимости.

Особенностью геронтологических больных является наличие у них тяжелого морбидного фона вследствие выраженности сопутствующих заболеваний. В большинстве случаев они сочетаются, утяжеляя общее состояние больного.

Анализ показал, что у больных с острой кишечной непроходимостью было диагностировано 297 наименований сопутствующих заболеваний. В среднем на каждого больного контрольной группы с острой кишечной непроходимостью приходилось по 5,6 сопутствующих заболеваний.

Распределение сопутствующих заболеваний по системам организма показало превалирование патологий с поражением сердечно-сосудистой системы, которая по частоте превышала среди больных старческого возраста и приходилось по 2,4 наименования на 1 больного, тогда как у больных пожилого возраста данный показатель приравнялся 2,3 ед.

Основными заболеваниями сердечно-сосудистой системы были ишемическая болезнь сердца (18,8% у больных пожилого и 15,7% у больных старческого возраста), гипертоническая болезнь (10,1% у больных пожилого и 5,6% у больных старческого возраста), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (5,3% у больных пожилого и 9,0% у больных старческого возраста) и варикозная болезнь вен нижних конечностей (8,2% у больных пожилого и 7,9% у больных старческого возраста).

Частота сопутствующих заболеваний со стороны органов желудочно-кишечного тракта составила 0,7 ед. на 1 больного пожилого возраста и 1,3 ед. на 1 больного старческого возраста. Основными заболеваниями системы органов пищеварения были язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (4,3% у больных пожилого и 3,4% у больных старческого возраста), хронические заболевания толстого кишечника, характеризующиеся запорами (5,8% у больных пожилого и 13,5% у больных старческого возраста) и хронические заболевания печени (3,8% у больных пожилого и 3,4% у больных старческого возраста).

Сопутствующие заболевания со стороны центральной нервной системы приходились на 1 больного пожилого возраста по 0,5 ед., а среди больных старческого возраста по 0,9 ед. Все они характеризовались хроническими неврологическими расстройствами, в большей степени они были обусловлены наличием атеросклеротических поражений сосудов головного мозга, ишемической энцефалопатии, последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, паркинсонизмом, когнитивными расстройствами различной степени.

Заболевания органов мочеполовой системы так же в большинстве случаев встречались у больных старческого возраста (0,8 ед. на 1 больного) чем у больных пожилого возраста (0,5 ед. на 1 больного). Основными заболеваниями мочеполовой системы были хронический пиелонефрит (2,4% у больных пожилого и 3,4% у больных старческого возраста) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (7,7% у больных пожилого и 9,0% у больных старческого возраста).

Опорно-двигательная система была подвергнута патологическому процессу почти в одинаковой пропорции среди больных как пожилого (0,5 ед. на 1 больного), так и старческого возрастов (0,6 ед. на 1 больного). Основными заболеваниями опорно-двигательной системы были хронический артрит (5,8% у больных пожилого и 6,7% у больных старческого возраста) и подагра (3,8% у больных пожилого и 2,2% у больных старческого возраста).

Патологии со стороны органов дыхания приходились по 0,3 ед. на 1 больного пожилого возраста и по 0,4 ед. на 1 больного старческого возраста. Все они были представлены хроническими обструктивными болезнями легких (5,8% у больных пожилого и 5,6% у больных старческого возраста).

Сопутствующие заболевания со стороны эндокринной системы были представлены сахарным диабетом 2 типа, которые приходились по 0,4 ед. на 1 больного пожилого возраста (8,2%) и по 0,1 ед. на 1 больного старческого возраста (1,1%).

Результат и обсуждение

Клинические проявления острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста имели своеобразную картину, которая имела как сходства, так и свои отличительные стороны.

Для больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью (40,4%) было характерно наличие болей в животе схваткообразного характера. Особенностью таких болей являлось периодическое уменьшение интенсивности болей, которая характеризовалась более

длительными (в среднем $10,7 \pm 3,1$ минут) продолжительностью паузы. После начала спазмолитической терапии – промежутки между схваткообразными болями в животе удлинялись, а порой полностью исчезали.

У больных со странгуляционной кишечной непроходимостью (46,2%) болевой синдром характеризовался более высокой интенсивностью. При этом, в отличие от болей при обтурационной кишечной непроходимости, при странгуляционной промежутки между приступами не приносили полного удовлетворения. Однако подобный характер болей, а в особенности межприступных периодов нами не было отмечено у больных с сочетанным видом острой кишечной непроходимости (13,5%).

Во время болевого приступа в животе у больных отмечалась бледность кожных покровов, которые покрывались холодным липким потом. В промежутках болевого синдрома у больных усиливалась тошнота, возникала рвота. У больных со странгуляционной кишечной непроходимостью она не приносила облегчение, и тошнота продолжала держаться стабильно.

Лишь у 7,3% больных нами было отмечено наличие рвоты кишечным содержимым. В остальных случаях такой признак не был отмечен нами на протяжении 1-3 суток заболевания.

Следующим характерным клиническим признаком острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста были задержки отхождения газов и стула. У 46,2% больных пожилого возраста и у 35,7% больных старческого возраста данный признак заболевания не имел стабильное проявление. В остальных случаях у больных отмечалось наличие поноса с положительными симптомами Грекова и Обуховский больницы). Опорожнение кишечника после проведенных консервативных мероприятий не приносило облегчение больным, а чувство полного опорожнения кишечника отсутствовало. При этом у 4,9% больных пожилого возраста и у 28,5% старческого возраста отхождение газа и кала было прекращено сразу по мере развития острой кишечной непроходимости. В ранние сроки заболевания у 42,1% больных пожилого возраста и у 85,7% больных старческого возраста отмечалось усиление перистальтики в более поздние сроки развития острой кишечной непроходимости.

В дальнейшем у больных с острой кишечной непроходимостью болевой синдром приобретал постоянный характер. Интенсивность болей в животе снижалась. Появлялись признаки дегидратации организма, что было наиболее выражено у больных с тяжелым морбидным фоном.

В целях сопоставления проявлений клинических признаков острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста нами проведен однотипный анализ хронологии развития фаз данного заболевания согласно клиническим рекомендациям Российского общества хирургов.

Согласно данным клинической рекомендации различают 3 фазы клинического проявления острой кишечной непроходимости: первая фаза «илеусного крика», которая протекает на протяжении от 2 до 12 часов от начала заболевания, вторая фаза «интоксикации» 12-36 часов и третья фаза «перитонита» - более 36 часов.

Как показали наши исследования, средний уровень хронологии клинических проявлений острой кишечной непроходимости в целом соответствует данным клинических рекомендаций (таблица 4). Однако при анализе показателей доверительного интервала нами обнаружены выраженные расхождения, что принято нами за особенности клинического течения у больных пожилого и старческого возраста.

Таблица 4.

Сравнительный характер хронологии фаз развития острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста

Наименование фазы острой кишечной непроходимости	Возрастные подгруппы				Всего	
	Пожилой		Старческий			
	М	м	М	м	М	м
Фаза «илеусного крика»	16,13	4,21	16,53	4,52	16,13	4,15
Фаза интоксикации	16,33	5,43	17,41	6,21	16,43	5,40
Фаза перитонита	30,21	7,3	26,15	7,22	28,42	7,22

Клинические признаки, характерные для первой фазы острой кишечной непроходимости в среднем проявлялись на протяжении $16,13 \pm 4,15$ часов [CI: 12,4; 20,28]. Данный характер выражения доверительного интервала свидетельствует о значительном пролонгировании срока развития первой фазы острой кишечной непроходимости. При этом у больных старческого возраста данный срок был дольше [CI: 12,01; 21,05] чем у больных пожилого возраста [CI: 12,36; 19,5].

В противовес хронологии первой фазы развития острой кишечной непроходимости вторая фаза у больных пожилого и старческого возраста наступала раньше [CI: 11,03; 22,23], хотя средний уровень соответствовал данным клинических стандартов. Ранее начало второй фазы клинических проявления острой кишечной непроходимости было более выраженным среди больных пожилого возраста [CI: 11,3; 21,3], чем среди больных старческого возраста [CI: 11,2; 23,2].

Третья фаза развития острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста при условии развития в сроки более 36 часов, в среднем в наших исследованиях не достигала этого уровня [CI: 21,16; 35,2]. Достижение рекомендованного уровня хронологии третьей фазы развития острой кишечной непроходимости было отмечено среди нескольких больных пожилого возраста [CI: 22,55; 37,1]. Однако среди больных старческого возраста такой продолжительности наступления третьей фазы клинического проявления острой кишечной непроходимости ни у одного больного нами не отмечено [CI: 19,41; 33,33].

Таким образом, особенностями развития и клинических проявлений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста являются превалирование обтурационного вида поражения преимущественно опухолевого генеза, стертой патогномичных симптомов с пролонгированием первой фазы заболевания (на $8,28 \pm 1,3$ часа) и более ранним наступлением клинических признаков, характерных для второй (на $19,57 \pm 3,9$ часа) и третьей (на $8,2 \pm 2,3$ часа) фазы патологического процесса. Тяжесть проявления клинических признаков острой кишечной непроходимости обусловлена выраженным морбидным фоном, включающий в себя в среднем по 5,3 ед. и 5,6 ед. нозологических наименований у больных пожилого и старческого возраста соответственно.

Исследование клинических параметров в первую очередь включала в себя показатели гемодинамики по интегральной шкале «M-SAPS» [135]. Так, средняя частота пульса у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте колебалась в пределах 2-3 баллов M-SAPS [CI: 114,7; 159,6] – (таблица 5).

Такая же картина изменения доверительного интервала по частоте пульса была отмечена нами и у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте на 1-сутки после операции [CI: 111,2; 157,5]. На 2-сутки после операционного периода диапазон доверительного интервала увеличивался, что приводило к изменению вариации от 0 до 3 баллов системы интегральной шкалы M-SAPS [CI: 107,9; 153,2]. В последующие сроки уровень балла изменения частоты пульса в послеоперационной периоде стабильно находилось между 2-3 баллами системы интегральной шкалы M-SAPS за исключением 7-суток, когда максимальное значение доверительного интервала не превышала 2 баллов. Относительно изменения динамики уровня систолического артериального давления можно отметить, что на всем протяжении исследования его уровне приравнялся 0 баллу по системе интегральной шкалы M-SAPS. Это, по-видимому, было обусловлено применением активной инфузионной терапии включая вазопрессоров, что и определило данную динамику гемодинамических изменений.

То же самое можно отменить и по динамике изменения температурной кривой, за исключением 1-2-суток после операции, когда были зафиксированные случаи гипертермии соответствующая 3 баллам по системе интегральной шкалы M-SAPS ([CI: 36,45; 39,25] и [CI: 36,5; 39,1] соответственно).

Динамика послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте характеризовалась стойкой тахикардией на всем протяжении исследования. Максимальный и минимальный уровни доверительного интервала не превышал 1 балла по системе интегральной шкалы M-SAPS. В то же время, максимально пиковое значение тахипноэ приходилось только на 1-сутки после операции (таблица 6). Среднее число количества лейкоцитов в периферической крови варьировало с диапазоне $13,7-16,4 \times 10^9/\text{л}$. Максимальный уровень доверительного интервала приходился на срок поступления больных в клинику и

составил $20,5 \pm 5,1 \times 10^9/\text{л}$, а минимальный уровень на 6-сутки после операции и приравнялся $15,0 \pm 3,5 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). Подобный характер изменений можно отметить и по отношению к динамике изменений уровня ЛИИ.

Таблица 5

Характер изменения динамики показателей по системе интегральной шкалы M-SAPS

Динамика исследований		Показатели интегральной шкалы m-saps					
		Пuls, в 1 мин		Систолическое артериальное давление, мм.рт.ст		Температура, °C	
		М	m	М	m	М	m
До операции		137,15	22,45	98,05	14,1	37,85	1,6
После операции	1-сутки	134,35	23,15	107,5	14,2	37,85	1,4
	2-сутки	130,55	22,65	118,2	13,5	37,8	1,3
	3-сутки	134,45	16,8	107,75	14,45	37,65	0,75
	4-сутки	136,05	13,05	109,5	12,25*	37,4	0,5
	5-сутки	138,65	7,25	109,1	10,85*	37,05	0,3
	6-сутки	133,05	6,15	108,45	10,3	37,0	0,5
	7-сутки	129,35	6,55	101,75	10,75	36,9	0,3*

* $p < 0,05$ – достоверное значение по отношению к дооперационному периоду

Уровень гематокрита был максимальным в дооперационном периоде [CI: 55,85; 62,65] и в течение 1-2 суток после операции ликвидации кишечной непроходимости ([CI: 55,15; 60,95] и [CI: 53,45; 59,55] соответственно).

Таблица 6

Характер изменения динамики показателей по системе интегральной шкалы M-SAPS

Динамика исследований		Показатели интегральной шкалы m-saps					
		Частота дыхания, в 1 мин		Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$		ЛИИ, ед.	
		М	m	М	m	М	m
До операции		30,7	3,5	16,4	4,4	1,95	0,55
После операции	1-сутки	31,9	3,0	15,0	3,5	1,8	0,65
	2-сутки	30,7	3,7	14,1	3,2	1,5	0,6*
	3-сутки	29,25	3,15	14,0	2,5	1,5	0,3*
	4-сутки	27,2	2,5	13,7	2,55*	1,65	0,35*
	5-сутки	29,7	2,15	13,95	1,15*	1,6	0,25*
	6-сутки	29,7	2,4	13,8	1,2*	1,6	0,15*
	7-сутки	29,95	1,8	14,25	0,85	1,65	0,1*

* $p < 0,05$ – достоверное значение по отношению к дооперационному периоду

Таблица 7

Характер изменения динамики показателей по системе интегральной шкалы M-SAPS

Динамика исследований		Показатели интегральной шкалы m-saps					
		Гематокрит, %		Креатинин, мкмоль/л		Калий плазмы, ммоль/л	
		М	m	М	m	М	m
До операции		59,25	3,4	143,8	16,65	2,20	0,83
После операции	1-сутки	58,05	2,9	139,55	15,9	2,89	0,77*
	2-сутки	56,5	3,05	145,65	13,55	3,66	0,89*
	3-сутки	53,65	2,1*	118,15	10,95	4,58	0,77*
	4-сутки	52,15	2,1*	114,85	10,3*	4,54	0,80*
	5-сутки	50,2	1,95*	103,6	10,65*	5,12	0,79*
	6-сутки	50,4	2,05*	98,45	8,95*	5,22	0,60*
	7-сутки	52,25	1,5*	90,55	5,1*	5,05	0,59*

* $p < 0,05$ – достоверное значение по отношению к дооперационному периоду

Тем не менее общая динамика изменения концентрации гематокрита отличалась постепенным снижением в послеоперационном периоде, что было связано с проводимой инфузионной терапией и коррекцией гиповолемических нарушений (таблица 7).

Значение уровня креатинина по системе интегральной шкалы M-SAPS на 1-3 сутки после операции у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте колебалось в пределах от 0 до 2 баллов. Пик гиперкреатинемии был отмечен нами на 2 сутки после операции [CI: 132,1; 159,2]. В последующем он не превышал минимального значения на всем протяжении проведенного исследования.

Дооперационный период у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте характеризовался гикалиемией, которая на уровне минимального значения доверительного значения достигала 4 балла по системе интегральной шкалы M-SAPS [CI: 1,37; 3,03]. При этом 1-2 сутки после операции уровень значений по системе интегральной шкалы M-SAPS опускалось до 2 баллов. Относительного максимального значения доверительного интервала можно отметить его повышение начиная с 5 суток после операционного периода, которая не превышала 1 балла. Таким образом, разброс среднего значения показателей интегральной шкалы M-SAPS в динамике послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте показал увеличение их достоверности лишь среди лабораторных анализов, в частности ЛИИ, гематокрит и калий плазмы. Учитывая, что первым значением в интегральной шкале M-SAPS является возраст пациентов, уже наличие пожилого и старческого возраста увеличивало вероятность тяжести течения и летальности в контрольной группе больных.

Протромбиновое время в целом имело склонность к ускорению достигая в среднем на 6-7 сутки послеоперационного периода референс значений ([CI: 9,42; 12,61] и [CI: 9,72; 13,24] соответственно). При этом минимальные значения доверительного интервала свидетельствовали о сохранении все еще склонности к тромбообразованию (таблица 8).

На уровне референс значений находилась средняя скорость тромбинового времени (15,70±1,94 сек), хотя минимальное значение доверительного интервала начиная со 2-суток послеоперационного значения имела склонность к укорочению, что могло приводить к нарушению в микроциркуляторной системе. О возможном характере тромбообразования может служить динамика изменения активированного частичного тромбопластинового времени, которое из среднего укороченного времени в дооперационном периоде и на 1-3 сутки послеоперационного времени постепенно удлинялось, однако минимальный доверительный интервал все еще не достигал нормального значения [CI: 19,72; 25,74]. В среднем скорость активированного частичного тромбопластинового времени составляла 21,87±2,19 сек. Уровень среднего значения фибриногена в целом за весь период проведенного исследования находился на уровне референс показателя за исключением 2-суток послеоперационного периода (p<0,05) – таблица 3.12.

Таблица 8.

Характер изменения показателей скорости тромбообразования у больных в динамике послеоперационного периода

Динамика исследований		Показатели коагулограммы					
		Протромбиновое время, сек.		Тромбиновое время, сек.		Активированное частичное тромбопластиновое время, сек.	
		М	m	М	m	М	m
До операции		9,25	2,82	16,84	1,28	19,76	5,80
После операции	1-сутки	9,11	3,10	15,64	1,61	19,93	2,23
	2-сутки	9,48	4,05	15,08	2,05	19,72	2,05
	3-сутки	9,63	2,94	15,49	2,41	20,02	1,79
	4-сутки	10,05	3,27	15,67	3,02	22,02	1,67*
	5-сутки	10,53	1,68*	15,61	1,19	24,00	1,47*
	6-сутки	11,02	1,60*	15,54	1,85	24,88	1,43*
	7-сутки	11,48	1,76*	15,73	2,11	24,63	1,11*

*p<0,05 – достоверное значение по отношению к дооперационному периоду

Между тем максимальный диапазон доверительного интервала в дооперационном периоде и на 1-5 сутки послеоперационного периода имела склонность к формированию тромбоза. Среднее значение фибриногена на всем протяжении проведенного исследования у больных с острой кишечной недостаточностью в пожилом и в старческом возрасте приравнялось $3,22 \pm 1,14$ г/л.

Таблица 9

Характер изменения показателей коагулограммы в динамике послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью

Динамика исследований		Показатели					
		Фибриноген, г/л		Д-Димер, мкг/мл		С-реактивный белок, мг/л	
		М	m	М	m	М	m
До операции		3,34	0,96	1,89	0,36	25,39	4,56
После операции	1-сутки	3,14	1,33	2,78	0,50*	23,71	1,16
	2-сутки	4,02	1,49	2,86	0,51*	22,70	1,50*
	3-сутки	3,82	1,24	1,81	0,45	19,74	1,76*
	4-сутки	3,53	1,18	1,70	0,40	17,55	2,31*
	5-сутки	3,02	1,08	1,58	0,32*	15,10	0,64*
	6-сутки	2,48	0,86*	1,28	0,26*	13,13	0,65*
	7-сутки	2,40	1,02*	1,07	0,18*	9,96	0,98*

* $p < 0,05$ – достоверное значение по отношению к дооперационному периоду

Среднее высокое значение показателя Д-димер за весь период проведенного исследования, составившее $1,87 \pm 0,37$ мкг/мл свидетельствовало о повышенном его уровне. Следует заметить, что именно Д-димер в динамике проведенного лечения превышал референс значения что так же свидетельствовало о склонности к тромбообразованию. Это было отмечено нами как в предоперационном периоде, так и на всем протяжении послеоперационного периода. При этом максимальное значение Д-димер было зарегистрировано нами на 1-2 сутки послеоперационного периода ([CI: 2,28; 3,28] и [CI: 2,35; 3,37] соответственно), а минимальное – на 7-сутки послеоперационного периода [CI: 0,89; 1,25] – $p < 0,05$.

Уровень С-реактивного белка был высоким на всем протяжении динамики послеоперационного периода. В среднем у больных пожилого и старческого возраста его значение приравнялось $18,41 \pm 1,69$ мг/л [CI: 16,72; 20,1]. Максимальное его значение приходилось на дооперационный период [CI: 20,83; 29,94], однако минимальное значение доверительного интервала был выше у больных на 1-сутки послеоперационного периода [CI: 22,56; 24,87]. Хотя в динамике проведенного исследования уровень С-реактивного белка в крови постепенно уменьшался, тем не менее он оставался выше референс значений, что свидетельствовало о сохранении воспалительных явлений даже на 7-сутки послеоперационного периода [CI: 8,98; 10,93].

Таким образом, анализ изменения показателей свертываемости крови по всем основным параметрам свидетельствовал о склонности к тромбообразованию как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах. При этом процесс изменения этих параметров был не однозначным и должен учитываться при оценке динамики течения послеоперационного периода. Вместе с этим, мы считаем, что не мало важное значение в данном аспекте должно было так же отводиться внимание уровню изменения интраабдоминального и интраэнтерального давления, так как они косвенно свидетельствуют о развитии ишемии в стенке кишечника, о чем мы изложили далее.

В среднем у больных контрольной группы с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте уровень интраабдоминального давления колебался в пределах $18,1 \pm 2,88$ мм.рт.ст. [CI: 15,22; 20,98] что соответствовало II степени, то есть субкомпенсированному нарушению (таблица 10).

Максимальный пик повышения интраабдоминального давления приходился на дооперационный период [CI: 18,70; 26,74] когда колебание доверительного интервала данного показателя приравнялось II-IV степени тяжести поражения. Даже при условии максимального уменьшения интраабдоминального давления у больных с острой кишечной непроходимостью на

3-сутки послеоперационного периода доверительный интервал находился между I и II степенью поражения [CI: 12,26; 19,18].

Таблица 10

Характер изменения динамики интраабдоминального и интраэнтерального давления у больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте

		Показатели			
		Интраабдоминальное давление, мм.рт.ст.		Интраэнтеральное давление, мм.рт.ст.	
		М	М	М	М
До операции		22,72	4,02	-	-
После операции	1-сутки	16,34	3,75*	8,76	1,65
	2-сутки	16,98	3,28*	11,04	1,99*
	3-сутки	15,72	3,46*	11,20	1,34*
	4-сутки	18,66	2,60*	12,23	1,72*
	5-сутки	18,37	2,45*	12,17	0,98*
	6-сутки	17,88	2,34*	11,99	1,05*
	7-сутки	18,15	1,18*	11,77	1,14*

* $p < 0,05$ – достоверное значение по отношению к дооперационному периоду

Интраэнтеральное давление у больных измерялось лишь в послеоперационном периоде, и оно характеризовалось волнообразным изменением на протяжении всего срока исследований. В среднем уровень интраэнтерального давления колебался в пределах $11,31 \pm 1,68$ мм.рт.ст. Максимальный уровень данного показателя приходился на 4 сутки послеоперационного периода [CI: 9,51; 14,95] что соответствовало динамики интраабдоминального давления. Однако динамика изменения уровня интраэнтерального давления на 1-3 сутки послеоперационного периода характеризовалась постепенным повышением, тогда как интраабдоминальное давление за весь этот период, наоборот, снижалось. Мы считаем, что данный феномен был связан с ранней активацией перистальтики кишечника что соответственно приводило к повышению внутрикишечного давления.

Таким образом, сопоставительный анализ изменения динамики интраабдоминального и интраэнтерального давления выявил расхождение характера значений в ближайшие и совпадение в ранние сроки послеоперационного периода.

В целом, особенностями изменений показателей клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования в динамике проведенного лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста являются достоверные различия лабораторных показателей по интегральной шкале M-SAPS: ЛИИ ($p < 0,025$), гематокрита ($p < 0,031$), и калия плазмы ($p < 0,016$), динамика которых имеет общую картину с изменением уровня интраабдоминального ($p < 0,022$) и интраэнтерального ($p < 0,036$) давления. На этом фоне имеет место повышения в крови Д-Димера (в 5,2 раза) и С-реактивного белка (в 25,4 раза), а также укорочения протромбинового времени (в 1,9 раза) и активированного частичного тромбопластинового времени (в 1,5 раза), что свидетельствует о высокой вероятности развития тромбообразования, ишемии кишечника и энтерального дистресс-синдрома.

Все больные были оперированы в экстренном (ущемленные грыжи, заворот кишечника, странгуляционная кишечная непроходимость) или в срочном порядке (обтурационная кишечная непроходимость) после неэффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на разрешение острой кишечной непроходимости.

Все предоперационные консервативные методы лечения у больных контрольной группы проводились согласно утвержденным стандартам министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Они основывались на стадии острой кишечной непроходимости и уровню интраабдоминальной гипертензии.

В стадии компенсации, при которой интраабдоминальная гипертензия отсутствовала или приравнивалась I степени, проводилась инфузионная спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, компенсация органических функций, рентгенография грудной клетки, компьютерная или магнитно-резонансная томографии органов брюшной полости, а при необходимости –

диагностическая лапароскопия. Все эти мероприятия должны проводиться не более чем в течение 24 часов.

В стадии субкомпенсации, когда уровень интраабдоминального давления приравнялся II степени, проводили инфузионную спазмолитическую терапию, очистительные клизмы, компенсация органных функций, рентгенография грудной клетки, при необходимости компьютерная или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, декомпрессия толстого и тонкого кишечника путем проведения эндоскопических исследований и установки зондов. Продолжительность мероприятий должны проводиться не более 12 часов до операции.

В декомпенсированной стадии, при уровне интраабдоминальной гипертензии III и IV степени, вся предоперационная подготовка проводилась в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии продолжительностью не более 2 часов.

Основной вид операции приходился на устранение ущемленной грыжи с резекцией петли кишечника (26,4%). Все больные с такой операцией приходились на пациентов пожилого возраста (35,9%) – таблица 11.

В одинаковой пропорции по частоте (11,3%) оказались такие операции как частичный энтеролиз (все больные пожилого возраста) и резекция поперечно-ободочного отдела толстого кишечника (в 21,4% среди больных старческого возраста и в 7,7% среди больных пожилого возраста).

У 4 (7,5%) больных были выполнены операция Гартмана, которая приходилась по 2 случая у больных пожилого и старческого возрастов.

По 5,7% приходились такие операции как устранение ущемленной грыжи (все они были выполнены у больных пожилого возраста), расправление заворота кишки и левосторонняя гемиколэктомия. Далее по статистике по 3,8% приходились на такие операции, как, тотальный энтеролиз (все у больных пожилого возраста), энтеролиз с резекцией тонкого кишечника (все у больных пожилого возраста), деинвагинация кишки (по 1 случаю для больных пожилого и для больных старческого возраста), холецистэктомия с разобщением и ликвидацией желчно-кишечного свища, энтеротомии и удаление конкрементов (все у больных пожилого возраста), правосторонняя гемиколэктомия и наложение других различных колостом. По 1 случаю приходилось на операции с наложением илеостомы и другим различных комбинированным вариантам кишечных анастомозов.

Среди послеоперационных осложнений у больных преобладали местные патологические процессы (рисунок 2).

В большинстве случаев местные послеоперационные осложнения были представлены нагноением послеоперационной раны (17,0%), краевым некрозом и несостоятельности швов послеоперационной раны (15,1%), эвентрацией внутренних органов (15,1%), развитием ранней спаечной кишечной непроходимостью (13,2%) и сформированными абсцессами брюшной полости (13,2%).

В ряде случаев такие осложнения имели последовательность развития в виде цепочки патологических процессов. Выраженные изменения в коагуляционной системе привели к поэтапному развитию ряда местных послеоперационных осложнений, которое потребовало длительный срок лечебных мероприятий.

Общие послеоперационные осложнения у больных контрольной группы развивались в меньшей степени (47,1%). Они были представлены различными послеоперационными пневмониями (13,2%), острым инфарктом миокарда (11,3%), развитием тяжелого сепсиса (7,5%), тромбоэмболией легочной артерии (7,5%), острыми нарушениями мозгового кровообращения (5,7%) и печеночно-почечной недостаточности (1,9%).

Следует отметить, что ряд послеоперационных общих и местных осложнений у больных контрольной группы комбинировались, что повышала тяжесть состояния больного.

**Характер выполненных хирургических вмешательств у больных контрольной группы
в разрезе возрастных категорий**

Виды проведенных операций	Возрастные категории			
	Пожилой		Старческий	
	N=39	%	N=14	%
Устранение ущемленной грыжи с резекцией петли кишечника	14	35,9	0	0,0
Частичный энтеролиз	6	15,4	0	0,0
Резекция поперечноободочной кишки	3	7,7	3	21,4
Операция Гартмана	2	5,1	2	14,3
Устранение ущемленной грыжи	3	7,7	0	0,0
Расправление заворота кишки	2	5,1	1	7,1
Левосторонняя гемиколэктомия	1	2,6	2	14,3
Тотальный энтеролиз	2	5,1	0	0,0
Энтеролиз с резекцией тонкого кишечника	2	5,1	0	0,0
Деинвагинация кишки	1	2,6	1	7,1
Холецистэктомия, разобщение и ликвидация желчно кишечного свища, энтеротомия и удаление конкремента	2	5,1	0	0,0
Правосторонняя гемиколэктомия	1	2,6	1	7,1
Наложение колостомы	0	0,0	2	14,3
Наложение илеостомы	0	0,0	1	7,1
Различные комбинации анастомозом	0	0,0	1	7,1

В меньшей степени развивались перфорации десерозированных участков кишечника (9,4%), некрозом колостомы (7,5%), несостоятельностью швов кишечного анастомоза (5,7%) и некрозом илеостомы (3,8%).

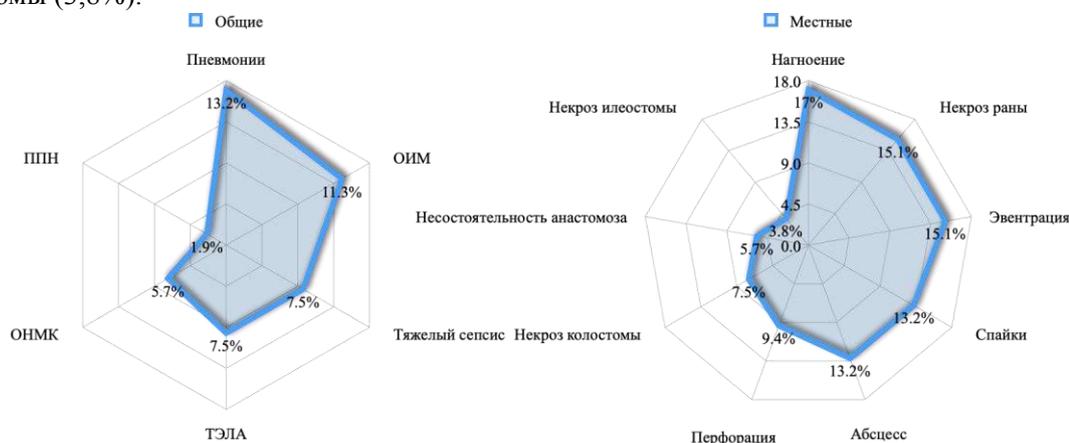


Рисунок 2

**Характеристика общих и местных послеоперационных осложнений у
обследованных больных.**

В целом, как видно на рисунке 3 уже на 1-3 сутки послеоперационного периода умерло 1/3 всех больных контрольной группы. А на протяжении 1-4 суток можно выделить наиболее опасный срок для возможного летального исхода (до 60%) в послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста. Именно в данный промежуток времени в причинах летальности мы можем проследить развитие тяжелых общих осложнений, в основе которых лежат ишемические и некротические процессы в результате повышенного тромбообразования.

Таким образом, оценка и анализ результатов традиционных методов лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста выявила превалирование в 2,1 раза местных послеоперационных осложнений над общими.

В 75,4% случаев в основе как местных, так и общих послеоперационных осложнений лежат патологические процессы, связанные с усилением процессов тромбообразования, приводящие к

развитию ишемических (24,5%) и некротических (50,9%) процессов, а также послеоперационной летальности (28,3%).

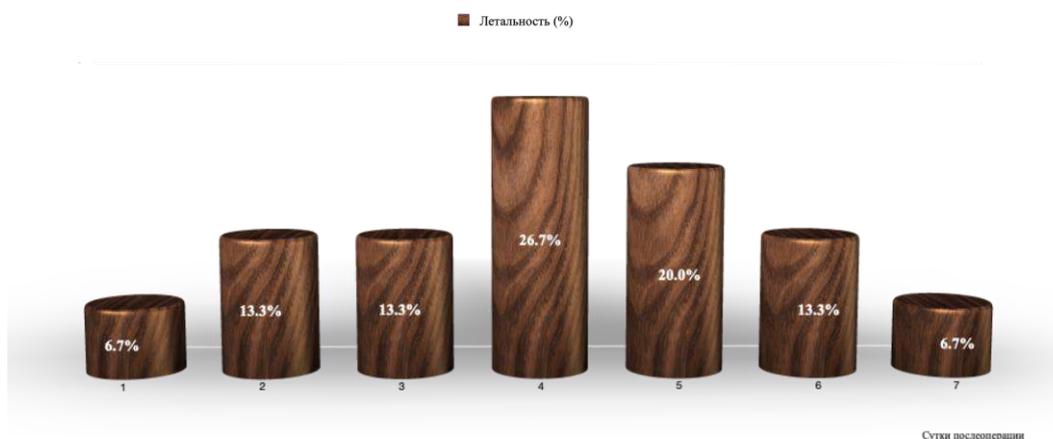


Рисунок 3

Хронология летальных исходов у больных контрольной группы

Заключение

1. Доказано, что механизм развития острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста формируется за счет многогранной каскадной реакции организма в ответ на нарушение функций большинства жизненно-важных органов.
2. Стартовую позицию в развитии неудовлетворительных результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью в пожилом и в старческом возрасте, следует определять в пользу функциональных, а в последующем и структурных нарушений самого кишечника. Именно развивающаяся интраабдоминальная и интраэнтеральная гипертензия приводит к комбинированному сдавлению стенки кишечника и нарушает микроциркуляцию в данном органе.
3. Выявлены грубые нарушения в коагуляционной системе в виде повышенной склонности к тромбообразованию, что является стартовой позицией в развитии энтерального дистресс-синдрома при острой кишечной непроходимости..
4. Более углубленное исследование в системе показателей микроциркуляторных нарушений, в частности показателей эндотелиальной дисфункции в стенке кишечника и в организме в целом в разрезе исхода заболевания позволит определить основные возможности для прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Землянский И.Л. К вопросу профилактики, диагностики и лечения спаечной болезни брюшной полости // Здоровье населения и качество жизни : электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2021 года. Том Часть 1. – Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 2021; 203-210.
2. Зенков Н.К., Меньщикова Е.Б., Реутов В.П. NO-синтазы в норме и при патологии различного генеза // Вестник РАМН. 2020; 30-34.
3. Какубава М.Р. Роль внутрибрюшной гипертензии в развитии осложнений при кишечной непроходимости у геронтологических больных: дисс. канд. мед. наук. /М., 2012. 116 с.
4. Косинец В.А. Коррекция биоэнергетических процессов в тонкой кишке при экспериментальном распространенном гнойном перитоните. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2022; 39-43.
5. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Даминова Н.М. Интубация тонкой кишки как компонент лечения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости // Вестник Авиценны. – 2018; 436-441.
6. Лабезник Л. Б. Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты). /М., 2022. С. 14-22.

7. Лазебник Л. Б., Дроздов В. Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. /М. :Анахарсис, 2023; 3-18.
8. Лапароскопический метод в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости / С.Ж. Антонян, П.А. Ярцев, А.Г. Лебедев, и др. // Доказательная гастроэнтерология. – 2019; 5-11.
9. Механическая кишечная непроходимость как причина смерти в судебно-медицинской практике: ретроспективное исследование / А.Е. Рубцов, М.Ю. Морозов, В.Н. Николенко, Ю.Е. Морозов // Судебная медицина. – 2020; 24-29.
10. Милюков В.Е., Шарифова Х.М. Полиорганные проявления печеночной недостаточности при острой тонкокишечной непроходимости //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019; 73-79.
11. Острая кишечная непроходимость / Под редакцией академика Российской академии наук И.И. Затевахина // Клинические рекомендации общероссийской общественной организации «Российское общество хирургов» – 2021.- 52 стр.
12. Стойко Ю. М., Зубрицкий В. Ф., Забелин М. В. Профилактика и лечение абдоминального компартмент-синдрома у больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник Национального медикохирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2020; 73-77.
13. A forecasting method of postoperative intestinal paralysis and its timely resolution. // V. Madyarov, M. Kuzikeev, M. Malgazhdarov, et al. Prz Gastroenterol. 2023; 393-401.
14. Basilisco G., Marchi M., Coletta M. Chronic intestinal pseudo-obstruction in adults: A practical guide to identify patient subgroups that are suitable for more specific treatments. Neurogastroenterol Motil. 2024; 14715.
15. Coagulation parameters in patients with intestinal necrosis. What is primary? / D. Bassini, C. Montana, D. Curara, A. Dominica // Collection of proceedings of the international conference on diseases of the digestive system // New Zealand, 2019. P.143-145.
16. Хамдамов Б.З. Comparative evaluation of methods of amputation related to tidiotarus with severe forms of diadetic foot syndrome. European Science Review. Austria, Vienna 2014 Septemba-October № 9-10. - С. 58-60.
17. Хамдамов Б.З. Диабетик товон синдромида бажариладиган юкори ампутациялардан сунг беморларнинг хаёт кечириш сифатидаги узгаришлар тахлили. Самарканд. Биология ва тиббиёт муаммолари. №1, 2019; 115-117.
18. Хамдамов Б.З. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, Специальный выпуск. 5 часть. – С. 801-814.
19. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы. Биология ва тиббиёт муаммолари №1 (116) 2020; 142-148
20. Хамдамов Б.З. Морфологические изменения при применении фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции в эксперименте. Журнал /Морфология. 2020; 223-224.
21. Хамдамов Б.З. Оптимизация методов местного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете. Журнал. Тиббиётда янги кун. 2018; 112-115.
22. Khamdamov B. Z., Akhmedov R. M., Khamdamov A. B. The use of laser photodynamic therapy in the prevention of purulent-necrotic complications after high amputations of the lower limbs at the level of the lower leg in patients with diabetes mellitus. Scopus Preview. International journal of Pharmaceutical Research. Volume 11, Issue 3, July-Sept, 2019
23. Khamdamov B. Z., Nuraliev N.A. Pathogenetic approach in complex treatment of diabetic foot syndrome with critical lower limb ischemia. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10 (1) 17-24 DOI: 10.5923/j.20201001.05.
24. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lover extremities in patients with diabetes mellitus. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10 (7): 473-478 DOI: 10.5923/j.20201001.08
25. Khamdamov, B., & Dekhkonov, A. (2022). Clinical and laboratory parameters of the wound process complicated by the systemic inflammatory response syndrome in patients with diabetes mellitus. Journal of education and scientific medicine, 2(3), 25-29. Retrieved from <https://journals.tma.uz/index.php/jesm/article/view/349>
26. Khamroev, U., & Khamdamov, B. (2022). Features of changes in endothelial system parameters in patients with diffuse toxic goiter. Journal of education and scientific medicine, 2(3), 62-67. Retrieved from <https://journals.tma.uz/index.php/jesm/article/view/358>

Поступила 20.04.2024