

COLECISTITA ACUTĂ LA PERSOANELE DE VÂRSTĂ ÎNAINȚATĂ, PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICO CURATIVE

Alexandru Graur

(Conducător științific Iacob Vladimir A. Dr. conf. univ.)

Catedra Chirurgie Generală-Semiologie USMF "Nicolae Testemițanu".

Summary

Acute cholecystitis in elderly patients, peculiarities of diagnosis and treatment

125 patients treated in surgical clinic, Municipal Hospital Chișinău No. 1 from January 2008 to December 2009 were included in the study.

The aim of the study was comparative analysis between methods of diagnosis and treatment in geriatric patients.

Was established, that the most effective method of diagnosis is ultrasound examination, which it was used in most cases. Another methods were used with the aim to accurately put the diagnosis.

After surgical treatment the best results were achieved in cases with active tactics.

Laparoscopic cholecystectomy is a safe procedure and should be recommended for geriatric patients who have acute cholecystitis due to cholelithiasis before the development of complications.

Actualitatea problemei

Dinamica indicatorilor frecvenței principalelor afecțiuni chirurgicale abdominale în perioada 1982 – 2006 demonstrează creșterea incidenței colecistitei acute cu 41,4% în Republica Moldova. [6,7] În întreaga lume pacienții cu colecistită constituie 17-18% din intervențiile de urgență și ocupă al doilea loc după apendicită. Cea mai mare parte din acești pacienți, 50-70% sunt persoanele în etate cu patologie asociată severă, servind drept obiect de mari discuții privind conduita terapeutică - chirurgicală.[12] Conform datelor statistice mortalitatea în colecistita acută reprezintă aproape 4 % la populația adultă, pe când la persoanele mai în vârstă de 65 ani ea ajunge la aproximativ 10 %, ce reprezintă 70% din totalul deceselor de colecistita acuta în SUA.[4]

Așadar actualitatea problemei în colecistita acută la persoanele de vârstă înaintată, cât și în complicațiile acesteia, este determinat de numărul mare de pacienți cu această patologie și necesitatea de implementarea în practica chirurgicală a procedurilor de diagnostic și tratamentului adecvat.

Scopul lucrării

Determinarea particularităților diagnostic-ului clinic și paraclinic al pacienților în etate cu colecistită acută cu optimizarea tratamentului complex, inclusiv și a celui chirurgical, care ar permite reducerea complicațiilor intra- și postoperatorii, reducerea duratei de spitalizare și de reabilitare socială a acestor bolnavi.

Obiectivele

- Analiza fișelor de observație a pacienților vârstnici cu colecistită acută
- Evedențierea particularităților de diagnostic la pacienții de vârstă înaintată
- Analiza tacticii curative aplicate cu determinarea eficacității acesteia
- Analiza și determinarea particularităților tratamentului chirurgical

Materiale si metode

Au fost studiate foile de observație din perioada 2008-2009 a pacienților care au fost internați cu colecistită acută în Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic Municipal nr.1.

Au fost înregistrate și analizate datele demografice ale pacienților (vârsta, sex), durata de timp de la momentul debutului până la internare, durata de timp de la momentul internării până la intervenția chirurgicală, comorbiditățile prezente, durata spitalizării, particularitățile examenului

clinic la pacienții din lotul celor tarati și cu vârsta peste 65 de ani, diagnosticul și tratamentul acestora, în scopul depistării particularităților. Caracteristica lotului de pacienți cu colecistită acută

Studiul propriu s-a axat pe 125 pacienți cu diferite forme de evoluție, grad de activitate și extindere a Colecistitei acute. S-a înregistrat o diferență esențială între sexe, cu predominanța patologiei pentru sexul feminin

Genul	Numarul	%
Femei	94	75,2
Bărbați	31	24,8

Observările pe grupe de vîrstă au constatat, repartizarea pacienților după vîrstă este următoarea 20 ani - 0%, 21-50 ani – 34 (27,2%), 51-65 ani - 51(40.8%) și mai vîrstnici de 65 ani – 40(32,0%), și incidența maximă a patologiei a fost între anii 51-65. Vom menționa, că la mai mult de 2/3 din bolnavi au fost marcate patologii asociate, și anume la 91 pacienți(72,8%), dintre care patologii compensate a sistemului cardio-vascular (SCV) la 57(45.5%) pacienți; patologii grave a SCV s-a constatat la 17(13.6 %) de bolnavi; patologii compensate a ficatului – 8(6.5%), patologii sistemului respirator 7(6.0%), patologii sistemului endocrin 11(8.8%) patologii sistemului urogenital 11 (8.8%). Observările pe patologii asociate au constatat că există o diferență marcată a incidenței acestora la pacienți cu vîrsta pînă la 65 ani și cei mai în vîrstă. Deși această maladie prezintă un proces inflamator acut, ce se manifestă zgomotos, anamnestical biliar mai mult de 2 ani s-a înregistrat la 13 pacienți (10,5%), iar la 73 (58,3%) anamnestical biliar lipsea.

Rezultatele metodelor diagnostice utilizate în caz de colecistită acută.

Diagnosticul colecistitei acute litiazice a fost efectuat în baza datelor clinice (obiective, subiective), datelor de laborator, metodelor de investigație noninvazive și miniinvazive.

Rezultatele obținute în urma examenului clinic au stabilit durerea -

semnul subiectiv cel mai des întîlnit, înregistrat respectiv în 85 % din cazuri Grețurile și voma se atestă la mai mult de jumătate din cazuri, febra se atestă în aproximativ de 6%, Icterul mecanic se atestă respectiv în 7,3%.

La inspecția generală a bolnavului s-au observat următoarele:

- Tegumentele sunt de culoare normală în 90% din cazuri sau gălbui la 10% din bolnavi.
- Respirația este mai frecventă ca de obicei și s-a dovedit a fi în limitele a 20-22 de respirații în minut.
- Pulsul este accelerat în corespundere cu temperatura corpului.
- Limba este uscată și saburată în 10% din cazuri.
- Abdomenul la 90% din bolnavi este balonat, partea dreaptă superioară nu participă în actul de respirație, semne de peritonită locală în rebordul costal drept.

Pentru concretizarea diagnozei și aprecierii modificărilor homeostazei în mod urgent s-au determinat: leucocitele sîngelui, amilaza urinei, electrocardiografia (ECG), ultrasonografia abdominală (USG), radiografia pulmonilor, sedimentul urinei.

La 51(40.8 %) de bolnavi s-a stabilit o leucocitoză, ce demonstra prezența procesului inflamator, iar la 74(59.2%) de bolnavi cu CA leucocitele s-a dovedit a fi la nivelul normei. Leucocitoza a cuprins valori moderate începînd de la o ușoară creștere pînă la rezultate mai evidente (pînă la $14 \cdot 10^9$ /l), pacienții cu leucocitoză crescută ($>14 \cdot 10^9$ /l) au constituit – 8(6,8%). USG efectuată la 74(59.2%) din bolnavi cu CA a pus în evidență semne ecografice de litiază biliară 63(50.3%), dublarea pereților vezicii biliare 117(93.6).%, lichid liber perivezical 19(15.3) %. Deci 109(87.1%) de pacienți au avut CA calculoasă, iar 16(12.9%) CA necalculoasă.

Tactica curativă utilizată în colecistita acută. Odată stabilit diagnosticul de colecistită acută, se impune oportunitatea determinării tacticii de tratament. Tratamentul medicamentos a fost folosit în perioada preoperatorie și a constat din:

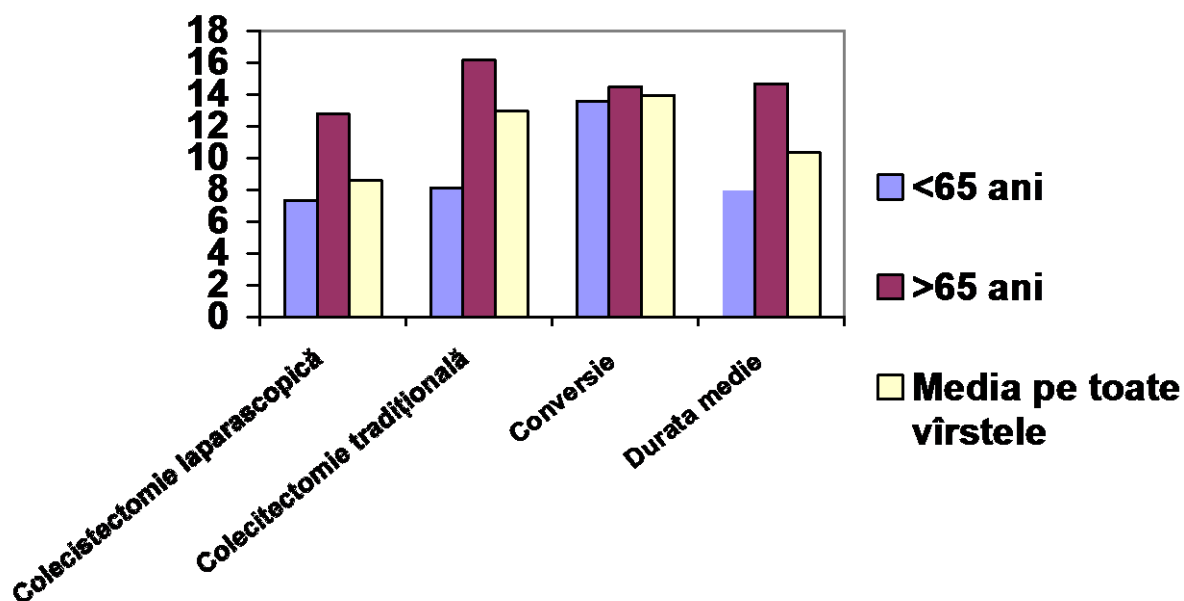
- Jugularea sindromului algic, asigurată prin perfuzie intravenoasă de analgezice neopioidale;
- Spasmolitice
- Tratament antiinflamator, ce a inclus administrarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune, perfuzii de soluție cristalină izotonică și droguri cu acțiune antiagregantă (pentilin, apopuzin, trental), cât și administrarea heparinelor cu masă moleculară joasă

În cazul dereglării funcției aparatului respirator, cardiovascular, pregătirea preoperatorie are ca scop stabilizarea funcției organelor vitale importante prin atingerea criteriilor minime de operabilitate – TA sistolică nu mai mică de 100 mm Hg, PS nu mai mare 100 bătăi pe 1 min, diureza într-o oră restabilă.

În lotul de pacienți vârstnici, în 20 % din cazuri s-a intervenit în urgență în primele 24 ore de la debutul simptomatologiei, restul beneficiind de un tratament medical inițial pentru ameliorarea simptomatologiei, după care se realizează intervenția chirurgicală. În comparație cu pacienții cu vârsta pînă la 65 ani unde în primele 24 ore sa intervenit chirurgical în 2,5%. Dar ținem să menționăm că colecistectomia a fost realizată la 78(62,2%) din pacienți celioscopic; colecistectomia clasică a fost aplicată la 36(28,8%)

La obținerea examenului patomorfologic al veziculei biliare a predominat inflamația flegmonoasă – 83pacienți(67,2%) pe cînd cea gangrenoasă -24(20%) și respectiv forma catarală - 15(12,8%). Însă dacă analizăm aceste date conducîndune de vârsta pacienților observăm următoarele că la pacienții pînă la 65 ani examenul patomorfologic ne indică inflamația flegmonoasă 56(67,6%) cea gangrenoasă 13(14,7%) și catrală 15(17,6%) iar la pacienții mai în vîrstă de 65 ani inflamația flegmonoasă 27(67,5%), gangrenoasă 12(30%) și catarală un pacient ce prezintă (2,5%).

Durata spitalizării a depins în mare măsură de gravitatea patologiei, de tipul intervenției chirurgicale, și nu în ultimul rînd de vârsta pacienților și gravitatea patologiilor asociate.



Observăm că în dependență de metoda intevenției chirurgicale avem următoarele durate de spitalizare medii pentru pacienții de grupe de vârste diferite. La colecistectomia celioscopică durata medie generală spitalizării a fost de 8,53 zile, la pesoane vîrstnice 12,77 zile și la persoane cu vârsta pînă la 65 ani 6,33 zile. La intervenția clasică avem durata medie 12,95 zile la persoane vîrstnice 16,16 zile și respectiv 8,14 zile la persoane pînă la 65 ani.

O parte specifică în stabilirea tactici curative în colecistită acută la pacienții vîrstnici este determinarea factorilor generali de risc la care se referă patologiile asociate, micșorările rezervelor funcționale a sistemelor compensatorii a homeostazii survenite cu vârsta, reacțiile generale, provocate de procesul inflamator in vezica biliară și alte particularități a organismului, ce măresc riscul unui eventual eșec a intervenției chirurgicale. Combinare factorilor sus numiți și

reprezintă gradul riscului general, care în condițiile chirurgiei de urgență necesită stabilirea lor, destul de precis și fără metodelor sofisticate ce ar lua mult timp. [10]

Se cunoaște că paologiile cronice cardiovasculare și respiratorii la bolnavi vîrstnici se atestă aproape în 100% cazuri, iar complicațiile cardio-respiratorii reprezintă cauze a 50% din decesele postoperatorii în colecistita acuta la vîrstnici. [11] De asemenea, se cunoaște și influența diverselor procese inflamatorii cu endotoxicozei declanșată în organism asupra sistemelor cardio-vascular și respirator. Astfel pentru aprecierea riscului operator se vor folosi testele funcționale la sistemele sus numite. Riscul operator înalt prezintă următoarele stări funcționale a sistemelor cardio-vascular și respirator: micșorarea volumelor respiratorii și volum debit cardiac cu 30% de la datele normale; creșterea frecvenței respiratorii și cardiace cu 30% de la datele normale; reacția tip paradocsală a sistemului cardio-vascular la efort fizic – micșorarea productivității, defecțiunea ritmului cardiac la efort fizic; micșorarea duratei de efort pîna la apariția dispneei și mîrirea duratei de timp pentru restabilirea indicilor funcționali dupa efort fizic. La pacienții vîrstnici cu colicistită acută risc operator înalt se stabileste la 15 % pacienți.[11]

Pentru ușurarea aprecierii gradului de risc se poate folosi următoarea formulă

$$GR=(FR/VR)+(10*FCC/VB)+(V/VVR)$$

GR- Gradul de risc operator; FR- Fregvența respiratorie, VR- Volumul respirator, FCC- fregvența contracțiilor cardiace, VB- Volum bătaie, VVR-Volumul respirator vital. [12]

Conform acestei formule gradul de risc operator poate fi de la 50 la 300 unități. Pentru pacienții vîrstnici se disting următoarele grade de risc operator,- grad mediu –de la 50 la 110 unități, grad înalt de la 110 la 200, foarte înalt de la 200 și mai mult. Principalul factor ce induce mobilizarea semnificativă a rezervelor funcționale și mecanismelor compensatoare a sistemului cardiocirculator și respirator este intoxicația. La bolnavii cu colecistită acută ea atinge valori înalte în cazul complicațiilor purulente. Astfel gradul riscului operator depinde direct de pronunțarea intoxicației, și invers proporțional de posibilitățile funcționale a sistemului cardio-vascular și respirator.

$$GRO = GI/capac.func\text{.}SCV, SR$$

Deci pentru a micșora riscul operator la pacienții se poate de acționat pe 2 căi, fie de a întări capacitățile funcționale a organismului sau de luptat cu intoxicația, ce și este principalul argument theoretic în tactica intervenției chirurgicale precoce la pacienții cu colecistită acută de vîrstă înaintată sau cu patologii asociate, cu scopul de a preîntîmpina complicațiile purulente și decompensarea funcțiilor sistemului cardio-vascular și respirator. [12]

A aștepta un efect stabil în lupta cu intoxicația este posibil numai în lipsa proceselor distructive în peretii vezicii biliari și lipsa complicațiilor purulente în cavitatea abdominală. Ineficacitatea metodelor conservatoare de luptă cu intoxicația în decurs de 24 ore, oferă puține șanse în apariția efectului pozitiv ulterior, servește indicație pentru intervenție chirurgicală în mod urgent amînat.[13] În prezența complicațiilor purulente cu ajutorul terapiei de dezintoxicare se poate de obținut doar effect temporar. În cazul patologiilor asociate grave ale sistemului cardio-vascular, și respirator, și în lipsa modificărilor distructive în pereții vezicii biliare cu scopul de a cupa criza de colecistită acută și a efectua o pregătire preoperatorie se recomandă de efectuat decompresia laparoscopică a vezicii biliare. La mulți bolnavi cu ajutorul ei se reușește de detensionat nu numai vezica biliară, dar și căile biliare, ce este un effect benefic în caz de icter mecanic, sau colangită.[14] În rezultatul decompensării se îmbunătățește microcirculația în pereții vezicii biliare, prin ce se preîntîmpină apariția proceselor distructive, și a complicațiilor purulente, și contribute la evacuarea conținutului infectat din căile biliare, ce îmbunătățește lucrul ficatului și micșorează intoxicația.

Alegera unei tactici curative raționale pentru pacienții vîrstnici și cu patologii asociate nu poate fi efectuată fără a lua în calcul factorii de risc generali și locali. Dacă pentru patologia propriuzisă fiecare din factori contribuie la înrăutățirea situației, pîi atunci din punct de vedere al tacticii curative ei au un impact diferit. Agravarea factorilor locali de risc induc la creșterea indicațiilor la intervenția chirurgicală, agravarea factorilor generali, vor micșora reușita operației, și vor restrînge ativitatea chirurgicală. Această legitate poate fi exprimată prin următorul raport

$$\text{Activitatea chirurgicală CA} = \frac{\text{Factori locali}}{\text{Factori generali}}$$

Pentru alegerea unei tactici individuale la bolnavii vîrstnici cu colecistită acută se subînțelege aprecierea cu exactitate a factorilor locali și generali de risc. Se recomandă următoarele trepte de investigare a pacienților vîrstnici cu colecistită acută:

- stabilirea diagnosticului preventiv în baza datelor clinice, paraclinice și de laborator
- la suspecția colecistitei acute se va efectua ECG, radiografia cutii toracice, consultația terapeutului pentru aprecierea gradului patologiilor asociate și gradul compensator a diferitor funcții vitale
- În cazul insuficienței vasculare și respiratorii se vor utiliza investigațiile funcționale pentru determinarea gradului de dereglare a funcției sistemelor cardio-respiratorii în context cu determinarea gradului de risc operator
- inițierea tratamentului conservator infuzional cu spasmolitice și remedii pentru detoxicare
- laparoscopia diagnostică de urgență în cazul dubiilor în ceea ce privește diagnosticul și indicațiile la operație.[15, 12]

Pacienților cu procese distictive în pereții vezicii biliare, complicată cu peritonită, li se va efectua intervenția chirurgicală de urgență majoră în decurs de primele 6 ore din momentul internării indiferent de perioada zilei și gradului de risc operator. În cazuri fără complicații sau cu complicații exceptînd peritonita în colecistita acută tactica curativă se alege în dependență de riscul operator. [15] Bolnavilor cu riscul operator mediu li se va face intervenția chirurgicală în mod de urgență în decurs de 24 ore de la internare cu preferarea orelor de zi. La pacienții cu gradul de risc grav sau foarte grav alegerea tacticii curative este dependentă de cauza riscului major. În cazul intoxicației marcate se va petrece măsuri de dezintoxicare cu intervenția ulterioară de urgență.[1] În cazul decompensării sistemelor cardiovascular și respirator determinate de prezența patologiilor asociate grave, este nevoie de o terapie preoperatorie mai îndelungată. În aceste cazuri se recomandă cuparea crizei de colecistită acută cu metode neoperatorii, inclusiv și decompresia laparoscopică a vezicii biliare. Acești bolnavi au nevoie de investigarea amanunțită împreună cu terapeutul și de o pregătire preoperatorie îndelungată. După micșorarea riscului operator se indică intervenția chirurgicală la ziua a 4-a –a 7-a din momentul internării. La pacienții la care riscul operator rămîne foarte înalt se refuza de la intervenția chirurgicală. Dar în cazul insuccesului tratamentului conservator sau apariția cărorva complicații urgente se poate de efectuat intervenția chirurgicală obligată la ziua 2-3, necătînd la riscul operațional înalt. [12]

Tratamentul conservativ include

1. Repausul digestiv, eventual aspirația gastrică în caz de vărsături repetate.
2. Reechilibrarea hidroelectrolitică, energetică și metabolică.
3. Antibiotereapia cu spectru larg, activă pe germeni de tip intestinal.
4. Combaterea durerii prin spasmolitice (atropină, platifilină, noșpa, papaverină)[1]

Tratamentul chirurgical se efectuează cu anestezie generală endotraheală cu relaxare, care face posibilă manevra asupra ductului coledoc și profilaxia complicațiilor în timpul operației. Calea optimă de acces operatoriu este incizia în regiunea sub costală dreaptă după Koher și Fiodorof.[8] Unii chirurghi preferă laparatomie medială superioară. Incizia trebuie să asigure accesul liber spre colul vezicii biliare, căile biliare magistrale, papila duodenală.

Colecistostomia este indicată în situațiile în care din diferite motive (starea biologică a bolnavului, condițiile locale intraoperatorii) nu se poate efectua colecistectomia. Dar această operație se efectuează foarte rar.[1] Colecistectomia este o intervenție de elecție, deoarece extirpă sediul inflamației acute, poate fi completată cu coledohotomie, drenarea externă a căilor biliare extrahepatice (inspecția, palparea, sondajul prin ductul cistic sau prin coledohotomie), se

stabilește volumul intervenției chirurgicale. În ultimul timp colangiografia nu se efectuează din cauza pericolului dezvoltării pancreatitei.[1] Colectectomia laparoscopică (CL) reprezintă tratamentul chirurgical obișnuit pentru colecistita acută litiazică, datorită avantajelor pe care le prezintă comparativ cu intervenția clasică. Principalele avantaje sunt: discomfortul mai mic al pacientului, durata mai scurtă a spitalizării, revenirea rapidă la stilul de viață anterior operației, cheltuieli financiare mai mici[8]. Metoda a devenit mai sigură pe măsură ce chirurgii operatori au dobândit mai multă experiență și s-au familiarizat cu tehnica laparoscopică. Totuși, complicațiile care apar sunt destul de frecvente, iar incidența cea mai mare o au leziunile căilor biliare, care depășesc în unele statistici leziunile căilor biliare întâlnite în colectectomia clasică.[9] Utilizarea CL la populația vârstnică a primit în general referințe favorabile, mai ales în cazul în care pacienții sunt selectați cu atenție [2,5].

Discuții

Pacienții cu colecistită constituie 17-18% din intervențiile de urgență și ocupă al doilea loc după apendicită. Cea mai mare parte din acești pacienți, 50-70% sunt persoanele în etate cu patologie asociată severă, servind drept obiect de mari discuții privind conduita terapeutică - chirurgicală.[12] Acest lucru fiind confirmat și în studiul nostru, din 125 pacienți incluși în studiu 40 sunt persoane mai în vârstă de 65 ani, care în 90% cazuri suferă de o patologie asociată. Patologia cardiovasculară predomină printre patologiile asociate, incidența acesteia la acești pacienți depășește de 3 ori incidența ei la persoane sub 65 ani.

La 30% bolnavi cu vârsta înaintată se observă o evoluție atipică sau ștearsă a tabloului clinic, ce necesită o investigație mai amplă a bolnavilor pentru a stabili diagnosticul corect.[12] Acest lucru în studiul nostru s-a observat prin incidența mai mare a colecistitei gangrenoase la vârstnici, ce ne sugerează existența dubiilor în diagnostic și evoluția procesului inflamator în colecist.

Prezența patologiilor asociate prezintă o piedică serioasă în tactica curativă la persoanele în etate cu colecistită acută, adesea obligă amânarea intervenției chirurgicale până la stabilizarea stării funcțiilor vitale a pacientului. Acest lucru a fost reflectat în studiul nostru prin o incidență mult mai mare a intervențiilor târzii după mai mult de 72 ore de la internare la pacienții vârstnici. Pacienții peste 65 ani par a avea aceeași morbiditate scăzută, durata a spitalizării, rată a conversiilor ca și pacienții mai tineri care au colecistită acută litiazică și la care s-a efectuat colectectomia pe cale laparoscopică.[3] Colectectomia laparoscopică este o metodă sigură și eficientă pentru pacienții vârstnici, acest lucru este confirmat prin indicatori mai buni obținuți.

Concluzii

-Algoritmul de diagnostic al colecistitei acute calculoasă la persoane vârstnice va include obligatoriu confruntarea acuzelor, tabloului clinic cu rezultatele examenului de laborator clinic și biochimic, imagistic, sonografic, radiologic, iar la necesitate și laparoscopic.

-Pregătirea preoperatorie a bolnavilor cu colecistită acută la persoane vârstnice este o etapă obligatorie din întregul complex de măsuri terapeutice cu durata de la 2-4 ore până la 24-48 și mai multe ore, timpul fiind racordat la obținerea criteriilor minime de operabilitate.

-Tactica chirurgicală activă în colecistita acută evită progresarea și răspândirea procesului inflamator cu dezvoltarea intoxicației și respectiv reduce riscul complicațiilor grave postoperatorii la persoane vârstnice.

-Colectectomia laparoscopică la vârstnici determină o îmbunătățire a rezultatelor postoperatorii, cu morbiditate și mortalitate mai mici decât în cazul colectectomiei clasice. Pacienții peste 65 ani par a avea aceeași morbiditate scăzută, durata a spitalizării, rată a conversiilor ca și pacienții mai tineri care au colecistită acută litiazică și la care s-a efectuat colectectomia pe cale laparoscopică

Bibliografie

1. Abdomen acut. Diagnostic si tratament. Constantin Țîbîrnă, Silvia Groza, Violeta Ilenco,

Sergiu Pisarenco Chişinău 2006

2. Behrman SW, Melvin WS, Babb ME, Johnson J, Ellison EC. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. *American Surgery* 1996; 62(5): 386-390
3. Fried GM, Clas D, Meakins JL. Minimally invasive surgery in the elderly patient. *Surg Clin North Am.*1994; 74: 375-387
4. Gagic N, Frey CF. The results of cholecystostomy for the treatment of acute cholecystitis. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 140:
5. Golden WE, Cleves MA, John JC. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. *Journal of American Geriatric Society.* 1996; 44: 1380-1383
6. Maloman E. Asistența chirurgicală populației Republicii Moldova în anul 2003. *Arta Medica.* 2004; 2(5): 3-8.
7. Maloman E. Informație despre asistența chirurgicală populației din Republica Moldova în anul 2004. *Arta Medica.* 2005; 2(11): 3-6
8. TITIRCA LUCREȚIA – Urgențe medico-chirurgicale. Editura medicală, București, 1994
9. Walsh RM, Henderson JM, Vogt DP. Trends in bile duct injuries from laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Gastrointestinal Surgery.* 1998; 2: 458-462
10. Лопухин Ю М Савельев В. С Хирургия Москва 1997
11. Алперович Б. И., Соловьев М. М. ,Неотложная хирургия живота, Томск, 2002
12. Ульянов Ю. Н. Сухарев В. Ф., Хирургическая тактика при острым холецистите у болиных пожилото и старческого возраста ,Ленинград, 1988
13. Рубаилов Ю. А., Острыии холецистит, Горький, 1988
14. Кориов О. С. и др. ,Диагностическая и лечебная лапараскопия в неотложной хирургии, Казань, 1988
15. Комплексная диагностика острова холецистита Мосва 1990