

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Назаров Зокир Норжигитович, Сулаймонов Салим Узганбаевич Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛИ ШАКЛЛАРИДА КЛИНИК КЎРИНИШИ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Назаров Зокир Норжигитович, Сулаймонов Салим Узганбаевич Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

FEATURES OF THE CLINIC AND SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS IN THE ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Nazarov Zokir Norjigitovich, Sulaymonov Salim Uzganbayevich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr.zafar@list.ru

Резюме. Ўт тош касаллигининг асоратли шакллари билан оғриган 171 нафар кекса ва қари ёшдаги беморларни даволаш натижалари келтирилган. Беморларнинг аҳволининг оғирлигини баҳолашнинг ишлаб чиқилган мезонларини ва ўт йўлларида дастлабки кам инвазив декомпрессияни қўллаш билан операциядан кейинги асоратларни ривожланиши хавфини ҳисобга олган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволаш асосий беморларнинг 42,2% да амалга оширилди. Бу эса шу гуруҳдаги беморларда йирингли-ходемик интоксикацияни тўхтатиши ва кейинги радикал операциялар натижаларини яхшилаш имконини берди. Беморларнинг 15,6% да бу аралашувлар даволашнинг якуний усули бўлди. Кам инвазив аралашувларнинг устувор босқичли қўлланилиши ўлимни, операциядан кейинги йирингли-септик ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратларни сезиларли даражада камайтиришига имкон берди (мос равишда 3,1%, 12,4% ва 29,9%), таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткичлар 8,1%, 32,4%, ва 41,9% ни ташкил этди.

Калит сўзлар: ўт тош касаллиги, асоратлар, қарилик ва кекса ёшдаги беморлар.

Abstract. The results of treatment of 171 elderly and senile patients with complicated forms of cholelithiasis are presented. Staged surgical treatment, taking into account the developed criteria for assessing the severity of the condition of patients and the predicted risk of developing postoperative complications with the use of preliminary minimally invasive decompression interventions on the biliary tract, performed in 42.2% of patients in the main group, made it possible to stop purulent-cholemic intoxication, improve the results of subsequent radical operations. In 15.6% of patients, these interventions were the final method of treatment. The priority staged use of minimally invasive interventions made it possible to significantly reduce mortality, postoperative purulent-septic and extra-abdominal complications (3.1%, 12.4% and 29.9%, respectively), while in the comparison group these indicators were 8.1%, 32.4% and 41.9%.

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

Больные с осложненными формами составляют 54 - 65% от числа поступивших в стационары по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). Среди пациентов, оперированных с острым воспалением желчного пузыря, больные пожилого и старческого возраста составляют до 30% [1, 4, 6, 7, 9]. 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, 3, 5, 8, 10]. У этих больных тяжесть основного заболевания усугубляется сопутствующей патологией. При этом в остром периоде заболевания проявляется эффект взаимного отягощения основного и сопутствующего заболевания.

В многочисленных исследованиях результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложнениями ЖКБ не всегда удовлетворяют специалистов, в 40-65% случаев у больных возникают септические состояния, в результате которого от 16,5% до 30,0% наблюдениях заканчиваются летальным исходом [11, 12].

Объективизация оценки тяжести состояния и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки перспективных направлений лечения осложнений ЖКБ как абдоминальный и билиарный сепсис, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений. В последние десятилетия, благодаря развитию малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, летальность при осложненных формах желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста снижается. В основном это связано с развитием малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, эффективность которой признана большинством клиницистов.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни путем оптимизации тактико-технических аспектов хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Представлены результаты лечения 171 больного пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2015 по 2022 гг. Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.) пациенты пожилого возраста (60-74 лет) составили – 143 (83,6%), больные старческого возраста (75 лет и старше) – 28 (16,4%). Наиболее возрастной пациент в исследовании был 87 лет. Превалировали пациенты женского пола – 104 (60,8%), мужчины – 67 (39,2%). Средний возраст 64,7±3,4 лет, соотношение женщин и мужчин 1,5:1.

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. 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.

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.

Диагностика осуществлялась на основании клинической картины ЖКБ, лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МР-холангиография).

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили 74 (43,3%) больных, которые в период 2015-2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита и поражения желчных протоков по экстренным и срочным показаниям. Основную группу исследования составили 97 (56,7%), у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий по показаниям строился на принципах приоритетного использования методов оперативного лечения с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Из всех 74 больных контрольной группы у 47 (63,5%) превалировала клиника острого деструктивного холецистита, а у 27 (36,5%) клиника механической желтухи и холангита вследствие холедохолитиаза и стеноза БДС. В этой группе хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ (у 47 больных), либо ХЭ с холедохолитотомией (у 27 больных) с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 33, из минилапаротомного доступа – 41.

Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности, гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений (14,8%, 48,1% и 55,6% соответственно) у больных пожилого и старческого возраста наблюдались после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо обструктивного холангита (рис. 1). Причиной летальности в равной степени явились как билиарный и абдоминальный сепсис, так и сердечно-сосудистые и легочные осложнения.

В основной группе из 97 больных пожилого и старческого возраста, оперированных в 2019-2022 гг. по поводу осложненных форм ЖКБ лечение осуществлялось не только с учетом степени тяжести острого холецистита и холангита согласно классификации принятой в Токио 2018 г (Токио Guidelines, 2018, TG18), но и по разработанным нами критериям прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений.

В соответствии с этими критериями 42 (43,3%) больных отнесены в группу со средней

степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений. 55 (56,7%) больных этого контингента отнесены к группе с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. Больные были прооперированы с учетом предложенных критериев тяжести состояния а также клиники осложненного течения ЖКБ (табл. 1,2).

При превалировании клиники острого деструктивного холецистита в основной группе из 58 больных 39 отнесены к группе с тяжелым клини-

ческим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 11 из них констатирован желчный перитонит (разлитой у 5, у 6 отграниченный в виде сформировавшейся биломы).

Из-за тяжести состояния 17 больных 1 этапом проведена чрескожно-чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС), из них у 6 также пунктированы и санированы отграниченные в подпеченочном пространстве биломы. 2 этапом лечения на 10-14 сутки проведена холецистэктомия 14 больным, из них ЛХЭ-6, ХЭ из минилапаротомного доступа-8.

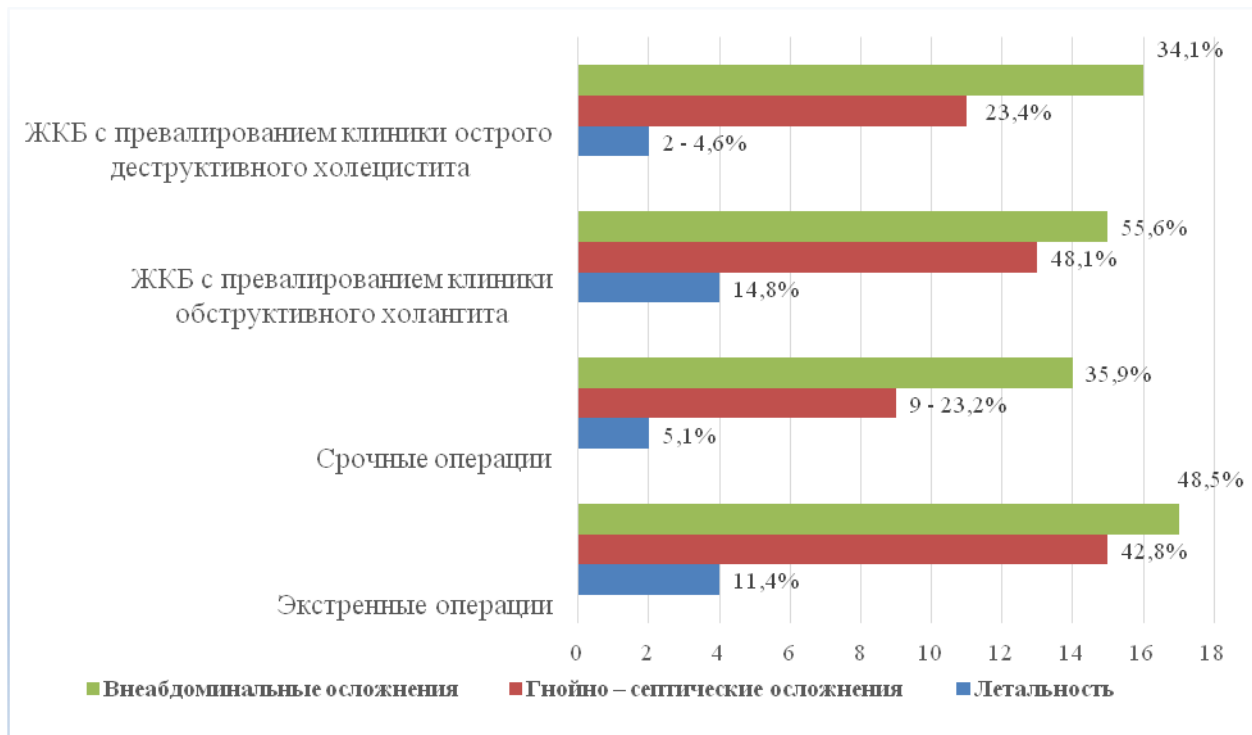


Рис. 1. Частота летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций и осложненной клиники ЖКБ в гр. сравнения у больных пожилого и старческого возраста

Таблица 1. Хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений (n=64)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=39)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	6	17
	ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	ЧЧМХС + пункция биломы →	МЛХЭ	6	
	только ЧЧМХС		3	
	МЛХЭ		14	22
	МЛХЭ, вскрытие перивезикального абсцесса		3	
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=25)	Лапаротомия, ХЭ и санация брюшной полости		5	20
	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	4	
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	7	
	только ЭПСТ		5	
	ЭПСТ и ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	только ЭПСТ и ЧЧМХС		2	
	МЛХЭ и холедохолитотомия (при безуспешности ЭПСТ)		5	5

Таблица 2. Хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n=33)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
	ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=19)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	2
ЧЧМХС→		МЛХЭ	2	
ЛХЭ		7	15	
МЛХЭ		8		
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=14)	МЛХЭ и холедохолитотомия		14	14

3 больных выписаны без проведения ХЭ с функционирующей холецистостомой. 22 больных оперированы одним этапом. 17 больным с острым деструктивным холециститом проведена МЛХЭ, из которых у 3 вследствие расплавления стенки гангренозно измененного желчного пузыря (проведено по сути вскрытие перивезикального абсцесса). 5 больным с клиникой разлитого желчного перитонита проведена ХЭ с санацией брюшной полости из широкого лапаротомного доступа.

19 больным с клиникой острого деструктивного холецистита со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений 15 проведена операция холецистэктомия (7-ЛХЭ, 8-ХЭ из минидоступа). Двухэтапное лечение с предварительной холецистостомией (ЧЧМХС) проведена 4 пациентам, причем 2 с пункционной санацией отграниченной перивезикальной биломы. Этим 2 больным в последующем ХЭ проведена из минидоступа. Еще 2 пациентам после микрохолецистостомии проведена ЛХЭ.

В группе больных с превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита (n=39) с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений отнесены 25 пациентов. Из за тяжести состояния 16 (64%) больным 1 этапом лечения успешно выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующим назобилиарным дренированием (НБД). У 5 (20%) пациентов попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны. Этим 5 больным с прогрессирующей клиникой механической желтухи и холангита произведена ХЭ и холедохолитотомия из минилапаротомного доступа в правом подреберье. Из 16 пациентов, которым успешно проведено ЭПСТ 2 этапом после улучшения состояния и купирования клиники холангиогенной интоксикации 11 произведена ХЭ, из них 4 ЛХЭ, 7 пациентам ХЭ из минилапаротомного доступа. 5 пациентам после успешной ЭПСТ от радикальной операции воздержались и они так же выписаны из стационара.

При сочетании клиники обструктивного холангита и острого холецистита 4 больным проведены миниинвазивные декомпрессивные трансдуоденальные вмешательства – ЭПСТ с литоэкстракцией. Этим больным так же проведена ЧЧМХС. В дальнейшем 2 из них проведена МЛХЭ. 2 выписаны из стационара со значительным улучшением состояния.

14 пациентам со средней степени тяжести состояния выполнены одномоментные хирургические вмешательства в объеме ХЭ и холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха из минидоступа в правом подреберье.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 27 (42,2%) больным с тяжелой степенью тяжести состояния и высоким риском развития послеоперационных осложнений. 10 (15,6%) больным ограничили миниинвазивным декомпрессионным вмешательством на желчных путях. Одноэтапная радикальная хирургическая операция проведено у 27 (42,2%) больных, причем у 13 (20,3%) вынужденно при наличии клиники перитонита (5 больных) или перивезикального абсцесса (3 больных) либо при безуспешности ЭПСТ.

Двухэтапные хирургические вмешательства у больных со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n=33) проведены 4 (12,1%) больным, одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 29 (87,9%) пациентам.

Результаты и их обсуждение. ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с острым холециститом произвели 25 (25,8%) больным основной исследуемой группы.

Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость. Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет – катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F (рис. 2).



Рис. 2. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования

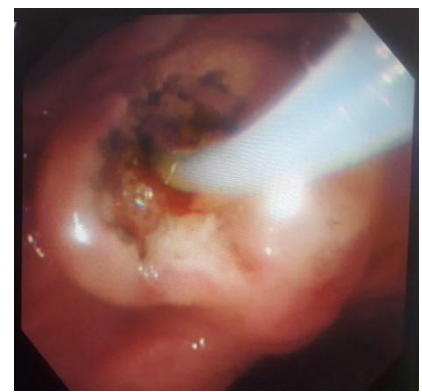
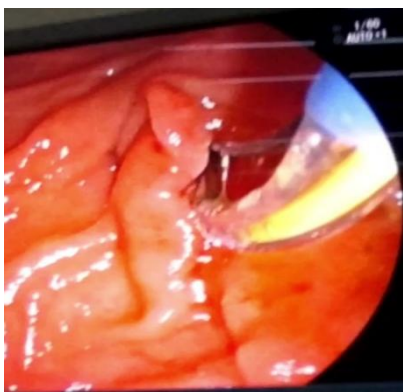


Рис. 3. Эндоскопическая папилосфинктеротомия и установка назобилиарного дренажа

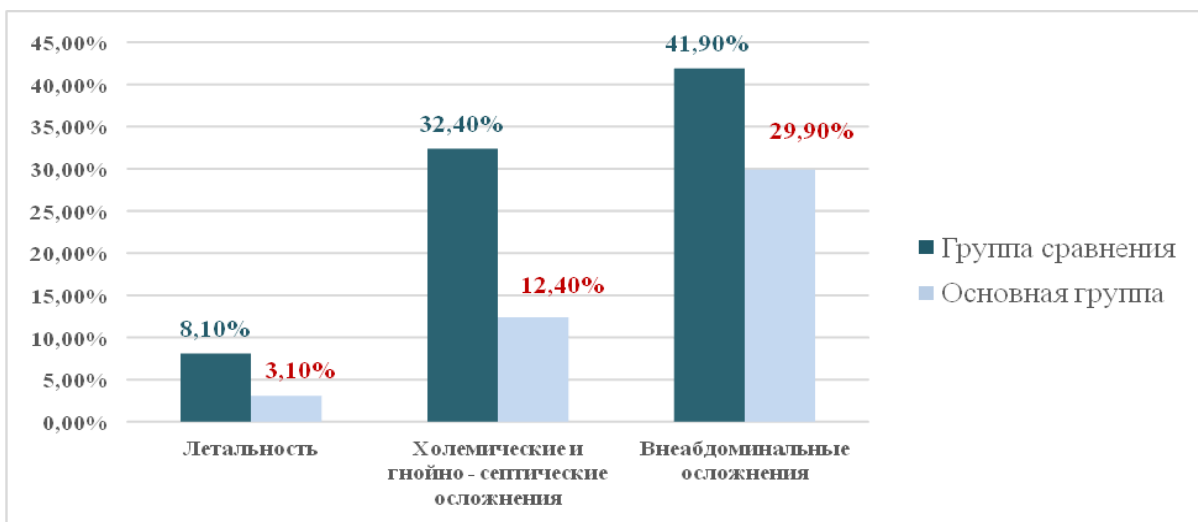


Рис. 4. Результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ в группах сравнения

В группе больных пожилого и старческого возраста при превалировании клиники острого обструктивного холангита эндоскопическая папилосфинктеротомия выполнено всего 20 (20,6%) больным. ЭПСТ выполняли в эндоскопической операционной клиник при помощи дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома. Вместе с тем следует отметить что у 5 больных попытки ЭПСТ и установки НБД

были безуспешны, в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом, еще в 1 наблюдении дуоденальное кровотечение, которое излечено консервативно (рис. 3).

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 31 больным основной группы, что составило 31,9%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии

желчных путей вторым этапом на 7-14 сутки произведено ХЭ, причем 12 –ЛХЭ, 19 – МЛХЭ.

61 (62,9%) больным основной исследуемой группы одноэтапная радикальная операция – холецистэктомия произведено как из широкого лапаротомного доступа у 5 больных при осложнении перитонитом, 49 из минилапаротомного доступа (причем в сочетании с холедохолитотомией 19 больным), ЛХЭ выполнено 7 больным.

Всего ЛХЭ проведено всего 19 (19,6%) больным, ХЭ из минидоступа 63 (64,9%), из широкого лапаротомного доступа 5 (5,1%). Следует отметить, что 10 больным из за тяжести состояния ХЭ не проведено.

ЛХЭ проводилось с использованием инструментов фирмы «Karl Storz», ХЭ из минидоступа инструментами фирмы САН.

Сравнительный анализ результатов лечения в исследуемых группах показало снижение летальности и послеоперационных осложнений в основной исследуемой группе больных (рис.4).

Наиболее грозным осложнением в контрольной исследуемой группе больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 2 больных. Продолжающийся перитонит еще в 1 наблюдении также привело к неблагоприятному исходу. Вместе с тем, у 3 больных причиной смерти явились осложнения со стороны имеющейся конкурирующей коморбидной патологии. В 2 наблюдениях причиной летального исхода констатирован острый инфаркт миокарда. В 1 наблюдении – тромбоэмболия легочной артерии на фоне послеоперационной пневмонии. Таким образом, летальность в контрольной группе больных (n=74) составило 8,1% - умерло 6 больных. Из них у 3 причиной смерти явились абдоминальные осложнения – билиарный сепсис у 2, абдоминальный сепсис у 3 летальный исход наступил вследствие сердечно-сосудистых и легочных осложнений от имеющейся коморбидной патологии.

При этом, в основной группе умерло 3 из оперированных 97 больных, летальность составила 3,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении. Еще в 1 наблюдении причина смерти острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие инфаркта миокарда

Различные холемические и гнойно – септические осложнения наблюдались у 24 больных группы сравнения, что составило 32,4%. При этом у 3 (4,1%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 5 (6,7%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (6,7%)

пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных и/или поддиафрагмальных абсцессов, 2 (2,7%) проведена релапаротомия вследствие желчного перитонита. Также, 4 (5,4%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (16,2%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 12 больных, что составило 12,4%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ.

У 3 (3,1%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 3 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 2 наблюдениях произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полость.

Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативно – гемостатической терапией. У 2 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированное повторными пункциями под контролем УЗИ. У 4 (4,1%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Выводы:

1. Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности, гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений (14,8%, 48,1% и 55,6% соответственно) у больных пожилого и старческого возраста наблюдались после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо обструктивного холангита. Причиной летальности в равной степени явились билиарный и абдоминальный сепсис, так и сердечно-сосудистые и легочные осложнения.

2. Этапное хирургическое лечение с учетом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях выполненных у 42,2% больных основной группы позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 15,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения.

3. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм этапного хирургического лечения в зависимости от

превалирования клиники деструктивного холецистита или обструктивного холангита с использованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию лапароскопическим способом у 19,6% и из минилапаротомного доступа – 64,9%.

4. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ с учетом степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным этапным использованием миниинвазивных вмешательств позволило значительно снизить летальность, послеоперационные гнойно-септические и внеабдоминальные осложнения (3,1%, 12,4% и 29,9% соответственно), тогда как в группе сравнения эти показатели составили 8,1%, 32,4% и 41,9%.

Литература:

1. 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.
2. Кабанов М. Ю. и др. Подходы к диагностике и лечению холедохолитиаза у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2022. – Т. 17. – №. 1. – С. 107-115.
3. Корольков А.Ю. и др. 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.
4. Кульчиев А.А. и др. Лечение малоинвазивными методами осложнённых форм желчекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Альманах мировой науки. – 2016. – №. 1-1. – С. 47-51.
5. Назиров Ф.Г. и др. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана 2019. №1. Стр. 326.
6. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.

7. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

8. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.

9. 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.

10. Gomi H. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2018. – N 25(1). – P. 3-16.

11. Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1–676.

12. Younossi ZM. et al Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Курбаниязов З.Б., Назаров З.Н., Сулаймонов С.У..

Резюме. Представлены результаты лечения 171 больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ. Этапное хирургическое лечение с учетом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях выполненных у 42,2% больных основной группы позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 15,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения. Приоритетное этапное использование миниинвазивных вмешательств позволило значительно снизить летальность, послеоперационные гнойно-септические и внеабдоминальные осложнения (3,1%, 12,4% и 29,9% соответственно), тогда как в группе сравнения эти показатели составили 8,1%, 32,4% и 41,9%.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, осложнения, пожилой и старческий возраст.