

На правах рукописи

ШАТОХИНА Ирина Викторовна

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

14. 01. 23 – урология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Саратов- 2013

Работа выполнена в негосударственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Лещенко Игорь Георгиевич.

Официальные оппоненты:

Полозов Александр Борисович - доктор медицинских наук, профессор; ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры урологии.

Низамова Румия Сахабовна - доктор медицинских наук, профессор; ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующая кафедрой урологии.

Ведущее учреждение: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2013 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208. 094. 01 при ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России по адресу: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Маслякова Г.Н.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В настоящее время проблема симультанных операций в гериатрической урологии является весьма актуальной и далека от своего решения. По данным ВОЗ сочетанные урологические заболевания встречаются у 20-30% больных. При этом каждый десятый пациент пожилого и старческого возраста нуждается в симультанной операции (Козляткин А.Ю. и соавт., 2007; Яковлев О.Г. и соавт., 2009, 2012). Их целесообразность сейчас никто не оспаривает, но возможность одновременного выполнения двух и более операций у больного преклонного возраста может вызывать обоснованные сомнения – оправдан ли риск такого вмешательства у больных, имеющих несколько других соматических заболеваний. Хирургическое лечение этих пациентов с повторными госпитализациями требует больших материальных затрат, а главное – задержка со своевременной операцией чревата наступлением осложнений со стороны одного из заболеваний (Брискин Б.Р., 2008; Яковлев О.Г. и соавт., 2009, 2012; Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., 2010; Бунатян А.А., Мизиков В.М., 2011; Гурьянов В.А., 2011; Осипова Н.А., Хороненко В.Е., 2011).

Новые возможности в решении этой проблемы появились в условиях полноценного предоперационного обследования этих пациентов, определяющего четкие критерии о показаниях и противопоказаниях к симультанным операциям, благодаря успехам современной анестезиологии и реаниматологии, а также в связи с внедрением в гериатрическую практику малоинвазивных хирургических технологий и эффективных методов послеоперационной реабилитации (Кузнецов Н.А., Кириенко П.А., 2008; Лопаткин Н.А. и соавт., 2009; Яковлев О.Г. и соавт., 2009, 2012; Лещенко И.Г. и соавт., 2010; Бунатян А.А., Мизиков В.М., 2011; Осипова Н.А., Хороненко В.Е., 2011; Perry K.A. et al., 2008; Rosenberg J., Burcharth J., 2008; Harold K. et al., 2009). Хотя симультанные операции увеличивают тяжесть и сложность вмешательства, общие сроки лечения при этом сокращаются, снижается риск развития возможных осложнений в виде сопутствующих заболеваний из-за дополнительного наркоза и эмоциональных переживаний, связанных с необходимостью повторного вмешательства. Одновременно у части пациентов восстанавливается трудоспособность, у других - возможность самообслуживания и социальная адаптация. При этом очевиден и экономический эффект в рамках системы страховой медицины (Плотников Ю.В., **Расстергаев** А.В., 2009; Яковлев О.Г. и соавт., 2009, 2012; Лещенко И.Г. и соавт., 2010; Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., 2010; Пушкин С.Ю., 2011).

Несмотря на значительное число исследований по хирургическому лечению урологических заболеваний, в том числе и у людей преклонного возраста, практически не изучена частота и структура сочетанных урологических заболеваний в гериатрии, не разработаны показания, последовательность в многоэтапных операциях, устраняющих сочетанную урологическую патологию у больных пожилого и старческого возраста с

аденомой предстательной железы. Не разработана удобная для практического применения классификация сочетанных операций при хирургическом лечении этих пациентов. Отсутствуют четкие критерии экономической целесообразности выполнения подобных операций (Яковлев О.Г. и соавт., 2009, 2012; Лещенко И.Г. и соавт., 2010).

Таким образом, становится очевидным, что решение этой проблемы лежит в русле изучения особенностей подхода к лечению больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы с учетом выполнения симультанных операций, влияния сопутствующих терапевтических и хирургических заболеваний, использования современных методов интраоперационной анестезии и профилактики послеоперационных осложнений.

Проведение такого исследования со сравнительным анализом основных параметров одноэтапных и многоэтапных операций позволят разработать тактику ведения больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы при выполнении им симультанных операций.

Задачи исследования

1. Изучить частоту и структуру нозологических форм заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы, которым выполнены симультанные операции в условиях специализированного гериатрического стационара.
2. Определить показания и противопоказания к симультанным операциям у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы.
3. Предложить рабочую классификацию симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы.
4. Определить прогностические критерии и разработать эффективные меры профилактики ранних послеоперационных эзофагогастродуоденальных кровотечений у гериатрических больных с аденомой предстательной железы.
5. Обосновать клиническую эффективность симультанных операций у гериатрических больных с аденомой предстательной железы.
6. Определить экономическую эффективность симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы.

Научная новизна работы

Впервые определена частота и структура сочетанных с аденомой предстательной железы урологических и хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, требующих оперативного лечения.

Разработана новая рабочая классификация симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы.

Впервые определены прогностические критерии и разработаны эффективные меры профилактики ранних послеоперационных эзофагогастроуденальных кровотечений у гериатрических больных с аденомой предстательной железы (удостоверения на рационализаторские предложения №2, №9 от 14.10.2012, выданные БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ»).

Впервые в гериатрической практике обоснована технология хирургической тактики при выполнении симультанных операций у больных с аденомой предстательной железы (удостоверения на рационализаторские предложения №6, №13, № 17 от 14.10.2012, выданные БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ»).

Доказана целесообразность и рассчитана экономическая эффективность симультанных операций у гериатрических больных с аденомой предстательной железы.

Практическая значимость

Основные положения данного исследования расширяют представления медицинских специалистов разного профиля о возможностях современной гериатрической урологии в выполнении симультанных операций, что способствует повышению эффективности специализированной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста.

Использование разработанной авторской классификации симультанных операций при аденоме предстательной железы в работе специализированных гериатрических стационаров даст возможность выявлять тенденции их развития, уточнять показания к применению, обеспечивать адекватную подготовку больных и хирургической бригады к операции, унифицировать отчет и отчетность.

Результаты исследования могут быть включены в учебные программы и учебные планы высших учебных медицинских заведений по таким дисциплинам, как «урология», «оперативная хирургия», «общая хирургия» как на этапе до дипломной подготовки, так и на этапе послевузовского и дополнительного образования.

Положения, выносимые на защиту

1. Частота и структура сочетанной патологии у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы, нуждающихся в оперативном вмешательстве.

2. Рабочая классификация симультанных операций у гериатрических больных с аденомой предстательной железы.

3. Прогнозирование, профилактика и лечение РПЭГДК у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы.

4. Обоснование клинических и экономических приоритетов

симультанных операций у гериатрических больных с аденомой предстательной железы.

Внедрение результатов работы в клиническую практику

Предложенная нами новая технология хирургической тактики при выполнении симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы внедрена в повседневную практику работы урологического отделения ГБУЗ «Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн».

Результаты проведенных исследований используются в лекционном курсе и на практических занятиях со студентами, врачами-интернами и клиническими ординаторами кафедры хирургии НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ».

Апробация работы и публикации

Материалы диссертации доложены на научно-практических конференциях Самарского медицинского института «РЕАВИЗ» в 2010, 2011 гг., Всероссийской научно-практической конференции «Самарские лекции» в 2012 г., на научно-практической конференции, посвященной 15-летию кафедры гериатрии СамГМУ в 2012 г. По теме диссертации опубликовано 19 работ в центральной и местной печати, из них 4 - в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ. Получены пять удостоверений на рационализаторские предложения.

Структура и объём диссертации

Работа построена по традиционному плану и состоит из введения, 3 глав, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Текст диссертации изложен на 135 страницах машинописи, содержит 21 таблицу и 12 рисунков. Список литературы включает 241 литературный источник, в том числе 171 отечественных и 70 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Обследованы 848 больных с АПЖ в возрасте от 60 до 89 лет, которым в урологическом отделении Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн с 1995 по 2009 гг. выполнены чреспузырные АЭ. В возрасте от 60 до 75 лет было 300 (35,3%) больных, от 75 до 89 лет – 548 (64,7%). Среди них симультанные операции выполнены 128 (15,1 %) пациентам.

Для обоснования разработанной нами технологии симультанных операций все больные в зависимости от периодов обследования и лечения были распределены на две группы – основную и контрольную. Основную группу составили 128 человек, которым выполнены симультанные операции. В контрольную группу вошли 720 пациентов, которым выполнена плановая изолированная чреспузырная АЭ. По возрасту, продолжительности и выраженности клинических проявлений основного и симультанного заболеваний все группы были репрезентативными.

В зависимости от периода, объема обследования и лечения больные основной и контрольной групп были распределены на подгруппы: основная–А

(О-А) (94 больных) и основная-Б (О-Б) (34 больных) и, соответственно, контрольная-А (К-А) (230 больных), контрольная-Б (К-Б) (490 больных). Основные отличия сравниваемых групп больных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные отличительные признаки сравниваемых групп больных (n=848)

Отличительные признаки	К – А (n=230)	К-Б (n=490)	О-А (n=94)	О-Б (n=34)
1-й период (1995г.- 1е полугодие 2000г.)	+		+	
2-й период (2-е полугодие 2000г - 2009г.)		+		+
ЭГДС	+	+	+	+
<u>рН-метрия верхних отделов ЖКТ</u>	-	+	-	+
Изолированная чреспузырная АЭ	+		+	
Симультанная операция (чреспузырная АЭ + другие операции)		+		+
Прогнозирование и профилактика РПЭГДК	-	+	-	+
Преобладал ЭТН	+	-	+	-
Преобладала СМА	-	+	-	+

Больные основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, тяжести сопутствующей патологии, характеру и длительности основного заболевания.

У каждого больного было выявлено от 2 до 6 сопутствующих заболеваний, которые требовали предоперационной коррекции (табл. 2).

Среди доминирующих сопутствующих заболеваний у наших пациентов преобладала патология сердечной, дыхательной и мочевыделительной систем. При этом частота этих заболеваний у больных четырёх групп имела, в целом, одинаково выраженный характер. Особенностью лишь являлась большая частота атеросклеротического и постинфарктного кардиосклероза у больных О-Б группы (94,5%) по отношению к пациентам остальных трех групп ($p < 0,05$). Такая же тенденция отмечена в частоте встречаемости энцефалопатии % ($p < 0,05$) и латентного или активного пиелонефрита ($p < 0,05$). Отмеченные выше особенности показали несколько более тяжелый характер сопутствующей патологии у больных О-Б группы, которым выполнены симультанные операции.

Таблица 2

Характер и частота доминирующих сопутствующих заболеваний у больных
пожилого и старческого возраста с АПЖ (n=848)

Нозологическая форма	Группы больных (n,%)							
	К-А (n= 230)		К-Б (n=490)		О-А (n=94)		О-Б (n=34)	
Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз	193	83,6 %	418	85,4%	82	87,1 %	32	94,5%
Гипертоническая болезнь	41	17,9 %	53	10,8%	18	18,9 %	7	21,6%
Нарушения сердечного ритма	56	24,3 %	84	17,1%	18	18,9 %	6	19,3%
Бронхит хронический	52	22,7 %	119	29,1%	27	28,5 %	10	30,4%
Дыхательная недостаточность I-II ст.	24	10,3 %	69	14,1%	14	15,3 %	6	19,3%
Энцефалопатия I-III ст.	150	65,4 %	398	81,3%	80	85,1 %	31	96,9%
Пиелонефрит латентный или активный	194	84,3 %	418	85,4%	83	87,9 %	31	96,9%
Хроническая почечная недостаточность	30	13,2 %	53	10,8%	11	11,8 %	4	12,3%
Язвенная болезнь желудка и ДПК в анамнезе	25	10,8 %	21	4,3%	6	6,5%	3	7,9%

Обследование больных проводили по единой схеме, которая включала в себя оценку общего состояния, выявление сопутствующих заболеваний и степень их компенсации.

При обследовании и лечении больных учитывали клинические рекомендации Российского общества урологов и Ассоциации медицинских обществ по качеству (Лопаткин Н.А. и соавт., 2007) и рекомендации отечественных и зарубежных специалистов (Лоран О.Б. и соавт., 2001; Лопаткин Н.А. и соавт., 2009; Аполихин О.И. и соавт., 2010; Глыбочко П.В.,

Павлов В.Н. и соавт., 2012; Knutson T., Edlund C., Fall M., 2001; McVary K.T., McKenna K.E., 2004; Chappie C.P., 2004).

У больных изучали жалобы, анамнез заболевания, физикальные и лабораторные данные (включая концентрацию простатоспецифического антигена), проводили урофлоуметрию, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС с пристеночной рН-метрией в 11 точках, по показаниям – КТ, рентгенографию органов грудной клетки. Больные консультированы терапевтом, неврологом, хирургом, анестезиологом, а при необходимости и другими специалистами.

В зависимости от выявленных сопутствующих заболеваний больным проводили тщательную предоперационную подготовку с применением всего арсенала медикаментозной и немедикаментозной терапии (Лопаткин Н.А. и соавт., 1998, 2007, 2009; Лещенко И.Г., Галкин Р.А., 2004; Лещенко И.Г. и соавт., 2010, 2011; Яковлев О.Г. и соавт., 2009, 2012; Павлов В.Н. и соавт., 2012; Triba M., et al., 1985; Isaacs J.T., Coffey D.S., 1989; Brawer M.K., 1996; Alsikafi N.F., Gerber G.S., 1998).

В итоге окончательный диагноз заболевания основывался на жалобах больного, анамнезе, данных физикального, лабораторного и инструментального обследования. В ходе диагностики и лечения больных использованы разработанные нами методы, защищенные пятью рационализаторскими предложениями.

Для определения степени операционно-анестезиологического риска плановых симультанных операций у пожилых больных нами была использована методика, рекомендуемая Московским научным обществом анестезиологов – реаниматологов (1989).

Оценку тяжести РПЭГДК проводили по классификации И.Басытюка (1999), в которой наиболее целесообразным в практическом отношении является деление РПЭГДК на умеренное и массивное в зависимости от интенсивности, активности и объёма кровотечения.

Для эндоскопической оценки источника кровотечения и состояния гемостаза использовали классификацию J. A. Forrest (1971).

Оперативное лечение по поводу АПЖ всем больным выполняли урологи первой и высшей категорий. Операция включала в себя вазорезекцию с двух сторон и чреспузырную АЭ.

У больных с ненадежным гемостазом в области ложа предстательной железы использовали «Устройство для гемостаза в области ложа предстательной железы» (удостоверение на рационализаторское предложение № 6 от 14.10. 2012 г., выданное БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ»).

Операции по поводу сочетанной урологической и хирургической патологии выполняли в соответствии с существующими в конкретный период методиками, изложенными в отечественных руководствах (Лопаткин Н.А. и соавт., 2007, 2009).

При выполнении симультанных операций с сопутствующими хирургическими заболеваниями в операционную бригаду подключался хирург.

При этом при грыжах различной локализации с 2001 года использовали ненатяжные методы герниопластики.

Операции выполняли как традиционным способом, так и с использованием эндоскопической техники. При этом было более 28 вариантов сочетания операций как чисто урологических, так и в сочетании с хирургическими. Две операции выполнены 91 больному, три – 29, четыре – 7, пять - 1 (всего 302 операции).

В комплексную предоперационную терапию больным с риском развития РПЭГДК (удостоверение на рационализаторское предложение № 9 от 14.10.2012г., выданное БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ») включали медикаментозную коррекцию антацидами по разработанной нами методике (удостоверение на рационализаторское предложение № 2 от 14.10.2012г., выданное БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ»).

Сравнение больных в группах проведено по критериям, в которых учтены рекомендации С.Ю. Пушкина (2011). Непосредственный результат считался хорошим, если у больных отсутствовали признаки местных и общих осложнений, в том числе и заживление раны первичным натяжением; удовлетворительным – если имели место общие и местные осложнения, которые удалось купировать в ближайшем послеоперационном периоде. К плохим отнесены результаты с летальным исходом заболевания.

В работе использовали статистические методы описательной статистики, корреляционного анализа, определение достоверности разницы между данными различных групп пациентов на основе расчета критерия Стьюдента.

Вычисляли средние величины M , среднюю ошибку стандартного отклонения m , критерий t – Стьюдента, вероятность различия p . Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами предложена следующая рабочая классификация симультанных операций у гериатрических больных с АПЖ:

I. По срокам выполнения:

1. Планируемые.
2. Вынужденные (незапланированные, профилактические).
3. Экстренные.

II. По числу операций (две, три и более).

III. По профилю заболевания:

1. Только урологические.
2. Урологические и другие (хирургические, сосудистые и другие).

IV. По виду этапов выполнения операции:

1. Основной этап.
2. Сочетанный этап.
3. Симультанный этап.

V. По степени операционно-анестезиологического риска:

1. Незначительная (I степень).

2. Умеренная (II степень).
3. Значительная (III степень).
4. Высокая (IV степень).
5. Крайне высокая (V степень).

VI. По объему выполнения:

- 1.Радикальная.
- 2.Паллиативная.

VII. По технологии выполнения:

1. Обычным, традиционным способом.
2. С использованием малоинвазивных технологий (эндоскопические, минидоступы и другие).
3. Смешанный вариант.

Характер и количество симультанных операций у больных основной А и основной Б групп представлены в табл. 3.

Таблица 3

Характер и количество симультанных операций у больных основной А и основной Б групп (n=128)

Характер операции	О-А (n=94)		О-Б (n=34)		Всего (n=128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АЭ + В	32	33,9	12	34,6	44	35,2
АЭ + В + В	14	14,84	2	5,8	16	12,8
АЭ + ГП	6	6,32	4	11,6	10	8,0
АЭ + иссечение дивертикула МП	8	8,48	2	5,8	10	8,0
АЭ + циркумцизия	7	7,42	2	5,8	9	7,2
АЭ + орхидэктомия	3	3,18	2	5,8	5	4,0
АЭ + иссечение кисты придатка яичка	2	2,12	1	2,9	3	2,4
АЭ + В + В + удаление полипа МП	1	1,06	-	-	1	0,8
АЭ + ГП + ГП	-	-	1	2,9	1	0,8
АЭ + В + ГП	1	1,06	-	-	1	0,8
АЭ + В + удаление кисты крайней плоти	-	-	1	2,9	1	0,8
АЭ + В + эпидидимэктомия	3	3,18	-	-	3	2,4

КУВЛ + ТУР + АЭ	-	-	1	2,9	1	0,8
АЭ + удаление полипа МП	1	1,06	-	-	1	0,8
АЭ + В + удаление дивертикула МП + иссечение кисты придатка яичка	1	1,06	-	-	1	0,8
АЭ + В + В + удаление дивертикула МП	1	1,06	-	-	1	0,8
АЭ + В + иссечение кисты семенного канатика	4	4,24	-	-	4	3,2
АЭ + иссечение кисты семенного канатика	1	1,06	1	2,9	2	1,6
АЭ + иссечение кисты придатка яичка	1	1,06	-	-	1	0,8
АЭ + В + В + резекция головки придатка яичка	2	2,12	-	-	2	1,6
АЭ + ОУТ	-	-	1	2,9	1	0,8
АЭ + резекция стриктуры мочеточника с пересадкой его в стенку МП по Лопаткину	-	-	1	2,9	1	0,8
АЭ + операция Михайловского	1	1,06	1	2,9	2	1,6
АЭ + операция Фронштейна	1	1,06	1	2,9	2	1,6
АЭ + В + ГП + орхидэктомия	2	2,12	-	-	2	1,6
АЭ + иссечение варикозных вен левого семенного канатика	-	-	1	2,9	1	1,6
АЭ + В + удаление дивертикула МП + перевязка	1	1,06	-	-	1	1,6

внутренних подвздошных артерий						
АЭ + В + В + двухсторонняя эпидидимэктомия	1	1,06	-	-	1	1,6

Как видно из этой таблицы, наиболее частой сочетанной патологией у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ была односторонняя - 44 (35,2 %) или двухсторонняя – 16 случаев (12,8%) водянка оболочек яичка. Кроме этого, водянка оболочек яичка сочеталась с другой урологической и хирургической патологией еще у 18 (14,4%) больных. В итоге водянка оболочек яичка как сочетанная патология зарегистрирована у 78 (62,4%) больных. Из хирургической симультанной патологии у 14 (11,2%) больных были различные первичные или послеоперационные грыжи живота. Из других заболеваний, требовавших хирургического вмешательства, следует отметить дивертикул МП – 13 (10,4%), фимоз – 9 (7,2%), кисту придатка яичка -7 (5,6%), кисту семенного канатика – 6 (4,8%), полип мочевого пузыря – 2 (1,6%).

Нами впервые в гериатрической урологии проведена оценка тяжести симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ. При этом изолированную чреспузырную АЭ мы отнесли к операциям средней степени тяжести. Исходя из этого, симультанные операции средней степени тяжести выполнены 104 (81,1%) больным, тяжелой степени – 24 (18,9%) . При этом различий в степени тяжести симультанных операций у больных О-А и О-Б не выявлено ($p > 0,05$).

Полученные результаты и критический анализ данных литературы позволили нам целенаправленно перейти к разработке методики оценки тяжести состояния и тактики выбора объема плановых оперативных вмешательств у больных преклонного возраста. Методической основой определения операционно-анестезиологического риска мы избрали рекомендации Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (1989).

При этом оценка операционно-анестезиологического риска при сочетанных урологических заболеваниях строилась на учете состояния пациента, риска анестезии и объема оперативного вмешательства. Это позволяло определить хирургическую тактику при плановых симультанных операциях по трем категориям: симультанная операция выполнима в полном объеме; можно выполнить только одно, а не сочетанное оперативное вмешательство; операция противопоказана, рекомендовано симптоматическое консервативное лечение.

Нами было установлено, что к абсолютным противопоказаниям к плановому сочетанному оперативному лечению у пожилых относятся: инфаркт миокарда; острое нарушение мозгового кровообращения; пневмония; язвенная болезнь желудка и ДПК в стадии обострения; эрозивный эзофагит, гастрит,

дуоденит; цирроз печени с паренхиматозной и/или сосудистой декомпенсацией и другие острые и декомпенсированные хронические заболевания.

Относительными противопоказаниями являются: нестабильная прогрессирующая стенокардия; неподдающаяся коррекции высокая артериальная гипертензия; дисциркуляторная энцефалопатия 3 степени; выраженные последствия острого нарушения мозгового кровообращения; интеллектуально-мнестические нарушения, сенильное слабоумие; бронхиальная астма средней тяжести и тяжелого течения; гнойный обструктивный бронхит; хроническая дыхательная недостаточность II-III степени; декомпенсированный сахарный диабет; хронические гнойные инфекции (остеомиелит в стадии обострения, фурункулез и другие); АПЖ III степени; пиелонефрит в активной фазе; хроническая почечная недостаточность в интермиттирующей стадии; некорректируемые нарушения свертываемости крови; ожирение III- IV степени.

В ходе нашей работы мы использовали более щадящие методы для интраоперационного обезболивания во втором периоде по сравнению с первым периодом. Об этом свидетельствуют сравнительные данные, приведенные на рисунке 1. Так, под эндотрахеальным наркозом в первом периоде оперировано 53,4% больных, а во втором – 20,6% ($p < 0,01$); под внутривенной анестезией соответственно 27,1% и 14,1% ($p < 0,05$); под спинальной анестезией 18,5% и 65,3% ($p < 0,01$).

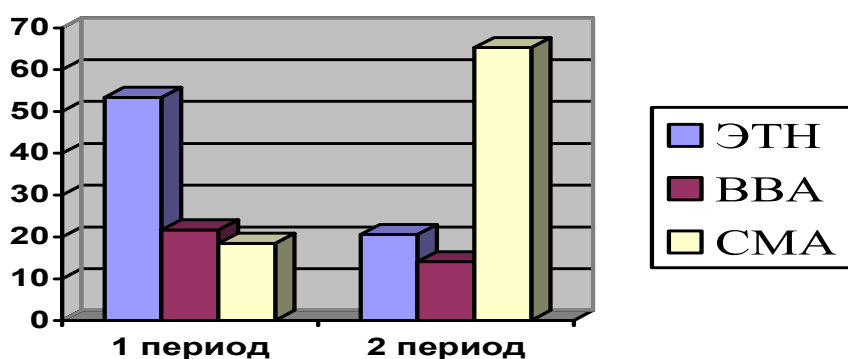


Рис. 1. Виды анестезии (в %) по периодам лечения больных пожилого и старческого возраста с АПЖ

Послеоперационные осложнения у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ приведены в таблице 4.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ (n=848)

Осложнения	К – А (n=230)	К-Б (n=490)	О-А (n=94)	О-Б (n=34)	Всего (n=848)

Местные: Нагноение операционной раны	7 (3,1%)	13(2,6%)	2(2,1%)	1(2,9%)	23 (2,76%)
Послеоперационное кровотечение из ложа простаты	13(5,5%)*	16(3,2%)*	4(4,4%)*	-	33(3,96%)
Эпидидимоорхит	10(4,3%)	19(3,6%)	2(2,1%)	1(2,9%)	32 (3,9%)
Стриктура задней части уретры	-	-	-	1(2,9%)	1(0,12%)
Всего	30 (12,0%)*	48(9,4%)	8(8,8%)	3(8,7%)	89 (10,56%)
Общие: РПЭГДК	14(6,2%)*	2(0,4%)	6(6,4%)*	1(2,9%)	21 (2,52%)
Послеоперационная пневмония	7(3,1%)	15(3%)	3(3,1%)	1(2,9%)	26 (3,12%)
Инфаркт миокарда	4(1,7%)	3(0,6%)	3(3,1%)	-	10 (1,2%)
Острая сердечно- сосудистая недостаточность	4(1,7%)	8(1,6%)	1(1,1%)	-	13 (1,56%)
Тромбофлебит вен нижних конечностей	2(0,8%)	4(0,8%)	1(1,1%)	-	7 (0,84%)
ТЭЛА	-	1(0,2%)	-	-	1 (0,12%)
ОПН	3(1,3%)	2(0,4%)	1(1,1%)	1(2,9%)	7 (0,84%)
ХПН, терминальная стадия, уремия	-	1(0,2%)	-	-	1 (0,12%)
Всего	34 (12,8%)*	26 (7,2%)	15 (16,5%)	3 (8,7%)	78 (8,76%)
Итого	64 (27,8%)*	74 (16,6%)	23 (24,4%)*	6 (17,9%)	167 (19,4%)

Примечание: * - различия с группой О-Б статистически значимы ($p < 0,05$)

Анализ послеоперационных осложнений показал, что из местных осложнений у больных превалировали послеоперационные кровотечения из ложа простаты (3,96%), эпидидимоорхит (3,9%) и нагноение послеоперационной раны (2,76%). Из общих осложнений наиболее часто встречались послеоперационная пневмония – 3,12%, РПЭГДК – 2,52%, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1,56%, инфаркт миокарда – 1,2%.

При анализе частоты местных послеоперационных осложнений у больных О-Б группы по сравнению с больными других групп, обнаружено статистически достоверное снижение у них общего числа этих осложнений по отношению к больным К-А группы ($p < 0,05$) и отсутствие у них такого осложнения, как послеоперационное кровотечение из ложа простаты. Кроме

этого, у больных О-Б группы отмечалось снижение частоты РПЭГДК по отношению к больным К-А и О-А групп (p <0,05).

При сопоставлении частоты всех осложнений отмечена общая закономерность – определялись статистически значимые различия у больных О-Б группы по отношению к больным К-А и О-А групп (p <0,05). В тоже время у больных О-Б группы не было статистически значимой разницы с больными К-Б группы, несмотря на более тяжелую сопутствующую патологию (P>0,05).

Проведенный анализ послеоперационных осложнений показал, что выполнение симультанных операций 34 больным О-Б группы было вполне обосновано и не привело к увеличению числа послеоперационных осложнений.

В основу анализа РПЭГДК положены результаты обследования и хирургического лечения 848 пожилых больных с АПЖ, которым выполнили АЭ. Первую группу составили 324 больных (среди них 94 выполнены симультанные операции), оперированные в 1995 – 1-м полугодии 2000гг. Вторую группу составили 524 человека (среди них 34 выполнены симультанные операции), оперированные со 2-го полугодия 2000гг. по 2009г. Принципиальное отличие в обследовании состояло том, что больным первой группы в комплексном обследовании выполняли лишь ЭГДС, а больным второй группы дополнительно к ЭГДС проводили эндоскопическую пристеночную рН-метрию четырёх функциональных зон в 11 точках.

По рекомендации И.И. Басытюка (1999), РПЭГДК в зависимости от объёма и интенсивности были распределены по степени тяжести на умеренное (19) и массивное (4). Это позволяло определить тактику лечения больных - консервативную или оперативную.

Сроки возникновения РПЭГДК и их источники у больных двух групп представлены в таблицах 5 и 6.

Таблица 5

Сроки возникновения РПЭГДК (n = 848)

Сроки возникновения РПЭГДК, сутки	Группы больных	
	Первая (n = 324)	Вторая (n = 524)
1-е	9	2
2-е	4	1
3-и	2	-
4-е	2	-
5-е	3	-
Всего	20(6,2%)	3(0,57%)

Источники РПЭГДК (n = 848)

Источники РПЭГДК	Группы больных	
	Первая (n= 324)	Вторая (n = 524)
Эрозивный эзофагит	2	1
Эрозивный гастрит	14	2
Острая язва желудка	2	-
Острая язва ДПК	2	-
Всего	20(6,2%)	3(0,57%)

РПЭГДК развились у 20 (6,2%) больных первой группы и у 3 (0,57%) больных второй группы. Всем больным с умеренным кровотечением удалось его остановить консервативными мерами: 16 – медикаментозной терапией, 3 больным выполнен эндоскопический гемостаз. 4 больным контрольной группы с массивным кровотечением выполнены операции: гастротомия, прошивание острых кровоточащих язв желудка – 2; пилородуоденотомия, прошивание язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, пилоропластика по Финнею, стволовая ваготомия – 2. Один из них умер от ТЭЛА на 24-й день после изолированной АЭ.

С использованием результатов исследований, проведенных у больных второй группы, нами были разработаны принцип, новый метод и схема прогнозирования риска РПЭГДК у пожилых пациентов с АПЖ, нуждающихся в изолированной АЭ или симультанной операции. Этот принцип базировался на использовании метода решения проблемы многокритериальности, позволяющий разрозненные качественные (данные ЭГДС) и количественные показатели (данные рН-метрии) выразить в баллах (табл. 7), а затем свести их в один обобщенный показатель (Адлер Ю.П. и соавт., 1976; Саркисян С.А., 1977) (рационализаторское предложение № 9 от 14.10.2012, выданное БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ»).

По результатам эндоскопической пристеночной рН-метрии учитывали лишь гиперацидность (рН=0,9-1,8), которую оценивали в 1 балл. В итоге 159 больных второй группы с гиперацидным состоянием по степени риска РПЭГДК были распределены на 4 подгруппы (табл. 8): маловероятная (1 балл), низкая (2 балла), средняя (3 балла), высокая (4 балла).

Таблица 7

Балльная оценка данных ЭГДС и эндоскопической пристеночной рН-метрии

Данные ЭГДС	Число баллов	Эндоскопическая пристеночная рН-метрия	Число баллов
Вариант атрофии	0	Анацидность (рН > 5,0)	0
Вариант нормы	0	Гипо – и нормоацидность (рН = 1,9 – 5,0)	0
Аксиальная грыжа пищевода; рубцовая деформация луковицы ДПК	1	Гиперацидность (рН = 0,9 – 1,8)	1
Единичные эрозии в пищеводе или в желудке или в луковице ДПК	2		
Множественные эрозии или острые язвы желудка или луковицы ДПК	3		

Таблица 8

Схема профилактики РПЭГДК у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ (n=159)

Риск РПЭГДК	Интегральная балльная оценка	Превентивная терапия		
		Препарат	Суточная доза, способ введения	Длительность лечения
Маловероятный	1 балл	Квамotel (фамотидин)	20 мг до еды 2 раза (утром и в обед)	3-5 дней до операции
Низкий	2 балла	Квамotel (фамотидин)	20 мг до еды 2 раза (утром и в обед)	5-7 дней до операции
Средний	3 балла	1. Нексиум (лосек) и 2. Квамotel	1. 20 мг (утром) 2. 20 мг до еды 2	7-10 дней до операции и 3 дня после

		(фамотидин)	раза (утром и вечером)	операции
Высокий	4 балла	1. Нексиум (лосек) 2. Квамотел (фамотидин)	1. 20 мг (утром) 2. 40 мг до еды 2 раза (утром и вечером)	10-14 дней до операции и 7 суток после операции

В эту схему не введена балльная оценка гипо- или анацидных состояний, так как они не приводили у наших пациентов к поражению СО пищевода, желудка и ДПК, что подтверждено результатами ЭГДС у 366 больных второй группы.

С учётом результатов прогнозирования риска РПЭГДК нами разработана и апробирована схема дифференцированной профилактики этих кровотечений у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ (табл. 8) (рационализаторское предложение № 2 от 14.10.2012, выданное БРИЗ СМИ «РЕАВИЗ»).

Больным с маловероятным риском развития РПЭГДК перед операцией назначали Н₂ – блокаторы в течение 3-5 дней. Предоперационное лечение больных с низким риском РПЭГДК состояло в назначении Н₂ блокаторов в течение 5-7 дней до операции. При риске РПЭГДК средней степени тяжести больные получали Н₂ блокаторы и ингибиторы протонной помпы. Лечение проводили 7-10 дней перед операцией и 3 дня после операции. В случае высокого риска РПЭГДК пациентам назначали Н₂ блокаторы и ингибиторы протонной помпы 10-14 дней перед операцией и 7 дней после операции.

По завершении курса предоперационного лечения каждому из этих больных проводили повторную ЭГДС и эндоскопическую пристеночную рН-метрию. При этом лишь у 5 (3,1%) больных возникла необходимость проведения второго курса антисекреторной терапии, так как по результатам контрольной ЭГДС и эндоскопической пристеночной рН-метрии у них не удалось купировать эрозивные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта и гиперацидность. В итоге это комбинированное обследование показало, что у всех больных слизистая оболочка пищевода, желудка и ДПК не изменена, а показатели кислотности - на уровне гипо- и анацидности (рН = 1,9-7,0). Эти данные определяли возможность выполнения как изолированной АЭ, так и симультанной операции.

В итоге у 156 больных с различной степенью риска развития РПЭГДК в результате проведения адекватной дифференцированной превентивной терапии удалось избежать этого осложнения. И лишь у 3 (0,57%) пациентов с низким риском РПЭГДК после АЭ возникло умеренное кровотечение из острых эрозий пищевода и желудка. Кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями в течение 3-4 часов под контролем ЭГДС.

Причины послеоперационных летальных исходов у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ представлены в таблице 9.

Таблица 9

Причины послеоперационных летальных исходов у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ (n=848)

Основная причина смерти	К – А (n=230)		К-Б (n=490)		О-А (n=94)		О-Б (n=34)		Всего (n=848)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инфаркт миокарда	3	1,32	3	0,6	3	3,18	-		9	1,08
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	4	1,56	8	1,6	1	1,06	-		13	1,56
Послеоперационная пневмония	-		1	0,2	1	1,06	-		2	0,24
Острая почечная недостаточность	3	1,32	2	0,4	1	1,06	1	2,9	7	0,84
Острая дыхательная недостаточность	1	0,44	1	0,2	-		-		2	0,24
Хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия	1	0,44	1	0,2	-		-		2	0,24
ТЭЛА	-		1	0,2	-		-		1	0,12
Итого умерло	12	5,3*	17	3,4	6	6,4*	1	2,9	36	4,2

Примечание: * - различия с группой О-Б статистически значимы (p<0,05)

Наиболее частой причиной летальных исходов среди всех больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность – 13 (1,56%), на втором месте инфаркт миокарда – 9 (1,08%), на третьем месте острая почечная

недостаточность – 7 (0,84%). Как видно из таблицы 10, в первый период нашей работы (1995- 1-е полугодие 2000г.) как по отдельным причинам смерти, так и в целом эти показатели были хуже по сравнению с больными О-Б группы ($<0,05$).

Непосредственные результаты лечения больных с АПЖ в основной и контрольной группах изучены по критериям, в которых учтены рекомендации С.Ю.Пушкина (2011). Они приведены в таблице 10.

Таблица 10

Непосредственные результаты лечения больных основных и контрольных групп

№ п/п	Группы больных	Результаты лечения							
		Хорошие		Удовлетворительные		Плохие		P	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Хороший результат	Плохой результат
1.	К-А (n=230)	154	66,9	64	27,8	12	5,3	p1,4 <0,05 p1,3 >0,05 p2,4 >0,05 p3,4 <0,05	p1,4 <0,05 p1,3 >0,05 p2,4 >0,05 p3,4 <0,05
2.	К-Б (n=490)	399	80	74	16,6	17	3,4		
3.	О-А (n=94)	65	69,2	23	24,4	6	6,4		
4.	О-Б (n=34)	27	79,2	6	17,9	1	2,9		

Из этой таблицы следует, что хотя больные О-Б группы были сложнее по тяжести сопутствующей патологии и объему вмешательств, применение системного подхода к их лечению позволило получить результаты, сопоставимые с менее сложными пациентами контрольных групп. А по отдельным позициям их показатели были даже лучше. Это относится к хорошему результату лечения больных О-Б группы и больными К-А и О-А групп ($p_{1,4}<0,05$; $p_{3,4}<0,05$), и к аналогичной ситуации по плохим результатам лечения ($p_{1,4}<0,05$; $p_{3,4}<0,05$).

Условный экономический эффект от выполнения симультанных операций у 128 больных за период с 1995 по 2009гг. с учетом структуры затрат на медицинские услуги в системе ОМС Самарской области по состоянию на

1.06.2011г. составил 8290104,9 руб. (это в 2,2 раза меньше по сравнению с отдельными операциями).

ВЫВОДЫ

1. Среди больных пожилого и старческого возраста с АПЖ 15,1% нуждаются в выполнении симультанных операций. При этом структуру сопутствующей патологии составляют одно- и двухсторонняя водянка оболочек яичка (62,4%), первичные и послеоперационные вентральные грыжи (11,2%), дивертикул мочевого пузыря (9%), фимоз (7,2%), киста придатка яичка (6%), киста семенного канатика (4,8%).

2. Симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ необходимо классифицировать на семь категорий – по срокам выполнения, числу операций, профилю заболевания, виду этапов операции, степени операционно-анестезиологического риска, объему и технологии выполнения.

3. Показанием к выполнению симультанных операций у гериатрических пациентов с АПЖ является наличие патологии, требующей хирургической коррекции. Симультанные операции у этих больных носят запланированный (93,6%), вынужденный (4%) и экстренный (2,4%) характер.

4. Метод прогнозирования риска РПЭГДК с использованием ЭГДС и эндоскопической пристеночной рН-метрии у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ позволяет реализовать принцип дифференцированного подхода к эффективной предоперационной профилактике РПЭГДК и способствует значительному их снижению (с 6,2% до 0,57%) ($p < 0,01$). Профилактика РПЭГДК у гериатрических больных с АПЖ должна стать такой же обязательной, как предупреждение сердечно-сосудистых, тромбоэмболических, легочных и гнойно-септических осложнений.

5. Характер и объем симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы существенно не влияют на результаты лечения по сравнению с изолированной АЭ, не приводят к росту частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов ($p < 0,05$).

6. Внедрение в клиническую практику симультанных операций в 2,2 раза снижает экономические затраты по сравнению с поэтапным хирургическим лечением больных пожилого и старческого возраста с АПЖ и значительно улучшает качество их жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных пожилого и старческого возраста с АПЖ индивидуальная тактика лечения должна включать в себя выявление до операции сопутствующих терапевтических, урологических и хирургических заболеваний.

2. Современные подходы к плановым симультанным операциям у больных пожилого и старческого возраста с АПЖ должны основываться на прогнозировании и профилактике РПЭГДК с комплексным использованием ЭГДС и эндоскопической пристеночной рН-метрии.

3. В процессе предоперационной подготовки гериатрических больных с АПЖ, нуждающихся в симультанных вмешательствах, необходимо добиваться компенсации сопутствующих терапевтических заболеваний.

4. Комплексное предоперационное обследование позволяет получить достоверную информацию о показаниях и противопоказаниях к симультанным операциям у пожилых больных с АПЖ. При крайне высоком операционно-анестезиологическом риске выполнение плановых симультанных операций противопоказано. Этим больным следует выполнять поэтапные операции с учетом клинической приоритетности имеющихся урологических и хирургических заболеваний.

5. Обоснованием внедрения в практику симультанных операций у гериатрических пациентов с АПЖ является уменьшение риска осложнений при повторном хирургическом вмешательстве, в связи с возникновением технических трудностей, причиной которых явилась первая операция; возможность в ряде ситуаций исключить развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде со стороны второго заболевания; увеличение риска появления противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек для проведения второй плановой операции; избавление от интоксикации повторного наркоза.

6. Своевременное выполнение симультанной операции существенно улучшает качество жизни пожилых пациентов за счет более быстрого восстановления трудоспособности, снижения психологической нагрузки на больного, исключения зависимого повторного постороннего ухода, как со стороны медицинских, социальных работников, так и со стороны родственников, в случае второй операции. В ряде случаев отказ пациента от второй операции может в дальнейшем привести к осложнениям и даже летальному исходу.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Приоритеты симультанных операций у гериатрических больных /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, О.Г. Яковлев и др. //Сб. научных трудов сотрудников СамМИ «РЕАВИЗ».- Самара: Изд-во СамМИ «РЕАВИЗ», 2010.- С.34-37.

2. Плановые симультанные операции у урологических больных пожилого и старческого возраста /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, О.Г. Яковлев, И.Ю. Лазарев//Урология.-2011.-№4.- С.42-45.

3. Опыт плановых симультанных операций в гериатрической урологии /И.В. Шатохина, О.Г. Яковлев, И.Г. Лещенко //Сибирский медицинский журнал.- 2011. -Т.26.- Приложение 1. - С.291.

4. О приоритете спинальной анестезии при симультанных операциях у гериатрических пациентов с аденомой предстательной железы/И.В. Шатохина, Н.А. Пичеев, И.Г. Лещенко, И.Ю. Лазарев // Актуальные вопросы лечения, реабилитации и профилактики заболеваний у ветеранов войн: Материалы 2-й региональной научно-практической конференции,

посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн».- Барнаул, 2011. - С.123-125.

5. Шатохина И.В., Лещенко И.Г., Лазарев И.Ю. Клинические приоритеты разработанной и внедренной технологии плановых симультанных операций в практике гериатрической урологии// Актуальные вопросы лечения, реабилитации и профилактики заболеваний у ветеранов войн: Материалы 2-й региональной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн».- Барнаул, 2011. - С.93-95.

6. Профилактика эзофагогастроуденальных кровотечений после симультанных операций у пожилых больных с аденомой предстательной железы /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, Б.В. Сидаш, И.Ю. Лазарев// Актуальные вопросы лечения, реабилитации и профилактики заболеваний у ветеранов войн: Материалы 2-й региональной научно-практической конференции посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн».- Барнаул, 2011. - С.91-93.

7. Анализ опыта улучшения предоперационной подготовки гериатрических больных /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, Е.М. Филатова и др. // Актуальные вопросы лечения, реабилитации и профилактики заболеваний у ветеранов войн: Материалы 2-й региональной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн».- Барнаул, 2011. - С.95-97.

8. Медико-социальная эффективность плановых симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста /И.В. Шатохина, О.Г. Яковлев, И.Г. Лещенко, И.Ю. Лазарев // Актуальные вопросы лечения, реабилитации и профилактики заболеваний у ветеранов войн: Материалы 2-й региональной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн».- Барнаул, 2011. - С.207-208.

9. Экономическая эффективность плановых симультанных операций в гериатрической урологии /И.В. Шатохина, О.Г. Яковлев, И.Г. Лещенко, И.Ю. Лазарев // Актуальные вопросы лечения, реабилитации и профилактики заболеваний у ветеранов войн: Материалы 2-й региональной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн».- Барнаул, 2011. - С. 212-213.

10. Рабочая классификация симультанных операций у гериатрических пациентов /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, И.К. Александров и др. //Наука, образование, медицина: Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции.- Самара: Изд-во «Инсома-пресс», 2011.- С.353-356.

11. Алгоритм предупреждения послеоперационных эзофагогастроуденальных кровотечений у пожилых /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, О.Г. Яковлев и др. / Наука, образование, медицина: Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции.- Самара: Изд-во «Инсома-пресс», 2011.- С.364-370.

12. Плановые симультанные операции в гериатрической урологии /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, О.Г. Яковлев, И.Ю. Лазарев // Наука, образование, медицина: Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции.- Самара: Изд-во «Инсома-пресс», 2011.-С.361-364.

13. Определение риска и предупреждение послеоперационных гастродуоденальных кровотечений в гериатрической урологии /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, Б.В. Сидаш и др. // Материалы 44-й науч.-практич. конф., посвященной 70-летию образования Курганского областного госпиталя для ветеранов войн. - Курган: Изд-во РИЦ Курганского госуниверситета, 2011.- С.29-31.

14. Шатохина И.В., Лещенко И.Г., Лазарев И.Ю. Опыт разработки и внедрения новой технологии плановых симультанных урологических операций у пожилых // Материалы 44-й науч.-практич. конф., посвященной 70-летию образования Курганского областного госпиталя для ветеранов войн.- Курган: Изд-во РИЦ Курганского госуниверситета, 2011.- С.26-28.

15. Предоперационная подготовка гериатрических больных в отделении реанимации и интенсивной терапии /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, Е.М. Макушина и др. //Материалы 44-й науч.-практич. конф., посвященной 70-летию образования Курганского областного госпиталя для ветеранов войн.- Курган: Изд-во РИЦ Курганского госуниверситета, 2011.- С.9-10.

16. Обоснование симультанных операций в гериатрической хирургии /И.В. Шатохина, О.Г. Яковлев И.Г. Лещенкой др. // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии: Сборник науч. трудов СамГМУ, Самара: «ООО СамЛюксПринт», 2012. - С.338-344.

17. Шатохина И.В. Экономические и медико-социальные приоритеты плановых симультанных операций у пожилых больных с аденомой предстательной железы//Аспирантский вестник Поволжья - 2011.- №5-6.- С.189-191.

18. Экономическая эффективность симультанных операций в госпитале ветеранов войн //И.В. Шатохина, О.Г. Яковлев, И.Г. Лещенко и др. // Госпитальная медицина.-2012.- №8. - С.154-155.

19. Определение риска и предупреждение послеоперационных гастродуоденальных кровотечений у пожилых урологических больных /И.В. Шатохина, И.Г. Лещенко, О.Г. Яковлев и др. //Урология.- 2012. - №2.- С.39-43.

СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АПЖ – аденома предстательной железы

АЭ – аденомэктомия

В – операция Винкельмана

ВВА – внутривенная анестезия

ГП - герниопластика

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ДЭП – дисциркуляторная энцефалопатия

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИБС – ишемическая болезнь сердца

К-А – контрольная группа А

К-Б – контрольная группа Б

КУВЛ – контактная ударноволновая литотрипсия

КТ – компьютерная томография

МП – мочевого пузыря

О-А – основная группа А

О-Б – основная группа Б

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОУТ – оптическая уретротомия

ПВГ – послеоперационная вентральная грыжа

ПСА – простатоспецифический антиген

СМА – спинальная анестезия

СОКГВВ – Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн

РПЭГДК – ранние послеоперационные эзофагогастродуоденальные кровотечения

ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия

ЭТН – эндотрахеальный наркоз

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>