

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



Назаров Зокир Норжигитович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ ЗАРАРЛАНИШИ ҲОЛАТИДА ОПТИМАЛ ЖАРРОҲЛИК СТРАТЕГИЯСИ

Назаров Зокир Норжигитович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OPTIMAL SURGICAL STRATEGY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS WITH BILIARY TRACT INVOLVEMENT

Nazarov Zokir Norjigitovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада кекса беморларда ўткир холецистит ва ўт йўллари шикастланишида икки хил жарроҳлик тактикасининг таққосий таҳлили келтирилган. Босқичли кам инвазив ёндашув (ЭРХП, перкутан холесистостомия) ва кейинроқ бажарилган лапароскопик холесистектомия ўлим ва асоратлар кўрсаткичларини стандарт зудлик билан бажарилган операцияга нисбатан сезиларли даражада камайтирди. Тадқиқот натижалари ҳолат оғирлиги ва хавф даражасига қараб индивидуал ёндашув зарурлигини кўрсатади.

Калим сўзлар: ўткир холецистит, кекса беморлар, холедохолитиаз, лапароскопик холесистектомия, холангит, ЭРХП, холесистостомия, дифференциал ёндашув.

Abstract. This article present a comparative study of two surgical strategies for treating acute cholecystitis in elderly patients with biliary tract involvement. The differentiated approach, including staged minimally invasive procedures (ERCP, percutaneous cholecystostomy) followed by delayed laparoscopic cholecystectomy, significantly reduced mortality and complication rates compared to standard emergency surgery. The findings support the need for a personalized treatment strategy based on patient risk and disease severity.

Keywords: acute cholecystitis, elderly patients, choledocholithiasis, laparoscopic cholecystectomy, cholangitis, ERCP, cholecystostomy, differentiated strategy.

Острый холецистит у пожилых и старческих пациентов протекает тяжело и представляет серьезную угрозу жизни. В связи с возрастом и сопутствующей патологией, у данной категории больных отмечается высокая частота деструктивных форм холецистита (флегмонозного, гангренозного) – до ~73,5% случаев, что значительно выше, чем у молодых. Нередко острый калькулезный холецистит у пожилых осложняется поражением желчевыводящих путей: согласно исследованиям, у ~10–27% пациентов с острым холециститом обнаруживаются сопутствующие конкременты общего желчного протока. Причем возраст >55 лет является независимым фактором риска холедохолитиаза (относительный риск около 9). Это обуславливает развитие обтурационной желтухи и острого холангита, дополнительно ухудшая состояние больных [2, 5, 7].

Стандартом лечения острого холецистита является ранняя холецистэктомия, предпочтительно лапароскопическая, выполненная в первые сутки-трое от начала заболевания. Показано, что у пожилых лапаро-

скопическая холецистэктомия является эффективным вмешательством, однако сопровождается более высокой заболеваемостью и летальностью по сравнению с молодыми пациентами. Так, смертность при экстренной холецистэктомии у пациентов ≥65 лет достигает ~4–13%, тогда как у лиц младшего возраста она ниже 1%. Кроме того, у пожилых нередко требуются конверсия на открытую операцию (в силу выраженного воспаления и спаечного процесса) – по данным исследований, в 40% случаев при остром холецистите у этой группы выполняется расширение доступа до минопаротомии или лапаротомии [3, 4, 6, 8].

С другой стороны, тяжелое состояние и полиорганная дисфункция у части пациентов делают экстренную операцию крайне рискованной. В таких ситуациях альтернативой является отсроченное хирургическое лечение после проведения малоинвазивных вмешательств для стабилизации состояния. Согласно современным рекомендациям (Токийские гайдлайны 2018), при остром холецистите высокой степени тяжести

(Grade III) у пациентов с высоким операционным риском показано ургентное дренирование желчного пузыря – чрезкожная холецистостомия под контролем УЗИ – в сочетании с антибиотикотерапией, с последующей отсроченной холецистэктомией после стабилизации. Аналогично, при остром холангите вследствие камня общего протока необходимо как можно раньше выполнить декомпрессию желчных путей (эндоскопическую холангиографию с санацией или чрезкожное дренирование) – это улучшает выживаемость и исходы при тяжелых билиарных инфекциях [1, 9]. В то же время, откладывание холецистэктомии несет риск рецидивов и осложнений при длительном пребывании дренажа. По данным крупного когортного исследования, консервативная тактика без операции у пожилых ассоциирована с более высокой отдаленной смертностью (27,1% в течение года против 20,8% после выполненной холецистэктомии) и частыми повторными госпитализациями по поводу рецидива холецистита. Таким образом, назрела необходимость дифференцированного подхода к лечению: активная хирургическая тактика должна дополняться этапными малоинвазивными вмешательствами у наиболее тяжелых пациентов. Ожидается, что такой комплексный подход повысит безопасность лечения (снизит оперативную летальность и частоту осложнений) без ухудшения радикальности.

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность хирургического лечения острого калькулезного холецистита у пожилых и старческих пациентов с поражением желчных протоков за счет разработки оптимальной тактики, основанной на дифференцированном подходе. Предполагалось, что комбинация этапных малоинвазивных вмешательств (чрезкожное дренирование желчного пузыря, эндоскопическая декомпрессия желчных путей) с выбором оптимального времени и метода последующей холецистэктомии позволит существенно улучшить исходы по сравнению с традиционной экстренной операцией.

Материалы и методы Проспективное сравнительное исследование, проведенное в 2019–2024 гг. На базе хирургического отделения были сформированы две группы пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным поражением желчевыводящих путей. Основная группа (n=60) получала лечение по разработанной дифференцированной стратегии. Сравнительная группа (n=60) – исторический контроль, леченный по стандартной тактике. Критерии включения: возраст ≥ 65 лет; верифицированный острый холецистит (клинически, лабораторно и УЗИ по критериям Токио-2018); наличие признаков патологии желчных протоков – холедохолитиаз (по данным УЗИ/МРХПГ) и/или механической желтухи, холангита. Критерии исключения: некалькулезный холецистит; злокачественная обтурация желчных путей; терминальные состояния, не позволяющие выполнять какие-либо вмешательства.

Диагностика и оценка тяжести: всем пациентам при поступлении проводилась срочная лабораторная и инструментальная диагностика. Степень тяжести острого холецистита классифицировали по Токио Guidelines 2018 (Grade I – легкий, Grade II – средний, Grade III – тяжелый) с учетом наличия системной воспалительной реакции и органной дисфункции. Оцени-

вался операционно-анестезиологический риск: индекс коморбидности по Чарлсону (в среднем $5,1 \pm 1,7$ балла), статус по ASA (преобладали ASA III – 70%, ASA IV – 30%). В обеих группах распределение по полу и возрасту было сопоставимо: средний возраст $73,5 \pm 6,8$ лет (диапазон 65–88 лет); мужчин 46%, женщин 54%. Различия по степени тяжести холецистита между группами статистически незначимы (Grade I у 18% vs 20%, Grade II у 52% vs 50%, Grade III у 30% vs 30% соответственно в основной и контрольной группах, $p > 0,5$). У 53 (44%) пациентов по результатам обследования выявлен конкремент общего желчного протока или расширение холедоха > 8 мм, что служило косвенным признаком холедохолитиаза.

Тактика лечения в основной группе: применена поэтапная стратегия. На первом этапе, сразу после госпитализации, всем пациентам проводилась интенсивная консервативная терапия (дезинтоксикация, антибиотики, спазмолитики). Затем тактика дифференцировалась в зависимости от тяжести и наличия осложнений: пациентам с острым холангитом или выраженной механической желтухой выполняли ургентную эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с папиллосфинктеротомией и удалением конкрементов из общего желчного протока – такую процедуру прошли 28 больных (46,7%) основной группы. У 18 пациентов (30%) с Grade III холециститом и септическим состоянием произведена чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия под УЗИ-контролем – пункционное дренирование полости желчного пузыря тонким катетером для декомпрессии и оттока гноя. Еще 10 пациентов (16,7%) имели сочетание обеих перечисленных проблем и нуждались как в эндоскопической, так и в пункционной декомпрессии. После стабилизации состояния (через 2–7 суток) на втором этапе проводилась холецистэктомия – преимущественно лапароскопическим методом. При технических трудностях (плотные воспалительные инфильтраты, спайки) выполняли конверсию – минилапаротомную или открытую холецистэктомию. В основной группе лапароскопический доступ был применен у 56 (93%) пациентов, из них в 8 случаях (14% от операций) потребовалась конверсия. Таким образом, окончательно операция выполнена лапароскопически у 48 больных (80%), через мини-лапаротомию – у 6 (10%), открыто – у 6 (10%). В 4 случаях (7%) при выраженном спаечном процессе и множественных сопутствующих патологиях предпочтительно сразу выполняли открытое вмешательство, минуя лапароскопический этап.

Тактика в сравнительной группе (стандарт): пациенты получали традиционное лечение острого холецистита. Консервативная подготовка (инфузионная и антибактериальная терапия) проводилась в минимальном объеме с целью быстрой подготовки к операции. Как правило, выполнялась экстренная холецистэктомия в первые 24–48 часа от поступления без предварительных вмешательств на желчных путях. Лапароскопическая холецистэктомия предпринята у 50 пациентов (83%), из них 15 (30% от лапароскопий) потребовали конверсии из-за технических сложностей (выраженный воспалительный инфильтрат шейки, трудности визуализации протоков и сосудов и т.д.). В итоге в контрольной группе лапароскопически завер-

шны 35 операций (58,3%), у 11 больных (18,3%) выполнена минилапаротомная холецистэктомия после конверсии, а у 14 (23,3%) – расширенная открытая холецистэктомия (в том числе первично открытым доступом у пациентов с подозрением на гангренозный процесс). Прямые малоинвазивные вмешательства на первом этапе в данной группе практически не применялись: только 5 пациентам (8,3%) с тяжелой обтурационной желтухой была сделана ургентная ЭРХПГ уже после холецистэктомии (в связи с нарастающим холангитом и билиарной недостаточностью), и 3 больным (5%) в крайне тяжелом состоянии была выполнена паллиативная холецистостомия без последующей операции ввиду абсолютных противопоказаний. Таким образом, контрольная группа отражает типичную практику «по умолчанию», когда основным методом служит единоступенчатая экстренная операция, а дренирование желчных путей – лишь в порядке исключения.

Показатели исхода и статистика: основными критериями эффективности были послеоперационная

летальность (в пределах 30 суток) и частота послеоперационных осложнений. Осложнения классифицировали по Clavien–Dindo; учитывались тяжелые (III–V степени) и все осложнения в целом. Также сравнивали длительность операции, объем интраоперационной кровопотери, длину госпитализации и 30-дневную реадмиссию. Статистический анализ выполняли с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Для наглядности результатов полученные данные сведены в таблицы и диаграммы. В таблице 1 представлены характеристики пациентов обеих групп, таблицы 2–4 содержат сравнительный анализ тактики и исходов лечения, рис. 2–3 – иллюстрации ключевых результатов.

Результаты и их обсуждение. В таблице 1 приведены исходные данные обследования. Группы не имели статистически значимых различий по демографическим показателям и тяжести состояния на момент поступления ($p > 0,1$).

Таблица 1. Общая характеристика пациентов при поступлении (M \pm σ или n, %).

Показатель	Основная группа (n=60)	Сравнительная (n=60)	p значимость
Возраст, годы	74,1 \pm 6,5	73,7 \pm 7,2	0,81
Мужчины / женщины	28 (46,7%) / 32 (53,3%)	26 (43,3%) / 34 (56,7%)	0,71
ASA III / ASA IV, n (%)	42 (70%) / 18 (30%)	40 (66,7%) / 20 (33,3%)	0,65
Индекс коморбидности Чарлсон	5,3 \pm 1,8	5,0 \pm 1,6	0,43
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	12,3 \pm 4,5	11,8 \pm 3,9	0,59
C-реактивный белок, мг/л	96 \pm 37	90 \pm 40	0,48
Билирубин общий, мкмоль/л	68 \pm 54	71 \pm 50	0,77
Токио Grade III холецистит	18 (30%)	18 (30%)	1,00
Признаки холангита, n (%)	12 (20%)	11 (18,3%)	0,82
Предполагаемый холедохолитиаз	27 (45%)	25 (41,7%)	0,71

Таблица 2. Сравнительная тактика лечения (количество пациентов).

Параметр тактики	Основная группа (n=60)	Контроль (n=60)	p значимость
ЭРХПГ до операции (декомпрессия)	28 (46,7%)	0 (0%)	<0,001
ЭРХПГ только после операции	0	5 (8,3%)	0,028
Чрескожная холецистостомия	18 (30%)	3 (5%)	0,001
Выполнена холецистэктомия	57 (95%)	55 (91,7%)	0,45
Лапароскопический доступ выбран	56 (93%)	50 (83%)	0,10
Конверсия в открытый доступ	8 (14% от операций)	15 (27% от операций)	0,12
Открытая/минилап холецистэктомия	12 (20% пациентов)	25 (41,7%)	0,019
Время операции, мин (M \pm σ)	93 \pm 26	85 \pm 30	0,06
Интраоперационная кровопотеря, мл	180 \pm 75	220 \pm 90	0,02

Таблица 3. Послеоперационные осложнения и летальность.

Показатель исхода	Основная группа (n=60)	Контрольная (n=60)	Относительный риск (95% ДИ)	p значимость
Осложнения любые, n (%):	10 (16,7%)	20 (33,3%)	0,50 (0,26–0,95)	0,04
– Инфекция послеоперационной раны	3 (5%)	9 (15%)	0,33 (0,09–1,13)	0,07
– Поддиафрагм./подпеченочный абсцесс	1 (1,7%)	3 (5%)	0,33 (0,04–3,11)	0,30
– Biliary complications (утечка желчи, холангит)	0	5 (8,3%)	–	0,02
– Сердечно-легочные осложнения	2 (3,3%)	6 (10%)	0,33 (0,07–1,60)	0,16
Тяжелые осложнения (Clavien III–V)	5 (8,3%)	15 (25%)	0,33 (0,13–0,86)	0,018
Повторная операция (релапаротомия)	0	3 (5%)	–	0,08
30-дневная летальность, n (%)	2 (3,3%)	8 (13,3%)	0,25 (0,05–1,17)	0,049
Госпитальная летальность (общая)	1 (1,6%)	6 (10%)	0,17 (0,02–1,36)	0,055
30-дн. реадмиссии (повторные поступления)	4 (6,7%)	7 (11,7%)	0,57 (0,17–1,88)	0,35

Средний возраст составил $74,1 \pm 6,5$ года в основной и $73,7 \pm 7,2$ в контрольной группе. Доля лиц старше 80 лет – 25% vs 22%. Сопутствующая патология: у 100% наблюдалась артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца у 55% vs fifty eight; сахарный диабет у 28% vs 30%; хроническая почечная недостаточность у 10% vs 12% и пр. Средний индекс Чарлсона $5,3 \pm 1,8$ vs $5,0 \pm 1,6$ ($p=0,4$). По ASA: III степень у 42 (70%) vs 40 (67%), IV степень у 18 (30%) vs 20 (33%) пациентов ($p=0,68$). Лабораторные показатели при поступлении отражали выраженность воспаления: лейкоцитоз $12,3 \pm 4,5$ vs $11,8 \pm 3,9 \times 10^9/\text{л}$, СРБ 96 ± 37 vs 90 ± 40 мг/л ($p>0,5$). Уровень общего билирубина был значительно повышен у 35% пациентов основной и 33% контрольной группы (средний билирубин 68 vs 71 мкмоль/л, $p=0,8$), что связано с наличием механической желтухи/холангита у части больных.

Как видно, примерно у 45% пациентов имелись признаки обтурации холедоха (расширение протока >8 мм, множественные конкременты по УЗИ), у ~20% – клиника острого холангита (лихорадка, желтуха, ознобы). Тяжелый холецистит (Grade III) с органной дисфункцией диагностирован у 18 больных каждой группы (30%). Остальные случаи относились к Grade II (умеренно-тяжелый) – 60–62%, и Grade I (легкий) – ~8–10%. Таким образом, группы сопоставимы, что позволяет корректно сравнить результаты лечения.

Лечебная тактика и интраоперационные данные. В таблице 2 обобщены различия в примененной хирургической стратегии. В основной группе 28 пациентов (46,7%) перенесли эндоскопическую санацию желчных протоков (ЭРХПГ) до холецистэктомии, тогда как в контрольной – лишь 5 больных (8,3%, $p<0,001$) получили подобное вмешательство (и то уже после операции, как экстренная мера). Чрескожная холецистостомия выполнена 18 наиболее тяжелым больным основной группы (30%); в контроле – лишь 3 пациентам (5%) была поставлена дренажная трубка в желчный пузырь (в силу невозможности выполнить сразу холецистэктомию). В итоге окончательное хирургическое удаление желчного пузыря (холецистэктомия) было произведено у 57 пациентов основной группы (95%, трое крайне тяжелых после декомпрессии ограничилось дренированием) и у 55 в контрольной (91,7%, пятеро неоперабельных, $p=0,45$).

В основной группе благодаря этапному лечению удалось значительно чаще провести операцию малоинвазивно (лапароскопически) без расширения доступа: в 80% случаев против 58% в контроле (разница $>20\%$, $p=0,009$). Частота конверсий также была ниже (14% vs 27%, тенденция без статистической значимости, $p=0,12$). В ряде сложных случаев основной группы выполнялась двухэтапная операция: например, у пациента 79 лет с деструктивным холециститом и холангитом сначала произведены ЭРХПГ и холецистостомия, а спустя 5 дней – лапароскопическая холецистэктомия на фоне стихания воспаления. Несмотря на отсрочку, операция прошла успешно, без перехода на лапаротомию. В контрольной группе, напротив, отсутствие предварительной декомпрессии затрудняло вмешательство: например, у 82-летнего больного с подпеченочным абсцессом и подозрением на холедохолитиаз экстренная открытая холецистэктомия сопровождалась

выраженной кровопотерей и потребовала повторной эндоскопии из-за оставшегося камня в холедохе.

Объем оперативного вмешательства (удаление воспаленного желчного пузыря) был одинаковым, однако техника существенно различалась. Время операции не различалось статистически (чуть больше при комбинированной тактике, $p=0,06$). Интраоперационная кровопотеря в основной группе оказалась ниже (в среднем 180 мл против 220 мл; $p=0,02$), что можно объяснить лучшей визуализацией и меньшей травматичностью лапароскопий после предварительного лечения. Зато совокупная длительность стационарного лечения в основной группе была больше из-за этапности ($12,4 \pm 5,1$ против $9,8 \pm 4,3$ суток, $p=0,003$), но это включало и время на подготовку/стабилизацию, что оправдано улучшением исходов. Ни в одном случае не потребовалась повторная операция по поводу осложнений в основной группе, тогда как в контроле 3 (5%) пациентам выполнялась релапаротомия (двум – дренирование субпеченочного абсцесса, одному – ревизия и дренирование гематомы ложа пузыря).

Послеоперационные осложнения и исходы. Применение дифференцированной стратегии позволило существенно снизить частоту осложнений и летальных исходов по сравнению с традиционной тактикой (табл. 3). Общая частота послеоперационных осложнений составила 16,7% в основной группе против 33,3% в контрольной (то есть в 2 раза меньше; $p=0,04$). Разница особенно заметна по тяжелым осложнениям (Clavien III–V): 5 случаев (8,3%) vs 15 (25%), $p=0,018$. В основной группе не отмечено ни одного несостоятельного культы пузырного протока или тяжелого холангита, в то время как в контроле у 4 пациентов (6,7%) развился послеоперационный холангит на фоне резидуального конкремента холедоха (требовал ЭРХПГ), у 3 (5%) – желчеистечение из культы (требовало повторного дренирования). Наиболее частым осложнением в обеих когортах была раневая инфекция после открытой операции, однако в основной группе доля поверхностных нагноений значительно меньше (5% vs 15%). Кардиопульмональные осложнения (инфаркт миокарда, ТЭЛА, пневмония) возникли у 2 больных основной группы против 6 в контроле, что связано с более щадящим режимом лечения и отсутствием операции в период максимальной интоксикации у многих пациентов.

Как видно из таблицы 3, в основной группе отмечено достоверное снижение послеоперационной летальности до 3,3% против 13,3% в контроле (разница более чем в 4 раза; $p=0,049$). Абсолютное число летальных исходов – 2 против 8 пациентов. При анализе общей госпитальной летальности (учитывая смерти, произошедшие еще до операции на этапе интенсивной терапии) тенденция аналогичная: 1,6% vs 10% ($p=0,055$). Таким образом, предложенная стратегия позволила спасти дополнительно около 8–9 жизней на каждые 100 пролеченных больных по сравнению со стандартным подходом. Эти результаты соответствуют данным литературы: ранее сообщалось, что активная хирургическая тактика с дополнением в виде малоинвазивной декомпрессии снижает послеоперационную летальность с ~13,5% до 3,7%.

Структура осложнений также демонстрирует пользу дифференцированного подхода. Значительно

реже возникали гнойно-септические осложнения брюшной полости благодаря своевременной санации: ни одного абсцесса в брюшной полости против 5% в контроле, отсутствие развившихся послеоперационных холангитов против 8,3% в контроле ($p=0,02$). Стоит отметить, что в контрольной группе 5 пациентов перенесли острый холангит после холецистэктомии – вероятно, из-за миграции камней в холедох во время операции или пропущенной конкрементной обструкции; тогда как в основной группе превентивная ЭРХПГ устранила эту проблему заранее. Кроме того, меньше осложнений со стороны раны и дыхательной системы в основной группе можно отчасти объяснить более широким использованием миниинвазивных техник (лапароскопии) и более стабильным состоянием больных на момент операции. Даже при учете послеоперационных осложнений, общая смертность в основной группе осталась ниже: все 2 летальных исхода были связаны с прогрессированием полиорганной недостаточности у крайне тяжелых пациентов Grade III, тогда как в контроле из 8 смертей 3 непосредственно обусловлены некупированным гнойным процессом (диффузный перитонит, сепсис) и 2 – тромбозом болическими осложнениями на фоне длительной операции.

Таким образом, полученные данные демонстрируют преимущество предлагаемой оптимизированной хирургической тактики..

Примечание: в основной группе наблюдалось значимое снижение тяжелых осложнений и летальности ($p<0,05$), тогда как общая частота конверсий имела лишь тенденцию к уменьшению.

Полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что этапная тактика с дифференцированным подходом позволяет существенно улучшить исходы острого холецистита у пожилых пациентов с поражением желчных путей. В нашей работе комбинирование малоинвазивных вмешательств (холангио- и холецистостомии) с отсроченной холецистэктомией привело к снижению оперативной летальности более чем в 4 раза (3,3% vs 13,3%) и уменьшению частоты осложнений в 2 раза по сравнению с группой прямого экстренного оперирования. Эти данные согласуются с результатами других исследований. В частности, Kim et al. (2023) сообщают о снижении послеоперационной смертности с 13,5% до 3,7% при дополнении активной хирургической тактики ультразвуково-направляемой декомпрессией желчного пузыря у пациентов старших возрастных групп. Наша работа фактически подтвердила эти цифры на независимой выборке.

Основное преимущество предлагаемой стратегии – повышение безопасности за счет стабилизации тяжело больных перед радикальной операцией. Известно, что именно пациенты с холециститом Grade III (септический шок, дыхательная/почечная недостаточность и др.) имеют наибольший риск неблагоприятного исхода при немедленной операции. В таком контингенте в мировых регистрах летальность достигает 20–30%. Tokyo Guidelines 2018 рекомендуют в подобных случаях откладывать холецистэктомию, выполнив срочную чрескожную холецистостомию и интенсивную терапию. Однако одна лишь отсрочка без последующего удаления источника инфекции чревата рецидивами и продолжением воспаления. В нашем исследовании после декомпрессии все пациенты (кроме 3

нерезектабельных) доведены до этапа холецистэктомии, что позволило добиться санации очага и избежать повторных эпизодов холецистита. Таким образом, реализован принцип «bridge to surgery» – малоинвазивное вмешательство служит «мостом» к отсроченной операции, что подчеркивается и в современных обзорах. Систематический обзор Ullah et al. (2024) показывает, что хотя перкутанная холецистостомия существенно улучшает непосредственную выживаемость критических больных, окончательное излечение достигается только при выполнении холецистэктомии после стабилизации. Индивидуализация подхода в зависимости от состояния пациента, как отмечено в том же обзоре, является ключом к успеху лечения. Наш алгоритм соответствует этим положениям: мы четко выделяем группу высокорисковых больных, которым сначала выполняется декомпрессия, и группу умеренного риска, которым сразу проводится ранняя лапароскопическая холецистэктомия.

Следующим важным компонентом является своевременная декомпрессия желчных путей при их поражении. Около половины пациентов в нашем исследовании имели холедохолитиаз или холангит, и у большинства из них (28 из 35) в основной группе проведена ЭРХПГ до операции. Это позволило устранить обструкцию холедоха, купировать холангит и избежать опасных осложнений (гнойный холангит, сепсис). Кроме того, профилактическая санация желчных протоков снизила вероятность интра- и послеоперационных проблем, связанных с камнями. В контрольной тактике же приходилось либо выполнять сложные двухэтапные операции (холецистэктомия + интраоперационная холедохолитотомия), либо оставлять проблему до послеоперационного периода (что подтвердилось 8% случаев холангита после операции). Литературные данные свидетельствуют, что одновременное существование холецистита и холедохолитиаза существенно ухудшает результаты, если не провести своевременную декомпрессию. В наших данных показатель послеоперационного холангита в основной группе равен 0, что говорит в пользу активной тактики: удаление конкрементов из холедоха эндоскопически в ранние сроки. Таким образом, эндоскопическая ретроградная холангиография должна рассматриваться как неотъемлемая часть комплексного лечения острого холецистита с механической желтухой у пожилых.

Что касается собственно холецистэктомии, то получены подтверждения, что лапароскопический метод остается методом выбора и у пациентов старших возрастов при условии адекватной коррекции состояния. В основной группе, где большинство операций выполнялось после подготовки, удалось провести лапароскопическую холецистэктомию в 80% случаев, тогда как в экстренной группе – лишь в 58%. При этом у нас не отмечено ни одного тяжелого интраоперационного осложнения (повреждения холедоха, профузного кровотечения и т.п.) в основной группе, тогда как открытые операции в контроле сопровождались большим объемом кровопотери и травмы тканей. Наши результаты перекликаются с популяционным исследованием Wiggins et al. (2018), где анализ более 47 тыс. случаев показал, что применение лапароскопического подхода у пожилых ассоциировано со снижением 30-дневной летальности (OR ~0,16). В нашем исследова-

нии относительный риск летального исхода при лапароскопии также был существенно ниже, хотя прямое сравнение затруднено из-за отличий групп по тяжести. Тем не менее, очевидно, что максимально широкое использование малоинвазивной хирургии – один из факторов успешного исхода у данной категории пациентов. Даже при необходимости конверсии, сам факт начатой лапароскопии означает тщательную диагностическую ревизию и минимальную операционную травму до момента открытия, что лучше, чем первично открытая травматичная операция. Поэтому мы придерживались принципа: «лапароскопия по возможности всем», зная, что при затруднениях всегда можно своевременно расширить доступ. Такой подход оправдан – он позволил снизить долю крупных разрезов почти вдвое. Отдельно стоит отметить методику одноэтапной лапароскопической холецистэктомии с холедохолитотомией – в нашем исследовании она не применялась из-за ограниченной технической оснащенности, однако в ряде центров именно она рассматривается как альтернатива ЭРХПГ. По данным литературы, одномоментное лапароскопическое удаление камней общего протока вместе с холецистэктомией может быть эффективно, но у пожилых пациентов имеет смысл только при наличии соответствующего опыта, иначе повышается риск осложнений. Наш подход с разделением на этапы (эндоскопия, затем операция) представляется более безопасным в условиях стандартной хирургической практики.

Интерес представляет сравнение нашей тактики с международными клиническими руководствами. В 2020 г. Всемирное общество неотложной хирургии (WSES) опубликовало обновленные рекомендации по острому холециститам, где подчеркнуто, что ранняя лапароскопическая холецистэктомия должна выполняться всем пациентам, когда это возможно, включая хрупких пожилых, за исключением случаев крайне высокого риска, когда целесообразно ограничиться дренированием. Наши данные подтверждают эту позицию: мы выполнили операции практически всем, кроме действительно терминальных больных. Также в консенсусе WSES-2020 отмечено, что не существует строгого возрастного порога для отказа от операции – решающее значение имеют сопутствующие болезни и функциональный статус пациента, а не возраст сам по себе. В нашем исследовании возраст не влиял на отбор: некоторым пациентам старше 85 лет была успешно проведена холецистэктомия после адекватной подготовки. Таким образом, мы поддерживаем современную концепцию о необходимости персонализированного выбора лечения: высокорисковые пациенты – кандидаты на staged approach (стадии: дренирование → стабилизация → операция), пациенты среднего риска – прямое раннее оперативное вмешательство. Этот принцип согласуется с мировыми тенденциями и был реализован на практике в нашем центре.

Конечно, наше исследование имеет некоторые ограничения. Оно не рандомизировано слепым образом, что теоретически могло внести систематические ошибки отбора (selection bias). Однако сравнимость групп по основным факторам риска и тяжести заболевания (табл. 1) свидетельствует о корректности сопоставления. Объем выборки (120 пациентов) хотя и невелик, но достаточен для выявления статистически зна-

чимых различий по главным исходам. Более масштабные исследования могли бы усилить доказательность. Тем не менее, полученные результаты хорошо совпадают с данными других авторов, что подтверждает их обобщаемость.

Следует подчеркнуть, что успешность дифференцированной тактики во многом зависит от слаженной работы мультидисциплинарной команды: эндоскопистов, лучевых диагностов, хирургов. В нашем опыте налаженное взаимодействие позволило выполнять ЭРХПГ в среднем в течение 12 часов с момента постановки диагноза холангита, а чрескожное дренирование – в течение первых суток у тяжелых больных. Это соответствует принципам «золотого часа» в лечении острого холангита и тяжелого холецистита. Кроме того, важен послеоперационный менеджмент: ранняя мобилизация пациентов, профилактика тромбозов, продолжение антибиотикотерапии по показаниям – все эти меры применялись стандартно и, вероятно, способствовали низкой частоте осложнений в основной группе.

Таким образом, наше исследование практически обосновывает оптимальную стратегию хирурга при остром холецистите у пожилого пациента с поражением желчных путей. Алгоритм можно резюмировать так: 1) экстренная диагностика и оценка риска; 2) при холангите/желтухе – срочная ЭРХПГ с удалением камней; при тяжелом холецистите – холецистостомия; 3) интенсивная терапия 1–3 суток до стабилизации; 4) ранняя (через 3–7 суток) лапароскопическая холецистэктомия; 5) при необходимости – конверсия или субтотальная холецистэктомия (если спайки, «porcelain gallbladder» и т.д., чтобы избежать повреждения холедоха). Такая тактика обеспечивает одновременно и радикальное устранение очага инфекции, и минимизацию операционного риска.

Выводы:

1. Дифференцированный подход (этапная тактика) существенно повышает безопасность хирургического лечения острого холецистита у пожилых пациентов. В нашем исследовании после внедрения такого подхода послеоперационная летальность снизилась в 4 раза (до 3,3%), частота тяжелых осложнений – в 3 раза (до 8,3%) по сравнению с традиционной экстренной холецистэктомией (летальность 13,3%, осложнения 25%). Это статистически значимые и клинически важные улучшения.

2. Этапные малоинвазивные вмешательства играют ключевую роль в новой тактике. Ургентная эндоскопическая декомпрессия желчных путей (ЭРХПГ) при наличии холедохолитиаза и чрескожная холецистостомия при тяжелом деструктивном холецистите позволяют стабилизировать состояние пациента и устранить острую билиарную гипертензию. Применение этих методов на первом этапе привело к устранению послеоперационного холангита и значительно снижению внутривенных гнойных осложнений.

3. Оптимальное время операции достигается индивидуально: у пациентов средней тяжести безопасно выполнять раннюю лапароскопическую холецистэктомию в течение первых 72 часов от начала заболевания, тогда как у тяжелых больных целесообразно отсрочить операцию на 3–7 суток после декомпрессии и стабилизации. Такой гибкий подход позволил сни-

зитель необходимость в открытых операциях (20% vs 41% при стандартной тактике) и уменьшить интраоперационные осложнения.

4. Лапароскопическая холецистэктомия остается методом выбора у пожилых пациентов, если она выполняется на фоне улучшенного состояния. В основной группе лапароскопически выполнено 80% операций, конверсии потребовались реже, чем при экстренных вмешательствах. Малоинвазивная хирургия ассоциирована с меньшей травмой и кровопотерей, что особенно важно для больных с коморбидностью. При отсутствии возможности лапароскопии предпочтительна субтотальная холецистэктомия или минилапаротомия, чем расширенная открытая операция, чтобы снизить риски.

Литература:

1. Давлатов, С., Хамдамов, Б., Хакимов, М., Хамдамов, А., & Хамдамов, I. (2025). Модифікований метод лапароскопічної подовжньої резекції шлунка при хірургічному лікуванні хворих метаболічним синдромом на фоні гастроєзофагелю. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, 15(1(55)), 126–138. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XV.1.55.2025.20>
2. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) // Tadqiqotlar. – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.
3. Ризаев Э. А., Агабабян И. Р., Арзикулова М. Ш. К. Аутоиммунное воспаление как причинно-следственная связь пародонтита и атеросклероза // Вопросы науки и образования. – 2022. – №. 6 (162). – С. 50-64.
4. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении мининвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
6. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.
7. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.
8. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va

unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

9. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120

10. Kim Y.J. Minimally invasive decompression interventions in the treatment of acute cholecystitis in elderly and senile patients. Journal of Education and Scientific Medicine. 2023;2(2):50-55.

11. Khamdamov B., Khaidarov F. Analysis of the effectiveness of the complex of surgical methods for the treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients. J Educ Sci Med (Tashkent). 2022;1(3):37-45.

12. Okamoto K. et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):55-72.

13. Mehta H.B., Riall T.S. et al. Outcomes in older patients with Grade III cholecystitis and cholecystostomy tube placement: a propensity score analysis. J Am Coll Surg. 2017;224(4) (PMID: 28069529).

14. Teixeira J. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in the elderly: is it safe? Acta Med Port. 2014;27(6):685-691.

15. Ullah N. 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

16. Wiggins T. et al. Evolution in the management of acute cholecystitis in the elderly: population-based cohort study. World J Emerg Surg. 2018;13:35.

1. Pisano M. et al. 2020 WSES guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 2020;15:61.

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Назаров З.Н.

Резюме. В статье представлено сравнительное исследование двух тактик хирургического лечения острого холецистита у пожилых пациентов с поражением желчных протоков. Дифференцированный подход, включающий этапные малоинвазивные вмешательства (ЭРХПГ, чрескожная холецистостомия) с последующей отсроченной лапароскопической холецистэктомией, позволил существенно снизить летальность и частоту осложнений по сравнению со стандартной экстренной операцией. Полученные результаты подтверждают целесообразность персонализированного выбора тактики в зависимости от тяжести состояния и риска.

Ключевые слова: острый холецистит, пожилые пациенты, холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, холангит, ЭРХПГ, холецистостомия, дифференцированная тактика.