ХИРУРГИЯ

DOI - 10.32743/UniMed.2021.77.5.11624

**ГЕРОНТО-ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ,
ПРОФИЛАКТИКИ И ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****Салахидинов Сарваржон Зайнобиддинович**

канд. мед. наук, заведующий кафедрой общей хирургии,
Андижанский государственный медицинский институт (АГМИ),
Республика Узбекистан, г. Андижан
E-mail: salakhidinov1972@mail.ru

Мамасалиев Нematжан Солиевич

д-р мед. наук, проф. кафедры госпитальной терапии,
Андижанский государственный медицинский институт (АГМИ),
Республика Узбекистан, г. Андижан
E-mail: prof.mamasoliev.ns@mail.ru

Салиев Гайратбек Закирович

ассистент кафедры общей хирургии,
Андижанский государственный медицинский институт (АГМИ),
Республика Узбекистан, г. Андижан
E-mail: Gsaliev89@gmail.com

Усмонов Эльербек Кутбидинович

ассистент кафедры общей хирургии,
Андижанский государственный медицинский институт (АГМИ),
Республика Узбекистан, г. Андижан
E-mail: Elyorjarrox@mail.ru

Зайнабиддинова Дурдона Сарваржон кизи

студент,
Андижанский государственный медицинский институт (АГМИ),
Республика Узбекистан, г. Андижан
E-mail: durjon1597@mail.ru

**GERONTO-GERIATRIC ASPECTS OF EARLY DIAGNOSIS, PREVENTION
AND WAYS OF OPTIMIZING THE TREATMENT OF GALL STONE DISEASE
(LITERATURE REVIEW)****Sarvarjon Salakhidinov**

PhD, Head of the Department of General Surgery,
Andijan State Medical Institute (ASMI),
Republic of Uzbekistan, Andijan

Nematzhan Mamasaliev

DSc, Professor of the Department of Hospital Therapy,
Andijan State Medical Institute (ASMI),
Republic of Uzbekistan, Andijan

Gayratbek Saliev

Assistant at the Department of General Surgery,
Andijan State Medical Institute (ASMI),
Republic of Uzbekistan, Andijan

El'erbek Usmonov*Assistant at the Department of General Surgery,
Andijan State Medical Institute (ASMI),
Republic of Uzbekistan, Andijan***Durdona Zainabiddinova***student of Andijan State Medical Institute (ASMI),
Republic of Uzbekistan, Andijan*

АННОТАЦИЯ

В статье представлены современные, зарубежные и отечественные данные по проблеме эпидемиологии, профилактики и лечения желчекаменной болезни (ЖКБ). Проводится анализ популяционных исследований и профилактических программ ЖКБ в популяции геронто-гериатрической группы. Рассматриваются современные рекомендации по применению скрининга, различных видов профилактических исследований, консервативных и хирургических методов лечения ЖКБ.

ABSTRACT

The review presents modern, foreign and domestic data on the problem of epidemiology, prevention and treatment of cholelithiasis (gallstone disease). The analysis of population-based studies and preventive programs for cholelithiasis in the population of gerontological and geriatric group is carried out. The article discusses modern recommendations for the use of screening, various types of preventive studies, conservative and surgical methods of treatment of cholelithiasis.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, эпидемиология, профилактика, фармако-эпидемиология, факторы риска, гериатрические особенности раннего выявления и лечения ЖКБ.

Keywords: cholelithiasis, epidemiology, prevention, pharmacological epidemiology, risk factors, geriatric features of early detection and treatment of cholelithiasis.

Современные аспекты ранней диагностики, рациональной профилактики и лечения желчекаменной болезни (ЖКБ) у лиц геронтологической группы (75–90 лет и старше) остаются одними из наиболее трудно решаемых не только в клинической, но и в превентивной хирургии. Надо отметить, что эффективным шагом вперед явились использование скрининга, различных методов профилактической медицины и фармако-эпидемиологического мониторинга в решении проблемы (ЖКБ), особенно на уровне популяции пожилых людей. Тем не менее такие данные в современной литературе немногочисленны и порою противоречивы [15; 33; 26].

В современном лечебно-диагностическом процессе ЖКБ важно, особенно у лиц геронтологической группы (ЛПГ), не только представление научной информации об определенном виде лечения (хирургического или консервативного) и клинико-фундаментальных рекомендациях, а также обречение приемлемых для профилактической хирургии современных инновационных технологий и способности их использования [34]. Для опережающего развития хирургии ЖКБ XXI века важны выявление наиболее предрасположенных лиц высокого или очень высокого риска в отношении этой патологии и их специальная профилактика для обеспечения процесса раннего выявления эффективного (безопасного) лечения и предотвращения не только самой ЖКБ, но и грозных осложнений холецистэктомии, холецистостомии, холедохотомии, холедохолитотомии, трансдуоденальной сфинктеропиллотомии [41; 46].

В стимуляции научных исследований по разработке новых хирургических технологий при ЖКБ

важно определить, с одной стороны, роль наблюдений и экспериментов, а с другой стороны, роль риск-факторов (особенно поведенческих), способствующих и препятствующих достижению конечной позитивной цели. Как показывает мировой опыт, такой подход позволит формировать научно-обоснованную профилактику ЖКБ. Низкий уровень продолжительности жизни для Узбекистана в основном связан с высокой смертностью от неинфекционных заболеваний, показатели которой существенно превышают таковую среди населения СНГ и других стран (постановление Президента Республики Узбекистан от 18 декабря 2018 г. ПП № 4063 «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения»; Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 г. № 5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» [2; 3]. В этом последнем, но не в самом значимом аспекте хирургической науки или деятельности вырисовывается достаточно ясная и перспективная цель, что чаще всего ассоциируется с развитием не только сегодняшней, но и будущей «новой» хирургических патологий в донологической стадии развития, стимуляция мотиваций и формирование навыков научной деятельности в данном направлении [29; 1; 16].

Формирование научных кадров, специалистов – это востребованные вопросы превентивной хирургии, которые становятся главным мотиватором для проведения научных исследований. Например, на примере отдаленных результатов холецистэктомии

у больных пожилого и старческого возраста, по данным В.В. Рыбачкова и др. (2015), можно убедиться в востребованности профилактического направления в хирургии. Авторами представлены обследования 127 больных в отдаленном периоде после выполнения холецистэктомии. Установлено, что с увеличением сроков, прошедших с момента операции, патологические изменения в поджелудочной железе, желудке и двенадцатиперстной кишке нарастают. Выявлены дисбаланс соотношения желчных кислот в плазме крови, рост внутрипросветного давления в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), увеличение размеров поджелудочной железы и дилатация вирсунгова протока. Все это, по-видимому, приводит к развитию постхолецистэктомического синдрома, требующего коррекции еще в донозологической (дооперационной) стадии в первую очередь с использованием превентивных подходов [30].

Следует подчеркнуть, что частота выполнения холецистэктомии с каждым годом возрастает [16; 6; 38]. Самое главное, результаты ее до сих пор неопределенны [19]. Согласно литературным данным, у 10–30 % пациентов после удаления желчного пузыря имеет место постхолецистэктомический синдром, в развитии которого приоритетное значение имеют не только органические изменения в основном в виде холедохолитиаза, но и функциональные. По мнению многих исследователей, последние в большинстве случаев являются определяющими, но их патогенез на сегодняшний день, к сожалению, нельзя считать изученным. Требуются эпидемиологические исследования для уточнения данного вопроса и недостаточно изученного в скрининге научного направления [24; 23; 57].

Дело в том, что в последние годы в системе здравоохранения, в практике выявления и коррекции факторам риска среди населения уделяется все возрастающее внимание. Такая превентивная стратегия многократно подтверждала свою эффективность в ряде стран мира и приводила к снижению смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ) [47; 54; 55; 53].

Однако следует отметить, что по сей день первичной профилактике хирургических заболеваний в целом, гепатобилиарных патологий в частности уделялось и уделяется недостаточное время. В результате все чаще осложненное течение хирургических патологий с неблагоприятным исходом приводит к госпитализации пациентов геронто-гериатрической группы с высокой частотой осложнений, до 60 % всех пациентов отделений общей хирургии стационаров скорой медицинской помощи составляют больные с обострением ЖКБ [50]. Очевидно, что проблема поздней диагностики приобретает особое значение при ЖКБ, особенно среди населения геронтологической группы. ЖКБ чаще характеризуется бессимптомным течением (20–30 %), в 35 % случаев развивается осложненное течение и возникают показания для холецистэктомии [18; 21]. ЖКБ является наиболее частой причиной экстренной хирургии, и частота ее диагностирования в течение каждых 10 лет увеличивается в два раза [28].

В некоторых регионах мира в последние 10 лет возросла в среднем на 44 % и естественно огромную важность приобретает ранняя диагностика ЖКБ на ранней стадии с целью дифференцированного лечения и предупреждения факторов риска ее развития. Это стало возможным благодаря применению различных видов эпидемиологических исследований и методов профилактики (одномоментные и проспективные эпидемиологические исследования среди населения, фармако-эпидемиологические исследования, первичная и вторичная профилактика), позволяющих эффективно проводить лечение болезни без оперативного вмешательства, а также контролировать, например, ЖКБ на уровне популяции: 1) условно здоровых, 2) группы популяции с факторами риска, но без ЖКБ, 3) группы больных с ЖКБ без коморбидного фона, 4) группы лиц с множественными факторами риска, 5) группы больных с ЖКБ на фоне коморбидности.

Все это побуждает к ранней диагностике ЖКБ и ее факторов риска путем проведения популяционных выборочных исследований населения Узбекистана.

Перечисленные вопросы и проблемы зачастую устанавливаются у лиц геронто-гериатрической группы. Скорее всего, в настоящее время увеличение послеоперационной или операционной летальности у пациентов с ЖКБ связано с недостаточной эффективностью использования скрининга и программы первичной профилактики среди населения в отношении этой патологии. Изучение факторов риска, клинико-лабораторных особенностей распространенности и региональных аспектов профилактических стратегий ЖКБ среди населения пожилого и старческого возраста (геронто-гериатрическая популяция), а также у долгожителей в Узбекистане может рассматриваться как практически не изученное перспективное направление не только хирургической или профилактической науки, но и ревитализации.

Интерес к этой проблеме обусловлен настолько частотой данного заболевания (по данным ВОЗ, камни в желчном пузыре имеют четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет), сколько частотой его осложнений, которые наблюдаются от 53 до 100 %, то есть почти у каждого больного, что в свою очередь приводит к высоким показателям летальности [28].

В исследованиях последних лет широко представлены данные анализа результатов послеоперационных осложнений и летальности при применении рекомендованного алгоритма декомпрессии желчевыводящих путей у больных ЖКБ с механической желтухой, большинство из которых – люди геронтологической группы, часто возникают печеночная и почечная дисфункция, коагулопатия, холемические кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени и полиорганная недостаточность [49; 13; 52; 10]. При такой клинической ситуации в 48–82 % случаев тяжесть состояния больных с ЖКБ не позволяет сразу выполнить оперативное (радикальное) вмешательство [43].

Таким образом, операции при ЖКБ и болезнях желчных путей не всегда сопровождаются выраженным положительным эффектом [11]. А ЖКБ – одно из самых частых заболеваний ЖКТ, распространенность которого достигает 35 % и зависит от пола, возраста, генетических и средовых факторов [17; 14; 32; 39; 45]. Поэтому в нехирургической среде все чаще раздаются голоса в пользу иных методов ранней диагностики и профилактики развития ЖКБ [42; 48]. Факторы риска: коморбидные состояния, неадекватная терапевтическая тактика и, прежде всего, практически забытая научно-обоснованная профилактика приводит к увеличению количества случаев ЖКБ и числа холецистэктомии.

Проведение холецистэктомии нередко приводит к развитию такого послеоперационного осложнения, как постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) [37; 44; 4]. Жалобы на боли среди больных, перенесших холецистэктомию и продолжающих лечение у специалистов, регистрируются, по данным исследователей, у 5–90 % пациентов [5; 20; 40].

Нам кажется, что скорость создания всех новых и более совершенных методов диагностики намного опережает навыки хирургов анализировать происходящее и, как утверждают современные исследователи, при необходимости, менять устоявшиеся каноны [29; 35].

Следовательно, актуализируются вопросы скринингового выявления и раннего профилакирования ЖКБ в определенных группах населения, особенно пожилого и старческого возраста, и в отдельных регионах мира. Сохраняются неблагоприятные эпидемиологические условия в отношении ЖКБ, а именно: эта патология является одним из распространенных urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости [31]; в настоящее время ЖКБ встречается более чем у 10 % населения земного шара [7; 51]; наиболее частые осложнения ЖКБ – острый калькулезный холецистит (15–20 %) и холедохолитиаз (15–33 %) [56; 9]; при этом холедохолитиаз у 80–85 % больных осложняется механической желтухой, которая сохраняется к моменту операции у 40 % пациентов [52]; оперативное лечение ЖКБ при механической желтухе сопровождается высокой летальностью от 10 до 28 %, а при экстренных операциях у больных старческого возраста превышает 40–50 % [56].

В целом неудовлетворительность результатов хирургического лечения больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой ставит проблему не только повышения эффективности лечения, но и своевременной, активной профилактики в разряд актуальных [36]. С другой стороны, широкая распространенность ЖКБ и рост числа ее осложнения, увеличения доли больных пожилого и старческого возраста на фоне высоких показателей послеоперационных осложнений и летальности обуславливают медико-социальную и экономическую значимость этой проблемы [27; 8].

Отмеченные факты еще раз доказательно подчеркивают, что при значительном прогрессе, достигнутом за последние годы в лечении тяжелой стадии

ЖКБ, удовлетворения от результатов хирургических вмешательств, особенно у больных геронтов с высокой степенью анестезиолого-хирургического риска, у большинства хирургов нет.

Учитывая такую ситуацию, современное развитие хирургической гепатологии требует применения различных методов профилактической медицины для выявления, предупреждения и лечения еще в доклиническом предкаменном периоде ЖКБ. Активное и широкое внедрение в хирургическую клиническую практику новых передовых скрининговых и профилактических технологий открывает несомненные перспективы в эффективном профилакировании и в успешном хирургическом лечении больных с ЖКБ. Однако в доступной литературе пока нет достаточного количества эпидемиологических и профилактических исследований надлежащего качества для внесения научных рекомендаций относительно ЖКБ в плановой, urgentной и превентивной хирургии. По этой причине ЖКБ является по сей день чрезвычайно распространенным заболеванием и число больных с осложненными формами ЖКБ остается стабильно высоким. Использование новых хирургических методов и материалов наряду с несомненными успехами и новыми надеждами также создает ряд проблем, касающихся устранения неизбежных осложнений ЖКБ. Так, по данным М.М. Акбаров и соавт. (2016), Б.А. Агаева и соавт. (2013) и Р.Р. Газиева (2004), хирургические вмешательства, выполняемые больным пожилого возраста с коморбидной патологией по экстренным показаниям на органах желчевыводящей системы (в Узбекистане за год производится более 10 тысяч таких операций, в странах СНГ – около 400 тысяч, а в мире, по данным ВОЗ, около 2,5 млн), сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15–30 %.

Следовательно, проблема профилакирования больных ЖКБ в настоящее время приобрела особую актуальность, но до сих пор такой подход в хирургии ЖКБ остается практически неразработанной задачей и содержит ряд нерешенных или спорных вопросов. Проблема разработки методов ранней профилактики и диагностики ЖКБ за последние годы не только оказалась чрезвычайно актуальной, но и стала беспокоить все большее число исследователей и врачей-клиницистов.

Далее проблема ЖКБ привлекает повышенное внимание в связи с «эпидемией факторов риска» ее развития (возраст, женский пол, беременность, заместительная гормонотерапия в период менопаузы, прием эстрогенов лиц обоих полов, отягощенная наследственность, ожирение, гипертриглицеридемия, сахарный диабет, цирроз печени, применение лекарственных средств, быстрое похудание, достаточно продолжительное парентеральное питание, метаболический синдром и другие факторы, предрасполагающие к развитию ЖКБ), для устранения которых потребуются разработка и реализация профилактических программ на основе результатов эпидемиологических исследований. В современных исследованиях признано, что появлению ЖКБ предше-

ствует период скопления факторов риска с функциональными и органическими изменениями желчных путей и соседних органов. Этот период классифицируется как предболезнь, как первая стадия ЖКБ, почти неизбежно ведущая к ее расцвету [22]. В этой стадии золотым стандартом диагностики, профилактики и лечения ЖКБ считаются скрининговые превентивные и фармако-эпидемиологические методы, направленные на предупреждение этой патологии в ее начальных стадиях.

Однако работ, посвященных изучению эпидемиологии и профилактики ЖКБ, по-прежнему мало. В связи с этим оптимизация ранней диагностики,

профилактики и лечения желчекаменной болезни у лиц геронтологической группы остается важной темой современных научных исследований, новым путем к профилактической и персонализированной медицине в хирургии. Для определения наиболее эффективного и безопасного лечения и профилактики у популяции пожилых и геронтов необходимы хорошо спланированные популяционные исследования с целью раскрытия механизмов, лежащих в основе формирования, течения, лечения и профилактики ЖКБ и факторов ее риска в различных регионах Узбекистана.

Список литературы:

1. Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении осложненной желчекаменной болезни / О.И. Охотников, М.В. Яковлева, С.Н. Григорьев, В.И. Пахомов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2013. – № 1. – С. 29.
2. Бойцов С.А. Зачем опять надо менять порядок диспансеризации взрослого населения // VII Международный интернет-конгресс специалистов по внутренним болезням. – М., 2018.
3. Буеверов А.О. Клинико-патогенетические параллели неалкогольной жировой болезни печени и желчекаменной болезни // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. – 2019. – № 29 (1). – С. 17–21.
4. Быстров С.А., Жуков Б.Н. Постхолецистэктомический синдром – новый подход к профилактике и лечению // *Медицинский альманах*. – 2010. – № 1. – С. 143–144.
5. Быстровская Е.В. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и терапевтические аспекты проблемы // *Медицинский совет*. – 2012. – № 2. – С. 84–86.
6. Быстровская Е.В., Ильиченко А.А. Отдаленные результаты холецистэктомии // *Экспериментальная клиническая гастроэнтерология*. – 2009. – № 3. – С. 434–435.
7. Выбор тактики хирургического лечения больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом / М.А. Рогаль, С.В. Новиков, М.М. Магомедбеков, Н.Е. Кудряшова [и др.] // *Хирургия*. – 2018. – № 4. – С. 41.
8. Гаджиев Дж.Н., Гаджиев Н.Дж., Мамедова З.Б. Особенности цитокинемии при различных вариантах синдрома системной воспалительной реакции у больных с острым калькулезным холециститом // *Хирургия*. – 2017. – № 10. – С. 62–65.
9. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В. Эндоскопическая транспапиллярная механическая литотрипсия в лечении холедохолитиаза : метод. рук-во для врачей эндоскопистов, хирургов, гастроэнтерологов. – М., 2006.
10. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», следствие «второго удара», принципы лечения // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – № 16 (3). – С. 17–24.
11. Гальперин Э.И., Ветшева П.С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. – М. : Видар-М, 2009. – С. 566–567.
12. Гастроэнтерология: аспекты диагностики / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.health-ua.com.
13. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии / Н.А. Кузнецов, А.А. Соколов [и др.] // *Хирургия*. – 2011. – № 3. – С. 4–5.
14. Дорофеев М.Е. Факторы риска, особенности клинического течения и распространенность желчекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста в Москве // *Клиническая геронтология*. – 2013. – № 19 (3–4). – С. 31–34.
15. Драпкина О.М. Неалкогольная жировая болезнь печени: Незакрытые терапевтические пицци // VII Международный интернет-конгресс специалистов по внутренним болезням. – М. : VIDOX, 2018. – С. 13–14.
16. Ермолов А.С., Дасаев Н.А., Юрченко С.В. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии // *Хирургия*. – 2002. – № 4. – С. 6–9.
17. Желчекаменная болезнь / С.А. Дадвани [и др.]. – М. : Видар-М, 2000.
18. Желчекаменная болезнь / Ю.М. Дедерер, Н.П. Крылова [и др.]. – М. : Медицина, 1983. – С. 124.
19. Ковальчук Л.А., Максимлюк В.И. К вопросу о патогенезе желчекаменной болезни // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3. – № 3. – С. 70–71.
20. Кучерявый Ю.А. Состояние после холецистэктомии: взгляд гастроэнтеролога // *Медицинский совет*. – 2013. – № 6. – С. 40–42.

21. Лазебник Л.Б., Ильченко А.А. Желчекаменная болезнь. Пути решения и проблемы // Терапевтический архив. – 2008. – № 2. – С. 6–8.
22. Луцевич О.Э., Урбанович А.С., Амирханов А.А. Послеоперационные осложнения при остром холецистите и его осложненных формах у больных пожилого и старческого возраста // Московский хирургический журнал. – 2012. – № 6. – С. 18–22.
23. Маньшина А.В., Попович М.М., Драпкина О.М. Некоторые подходы к оценке программ профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23. – № 2. – С. 72–75.
24. Масленникова Г.Я., Огапов Р.Г., Драпкина О.М. Современные глобальные, региональные и национальные приоритетные стратегические направления профилактики и контроля неинфекционных заболеваний // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23. – № 2. – С. 7–10.
25. Нерешенные вопросы лечения холедохолитиаза: обзор / С.Г. Шаповальянц, Т.Б. Ардасенов, А.Г. Павлов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – № 6. – С. 99–101.
26. Онищенко С.В., Дарвин В.В. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии описторхозного поражения желчевыводящих путей // Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Т. 22. – № 4. – С. 66.
27. Павлов И.А. Оптимизация лечебной тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – С. 170 // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – № 1. – С. 30–34.
28. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчекаменной болезни / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев [и др.] // РЖГГК. – 2016. – № 3. – С. 64–80.
29. Рыбачков В.В. Механическая желтуха. – Ярославль: Изд. дом ЯГТУ, 2015. – С. 196–198.
30. Рыбачков В.В. Отдаленные результаты холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2015. – № 3–4. – С. 52.
31. Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е. Последствия холецистэктомии // Хирургия. – 2016. – № 8. – С. 55–59.
32. Тонких Ю.Л., Бронникова Е.П., Цуканов В.В. Распространенность и факторы риска заболеваний желчевыводящих путей у коренных жителей Тывы // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 58 (5). – С. 43–44.
33. Холедохолитиаз, имитирующий первичный склерозирующий холангит / М.П. Королёв, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян [и др.] // Вестник хирургии. – 2017. – № 4. – С. 93.
34. Чан Югун. Прогностический анализ результатов острогенной лапароскопической холецистэктомии при воспалительных изменениях желчного пузыря // Анналы хирургической гепатологии. – 2016. – Т. 21. – № 1. – С. 60–61.
35. Чарышкин А.Л., Бадаян В.А., Бикбаева К.И. Результаты холецистэктомии в отдаленном послеоперационном периоде // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 107 (8). – С. 33.
36. ACR appropriateness criteria jaundice / T. Lalani, C.A. Couto, M.P. Rosen, M.E. Baker [et al.] // J. Am. Coll. Radiol. – 2013. – № 10 (6). – P. 405–408.
37. Bosk E.U. Желчекаменная болезнь в XXI веке: лечение и профилактика // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2010. – № 2. – С. 38–43.
38. Cholecystectomy in the elderly / S. Maryiotta, J. Horwitz [et al.] // Am. J. Surg. – 1994. – № 156 (6). – P. 510–511.
39. Dietary Patterns and Risk of Gallbladder Disease: A Hospital-based case-control study in adult women / M. Jessri [et al.] // J. Health popul. Nutr. – 2015. – № 33 (1). – P. 40–48.
40. Glasgow R.E., Mulvihill S.J. Treatment of gallstone disease // Sleisenger Pordtrans gastrointestinal and liver diseases / eds M. Feldman, I.S. Friedman, L.J. Brandt. 8thedn. – Philadelphia, PA : Saunders, 2006. – P. 1421–1433.
41. Incidence and risk factors for cholangiocarcinoma in primary sclerosis cholangitis / K. Burak, P. Angulo [et al.] // Am. J. Gastroenterology. – 2004. – № 99. – P. 523–524.
42. Incidence of gallstone disease in Italy: results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project) / D. Festi, A. Dormi [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2008. – № 14 (34). – P. 5283–5286.
43. Intraoperative endoscopic sphincterotomy is a reasonable option for complete single stage minimally invasive biliary stones treatment: short term experience with 57 patients / I. Cemachovic [et al.] // Endoscopy. – 2000. – № 32 (12). – P. 958–960.
44. Postcholecystectomy syndrome (PCS) / S.S. Jaunoo [et al.] // Int. J. Surg. – 2010. – № 8 (1). – P. 16.
45. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States / J.E. Everhart [et al.] // Gastroenterology. – 1999. – № 117 (3). – P. 635–637.
46. Prevalence and predictors of esophageal varices in patients with primary sclerosis cholangitis / C.O. Zein, K.D. Lindor [et al.] // Hepatology. – 2004. – № 39. – P. 204–207.

47. Projections of global health outcomes from 2005 to 2006 using the International Futures into forecasting model / B.B. Hughes [et al.] // Bull World Health Organ. – 2011. – № 89. – P. 479–484.
48. Sphincter of oddimanometry; is it necessary to measure both biliary and pancreatic sphincter pressures? / R.R. Aymerich, C. Prakaash [et al.] // GastrointestEndosc. – 2000. – № 52 (2). – P. 184–185.
49. Surgical Management of Acute Cholecystitis and Choledocholithiasis Complicated with Obstructive Jaundice in Elderly and Senile patients / B.S. Briskin, M.D. Dibirov [et al.] // Annaly hirurgicheskoy gepatologii. – 2008. – № 3. – P. 15–19.
50. The burden of selected digestive diseases in the United States / R.S. Sandler [et al.] // Gastroentrology. – 2002. – Vol. 122. – P. 633–637.
51. The clinical evalution of laparoscopic transcystic duet common bile duct expioration in elderly choledocholithiasis / B. Wang, Y.M. Ding, Y.G. Nie, A.M. Zhang [et al.] // Hepatogastroenterology. – 2014. – № 61 (132). – P. 893–895.
52. The factors affecting the results of mechanical jaundice management / I.S. Malkov [et al.] // Хирургия. – 2016. – C. 48–51.
53. URL: <http://www.apec.org>.
54. URL: <http://www.un.org/en/sections>.
55. URL: <http://www.who-int/en>.
56. What is the optimal treatment for acute cholecystitis in elderly patients? / E. Zerem, S. Omerovic, Z. Guzin, B. Imsirovie // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2013. – № 25 (6). – P. 746–748.
57. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDCs, sustainable Development Goats. – Geneva : World Health Organization; 2017.