

ПАТОЛОГИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА. ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Пальцев А.И., Еремина А.А., Горбунова Е.Н., Шаронов И.В., Торгашов М.Н.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

Пальцев Александр Иванович

E-mail: paltsev-fotina@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Патология билиарного тракта получает все большее распространение. Так, ЖКБ в разных странах регистрируется от 7,8 до 38%, в России — от 3 до 12%. Особую значимость ХБХ и ЖКБ приобретают у лиц пожилого возраста, что связано как с морфофункциональными изменениями в организме лиц старшего возраста, так и с неправильным образом жизни. Все это требует дифференцированного подхода к лечению этой группы больных и включает изменение образа жизни, диетотерапию, фармако- и физиотерапевтическое лечение.

Ключевые слова: патология билиарного тракта; пожилой возраст; системный подход.

SUMMARY

The biliary tract pathology gains the increasing distribution. So cholelithiasis in different camps is registered from 7.8 to 38%. In Russia the given indicator from 3 to 12%. Special importance cholelithiasis and chronic cholecystitis without cholelithiasis get at persons of the advanced age, connected as with morfofunkcional'nyimi changes in an organism of senior citizens, and with a wrong way of life. All it demands the differentiated approach to treatment of this group of patients and includes change of a way of life, a dietotherapy, farmako- and physiotherapeutic treatment.

Keywords: the biliary tract pathology; advanced age; the system approach.

Патология билиарного тракта является весьма актуальной для современной медицины. Заболевания желчевыводящей системы (ЖВС) стали диагностироваться и нередко у пациентов детского возраста, в том числе и раннего. Они получают все большее распространение среди взрослого населения. Так, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) определялась у 4% жителей Ирландии, 7,8% — Германии, 26,7% — Италии, 38% — Швеции. В России указанные заболевания колебались от 3 до 12% [8]. Особую значимость заболевания ЖВС приобретают для лиц пожилого и старческого возраста. Связано это прежде всего с увеличением численности населения пожилого и старческого возраста. Так, по данным Организации Объединенных Наций, средняя продолжительность жизни в развитых странах неуклонно растет. В XX веке она увеличилась с 49 до 79 лет и к 2010 году по прогнозам должна была составить 80 лет. В настоящее время доля населения в возрасте 60 лет и старше составляет около 20%, а к 2050 году она будет составлять 33% (доклад генерального секретаря Организации Объединенных Наций, Е/CN.

9/2001 [4]). По прогнозам демографов и социологов, к 2025 году число лиц в возрасте 60 лет и старше увеличится в 5 раз, а восьмидесятилетних и более — в 7 раз по сравнению с 1950 годом [3]. По данным Л. И. Волковой и Ю. Н. Штейнгард [3], в России уже в настоящее время лица старших возрастных групп составляют около 21%.

Существует от двухсот до трехсот теорий старения, а само понятие старости определяется как «заключительный период жизни, характеризующийся ограничением приспособительных возможностей организма и морфологическими изменениями в различных системах и органах» [18]. Отец геронтологии И. И. Мечников писал: «Как человек, так и всякие животные с возрастом претерпевают существенные изменения. Силы ослабевают, тело горбится, волосы седеют, зубы изнашиваются. Одним словом, наступают явления старческой атрофии» [11].

Характеризуя возрастные изменения печени, системы пищеварения в целом, Л. Б. Лазебник отмечает системные изменения в организме человека, характерные для стареющего организма [9; 10]. Они

выражаются в изменении интенсивности большинства обменных процессов, функции органов и систем. Авторы отмечают, что у лиц старше 60 лет нарастают регрессивные морфологические изменения, все более выраженными становятся атрофические и склеротические изменения. Несомненно, рассмотрение любого патологического процесса в организме пожилого и старого человека требует системного подхода. Не случайно философы, ученые-медики подходят к человеку с четырьмя, казалось бы, разными, но при внимательном рассмотрении тесно взаимосвязанными измерениями: биологическими — выражающимися в анатомо-физиологических, генетических, нервно-мозговых, электрохимических, метаболических и других процессах организма *Homo sapiens*, психическим, социальным и космическим [15].

И. П. Павлов отмечал, что всякий живой организм «представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, как связанных друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей средой» [13]. Кратко некоторые составляющие системного подхода можно выразить в следующих принципах: 1) организм и личность должны рассматриваться как высокоорганизованная система; 2) система как целое определяет природу ее частей; 3) части не могут глубоко и адекватно познаны в отрыве от целого; 4) составные элементы системы и подсистем следует изучать как неразрывно взаимосвязанные и взаимодействующие друг с другом [17].

Функцию любого органа человека в целостном организме нельзя рассматривать изолированно. Не случайно еще отец медицины Гиппократ говорил, что в организме человека всё со всем взаимосвязано. Так, если рассматривать систему пищеварения, то еще И. П. Павлов сравнивал ее с химическим производством, с конвейером, состоящим из последовательно расположенных «фабрик», решающих задачи переработки принятой пищи. Преемственность биотехнологических процессов, начинающихся в полости рта, заключается в размельчении пищи, ее увлажнении, набухании, растворении, денатурации белков, гидролизе полимеров до стадии различных олигомеров, затем мономеров, их транспорт из желудочно-кишечного тракта в кровь и лимфу. Важнейшей «фабрикой» этого конвейера является гепатобилиарная система, обладающая многими функциями: метаболической, экскреторной, барьерной, гомеостатической, защитной, иммунопозитивной и иммунорегуляторной, депонирующей, регуляторной, гемопоэтической, пигментсинтезирующей [7].

Одной из важнейших ее функций является желчеобразовательная. Желчь, секрет печени, мультипотентен: она эмульгирует жиры, растворяет продукты гидролиза, способствует их всасыванию и ресинтезу триглицеридов в энтероцитах, всасыванию жирорастворимых витаминов, холестерина, солей кальция. Она повышает активность

панкреатических и кишечных ферментов, особенно липазы. Одновременно желчь увеличивает гидролиз и всасывание белков, углеводов, регулирует холерез, холекинез, двигательную и секреторную функцию тонкой кишки. Она обладает также бактериостатическим действием. В клинике нередко забывают, что образование желчи осуществляется не только гепатоцитами, но и внутри- и внепеченочными желчными путями — их холангиоцитами. Последние существенно трансформируют количество и состав печеночной желчи. В этом весьма значительна роль эпителия желчного пузыря. В нем происходит депонирование желчи, повышение ее концентрации, снижение pH. Вне пищеварения депонированная желчь выводится из него натошак небольшими порциями, что является весьма важным для поддержания относительно постоянного невысокого гидростатического давления желчи в системе протоков. В постпрандиальный период желчь в большом количестве выводится в двенадцатиперстную кишку через общий желчный проток, за счет сокращения желчного пузыря [4; 5].

Следует отметить, что желчный пузырь выступает как регулятор давления желчи во всей желчевыводительной системе. Он находится в тесных реципрокных взаимоотношениях со сфинктером Одди: если сфинктер сокращен, мускулатура желчного пузыря расслаблена и он заполняется желчью и наоборот. Такие же тесные взаимоотношения у желчевыводительной системы имеются с двенадцатиперстной кишкой, большое значение в этой взаимосвязи имеет градиент давления. Так, снижение давления в двенадцатиперстной кишке приводит к сбросу желчи из желчевыводящих путей и тем самым ускоряется синтез желчи. Повышение давления в ней приводит к обратному эффекту.

Двенадцатиперстную кишку не случайно называют гипофизом системы пищеварения, ибо она имеет мультимодальные механо- и особенно хемосенсорный аппараты, осуществляющие передачу информации происходящих в ней процессов. Именно на ее основе стимулируется и корректируется деятельность гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, желудка, тонкой и толстой кишки, других органов и систем [6]. Из сказанного видно, что как в целом основные функции системы пищеварения, так и билиарного тракта в течение всей жизни человека, несомненно, весьма динамичны и находятся под влиянием целого ряда внутренних и внешних воздействий. Они могут носить физиологический, возрастной характер и быть связанными с приобретенной патологией. И рассматривать патологию любого из органов пищеварения в целостном организме необходимо с позиций системного подхода.

В связи с изложенным **целью нашей работы** было изучение некоторых аспектов патологии

желчевыводящей системы, желчного пузыря у лиц пожилого и старческого возраста с позиций системного подхода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдалось 110 пациентов. Основная группа состояла из 60 человек в возрасте от 60 до 83 лет, из них мужчин было 49 (81,6%) преимущественно участники Отечественной войны и афганских событий. Контрольную группу составляли 50 человек в возрасте от 40 до 49 лет, аналогичные по полу. Применялись методы исследования клинко-лабораторные, биохимические, бактериологические, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, функциональные, копрологические и копроовоскопические. Болевой синдром, наиболее характерный для билиарной патологии, оценивали в баллах от 0 до 4: 0 баллов — отсутствие боли, 1 балл — слабая боль, 2 балла — умеренная боль, 3 балла — сильная боль и 4 — очень сильная, нестерпимая боль.

Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием пакета программ *Statistica 6* и включала создание базы данных и статистический анализ.

Все пациенты заполнили бланки информированного согласия. Исследование одобрено этическим комитетом областного госпиталя ветеранов войн.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные клинко-лабораторные и клинко-функциональные исследования позволили выявить в обеих группах следующие симптомы, синдромы и сопутствующие заболевания: болевой, диспепсический, вегетативной дисфункции, дуоденита и дуоденостаза, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), билиарнозависимый панкреатит. Как видно из *табл. 1*, клиническая характеристика течения хронического бескаменного холецистита, желчнокаменной болезни у пожилых и старых пациентов имела определенные отличия от лиц среднего возраста.

Следует отметить, что исследования лиц пожилого и старческого возраста требуют особой тщательности в силу целого ряда причин: атипичного и стертого течения заболеваний. Достаточно сказать, что желчнокаменная болезнь весьма часто протекает у них бессимптомно. Так, латентное течение наблюдается, по разным авторам, у 60–80% с камнями в желчном пузыре и у 10–20% с таковыми в желчном протоке [1; 4]. Большое значение имеет коморбидность — достаточно отметить, что число заболеваний у одного пациента в исследуемой группе составляло $5 \pm 1,2$. Наряду с коморбидными заболеваниями существенное значение имеют соматоформные, вегетативные, психические расстройства [16]. Поэтому мы придаем большое значение

тщательному сбору анамнеза, непосредственному физикальному исследованию. Из представленных в *табл. 1* данных видно, что боли в правом подреберье по интенсивности были разными при хроническом бескаменном холецистите (ХБХ) и при желчнокаменной болезни (ЖКБ). Так, если интенсивные боли сильные и очень сильные при ХБХ в исследуемой группе определяли 36,6% пациентов, то в контрольной, где наблюдались пациенты среднего возраста, у 56%; при желчнокаменной болезни — соответственно 46,6% и 72%. То есть при патологии, где одним из ведущих симптомов является билиарная или желчная колика, интенсивность боли была менее выраженной у лиц пожилого и старческого возраста. В клинике внутренних болезней, гастроэнтерологической практике в настоящее время все менее дифференцированным становится подход к оценке симптоматики, связанной с сегментарными рефлексными билиарной системы, рефлекторными болевыми точками, ирритацией желчного пузыря. Вместе с тем наши исследования убедительно подтверждают важность и информативность их оценки. К сегментарным рефлексам относится признак Маккензи, наблюдавшийся с одинаковой частотой в обеих группах.

О длительном, упорном, с частыми обострениями процессе позволяют судить такие симптомы, как Бергмана — орбитальная болевая точка, Йонаша — определяемые болевые точки в области затылка справа на месте прикрепления трапецевидной мышцы в месте прохождения затылочного нерва, Мюсси — Георгиевского — наиболее часто определяемый признак при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиночно-сосцевидной мышцы в надключичной области, Харитонов — болезненность при надавливании в межлопаточной области справа и определение болевой точки на тыле стопы справа — симптом Лапинского. Определялись указанные симптомы в основной и контрольной группах при ХБХ и ЖКБ соответственно: Бергмана — 50,0%, 63,3% и 36,0% и 56%; Мюсси — Георгиевского — 53,3%, 90,0% и 32,0%, 84,0%; Харитонов — 43,3%, 56,6% и 36%, 48,0%; Лапинского — 30,0%, 53,3% и 24,0%, 32%. По аналоговой шкале боли в первой группе она составляла при ХБХ и ЖКБ 1,3 и 1,75 в контрольной — соответственно 2,9 и 3,5. Как видно из полученных данных, рефлекторные болевые точки в основной группе диагностировались чаще по сравнению со второй, но выраженность, интенсивность болевых ощущений была значительно большей в контрольной группе. Совокупность приведенных симптомов обозначают как правосторонний ирритативный вегетативный синдром, что свидетельствует о тяжести хронического холецистита.

Такие симптомы, как Мерфи, Керра, связаны наиболее часто с раздражением желчного пузыря и могут определяться и в фазе ремиссии, что также видно из *табл. 1*. Особое место занимал симптом Боткина, или холецисто-кардиальный. У лиц

пожилого и старческого возраста он определялся значительно чаще, чем у пациентов среднего возраста, что в каждом случае заставляло записывать электрокардиограмму, определять креатинфосфокиназу, лактатдегидрогеназу. В последнее время с целью дифференциальной диагностики нами проводится биотест «Кардио БСЖС». Пациенты старшей возрастной группы нередко обращаются за медицинской помощью в связи с тем, что их беспокоят различные проявления диспепсического синдрома. Так, весьма часто наблюдалась изжога, при которой пациентам основной группы нередко необоснованно назначаются ингибиторы протонной помпы. Тошнота также наблюдалась в высоком проценте случаев, особенно при ЖКБ в сочетании с билиарнозависимым панкреатитом. Она представляет собой патогенетически сложный процесс, при котором имеются двигательные, рефлекторные, метаболические и нередко эндотоксические нарушения, требующие дифференцированных лечебных мероприятий. Не менее сложный характер в основной группе пациентов имели запоры. Проведенные нами исследования показали, что у 87% пациентов имелись алиментарные нарушения, у 73% — рефлекторные, у 89% — гиподинамические, у 59% их можно было связать с неконтролируемым приемом спазмолитических средств, анальгетиков, бета-блокаторов, нитратов и других препаратов.

О системности рассматриваемых в статье заболеваний свидетельствовали регистрируемые синдромы и нозологии вегетативной дистонии, дуоденита и дуоденостаза, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, панкреатита. При лабораторных исследованиях обращало на себя внимание снижение альбумина, повышение общего холестерина, АСТ и АЛТ, в результате индекс де Ритиса был более единицы; ЩФ в основной группе пациентов. Данные УЗИ показали, что этот вид исследований по праву занимает важное место в диагностике ХБХ и ЖКБ (табл. 3), а также весьма часто сочетающегося с ними хронического панкреатита.

Высокий процент рассматриваемой патологии у пожилых, лиц среднего возраста, системность поражения могут быть связаны и с тем, что западносибирский регион является гиперэндемичным очагом описторхоза, при котором, как известно, в 100% случаев поражаются желчевыводящие протоки, в 60% — желчный пузырь и в 30–35% — протоки поджелудочной железы [14].

Лечение пациентов пожилого и старческого возраста практически во всех случаях представляет значительные сложности, в силу особенностей, характерных для этого периода жизни человека [2; 12]. А к таковым относятся: коморбидность, инволюционные изменения в органах и системах, как правило, хроническое течение заболеваний, атипичность клинических проявлений и нередко стертость клинической картины, особенности социально-психологического статуса. Поэтому лечение пациентов было комплексным и дифференцированным.

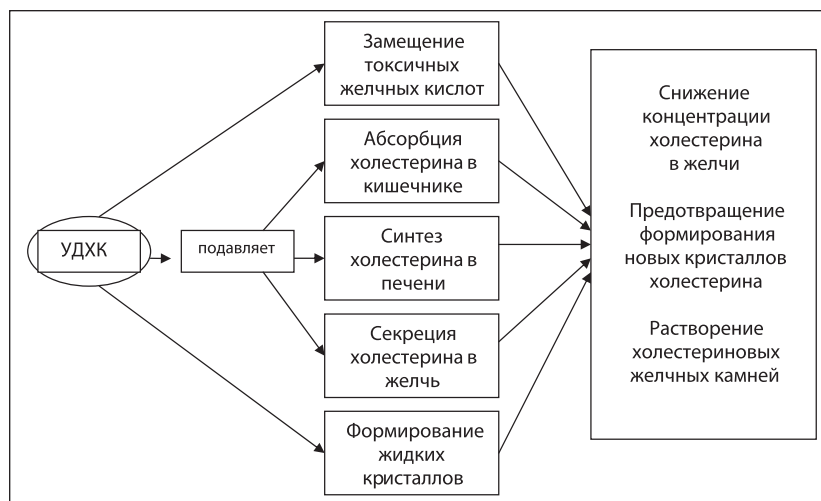
Оно включало в себя диетотерапию, режим движения, психотерапию, разъяснение категорического недопущения курения и злоупотребления, а нередко и употребления алкогольных напитков, в показанных случаях физиотерапевтические методы лечения, массаж.

Важно объяснить пожилому и старому человеку роль диетотерапии так, чтобы он понял, что правильное питание для него — это профилактика атеросклероза и рака, дальнейшего прогрессирования патологии желчевыводящей системы и в целом органов пищеварения, это борьба с запорами и диареей. Мы отдаем предпочтение составляющим средиземноморской диеты, несомненно, также требующей дифференцированного подбора продуктов, содержащих мононенасыщенные жирные кислоты, пищевые волокна, витамины и микроэлементы, а также соблюдение водного режима. Определив наличие или отсутствие сердечной недостаточности, мы рекомендуем уровень физической нагрузки, упражнений, советуем приобрести шагомер для контроля количества пройденных шагов. Осторожно подходим к назначению психотерапевтических средств.

При обострении ХБХ назначалась свежеприготовленная на пару пища в теплом виде. Для устранения болевого синдрома применяли спазмолитические средства — бускопан, мебеверин гидрохлорид (дюспаталин), но-шпу, анальгетики. Вторым направлением фармакотерапии являлось назначение антибиотиков на 7–10 дней. После купирования обострения процесса применяли желчегонные препараты, в частности, гимекрамон (одестон), оказывающий селективное спазмолитическое действие на сфинктер Одди, уменьшает застой желчи; гепабене — препарат, состоящий из экстракта дымянки и расторопши пятнистой, обладающий желчегонным, спазмолитическим, гепатозащитным действием. В проведенных нами исследованиях положительно себя зарекомендовал, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, препарат легалон, являющийся суммарным средством, содержащим силимарин, силибирин и экстракт плодов расторопши пятнистой. Наряду с гепатозащитным действием легалон обладает антиоксидантной активностью, тормозит перекисное окисление липидов, стимулирует синтез белка, нормализует обмен фосфолипидов, оказывает антифибротический эффект.

Наряду с фармакотерапией нами показано положительное действие сочетанного применения фардизации правого диафрагмального нерва совместно с импульсной магнитотерапией при гипокинетической дискинезии желчного пузыря. Это позволяет улучшить его моторно-кинетическую функцию, желчевыводящих путей, существенно повысить отток желчи, тем самым предупредить образование билиарного сладжа, камней, положительно влиять





Механизмы литолитического действия УДХК [19]

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ									
№ п/п	Симптомы и синдромы	Основная группа, 60–83 года				Контрольная группа, 40–49 лет			
		ХБХ, n = 30		ЖКБ, n = 30		ХБХ, n = 30		ЖКБ, n = 30	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Боли в правом подреберье:								
1.1.	интенсивные	11	36,6	14	46,6	19	56,0	18	72,0
1.2.	тупые	19	63,3	16	53,3	11	44,0	7	28,0
2.	Боли в эпигастральной области	20	66,6	22	73,3	12	48,0	14	56,0
3.	Боли в левом подреберье	12	40,0	19	63,3	10	10,0	15	60,0
4.	Боли в обл. пупка	10	33,3	18	60,0	9	36,0	13	52,0
5.	Симптом Маккензи	28	93,3	30	100,0	22	88,0	24	96,0
6.	Симптом Бергмана (орбит)	15	50,0	19	63,3	9	36,0	14	56,0
7.	Симптом Мюсси — Георгиевского	16	53,3	27	90,0	8	32,0	21	84,0
8.	Симптом Харитоновна	13	43,3	17	56,6	9	36,0	12	48,0
9.	Симптом Лапинского	9	30,0	16	53,3	6	24,0	8	32,0
10.	Симптом Мерфи	18	60,0	26	86,6	9	36,0	21	84,0
11.	Симптом Кера	4	13,3	12	10,0	4	16,0	13	52,0
12.	Симптом Боткина	19	63,3	23	76,6	5	20,0	7	28,0
13.	Синдром вегетативной дистонии	23	76,6	27	90,0	13	52,9	17	68,0
14.	Синдром дуоденита и дуоденостаза	22	73,3	24	80,0	11	44,0	14	56,0
15.	ГЭРБ	14	46,6	19	63,3	9	36,9	11	44,0
16.	Билиарнозависимый панкреатит	11	36,6	22	73,3	6	24,0	12	48,0
17.	Диспепсический синдром:								
17.1.	тошнота	10	33,3	23	76,6	7	28,0	13	52,0
17.2.	изжога	13	43,3	19	63,3	8	32,0	12	48,0
17.3.	горечь во рту	21	70,0	25	83,3	17	68,0	19	76,0
17.4.	отрыжка	24	80,0	27	90,0	21	84,0	23	92,0
17.5.	запоры	27	90,0	28	93,3	11	44,0	15	60,0
17.6.	диарея	3	10,0	7	23,3	2	8,0	5	12,0

Таблица 2

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ (КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ) У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ					
№ п/п	Симптомы и синдромы	Основная группа, 60–83 года		Контрольная группа, 40–49 лет	
		ХБХ (n = 30), абс. %	ЖКБ (n = 30), абс. %	ХБХ (n = 30), абс. %	ЖКБ (n = 30), абс. %
1.	Эритроциты, 10 ¹² /л	3,94 ± 0,07	4,2 ± 0,05	4,36 ± 0,03	4,42 ± 0,04
2.	Нв, г/л	129,9 ± 1,2	134,5 ± 0,8	146,4 ± 1,12	145,3 ± 0,85
3.	СОЭ	13,24 ± 2,1	13,6 ± 1,9	9,3 ± 0,7	11,2 ± 1,2
4.	Лейкоциты, 10 ⁹ /л	4,3 ± 0,9	5,6 ± 1,2	5,8 ± 1,3	6,3 ± 2,1
5.	Общий белок г/л	52,1 ± 0,5	59,4 ± 0,7	74,3 ± 0,9*	73,2 ± 1,1*
6.	Альбумины	39,1 ± 0,7	37,5 ± 0,6	52,1 ± 0,47*	53,4 ± 0,2*
7.	Холестерин общий, моль/л	7,1 ± 0,4	7,9 ± 0,1	5,32 ± 0,15	5,64 ± 0,2
8.	Билирубин общий, ммоль/л	19,3 ± 0,2	21,3 ± 0,2	12,3 ± 0,5*	19,2 ± 0,1
9.	АСТ, моль/л	0,74 ± 0,01	0,93 ± 0,25	0,52 ± 0,03*	0,61 ± 0,05*
10.	АЛТ	0,69 ± 0,02	0,71 ± 0,11	0,47 ± 0,02	0,53 ± 0,04
11.	Щелочная фосфатаза, ммоль/л	2,4 ± 0,2	2,9 ± 0,3	1,93 ± 0,1	2,1 ± 0,5

Примечание: * — статистическая достоверность.

Таблица 3

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХБХ И ЖКБ					
№ п/п	Показатели, %	Основная группа, 60–83 года		Контрольная группа, 40–49 лет	
		ХБХ (n = 30), абс. %	ЖКБ (n = 30), абс. %	ХБХ (n = 25), абс. %	ЖКБ (n = 25), абс. %
1.	Диффузные изменения печени	83,2 ± 7,3	92,1 ± 7,4	62,1 ± 6,4*	72,4 ± 7,5*
2.	Утолщение стенки желчного пузыря	69,5 ± 6,9	78,4 ± 11,3	49,4 ± 7,2*	61,5 ± 6,2*
3.	Перегибы желчного пузыря	63,6 ± 11,2	76,2 ± 19,4	39,4 ± 8,1	50,2 ± 7,4
4.	Сладж-синдром	0	38,2 ± 2,3	0	23,4 ± 1,9
5.	Камни в желчном пузыре	0	69,1 ± 3,4	0	21,3 ± 2,3
6.	Отключенный желчный пузырь	0	5,3 ± 2,7	0	0
7.	Диффузные изменения поджелудочной железы	74,3 ± 5,6	91,3 ± 5,6	32,4 ± 1,2*	47,3 ± 4,9*
8.	Наличие участков гиперэхогенности и неровность контуров поджелудочной железы	69,3 ± 4,3	87,6 ± 4,8	27,2 ± 2,3*	39,1 ± 2,1*
9.	Наличие кальцинатов в паренхиме и протоках поджелудочной железы	6,5 ± 1,0	15,3 ± 1,3	0	3,8 ± 0,2

Примечание: * — статистическая достоверность.

на дисфункцию толстой кишки, сопровождающуюся запорами.

Со времен С. П. Боткина основным методом лечения желчнокаменной болезни считается холецистэктомия. Не случайно в мире ежегодно осуществляется более 2,5 млн холецистэктомий. Однако хирургическое вмешательство не является безразличным для пациента и не избавляет его от ЖКБ, возможности образования в последующем камней в желчевыводящих путях. В связи с этим велось ранее и ведутся в настоящее время поиски возможности консервативного лечения, разработаны показания к консервативному лечению больных холелитиазом. И конечно, в первую очередь это касается лиц пожилого и старческого возраста. Они нередко не дают согласия на оперативное лечение. Врачам, решающим вопрос об оперативном пособии, всегда нужно системно оценивать состояние здоровья старого человека, а как мы отмечали, количество заболеваний у одного наблюдаемого составляло $5,7 \pm 1,2$. Вместе с тем консервативное лечение возможно, если у пациента рентггенегативные холестериновые камни размером не более 13–15 мм и желчный пузырь функционирует. С целью растворения холестериновых камней применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Механизмы действия УДХК представлены на *рис. 1*.

Однако следует помнить, что к назначению консервативной терапии имеются противопоказания: отключенный желчный пузырь, частые желчные колики на фоне осложненного течения ЖКБ, ожирение IV степени, цирроз печени, хроническая диарея, пигментные и обызвестковленные холестериновые камни, занимающие более 50% просвета желчного

пузыря, а также конкременты диаметром более 15 мм.

Назначая лекарственные препараты лицам пожилого и старческого возраста, врач должен хорошо знать побочные действия каждого препарата, помнить об особенностях фармакокинетики. Оценивать возможности различных нарушений, а именно; всасывания, связанного с изменениями в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки; метаболизма — за счет уменьшения массы печени, снижения метаболической активности в ней, ухудшения кровотока; снижение синтеза альбумина, а следовательно, сложностей со связыванием препарата с ним; уменьшение водной массы тела человека, что приводит к ухудшению распределения фармацевтических препаратов и выведения их метаболитов за счет уменьшения степени клубочковой фильтрации и канальцевой секреции.

Таким образом, как показано в наших исследованиях, лечение пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих патологией билиарного тракта, представляет значительные трудности и требует от врача системного подхода при исследовании пациента, учета состояния всех органов и систем, умения выделить главное звено в течении заболевания, оценить состояние нервно-психической сферы, грамотно оценить и использовать остаточные резервы организма, знать механизм действия, фармакокинетику и фармакодинамику препаратов, противопоказания и побочные действия, следить за пищевым и водно-солевым режимом. При всей объективной необходимости назначения нескольких лекарственных препаратов стремиться избегать полипрагмазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А., Вирхова Т. В., Орлова Н. Н. и др. Билиарный сладж: от патогенеза к лечению: Методические рекомендации. — М., 2006. — 43 с.
2. Борисова А. М. Принципы фармакотерапии в пожилом возрасте // Аллергология и иммунология. — 2002. — Т. 3, № 1. — С. 111–116.
3. Волкова Л. И., Штейнгардт Ю. Н. Основы клинической гериатрии. — Томск, 2006. — 199 с.
4. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. — М.: Анахарсис, 2006. — 448 с.
5. Ильченко А. А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей. — Изд. 2-е, доп. — М.: МНА, 2010. — 159 с.
6. Климов П. К., Барашкова Г. М. Физиология желудка. Механизмы регуляции. — Л.: Наука, 1991. — 256 с.
7. Коротыко Г. Ф. Физиология системы пищеварения. — Краснодар, 2009. — 607 с.
8. Куделькина Н. А., Воевода М. И., Елисеев А. В. Желчнокаменная болезнь и дисфункциональные расстройства билиарного тракта у работников железнодорожного транспорта. — Новосибирск, 2009. — 235 с.
9. Лазебник Л. Б. Возрастные изменения пищеварительной системы // Клин. геронтол. — 2006. — № 1. — С. 3–8.
10. Лазебник Л. Б., Ильченко Л. Ю. Возрастные изменения печени/клинические и морфологические аспекты // Клин. геронтол. — 2007. — № 1. — С. 3–8.
11. Мечников И. И. Система долголетия и здоровья. — СПб.: Вектор, 2010. — 126 с.
12. Минушкин О. Н. Билиарно-печеночная дисфункция. — М.: 2006. — 27 с.
13. Павлов И. П. Полное собрание трудов. — М. —Л., 1951. — С. 452
14. Пальцев А. И., Горбунова Е. Н., Шаранов И. В. Принципы терапии гепатобилиарной и панкреатической патологии хронического описторхоза у лиц старших возрастов // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 4. — С. 58–63.
15. Спиркин А. Г. Философия: Учебник. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: «Юрайт» — 2011. — 828 с.
16. Сухарева Г. В., Дорофеев М. Е. Факторы риска при желчнокаменной болезни у лиц пожилого возраста // Клин. геронтол. — 2008. — № 1. — С. 8–12.
17. Хрусталева Ю. М., Царегородцев Г. И. Философия науки и медицины — учебник для аспирантов и соискателей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 505 с.
18. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Издание первое. Главные редактор академик Б. В. Петровский. — Т. 3. — М.: Советская энциклопедия, 1984. — С. 147.
19. Ursolfalk: primary biliari cirrhosis, dyspeptic complaints, cholesterol gallstones. — Freiburg: Dr. Falk Pharma Imbh, 2005.