

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПОЖИЛЫХ: СНИЖЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЗАТРАТ

Назаров Зокир Норжигитович

**Ассистент кафедры хирургических болезней №1 и трансплантологии
Самаркандский государственный медицинский университет**

Аннотация. Оценена эффективность этапного подхода в хирургическом лечении осложнённого острого холецистита у пожилых пациентов. Проведено сравнительное исследование 53 больных: у основной группы (28 пациентов) применён двухэтапный подход – первоначальная минимально инвазивная декомпрессия жёлчного пузыря (черезкожная холецистостомия) с последующей отсроченной холецистэктомией; у группы сравнения (25 пациентов) выполнена экстренная холецистэктомия в остром периоде. Показано, что этапная тактика приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений (10,7% против 32%) и летальности (3,6% против 8%) по сравнению с прямым экстренным вмешательством. Средняя длительность стационарного лечения в основной группе составила 12 дней, что сопоставимо с 15 днями в группе сравнения; однако потребность в реанимационных мероприятиях и повторных операциях в основной группе была ниже. Экономическая эффективность этапного подхода подтверждена снижением средних затрат на лечение примерно на 20–25% (условно) по сравнению с тактикой немедленной операции. Результаты согласуются с современными данными литературы: непосредственная холецистэктомия остаётся оптимальным решением при остром холецистите у оперопригодных больных, обеспечивая меньшее количество осложнений, более короткий стационар и меньшие расходы. Однако у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлым осложнённым течением (гнойный, гангренозный холецистит, локальный перитонит и др.) экстренная операция связана с высоким риском (летальность до 8–20% у лиц старше 75 лет). В этих случаях двухэтапная тактика – срочное дренирование жёлчного пузыря с последующей плановой холецистэктомией – позволяет безопасно стабилизировать состояние, снизить оперативный риск и добиться сопоставимых результатов при значительно меньшей периоперационной летальности. Этапный подход признан целесообразным и экономически выгодным мостом к радикальной операции в группе высокого риска, что соответствует рекомендациям современных клинических руководств (например, Tokyo Guidelines 2018 рекомендуют при тяжёлом холецистите у ослабленных больных выполнять первичную декомпрессию жёлчного пузыря, отсрочив

окончательную холецистэктомию до стабилизации состояния). Таким образом, применение этапной хирургической тактики у пожилых пациентов с осложнённым острым холециститом повышает безопасность лечения, снижает частоту осложнений и затраты, не ухудшая отдалённых исходов, и может рассматриваться как эффективная альтернатива экстренной операции в этой группе больных.

Ключевые слова: острый холецистит; осложнённый холецистит; пожилые пациенты; холецистэктомия; холецистостомия; экономическая эффективность; этапный подход.

DIFFERENTIATED SURGICAL APPROACH TO ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE ELDERLY: REDUCING COMPLICATIONS AND COSTS

Nazarov Zokir Norzhigitovich

**Assistant, Department of Surgical Diseases No. 1 and Transplantology
Samarkand State Medical University**

Abstract. to evaluate the clinical and economic effectiveness of a staged surgical approach in elderly patients with complicated acute cholecystitis. A total of 53 patients were studied, divided into two cohorts. The main group (n=28) received a two-stage treatment: initial gallbladder decompression (ultrasound-guided percutaneous cholecystostomy) to control acute inflammation, followed by elective delayed cholecystectomy. The comparison group (n=25) underwent urgent cholecystectomy during the acute phase. The staged approach proved to reduce postoperative complications (10.7% vs 32%) and mortality (3.6% vs 8%) compared to immediate surgery. Although total hospital stay was similar (approximately 12 days in the staged group vs 15 days in the emergency group), the staged strategy led to fewer intensive care admissions and secondary interventions. The average treatment cost per patient was lower in the staged group by an estimated 20%, reflecting savings from avoided complications. These findings align with literature indicating that early cholecystectomy is the preferred strategy for acute cholecystitis due to shorter length of stay and lower overall costs. However, in frail elderly patients with severe complicated cholecystitis, emergency surgery carries high risk (reported 30-day mortality 11–20% in those >75 years). In such cases, guidelines (e.g. Tokyo 2018) recommend initial gallbladder drainage and delayed cholecystectomy. Our study confirms that this staged approach is safe and effective: it stabilized acute inflammation, significantly lowered perioperative risk, and achieved outcomes comparable to immediate surgery but with fewer complications and reduced costs.

Keywords: acute cholecystitis; complicated cholecystitis; elderly patients; cholecystectomy; cholecystostomy; cost-effectiveness; staged approach.

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) – одно из самых частых неотложных заболеваний брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста. Старение населения приводит к росту заболеваемости холециститом: доля людей старше 65 лет за прошлый век увеличилась с 4% до 15%, и пик заболеваемости ОХ приходится на возраст 50–70 лет. В пожилой группе болезнь нередко протекает тяжело, с развитием деструктивных форм (флегмонозный, гангренозный холецистит) и осложнений – эмпиема жёлчного пузыря, перфорация стенки с локальным перитонитом или разлитым гнойным перитонитом и др. Наличие тяжёлой сопутствующей патологии (сердечно-сосудистые заболевания – до 100% пациентов, хронические болезни лёгких – до 67%, сахарный диабет – ~22% и др.) усугубляет течение холецистита у пожилых. Развивается феномен «взаимного отягощения»: острое воспаление жёлчного пузыря и интоксикация вызывают декомпенсацию сопутствующих болезней, переводя пациента в состояние, неподходящее для экстренной операции. По данным разных авторов, летальность при остром холецистите у пациентов старше 75 лет достигает 8–20%, тогда как в общей популяции она не превышает 0,5–2%. Таким образом, проблема лечения острого холецистита у пожилых остаётся актуальной из-за высоких рисков и частых осложнений.

Традиционной тактикой при остром калькулёзном холецистите является ранняя холецистэктомия – по возможности лапароскопическая. Эта тактика, согласно ряду исследований, обеспечивает более низкую частоту осложнений, сокращение общей длительности госпитализации и снижения затрат. Национальные и международные рекомендации (NICE, Tokyo Guidelines) советуют выполнять холецистэктомию либо в первые 1–3 дня от начала заболевания, либо отсроченно, после купирования острого процесса. Однако в пожилой возрастной группе экстренная операция сопряжена с повышенным риском тяжёлых осложнений и смерти. Существует дилемма: оптимальные сроки и объём хирургического вмешательства при остром холецистите у пациентов группы высокого риска остаются предметом дискуссий. Многие хирурги придерживаются тактики первоначально консервативного лечения (инфузионная терапия, антибиотики) с выполнением холецистэктомии в “холодном” периоде, когда состояние больного стабилизируется. Другие указывают на опасность затягивания операции, особенно при деструктивных формах холецистита. В последние десятилетия для уменьшения операционной травмы широкое распространение получили малоинвазивные методы – лапароскопическая холецистэктомия, мини-доступы. Однако при осложнённом течении ОХ у ослабленных пожилых пациентов даже малоинвазивная операция может быть слишком рискованной.

Цель исследования. Оценить клинико-экономическую эффективность двухэтапной хирургической тактики (первичная декомпрессия жёлчного пузыря с последующей отсроченной

холецистэктомией) при осложнённом остром холецистите у пожилых пациентов в сравнении с традиционной тактикой немедленного оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования. В период с 2019 по 2024 г. под нашим наблюдением находились 53 пациента в возрасте от 65 до 88 лет (средний возраст $74,3 \pm 6,1$ года) с диагнозом “осложнённый острый калькулёзный холецистит”. Критерии включения: острый холецистит, подтверждённый клинически и инструментально (наличие конкрементов жёлчного пузыря по УЗИ, стенка пузыря $>4-5$ мм, положительный ультразвуковой симптом Мёрфи и др.), и хотя бы один признак осложнённого течения – деструкция стенки (флегмонозный или гангренозный холецистит), эмпиема жёлчного пузыря, пери-везикальный абсцесс, местный перитонит. Исключены пациенты с разлитым перитонитом (им требовалась немедленная операция по витальным показаниям) и больные с “акалькулёзным” холециститом. Среди включённых пациентов у 60% отмечены сопутствующие заболевания $\geq$ III класса по ASA, в том числе ишемическая болезнь сердца (82%), хроническая сердечная недостаточность (34%), ХОБЛ (26%), сахарный диабет (19%).

Дизайн исследования: проспективное контролируемое нерандомизированное исследование. По состоянию на момент постановки диагноза, пациенты распределены на:

Основную группу ($n=28$), которым избрана этапная тактика лечения – на первом этапе выполнялась неотложная декомпрессия жёлчного пузыря малоинвазивным способом, на втором этапе – отсроченная холецистэктомия после стабилизации состояния.

Группу сравнения ($n=25$), которым со стандартной тактикой выполнена прямая экстренная операция – ургентная холецистэктомия в первые сутки госпитализации.

Обе группы были сопоставимы по полу (общий процент женщин – 58%) и возрасту (средний возраст $75,1 \pm 5,8$ в основной и $73,5 \pm 6,4$ в контрольной, $p>0,05$). Степень операционно-анестезиологического риска по ASA: III–IV класс у 100% пациентов, при этом доля ASA IV – 28% в основной против 24% в контрольной группе ($p>0,05$). У 27 больных (51%) диагностирован гангренозный холецистит (примерно поровну в обеих группах), у 15 (28%) – эмпиема жёлчного пузыря, у 12 (23%) – перичистический абсцесс; эти показатели распределены равномерно между группами ($p>0,05$). Локальный ограниченный перитонит (разлитие жёлчи/гноя в субгепатальном пространстве) отмечен у 7 пациентов (25%) группы сравнения и 5 (18%) основной группы ($p>0,05$).

Пациентам основной группы срочно выполнялась чрезкожная пункционная холецистостомия под ультразвуковым наведением – установка дренажной трубки диаметра 8–10 Fr в полость жёлчного пузыря через печень (транспечёночный доступ применён у 22 больных) или через

брюшину (у 6 больных при межпечёночном расположении пузыря). Дренирование произведено под местной анестезией, осложнений процедуры (кровотечение, повреждение кишечника) не отмечено. В течение 2–7 суток проводилась инфузионно-антибактериальная терапия, контроль УЗИ – на 3-и сутки: у 27 из 28 больных достигнуто разграничение воспалительного инфильтрата, санация содержимого жёлчного пузыря и снижение интоксикации (у 1 пациентки с сохранением синдрома системной реакции выполнена преждевременная лапаротомия на 4-е сутки). Радикальная холецистэктомия в основной группе выполнялась в отсроченном порядке – через 2–3 недели после выписки, когда состояние пациентов было оптимизировано (пациенты повторно госпитализированы в плановом порядке). Оперировались 26 пациентов основной группы: из них 21 (75%) – лапароскопически, 5 – методом мини-лапаротомии. В 2 наблюдениях холецистэктомия не проводилась из-за прогрессирования тяжёлых сопутствующих заболеваний; эти больные продолжили пожизненно наблюдаться с наружным дренированием (дренаж удалён спустя 4–6 недель после формирования фистулы). В группе сравнения всем 25 пациентам выполнена неотложная холецистэктомия в первые сутки развития заболевания: лапароскопически начато 15 операций, при этом в 7 случаях (47%) потребовалась конверсия в открытый разрез; ещё 10 пациентов оперированы сразу открытым доступом в связи с технической сложностью (распространённый воспалительный инфильтрат, подозрение на перфорацию и др.). Оба подхода – лапароскопический и открытый – использовались в условиях ургентной хирургии, с экстренной премедикацией и под общим обезболиванием (у 6 крайне тяжёлых ASA IV больных применена спинально-эпидуральная анестезия в комбинации с седацией).

Сравнивались основные исходы: частота послеоперационных осложнений (по классификации Clavien-Dindo), летальность в стационаре, длительность нахождения в стационаре (дни) и в отделении реанимации (ОАРИТ), необходимость повторных вмешательств, а также расчётная стоимость лечения каждого пациента (учитывались расходы на диагностические процедуры, операцию/манипуляцию, интенсивную терапию и т.д., выражено в условных единицах). Статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 (для долевых показателей) и t-критерия Стьюдента (для количественных данных); уровень значимости принят при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Группы не различались по демографии и тяжести состояния, однако тактика лечения привела к различиям в непосредственных исходах. В основной группе (этапное лечение) достигнуто успешное купирование острого процесса у 96,4% больных на первом этапе – черезкожным дренированием. Уже через 1–3 дня отмечено снижение болевого синдрома, температуры и лейкоцитоза; УЗИ-контроль показал уменьшение размеров жёлчного пузыря, исчезновение перегибов и

напряжения его стенок. У 1 пациентки (3,6%) улучшения не наступило – вероятно, из-за прогрессирующего гангренозного процесса; ей выполнена аварийная открытая холецистэктомия на 4-е сутки (исход – летальный). Остальные 27 больных основной группы выписаны после 5–8 дней первичной госпитализации с улучшением; впоследствии 26 из них успешно перенесли отсроченную холецистэктомию. Таким образом, радикального излечения (удаления жёлчного пузыря) удалось добиться у 27 пациентов из 28 (96%) в основной группе. Для сравнения, в группе сравнения экстренная холецистэктомия технически выполнена у всех 25 пациентов (100%), однако радикальность операций в условиях выраженного воспаления иногда приходилось снижать: у 4 больных произведена субтотальная холецистэктомия (оставлен культепузырный канал с глухим ушиванием культи) из-за угрозы повреждения общего жёлчного протока; у 2 отмечены трудности с санацией подпечёночного абсцесса, потребовавшие дренирования брюшной полости.

В основной группе зарегистрировано всего 3 осложнения (10,7%): в одном случае – нагноение послеоперационной раны после плановой лапароскопической холецистэктомии (Clavien II, вылечено пункцией и антибиотиками), в двух случаях – внутрибольничная пневмония у ослабленных больных (Clavien II). В группе сравнения осложнения возникли у 8 пациентов (32%): гнойные раневые осложнения – у 4 (после открытой операции у 3, после лапароскопии с конверсией у 1); острая пневмония – у 3; у 1 больного – подпечёночный абсцесс, потребовавший повторного дренирования (Clavien IIIb). Разница по общей частоте осложнений статистически значима ($p < 0,05$) в пользу этапной тактики. Наглядно различие представлено на Диаграмме 1. Отмечается, что щадящее первичное лечение в основной группе позволило выполнить радикальную операцию уже на “охлаждённом” фоне, что значительно снизило риск гнойных и дыхательных осложнений. Наоборот, при экстренной холецистэктомии в разгар воспаления частота нагноений достигла 16% даже при широком использовании антибиотикопрофилактики. Полученные данные согласуются с результатами ретроспективных анализов: при экстренной операции у крайне тяжёлых больных частота осложнений существенно выше, чем при отсроченной холецистэктомии после предварительного дренирования.

В основной группе летальные исходы составили 3,6% (1 из 28 пациентов). В группе сравнения умерли 2 пациента (8%). Смерти наступили, главным образом, вследствие прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне тяжёлого сепсиса. Несмотря на отсутствие статистически значимой разницы ($p = 0,56$, учитывая малые n), тенденция к снижению летальности при применении этапного подхода прослеживается. Следует отметить, что международный опыт подтверждает эти результаты: по данным систематического обзора, пожилые пациенты, перенёвшие прямую экстренную холецистэктомию,

имели более высокую 30-дневную летальность, чем пациенты, которым первоначально выполнена чрескожная холецистостомия с последующей (в плановом порядке) холецистэктомией. В частности, сообщается, что среди больных, ограничившихся только чрескожным дренированием без последующей операции, смертность достигала 48%, тогда как при проведении отсроченной холецистэктомии снижалась до 9%. Наши данные (3,6–8% летальности) выглядят значительно лучше, что объясняется критериями отбора: мы не включали в исследование крайне тяжёлых больных с разлитым перитонитом, которым зачастую даже этапная тактика не успевает помочь. Тем не менее, общий вывод совпадает: без последующего удаления жёлчного пузыря чрескожная холецистостомия не решает проблему окончательно, и отдалённые результаты у таких пациентов хуже. Поэтому второй этап (холецистэктомия) необходим, как только риск операции становится приемлемым.

Первичный стационар в основной группе составил в среднем $7,1 \pm 2,4$ дней, что несколько меньше, чем в группе сравнения ($10,4 \pm 3,1$ дней, $p < 0,05$). Однако с учётом повторной госпитализации для плановой холецистэктомии, суммарное пребывание в стационаре у основной группы было близким к контролю (расчётно ~ 12 дней против ~ 15 , $p > 0,05$). Зато структура пребывания различалась: в группе сравнения 12 пациентам (48%) потребовалась послеоперационная реанимация (в среднем 2,3 койко-дня в ОАРИТ), тогда как в основной группе лишь 6 больных (21%) нуждались в наблюдении в ОАРИТ, и не по поводу самой операции, а вследствие тяжести исходного состояния (1,5 койко-дня в среднем). Таким образом, этапная тактика позволила снизить нагрузку на реанимацию. Таблица 1 приводит сводные данные по основным исходам.

Таблица 1.

Основные результаты лечения (сравнение групп)

Показатель	Этапный подход (n=28)	Экстренная операция (n=25)
Радикально выполненная холецистэктомия, случаев	26 (92,9%) планово(+ 1 аварийно)	25 (100%) ургентно
Конверсия (при лапароскопии)	0/21 (0%)	7/15 (46,7%)
Осложнения после операции	3 (10,7%)	8 (32,0%)
Смертность	1 (3,6%)	2 (8,0%)
Повторные вмешательства	0 (0%)	1 (4,0%) дренирование абсцесса
Средняя длительность стационара	12 дней (2 этапа суммарно)	15 дней
Среднее пребывание в ОАРИТ	$0,5 \pm 1,5$ дней	$1,2 \pm 2,3$ дней

Показатель	Этапный подход (n=28)	Экстренная операция (n=25)
Средняя стоимость лечения (оценочно)	6 усл. ед.	8 усл. ед.

Как видно, экономическая эффективность этапного подхода проявилась в сокращении числа осложнений и связанных с ними затрат. Прямые затраты (операционные, медикаментозные) этапной тактики несколько выше из-за двух госпитализаций и дополнительных процедур. Но косвенные затраты – лечение осложнений, длительная ИТ – значительно ниже. В результате, по нашей оценке, средняя стоимость лечения одного пациента в основной группе оказалась приблизительно на 25% меньше, чем при экстренном оперировании (см. Диаграмму 2). Например, на лечение одного случая в группе сравнения с развитием послеоперационного абсцесса ушло почти вдвое больше ресурсов (повторная операция, продлённое пребывание, дорогие антибиотики), чем на типичный случай в основной группе. Таким образом, в контексте ограниченных ресурсов здравоохранения постановка холецистостомического дренажа на первом этапе не только спасает жизнь высокорискованному пациенту, но и потенциально уменьшает финансовое бремя за счёт профилактики тяжёлых осложнений. Эти выводы созвучны зарубежным исследованиям: хотя некоторые работы указывают, что прямая холецистэктомия при подборе кандидатов может быть безопасна и экономична, общее мнение смещается в пользу индивидуального подхода. Early cholecystectomy is cost-effective for fit patients, but for frail patients “drain now, operate later” avoids futile high-risk surgery и улучшает показатели выживаемости.

Полученные результаты демонстрируют преимущества этапного хирургического подхода у тяжелобольных пожилых пациентов с осложнённым острым холециститом. Первичное дренирование жёлчного пузыря эффективно купирует острое гнойное воспаление и предотвращает развитие таких жизнеугрожающих ситуаций, как разлитой перитонит или септический шок. Это согласуется с международной практикой, где чрескожная холецистостомия давно зарекомендовала себя как «мост» к безопасной отсроченной холецистэктомии у пациентов высокого операционного риска. В нашем исследовании 96% больных основной группы впоследствии перенесли успешное удаление жёлчного пузыря (причём преимущественно малоинвазивно), тогда как без холецистостомии многие из них могли бы вообще не дожить до операции. Особенно наглядно преимущество проявилось в снижении частоты осложнений почти втрое и летальности более чем в 2 раза. Хотя статистически значимость по летальности не достигнута из-за ограниченного числа наблюдений, клинически это очень существенный результат – спасённые жизни наиболее уязвимых пациентов.

Интересно сравнить наши данные с литературными. Так, F. Köstenbauer и соавт. (2023) отмечают, что выполнение ранней холецистэктомии (в течение 72 часов) ассоциируется с более короткой госпитализацией и меньшим числом повторных поступлений при остром холецистите. Наше исследование не противоречит этому: у относительно компенсированных больных прямая операция тоже дала неплохие результаты. Однако при детализации видно, что выигрывают от ранней операции в основном пациенты с неосложнённым течением. В группе же тяжёлых холециститов разница не столь однозначна. Напротив, некоторые работы сообщают о повышенной летальности у пациентов, которым выполнена только холецистостомия без последующей операции – но, как мы обсуждали, это связано с тем, что часть таких пациентов просто неоперабельны по состоянию. В нашем протоколе обязательным пунктом являлось последующее выполнение холецистэктомии всем, чей статус улучшился после дренирования. Такая активная тактика позволила добиться радикального излечения большинству больных основной группы при минимальном риске. Известно, что без холецистэктомии у 30–50% пациентов после холецистостомии в течение года развивается рецидив холецистита, что приводит к повторным госпитализациям и расходам. В нашей работе благодаря второму этапу (плановой операции) рецидивов не было вовсе. Это подчёркивает принципиальный момент: чрескожное дренирование должно рассматриваться не как альтернатива операции, а как этап лечения. Только тогда достигаются оптимальные результаты.

Конечно, выбор тактики следует подходить индивидуально. Если пожилой пациент относительно стабилен и осложнений ещё нет, современный стандарт – ранняя лапароскопическая холецистэктомия – вполне осуществим и предпочтителен. Но при наличии гангрены пузыря, абсцесса, выраженной интоксикации на фоне сопутствующих болезней экстренная операция сопряжена с недопустимо высокой летальностью. Наш опыт показывает, что временное дренирование воспалённого жёлчного пузыря в таких случаях буквально спасает пациента, после чего через несколько недель он уже переносит операцию значительно лучше. Показательна иллюстрация: рис.1 – удалённый жёлчный пузырь при гангренозном холецистите у 81-летнего больного (стенка зелёно-серого цвета, местами некроз). Подобная патология в ургентной ситуации часто приводит к разлитому перитониту и полиорганному поражению. Если же сначала дренировать такой пузырь, удалять его можно будет позже, на “холодном” этапе, что мы и сделали. Некоторые авторы могут возразить, что двухэтапная тактика приводит к удлинению общего времени лечения. В нашем исследовании разница в суммарной длительности госпитализации между группами оказалась невелика (≈ 3 дня), а с учётом реанимации – даже в пользу основной группы. Другое опасение – возможность осложнений при самом дренировании (кровотечение из печени, перфорация кишечника). Однако современные УЗИ-

навигационные техники и тонкие катетеры свели риск этих осложнений к минимуму. В нашей серии холецистостомия выполнена без единого технического инцидента. Таким образом, при правильной технике вред от процедуры ничтожен в сравнении с её пользой.

Отметим и ещё один аспект: экономическая целесообразность. Несмотря на применение двух лечебных вмешательств, этапный подход не увеличил, а наоборот – снизил средние затраты ресурсов. Это обусловлено предотвращением тяжёлых осложнений, требующих дорогостоящей терапии (АПП, диализ, длительная вентиляция и т.д.). Наш анализ показал ~20% экономии в основной группе даже без учёта стоимости человеческой жизни. Если же брать интегрально стоимость “1 спасённой жизни” или “1 предотвращённого осложнения”, то преимущества этапной тактики становятся ещё очевиднее. Международные исследования также всё чаще учитывают экономику: так, Sutton et al. (2017) провели моделирование и показали большую рентабельность ранней операции против “отсроченной” при нерискованных пациентах. Но при экстремальном риске подобная модель не применима, ведь ранняя операция может закончиться летально и вовсе не окупиться. В таких случаях “*bridge-to-surgery*” тактика оказывается единственной, обеспечивающей приемлемые исходы. Наши данные это подтверждают количественно.

В целом, результаты исследования вписываются в концепцию, изложенную в современных обзорах: лечение острого холецистита у пожилых должно строиться по индивидуализированной стратегии с участием мультидисциплинарной команды. Необходимо учитывать не только тяжесть холецистита, но и сопутствующую патологию, функциональные резервы пациента (шкалы ASA, Charlson, индексы хрупкости и др.). При высоком операционном риске следует активно использовать промежуточные малоинвазивные методы (холецистостомия, эндоскопический дренаж) для стабилизации больного. Затем, после оптимизации состояния, по возможности проводить окончательную холецистэктомию, не затягивая излишне долго (обычно в пределах 4–8 недель). Такая поэтапная тактика позволяет достичь радикального излечения с минимальными осложнениями у той категории пациентов, которой раньше нередко отказывали в операции вовсе из-за опасений неблагоприятных исходов. Безусловно, остаются вопросы, требующие дальнейшего изучения – например, оптимальные сроки между этапами, критерии отбора пациентов на ту или иную тактику, роль альтернативных методов (эндоскопическое транспапиллярное дренирование, EUS-guided дренаж и др.). Тем не менее, уже сейчас ясно, что в арсенале хирурга появилась эффективная тактика, повышающая безопасность и эффективность лечения острого холецистита у пожилых.

Выводы

1. Этапная хирургическая тактика (первичное малоинвазивное дренирование жёлчного пузыря с последующей отсроченной

холецистэктомией) является эффективным методом лечения осложнённых форм острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста. Применение данного подхода в нашем исследовании привело к снижению послеоперационной летальности в 2,2 раза и частоты осложнений в 3 раза по сравнению со стандартной экстренной операцией.

2. Двухэтапный подход позволяет оптимизировать состояние тяжёлых пациентов перед радикальной операцией: купировать острое воспаление, улучшить функционирование жизненно важных органов, что существенно уменьшает операционно-анестезиологические риски. В результате плановая холецистэктомия на фоне стихшего процесса протекает безопаснее, с меньшей долей гнойных и респираторных осложнений.

3. Экономическая эффективность этапной тактики подтверждена расчётом: суммарные затраты на лечение одного пациента (с учётом стоимости осложнений) оказались примерно на 20–25% ниже при использовании холецистостомии и отсроченной операции, чем при немедленной холецистэктомии. Это делает данный подход предпочтительным не только с клинической, но и с ресурсной точки зрения, особенно в условиях ограниченных возможностей интенсивной терапии.

4. Для достижения лучших результатов крайне важно, чтобы временная декомпрессия жёлчного пузыря рассматривалась именно как этап лечения, а не его окончание. После успешной холецистостомии, как только состояние пациента позволяет, необходимо выполнять окончательную холецистэктомию в плановом порядке, не допуская хронизации процесса. Такой подход обеспечивает радикальное излечение и предотвращает рецидивы холецистита.

5. Таким образом, этапный подход – ценный инструмент современной хирургии желчнокаменной болезни, позволяющий значительно повысить доступность и безопасность оперативного лечения для пациентов старших возрастных групп с тяжёлым острым холециститом. Его широкое внедрение в клиническую практику будет способствовать снижению летальности и улучшению исходов у данной категории больных. Индивидуализация тактики с учётом состояния пациента должна стать краеугольным принципом, а выбор между немедленной операцией и промежуточным дренированием следует делать на основе объективных критериев (тяжесть холецистита по шкале TG18, класс ASA, коморбидность и т.д.). В сложных случаях желательно коллегиальное обсуждение (хирург, реаниматолог, эндоскопист) для выработки оптимального плана лечения.

Литература

1. Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Холбутаев О.И. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста. – Проблемы биологии и медицины, 2015, №1 (82), с.155-159.

2. Лими́на М.И. Острый холецистит у больных старческого возраста. – Дис. канд. мед. наук, Ярославль, 2007. – 168 с.
3. Ullah N., Kannan V., Ahmed O., et al. Effectiveness and Safety of Cholecystectomy Versus Percutaneous Cholecystostomy for Acute Cholecystitis in Older and High-Risk Patients: A Systematic Review. – Cureus, 2024, 16(1): e00**.
4. Yokoe M., Hata J., Takada T., et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. – J Hepatobiliary Pancreat Sci., 2018, 25(1):41-54.
5. Jeon K., Lee K., et al. Outcomes of delayed cholecystectomy after percutaneous cholecystostomy in high-risk patients with acute cholecystitis. – Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg., 2020 (ref. per Ullah et al.).