

УДК 616.366-003.7-089

## КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Винник Ю.С., Серова Е.В., Андреев Р.И., Лейман А.В., Струзик А.С.**

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ,  
Красноярск, e-mail: ekaterina\_s\_07@mail.ru*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее важных проблем современной хирургии. В настоящее время ЖКБ по праву считается одним из самых распространенных заболеваний и уступает лидерство лишь атеросклерозу, оставив позади язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным различных авторов желчнокаменной болезнью страдают от 10 до 40% населения различного возраста. А в конце XX – начале XXI века прослеживается явная тенденция к увеличению заболеваемости ЖКБ. Несмотря на разработку методов консервативной терапии, основным методом лечения ЖКБ, острого калькулезного холецистита является холецистэктомия. Ежегодно в мире выполняется около 2,5 млн операций на желчных путях (преимущественно холецистэктомии). В России выполняется около 110 тыс. холецистэктомий в год, в США – в 6–7 раз больше (около 700 тыс.), в Великобритании – 45 тыс. в год, во Франции – 70 тыс. в год. Однако существует определенная неудовлетворенность хирургов и гастроэнтерологов последствиями лечения ЖКБ, что, в свою очередь, требует дальнейшего совершенствования алгоритмов диагностики, предоперационной подготовки и тактики хирургического лечения данной категории больных.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, предоперационная подготовка, тактика хирургического лечения, холецистэктомия

## CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE

**Vinnik Y.S., Serova E.V., Andreev R.I., Leyman A.V., Struzik A.S.**

*SBEI HPE «Krasnoyarsk State Medical University them. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky»  
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: ekaterina\_s\_07@mail.ru*

Gallstone disease is one of the most important problems of modern surgery. Currently, gallstone disease is considered one of the most common ailments and is second only lead to atherosclerosis, leaving behind a stomach ulcer and duodenal ulcer. According to various authors of gallstone disease affects 10 to 40% of people of different ages. At the end of XX – beginning of XXI century, there is a clear trend towards an increased incidence of gallstone disease. Despite the development of methods of conservative treatment, the main treatment for gallstone disease, acute calculous cholecystitis is cholecystectomy. Every year the world runs about 2,5 million operations on the biliary tract (mainly cholecystectomy). In Russia performs about 110 million cholecystectomies per year in the U.S. – 6–7 times larger (about 700 thousand) in the UK – 45 thousand a year in France – 70 thousand a year. However, there is some dissatisfaction with the consequences of surgeons and gastroenterologists treating gall stones, which, in turn, requires further improvement of diagnostic algorithms, pre-operative and surgical treatment of these patients.

**Keywords:** cholelithiasis, acute calculous cholecystitis, preoperative preparation, tactics surgery, cholecystectomy

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по праву считается одним из самых распространенных заболеваний и уступает лидерство лишь атеросклерозу, оставив позади язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В связи с этим лечение «болезни благополучия», как образно назвали желчнокаменную болезнь, является одной из наиболее важных проблем современной хирургии [17].

По данным различных авторов желчнокаменной болезнью страдают от 10 до 40% населения различного возраста [2, 5, 6, 11, 13, 29].

Летальность в разных возрастных группах при остром калькулезном холецистите в условиях экстренной хирургии варьирует от 1 до 50% и более.

При плановых и отсроченных операциях, выполненных на фоне купированных острых воспалительных явлений, после всестороннего обследования и подготовки

больных – не превышает 0,5–1% [12, 14, 16, 19, 24, 25, 26, 28].

Прослеживается явная тенденция к увеличению заболеваемости: если в период с 1911 по 1931 г. конкременты в желчном пузыре на аутопсии обнаруживали лишь в 1,1% случаев, то в 1956–1985 гг. – уже в 14,4% [32].

За каждое последнее десятилетие число больных увеличивается примерно в два раза. Рост заболеваемости ЖКБ сопровождается увеличением частоты ее осложненных форм [6, 7, 9, 27].

У женщин ЖКБ встречается в 2–6 раз чаще, чем у мужчин [1, 22].

Широкомасштабными эпидемиологическими исследованиями установлено, что основными факторами риска развития ЖКБ являются наследственность, избыточная масса тела [10, 15], гиперлипидемия [4], принадлежность к женскому полу [22].

Увеличение заболеваемости женщин холестериновым холелитиазом начинается уже с периода полового созревания, а у мужчин она совершенно не связана с гормональными перестройками [18].

В возрасте до 25 лет камни в желчном пузыре обнаруживают у 3,1–4,8% женщин [10].

Частота заболеваемости увеличивается с возрастом.

Ежегодно в мире выполняется около 2,5 млн операций на желчных путях (преимущественно холецистэктомии). В России выполняется около 110 тыс. холецистэктомий в год, в США – в 6–7 раз больше (около 700 тыс.), в Великобритании – 45 тыс. в год, во Франции – 70 тыс. в год [6, 8, 12].

Желчнокаменная болезнь – мультифакториальное и многостадийное обменное заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре (холестолитиаз) и/или печеночных желчных протоках (внутрипеченочный холелитиаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз).

В последние годы развиваются консервативные методы лечения ЖКБ (литолитическая терапия, экстракорпоральная литотрипсия). Несмотря на малую травматичность и безопасность, эти методы малоэффективны и нерадикальны, а следовательно, не могут заменить холецистэктомию [3, 30, 31].

«Золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни остается хирургическое лечение – холецистэктомия.

Интерес к лечению ЖКБ в последние годы ограничился узким кругом вопросов, касающихся в основном разработки и усовершенствования различных методов хирургического и консервативного лечения.

Это, однако, не изменило определенную неудовлетворенность хирургов и гастроэнтерологов последствиями операций и методов консервативного лечения ЖКБ. В связи с чем в последние годы изучение ЖКБ предполагает, прежде всего, критический подход к отдаленным результатам хирургических вмешательств и неоперативных методов лечения, которые оказываются мало или неэффективными [17].

Последние достижения клинической физиологии, биохимии и молекулярной медицины позволили в определенной степени переосмыслить существующий на протяжении многих лет взгляд на проблему ЖКБ и пути ее радикального хирургического лечения, а также некоторые вопросы этиопатогенеза, диагностики и тактики ведения больных с острым калькулезным холециститом.

Согласно Протоколу 2612-го заседания Московского общества хирургов от 01.11.07. (председатель Емельянов С.И., ре-

ферент Егоров В.И.) по докладу С.Ф. Бегенко и соавт. (Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург) «Стандарты оказания неотложной хирургической помощи больным с острым калькулезным холециститом (принятые Хирургическим обществом Санкт-Петербурга)» в клинической картине острого холецистита выделяют две формы:

1. Сложненный острый холецистит;

1.1) острый холецистит, разлитой перитонит;

1.2) острый холецистит, холангит, механическая желтуха;

1.3) острый холецистит, острый панкреатит.

2. Неосложненный острый холецистит [20].

Острый холецистит занимает второе место в структуре ургентных хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита. Более чем в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне желчнокаменной болезни, на остальные этиопатогенетические формы (инфекционный, ферментативный, первично-сосудистый) приходится менее 10% [21].

Среди разнообразных форм и клинических вариантов острого калькулезного холецистита наибольшую угрозу интраабдоминальных осложнений представляют гнойно-деструктивные формы (флегмонозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, гангренозный холецистит, перфоративный холецистит).

Дальнейшее совершенствование помощи этим пациентам невозможно без ранней диагностики и активизации хирургической тактики лечения именно этой категории больных.

Согласно Резолюции пленума правления Российской ассоциации эндоскопической хирургии и уральской межрегиональной конференции хирургов «Хирургия деструктивного холецистита», в условиях современного экстренного хирургического стационара целью является улучшение помощи больным острым холециститом и сокращение сроков ее оказания [23].

Для достижения этой цели необходимо соблюдение следующих условий:

Первоочередной задачей должна стоять экспресс-диагностика обтурационных и гнойно-деструктивных форм острого холецистита, начиная с момента поступления больных в приемный покой.

Прудков М.И. и соавт. для экспресс-диагностики гнойно-деструктивных форм острого холецистита выделяют 3 группы признаков: 1 – синдром обструкции желчного пузыря (пальпируемый желчный пузырь, признаки обтурационного холецистита по

данным УЗИ); 2 – перитонеальный синдром (мышечный дефанс, симптом Менделя, симптом Щеткина –Блумберга); 3 – синдром воспалительного ответа (лейкоцитоз более  $10 \times 10^9/\text{л}$ ).

Вероятность выявления гнойно-деструктивных форм острого холецистита на основании наличия у больного одного или нескольких синдромов определяется по интегральной системе оценки.

При этом одним из главных составляющих алгоритма диагностики гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита являются сроки выявления патологического процесса в желчном пузыре. По данным Прудкова и соавт., при использовании приведенной схемы уже в приемно-диагностическом отделении диагноз деструктивной формы острого калькулезного холецистита был установлен у 63,5% больных.

Обследование больного при поступлении должно включать: инструментальные исследования (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, электрокардиографию, рентгенография брюшной полости), лабораторные исследования (общеклинический и биохимический анализы крови, анализ мочи), консультацию терапевта (других специалистов – по показаниям) [20].

Диагноз острого холецистита в хирургическом стационаре должен включать форму воспаления.

При выявлении обструкции желчного пузыря, тем более гнойно-деструктивных форм острого холецистита, показана неотложная операция.

Тактика лечения больных с urgentными осложнениями ЖКБ – оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора – лапароскопическая и малоинвазивная холецистэктомия, при наличии противопоказаний – холецистэктомия из лапаротомного доступа.

При ограничении из лечебной тактики консервативными мероприятиями, особенно у больных с высоким операционным риском, следует учитывать ограниченность возможностей консервативного лечения обтурационного холецистита и его полную бесперспективность после присоединения гнойно-деструктивного воспаления, нецелесообразность собственно обтурационного холецистита, улучшение состояния больного, уменьшение боли и сокращение размеров напряженного желчного пузыря не являются критериями купирования патологического процесса и основаниями для отмены неотложной операции.

Максимальный срок консервативного лечения при отсутствии положительного

эффекта – 48–72 ч (при отсутствии появления в более ранние сроки перитонеальных симптомов).

Предоперационная подготовка, в том числе антибиотикопрофилактика послеоперационных гнойных осложнений, должна быть проведена по общепринятым показаниям и в сжатые сроки.

Диагностика с коррекцией выявленной патологии протоков и большого дуоденального соска должны проводиться до абдоминальной операции, во время ее выполнения и в послеоперационном периоде.

Предпочтительной является одноэтапная хирургическая коррекция всех патологических изменений в желчном пузыре, протоках, большом дуоденальном соске, брюшной полости и т.д.

У больных с высоким операционным риском допустимо ограничиться холецистэктомией и восстановлением пассажа желчи, планируя коррекцию других изменений в послеоперационном периоде.

При оценке качества лечения следует учитывать, что оптимальная продолжительность пребывания больного в стационаре и общей реабилитации больных с острым холециститом после видеолaparоскопии и минидоступной операции в 2–4 раза меньше, чем после открытой операции [23].

Длительный анамнез заболевания ЖКБ (более 5 лет) приводит к большему снижению уровня качества жизни пациентов до операции и более длительному восстановительному периоду после проведения оперативного лечения [2].

Результаты лечения острого калькулезного холецистита зависят, прежде всего, от сроков обращения больных за медицинской помощью, ранней диагностики заболевания и своевременной операции.

#### Список литературы

1. Бурков С.Г., Гребнев А.Л. Факторы риска развития желчнокаменной болезни. Статистические данные // Клиническая медицина. – 1994. – Т. 72, № 3. – С. 59–62.
2. Ветшев П.С., Шпаченко Ф.А. Холецистэктомия и качество жизни оперированных больных // Медицинская помощь. – 2004. – № 5. – С. 30–35.
3. Голочевская В.С., Гея Л.П. Консервативное лечение больных желчнокаменной болезнью препаратами хенодезоксихолевой и урсодезоксихолевой кислот // Клиническая медицина. – 1992. – Т. 70; № 7/8. – С. 60–63.
4. Дедерер Ю.М., Прохоров В.И. Механизмы образования желчных камней // Хирургия. – 1979. – № 4. – С. 107–110.
5. Добровольский С.Р., Иванов М.П., Нагай И.В. Место холецистэктомии из мини-доступа в лечении больных острым калькулезным холециститом // Анналы хирургии. – 2006. – № 3. – С. 34–38.
6. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. Мининвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 68–74.

7. Жуков Б.Н., Борисов А.И. Острые хирургические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны в гериатрии. – Самара: Самарский дом печати, 2002. – 221 с.

8. Ильченко А.А., Быстровская Е.В. Опыт применения дуспаталина при функциональных нарушениях сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 4. – С. 1–4.

9. Использование мини-доступа в хирургии желчнокаменной болезни / С.К.Хохлов, Ю.Е. Иванишкевич, А.В. Крывуля // «Хирургия-2004»: материалы 5-го Российского научного форума. – М., 2004. – С. 197.

10. Колпаков Н.А. Этиопатогенез, диагностика и хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 20 с.

11. Лапароскопическая хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнений / И.И. Затевахин, С.А. Афендулов, М.Ш. Цициашвили и др. // Анналы хирургии. – 1997. – № 2. – С. 48–51.

12. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении пациентов с острым холециститом / А.Д. Мясников, А.И. Бежин, А.А. Бондарев, А.А. Пономаренко // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 6. – С. 20–24.

13. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым калькулезным холециститом / А.Н. Токин, А.А. Чистяков, Л.А. Мамалыгина и др. // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 26–30.

14. Магомедов А.З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей // Хирургия. – 1997. – № 8. – С. 50–52.

15. Мансуров Х.Х. О ведущих механизмах развития и прогрессирования холестеринового холелитиаза // Клиническая медицина. – 1991. – № 9. – С. 17–20.

16. Опыт лечения острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста / А.А. Чумаков, С.В. Козлов, А.В. Плюта и др. // Клиническая геронтология. – 2008. – № 4. – С. 67–70.

17. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. – М.: ВЕДИ, 2003. – 128 с.

18. Половая дифференцировка функций печени / В.Б. Розен, Г.Д. Матарадзе, О.В. Смирнова и др. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.

19. Причины послеоперационной летальности при остром холецистите и меры по ее снижению / А.П. Уханов, А.С. Яшина, А.И. Игнатъев, С.Р. Чахмачев // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167; № 5. – С. 76–79.

20. Протокол 2612-го заседания Московского общества хирургов от 01.11.07 // Хирургия. – 2008. – № 9. – С. 80–82.

21. Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю. Экспресс-диагностика гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 32–34.

22. Распространенность холедохолитиаза по результатам анализа аутопсий и ультразвукового исследования желчевыводящей системы / В.А. Максимов, В.И. Цицеров, И.К. Каверина // Клинические аспекты фармакотерапии и презентация нового в гастроэнтерологии: Сборник трудов конференции. – Смоленск, 1992. – С. 76–78.

23. Резолюция пленума правления Российской ассоциации эндоскопической хирургии и уральской межрегиональной конференции хирургов «Хирургия деструктивного холецистита» // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 2. – С. 54–55.

24. Рыбачков В.В., Кабанов Е.Н., Лимина М.И. Острый холецистит у больных старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2008. – № 4. – С. 57–61.

25. Совцов С.А. Можно ли снизить летальность при остром холецистите? // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 6. – С. 15–16.

26. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / В.П. Башилов, Е.И. Брехов, Ю.Я. Малов, О.Ю. Василенко // Хирургия. – 2005. – № 10. – С. 40–45.

27. Старение населения в Европейском регионе как один из важных аспектов современного развития // Материалы консультативного международного семинара МЗМП РФ. – М., 1995. – С. 120.

28. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2005. – № 6. – С. 20–23.

29. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингариди, Л.И. Ипполитов и др. // Хирургия. – 2002. – № 3. – С. 4–10.

30. Цацаниди К.Н. Осложнения эндоскопической ретроградной пакреатохолангиографии и их профилактика // Проблемы хирургии желчных путей: книга / А.П. Крendale. – М., 1982. – С. 172–173.

31. Benninger J. The piezoelectric lithotripsy of gallstones. The acute- and long-term results // Dtsch. Med. Wochenschr. – 1992. – Bd.117, no. 9. – P. 1350–1354.

32. Le statut estro-androgenique n'est pas modifie chez les homes atteints de lithiase biliaire / G. Cohen, T. Davion, D. Capron et al. // Gastroenterol. Clin. Biol. – 1992. – Vol. 16. – P. 299–301.

## References

1. Burkov S.G., Grebnev A.L., Faktory riska razvitiya zhelchnokamennoy bolezni. Statisticheskiye dannyye. Klinicheskaya meditsina, 1994. Vol. 72, no. 3, pp. 59–62.

2. Vetshev P.S., Shpachenko F.A., Kholetsistektomiya i kachestvo zhizni operirovannykh bolnykh. Meditsinskaya pomoshch, 2004, no. 5, pp. 30–35.

3. Golochevskaya V.S., Genya L.P., Konservativnoye lecheniye bolnykh zhelchnokamennoy boleznyu preparatami khenodezoksikholevoy i ursodezoksikholevoy kislot. Klinicheskaya meditsina, 1992. Vol. 70, no. 7/8, pp. 60–63.

4. Dederer Yu.M., Prokhorov V.I., Mekhanizmy obrazovaniya zhelchnykh kamney. Khirurgiya, 1979, no. 4, pp. 107–110.

5. Dobrovolskiy S.R., Ivanov M.P., Nagay I.V., Mesto kholetsistektomii iz mini-dostupa v lechenii bolnykh ostrym kalkuleznym kholetsistitom. Annaly khirurgii, 2006, no. 3, pp. 34–38.

6. Ermakov Ye.A., Lishchenko A.N., Mininvazivnyye metody lecheniya zhelchnokamennoy bolezni, oslozhnennoy narusheniyem prokhodimosti zhelchnykh protokov. Khirurgiya, 2003, no. 6, pp. 68–74.

7. Zhukov B.N., Borisov A.I. Ostryye khirurgicheskiye zabolevaniya organov gepatopankreatoduodenalnoy zony v geriatrii. Samara, Samarskiy dom pechati, 2002. 221 p.

8. Ilchenko A.A., Bystrovskaya Ye.V., Opyt primeneniya dyuspatalina pri funktsionalnykh narusheniyakh sfinktera Oddi u bolnykh, perenesshikh kholetsistektomiyu. Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya, 2002, no. 4, pp. 1–4.

9. Khokhlov S.K., Ivanishkevich Yu.E., Kryvulya A.V., Ispolzovaniye mini-dostupa v khirurgii zhelchnokamennoy bolezni. «Khirurgiya-2004»: Materialy 5-go Rossiyskogo nauchnogo foruma. Moscow, 2004, pp. 197.

10. Kolpakov N.A. Etiopatogenez, diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye zhelchnokamennoy bolezni u bolnykh molodogo vozrasta: Avtoref. dis... kand. med. nauk. Moscow, 1993. 20 p.

11. Zatevakhin I.I., Afendulov S.A., Tsitsiashvili M.Sh. i dr., Laparoskopicheskaya khirurgiya zhelchnokamennoy bolezni i yeye oslozhneniy. Annaly khirurgii, 1997, no. 2, pp. 48–51.

12. Myasnikov A.D., Bezhin A.I., Bondarev A.A., Ponomarenko A.A., Laparoskopicheskaya kholetsistektomiya v

lechenii patsiyentov s ostrym kholestsistitom. Endoskopicheskaya khirurgiya, 2000, no. 6, pp. 20–24.

13. Tokin A.N., Chistyakov A.A., Mamalygina L.A. i dr., Laparoskopicheskaya kholestsistektomiya u bolnykh s ostrym kalkuleznym kholestsistitom. Khirurgiya, 2008, no. 11, pp. 26–30.

14. Magomedov A.Z., Sochetannyye operativnyye vmeshatelstva pri zabolevaniyakh pecheni i zhelchevyvodyashchikh putey. Khirurgiya, 1997, no. 8, pp. 50–52.

15. Mansurov Kh.Kh., O vedushchikh mekhanizмах razvitiya i progressirovaniya kholesterinovogo kholelitiaza. Klinicheskaya meditsina, 1991, no. 9, pp. 17–20.

16. Chumakov A.A., Kozlov S.V., Plyuta A.V. i dr., Opyt lecheniya ostrogo kalkuleznogo kholestsistita u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Klinicheskaya gerontologiya, 2008, no. 4, pp. 67–70.

17. Petukhov V.A. Zhelchnokamennaya bolezn i sindrom narushennogo pishchevareniya. Moscow, VEDI, 2003. 128 p.

18. Rozen V.B., Mataradze G.D., Smirnova O.V. i dr. Polovaya differentsirovka funktsiy pecheni. Moscow, Meditsina, 1991. 336 p.

19. Ukhanov A.P., Yashina A.S., Ignatyev A.I., Chakhmachev S.R., Prichiny posleoperatsionnoy letalnosti pri ostrom kholestsistite i mery po yeye snizheniyu. Vestnik khirurgii, 2008. Vol. 167, no. 5, pp. 76–79.

20. Protokol 2612-go zasedaniya Moskovskogo obshchestva khirurgov ot 01.11.07, Khirurgiya, 2008, no. 9, pp. 80–82.

21. Prudkov M.I., Stolin A.V., Karmatskikh A.Yu., Ekspres-diagnostika gnoyno-destruktivnykh form ostrogo kalkuleznogo kholestsistita. Khirurgiya, 2005, no. 5, pp. 32–34.

22. Maksimov V.A., Tsitserov V.I., Kaverina I.K. Rasprostranennost kholedokholitiaz po rezul'tatam analiza autopsiy i ultrazvukovogo issledovaniya zhelchevyvodyashchey sistemy. «Klinicheskiye aspekty farmakoterapii i prezentatsiya novogo v gastroenterologii»: Sbornik trudov konferentsii. Smolensk, 1992, pp. 76–78.

23. Rezolyutsiya plenuma pravleniya Rossiyskoy assotsiatsii endoskopicheskoy khirurgii i uralskoy mezhtsevnogo konferentsii khirurgov «Khirurgiya destruktivnogo kholestsistita», Endoskopicheskaya khirurgiya, 2003, no. 2, pp. 54–55.

24. Rybachkov V.V., Kabanov Ye.N., Limina M.I., Ostryy kholestsistit u bolnykh starcheskogo vozrasta. Klinicheskaya gerontologiya, 2008, no. 4, pp. 57–61.

25. Sovtsov S.A., Mozhno li snizit letalnost pri ostrom kholestsistite? Endoskopicheskaya khirurgiya, 2001, no. 6, pp. 15–16.

26. Bashilov V.P., Brekhov Ye.I., Malov Yu.Ya., Vasilenko O.Yu., Sravnitel'naya otsenka razlichnykh metodov v lechenii bolnykh ostrym kalkuleznym kholestsistitom, oslozhnennym kholedokholitiazom. Khirurgiya, 2005, no. 10, pp. 40–45.

27. Stareniye naseleniya v Yevropeyskom regione kak odin iz vazhnykh aspektov sovremennogo razvitiya. Materialy konsultativnogo mezhdunarodnogo seminaru MZMP RF. Moscow, 1995, pp. 120.

28. Totikov V.Z., Slepshkin V.D., Kibizova A.E., Khirurgicheskaya taktika pri destruktivnom kholestsistite u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Khirurgiya, 2005, no. 6, pp. 20–23.

29. Vetshev P.S., Chilingaridi K.E., Ippolitov L.I. i dr., Khirurgicheskii stress pri razlichnykh variantakh kholestsistektomii. Khirurgiya, 2002, no. 3, pp. 4–10.

30. Tsatsanidi K.N., Krendal A.P. Oslozhneniya endoskopicheskoy retrogradnoy pakreatokholangiografii i ikh profilaktika. Problemy khirurgii zhelchnykh putey: kniga. Moscow, 1982, pp. 172–173.

31. Benninger J., The piezoelectric lithotripsy of gallstones. The acute- and long-term results. Dtsch. Med. Wochenschr., 1992. Bd.117, no. 9, pp. 1350–1354.

32. Cohen G., Davion T., Capron D. et al., Le statut estro-androgenique n'est pas modifie chez les homes atteints de lithiase biliaire. Gastroenterol. Clin. Biol., 1992. Vol. 16, pp. 299–301.

#### Рецензенты:

Петрушко С.И., д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск;

Здзитовецкий Д.Э., д.м.н., доцент, зав. кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск.

Работа поступила в редакцию 29.10.2013.