

## ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ХОЛЕЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Ризаев Эъзозбек Алимджанович<sup>1</sup>, Курбаниязов Зафар Бабажанович<sup>2</sup>,

Мамараджабов Собиржон Эргашевич<sup>2</sup>, Олимжонова Фарангиз Жасуровна<sup>1</sup>

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРДА ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ОВИРЛАШТИРУВЧИ ОМИЛЛАР

Ризаев Эъзозбек Алимджанович<sup>1</sup>, Курбаниязов Зафар Бабажанович<sup>2</sup>,

Мамараджабов Собиржон Эргашевич<sup>2</sup>, Олимжонова Фарангиз Жасуровна<sup>1</sup>

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

### BURDENING FACTORS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Rizaev Eazozbek Alimdjaniovich<sup>1</sup>, Kurbaniazov Zafar Babajanovich<sup>2</sup>, Mamarajabov Sobirjon Ergashevich<sup>2</sup>, Olimjonova Farangiz Jasurovna<sup>1</sup>

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [Ezozbek.Rizaev@tma.uz](mailto:Ezozbek.Rizaev@tma.uz)

**Резюме.** Ўт тош касаллигининг мураккаб шакллари бўлган 171 нафар кекса ва қари ёшдаги беморларни ўрганиш натижалари келтирилган. 60 ёшдан ошган беморларда ўт йўлларидаги шикастланиши билан асоратланган ўткир холецистит, ёш беморлардан фарқли равишда, ўт пуфагининг деструктив яллигланиши, перитонит, перивезикал абсцесс ва инфилтратнинг (68,7%) кўплиги, шунингдек механик сариқлик ва холангит (30,3%) устунлиги билан холедохолитиаз папиллостеноз билан қўшма учраши билан кечади. Бир беморга ўртача 2,1 та коморбидия патология тўғри келади, бунда 60дан 74 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида - 1,7, 75 ёшдан катта бўлган беморлар гуруҳида эса - 2,4.

**Калим сўзлар:** ўт тош касаллиги, кекса ва қариллик ёши.

**Abstract.** The results of a survey of 171 elderly and senile patients with complicated forms of cholelithiasis are presented. In patients over 60 years of age, acute cholecystitis complicated by lesions of the bile ducts, in contrast to younger patients, is characterized by a higher incidence of destructive inflammation of the gallbladder, peritonitis, perivesical abscess and infiltrate (68.7%), as well as a frequent combination of choledocholithiasis with papillostenosis, and a predominance of jaundice and cholangitis (30.3%). On average, there were 2.1 comorbidities per patient, while in the first age group (60-74 years) - 1.7, and in the second (over 75 years) - 2.4.

**Key words:** cholelithiasis, elderly and senile age.

**Актуальность.** Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) резко увеличивается с возрастом. В возрасте 60 лет 15% мужчин и 24% женщин имеют камни в желчном пузыре; у 80-летних частота ЖКБ увеличивается до 24% и 40% соответственно [1, 5]. 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% [3, 6].

В.К. Гостищев (2011), Ш.И. Каримов и соавт. (2018), V.S. Budipranama et al. (2020) [3, 5, 8] 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 [7, 10, 11]. Наряду с тяжелыми осложнениями остро 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, 4, 9].

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические особенности желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы исследования.** В хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета за последние 8 лет в период 2015-2022 г.г. прооперировано 3016 больных с холелитиазом, из них 914 (30,3%) с осложненными формами желчнокаменной болезни, т.е. примерно каждый третий.

При этом число больных пожилого и старческого возраста оперированных с ЖКБ за этот временной период составили 249, т.е. 8,6% из общего контингента оперированных. Осложненные формы ЖКБ отмечены у 171, т.е. 68,7% этого возрастного контингента.

Исходя из цели нашего исследования изу-

чены результаты обследования и лечения 171 больных в возрасте старше 60 лет с осложненными формами ЖКБ.

Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.) пациенты пожилого возраста (60-74 лет) составили – 143 (83,6%), старческого возраста (75 лет и старше) – 28 (16,4%). Наиболее возрастной пациент в нашем исследовании был 87 лет.

Превалировали пациенты женского пола – 104 (60,8%), мужчины – 67 (39,2%) (табл. 1).

Средний возраст  $63,7 \pm 3,4$  лет, соотношение женщин и мужчин 1,5:1.

У 108 больных (63,1%) продолжительность анамнеза превышала 5 лет, причем у 41 из них (23,9%) первые признаки болезни появились более 10 лет назад. Поступили в хирургический стационар с первым приступом заболевания 16 больных (9,3%), однако, у каждого второго из них острый холецистит возникал на фоне хронического воспаления желчного пузыря. Из анамнестических данных стало известно, что 98 больных (57,3%) и прежде лечились стационарно по поводу заболеваний желчных путей (табл. 2).

Анализ полученных результатов показал, что у лиц старших возрастных групп острое воспаление желчного пузыря, как правило, развивалось на фоне хронического, которое, согласно данным литературы [3, 5, 6, 7, 10, 12], также является основным предвестником поражений желчных протоков.

**Таблица 1.** Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Всего больных		Пол		Соотношение Ж:М
	абс.	%	Ж	М	
Пожилой 60-74 лет	143	83,6	85 (59,4)	58 (40,6)	1,4: 1
Старческий 75-87 лет	28	16,4	19 (67,8)	9 (32,2)	2,1: 1
Итого	171	100,0	104 (60,8)	67 (39,2)	1,5: 1

**Таблица 2.** Распределение больных по продолжительности анамнеза заболевания

Продолжительность Анамнеза	Всего больных		Возраст больных	
	абс.	%	60-74 лет	Старше 75 лет
Впервые	16	9,3	14 (8,1%)	2 (1,2%)
До 5 лет	47	27,5	41 (23,9%)	6 (3,5%)
От 5 лет до 10 лет	67	38,5	58 (33,9%)	9 (5,2%)
10 лет и более	41	23,9	30(17,5%)	11(6,4%)
Итого	171	100,0	143 (83,6%)	28 (16,4%)

**Таблица 3.** Распределение больных по срокам поступления в хирургический стационар

Сроки поступления	Всего больных		Возраст больных	
	Абс.	%	60-74 лет	Старше 75 лет
До 24 часов	10	5,8	9 (5,2%)	1(0,6%)
От 24 до 48 часов	21	12,3	15 (8,8%)	6(3,5%)
От 48 до 72 часов	61	35,7	54 (31,5%)	7(4,1%)
Позднее 72 часов	79	46,2	65 (38,1%)	14(8,2%)
Итого	171	100,0	143 (83,6%)	28 (16,4%)

Поэтому острый холецистит, сочетающийся с патологией гепатикохоледоха и большого дуоденального соска - осложнение длительно текущего и неадекватно леченного хронического воспаления желчного пузыря.

В течение первых суток с момента появления клинических признаков заболевания поступило 15 больных (5,8%), остальные госпитализированы позднее, в том числе 79 больных (46,2%) спустя трое суток. Основной причиной поздней госпитализации больных явилось несвоевременное обращение за медицинской помощью, а у 29 - диагностические ошибки, допущенные на догоспитальном этапе медицинского обслуживания. Из них 22 пациента были ошибочно госпитализированы в терапевтическое и инфекционное отделения, а у 7 лечение проводилось на дому врачами поликлиники и скорой помощи (табл. 3).

**Результаты и их обсуждения.** Из 171 больных с осложненными формами ЖКБ, у 130 (76,1%) были диагностированы деструктивные формы воспаления желчного пузыря, в том числе у 56 - гангренозный холецистит. У больных в группе 60-74 лет деструктивное поражение желчного пузыря наблюдалось у 115 из 143 пациентов (80,4%), а в группе старше 75 лет - у 25 из 28 пациентов (89,2%).

По характеру патологии желчных протоков больные распределены следующим образом: холедохолитиаз - у 66 больных (38,6%), из них у 24 он сочетался со стенозом большого дуоденального соска.

У 118 (69,1%) больных наблюдалось экстрапузырное распространение воспаления. Среди них, у 39 (22,8%) выявлен желчный перитонит, причем у 15 вследствие перфорации желчного пузыря, у 24 - пропотной желчный перитонит без перфорации стенки пузыря. У 17 (9,9%) - перивезикальный абсцесс и у 62 (36,3%) больных - перивезикальный инфильтрат. При анализе частоты экстрапузырных осложнений выявлено, что существенных различий в возрастных группах не было.

В структуре осложнений поражений желчных протоков основное место занимала механическая желтуха, которая наблюдалась у 79 больных (44,4%), из них у 51- содержание общего билирубина в сыворотке крови превышало 60 мкмоль/л.

Продолжительность желтухи с момента возникновения до поступления в хирургическую клинику колебалась от 1 до 14 суток. Основной причиной её появления у 66 больных стали конкременты во внепеченочных желчных путях, которые в 24 случаях сочетались со стенозом большого дуоденального соска. У 13 больных

желтуха была вызвана нарушениями оттока желчи вследствие синдрома Мириizzi.

У 51 больного (29,8%) течение заболевания осложнялось холангитом. У 12 больных с гнойным холангитом наблюдались признаки печеночно-почечной недостаточности на основании клинической картины и данных функциональных проб (гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы и трансаминаз, снижение альбуминов и уменьшение альбумино-глобулинового коэффициента, повышение содержания мочевины в крови и др.) и они отнесены к тяжелой степени холангита согласно классификации принятой в Токио (2013 г.).

Сопутствующая патология выявлена у всех 171 больных. У 135 из них было сочетание 2-3 и более системных заболеваний. В среднем на одного больного пришлось 2,1 сопутствующих заболеваний, при этом в первой возрастной группе (60-74 лет) - 1,7, а во второй (старше 75 лет) - 2,4. Из анамнестических данных было установлено, что 51 больному, прежде лечившемуся стационарно по поводу желчнокаменной болезни, было отказано в операции из-за тяжести соматического состояния, обусловленного сопутствующей патологией.

В структуре сопутствующей патологии (табл. 4) основное место занимали заболевания сердечнососудистой системы, выявленные у всех больных. Более тяжелый уровень этой патологии отмечен в возрастном периоде после 75 лет. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) выявлена у 88,4% больных, в том числе стенокардия - у 13,2%.

Хронические поражения органов дыхания выявлены у 51,3% больных. В группе пациентов старше 75 лет заболевания органов дыхания отмечены в два раза чаще. Среди сопутствующей патологии дыхательной системы основное место занимают хронические неспецифические заболевания: пневмоклероз у 60 больных, хроническая пневмония и бронхит - у 26, бронхиальная астма - у 4, бронхоэктатическая болезнь - у 1 больного. На фоне хронических патологических изменений в легких у 6 больных возникла пневмония, одним из факторов развития которой стал вынужденный постельный режим.

Сопутствующие заболевания желудка и 12-перстной кишки диагностированы у 37,1% больных. В первой возрастной группе они отмечены у 33,5%), во второй - у 43,9% больных. Гастрит и дуоденит выявлены у 50 пациентов, язвы желудка и 12-перстной кишки - у 12, полип желудка - у 4, околососочковые дивертикулы двенадцатиперстной кишки - у 14.

**Таблица 4.** Характеристика сопутствующей патологии

Сопутствующая патология	Всего больных n=171		Возраст больных	
			60-74 лет n=143	Ст.75 лет n=28
Сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь и др.)	153	89,2%	114 (79,7%)	27 (95,9%)
Органов дыхания (пневмосклероз, хр.пневмония и бронхит и др.)	74	43,1%	37 (26,0%)	15 (55,1%)
Желудка и 12-ти перстной кишки (гастрит, язва, полип, дивертикул)	63	37,1%	39 (27,5%)	12 (43,9%)
Печени (цирроз, гепатит)	32	18,6%	19 (13,0%)	6 (22,4%)
Почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь)	7	4,2%	2 (1,4%)	2 (6,1%)
Сахарный диабет	15	9,0%	17 (11,6%)	2 (7,1%)
Прочие (ожирение II-III степени, зоб, аллергия)	21	12,5%	19 (13,0%)	3 (12,2%)
Итого сопутствующих заболеваний	365		293	414
Одно заболевание	36		33	3
Два заболевания	62		51	11
Три заболевания	68		54	14

В остром периоде холецистита, осложненного поражениями желчных протоков, как правило, наступало обострение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронические заболевания печени диагностированы у 29,6% больных, в том числе гепатит - у 23 и цирроз - у 8. Снижение адаптационных способностей печени у больных старших возрастных групп к острым воспалительным процессам и гипертензии в желчной системе способствовало развитию признаков острой печеночной недостаточности - у 17 больных.

Сахарный диабет выявлен у 12,6% больных, в первой возрастной группе - у 10, во второй - у 6 больных. Коррекция нарушений углеводного обмена проводилась с первых дней поступления больных в хирургический стационар. В условиях выраженной воспалительной и желчной интоксикации (острый период заболевания), коррекция диабета представляла трудности. Купирование острого холецистита и желчной гипертензии облегчало течение и лечение диабета.

Сопутствующие поражения мочевыделительной системы отмечены у 9,2% больных, пиелонефрит выявлен у 5, у 9 больных - мочекаменная болезнь и цистит. Помимо указаний возрастной и сопутствующей патологии при клиническом обследовании были диагностированы: зоб - у 6 больных, ожирение II-III степени - у 21, аллергические реакции на лекарственные препараты - у 5 больных.

Таким образом, клинические данные о частоте и характере сопутствующей патологии свидетельствуют, что удельный вес ее резко повышается в старших возрастных группах.

В остром периоде холецистита, осложненного поражениями желчных протоков у

больных старческого возраста, имеется тенденция к обострению сопутствующих заболеваний с возникновением синдрома взаимного отягощения основной и сопутствующей патологии. Синдром взаимного отягощения является одной из основных причин смерти этих больных. Своевременное и щадящее купирование острого воспаления и гипертензии в желчной системе было залогом успешной терапии сопутствующих заболеваний и их осложнений.

При поступлении в хирургический стационар состояние больных, взятых для выполнения настоящей работы, расценивалось как средней (53 – 30,9% больных) и тяжелой (118 – 69,1% больных) степени тяжести на основании выраженности основного заболевания и сопутствующей патологии.

#### **Выводы:**

1. Анализ клинического материала показал, что у больных старше 60 лет острый холецистит, осложненный поражениями желчных протоков, в отличие более молодых пациентов, характеризуется большей частотой деструктивного воспаления желчного пузыря, перитонита, околопузырного абсцесса и инфильтрата (68,7%), а также частым сочетанием холедохолитиаза с папиллостенозом, преобладанием желтухи и холангита (30,3%).

2. Вместе с тем резко увеличивается количество сопутствующих заболеваний, которые создают синдром взаимного отягощения основной и сопутствующей патологий. Коморбидная патология выявлена у всех 171 больных, у 135 из них было сочетание 2-3 и более системных заболеваний. В среднем на одного больного пришлось 2,1 сопутствующих заболеваний, при этом в первой



возрастной группе (60-74 лет) - 1,7, а во второй (старше 75 лет) - 2,4.

#### Литература:

1. Алмазов А. А. и др. Современные методы лечения желчекаменной болезни у пациентов пожилого и преклонного возраста // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2019. – Т. 19. – №. 9. – С. 3-7.
2. Анарбаев С. А., Шамсиев Ж. З. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста // Научный журнал. – 2018. – №. 7 (30). – С. 46-50.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. 2011. №9. С. 30–34.
4. Дибиров М. Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. НВ Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. 145-148.
5. Ш.И. Каримов и соавт. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Анналы хирургической гепатологии, 2018, том 15, № 1. – С. 53-56.
6. Курбаниязов З. и др. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 181-184.
7. Назаров З. Н. и др. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста (Обзор литературы) // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – С. 115-123.
8. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-

COV-2 //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.

9. Ризаев Ж. А., Бекжанова О. Е., Ризаев Э. А. Оценка эндогенной интоксикации у детей с герпетическим стоматитом по спектральному составу веществ низкой и средней молекулярной массы // Клиническая стоматология. – 2017. – №. 4. – С. 15-17.
10. Yu H. et al. Is it safe to give laparoscopic cholecystectomy (LC) treatment of acute cholecystitis in senile patients 3 months after percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGD)? A case-control study //Int J Clin Exp Med. – 2017. – Т. 10. – №. 9. – С. 13766-13771.
11. Zhou Y. et al. Two-stage versus single-stage procedure for the management of cholecystocholedocholithiasis in elderly patients: a retrospectively cohort study //Rev Esp Enferm Dig. – 2019. – Т. 111. – №. 3. – С. 176-81.

#### **ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ХОЛЕЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э., Олимжонова Ф.Ж.*

**Резюме.** Представлены результаты обследования 171 больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ. У больных старше 60 лет острый холецистит, осложненный поражениями желчных протоков, в отличие более молодых пациентов, характеризуется большей частотой деструктивного воспаления желчного пузыря, перитонита, околопузырного абсцесса и инфильтрата (68,7%), а также частым сочетанием холедохолитиаза с папиллостенозом, преобладанием желтухи и холангита (30,3%). В среднем на одного больного пришлось 2,1 сопутствующих заболеваний, при этом в первой возрастной группе (60-74 лет) - 1,7, а во второй (старше 75 лет) - 2,4.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, пожилой и старческий возраст.