



Ризаев Эъзозбек Алимджанович

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛИ ШАКЛЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Ризаев Эъзозбек Алимджанович

Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

TOPICAL ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Rizaev Eazozbek Alimdjanovich

Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: Ezozbek.Rizaev@tma.uz

Резюме. Мақолада ўт тош касаллигининг асоратли шакллари кўпайиши туфайли кекса ва қари ёшдаги беморларни даволаш муаммоси мураккаб вазифа бўлиб қолаётганлигини кўрсатадиган маълумотлар келтирилган. Даволаш тактикасининг оптимал вариантларини излаш давом этмоқда. Катта ёшдаги беморларни даволаш натижаларини ўлим даражаси юқорилиги сабабли қониқарли деб бўлмайди.

Калим сўзлар: Ўт тош касаллиги, кекса ва қариллик ёши.

Abstract. The article presents data showing that due to the increase in the incidence of complicated forms of cholelithiasis, the problem of treating elderly and senile patients remains a difficult task. The search for rational options for treatment tactics continues. The results of treatment of patients of older age groups cannot be considered satisfactory due to the high mortality rate.

Keywords. Gallstone disease, elderly and senile age.

Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) резко увеличивается с возрастом. В возрасте 70 лет 15% мужчин и 24% женщин имеют камни в желчном пузыре; у 90-летних частота ЖКБ увеличивается до 24% и 40% соответственно [4,7,8,21,26,35,39]. Ежегодно у 4 - 5% больных с ЖКБ развиваются осложнения, такие как острый холецистит, желчнокаменный панкреатит, холедохолитиаз и холангит. Больные с осложненными формами заболевания составляют 54 - 65% от числа поступивших в стационары по поводу холелитиаза. Среди пациентов, оперированных с острым воспалением желчного пузыря, больные пожилого и старческого возраста составляют до 30% [1,2,5,9,13,14,18,29,31,37,46].

В.К. Гостищев (2011), Ш.И. Каримов и соавт. (2018), V.S. Vidirpanama et al. (2020) отмечают, что особенностью острого холецистита в старческом возрасте является тяжелое, быстро

прогрессирующее течение заболевания и большое количество осложнений, отмечающихся у 70 - 100% больных. Деструктивные изменения стенки желчного пузыря у больных пожилого и старческого возраста встречаются в 35 - 97%, околопузырные инфильтраты в 20 - 31,1%, желчный перитонит в 9 - 15%, острый панкреатит в 10 - 51%, околопузырные абсцессы у 8 - 12% больных [4,6]. Наряду с тяжелыми осложнениями острого воспаления желчного пузыря у больных старших возрастных групп часты поражения желчевыводящих протоков [35-60%]. В структуре поражений желчных протоков основное место занимает холедохолитиаз, составляя 50 - 78% от всех видов патологии [2,10,26].

У пациентов старческого возраста наряду с холедохолитиазом холецистит часто сопутствует стеноз большого дуоденального соска (БДС), который при первичных операциях на желчных

путях выявляют в 5 - 60% случаев [8,9,13,33,36,42].

Ф.Г. Назиров и соавт. (2019) отмечают, что в результате тесной анатомической и функциональной взаимосвязи желчевыводящей и панкреатической систем у 30 - 70% больных с воспалительной патологией желчных путей отмечают поражение поджелудочной железы. При локализации воспалительных изменений поджелудочной железы в области головки в патологический процесс вовлекается терминальный отдел холедоха с последующим развитием рубцовой стриктуры [4,14].

Частым и грозным осложнением у больных острым холециститом является механическая желтуха. У пациентов старших возрастных групп она возникает в два раза чаще, чем в более молодом возрасте, и составляет 28-35%. Желчная гипертензия, «обусловленная поражениями печеночно-желчного протока», способствует развитию холангита [5,7,8,38].

П.С. Ветшев и соавт. (2014) указывают, что при неопухольевых поражениях желчных протоков причинами желтухи являются: у 62,5% - холедохолитиаз, в том числе у 12,5% сочетающийся со стенозом БДС; у 13,8% - стеноз БДС без холедохолитиаза; у 20,0% и 1,5% - индуративный панкреатит и околопузырный инфильтрат со сдавлением общего желчного протока; у 2,5% - первичный склерозирующий холангит.

У больных острым холециститом старше 70 лет тяжесть основного заболевания усугубляется сопутствующей патологией. При этом в остром периоде заболевания проявляется эффект взаимного отягощения основного и сопутствующего заболевания. Последнее по тяжести своего течения нередко приобретает конкурирующий характер. К 75 годам жизни сопутствующие заболевания встречаются практически у 100% больных острым холециститом. Основное место среди сопутствующих заболеваний занимает патология сердечнососудистой системы. От 48% до 100% больных страдают заболеваниями органов дыхания. Сахарный диабет наблюдается у 41-56% больных. Больные острым холециститом старше 60 лет в 28-62% случаев страдают ожирением 3-4 степени [4,8,12,19,27].

В работах Брискина и соавт. (2015), Н.А. Майстренко и соавт. (2015) установлено, что нарушение постоянства и адаптации различных физиологических процессов у лиц старческого возраста вызывает изменение адекватной местной и общей реакции организма на патологический процесс, атипичности и сглаженности его клинических проявлений. Полиморбидность, характерная для старых людей, заставляет

сосредоточить внимание на сопутствующих заболеваниях, расценивая их как противопоказания к операции. Недооценка сопутствующих заболеваний и отсутствие их профилактического лечения ведет к прогрессированию осложнений с высокой вероятностью летального исхода.

Острому холециститу у больных старческого возраста свойственна атипичность и стертость клинических проявлений. Эти черты приводят к серьезным диагностическим и тактическим ошибкам в 15 -20% случаев. Клиническая диагностика патологии желчных протоков у больных холециститом при сохраненной проходимости для тока желчи сложна, так как в ней преобладают симптомы поражения желчного пузыря. Камни желчевыводящих протоков клинически себя не проявляют («немые» камни) в 20-50% случаев [6,8,20,28].

Обращает на себя внимание факт поздней госпитализации этого контингента больных острым холециститом: в течение 12 ч. с начала острого приступа поступает до 12% больных, через сутки и позднее госпитализируется 50% (из них почти 1/3 позже чем через 3 суток). Этим обусловлено увеличение количества осложненных форм заболевания и ухудшение результатов лечения [1,2,5,12,25,27,40].

Недостаточная информативность традиционной диагностики острого холецистита и его осложнений обусловили широкое внедрение в практику специальных методов. Большое распространение получили ультразвуковое и эндоскопические исследования (лапароскопия, дуодено- и холедохоскопия), компьютерная томография и прямые рентгеноконтрастные исследования желчных протоков. Аппаратные и инструментальные исследования позволяют диагностировать стертые формы заболевания, оценить выраженность воспаления в стенке желчного пузыря, определить распространенность патологического процесса в брюшной полости [4,8,32].

Наиболее важным аспектом лечения острого холецистита у больных старше 70 лет является хирургическая тактика. На протяжении десятилетий применялись две противоположные хирургические тактики. Консервативно-выжидательная тактика заключалась в усиленном проведении комплексной медикаментозной терапии в остром периоде холецистита и выполнении радикальной операции после стихания воспалительного процесса, тщательного обследования и подготовки [7,16,20].

Активная хирургическая тактика при остром холецистите предусматривает выполнение операции на высоте приступа в ранние сроки (до

72 часов) после госпитализации больного. За расширение показаний к оперативному лечению у лиц пожилого возраста высказывается большинство хирургов, так как в ранние сроки заболевания и при невысокой степени операционно-анестезиологическом риске холецистэктомия (открытая или лапароскопическая), как правило, безопасна (оперативная смертность составляет от 0 до 1%). Вместе с тем послеоперационная летальность у больных старческого возраста остается высокой - от 7,5 до 12% [1,3,5,7,8,11,43].

По данным В.К. Гостишев и соавт. (2011), у тяжело больных пациентов старших возрастных групп смертность от вынужденных холецистэктомий может достигать до 30%.

Помимо определения сроков оперативных вмешательств спорным остается вопрос объема операции в «остром» периоде холецистита и на высоте желтухи у больных с высокой степенью операционного риска. Призывы к радикальной операции в разгар заболевания не всегда обоснованы, так как у данного контингента больных хирургическая сторона проблемы вступает в конфликт с геронтологической, и выполнение травматичной и длительной операции в этих условиях сопровождается высоким процентом летальности. В связи с высокой степенью операционного риска по сопутствующим заболеваниям в качестве альтернативы холецистэктомии на протяжении многих лет в хирургии используется холецистостомия, составлявшая 12 - 35% от количества оперированных больных при остром холецистите. Хотя открытая холецистостомия может быть выполнена под местной анестезией в операционной, ее недостатками являются лапаротомии и тяжелая седация. Летальность после открытой холецистостомии составляла от 10,6% до 25% и в основном была обусловлена осложнениями сопутствующих заболеваний [4,8,11,22].

В последние годы открытую холецистостомию заменяет чрескожная холецистостомия, выполняемая при помощи ультразвука или компьютерной томографии [3,6,8,9,23,34,37,44].

Внедрение в хирургическую практику щадящих методов декомпрессии желчного пузыря под лапароскопическим и ультразвуковым контролем позволило избежать операции на высоте приступа острого холецистита. Операции стали выполнять в отсроченном порядке после тщательной медицинской подготовки, что позволило снизить летальность до 4 - 7%. В литературе имеет место мнение, что чрескожная холецистостомия является экономически эффективной и простой для пациентов высокого

риска с острым калькулезным холециститом [6,45].

А.М. Шулутко (2013), С.А. Быстров и соавт. (2019), считают, что чрескожная холецистостомия заменила открытую холецистостомию, так как стала не менее эффективной и относительно безопасной с низким уровнем осложнений и смертности. Её преимущество по сравнению с открытой холецистостомией в том, что её можно сделать в постели под местной анестезией без необходимости лапаротомии. Существует два доступа к желчному пузырю: это чреспеченочный и трансперитонеальный подходы. Выбор способа по-прежнему спорный. Чреспеченочный подход снижает риск утечки желчи, травмы толстой кишки и сосудов брыжейки, но несет в себе риск пневмоторакса и кровотечения из паренхимы печени. Трансперитонеальный подход снижает риск кровотечения и вторичного загрязнения печени инфицированной желчью, но увеличивает риск желчного перитонита, перфорации толстой кишки, травмы сосудов портальной системы и смещения катетера после декомпрессии желчного пузыря.

Основная проблема возникает у остальных 30 - 44% больных, которые по тяжести сопутствующих заболеваний и возрасту не могут перенести радикальную операцию после декомпрессивной холецистостомии. Это так называемая группа "неприкасаемых" больных, которая составляет 1 - 5% от общего числа больных острым холециститом [9,44].

Э.И. Гальперин и соавт. (2019) отмечают, что из категории больных, которые в силу тяжести сопутствующей патологии были выписаны после декомпрессивных операций домой, в ближайшие 6 - 18 месяцев были вновь госпитализированы с рецидивом заболевания от 23 до 83,6% больных. После лапароскопической декомпрессии желчного пузыря у 40% больных сохраняется морфологическая картина острого воспаления. Причиной такого торпидного течения воспалительного процесса является неустранимый холецистолитиаз.

Даже внедрение в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии не меняет общей картины. Лапароскопическая холецистэктомия при остром осложненном холецистите выполняется преимущественно (56 - 80%) после превентивной чрескожной холецистостомии или эндоскопической папиллотомии [7,8,25,41].

В связи с неуклонным ростом числа больных старше 70 лет и высокими показателями летальности и осложнений при экстренных операциях, особую актуальность приобретает лечение острого холецистита, осложненного

непроходимостью желчных протоков из-за холедохолитиаза и папиллостеноза [1,2,15].

Данные литературы свидетельствуют о тенденции к снижению травматичности хирургического лечения патологии желчных протоков за счет широкого использования эндоскопической техники.

Современные принципы лечения в данных случаях ориентированы на выполнение лапароскопической холецистэктомии с эндоскопической палиллотомией.

Абсолютным показанием к ЭПСТ служит ограниченный по протяженности стеноз терминального отдела холедоха и канала БДС, изолированный или сочетающийся с холедохолитиазом. Относительными показаниями ЭПСТ являются множественные мелкие конкременты гепатикохоледоха, острый билиарный панкреатит, хронический рецидивирующий панкреатит, стойкий спазм сфинктера Одди. Однако проведение ЭПСТ, выполняемой до или после удаления желчного пузыря, затруднительно при анатомических особенностях большого дуоденального сосочка и расположении его в дивертикуле, выраженном папиллите и аденоме, отеке и деформации двенадцатиперстной кишки [2,8,11,15].

Доступность ЭПСТ и ее высокая эффективность привлекают внимание хирургов. Из-за малой травматичности она почти полностью вытеснила трансдуоденальные хирургические операции на большом дуоденальном сосочке. В большинстве случаев ЭПСТ стала альтернативой оперативному вмешательству у больных с выраженной механической желтухой и холангитом, перенесших холецистэктомию или имеющих высокую степень операционного риска [5].

Для всех видов эндоскопических операций существуют пределы технических возможностей и переоценивать их нельзя. Именно тактические ошибки в связи с расширением показаний к эндоскопическому методу лечению и необоснованным увеличением его продолжительности ведут к росту числа осложнений и прогрессированию заболевания. Независимо от применяемой тактики по отношению к конкрементам общего желчного протока после ЭПТ почти все исследователи сообщают о той или иной частоте неудач, когда камни общего желчного протока самостоятельно не выходят в 12-перстную кишку и их не удается извлечь с помощью инструментов. Показатели эффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии в декомпрессии желчных протоков составляют от 85 до 99%, осложнения - от 5 до 13%, летальность - от 0 до 1,5% [4].

По данным Э.И. Гальперина (2012) операция ЭПСТ является методом лечения 75-86% больных, а у других ее можно расценивать как способ предоперационной декомпрессии желчных протоков. В ряде случаев после ЭПСТ должна быть своевременно произведена хирургическая операция.

Невозможность выполнения или неэффективность эндоскопических методов лечения ограничивают возможность применения двухэтапного варианта лечебной тактики. Клинический опыт показал, что открытая и эндоскопическая папиллосфинктеротомия в функциональном отношении не уступают друг другу. Осложнениями ЭПСТ в лечении холедохолитиаза и папиллостеноза являются острый панкреатит, ретродуоденальная перфорация, кровотечение и острый холангит (такие же, как и у трансдуоденальной ПСТ). Общая частота осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 7 до 15% [8].

Внедрение минилапаротомных доступов позволило значительно снизить число послеоперационных пневмоний, ателектазов, парезов кишечника, а также раньше активизировать больных, что явилось решающим аргументом для успешного лечения пожилых и старых пациентов. Учитывая преимущества минилапаротомии, её можно использовать в качестве более простой и значительно менее дорогостоящей альтернативы лапароскопическим операциям, что особенно актуально для работы подавляющего большинства хирургических стационаров нашей страны. В хирургии желчнокаменной болезни минилапаротомия применяется в основном для выполнения холецистэктомии. Имеются сообщения о выполнении из мини-доступа холедохолитотомии с завершением ее наружным дренированием, холедоходуоденостомией.

М.И. Прудков (2016), имеют опыт выполнения комбинированной эндоскопической папиллосфинктеротомии из минилапаротомного доступа. Авторы указывают, что серьезным недостатком двухэтапной тактики лечения калькулезного холецистита, осложненного протоковой патологией, является сама этапность, приводящая к существенному увеличению продолжительности и стоимости лечения, дублированию риску неудач и осложнений.

Методика одномоментной малоинвазивной коррекции всей патологии желчевыводящих путей, применяемая в клинике, включает в себя холецистэктомию и общепринятые абдоминальные операции на протоках из мини-доступа, а также комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выполняемую на операционном столе с

пероральной фибродуоденоскопической видеоподдержкой. Используются две методики введения папиллотомы - антеградная и ретроградная.

Клиническая практика свидетельствует о стремлении хирургов к одноэтапному малоинвазивному лечению острого и хронического калькулезного холецистита, осложненного патологией желчных протоков. С этой целью при выполнении холецистэктомии из лапароскопического или минилапаротомного доступов одновременно с помощью различных малоинвазивных методик устраняют холедохолитиаз и папиллостеноз.

При остром холецистите наиболее оправданной является активная хирургическая тактика. Экстренно оперируются 2-10% больных с перфорациями желчного пузыря и возникновением местного или распространенного перитонита. Срочные операции в интервале 48-72 часов с момента поступления выполняются у 53-79% больных при деструктивных формах острого холецистита. При вынужденном экстренном хирургическом лечении острого холецистита необходимо после оценки характера патологического процесса одновременно произвести вмешательство на внепеченочных желчных протоках [5,8,30].

При тяжелом состоянии больных и риске расширения объема операции следует ограничиться холецистэктомией и дренированием холедоха, а после операции выполнить ЭПСТ. Если характер заболевания не требует экстренной или срочной операции, необходимо придерживаться принципа устранения желтухи до оперативного вмешательства с помощью ЭПСТ [5].

Однако анализ результатов лечения и осложнений позволяет некоторым исследователям сделать вывод, что у больных с высоким риском операции методом выбора должна быть эндоскопическая папиллосфинктеротомия без последующей холецистэктомии, а у больных с минимальным риском - только операция, без предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии, так как она является дополнительным фактором риска. Возможно эндоскопическое лечение патологии желчных протоков без последующей холецистэктомии. Однако после ЭПСТ необходимость в холецистэктомии возникает у 18-37% больных в связи с развитием деструктивных форм острого холецистита. Поэтому расширение показаний к эндоскопическому лечению у неоперированных больных не оправдано, так как сохраняется не только основной очаг камнеобразования [желчный пузырь], но и создаются условия для

проникновения инфекции в желчные пути из двенадцатиперстной кишки. Исключение должны составлять только те больные, у которых декомпенсация тяжелых сопутствующих заболеваний и преклонный возраст не позволяют провести даже минимальное хирургическое вмешательство. У лиц пожилого и старческого возраста и при наличии тяжелой сопутствующей патологии расширение объема оперативного вмешательства нежелательно и грозит большими осложнениями. В такой ситуации хирурги стремятся ограничиться минимальным вмешательством на БДС и общем желчном протоке с послеоперационной эндоскопической коррекцией патологии желчных протоков [4,8].

Несмотря на благоприятные результаты комбинированного эндоскопического и хирургического лечения заболеваний желчного пузыря и протоковой патологии, ряд хирургов считает нелогичным выполнять две процедуры, каждая из которых увеличивает количество осложнений и опасность летального исхода, если достаточно одной из них. Накоплен значительный опыт подобных вмешательств, однако в литературе отсутствуют четкие рекомендации по восстановлению нарушенного оттока желчи в 12-перстную кишку при операциях на высоте приступа острого холецистита, особенно у больных старших возрастных групп. Для уточнения тактики лечения необходимы дальнейшие исследования.

Таким образом, данные литературы свидетельствуют, что в связи с увеличением уровня заболеваемости острым холециститом проблема лечения больных старческого возраста остается трудной задачей. Продолжается поиск рациональных вариантов лечебной тактики. Результаты лечения больных старших возрастных групп не могут быть признаны удовлетворительными из-за высокого процента летальности.

Литература:

1. Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. - № 6. - С. 27-30.
2. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. - 2018. - Т. 13, № 3. - С. 15-19.
3. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. - 2016. - № 7. - С. 55-59.

4. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – N 3[29]. – С. 30-35.
5. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой / П.С. Ветшев // Анналы хирург. гепатологии. – М., 2014. – 198 с.
6. Вилявин М.Ю. Возможности спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистохолангиолитиаза / М.Ю. Вилявин, Н.Ю. Осипов // Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – N 3[12]. – С. 50.
7. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин // Анналы хирург. гепатологии. – 2012. – №2. – С. 26-33.
8. Гостищев В. К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. -2001. - № 9. - С. 30-31.
9. Дурлештер, В.М. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе / Дурлештер В.М., Габриель С.А., Гучетль А.Я. и др. //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневого. - 2017.- № 1.- С. 101-102.
- 10.Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А., Рахманов, С.У., Хасанов, В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями //Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 20. – №. 3. – С. 68-74.
- 11.Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи //Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – №. 1. – С. 31-35.
- 12.Косаева С.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы / С.Б. Косаева, М.Ж. Аймагамбетов // Наука и Здравоохранение. – 2018. – N 2[20]. – С. 148- 167.
- 13.Лазебник Л. Б., Сухарева Г. В., Дорофеевков М. Е. Распространенность и клиническая картина желчнокаменной болезни среди пожилого населения Москвы // Клиническая геронтология. - 2007. -№ 1. - С. 21-25.
- 14.Майстренко Н. А., Довганюк В. С., Феклюнин А. А. и др. Выбор рациональной хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возрастов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова–2010. - Т. 169, № 3. - С. 71-77.
- 15.Михин А.И., Орлов С.Ю., Василенко К.В., Сажин А.В. Эндоскопическое лечение пациентов старческого возраста со сложным холедохолитиазом //Эндоскопическая хирургия. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 53-60.
- 16.Муминов С. и др. Усовершенствование классификации желчного перитонита //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – №. 2. – С. 33-37.
- 17.Назирова Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана 2019. №1. Стр. 326.
- 18.Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клиническая геронтология. - 2006. -№ 6. - С. 34-39.
- 19.Стяжкина С.Н. Коморбидная патология при желчнокаменной болезни / С.Н. Стяжкина, А.А. Плотникова, В.Д. Плотников // Научный альманах. – 2017. – N 3-3[29]. С. 364 – 366.
- 20.Суздальцев И. В. Диагностика и хирургическое лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. - Краснодар: Кубан. гос. мед. акад. - 2001. - 41 с.
- 21.Тарасенко С.В. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Д.О. Тюленев, В.А. Юдин, А.А. Копейкин, А.А. Натальский, А.Ю. Богомолов, А.С. Кузнецова // Наука молодых [Eruditio Juvenium]. – 2018. – N 2[6]. – С. 218-224.
- 22.Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII [5]. Стр. 5-10.
- 23.Хаджибаев Ф. А. и др. Лечение осложнений чрескожных чреспеченочных вмешательств в условиях экстренного стационара // Скорая медицинская помощь. – 2019. – Т. 20. – №. 2. – С. 51-55.
- 24.Шулутко А.М. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе / А.М. Шулуток, В.Г. Агаджанов, А.Г. Натрошвили, И.Г. Натрошвили // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – N 1[18]. – С. 38- 41.
- 25.Abbasoglu O, Tekant Y, Alper A, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery. 2016;32[4]:300-305.
- 26.Alexakis N. Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones/ N. Alexakis, S. Conno // HPB [Oxford]. – 2012. – N 14[4]. – P. 254–259.

27. Alves K. Frequency of cholecystectomy and associated sociodemographic and clinical risk factors in the ELSA-Brasil study / K. Alves, A. Goulart, R. Ladeira, I. de Oliveira, I. Bensenno // Sao Paulo Med J. – 2016. – N 134[3]. – P. 240-250.
28. Anand G. Factors and Outcomes Associated with MRCP Use prior to ERCP in Patients at High Risk for Choledocholithiasis / G. Anand [et al.] // Canadian journal of gastroenterology & hepatology. – 2016. – doi:10.1155/2016/5132052
29. Ansaloni L. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis / L. Ansaloni, M. Pisano, F. Coccolini, [et al.] // World J Emerg Surg. – 2016. – N 11[25]. – P. 2-23.
30. Budipramana V. S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation // Case Reports in Medicine. – 2020. – T. 2020.
31. Cao J. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study / J. Cao, C. Peng, X. Ding [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2018. – N 18[1]. – P. 128.
32. Costi R. Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy / R. Costi, A. Gnocchi // World J Gastroenterol. – 2014. – N 20[37]. – P. 13382-13401.
33. Dash B. R. et al. Diagnosis of Gall Bladder Mucocele, Calculi and Bile Peritonitis in a Dog // INTAS POLIVET. – 2020. – T. 21. – №. 1. – С. 208-211.
34. De Castro V., Moura E., Chaves D., et al. Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography in suspected choledocholithiasis: A systematic review / V. De Castro, E. Moura, D. Chaves, [et al.] // Endosc Ultrasound. – 2016. – N 5[2] – P. 118–128.
35. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines. 2014, 188;
36. Gomi H. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis / H. Gomi, J. Solomkin, D. Schlossberg, K. Okamoto, T. Takada, S. Strasberg, M. Yamamoto // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2018. – N 25[1]. – P. 3-16.
37. Hungness E. Management of common bile duct stones / E. Hungness, N. Soper // J Gastrointest Surg. – 2016. – N 10. – P. 612–619.
38. Issa H. Successful Treatment of Mirizzi's Syndrome Using SpyGlass Guided Laser Lithotripsy / H. Issa, B. Bseiso, F. Almousa, A. Al-Salem // Gastroenterology Res. – 2018. – N 5[4]. – P. 162–166.
39. Joshi A. Four Susceptibility Loci for Gallstone Disease Identified in a Metaanalysis of Genome-Wide Association Studies / A. Joshi, C. Andersson, S. Buch, [et al.] // Gastroenterology. – 2016. – N 151[2]. – P. 351–363.
40. Mangieri CW, Hendren BP, Strode MA, Bandera BC, Faler BJ. Bile duct injuries [BDI] in the advanced laparoscopic cholecystectomy era. Surg Endosc. 2018 Jul 13. doi: 10.1007/s00464-018-6333-7.
41. Mattilla A. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study / A. Mattilla, M. Johanna, K. Ilmeo // BMC Surgery. – 2017. – N 17[79]. – doi: 10.1186/s12893-017-0274-2.
42. Nassar Y. Management of complicated gallstones in the elderly: comparing surgical and non-surgical treatment options/ Y. Nassar, S. Richter // Gastroenterology Report. – 2019. – N 7[3]. – P. 205–211.
43. Raith E. Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit / E. Raith, A. Udy, M. Bailey, [et al.] // JAMA. – 2017. – N 317[3]. – P. 290-300.
44. Schiborra F., McConnell J. F., Maddox T. W. Percutaneous ultrasound-guided cholecystocentesis: complications and association of ultrasonographic findings with bile culture results // Journal of Small Animal Practice. – 2017. – T. 58. – №. 7. – С. 389-394.
45. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. Korean J Intern Med. 2017;32:79-84.
46. Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1–676.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Ризаев Э.А.

Резюме. В статье представлены данные свидетельствующие, что в связи с увеличением уровня заболеваемости осложненными формами желчнокаменной болезни проблема лечения больных пожилого и старческого возраста остается трудной задачей. Продолжается поиск рациональных вариантов лечебной тактики. Результаты лечения больных старших возрастных групп не могут быть признаны удовлетворительными из-за высокого процента летальности.

Ключевые слова. Желчнокаменная болезнь, пожилой и старческий возраст.