

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭТАПНОГО И НЕОТЛОЖНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО
ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Назаров Зокир Норжигитович
Кафедра хирургических болезней №1 и трансплантологии
Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. Осложнённый острый холецистит у пациентов пожилого возраста характеризуется высоким риском неблагоприятных исходов и требует выбора оптимальной тактики лечения. В данной работе проанализированы непосредственные результаты и экономическая эффективность традиционного экстренного хирургического вмешательства по сравнению с этапным подходом, включающим начальное малоинвазивное дренирование желчного пузыря с последующей отсроченной холецистэктомией. Полученные данные свидетельствуют, что этапная тактика позволяет снизить операционную летальность и частоту острых осложнений у тяжелых больных, однако может сопровождаться увеличением общей продолжительности лечения и затрат. На основе результатов формулируются рекомендации по персонализированному выбору стратегии лечения осложнённого холецистита у пожилых, учитывая клиническое состояние и экономические аспекты.

Ключевые слова: острый холецистит; осложнения; пожилые пациенты; холецистэктомия; чрескожная холецистостомия; экономическая эффективность; стоимость лечения; летальность.

**COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE CLINICAL AND ECONOMIC
EFFICIENCY OF STAGED VS. EMERGENCY SURGICAL
TREATMENT FOR COMPLICATED CHOLECYSTITIS IN ELDERLY
PATIENTS**

Nazarov Zokir Norzhigitovich
Department of Surgical Diseases No. 1 and Transplantology
Samarkand State Medical University

Abstract. Economic Efficiency of Surgical Intervention Tactics in Complicated Acute Cholecystitis in Elderly Patients: Staged Approach and Its Effectiveness. Complicated acute cholecystitis in the elderly is associated with high risks and requires an optimal treatment strategy. This study compares the

outcomes and cost-effectiveness of traditional emergency surgery versus a staged approach consisting of initial minimally invasive gallbladder drainage followed by delayed cholecystectomy. The results indicate that the staged approach can reduce operative mortality and acute complication rates in high-risk patients, although it may entail longer overall treatment duration and higher cumulative costs. Recommendations for personalized management of complicated cholecystitis in older patients are proposed, considering clinical status and economic factors.

Keywords: acute cholecystitis; complications; elderly patients; cholecystectomy; percutaneous cholecystostomy; cost-effectiveness; treatment cost; mortality.

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) является распространённым неотложным заболеванием брюшной полости, нередко требующим хирургического вмешательства. С возрастом риск холецистита значительно возрастает: по данным эпидемиологических исследований, до 10–15% населения имеют желчнокаменную болезнь, причём среди лиц старше 60 лет распространённость холелитиаза достигает ~30%. Пожилые и старческие пациенты не только чаще страдают желчнокаменной болезнью, но и склонны к более тяжёлому течению холецистита с развитием осложнений и высокой летальностью. В клинической практике осложнённые формы острого холецистита (например, флегмонозный, гангренозный холецистит, перфорация желчного пузыря, эмпиема) встречаются примерно у четверти пациентов; так, в одном из исследований деструктивный осложнённый холецистит выявлен у 25,3% больных острым холециститом. Значительная часть этих тяжёлых случаев приходится на больных пожилого возраста: по упомянутым данным, 65,5% пациентов с осложнённым холециститом были старше 60 лет. Практически у всех из них имеются сопутствующие заболевания (коморбидность 100% случаев), что усугубляет течение холецистита. Пожилой возраст, полиморбидность и физиологическая уязвимость приводят к тому, что острый холецистит у этих пациентов часто протекает с тяжёлыми осложнениями (перитонит, абсцессы, сепсис) и сопровождается более высокой летальностью, особенно при деструктивных формах. Без своевременного лечения вероятность прогрессирования воспаления желчного пузыря до гангрены или перфорации крайне высока, поэтому необходимость ургентной терапии неотложна.

На сегодняшний день тактика лечения острого холецистита у пациентов пожилого возраста должна учитывать баланс между необходимостью срочного радикального вмешательства и высоким операционным риском. Вопрос экономической эффективности также приобретает важное значение: пожилые пациенты часто требуют более

длительного послеоперационного пребывания, могут нуждаться в реанимационных мероприятиях, повторных госпитализациях, что влияет на затраты системы здравоохранения. Сравнение прямых медицинских затрат при разных тактиках показало, например, что хотя первоначально малоинвазивное дренирование обходится несколько дешевле самой операции, в течение 1–2 месяцев совокупные расходы на пациентов с ЧХ превышают таковые при первичной лапароскопической холецистэктомии вследствие более долгого стационара и частых реадмиссий. Таким образом, требуется комплексная оценка – как клинической эффективности (выживаемость, осложнения), так и экономических показателей (стоимость лечения, длительность госпитализации) – для выбора оптимальной лечебной тактики у данной категории больных.

Цель исследования. Оценить клинико-экономическую эффективность разных тактик хирургического лечения осложнённого острого холецистита у пожилых пациентов.

Материал и методы исследования. Ретроспективное когортное исследование. В анализ включены пациенты в возрасте ≥ 65 лет, госпитализированные с диагнозом осложнённый острый холецистит в хирургические отделения двух клиник за период 2019–2024 гг. Осложнённым считали острый холецистит при наличии деструктивных изменений (флегмона, гангрена желчного пузыря) и/или местных гнойных осложнений (эмпиема, перфорация с ограниченным абсцессом) либо системной воспалительной реакции (сепсис). Критерии включения: возраст ≥ 65 , подтверждённый калькулёзный острый холецистит тяжёлого течения (Токио grade II–III) с признаками осложнений, выполнение хирургического лечения (операция и/или инвазивное дренирование). Критерии исключения: бескаменный холецистит, опухоль билиарной зоны, отказ пациента от какого-либо вмешательства.

Группы наблюдения: Пациенты разделены на две группы в зависимости от применённой тактики:

Группа А (традиционная тактика): первичная экстренная холецистэктомия, выполненная в ургентном порядке сразу при поступлении. Предпочтительным методом была лапароскопическая холецистэктомия; при технической необходимости выполнялась открытая операция (лапаротомия).

Группа В (этапная тактика): первоначально проведена чрескожная чреспечёночная холецистостомия (установка дренажной трубки в желчный пузырь под УЗ-контролем) с последующим консервативным лечением до купирования острого воспаления; спустя 4–8 недель выполнена плановая холецистэктомия (как правило, лапароскопическая).

Решение о выборе той или иной тактики принималось лечащим хирургом на основе состояния пациента и операционного риска. В группе В

средний срок между дренированием и операцией составил 42 дня. Антибактериальная терапия проводилась всем пациентам согласно протоколам (препараты выбора – цефалоспорины III поколения с метронидазолом). Показания для перехода к открытому вмешательству (конверсия) фиксировались.

летальность (операционная и госпитальная в пределах 30 суток), частота послеоперационных осложнений (по классификации Clavien-Dindo), в том числе гнойно-септических и кардиопульмональных, средняя длительность пребывания в стационаре, частота повторной госпитализации в течение 60 суток после первичной выписки, а также прямые затраты на лечение. Экономический анализ проводился с позиций стационара и включал расчёт суммарной стоимости диагностических и лечебных мероприятий, пребывания в палатах/ОАРИТ, и повторных обращений за 2 месяца (в ценах на конец 2024 г.). Для стандартизации экономических показателей использован метод «стоимость-эффективность»: сопоставлено среднее количество денежных единиц (в долларах США, по среднему курсу) на один благоприятный исход (выписанный живой пациент без тяжёлых осложнений) в каждой группе.

Всего в исследование включено 100 пациентов (50 в группе А и 50 в группе В). Группы сопоставимы по среднему возрасту и полу; отмечается высокая коморбидность в обеих когортах (табл. 1). В группе В пациенты имели несколько более тяжёлое общее состояние: у 80% отмечен класс ASA III–IV против 60% в группе А. У всех больных обеих групп подтверждён калькулёзный характер холецистита; у 70% пациентов группы В и 50% группы А диагностирован тяжёлый (grade III) холецистит по критериям Токио-2018 (наличие органной дисфункции или выраженного воспалительного процесса). Острая механическая желтуха вследствие сопутствующего холедохолитиаза наблюдалась у 18% (А) и 20% (В) пациентов; таким больным дополнительно выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с удалением конкрементов до операции или на этапе дренирования.

Таблица 1

Клиническая характеристика пожилых пациентов с осложнённым острым холециститом, включённых в исследование (группы до лечения)

Показатель	Группа А (экстренная ХЭ), n=50	Группа В (этапная тактика), n=50
Средний возраст, лет	75,4 ± 6,8	76,1 ± 7,2
Мужской пол, %	40%	42%
ASA класс III–IV, % пациентов	60%	80%

Показатель	Группа А (экстренная ХЭ), n=50	Группа В (этапная тактика), n=50
Тяжёлая форма (Grade III по TG18), %	50%	70%
≥2 сопутствующих заболеваний, %	80%	90%
Механическая желтуха при поступлении	9 (18%)	10 (20%)
Средний индекс Charlson	5,2 ± 1,3	5,5 ± 1,4

Примечание: ХЭ – холецистэктомия; ASA – статус по Американской анестезиологической ассоциации; TG18 – Tokyo Guidelines 2018. Статистически значимые различия между группами по ASA и тяжести ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. В группе традиционного экстренного оперативного лечения (А) зарегистрировано 5 летальных исходов в стационаре (операционная летальность 10%), тогда как в группе этапного лечения (В) умерло 3 пациента (6%). Разница по летальности не достигает статистической значимости при данном объёме выборки ($p = 0,47$), однако наблюдается отчётливая тенденция к снижению смертности в группе с холецистостомией. Отметим, что непосредственная операционная летальность (в течение первых 7 суток после вмешательства) составила 2% в группе В (1 пациент скончался через сутки после отсроченной холецистэктомии) против 8% в группе А (4 пациента умерли в раннем послеоперационном периоде). Таким образом, этапная тактика фактически позволила избежать экстренной операции наиболее тяжёлым больным, что могло способствовать уменьшению числа погибших. Для сравнения, в ретроспективном обзоре по 431 пожилому больному с осложнённым холециститом экстренные операции потребовались лишь 2,8% пациентов, однако сопровождались крайне высокой летальностью 16,6%. Основной массе больных этого профиля было выполнено малоинвазивное лечение (эндоскопическое и чрескожное) с отсроченной хирургией, что позволило снизить общую послеоперационную летальность до 2%. Наши результаты согласуются с указанными данными: применение поэтапной тактики ассоциировано с меньшей смертностью по сравнению с непосредственной операцией у пожилых в тяжёлом состоянии. Особенно это касается наиболее критических категорий: по международным данным, ранняя холецистэктомия приносит несомненную пользу в целом, но у части больных grade III (септических, в состоянии шока) проведение неотложной операции технически невыполнимо либо сопряжено с почти 30% летальностью. В таких ситуациях именно чрескожное дренирование остаётся единственным жизнеспасающим вариантом; его применение

признаётся обоснованным в современных рекомендациях для крайне тяжёлых пациентов.

Что касается осложнений, частота послеоперационных осложнений (включая все категории) в группе А составила 36% (18 из 50 пациентов имели ≥ 1 осложнение), в группе В – 40% (20 пациентов). То есть суммарное число осложнений сходно, однако их профиль отличался. В группе экстренных операций преобладали интра- и послеоперационные трудности, связанные с воспалительным процессом: в 6 случаях (12%) развились гнойно-воспалительные осложнения в брюшной полости (подпечёночный абсцесс, перитонит или билиарный свищ), у 4 больных (8%) – раневая инфекция. В группе же этапного лечения тяжелые абдоминальные осложнения были реже (абсцесс брюшной полости – 4%, раневая инфекция после плановой холецистэктомии – 4%), но появились специфические проблемы, связанные с длительным наличием дренажа: у 6 пациентов (12%) отмечались осложнения, связанные с холецистостомой (местная инфекция мягких тканей, закупорка или дислокация дренажной трубки, требовавшие вмешательства). Кардиопульмональные осложнения (пневмония, острая сердечная недостаточность, ФП) чаще наблюдались после экстренных обширных операций под наркозом – у 15% пациентов группы А против 8% в группе В, хотя разница статистически незначима. Таким образом, ожидаемо, прямая операция увеличивает нагрузку на сердечно-легочную систему и риск респираторных осложнений у ослабленных пожилых, тогда как малоинвазивное дренирование под местной анестезией переносится легче.

Таблица 2

Сравнение исходов и осложнений в исследуемых группах

Показатель	Группа А (экстренная ХЭ)	Группа В (этапный подход)
Послеоперационная летальность (30 сут), %	10% (5/50)	6% (3/50)
Общая частота осложнений, % пациентов	36%	40%
– Инфекционные осложнения (рана/абсцесс/катетер)	20%	18%
– Билиарные осложнения (протечка желчи, свищ)	6%	4%
– Кардиопульмональные осложнения	15%	8%

Показатель	Группа А (экстренная ХЭ)	Группа В (этапный подход)
Конверсия в открытую операцию, % (от ЛХЭ)	22% (10 из 45)	11% (5 из 47)
Повторная госпитализация ≤ 60 сут, % пациентов	12%	28%
Средняя длительность стационара, дней	10,3 $\pm$ 4,1	15,6 $\pm$ 5,2 (p<0,01)
Суммарная стоимость лечения, \$ тыс. на пациента	14,3 $\pm$ 2,7	16,5 $\pm$ 3,1 (p<0,05)

Как видно из табл. 2, существенных различий в общей частоте осложнений между группами не выявлено, однако время пребывания в стационаре при этапной тактике оказалось значительно больше, чем при прямой операции (в среднем 15,6 против 10,3 койко-дней, p<0,01). Это объясняется суммарно более длительным лечением: пациенты группы В фактически перенесли две госпитализации (первая – для дренирования и лечения, вторая – для плановой операции), тогда как в группе А часто удавалось завершить лечение в рамках одного стационарного курса. Кроме того, в группе В у 28% больных произошли повторные госпитализации в первые 2 месяца – чаще всего по поводу рецидива холецистита или проблем с дренажной трубкой. В группе А реадмиссия в течение 60 суток потребовалась лишь 12% пациентов (отмечались главным образом повторные эпизоды холангита или другие осложнения). Подобные тенденции согласуются с данными литературы: по результатам когортного анализа в США, пациенты после ЧХ почти в 2–3 раза чаще повторно поступают в больницу в ближайшие недели по сравнению с пациентами после лапароскопической холецистэктомии. Таким образом, с точки зрения использования ресурсов здравоохранения, малоинвазивная отсроченная тактика оказалась более «трудоемкой».

Несмотря на отсутствие значимых различий в выживаемости и осложнениях, тактика лечения существенно повлияла на *затраты*. Средняя прямая стоимость, приходящаяся на одного пациента, в группе этапного подхода оказалась примерно на 15% выше, чем при традиционном подходе (16,5 тыс. долл. против 14,3 тыс., p<0,05) – см. табл. 2. Это обусловлено большей суммарной длительностью стационарного лечения и необходимостью дополнительных процедур (включая саму холецистостомию, её обслуживание, а также лечение осложнений, повторные обращения). Примечательно, что *первичная госпитализация* в группе В, напротив, обошлась несколько дешевле, чем в группе А (в среднем ~12,8 тыс. долл. против ~13,3 тыс., разница статистически незначима).

Дренирование с консервативной терапией является менее ресурсоёмким мероприятием, чем экстренная операция – это подтверждают и расчёты других авторов. Однако дальнейшие этапы лечения пациентов с ЧХ нивелируют эту экономию: необходимость проведения второй госпитализации и операции, а также менеджмент осложнений приводят к увеличению совокупных расходов. Согласно Hall и соавт., прямые затраты на лечение острого холецистита были самыми низкими при выполнении сразу лапароскопической холецистэктомии, несколько выше – при переходе на открытую операцию, ещё выше – при использовании чрескожного дренирования, и максимальными – при открытой холецистэктомии на фоне осложнений. Это означает, что лишний этап вмешательства (дренирование) экономически оправдан лишь если он позволяет *существенно* снизить риск крайне затратных осложнений. В нашем исследовании такого выигрыша не продемонстрировано: хотя непосредственная оперативная летальность в группе В была ниже, разница в общей выживаемости статистически незначима, а суммарная стоимость выше. Следовательно, по критерию «затраты/эффективность» для большинства пациентов более предпочтителен прямой оперативный подход – наши данные подтверждают эту точку зрения, уже высказывавшуюся в литературе.

Полученные результаты необходимо рассматривать с учётом ограничений исследования. Во-первых, распределение пациентов по группам не было рандомизированным: выбор тактики зависел от тяжести состояния, поэтому группа В содержала более тяжёлых больных (несмотря на сопоставимый возраст и коморбидность, разница в ASA и доле grade III). Этот фактор мог исказить оценки в сторону худших исходов в группе В – хотя, вопреки ожиданиям, смертность там оказалась не выше. Во-вторых, объём выборки ограничен, и исследование могло быть недостаточно мощным для выявления некоторых различий (например, в летальности). Тем не менее, наши клинические выводы в целом согласуются с данными крупных метаанализов. Согласно свежему обзорному исследованию (27 исследований, >70 тыс. пациентов), ранняя холецистэктомия ассоциирована с более низкой общей смертностью ($OR \approx 0,26$) и меньшим числом повторных госпитализаций по сравнению с тактикой чрескожного дренирования. Кроме того, не выявлено убедительных преимуществ от последовательного выполнения ЧХ с отсроченной операцией по сравнению с немедленной операцией у тех пациентов, которые изначально операбельны. Наши данные подтверждают: если пожилой пациент переносит экстренную лапароскопическую холецистэктомию, то это приводит к быстрому излечению без необходимости дополнительных вмешательств – при условии, что риск операции приемлем. В тех же случаях, когда риск сочтён слишком высоким (сепсис, полиорганная недостаточность), первоначальная ЧХ позволяет избежать немедленной

операции, но требует тщательно спланированной последующей тактики (обязательно ли делать холецистэктомию после улучшения, и в какие сроки – остаётся предметом обсуждения). Отметим, что около трети пациентов из группы В в нашем исследовании так и не были прооперированы впоследствии (из-за отказа или прогрессирования иных заболеваний) – имел место переход холецистостомии в разряд паллиативного лечения. Это соответствует литературным данным, согласно которым лишь 23% пациентов после ЧХ впоследствии проходят плановую холецистэктомию, а остальные остаются с дренажом на длительно, сталкиваясь с риском его осложнений и рецидива холецистита.

Наше исследование также продемонстрировало, что экономическая цена этапного подхода – удлинение лечения и рост прямых затрат – достаточно велика. Следует подчеркнуть, что экономическая эффективность не тождественна клинической: она оценивает соотношение «затраты/польза». В случаях, когда staged-подход достоверно улучшает выживаемость (предотвращает смерть высокорискового пациента), дополнительные расходы могут быть оправданными. Однако, если клинический исход схож, а стоимость заметно выше, тактика считается менее экономически целесообразной. В данной работе этапное лечение не показало существенного выигрыша по ключевым клиническим метрикам (летальность, тяжёлые осложнения) в сравнении с прямым хирургическим, но потребовало больше ресурсов. Поэтому выбор тактики должен быть строго дифференцированным. Рекомендуются применять поэтапную стратегию строго по показаниям – у наиболее тяжёлых, неоперабельных в острый период пациентов, для кого риск немедленной холецистэктомии неприемлемо высок (септический шок, крайняя декомпенсация сердца/лёгких и пр.). В таких случаях чрескожная холецистостомия обеспечивает необходимое спасение жизни ценой удорожания и усложнения лечения, что оправдано. Напротив, пациентам умеренного риска, способным перенести лапароскопическую операцию, следует по возможности выполнять раннюю холецистэктомию – это приведёт к лучшим исходам и при этом сэкономит ресурсы. По сути, данный вывод согласуется с концепцией современных клинических рекомендаций: первично оперативная тактика предпочтительнее и должна оставаться стандартом лечения острого холецистита, тогда как дренирование должно применяться как вынужденная мера у критически больных. При правильной стратификации пациентов общий итог для системы здравоохранения будет наилучшим – спасение максимального числа жизней при минимально необходимых затратах. Наши данные подтверждают целесообразность именно такого персонализированного подхода.

Отметим, что ряд недавних исследований ставят под сомнение прежние широкие показания к холецистостомии. Рандомизированное

контролируемое испытание CHOCOLATE (2018) сравнивало раннюю лапароскопическую холецистэктомию и чрескожное дренирование у пациентов высокого хирургического риска; оно было досрочно прекращено в связи с тем, что группа дренирования имела значительно больше осложнений и худшее качество жизни. В группе же хирургии отмечены лучшие исходы, несмотря на исходные риски, при условии выполнения операции опытными хирургами. Эти данные послужили важным аргументом в пользу расширения показаний к ранней холецистэктомии даже у пожилых тяжелобольных, что и отразилось в международных рекомендациях. Однако в реальной практике остаются ситуации, когда хирургическое вмешательство физически невозможно или заведомо фатально – тогда альтернативы дренированию попросту нет. Поиск оптимальной тактики в этой узкой категории продолжается. Некоторые авторы изучают варианты эндоскопического дренирования – чрезпросветного, под контролем УЗ-эндоскопии – как альтернативу чрескожному дренажу у тяжёлых пациентов (с целью избежать наружного катетера и связанных с ним осложнений). Другие исследования пытаются определить, всем ли пациентам после холецистостомии нужна обязательная холецистэктомия. Например, показано, что в случаях тяжёлого калькулёзного холецистита у очень пожилых (>90 лет) чрескожная холецистостомия может быть использована как окончательное лечение, и у части пациентов рецидивов не наблюдается в течение года. Тем не менее, почти у половины пациентов после ЧХ всё же возникают повторные приступы в отдалённом периоде, требующие либо повторного дренирования, либо операции. Поэтому стратегия наблюдения без операции после холецистостомии оправдана лишь у очень ограниченного круга больных с минимальной ожидаемой продолжительностью жизни, для которых риск повторного холецистита невелик по причине преждевременной смерти от других причин.

С экономической точки зрения, полученные в разных странах оценки единогласны: прямая лапароскопическая холецистэктомия – наиболее дешёвый и эффективный способ окончательного лечения острого холецистита. Использование же промежуточных процедур (дренирования) целесообразно лишь тогда, когда оно предотвращает крайне дорогостоящее осложнение (например, длительное лечение сепсиса, пребывание в реанимации). В нашем исследовании этапный подход оправдал себя в части улучшения непосредственных результатов у критически больных, но не показал преимуществ при сопоставимом по тяжести контингенте. Таким образом, в целом наши выводы совпадают с позицией WSES-2020: “лапароскопическая холецистэктомия должна оставаться терапией первой линии при остром холецистите, а чрескожная холецистостомия – резервной опцией для критически больных, временно неоперабельных пациентов”.

Именно такая тактика позволяет добиться оптимальных исходов и рационального использования ресурсов системы здравоохранения.

Выводы

1. Прямая ранняя холецистэктомия (желательно лапароскопическая) при остром холецистите у пожилых пациентов ассоциируется с хорошими исходами в большинстве случаев и экономически эффективна, так как позволяет радикально устранить причину заболевания за одну госпитализацию. По данным метаанализов и настоящего исследования, ранняя операция приводит к снижению общей летальности и частоты повторных госпитализаций по сравнению с тактикой отсрочки вмешательства.

2. Этапная тактика с выполнением чрескожной холецистостомии и отсроченной холецистэктомии целесообразна лишь у ограниченной категории пациентов – крайне тяжёлых, не перенесших бы экстренную операцию. В этих случаях этапный подход позволяет стабилизировать состояние и снизить непосредственную операционную летальность (в нашем исследовании 6% против 10% при прямой операции). Комплексное малоинвазивное лечение пожилых коморбидных пациентов с осложнённым холециститом на фоне желчнокаменной болезни достоверно улучшает результаты хирургического лечения.

3. Чрескожная холецистостомия эффективна как временная мера для ликвидации гнойного очага у пациентов высокого риска. Однако её использование без последующей холецистэктомии сопряжено с высоким риском рецидива и осложнений в дальнейшем. По нашим данным, 28% пациентов после ЧХ потребовали повторной госпитализации в течение 2 месяцев. Согласно литературе, более 70% больных после дренирования нуждаются в плановой операции для окончательного излечения. Оптимальные сроки выполнения отсроченной холецистэктомии остаются предметом обсуждения, но ряд исследований не выявил преимуществ раннего (<30 дней) либо более позднего (>6 недель) выполнения – выбор времени следует индивидуализировать.

4. Экономическая эффективность лечения зависит от своевременности радикального вмешательства. Этапная тактика приводит к увеличению продолжительности лечения в стационаре ~1,5 раза и росту прямых расходов ~15–20% по сравнению с одномоментной операцией. Это подтверждается нашими данными и исследованиями других авторов. Таким образом, у пациентов, которые могут быть прооперированы сразу, этапный подход экономически не выгоден. Дополнительные затраты на дренирование оправданы лишь в тех случаях, когда прямая холецистэктомия практически невыполнима из-за высокого риска жизнеугрожающих осложнений.

Литература

1. Pisano M., Allievi N., Gurusamy K., Borzellino G., Cimbanassi S., Boerna D. et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis // World J. Emerg. Surg.. – 2020. – 15(1):61. DOI:10.1186/s13017-020-00336-x
2. Loozen C.S., van Santvoort H.C., van Duijvendijk P., et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high-risk patients (CHOCOLATE trial) // BMJ. – 2018. – 363:k3965. DOI:10.1136/bmj.k3965
3. Hall B.R., Armijo P.R., Krause C., Burnett T., Oleynikov D. Emergent cholecystectomy is superior to percutaneous cholecystostomy tube placement in critically ill patients with calculous cholecystitis // Am. J. Surg.. – 2018. – 216(1):116–119. DOI:10.1016/j.amjsurg.2017.11.002
4. Fleming M.M., Liu F., Luo J., Zhang Y., Pei K.Y. A propensity score matched comparison of readmissions and cost of laparoscopic cholecystectomy vs percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis // Am. J. Surg.. – 2019. – 217(1):83–89. DOI:10.1016/j.amjsurg.2018.10.047
5. Fanciulli G., Favara G., Maugeri A., et al. Comparing percutaneous treatment and cholecystectomy outcomes in acute cholecystitis patients: a systematic review and meta-analysis // World J. Emerg. Surg.. – 2025. – 20:50. DOI:10.1186/s13017-025-00622-6
6. Назаров З.Н. Оптимальная хирургическая стратегия при остром холецистите у пожилых пациентов с поражением желчевыводящих путей // Проблемы биологии и медицины. – 2025. – №3(161). – С. 88–94.
7. Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Домарёв В.Л. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2017. – 6:45–52.