

ТУРЛИ ЁШГА МАНСУБ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТНИНГ СКРИНИНГ КЛИНИК – ДОНОЗОЛОГИК ТАШХИСИЙ МАСАЛАЛАРИ: МУВАФФАҚИЯТЛАР, МУАММОЛАР ВА ЕЧИМЛАРИНИ ИСТИҚБОЛЛИ КЎРИНИШЛАРИ



Мамасолиев Неъматжон Солиевич, Мадазимов Мадамин Мўминович, Ботиров Жаҳонгир Акрамжон ўғли, Мамасолиев Зоҳиджон Нематович
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

ПРЕВЕНТИВНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ И ОСНОВНЫЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА У ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Мамасолиев Неъматжон Солиевич, Мадазимов Мадамин Мўминович, Ботиров Жаҳонгир Акрамжон ўғли, Мамасолиев Зоҳиджон Нематович
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

ISSUES OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC DIAGNOSIS OF CHOLECYSTITIS IN THE POPULATION OF DIFFERENT AGES: PROSPECTIVE VIEWS OF SUCCESSES, PROBLEMS AND SOLUTIONS

Mamasoliev Nematjon Solievich, Madazimov Madamin Muminovich, Botirov Jahongir Akramjon ugli, Mamasoliev Zokhidjon Nematovich
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Муаллифлар ушбу адабиётлар шарҳини турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холециститнинг скрининг клиник – донозологик тахисий масалалари: муваффақиятлар, муаммолар ва ечимларини истиқболли кўринишлари тахлил қилиб чиқиб, мавзунинг долзарблиги ва заруриятлигини курсатиб беришган. Манбалар тахлили ва тадқиқотларнинг мавжуд натижалари турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холециститнинг анча муаммоларини сақлаиб қолаётганлигини кўрсатади ва тасдиқлайди. Маълум бўладики, холециститни эпидемиологияси ва профилактикасига бағишланиб ўтказилган махсус тадқиқотлар ёш, ўрта ёш ва геронт-супергеронт популяцияда жуда оз ва Ўзбекистон шароитида – йўқ, маҳаллий фан ва тадқиқотчиларнинг эътиборидан четда қолган. Айниқса геронт-супергеронт аҳолида бундай текширувлар жуда долзарблашган. Холецистит – терапевтик ва хирургик йўналишлари барча ёшдаги аҳолида хануз қизгин муҳокама чақирмоқда. Масалани бундай ўтқир қўйишиши – ушбу мавзуга бағишланган тадқиқотларнинг етарлича эмаслиги билан, энг аввало, изоҳланади деб хулоса қилишга адабиётлар шарҳи тўлиқ асослар беради.

Калим сўзлар: ультратовушли текширув усулларини (УТТ), лапароскопик холецистэктомия – ЛХЭ.

Abstract. The authors of this review of the literature have analyzed the problems of clinical and diagnostic diagnosis of cholecystitis in the population of different ages: success, problems and solutions, and showed the relevance and necessity of the topic. Analysis of sources and available results of studies show and confirm that cholecystitis remains a significant problem in population of different ages. It is known that special studies devoted to the epidemiology and prevention of cholecystitis in the young, middle-aged and geront-supergeront population are very few, and in the conditions of Uzbekistan - no, they have been ignored by local scientists and researchers. Especially in the geront-supergeront population, such examinations are very relevant. Cholecystitis - therapeutic and surgical directions are still hotly debated in the population of all ages. The review of the literature gives full grounds for concluding that such a sharp focus of the issue is primarily explained by the lack of research devoted to this topic.

Key words: ultrasound methods (USE), laparoscopic cholecystectomy – LCE.

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Гепатобилиар тизимни ўрганишда, ташхислашда ва баҳолашда клиник ёндошувларни устуворлиги ҳамда скрининг – донозологик тахисот масалаларини эса қиёслаганда кам ўрганилганлиги, мавжуд манбалардан маълум бўлади. Бунинг натижасида, хусусан, холецистит мисолида ҳам шу йўналишда муваффақиятлар камроқ бўлган ва, аксинча, муаммолар кўплаб сақлаиб қолган ёки холециститнинг профилактикасига оид ечимларини

истиқболли кўринишлари тадқиқотларда етарлича асосланмаган.

Холециститни хирургик ечимларини устунлиги эса яққол кўзга ташланади ва ёки хар қалай, айниқса операциялар частотаси ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлариде мутассил ортиб бормоқда. Кўпчилик тадқиқотчилар шундай хулосалар чиқаришган [24,34,37,42,43,50].

Рибачков В.В., Дубровина Д.Е. (2016) ўзларининг шарҳли тадқиқотларида зикр этилган тенденцияларни ривожланишини амалиётга

ультратовушли текширув усулларини (УТТ) тобора кенг кўламда киритилиши билан изохлашади. Шу билан бирга ўт пуфагини олиб ташлаш доимо ҳам кучли ижобий самара бермаслигини тасдиқлаб кўрсатишади. Хусусан, холецистэктомияни ўтказган беморларнинг 10-30%-ида постхолецистэктемик синдром келиб чиқади.

Муаллифларнинг 348 та беморларни холецистэктомиядан кейин 10 йил давомида кузатувида яна куйидагилар тасдиқлаб берилган: 1) қон плазмасида ўт кислотасини концентрацияси кучли бузилади, ушбу бузилиш 10 йилдан кейингина тикланади, 2) сурункали холецистит бўйича бажарилган холецистэктомиядан кейин бундай ўзгаришлар камроқ, ўткир холециститдан кейинги холецистэктомияда эса нисбатан кескинроқ ифодаланиб аниқланади, 3) ўт кислотасини бундай хусусиятли ўзгариши ва ошқозон-ичак трактининг юқори бўлимларида босимни ортиқча ортиши холецистэктомиядан кейин келиб чиқадиган сурункали холециститни етакчи хатар омили бўлиб хисобланади. Бундай шароит операциядан кейинги биринчи уч йил давомида келиб чиқади [24].

Бирок, бизнинг фикримизча, бу тақдим этилганлар жарроҳлик муаммосининг амалиётини бироз бўлса ҳам пасайтирмайди. Шубҳасиз, жарроҳни холецистит билан беморларни даволаш тактикасининг ноаниқлиги ҳақида яна бир бор ўйлашга мажбур қилади. Муаммони профилактика томон буриб хал қилиш масаласини долзарблаштиради ва илмий ишларни айнан шу оқимга солиб давом этдириш лозимлигига ишонч туғдиради.

Курбанов Ф.С. ва б.қ. (2019) ўткир холециститни жарроҳлик йўли билан даволашни ва бир суткагача муддатда касалхонадан чиқариш масаласини 283 та беморда ўрганишган.

Уларнинг натижаларига кўра, ўткир холецистит билан беморлар операциядан кейинги қисқа муддат ичида асоратлар келиб чиқиши бўйича кўпроқ хавф остида бўлишади.

Шунинг учун, муаллифларнинг тавсияларига кўра, касалхонадан эрта чиқариш масаласини ечишда хирург куйидаги қоидага амал қилиши керак: 1) операциядан кейин келиб чиқиш мумкин бўлган ҳар қандай асоратларга гумон туғилганда беморни кўшимча текширувга жалб қилиш керак ва ташхисга аниқлик киритиш учун унинг устидан кузатуви давом этдириш лозим, 2) агардаки, эрта чиқаришга бемор розилик бермаса ҳам кузатув ва шифохонада даволаш давом эттирилади [17].

Қардош касалликлар холециститни патогенезида, кечишида ва даволаш дастурларини мувофиқлаштиришда муҳим ўрин эгаллашади. Ушбу соҳада охириги йилларда аҳамиятли маълумотлар тўпланган.

Галашев В.И., Зотиков С.Д. ва Глянцев С.П. (2001), Каримов Ш.И. ва б.қ. (2010), Andren-Sandberg A. et al. (2001), Akyurek N. et al. (2005) ва Thornton D. et al. (2004) каби тадқиқотчиларни тақдим этган илмий натижалари бу борада диққатни жалб қилади. Охириги йилларда юқори даражали анестезиологик ва жарроҳий хавф гуруҳига кирувчи жарроҳий беморлар сонини ошиб бориш тенденцияси аниқ сезилмоқда. Унинг сабаблари турлича бўлиб, кўпчилигини тизимли бузилишлар ва касалликлар, касалликни (масалан, холеци-

ститни) оғирлиги даражаси ва кексалик ёши ташкил қилади. Чунончи, мисол қилиб кўрсатиш мумкинки, катта ёшдаги аҳолида кескин фаркланиб юқори частотада холециститнинг деструктивли шакллари қайд қилинади ва асосан декомпенсацияланган қардош касалликлар фониде кечади. Ёш гуруҳига мансуб аҳолига солиштирганда ушбу контингентда ўлим частотаси 10-20 баробарга етиб кўп бўлади. Операциядан сўнгги ўлим частотаси ўткир холециститда 1,5%-12%, операция хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳида эса – бу кўрсаткич то 15-25% гача етиб ортиш частотаси билан қайд қилинади [5, 14, 31, 33, 54].

Совцов С.А., Прилепина Е.В. ва Ионин М.А. (2014) 1998-2010 йилларда 75 ёшдан ошган ўткир холецистит билан 487 беморда ўтказилган тадқиқотларнинг натижаларини эълон қилишган.

75-79 ёшли миждозлар гуруҳида қардош касалликлар 87% тарқалиш частотаси билан аниқланган. 80 ёшдан ошган ўткир холецистит билан беморларда эса ушбу кўрсаткич 98,5%га чиқиб тасдиқланган. Қардош (коморбид) касалликлар орасида энг кўп юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, юрак пороклари, постинфарктли кардиосклероз, юрак аневризмаси, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, қандли диабет, бош миёда қон айланиши бузилиши каби юрак қон-томир тизими касалликлари қайд этилган. Чарлсон индекси (коморбидликни ўртача кўрсаткичи) 6-9 ни ташкил этган ва ушбу миждозлар дарҳол ўлим келиб чиқиш хавфини юқори ва ўрта юқори гуруҳига киритилган [25].

Эпидемиологик вазиятни холецистит билан беморларда, коморбидлик фониде, кескинлашуви яна шу билан белгиланадики деструктивли жараёнлар билан ўтадиган холециститда беморлар организмда “ўзаро оғирлаштирувчи юк” пайдо бўлади. Бу фон касалликларни декомпенсациясига олиб келади ва натижада номақбул “охирги нуқталарни” келиб чиқиши, даволаш давомида ортади. Ёшга боғлиқ ҳолда операциядан кейинги ўлим кўрсаткичлари арифметик тарзда ортади. Шундай натижалар тадқиқотларда – Коморницкий В.М. [12] Amaid J.P. et al. [32], Bentrem D.J. et al. [35], Litwin M.S. et al. [48] ва Massarwen N.N. et al [49] томонларидан тасдиқланган.

Коморбид фонни, сўзсиз, эътиборга олиб касалликни баҳолаш ва даволаш дастурларини айниқса прогностлаш ва профилактика қилиш чораларини мукамалтириш муҳим салоҳият касб этади.

О.Е.Бобров ва б.қ. (2008) тақдим қилган текширув натижалари бўйича 60 ёшгача ёш гуруҳидаги аҳолида ўткир холециститдан бўладиган операциядан кейинги ўлим – 0,2 – 0,3%ни, 61-75 ёшда – 2 – 3% ни ташкил этади. Ўткир холецистит билан 80 ёшдан ошган беморларда операциянинг номақбул оқибатини келиб чиқиш хавфи 198,6 баробарга ошиб 5,56%га етади [2].

Холециститни ташхисотида катта ижобий ютуқларга эришаётганлигига қарамадан – ўн йиллар давомида касалликнинг оғир асоратларини аниқланиши частотаси бирдай ўзгармай қолинаётганлигини тадқиқотчилар кўрсатишади.

Масалан, Харитонов С.В. ва б.қ. (2018), Gurvits G.E., Lan G. (2014), Beuran M. et al. (2010) ва Dai Xin – Zheng et al. (2013) маълумотларига кўра тошли холецистит асорати бўлиб келиб чиқадиган тошли ичак тути-

лиши 1% дан то 4% гача етиб тарқалиш частотаси билан аниқланади, ўлимни юқори частотада кузатилиши унинг учун хос бўлади. Ўлимни асосий – сабаблари бўлиб ташхисотини қийинчилик туғдириши, қарилик, оғир қардош касалликларни бўлиши ва бундан ташқари касаллик рецидивлари частотасини юқорилиги кабилар хисобланади [29, 36, 3845,].

Ушбу баён қилинган шарҳлардан яна кўриладики, ўт пуфаги касалликларида / холециститда лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) энг кўп қўлланиладиган операция бўлиб хисобланади ва ханузгача шундай қолмоқда.

Лекин бу жарроҳлик амалиёти техник жиҳатдан яхши ишлаб чиқилган бўлсада, Алиев Ю.Г. (2013), Гордеев С.А. ва б.к. (2008) ва Попов О.А. (2006) тақдим этишган тахлилий маълумотлардан кўринадики, маълум бир беморларда техник қийинчиликларга дуч келинади ва даҳшатли асоратлар ЛХЭга боғлиқ холда келиб чиқади [1, 7, 20].

Бундан ташқари кўпчилик вазиятларда ЛХЭ ўт йўлини шикастланишига олиб келади. Гальперин Э.Ч. ва б.к. [6], Sanford D.E. et al [53] тадқиқотларида ЛХЭ бу каби асоратини аниқланиш частотаси – 0,22% дан то 0,7% гача етади.

Капшитарь А.В. (2019) узоқ умр кўрувчиларда холециститни ташхисоти ва даволаш натижаларини 20-йиллик кузатув даврида баҳолашган. Жами 3167 та беморлар таҳлил қилинган.

Ўткир холецистит 9,5% тарқалиш частотаси билан тасдиқланган (илк бирламчи текширув бўйича). УТТдан кейин эса тошли холецистит 50% аниқланиш частотасида тасдиқланган. Аниқланган холецистит кузатув давомида аксарият асоратли кечиш билан ифодаланган: 1) 50% беморларда ўт пуфаги перфорацияси кузатилган, 2) 50% беморда тарқок йирингли – фибринозли перитонит келиб чиққан, 3) 50 % бемор абдоминал сепсисдан вафот этган, 4) 50% геронт-бемор тузалган (ушбу беморларнинг ҳаммасида тошли холецистит билан жарроҳлик амалиётлари бажарилган Лэбман бўйича лапаротомия, холецистэктомия, қорин бўшлиғини ўткир гангренозли холецистит бўйича дренажлаш). Касалликнинг ташхисоти 47,6% беморларда қийин кечган ва қўшимча текширувлардан мини-лапароскопия энг маълумотлиси деб тавсия этилган [13].

Турли ёшдаги аҳолида абдоминал хирургик шошилишч холатлар, жумладан уларнинг сафида узоқ умр кўрувчилардаги холецистит ҳам ўзига хос кузатув тактикасини талаб қилади. Барвақт касалхонага ётқизиш, тизимли (коморбид фонни эътиборга олиб) консерватив даволаш – тез ёрдамдан бошлаб то шифохонагача бўлган босқичларда ижобий самарадорликни беморларда оширади [11,18].

Даволаш дастурларида анестезияни тўғри танлаш, мини – киришга интилиш, коррекция учун минимал жарроҳлик усул ва эҳтимолий асоратларни барвақт профилактикаси, кўпчилик тадқиқотларда тасдиқланишича, холециститни даволаш натижаларини яхшилайти ва унумлаштиради [3,23, 27, 52].

А.А.Сопуев, С.А.бакиров ва б.к. (2020) кекса ёшдаги аҳолида ўткир холециститнинг айрим замонавий хусусиятларини ўрганишган ва шарҳлашган. Қуйидаги муҳим эпидемиологик, клиник ва профилактик жиҳатларини ишончли тасдиқлашиб беришган: 1)

шошилишч хирургияга тушадиган барча беморларнинг 40%ни 65 ёшдан ўтган шахслар ташкил этади, 2) ўткир холецистит билан беморда ўта хос симптом бўлиб юқори ўнг квадрантда жойлашиб ифодаланган оғрик хисобланади, оғрик иситмалаш ва кўнгил айниш ҳамда қайд қилиш билан давом этади, 3) кекса ёшдагиларда касалликни клиник ифодаланиши кескин фарқ қилади, кўпчилик миждозларда қардош касаллик бўлгани учун анъанавий симптомлар бўлмайди, 4) трансабдоминалли ультрасонография ўткир холециститга ўта аниқ ташхис бера олади, 5) ёшларга қараганда кексаларда кўпроқ юқори даражада ифодаланган лейкоцитоз ўткир холецистит учун хос бўлади [26].

Нотўлиқ ёки ноаниқ касаллик анамнези бундан ташқари кексаларда ноанъанавий ва баҳсли физикал текширувларнинг натижаларини бўлиши холециститда ташхисий жараёни қийинлаштиради [46].

XXI асрни хос жиҳатларидан бири, бу – узоқ умр кўрувчилар сонини охириги 15 йилда 4 баробарга кўпайиб 108 000 га етгани хисобланади [10, 21,40, 41,55].

В.С.Савельев (2005) ва De bernardini I. (2002) маълумотлари бўйича гериатрик хизматни ташкил қилиш ва такомиллаштириб боришга зарурият туғилган. Айниқса нафақат клиник хирургияга ва шу билан бирга профилактик геронтохирургияга эҳтиёж ортган, унга “қарияларни” хаётини узайтиришигина эмас, уларга фаол узоқ умр кўришни таъминлаб бериш мақсади ҳам қўйилган.

Ўткир холециститни ташхисоти ва даволаш усулларини такомиллаштиришда қарияларда ва геронт популяцияда, ютуқларга эришишган. Чунончи улардан бўладиган ўлим то 2,5%га етиб камайган [20, 39].

Адабиёт маълумотларига кўра [8,9,22, 47] энг кенг тарқалган патология бўлиб кекса ёшдагиларда холецистит хисобланади ва тарқалиш частотаси бўйича хирургик касалликлар орасида иккинчи ўринда туради. Кекса ва қария ёшдаги популяцияда 50% тарқалиш частотасида аниқланади [15]. Эркакларга қиёсан аёллар 5 баробарга кўп касалланишади ва ўлим даражаси бошқа хирургик касалликлардан (аппендицит, жароҳатланган чурра, перфоратив гастродуоденал яралар) ўзиб кетади.

Пацырев Ю.М. ва б.к. [19], Коновалов О.Е. [16] тақдим этишган маълумотларга кўра операциядан кейинги ўлим бу ёшдаги аҳолида тобора ошиб бормоқда ва 2% да 12%гача частоталарда кузатилади. Узоқ хорижий мамлакатларда, Porcken F. et al [51] томонидан кекса ва қария ёшли аҳолида олинган натижалар бўйича, ўткир холециститдан операция пайтида ўлим 20%ни ташкил қилади ёки 80 ёшдан ўтганларда бу кўрсаткич – 40-50%га етади.

Умуман, турли минтакаларда ўтказилган тадқиқотларни шарҳидан бизга маълум бўлдики, ўткир холецистит ёки жами ўт пуфаги касалликлари кекса, қария ва геронт аҳолини касаллиги бўлиб қолган. Бу ёшларда холецистит учун мойиллик кескин ортади: ўт пуфагидаги морфологик ўзгаришларни келиб чиқиши, умумий ва маҳаллий қон айланишини бузилишлари, димланиш, инфекция ва панкреас – пуфакчали рефлюксларни келиб чиқишлари шулар жумласидандир [4, 28, 30, 44].

Хулоса. Манбалар тахлили ва тадқиқотларнинг мавжуд натижалари турли ёшга мансуб аҳоли

популяциясида холециститнинг анча муаммоларини сакланиб қолаётганлигини кўрсатади ва тасдиқлайди. Маълум бўладики, холециститни эпидемиологияси ва профилактикасига бағишланиб ўтказилган махсус тадқиқотлар ёш, ўрта ёш ва геронт-супергеронт популяцияда жуда оз ва Ўзбекистон шароитида – йўқ, махаллий фан ва тадқиқотчиларнинг эътиборидан четда қолган. Айниқса геронт-супергеронт аҳолида бундай текширувлар жуда долзарблашган. Холецистит – терапевтик ва хирургик йўналишлари барча ёшдаги аҳолида хануз қизгин муҳокама чақирмоқда. Масалани бундай ўткир қўйилиши – ушбу мавзуга бағишланган тадқиқотларнинг етарлича эмаслиги билан, энг аввало, изоҳланади деб хулоса қилишга адабиётлар шарҳи тўлиқ асослар беради.

Адабиётлар:

1. Акилов Х.Х., Атаджанов Ш.К., Акбаров М.М. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // *Анналы хир гепатол.* – 2002. - №1. – С. 81-83.
2. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. Кировоград: ПОЛИУМ. -2008. – С. 214-215.
3. Брискин Б.С., Пузина С.Н., Костюченко Л.Н. Хирургические болезни в гериатрии. – М.: БИНОМ. – 2006. – С. 333-335.
4. Винокуров М.М. Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения. Новосибирск: Наука. – 2002. – С. 164-166.
5. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянецев С.П. Холецистэктомия из минидоступа у лиц пожилого и старческого возраста // *Хирургия.* –2001, 3:15-17.
6. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. “Свежие” повреждения мелчных протоков // *Хирургия.* – 2010, 10:4:4-10.
7. Гордеев С.А., Луцевич О.Э., Прохоров Ю.А. и др. Особенности хирургической анатомии треугольника Кало при лапароскопической холецистэктомии // *Эндоскопическая хирургия.* – 2008, 14(5): 3-12.
8. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // *Хирургия.* – 2001. - №9. – С. 30-32.
9. Евсеев М.А. Язвенные гастродуоденальные кровотечения у больных пожилого и старческого возраста // *Эндоскопическая хирургия.* – 2002. - №2. – С. 33-35.
10. Егоров В.В. Гериатрическая служба России. Основные тенденции развития // *Хирургия.* – 2008. - №3. – С. 67-69.
11. Иванцук В.М., Бондарев Р.В., Сопко А.И. и др. Оценка результатов лечения острого деструктивного холецистита у больных разных возрастных групп и пути их улучшения у лиц старше 60 лет с сердечной недостаточностью ишемического генеза // *Харьковская хирургическая школа.* –2015. -№2. –С. 49-50.
12. Камаринский В.М. Пункционные методы под УЗИ-контролем в лечении острого холецистита у больных с высоким операционно- анестезиологическим риском: автореф. дис.....канд. мед. наук. СПб., 2008. –С. 20-29.
13. Капшитарь А.В. Неотложная хирургическая патология у долгожителей // *Харьковская хирургическая школа.* – 2019. - №2. – С. 182.
14. Каримов Ш.И. ва б.к. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2010. 15(1): 53-55.
15. Комарова Л.Н. Оптимизация хирургического лечения и диспансеризации людей старческого возраста и долгожителей // *Дисс. ... канд. мед. наук.* – Тюмень – 2009. – С. 15-16.
16. Коновалов О.Е. К вопросу оценки городскими жителями своего здоровья и получаемой медицинской помощи // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 1999, №1. – С. 17-19.
17. Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Алиев Ю.Г., Азимов Р.Х. и др. Хирургическое лечение острого холецистита с досуточной выпиской больных // *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова* – 2019. - №2. – С. 32-38.
18. Мишалов В.Г., и др. Лапароскопическая холецистэктомия как параллель традиционной холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью ишемического генеза // *Хирургия Украины.* – 2014. - №2. – С. 35-38.
19. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Федоров Е.Д. Роль оперативной эндоскопии в диагностике и лечении острых язвенных желудочно – кишечных кровотечений // *Медицинская помощь.* – 1995. - №4. – С. 14-16.
20. Попов О.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с отключенным желчным пузырем // *Дис.канд.мед.наук.* – М. – 2006.
21. Пушкова Э.С., Иванова Л.В. Долгожители: состояние здоровья и способность к самообслуживанию // *Клиническая геронтология.* – 1995. -№1. – С. 64-66.
22. Рагачёв Г.И. Организация стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи больным острым холециститом Метод. рекомендации. – М. – 1980. – С. 15-17.
23. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // Под ред. В.С. Савельева. – М.: МИА, 2014. – С. 535-540.
24. Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е. Последствия холецистэктомии // *Хирургия.* – 2016. - №8. – С. 55-59.
25. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска // *Хирургия.* – 2013. - № 12. – С. 18-21.
26. Сопуев А.А., Бакиров С.А., Бигишиев М.К., Турдалиев С.А. ва б.к. Некоторые особенности диагностики острого холецистита у лиц пожилого возраста // *Научное обозрение. Медицинские науки.* – 2020. - №6. – С. 22-26.
27. Стяжкина С.Н., Ермакова Л.А., Ивашина Т.В., Целишева Л.И. Течение хирургических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста с учётом сопутствующей патологии // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2016. - №7. – 3. – С. 431-433.
28. Фенчин К.М. Острый аппендицит у пожилых и старых людей. – Минск. – 1984. – С. 120-122.
29. Харитонов С.В., Раннев И.Б., Харитонов С.С. Диагностика и лечение желчнокаменной тонкокишечной непроходимости (с комментариями) // *Хирургия.* – 2018. - №5. – С. 28-21.

30. Шабалин А.В. Достижения, проблемы и перспективы геронтологии Западно – Сибирского региона //Сб.тр. I съезда геронтологов и гериатров Сибири и Дальнего Востока. – Новосибирск. – 2000. – С. 207-208.
31. Akyurek N. et al. Management of acute calculous cholecystitis in high – risk patients: percutaneous cholecystostomy followed by early laparoscopic cholecystectomy //Surgical Laparoscopy, Endoscopy, Percutaneous Technigues. – 2005, 15(6): 315-318.
32. Amayg J.P., Pessaux P. Percutaneous cholecystostomy for highrisk acute cholecystitis patients //South. Med. J. – 2008, 101(6):577-578.
33. Andren – Sandberg A., Haugwedt T., Larsen T.B., Sondenaa K. Complications and late outcome following percutaneous drainage of the gallbladder in acute calculous cholecystitis //Dig. Surg. – 2001, 18(5): 393-397.
34. Behar J., Corazziari E., Guelrud M., Hogan W., et al. Functional gallbladder and sphincter of oddi disorder //Gastroenterology. – 2006, 130(5): 1498-1504.
35. Bentrem D.J., Cohen M.E.A., Hynes D.M., Ko C.V. et al. Identification of specific quality improvement opportunities for the elderly undergoing gastrointestinal surgery //Arch. Surg. – 2009, 144(1): 1013-1018.
36. Beuran M., Ivanov I., Venter M.D. Gallstone ileus – Clinical and therapeutic aspects //Journal of Medicine and Life. – 2010: 3(4): 365-370.
37. Cheon Y.K. How to interpret a functional or mortality test – sphincter of oddi manometry //J Neurogastroenterol Motil. – 2012, 18(2): 211-215.
38. Dai Xin-Zheng Li Guo-Qiang, et al. Gallstone ileus Case report and literature review //Worid J Gastroenterol. – 2013, 19(33): 5586-5587.
39. Demarchi M.S. regusci L., Fasolini F. Electrocardiographic changes and false – positive troponin. I in a patient with acute cholecystitis //Case Rep Gastroenterol. – 2012. – 6(2): 410-412.
40. Dittbrenner H. Demographic year-book. – New York, 1997. – P. 11-12.
41. Dittbrenner H. Home Care Busines Opportunities in Europe //Caring. – 1998. – Vol. 17-P/ 50-53.
42. Elmi F., Silverman W.B. Biliary sphincter of Oddi dysfunction type 1 versus occult biliary microlithiasis in post – cholecystectomy patients: are they both part of the same clinical entity? //Dig Dis Sci. – 2010, 55(3): 842-844.
43. Elmi F., Silverman W.B. Biliary sphincter of Oddi dysfunction type 1 versus occult biliary microlithiasis in post – cholecystectomy patients //Dig Dis Sci. – 2011, 4: 710-711.
44. Fitzgibbons R., Tseng A., Wang H. Et al. Acute cholezystitis. Does the clinical diagnosis correlate with the pathological diagnosis? //Surg Endosc. 1996. – Vol. 10. – P. 1180-1182.
45. Gurvits G.E., Lan G. Enterolithiasis //Worid J. Gastroenterol. – 2014, 20(47): 178-17829.
46. Halldestam I., Enel E.I., Kullman E., Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones //British Journal of Surgery 2004, 91(6): 734-736.
47. Hoffmann A., Horbach B., Hohenberger W. Dic acute cholezystitis in der chirurgischen Intensivtherapie //Chir. Praxis. – 1998. – Vol. 53. – P. 411-417.
48. Litwin M.S., Greenfield S., Elkin E.P., Lubeek D.P. et al. Assesment of prognosis with the total illness burden index for prostate cancer: aiding clinical in treatment choice //cancer. – 2007, 109(9): 1777-1781.
49. Massarweh N.N., Legner V.J., Symons R.G. et al. Impact of advancing age on abdominal surgical outcomes //Arch. Surg. – 2009, 144(12): 1108-1112.
50. Niemeter D.W. Acute free perforation of the gall bladder //Ann Surg. – 1934, 99, 922-927.
51. Popken F., Kuchle R., Heintz A. Die Cholecystektomie beim Hochrisicopatienten //Chirurg. – 1998. – P. 61-63.
52. Racz J., Dubois L., Katckky A. et al. Elective and emergency abdominal surgery in patients 90 years of age or older //Can. J. Sucrg. – 2012 Oct: 55(5):322-325.
53. Sanford D.E., Strasberg S.M. A simple effective method for generation of a permanent record of the Critical View of safety during laparoscopic cholecystectomy by intraoperative “doublet” photography //Journal of the American College of surgeons. – 2014, 218:170-175.
54. Thornton D., Robertson A., Alexander D.J. Patients awaiting laparoscopic cholecystectomy – can preoperative complications be predicte? //Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2004, 86(2): 87-89.
55. URL: <https://science – medicine. ru/ru/article/view?id=1149> (дата обращения: 24.04.2023).

ПРЕВЕНТИВНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ И ОСНОВНЫЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА У ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Ботиров Ж.А., Мамасолиев З.Н.

Резюме. Авторы обзора литературы проанализировали превентивно-профилактические вопросы, актуальные темы и основные приоритетные направления холецистита у популяции населения разного возраста и показали актуальность и необходимость темы. Таким образом, при диагностике и оценке перфоративного холецистита нужно учитывать, что он во-первых, может развиваться при различных формах воспаления желчного пузыря и во-вторых, характеризуется совершенно различными симптомами. Основным методом лечения является экстренное оперативное вмешательство. Однако возможности видеоэндохирургических методов лечения сравнительно других видов холецистита, при нетрадиционных вариантах перфоративного холецистита, бывают достаточно ограниченными. Разработка технологий, совершенствующих увеличение возможности прогнозирования и ранней диагностики перфоративного холецистита, считается очень важным. Это создаёт условие для ранней диагностики болезни и безопасного проведения операции до 55%.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия – ЛХЭ, метод ускорения оздоровления - МУО, антимикробный пептид – АМП.