



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПОЖИЛЫХ

(по данным Медицинского центра «Ереван»)

Балаян А. З.

Ереванский государственный медицинский университет МЦ Ереван

CLINICAL FEATURES DURING THE ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE OLDER AGE GROUP OF PATIENTS

Balayan A. Z.

Yerevan state medical university

Балаян Аик Зориевич — доцент, кафедра хирургии № 2 ЕГМУ

Рисунки к статье см. цветную вклейку

Балаян Аик Зориевич

Balayan Aik Z.

Резюме:

Острый холецистит (ОХ) представляет собой одно из самых распространенных неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. По распространенности он занимает второе место после острого аппендицита, а у людей пожилого и старческого возраста данная патология выходит на первое место. В исследовании приняли участие 1273 пациента с острым холециститом, поступившие в отделение общей и лапароскопической хирургии медицинского центра «Ереван» в период с 2007 по 2014 гг. Критериями включения больных в настоящее исследование явилось наличие у больного острого холецистита, верифицированного по клиническим данным и результатам лабораторно-инструментального обследования. Критериями исключения больных из группы исследования были: панкреонекроз; патология со стороны органов ЖКТ и других органов и систем, требующая хирургического лечения. В соответствии с целью исследования пациенты были разделены на 2 группы по возрастному признаку: группа 1 (основная) — включала 846 пациентов с острым холециститом в возрасте от 60 лет и старше; группа 2 (группа сравнения) — состояла из 427 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет.

Для больных острым холециститом пожилого и старческого возраста характерна более поздняя госпитализация, обусловленная малосимптомным началом заболевания, повторные госпитализации по поводу ЖКБ в анамнезе, длительный стаж заболевания, более высокая частота сопутствующей патологии и полиморбидность, которые и были ведущими причинами отказа от оперативного вмешательства во время предшествующих госпитализаций. Кроме того, у пожилых пациентов достоверно чаще выявляются флегмонозные и гангренозные формы острого холецистита, а также его осложнения в виде паравезикального инфильтрата и абсцесса, перитонита (как местного, так и разлитого). В целом, перечисленные характеристики пациентов пожилого и старческого возраста весьма затрудняют оперативное вмешательство по поводу острого холецистита и требуют весьма продуманного подхода к их лечению, а также прогнозированию течения процесса.

Summary:

One of the most popular abdominal diseases is an acute cholecystitis. that's why is very actual in acute cholecystitis the study of clinical features in the older age group of patients in improving of preoperative diagnosis and adequate option of treatment. In the research were involved 1273 patients, which were the patients during 2007–2014 years in Medical center of Yerevan, department of Laparoscopic surgery, who suffered from acute cholecystitis. Research findings from the data analysis allows us to assume that the characteristics of the older age group of patients during the acute cholecystitis are difficult to do some surgical intervention and it needs very clever prediction for treatment.

Острый холецистит (ОХ) представляет собой одно из самых распространенных неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. По распространенности он занимает второе место после острого аппендицита, а у людей пожилого и старческого возраста данная патология выходит на первое место (Майстренко Н. А. и др., 2004; Уханов А. П. и др., 2012). По некоторым данным, количество пациентов, страдающих острым холециститом, в возрасте старше 60 лет составляет более 60% от общей численности больных с данной патологией (Гальперин Э. И., 2006). По этой причине в структуре контингента госпитализированных больных по поводу острого холецистита удельный вес пациентов старческого возраста достигает 40–65%, а их доля среди оперированных превышает 70% (Сандаков П. Я., 2005; Брискин Б. С. и др., 2007).

При этом хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста вызывает определенные трудности, обусловленные особенностями течения воспалительного процесса в желчном пузыре на фоне возрастных изменений организма, тяжестью исходного состояния на фоне выраженной сопутствующей патологии. В совокупности эти факторы обуславливают значительную частоту развития осложнений у пожилых пациентов, а также высокий уровень летальности. В целом процент послеоперационных осложнений в данной группе пациентов превышает 43%, а показатель летальности от острого холецистита нередко достигает 27%, а по данным некоторых авторов — до 62% (среди пациентов старше 80 лет умирает почти 2/3 оперированных) (Чернов В. Н., Суздальцев И. В., 2002; Брискин Б. С., 2009). Следует отметить, что уровень послеоперационной летальности у больных старшей возрастной группы остается высоким даже после внедрения в практику современных хирургических технологий также и достигает при операциях на высоте приступа 20% (Капралов С. В. и др., 2010; Altmeir G., 2001), а при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии послеоперационная летальность превышает 40–50% (Затевахин И. И. и др., 2000).

В немалой степени, столь неудовлетворительные результаты лечения острого холецистита у пожилых пациентов обусловлены диагностическими ошибками на дооперационном этапе. Проблемы диагностики и лечения ОХ у этой категории пациентов, обусловленные особенностями течения заболевания, связанными с возрастными изменениями организма и снижением его компенсаторных возможностей. Так, по данным ряда авторов, у данной категории пациентов уже в первые часы после начала острого приступа холецистита отмечаются тяжелые необратимые процессы в стенке желчного пузыря (Чумаков А. А. и др., 2008; Yasuda H. et al., 2007). В то же время, многие специалисты отмечают, что у большей части больных пожилого и старческого возраста наблюдается несоответствие клинических проявлений заболевания и патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря. Исследователи указывают на стертость и атипичность клинической картины острого холецистита у пожилых пациентов, благодаря которым даже развитие перипузырных гнойных осложнений и перитонита протекает асимптомно

(Грубник В. В. и др., 1998; Гостищев В. К., Евсеев М. А., 2001).

Следует помнить и о том, что у пациентов старческого возраста развитие ОХ протекает на фоне обострения имеющихся сопутствующих заболеваний, которые оказывают влияние как на клиническую картину, так и на общее состояние пациента (Брискин Б. С., Ломидзе О. В., 2008; Borzellino G. et al., 2002). По данным некоторых авторов, практически у 100% пожилых пациентов выявляются сопутствующие заболевания, причем наиболее часто у больных острым холециститом выявляются поражения жизненно-важных органов и систем — сердечно-сосудистой и дыхательной системы, почек (Нестеренко Ю. А. и др., 2006). При этом почти у 80% пациентов заболевания носят сочетанный характер (Прилепина Е. В., 2011). В результате, у пожилых пациентов развивается так называемый «синдром взаимного отягощения», когда в результате приступа острого возникает обострение сопутствующих заболеваний, что, в свою очередь, отягощает состояние пациента (Панфилов Б. К., 1996).

В этой связи представляется весьма актуальным изучение клинических особенностей острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с целью улучшения качества диагностики на предоперационном этапе и выбора адекватного метода лечения.

В исследовании приняли участие 1273 пациента с острым холециститом, поступившие в отделение общей и лапароскопической хирургии медицинского центра «Ереван» в период с 2007 по 2014 гг. Критериями включения больных в настоящее исследование явилось наличие у больного острого холецистита, верифицированного по клиническим данным и результатам лабораторно-инструментального обследования. Критериями исключения больных из группы исследования были: панкреонекроз; патология со стороны органов ЖКТ и других органов и систем, требующая хирургического лечения.

С целью соблюдения принципа независимого (случайного) распределения, пациентов включали в исследование в соответствии с последовательностью их обращения в указанный медицинский центр. Процедура привлечения к обследованию была построена строго в соответствии с международными требованиями, которые включают в себя: информированность обследуемого, согласие его на проведение обследования в полном объеме и обеспечение конфиденциальности.

В соответствии с целью исследования пациенты были разделены на 2 группы по возрастному признаку:

- группа 1 (основная) — включала 846 пациентов с острым холециститом в возрасте от 60 лет и старше (т. е. пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по классификации ВОЗ);
- группа 2 (группа сравнения) — состояла из 427 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет (т. е. включала больных юношеского, молодого и среднего возраста по классификации ВОЗ).

В основу диагностического алгоритма острого холецистита были положены сведения из анамнеза пациентов, клиническая картина, данные объективного обследования, а также результаты комплекса

Таблица 1
Распределение пациентов групп исследования в зависимости от срока госпитализации

Срок госпитализации	Кол-во пациентов (абс./%)		P
	Основная группа	Группа сравнения	
В первые 24 ч	222 (26,24)	339 (79,39)	< 0,05
В период 25–48 ч	136 (16,08)	46 (10,77)	> 0,05
В период 49–72 ч	157 (18,56)	27 (6,32)	< 0,05
Позднее 72 ч	331 (39,13)	15 (3,51)	< 0,01
Всего	846 (100,00)	427 (100,00)	

клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Исследование общеклинических и биохимических анализов крови проводили в штатных клинических и биохимических лабораториях медицинского центра «Ереван». Особое внимание обращали на следующие лабораторные маркеры: уровень лейкоцитов и эритроцитов в периферической крови, СОЭ, лейкоцитарный индекс интоксикации. В биохимическом анализе крови определялись такие показатели как уровень билирубинемии и его фракций в периферической крови, уровень глюкозы крови, активность щелочной фосфатазы, амилазы, АсАТ, АлАТ, электролиты плазмы крови, уровень фибриногена крови и протромбиновый индекс, общий белок сыворотки крови и уровень альбумина, уровень мочевины, креатинина и т. д. Подтверждение факта инфицирования желчи достигалось с помощью бактериологических исследований (полуколичественного анализа).

Сонографические исследования были выполнены всем больным, госпитализированным в клинику с подозрением на острый холецистит. Исследования проводились на аппаратах ультразвуковой диагностики «Alokarpsound 2» (Япония) и «Sono Ace Pico» Medison (Корея) конвексным датчиком 3,5 МГц. Исследования производили в специализированном отделении диагностической сонографии. Больных с подозрением на острый холецистит обследовали в первый час от обращения в клинику, или в ближайшие 14–16 часов от госпитализации. У пациентов с признаками холедохолитиаза или желчной гипертензии по данным УЗИ выполнялась ЭРПХГ. Для выявления сопутствующей патологии со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки, а также большого дуоденального сосочка использовалась эзофагогастродуоденоскопия. По показаниям применялись и другие инструментальные методы исследования – обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости, компьютерная томография гепатобилиарной системы, электрокардиография и т. д.

Полученные в ходе исследования данные подвергались статистической обработке с помощью методов математической статистики. Для оценки отличий количественных признаков между группами применялся критерий Стьюдента для больших выборок с распределением, приближенным к нормальному. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони.

Средний возраст пациентов в основной группе составил $73,21 \pm 2,18$ г., тогда как в группе сравнения – $45,02 \pm 2,98$ г., т. е. был достоверно меньше ($p < 0,05$). При изучении возрастного состава групп было отмечено, что в основной преобладали пациенты

пожилого возраста (85,46% — 723 чел.), а в группе сравнения — среднего (57,14% — 244 чел.) (рис. 1, см. цветную вклейку).

Результаты сравнительного анализа гендерного состава групп представлены на рисунке 2.

Из данных, представленных на диаграмме, следует, что в обеих группах доля женщин была достоверно больше доли мужчин, а соотношение полов составило примерно 3:1. В то же время, значимые различия при сопоставлении гендерного состава групп исследования выявлены не были.

При анализе анамнеза пациентов особое внимание уделялось срокам от проявления первых признаков острого холецистита до госпитализации. Полученные результаты отражены в таблице 1.

Из данных таблицы следует, что практически половина пациентов, включенных в исследование (44,07% — 561 чел.) были госпитализированы в первые сутки от появления первых признаков заболевания. В то же время, обращает на себя внимание, что позднее 24 ч от начала заболевания были госпитализированы 55,93% (712) пациентов, в том числе 27,18% (346) — позднее 72 ч. Разумеется, при столь поздней госпитализации риск проведения оперативного вмешательства существенно возрастает ввиду более высокой вероятности развития осложнений воспалительного процесса в гепатобилиарной системе. При этом обращает на себя внимание, что поздняя госпитализация (в период, превышающий 48 часов от начала заболевания) достоверно чаще отмечалась у пациентов основной группы, тогда как в группе сравнения преобладали лица, госпитализированные в первые 2 сут. с момента появления первых симптомов холецистита. Особенно показательны различия между группами при сопоставлении доли пациентов, госпитализированных в срок, превышающий 72 часов от начала заболевания — в основной группе она в 11 (!) раз больше, чем в группе сравнения.

Отчасти причины подобного различия становятся понятны при сравнительном анализе первых признаков заболевания в группах исследования (рис. 3).

Из данных, представленных на диаграмме, следует, что в основной группе достоверно чаще отмечалось малосимптомное начало острого холецистита — с чувством тяжести в правом подреберье и тошнотой. В то же время, для пациентов группы сравнения были в большей степени характерны яркие проявления заболевания в виде боли в правом подреберье, синдрома диспепсии и лихорадки.

При изучении анамнеза больных острым холециститом было отмечено, что более половины из них (61,43% — 782 чел.) были госпитализированы в стационар повторно. При сборе анамнеза удалось выяснить, что у этих пациентов уже отмечались приступы болей (или чувства тяжести) в правом

Таблица 2
Частота различных сопутствующих заболеваний в группах исследования

Вид патологии	Кол-во пациентов (абс. /%)		p
	Основная группа	Группа сравнения	
Заболевания сердечно-сосудистой системы	667 (78,84)	119 (27,87)	< 0,01
Заболевания дыхательной системы	329 (38,89)	81 (18,97)	< 0,05
Заболевания ЖКТ	583 (68,91)	182 (42,63)	< 0,05
Заболевания моче-половой системы	214 (25,29)	63 (14,75)	< 0,05
Заболевания опорно-двигательного аппарата	192 (22,69)	41 (9,60)	< 0,05
Аллергические заболевания	135 (15,96)	61 (14,29)	> 0,05
Заболевания нервной системы	164 (19,39)	34 (7,96)	< 0,05
Заболевания эндокринной системы	81 (9,57)	31 (7,26)	> 0,05

подреберье, сопровождавшиеся тошнотой и рвотой, по поводу чего они обращались за помощью в различные стационары города (рис. 4).

Из данных диаграммы следует, что для 49,57% (631) пациентов выборки данная госпитализация была второй, а в 15,79% (201) случаев — даже третьей. При этом достоверно чаще повторные госпитализации отмечались в основной группе, тогда как подавляющее большинство больных из группы сравнения (85,48% — 365 чел.) были госпитализированы по поводу острого холецистита в первый раз.

Мы проанализировали причины, по которым хирургическое вмешательство не было проведено во время предыдущих госпитализаций. В результате было выявлено, что в группе сравнения основной причиной был отказ самих пациентов от проведения операции на желчном пузыре — в 58 случаях из 62 (т. е. в 93,55%). В то же время, в основной группе ведущей причиной был отказ врачей от проведения хирургического лечения после купирования болевого синдрома — преимущественно в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии у пациентов, либо их преклонного возраста (752 случая из 770, т. е. в 97,66% случаев).

При ретроспективном анализе длительности заболевания оказалось, что свыше 5 лет болели 35,27% (449) больных, а свыше 10 лет — 11,15% (142), причем более длительный стаж заболевания был характерен для пациентов основной группы, что вполне закономерно (рис. 5).

При анализе данных, представленных на диаграмме, было выявлено, что у подавляющего большинства пациентов группы сравнения (95,08% — 406 чел.) стаж основного заболевания не превышал 10 лет, тогда как в основной группе подобная длительность ЖКБ была отмечена лишь в 34,16% (289) случаях ($p < 0,01$). В то же время, в основной группе достоверно чаще регистрировались пациенты, длительность заболевания у которых превышала 10 лет (65,84% — 557 чел.), а в группе сравнения они выявлялись значительно реже (4,92% — 21 чел.) ($p < 0,001$).

Обобщая полученные данные, можно прийти к весьма настораживающему выводу — для пожилых пациентов, кроме поздней обращаемости больных за медицинской помощью в связи с малосимптомным течением заболевания, характерна длительная консервативная терапия ЖКБ в амбулаторных условиях, что является неоправданным с современной точки зрения ввиду того, что упускаются оптимальные сроки для оперативного вмешательства.

Как уже упоминалось выше, одной из основных причин отказа от хирургического вмешательства у пациентов основной группы служило наличие

у них сопутствующих заболеваний. Действительно, у подавляющего большинства из них (97,04% — 821 чел.) были выявлены сопутствующие заболевания, тогда как в группе сравнения они отмечались значительно реже (51,29% — 219 чел., $p < 0,05$). Сведения о сопутствующих заболеваниях в группах исследования представлены в таблице 2.

Из данных таблицы следует, что в основной группе все виды сопутствующей патологии встречались достоверно чаще, за исключением аллергических заболеваний и эндокринной патологии. При этом обращает на себя внимание, что в структуре сопутствующих заболеваний преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (преимущественно ИБС, постинфарктный кардиосклероз), в то время как в группе сравнения на первом месте были заболевания пищеварительного тракта (в большинстве случаев — хронический гастрит, гастродуоденит). Следует также отметить, что в основной группе достоверно чаще выявлялась сочетанная сопутствующая патология — в 55,91% (473) случаев (в группе сравнения — у 18,03% (77) пациентов, $p < 0,01$).

Что же касается диагностики непосредственно основного заболевания, то по результатам лабораторно-инструментальных методов исследования было выявлено, что в основной группе достоверно чаще отмечались случаи флегмонозного и гангренозного холецистита, а также осложненные формы заболевания (табл. 3).

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что при сопоставимой частоте выявления холецистита, в основной группе достоверно чаще диагностировались его осложненные формы. При этом среди осложнений в основной группе достоверно чаще, чем в группе сравнения выявлялся паравезикальный абсцесс и инфильтрат, а также перитонит (как местный, так и разлитой). Очевидно, это обусловлено как вышеописанными особенностями течения острого холецистита у пациентов пожилого возраста (преобладающих в основной группе), так и их поздней госпитализацией.

Таким образом, для больных острым холециститом пожилого и старческого возраста характерна более поздняя госпитализация, обусловленная малосимптомным началом заболевания, повторные госпитализации по поводу ЖКБ в анамнезе, длительный стаж заболевания, более высокая частота сопутствующей патологии и полиморбидность, которые и были ведущими причинами отказа от оперативного вмешательства во время предшествующих госпитализаций. Кроме того, у пожилых пациентов достоверно чаще выявляются флегмонозные и гангренозные формы острого холецистита, а также его

Таблица 3

Частота различных форм основного заболевания в группах исследования

Форма заболевания	Кол-во пациентов (абс. /%)		p
	Основная группа	Группа сравнения	
Острый холецистит	542 (64,07)	297 (69,56)	> 0,05
в том числе:			
катаральный	99 (18,27)	213 (71,72)	< 0,01
флегмонозный	283 (52,21)	49 (16,49)	< 0,01
гангренозный	160 (29,52)	35 (11,78)	< 0,05
Осложнения острого холецистита:	357 (42,19)	85 (19,91)	< 0,01
водянка	26 (7,28)	6 (7,06)	> 0,05
эмпиема	31 (8,68)	2 (2,35)	< 0,05
паравезикальный инфильтрат	270 (75,63)	28 (32,94)	< 0,05
паравезикальный абсцесс	58 (16,25)	8 (9,41)	< 0,05
панкреатит	66 (18,49)	23 (27,06)	< 0,05
перитонит местный	245 (68,63)	11 (12,94)	< 0,01
перитонит диффузный	49 (13,73)	6 (7,06)	< 0,05
Холедохолитиаз	199 (23,52)	26 (6,09)	< 0,05
в том числе:			
с желтухой	34 (17,09)	15 (57,69)	< 0,01
без желтухи	165 (82,91)	11 (42,31)	< 0,01
Аномалии развития внепеченочных желчных путей + острый холецистит	28 (3,31)	64 (14,99)	< 0,05
Стриктура терминального отдела холедоха + острый холецистит	40 (4,73)	21 (4,92)	> 0,05
Стеноз БДС+ острый холецистит	37 (4,37)	18 (4,22)	> 0,05

Примечание: БДС — большой дуоденальный сосочек

осложнения в виде паравезикального инфильтрата и абсцесса, перитонита (как местного, так и разлитого). В целом, перечисленные характеристики пациентов пожилого и старческого возраста весьма

затрудняют оперативное вмешательство по поводу острого холецистита и требуют весьма продуманного подхода к их лечению, а также прогнозированию течения процесса.

Список литературы

- Брискин Б. С. Абдоминальная боль и дифференциальная диагностика неотложных хирургических состояний у пожилых // Клиническая геронтология. — 2009. — № 4–5. — С. 64–68.
- Брискин Б. С., Ломидзе О. В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых // Клиническая геронтология. — 2008. — № 4. — С. 30–33.
- Брискин Б. С., Хачатрян Н. Н., Савченко З. И., Петере Г. Э. Прогнозирование течения хирургических инфекций у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 2007. — № 6. — С. 40–46.
- Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. — М., 2006. — 568 с.
- Гостищев В. К., Евсеев М. А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. — 2001. — № 9. — С. 30–31.
- Грубник В. В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / В. В. Грубник, В. В. Ильяшенко, Ю. А. Мельниченко // Хирургия. — 1998. — Т. 3. — С. 7–9
- Затевахин И. И., Цициашвили М. Ш., Дзарасова Г. Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение // Вестник РГМУ. — 2000. — № 3. — С. 21–26
- Капралов С. В., Исмаилов У. З., Шапкин Ю. Г. Роль и место диапневтических декомпрессионных операций в хирургии острого холецистита у больных высокого операционно-анестезиологического риска // Современные проблемы науки и образования. — 2010. — № 2. — С. 47–52.
- Майстренко Н. А., Стукалов В. В., Шейко С. Б. Острый холецистит: проблемы и пути решения. / Вестник хирургии. — 2004. — № 5. — С. 140.
- Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Тронин Р. Ю., Хоконов М. А. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клинич. геронтология. — 2006. — № 6. — С. 34–39
- Панфилов Б. К. Сердечно-сосудистые факторы риска в хирургии холецистита // Хирургия. — 1996. — № 3. — С. 41–44
- Прилепина Е. В. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных старше 80 лет: автореф. дисс. канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2011. — 20 с.
- Сандаков П. Я. Результаты диагностики и малоинвазивного хирургического лечения острого калькулезного холецистита // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 1. — С. 121.
- Уханов А. П., Игнатьев А. И., Ковалев С. В. и др. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп // Эндоскопическая хирургия. — 2012. — № 2. — С. 16–20
- Чернов В. Н., Суздальцев И. В. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. — Ростов-на-Дону, 2002. — С. 7–11
- Чумаков А. А., Кокуж С. В., Плюга А. В. Опыт лечения острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Клинич. геронтология. — 2008. — № 4. — С. 43–47.
- Altmeir G. Die akute Cholecystitis // Chirurg. — 2001. — Т. 52, № 3. — P. 450–453.
- Borzellino G. Results of surgical treatment of acute cholecystitis. Prospective study of 280 cases / G. Borzellino, S. Tasselli, G. Zerman // G. Chir. — 2002. — Vol. 23, № 3. — P. 79–84
- Yasuda H., Takada T., Kawarada Y., Nimura Y. Unusual cases of acute cholecystitis and cholangitis // Journal of Hepato-Biliary- Pancreatic Surgery. — 2007. — Vol. 14, № 1. — P. 1424–1428

К статье

Клинические особенности острого холецистита у пожилых
(по данным Медицинского центра «Ереван») (стр. 60–64)

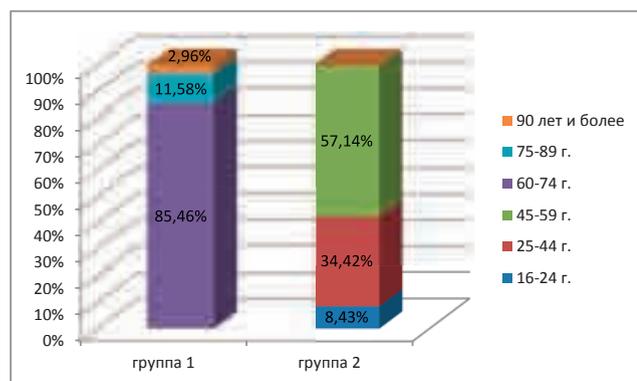


Рис. 1
Сопоставление возрастного состава групп исследования

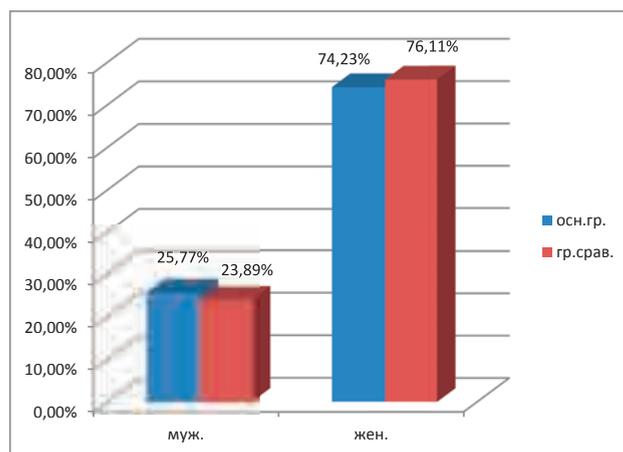


Рис. 2
Сопоставление гендерного состава групп исследования

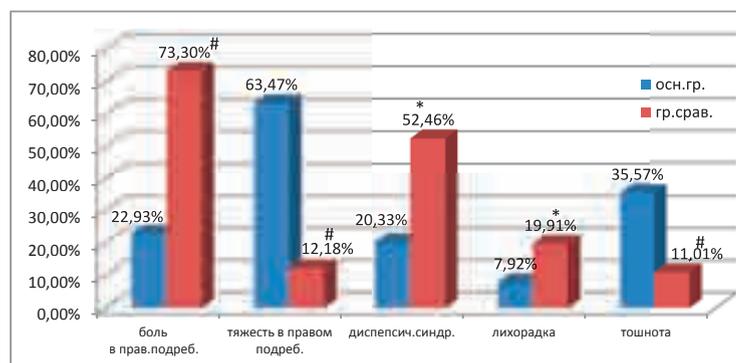


Рис. 3
Сопоставления частоты различных проявлений острого холецистита в группах исследования

Примечание:

* — достоверные различия между группами ($p < 0,05$);

— достоверные различия между группами ($p < 0,01$).

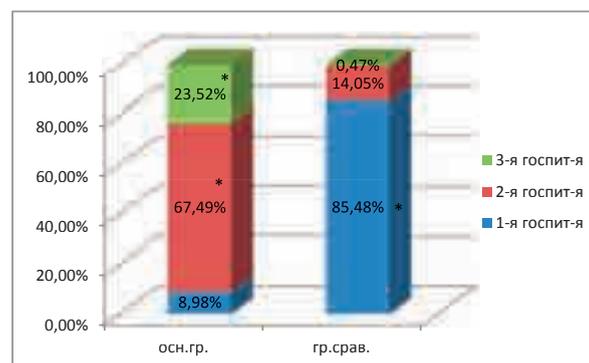


Рис. 4
Распределение пациентов групп исследования в соответствии с частотой предыдущих госпитализаций по поводу острого холецистита

Примечание: * — достоверные различия между группами ($p < 0,01$).

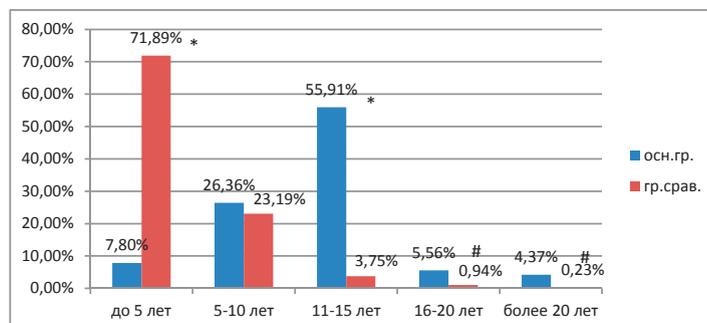


Рис. 5
Сравнительный анализ длительности основного заболевания в группах исследования

Примечание:

* — достоверные различия между группами ($p < 0,01$);

— достоверные различия между группами ($p < 0,05$).