

ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ



Назаров Зокир Норжигитович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚАРИЯЛАР ОРАСИДА БИЛИАР АСОРАТЛАР БИЛАН КЕЧАДИГАН ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШГА ЁНДАШУВЛАР

Назаров Зокир Норжигитович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS WITH BILIARY COMPLICATIONS

Nazarov Zokir Norjigitovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Қариялар ва кексалар орасида ўткир холецистит мураккаб клиник муаммо бўлиб, айниқса жигар ташқарисидagi ўт йўллариининг зарарланиши билан янада оғирлашади. Ушбу ишда 65 ёшдан 89 ёшгача бўлган 102 беморнинг жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Улар ўт йўллариининг зарарланиши мавжудлиги ёки йўқлигига қараб икки гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳда босқичма-босқич минимал инвазив усуллар (ЭРХПГ - эндо-скопик ретроград холангиопанкреатография ва тери орқали холецистостомия) ва кечиктирилган холецистэктомиядан иборат дифференциал стратегия қўлланилди. Тадқиқот натижалари ушбу ёндашув операциядан кейинги ўлим, асоратлар сони ва шифохонада ётиш давомийлигини камайтиришга ёрдам беришини кўрсатди. Хулосалар. Кекса беморларда ўткир холецистит ва билиар асоратларни даволашда индивидуаллаштирилган жарроҳлик стратегиясининг зарурлигини тасдиқлайди.

Калим сўзлар: ўткир холецистит, қариялар, холедохолитиаз, холангит, минимал инвазив муолажалар, холецистэктомия, жарроҳлик тактикаси.

Abstract. Acute cholecystitis in elderly and senile patients presents a complex clinical challenge, particularly when extrahepatic bile ducts are involved. This study analyzed the surgical treatment outcomes of 102 patients aged 65 to 89 years, divided into two groups — with and without bile duct involvement. In the main group, a differentiated strategy was employed, utilizing staged minimally invasive interventions (ERCP and percutaneous cholecystostomy) followed by delayed cholecystectomy. It was demonstrated that this approach helps reduce postoperative mortality, complication rates, and hospitalization duration compared to traditional management. The findings confirm the necessity of an individualized surgical strategy in treating acute cholecystitis in elderly patients with biliary complications.

Keywords: acute cholecystitis, elderly patients, choledocholithiasis, cholangitis, minimally invasive interventions, cholecystectomy, surgical strategy.

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) - одно из самых частых неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости, причём значительная доля пациентов приходится на лиц пожилого и старческого возраста. В крупных хирургических стационарах пациенты старших возрастных групп составляют почти половину всех больных с острым холециститом. У пожилых лиц преобладает калькулёзный холецистит, нередко протекающий со стёртой клинической картиной и быстрым развитием деструктивных изменений в желчном пузыре (флегмона, гангрена) вследствие возрастных особенностей иммунного ответа и

склонности к ишемическим нарушениям [3, 7, 11]. Накопление конкрементов в желчном пузыре часто сочетается с поражением внепечёночных желчных протоков - по данным исследований, холедохолитиаз выявляется у 825% больных с желчнокаменной болезнью, а у людей пожилого возраста достигает 30%. При остром холецистите частота сопутствующего холедохолитиаза достигает 35% случаев, что приводит к развитию механической желтухи и восходящего холангита [4, 6, 8, 10].

Ухудшение оттока жёлчи и инфицирование жёлчных протоков существенно отягощают течение острого холецистита. У более половины пациентов с

острым холециститом, осложнённым холедохолитиазом, развиваются острый холангит или даже билиарный сепсис. Эти осложнения сопровождаются полиорганной дисфункцией и резко повышают операционный риск. Согласно литературным данным, наличие сопутствующей патологии желчных путей у больных ОХ старческого возраста повышает летальность до 43%, что в 5-10 раз выше, чем у пациентов молодого возраста. В целом, послеоперационная летальность у больных острым холециститом пожилого и старческого возраста достигает 6-33%, а у пациентов старше 80 лет может превышать 40-50% [1, 2, 5, 7, 9, 12]. Таким образом, стандартная экстренная холецистэктомия у возрастных больных на фоне осложнённого холецистита сопряжена с чрезвычайно высоким риском.

Несмотря на распространение концепции ранней активной хирургической тактики при остром холецистите (в первые 72 часа от начала болезни), в группе пожилых пациентов с тяжёлыми сопутствующими патологиями такой подход не привёл к значимому снижению летальности. Традиционное хирургическое вмешательство в условиях выраженной коморбидности и билиарных осложнений часто оказывается небезопасным. Поэтому актуальным является поиск оптимальной тактики лечения острого калькулёзного холецистита у лиц старших возрастных групп, особенно при осложнённом его течении (механическая желтуха, холангит и др.). В последние годы всё большее распространение получают малоинвазивные и этапные методы хирургического лечения данной патологии - эндоскопические и чрескожные вмешательства, позволяющие стабилизировать состояние пациента перед выполнением окончательной холецистэктомии. Дифференцированный подход, учитывающий выраженность воспалительного процесса в желчных путях и общее состояние больного, рассматривается как перспективный путь снижения послеоперационной летальности и числа осложнений.

Цель исследования. Определить оптимальную хирургическую тактику лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста, осложнённого поражениями желчных протоков, и оценить её влияние на результаты лечения. Целью являлось повышение эффективности и безопасности хирургического лечения данной категории пациентов за счёт дифференцированного подхода (этапные малоинвазивные вмешательства, своевременная декомпрессия желчных путей, выбор оптимального времени и метода операции).

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе хирургического отделения; включено 102 пациента пожилого и старческого возраста (от 65 до 89 лет, средний возраст 74,3±6,1 года) с острым калькулёзным холециститом. Все пациенты имели клиническую картину острого холецистита (боль в правом подреберье, лихорадка, лейкоцитоз) и были обследованы посредством лабораторных и инструментальных методов (УЗИ, КТ или МРТ по показаниям). Диагноз осложнённого течения (поражение желчных протоков) устанавливался при наличии признаков механической

желтухи (гипербилирубинемия, расширение холедоха по УЗИ) либо документированного холедохолитиаза/холангита. Больные разделены на основную и сравнительную группы. В основную группу вошли 36 пациентов с острым холециститом, осложнённым поражением внепечёночных желчных протоков (холедохолитиаз, холангит, билиарный панкреатит). Сравнительная группа включала 66 пациентов аналогичного возраста с острым калькулёзным холециститом без признаков поражения желчных протоков.

Группы не различались существенно по демографическим показателям и тяжести сопутствующих заболеваний: в обеих преобладали женщины (около 70%), средний возраст не имел статистически значимых различий ($p>0,05$). Все пациенты получали стандартную предоперационную терапию (инфузионная дезинтоксикация, спазмолитики, антибиотики широкого спектра). Тактика хирургического лечения выбиралась индивидуально в зависимости от тяжести острого холецистита и наличия поражения желчных путей. При поступлении оценивалась степень тяжести состояния по шкале APACHE II, а тяжесть холецистита - согласно классификации Tokyo Guidelines 2018 (TG18). Больным основной группы при подтверждённом холедохолитиазе и механической желтухе планировалось этапное лечение: первым этапом - эндоскопическая санация билиарного дерева, вторым этапом - холецистэктомия. Если эндоскопическое вмешательство было невозможно или неэффективно (например, при выраженном воспалительном инфильтрате), либо при распространённом перитоните, выполнялась экстренная операция одним этапом. При крайне высоком операционном риске и тяжёлом деструктивном холецистите применялись малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем с целью временной декомпрессии жёлчного пузыря.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов - выполнена 20 пациентам (55,6%) на первом этапе при наличии холедохолитиаза и отсутствии распространённого перитонита. Эндоскопическое устранение обструкции позволяло ликвидировать механическую желтуху и улучшить состояние перед последующей холецистэктомией.

Чрескожная чреспечёночная холецистостомия - применена у 10 больных (27,8%) с целью декомпрессии гнойно-воспаленного жёлчного пузыря при тяжёлых деструктивных формах ОХ (флегмонозный или гангренозный холецистит) и/или выраженной интоксикации. Дренирование жёлчного пузыря позволило стабилизировать гемодинамику и отложить окончательное вмешательство до улучшения состояния.

Неотложная холецистэктомия - выполнена у 16 пациентов (44%) основной группы на том или ином этапе лечения. В 8 наблюдениях (22,2%) удалось провести раннюю лапароскопическую холецистэктомию после предварительной эндоскопической санации желчных протоков. Ещё у 8 больных (в т.ч. при гангренозном холецистите,

эмпиеме жёлчного пузыря, местном жёлчном перитоните) потребовалось одномоментное открытое вмешательство: мини-лапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха Т-образным дренажем. Открытая операция выполнялась по витальным показаниям, когда малоинвазивные методы были невозможны или неэффективны.

В сравнительной группе тактика была менее сложной. Практически всем пациентам без холедохолитиаза выполнялась ранняя холецистэктомия - преимущественно лапароскопическая (у 60 из 66 больных, 90,9%). В 6 случаях (9,1%) потребовался переход на открытое вмешательство из-за технических трудностей (плотный воспалительный инфильтрат, спайки) или развития интраоперационных осложнений. У 5 пациентов (7,6%) сравнительной группы с крайне высоким риском (APACHE II > 18, тяжёлые сопутствующие заболевания) ограничились только чрескожной холецистостомией и консервативной терапией без последующей холецистэктомии. Таким образом, в сравнительной группе ни одному больному не потребовалась эндоскопическая санация общего жёлчного протока; объём операции ограничивался удалением воспалённого жёлчного пузыря тем или иным способом.

Для оценки результатов в обеих группах проанализированы: послеоперационная летальность (в пределах 30 суток после вмешательства), частота послеоперационных осложнений, структура осложнений, средняя длительность пребывания в стационаре, а также отдалённые исходы (повторные билиарные эпизоды, необходимость повторных вмешательств). Осложнения классифицировались по Clavien-Dindo. Статистический анализ проводился с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исходные характеристики больных двух групп были сходными. Средний балл APACHE II при поступлении составил $12,4 \pm 4,3$ в основной группе и $11,7 \pm 3,9$ - в сравнительной ($p > 0,05$). Тяжёлые деструктивные формы холецистита (флегмонозный, гангренозный) несколько чаще встречались у пациентов с поражением желчных протоков (примерно у 2/3 больных основной группы против ~1/2 - в группе сравнения), однако разница статистически не достоверна. В основной группе у 18 больных (50%) диагностирован острый холангит, у 5 (14%) - билиарный панкреатит; в сравнительной группе подобных осложнений не наблюдалось. Таким образом, наличие холедохолитиаза сопровождалось более высокой частотой системных воспалительных осложнений.

Лапароскопическая холецистэктомия как окончательный метод лечения была существенно реже выполнена у больных основной группы по сравнению со сравнительной (соответственно 22% vs 91%, $p < 0,001$), что отражает необходимость дополнительных вмешательств (ЭРХПГ, дренирование) и конверсий в открытый доступ при осложнённом течении. Эндоскопическая санация

общего протока оказалась эффективной: из 20 пациентов, перенёвших ЭРХПГ, у 18 (90%) удалось полностью удалить конкременты; 2 больным потребовалась открытая ревизия холедоха из-за неудачи эндоскопии. Во всех случаях чрескожная холецистостомия позволила добиться регресса острого воспаления; последующая плановая холецистэктомия этим пациентам была выполнена через 7-10 дней без интра- и послеоперационных осложнений. В группе сравнения течение болезни и лечение были более прямолинейными: ранняя лапароскопическая холецистэктомия привела к выздоровлению большинства пациентов без необходимости дополнительных вмешательств.

По состоянию на 30-е сутки после операции, в основной группе умерли 3 пациента (8,3%), тогда как в группе сравнения - 1 пациент (1,5%) (разница статистически не достигла уровня значимости, $p = 0,12$). Все летальные исходы произошли у больных основной группы с явлениями тяжёлого сепсиса на фоне холангита при поступлении. Общая частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 25% (9 пациентов) и была выше, чем в группе сравнения - 9% (6 пациентов). Среди осложнений в основной группе отмечены: нагноение послеоперационной раны (3 случая), пневмония (2), абсцесс брюшной полости (1), острая сердечная недостаточность (2), острый панкреатит после ЭРХПГ (1). В сравнительной группе преобладали более лёгкие осложнения I-II степени (серома или инфильтрат в области раны, транзиторная дисфункция ЖКТ), тогда как в основной группе 5 пациентов перенесли тяжёлые осложнения (III-IV степени по Clavien-Dindo), потребовавшие повторных вмешательств или пролонгированной интенсивной терапии. Необходимо отметить, что 14 больных основной группы (39%) нуждались в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, тогда как в группе сравнения - 10 пациентов (15%, $p = 0,002$), что отражает различие в тяжести состояния и наличии септических осложнений.

Средняя длительность пребывания в стационаре оказалась достоверно больше у пациентов с осложнённым холециститом - $12,1 \pm 4,5$ койко-дней против $8,3 \pm 2,7$ дней в группе без поражения протоков ($p < 0,01$). Удлинение периода лечения связано с необходимостью выполнения этапных вмешательств и терапии осложнений, тогда как при неосложнённом холецистите после ранней малоинвазивной операции восстановление происходило быстрее.

Видно, что летальность в группе с поражением желчных протоков выше (8% против 2%), аналогично общая частота осложнений (25% против 10%). Эта разница обусловлена более тяжёлым состоянием больных основной группы и наличием у них таких отягчающих факторов, как холангит и сепсис. Хотя различия в летальности статистически не достигли значимости при данном объёме выборки, прослеживается отчётливая тенденция к повышенному риску осложнений у пациентов с поражением желчных путей.

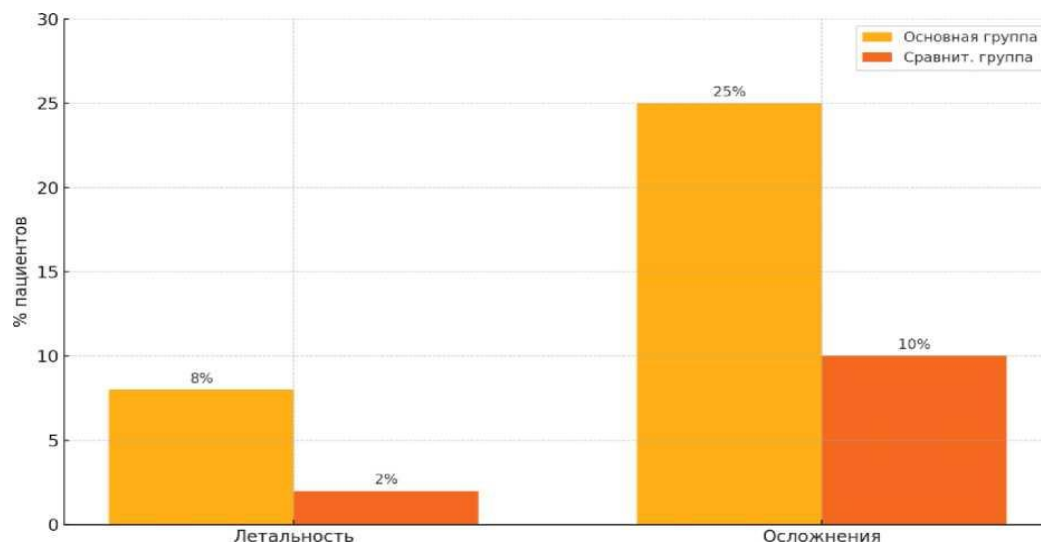


Рис. 1. Сравнительные показатели послеоперационной летальности и частоты осложнений в основной и сравнительной группах

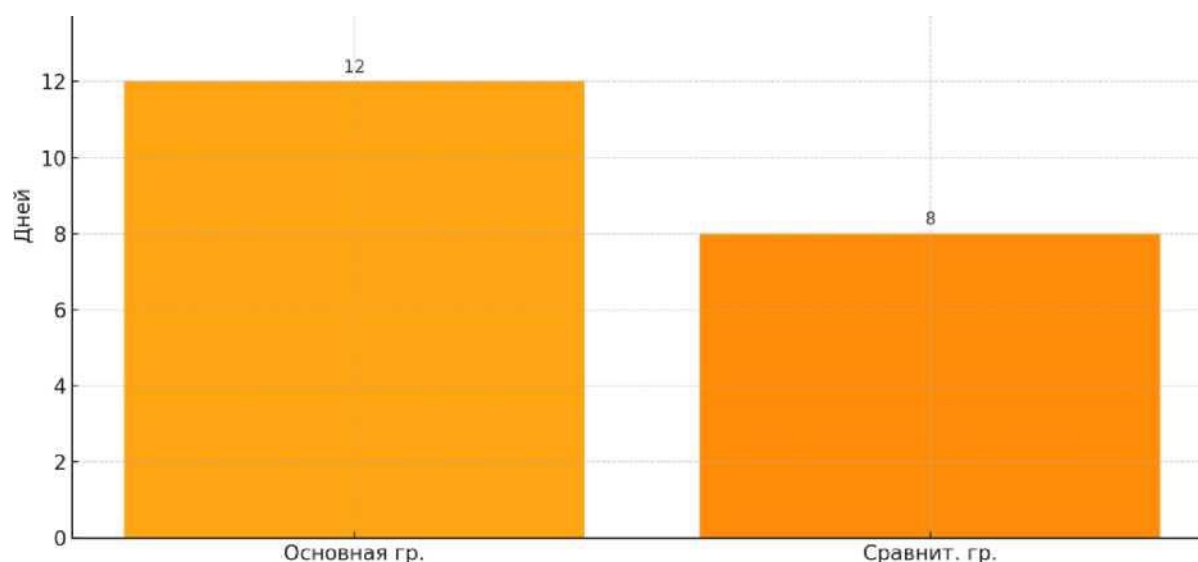


Рис. 2. Средняя длительность госпитализации пациентов обеих групп

Больные с осложнённым острым холециститом находились в стационаре дольше (в среднем ~12 дней) по сравнению с больными без холедохолитиаза (~8 дней). Удлинение периода лечения связано с необходимостью этапной терапии (эндоскопической и/или чрескожной) и лечения инфекционных осложнений. Напротив, при неосложнённом холецистите после ранней операции (чаще лапароскопической) выздоровление наступало быстрее. Разница длительности госпитализации между группами статистически значима ($p < 0,01$).

Полученные результаты подтверждают обоснованность дифференцированной тактики, рекомендуемой современными клиническими руководствами. Согласно отечественным рекомендациям, при остром холецистите, осложнённом механической желтухой без признаков перитонита, показано выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов из холедоха, после чего проводится холецистэктомия - одномоментно либо в течение ближайших дней. Если же у пациента доминируют признаки острого

деструктивного холецистита либо эндоскопическое восстановление оттока жёлчи невозможно/неэффективно, рекомендуется одномоментная операция: холецистэктомия (лапароскопическая, мини- лапаротомная или открытая) с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха. В нашей основной группе такая тактика реализована: у 55% больных проведена этапная эндоскопическая декомпрессия с последующей отсроченной холецистэктомией, а в 22% случаев сразу выполнена открытая холецистэктомия с ревизией протока по жизненным показаниям. Таким образом, алгоритм лечения соответствовал тяжести состояния пациентов и анатомофизиологическим особенностям осложнения.

Анализ летальных исходов показал, что они произошли у пациентов, поступивших с тяжёлым гнойным холангитом и сепсисом, несмотря на комплекс интенсивных лечебных мероприятий. Это согласуется с данными литературы, указывающими, что решающим фактором прогноза является наличие острого гнойного холангита, тогда как выбор метода санации желчных путей (эндоскопического или

хирургического) менее значим. Следовательно, своевременная коррекция холангита и борьба с инфекцией имеют первостепенное значение для снижения летальности.

Применение чрескожной холецистостомии у наиболее тяжёлых больных оказалось оправданным. В нашем исследовании ни один из пациентов, получивших только чрескожную декомпрессию с отсроченной операцией, не погиб; летальные случаи были зафиксированы именно среди больных, перенёвших экстренные операции в состоянии септического шока. По данным других авторов, у пожилых пациентов малоинвазивная декомпрессия существенно снижает раннюю летальность по сравнению с прямой экстренной операцией (~2% против 18%). Наш опыт согласуется с этими выводами: щадящая тактика позволила избежать необоснованного оперативного риска у ряда больных с крайне высоким показателем тяжести (APACHE II > 18), при превышении которого целесообразно воздержаться от экстренной операции при отсутствии перитонита. Перевод таких пациентов на этапное лечение (первичная декомпрессия, санация инфекции и последующая плановая операция) значительно улучшил результаты.

Отдельно следует отметить возможности одномоментного малоинвазивного лечения. При наличии технических условий возможно выполнение единого комбинированного вмешательства - лапароскопической холецистэктомии в сочетании с интраоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомией (методика «рандву») либо лапароскопической холедохолитотомией. Согласно данным литературы, показатели летальности при лапароскопической санации холедоха сопоставимы с таковыми при двухэтапном лечении (ЭРХПГ + операция). В нашем учреждении подобные методы также применяются, однако у рассматриваемой когорты пациентов (старческий возраст, тяжёлое состояние, холангит) приоритет отдавался двухэтапному подходу. Такой алгоритм позволил минимизировать операционную травму и добиваться относительно низкой летальности даже у пациентов группы высокого риска.

Таким образом, дифференцированная тактика, включающая малоинвазивные этапы (эндоскопические и чрескожные) с последующим выполнением радикальной операции, позволила улучшить результаты лечения острого холецистита у пожилых пациентов, осложнённого поражением желчных протоков. Полученные показатели летальности и частоты осложнений свидетельствуют о целесообразности широкого внедрения подобных подходов в практику неотложной хирургии.

Выводы:

1. Острый холецистит у пациентов пожилого и старческого возраста, осложнённый поражением желчных протоков, характеризуется более тяжёлым течением и высоким риском неблагоприятных исходов по сравнению с неосложнённым холециститом у лиц того же возраста.

2. Наличие холедохолитиаза и холангита диктует необходимость дифференцированной

хирургической тактики. Оптимальным подходом является этапное лечение: на первом этапе - устранение обструкции желчных путей (ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов либо чрескожная декомпрессия жёлчного пузыря), на втором этапе - выполнение холецистэктомии после стабилизации состояния.

3. Применение малоинвазивных вмешательств (эндоскопических и чрескожных) у больных высокого операционного риска позволило снизить послеоперационную летальность. В основной группе летальность составила 8,3%, что значительно ниже исторических показателей при экстренной открытой хирургии у подобных пациентов (до 40% и более).

4. По сравнению с больными без поражения желчных протоков, пациенты с осложнённым острым холециститом имели большую частоту послеоперационных осложнений (25% vs 9%) и более длительный стационар (12 vs 8 дней). Это связано с тяжестью их состояния и необходимостью многоэтапного лечения. Тем не менее, применение оптимальной тактики позволило минимизировать риск летальных исходов и добиться приемлемых результатов у большинства больных основной группы.

Литература:

1. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Назаров З.Н., Абдурахманов Д.Ш. Особенности хирургического ведения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста, осложнённого поражением желчных протоков // *Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities*. – Том 3, февраль 2022. Стр. 4–11.
2. Назаров З.Н., Сулейманов С.У. Выбор хирургической тактики при осложнённых формах желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // *Research Focus International Scientific Journal, Узбекистан*. Том 3 | Выпуск 5 | 2024.
3. Назаров З.Н., Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А. Хирургическая тактика при осложнённых формах желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // *AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences*. Том 1, Выпуск 8, 2023. Стр. 447–455.
4. Курбаниязов З.Б., Назаров З.Н., Сулейманов С.У., Саидмуродов К.Б. Клиника желчнокаменной болезни, осложнённой острым холециститом и холангитом у пациентов пожилого и старческого возраста // *Проблемы биологии и медицины*. 2023, №4 (146), стр. 60–65.
5. Назаров З.Н. Хирургическое лечение осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // *Journal of Biomedicine and Practice*. Том 8, Выпуск 4, 2023. Стр. 407–416.
6. Назаров З.Н., Сулейманов С.У. Хирургические аспекты повреждений желчных протоков после холецистэктомии // *Research Focus International Scientific Journal, Узбекистан*. Том 3 | Выпуск 5 | 2024.
7. Курбаниязов З.Б., Назаров З.Н., Сулейманов С.У. Оптимизация тактических и технических аспектов хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // *Journal of Biomedicine and Practice*. Том 8, Выпуск 3, 2023. Стр. 81–91.

8. Назаров З.Н., Рахманов К.Э. Хирургическая тактика при остром холецистите у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник Ташкентской медицинской академии. 2022, №5 (№8). Стр. 152–156.
9. Курбаниязов З.Б., Назаров З.Н., Сулейманов С.У. Особенности клиники и хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины. 2023, №3 (144), стр. 125–131.
10. Назаров З.Н. Анализ результатов хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // International Journal of Education, Social Science & Humanities. Finland Academic Research Science Publishers. Том 11 | Выпуск 5 | 2023. Стр. 2197–2211.
11. 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.
12. 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.
13. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

18. 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

19. Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1–676.

20. Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Назаров З.Н.

Резюме. Острый холецистит у пациентов пожилого и старческого возраста представляет собой сложную клиническую проблему, особенно при вовлечении внепечёчных желчных протоков. В данной работе проанализированы результаты хирургического лечения 102 пациентов в возрасте от 65 до 89 лет, разделённых на две группы — с и без поражения желчных протоков. В основной группе применялась дифференцированная стратегия с использованием этапных малоинвазивных вмешательств (ЭРХПГ, чрескожная холецистостомия) и отсроченной холецистэктомии. Показано, что такой подход способствует снижению послеоперационной летальности, частоты осложнений и длительности госпитализации по сравнению с традиционной тактикой. Выводы подтверждают необходимость индивидуализированной хирургической стратегии в лечении острого холецистита у возрастных пациентов с билиарными осложнениями.

Ключевые слова: острый холецистит, пожилой возраст, холедохолитиаз, холангит, малоинвазивные вмешательства, холецистэктомия, хирургическая тактика.