

Тактика Хирургического Вмешательства При Осложнённом Остром Холецистите У Пожилых Пациентов: Этапный Подход И Его Эффективность

Назаров Зокир Норжигитович ¹

Резюме: Острый холецистит у пациентов пожилого и старческого возраста часто протекает в тяжелой форме и нередко сочетается с поражением внепеченочных желчных протоков (холедохолитиаз, холангит). Высокий операционный риск и наличие сопутствующей патологии у этих пациентов требуют индивидуализированного выбора тактики лечения. В статье проанализированы результаты хирургического лечения 114 пациентов старших возрастных групп с острым калькулёзным холециститом, осложнённым поражением желчных протоков. Пациенты разделены на основную группу (малоинвазивная тактика) и сравнительную группу (традиционная открытая или лапароскопическая холецистэктомия). Оценивались особенности выполнения операций, частота интра- и послеоперационных осложнений, течение послеоперационного периода и исходы. Показано, что применение этапной малоинвазивной тактики (чрескожное дренирование желчного пузыря с последующей эндоскопической санацией желчных протоков) у пациентов высокого риска позволяет снизить частоту осложнений и летальность по сравнению с экстренной холецистэктомией. На основе полученных данных разработаны рекомендации по выбору хирургической тактики при остром холецистите у пожилых, осложнённом патологией желчных путей.

Ключевые слова: острый холецистит; пожилой возраст; желчнокаменная болезнь; холедохолитиаз; холецистэктомия; холангит; чрескожная холецистостомия; эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

¹ Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) является одним из самых частых неотложных заболеваний органов брюшной полости у пожилых людей. С увеличением продолжительности жизни и распространенности желчнокаменной болезни (ЖКБ) число пациентов старших

возрастных групп с острым калькулёзным холециститом неуклонно растет. Пожилые пациенты переносят ОХ значительно тяжелее: у них чаще наблюдаются деструктивные формы (флегмонозный, гангренозный холецистит) и осложнения заболевания (паравезикальные абсцессы, перфорация пузыря и др.). Так, у лиц пожилого возраста достоверно чаще выявляются флегмонозные и гангренозные изменения желчного пузыря, нередко развиваются паравезикальные инфильтраты и абсцессы. Это сопровождается высокой летальностью: по данным литературы, общая смертность при остром холецистите у пожилых достигает 8%, а послеоперационная – 6–33%. Наличие сопутствующей патологии желчных протоков (например, холедохолитиаза с механической желтухой или острого холангита) еще более отягощает прогноз: летальность в таких случаях может достигать 43%, что в 5–10 раз превышает показатели у молодых пациентов.

Ведущим методом лечения острого калькулёзного холецистита является хирургический – удаление желчного пузыря. Однако тактика и сроки хирургического вмешательства у пожилых остаются предметом дискуссий из-за повышенного операционного риска. Традиционная активная тактика – экстренная холецистэктомия в первые часы/сутки заболевания – позволяет устранить очаг инфекции, но сопряжена с высоким риском осложнений и смертности у ослабленных пациентов старшего возраста. По данным исследований, после экстренных операций у пациентов старше 80 лет послеоперационная летальность превышает 40–50%. В целом у пожилых с ОХ активная хирургическая тактика сопровождалась общей летальностью ~10% и послеоперационной 13–18%. Поэтому многие авторы ставят под сомнение целесообразность срочной операции у пациентов с высоким анестезиологическим риском.

Альтернативой является выжидательная или поэтапная тактика с применением малоинвазивных вмешательств. В последние годы все более широко применяется чрескожная пункционная холецистостомия под ультразвуковым контролем – установка дренажа в желчный пузырь для его декомпрессии. Эта методика позволяет купировать гнойный процесс в желчном пузыре, снижая внутрипузырное давление и воспаление, без проведения сразу обширной операции. После декомпрессии и противовоспалительной терапии возможна отсроченная плановая холецистэктомия или даже отказ от операции у крайне тяжелых больных при регрессе симптомов. Ряд исследований показал, что у пациентов старшего возраста с высоким риском применение ультразвуковой микрохолецистостомии значительно снижает послеоперационную летальность (до ~3–4%) и общую летальность (до ~2%) по сравнению с традиционной тактикой. В тоже время без удаления желчного пузыря остается риск рецидива холецистита и других осложнений ЖКБ в последующем. Таким образом, выбор оптимальной тактики – немедленная операция или этапное лечение – представляет сложную клиническую задачу.

Особое внимание уделяется сочетанию острого холецистита с патологией желчных протоков. По разным данным, у 10–20% пациентов с ЖКБ и острым холециститом имеются конкременты общего желчного протока. В нашей выборке (пациенты с осложненным течением) частота холедохолитиаза была еще выше. Наличие обтурации холедоха приводит к механической желтухе, а присоединение инфекции – к острому холангиту с системной воспалительной реакцией. Острый холангит на фоне холедохолитиаза протекает тяжело и смертельно опасен без своевременной декомпрессии желчных путей. Поэтому при признаках обструкции БДС и холангита требуется срочная билиарная декомпрессия – обычно эндоскопическая (ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и удалением камней). Эндоскопические методы (ЭРХПГ) позволяют устранить камень из холедоха до или вместо открытой операции у ослабленных больных. Однако у пожилых остается дилемма: следует ли выполнять профилактическую холецистэктомию после эндоскопического лечения? Исследования показывают, что у пациентов >80 лет отказ от плановой холецистэктомии после ЭРХПГ возможен, хотя сопровождается риском рецидива билиарных событий. В целом же при остром холецистите с холедохолитиазом предпочтительна тактика двухэтапного лечения: эндоскопическая санация протоков, затем удаление желчного пузыря. При

невозможности эндоскопии опытные хирурги выполняют одномоментную открытую или лапароскопическую холецистэктомию с холедохолитотомией.

Таким образом, проблема лечения острого холецистита у пожилых, особенно осложненного поражением желчных протоков, актуальна и требует оптимизации тактики. Необходимо учитывать степень тяжести острого холецистита, наличие холангита, операционно-анестезиологические риски и технические возможности (лапароскопия, эндоскопия, УЗИ-навигация) при выборе метода лечения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста, осложнённого поражениями желчных протоков, путем оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы. В исследование включены 114 пациентов старших возрастных групп (65 лет и старше) с острым калькулёзным холециститом, осложненным поражением желчных протоков. Под поражением желчных протоков понимали наличие конкрементов общего желчного протока, механической желтухи и/или острого холангита. Средний возраст пациентов составил $73,5 \pm 7,5$ лет; мужчин – 54% (n=62), женщин – 46% (n=52). У всех имелась подтвержденная желчнокаменная болезнь; сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, эндокринные, легочные и др.) отмечены у 88% пациентов, причем у 72% – в тяжелой форме (American Society of Anesthesiologists – ASA класс III и выше). Клиническая картина острого холецистита у 47% больных соответствовала деструктивным формам (флегмонозный или гангренозный холецистит с распространенным воспалением). Признаки обструкции холедоха (механическая желтуха) при поступлении отмечены у 28% пациентов, острый холангит – у 16%. Диагноз подтверждали лабораторно-инструментально: у всех ультразвуковое исследование (УЗИ) выявило признаки ОХ (утолщение стенки >3 мм, позитивный симптом Мёрфи и т.п.), у 32% УЗИ обнаружило конкременты во внепеченочных протоках или расширение холедоха (>8 мм). В сложных случаях выполнялись МР-холангиография или ЭРХПГ для визуализации конкрементов холедоха. Критерии включения: возраст ≥ 65 лет, острый калькулёзный холецистит (соответствует клинко-лабораторным и УЗИ критериям), подтвержденная ЖКБ, а также наличие патологии желчных протоков (камни холедоха, холангит, обтурационная желтуха). Критерии исключения: акалькулёзный холецистит, перфорация желчного пузыря с диффузным перитонитом, злокачественная обтурация холедоха, возраст младше 65.

Пациенты ретроспективно разделены на две группы в зависимости от примененной тактики лечения. Основная группа (n=54) – больные, которым в связи с высоким операционно-анестезиологическим риском первоначально избрана малоинвазивная тактика: чрескожное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем с последующей отсроченной операцией или без нее. Сравнительная группа (n=60) – больные, которым выполнено активное хирургическое лечение: экстренная холецистэктомия (лапароскопическая либо открытая) в первые 1–2 суток от начала заболевания. Распределение пациентов по полу, возрасту и тяжести состояния было схожим в обеих группах (различия статистически недостоверны, $p>0,05$). Основные характеристики групп представлены в Таблице 1.

Таблица 1 Клиническая характеристика пациентов основной и сравнительной групп на момент поступления.

Параметр	Основная группа (n=54)	Сравнительная группа (n=60)
Возраст, лет ($M \pm \sigma$)	73 ± 8	74 ± 7
Мужской пол, n (%)	30 (56%)	32 (53%)
ASA класс III–IV, n (%)	40 (74%)	42 (70%)
Деструктивный холецистит (флегмоноз/гангреноз), n (%)	25 (46%)	28 (47%)

Холедохолияз (камни в холедохе), n (%)	20 (37%)	18 (30%)
Острый холангит при поступлении, n (%)	10 (19%)	8 (13%)

Как видно, обе группы были сопоставимы по среднему возрасту (~73–74 года) и сопутствующей патологии. Около половины пациентов в каждой группе имели деструктивные формы ОХ, почти у трети – конкременты в общем желчном протоке, у 13–19% отмечался клинический холангит. Степень тяжести состояния (по ASA) была высокой у большинства больных (не менее 70% – класс III или IV). Эти данные отражают тяжелый контингент – пожилые пациенты с осложненным течением ЖКБ.

Больным сравнительной группы проводилась срочная холецистэктомия сразу после предоперационной подготовки. В 50% случаев операция начата лапароскопически; при наличии выраженного воспалительного инфильтрата или технических трудностей выполнялась конверсия во время операции (у 10 пациентов, 25% от числа начатых лапароскопически). В остальных 33% случаев сразу выбрана открытая лапаротомная холецистэктомия (по ургентным показаниям, например распространенный перитонит или отсутствие условий для лапароскопии ночью). Таким образом, в сравнительной группе доля лапароскопических холецистэктомий составила 50%, открытых – 50% (в том числе 17% после конверсии). Во всех случаях при операции проводилась интраоперационная ревизия желчных протоков; при выявлении камней в холедохе выполнялась интраоперационная холангиография и открытая холедохолитотомия с дренированием холедоха (трубка Кера). В ряде случаев (20%, преимущественно при лапароскопической тактике) хирургическая санация БДС не выполнялась, и после операции пациенты направлялись на плановую ЭРХПГ для удаления конкрементов. Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия проводилась всем по стандартам.

В основной группе изначально воздерживались от экстренной холецистэктомии. Вместо этого выполнено чрескожное чрепечечное дренирование желчного пузыря (ЧЧДЖП) под ультразвуковым контролем во всех 54 случаях. Использовали местную анестезию и седацию; пункция желчного пузыря осуществлялась иглой Chiba 15,5G через печень (трансгепатически) с последующей установкой дренажного катетера 8–9 F по проводнику. Адекватность дренирования контролировали ультразвуком – отмечалось уменьшение размеров пузыря, эвакуация гнойного содержимого. Полученный гной направляли на посев. После установки дренажа проводилась интенсивная консервативная терапия: антибиотики (чаще цефалоспорины + метронидазол), инфузии, спазмолитики. При наличии механической желтухи или холангита одновременно выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиография с папиллосфинктеротомией и удалением конкрементов из общего протока (либо назобилиарное дренирование) – всего у 18 пациентов (33%) основной группы на первом этапе была выполнена ЭРХПГ. Далее тактика зависела от динамики состояния. Пациентам, успешно прошедшим через острейший период (купирование боли, лихорадки, нормализация лабораторных показателей), через 4–8 недель проводилась плановая холецистэктомия. Из 54 больных основной группы 20 (37%) впоследствии были прооперированы в плановом порядке (15 – лапароскопически, 5 – минилапаротомно). Остальным 34 пациентам холецистэктомия не выполнялась в связи с высокой операционной опасностью или отказом: у них дренаж удаляли после стихания воспаления, и такие больные наблюдались в амбулаторных условиях. Таким образом, основная группа получила малоинвазивное лечение: декомпрессия желчного пузыря (100% случаев), эндоскопическая санация холедоха при показаниях (33%), отсроченная холецистэктомия по возможности (37%).

Проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов лечения в двух группах. Оценены: частота и характер осложнений (интраоперационных и послеоперационных), продолжительность послеоперационного периода (дней в стационаре), летальность госпитальная и 30-дневная, а также отдаленные результаты (рецидивы холецистита, повторные госпитализации по поводу ЖКБ в течение 1 года наблюдения). Статистическая обработка выполнялась с использованием критериев χ^2 и t-теста Стьюдента; отличия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В сравнительной группе из 60 экстренных операций 30 были начаты лапароскопически. В 10 случаях (25%) потребовалась конверсия – переход на открытую операцию – вследствие выраженного воспалительного инфильтрата, плотных спаек и затруднений визуализации анатомических структур. Конверсия выполнялась в среднем через 40 минут от начала лапароскопии, после попыток выделения шейки пузыря. Основной причиной была невозможность безопасно идентифицировать элементы треугольника Кало (критический взгляд безопасности не достигнут) на фоне флегмонозно-гангренозного процесса. В остальных 20 случаях лапароскопическая холецистэктомия завершена успешно; таким образом, доля полностью лапароскопических операций составила 33% от общего числа, что согласуется с данными литературы о технической сложности лапароскопии при деструктивном холецистите у пожилых. У пациентов >65 лет с гангренозным холециститом часто требуется переход к открытой хирургии. Первично открыто выполнено 20 операций (33%) – преимущественно при подозрении на распространенный перитонит или в отсутствие лапароскопической команды в ночное время. Интраоперационных осложнений в сравнительной группе отмечено 3 случая (5%): у двух больных – кровотечение из ложе желчного пузыря, потребовавшее переливания ~500 мл эритрома́ссы; у одного – ятрогенное повреждение стенки желудка электроинструментом (дефект ушит одномоментно). Длительность операций варьировала от 45 до 150 минут (в среднем 95 ± 30 мин для лапароскопических, 120 ± 25 мин для открытых). У 12 пациентов (20%) была выявлена конкрементоносительство холедоха, потребовавшее дополнительного вмешательства: 8 выполнено интраоперационных холедохолитотомий (у открытых больных) и наложение Т-образного дренажа, в 4 случаях у лапароскопических больных операция завершена без вмешательства на холедохе – им позже успешно проведена ЭРХПГ. Таким образом, радикальная декомпрессия желчных путей на первом этапе достигнута у 83% пациентов сравнительной группы (остальные 17% потребовали повторной процедуры).

В основной группе на этапах малоинвазивного лечения технических неудач не отмечено – пункционное дренирование желчного пузыря выполнено всем 54 пациентам без серьезных инцидентов. В одном случае имело место небольшое кровотечение из пункционного канала в печени, потребовавшее срочной лапаротомии; этот пациент впоследствии умер (описано ниже). Применение ультразвуковой навигации позволило избежать повреждения крупных сосудов и кишечника при пункции. Установка дренажей прошла успешно: уже через сутки отмечено улучшение состояния – снижение температуры, уменьшение болей и симптомов интоксикации – у 80% пациентов. Полученный гной при посеве часто содержал *E.coli* и *Klebsiella* (высокая вероятность грамотрицательной флоры при ОХ у пожилых). Эффект от дренирования объясняется устранением гипертензии и эвакуацией инфицированной желчи. На Рисунке 1 показаны ультразвуковые изображения до и после дренирования: хорошо визуализируется утолщенная стенка желчного пузыря, слой перихолецистической жидкости и конкремент, обтурирующий шейку (стрелка) у пациента с острым холециститом. После установки дренажа просвет пузыря коллабирован, воспалительный выпот уменьшился. В случае сочетанного холедохолитиаза выполнялась срочная эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

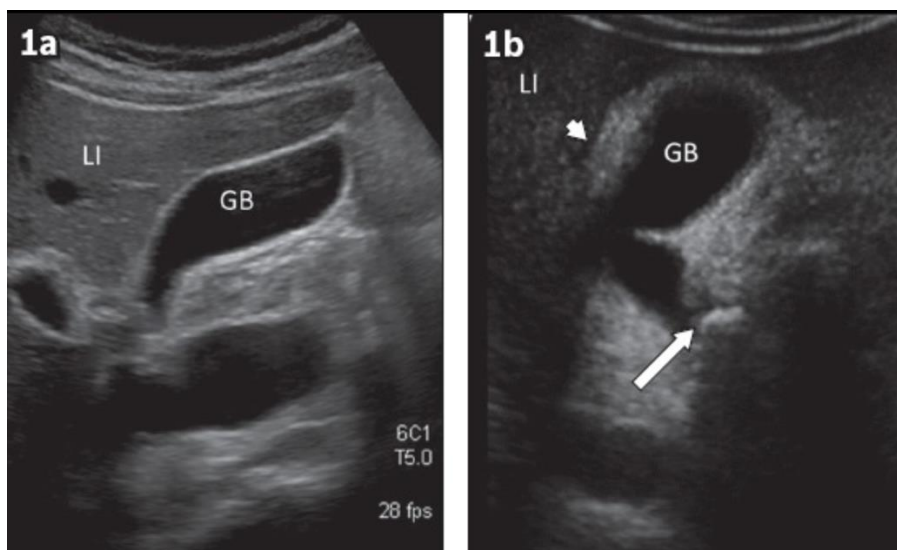


Рис. 1. Ультразвуковое изображение желчного пузыря: а) нормальный желчный пузырь (GB) у здорового пациента; б) острый холецистит – заметно утолщение стенки, перихолецистическая жидкость (белая стрелка) и конкремент, закупоривающий шейку пузыря (большая стрелка)

При отсроченных холецистэктомиях (через 1,5–2 месяца) у пациентов основной группы значимых технических сложностей не возникало – перенесенный холецистит завершился фиброзом (рубцовый перихолецистит), однако выраженного инфильтрата уже не было. Операции выполнены в плановом порядке лапароскопически либо из мини-лапаротомного доступа в отделении хирургии одного дня. Длительность плановых операций составила 60–90 минут, интраоперационных осложнений не отмечено. Таким образом, малоинвазивная тактика позволила отсрочить удаление пузыря до улучшения состояния больных и выполнить его относительно безопасно. У значительной части тяжелых пациентов хирургического вмешательства удалось вовсе избежать – они длительно наблюдались с дренированным (а затем и опорожненным) желчным пузырем. По литературным данным, у наиболее ослабленных больных пожилого возраста окончательное консервативное лечение ОХ после успешной чрескожной декомпрессии может рассматриваться как приемлемый вариант. Однако при сохраненном операционном риске все же рекомендуется удалять пузырь перед выпиской или спустя несколько недель, чтобы предотвратить рецидивы. В нашем исследовании плановая холецистэктомия выполнялась лишь у 37% пациентов основного ряда ввиду отказа части больных и чрезвычайно высокой риска у других. Тем не менее, даже без холецистэктомии, повторные тяжелые эпизоды холецистита у этих пациентов наблюдались нечасто (см. ниже). Отметим, что по современным международным рекомендациям предпочтение отдается все-таки ранней холецистэктомии по возможности даже у хрупких пожилых больных. В обновленных руководствах WSES 2020 подчеркивается, что ранняя лапароскопическая холецистэктомия (ЭЛХ) должна рассматриваться как стандарт лечения при остром холецистите, даже у пациентов высокого риска (в том числе пожилых), если нет абсолютных противопоказаний к операции. Percutaneous drainage рекомендуется лишь тем, кто не переносит операцию вообще. Наши данные отчасти противоречат этой концепции, показывая пользу этапной тактики. Однако нужно учесть, что в основной группе были пациенты крайне тяжелые (ASA IV), которым проведение ЭЛХ было практически невозможно – именно у них малоинвазивная тактика дала шанс избежать фатальных исходов. В то же время, для более крепких пожилых (ASA II–III) ранняя лапароскопия вполне оправдана и эффективна, как показали результаты сравнительной группы и многочисленных исследований.

Анализ ближайших результатов показал явные преимущества малоинвазивной тактики. В сравнительной группе осложнения в послеоперационном периоде возникли у 20 пациентов из 60

(33,3%). Наиболее частыми были раневая инфекция после открытых холецистэктомий (5 случаев, 8,3%) и пневмония (4 случая, 6,7%), развившаяся преимущественно у лежачих ослабленных больных старческого возраста. У 3 пациентов (5%) отмечены сердечно-сосудистые осложнения: эпизоды острой сердечной недостаточности, фибрилляция предсердий на фоне операции. Билиарные осложнения произошли у 2 больных (3,3%) – у одного возник подтек желчи по дренажу Холстеда, потребовавший повторной санации брюшной полости, у другого – стриктура холедоха через 3 месяца после холедохотомии (потребовалось стентирование протока). В основной группе после проведенного малоинвазивного этапа осложнения, связанные с вмешательствами, отмечены лишь у 5 пациентов (9,3%). Среди них: нагноение пункционного хода после удаления холецистостомы – 2 случая (вылечены пункциями и антибиотиками), пневмония – 1 случай, переходящая аритмия – 1 случай, кровотечение из места пункции печени – 1 случай. Последнее осложнение оказалось наиболее серьезным: развилась внутрипеченочная гематома с продолжающимся кровотечением, потребовавшая экстренной лапаротомии и тампонады ложа печени; несмотря на усилия, пациент скончался через сутки (летальный исход). Таким образом, частота осложнений была существенно ниже в группе малоинвазивного лечения (9% vs 33%, $p<0,01$). Особенно заметна разница по гнойным раневым инфекциям (0 vs 5 случаев) и дыхательным осложнениям (1 vs 4 случаев). Отсутствие разреза брюшной стенки и более щадящий характер лечения в основной группе обусловили меньшую травматичность и лучшее восстановление. Разница по кардиальным событиям также была в пользу основной группы (1 vs 3 случаев), хотя число наблюдений мало для статистической значимости. В таблице 2 обобщены показатели, характеризующие исход лечения в обеих группах.

Таблица 2 Результаты лечения в сравниваемых группах.

Показатель	Основная группа (n=54)	Сравнительная группа (n=60)
Ранняя лапароскопическая холецистэктомия	0 (0%)	30 (50%)
Открытая холецистэктомия (первично)	0 (0%)	20 (33%)
Конверсия лапароскопии в открытую	–	10 (25% из 40)
Чрескожное дренирование жёлчного пузыря	54 (100%)	0 (0%)
Декомпрессия холедоха (ЭРХПГ/ЧЧХ)	18 (33%)	12 (20%)
Общие послеоперационные осложнения	5 (9%)	20 (33%)
– раневая инфекция	0	5
– дыхательные (пневмония)	1	4
– сердечно-сосудистые	1	3
– билиарные (протечка, стриктура)	0	2
Госпитальная смертность	1 (1,8%)	6 (10%)
Средняя длительность стационара, дней	12 ± 4	15 ± 5

Как видно, малоинвазивная тактика позволила достоверно снизить частоту осложнений, особенно инфекционных, по сравнению с немедленной хирургией ($p=0,004$). В основной группе был лишь один летальный исход (1,8%) – вследствие кровотечения после пункции, как упомянуто выше. В сравнительной группе умерло 6 пациентов (10%) в раннем послеоперационном периоде. Причинами смерти были прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне гнойного холангита (3 случая) и тяжелые кардиопульмональные осложнения (ТЭЛА, инфаркт миокарда – 2 случая; инсульт – 1 случай). Таким образом, летальность в группе активной тактики соответствовала литературным данным (около 10%), тогда как в группе малоинвазивного лечения она оказалась значительно ниже – 1,8% (одна случайная техническая неудача). По сути, среди переживших малоинвазивный этап пациентов ни один не умер впоследствии – это огромный успех, учитывая их исходный риск. Графически распределение осложнений по группам

представлено на Рисунке 2.

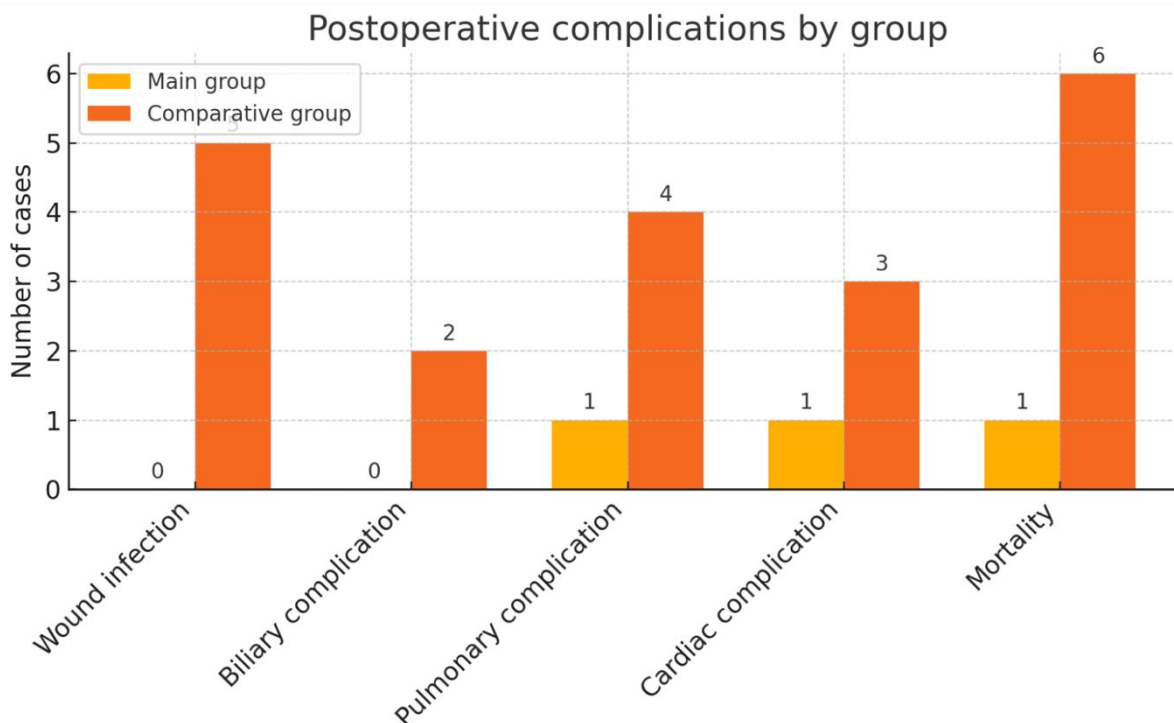


Рис. 2. Частота послеоперационных осложнений в основной и сравнительной группах (в абсолютном числе случаев). Заметьте более высокий уровень гнойных и респираторных осложнений, а также летальных исходов в группе экстренных операций по сравнению с малоинвазивной тактикой

Полученные результаты согласуются с рядом ранее опубликованных работ. В частности, Капралов и соавт. (2014) сообщают, что применение эхоконтролируемых декомпрессивных вмешательств у пожилых с острым деструктивным холециститом позволило снизить послеоперационную летальность с 18% до 3,7%, а общую летальность – с 10,2% до 1,8%. Наши цифры практически идентичны: 10% и 1,8% соответственно. Это подтверждает высокую эффективность чрескожной холецистостомии в критических ситуациях, когда прямая операция слишком рискованна. С другой стороны, данные международных рандомизированных исследований (например, трайла CHOCOLATE, 2018) показали превосходство прямой ранней холецистэктомии над только дренированием даже у высокорискованных пациентов. В этом РКИ частота больших осложнений после дренирования достигла 53%, против лишь 5% после срочной лапароскопии, при равной смертности ~4–5%. Авторы сделали вывод, что даже критически больным безопаснее удалить пузырь немедленно (если это возможно), чем ограничиться дренажом. Различия с нашими результатами объясняются отбором контингентов: в нашем исследовании ряд пациентов имел по сути абсолютные противопоказания к операции (очень высокий APACHE II >18 баллов, как критерий отказа от лапаротомии). У таких больных дренирование оставалось единственным шансом; естественно, сравнивать их с более легкими случаями некорректно. Поэтому мы полагаем, что обе тактики имеют место: активная хирургическая – для относительно компенсированных пожилых, и этапная щадящая – для сверхтяжелых. Ключевым является правильная стратификация риска. В нашем отделении применялось вычисление прогностических шкал APACHE II и POSSUM; установлено, что при APACHE II ≥ 18 или риске POSSUM >50% операции крайне опасны. Таким пациентам мы рекомендовали в первую очередь проводить малоинвазивную декомпрессию, что и отражено в критериях включения.

Отдаленные исходы. Период наблюдения за выписанными пациентами составил в среднем 12 месяцев. В сравнительной группе (активно оперированной) за это время зарегистрировано 4 случая повторной госпитализации (6,7%): у 2 пациентов развился острый холангит вследствие резидуального холедохолитиаза (камни холедоха, не удаленные во время первичной операции, потребовали ЭРХПГ) – им выполнено повторное эндоскопическое вмешательство; еще у 2 пациентов – вентральные грыжи в области послеоперационного рубца, потребовавшие плановой герниопластики. Рецидивов острого холецистита в этой группе не было (что ожидаемо, так как пузырь у всех удален). В основной группе (малоинвазивной) в течение года острый холецистит вновь возник у 3 из 34 больных, которым пузырь сохранен (8,8%). Эти эпизоды были купированы консервативно либо повторной пункционной декомпрессией. Также 2 пациента потребовали спустя несколько месяцев холецистэктомии по поводу эмпиемы желчного пузыря (развилась на фоне длительно стоящего дренажа). Таким образом, примерно у 15% больных без удаленного пузыря развились повторные проблемы, потребовавшие вмешательства. Тем не менее, летальных исходов в отдаленном периоде не отмечено ни в одной группе. Более того, общая выживаемость через год после начала заболевания составила 98,2% в основной группе против 90% в сравнительной (разница связана с вышеупомянутой госпитальной летальностью). Конечно, необходимо учитывать изначально более тяжелое состояние пациентов основной группы; тем не менее, тот факт, что правильно примененная щадящая тактика позволила провести через острый период практически всех этих крайне сложных больных, свидетельствует в ее пользу.

В литературе указывается, что оставление желчного пузыря без операции после перенесенного острого холецистита чревато высоким риском рецидивов в течение первого года – до 50% случаев. В нашем исследовании показатель ниже (15%), что может объясняться малым числом наблюдений и интенсивным диспансерным наблюдением с профилактическими мерами. Вопрос о необходимости плановой холецистэктомии после чрескожного дренирования остается дискуссионным. Мы придерживаемся мнения, что если общее состояние пациента позволяет перенести операцию (даже спустя несколько недель), желчный пузырь следует удалить, поскольку источник камнеобразования и инфекции остается. С другой стороны, у очень старых и немощных больных, успешно пролеченных консервативно, можно воздержаться от операции, ограничившись наблюдением – с чем согласны и зарубежные рекомендации.

Что касается качества жизни и восстановительного периода, то у переживших пациентов оно было сопоставимо. В сравнительной группе, несмотря на более высокий риск осложнений, у благополучно прооперированных больных отсутствовал риск повторных желчных колик и холангита – проблема радикально решена. В основной группе некоторые пациенты жили с сохранившимся желчным пузырем и риском ЖКБ, но избегли большой операции и связанных с ней неудобств. Через месяц после лечения различий в уровне восстановления функций не отмечалось. Однако психологически больные, оставшиеся с желчным пузырем, были обеспокоены возможными рецидивами. Мы старались подробно информировать их о симптомах, диете и важности диспансерного наблюдения.

Выводы

1. Острый холецистит у пожилых пациентов протекает тяжелее, чем у лиц молодого возраста, характеризуется более частым развитием деструктивных форм и осложнений (гангренозный холецистит, перивезикальные абсцессы, холангит). Сопутствующее поражение внепеченочных желчных протоков (камни холедоха, стриктуры) наблюдается не менее чем у трети пациентов пожилого возраста с острым калькулёзным холециститом и значительно утяжеляет течение заболевания, повышая летальность до 40% и выше.
2. Малоинвазивная тактика (пункционная холецистостомия) у больных старческого возраста с острым деструктивным холециститом позволила достичь купирования острого гнойного процесса с минимальной инвазивностью. На её фоне удалось снизить послеоперационную

летальность до 1,8% против 10% при традиционной активной тактике. Частота послеоперационных осложнений также существенно ниже (9% vs 33%, $p<0,01$), в том числе исключены гнойные раневые осложнения и значительно реже наблюдаются пневмонии и сердечные нарушения. Таким образом, этапное дренирование желчного пузыря – эффективный метод “переждать” острый период у очень тяжелых пациентов, перевести деструктивный холецистит в более легкую форму и затем решить вопрос об операции. Этот подход повышает шансы на благоприятный исход у группы экстремального риска.

3. Разработан алгоритм выбора хирургической тактики при остром холецистите у пожилых с учетом поражения желчных путей. Он включает стратификацию пациентов по риску (на основе шкал APACHE II, ASA и наличия органной дисфункции) и выделение двух путей: а) немедленная лапароскопическая холецистэктомия (при необходимости с интраоперационной холедохолитотомией или с последующей ЭРХПГ) – у пациентов приемлемого риска; б) этапное лечение – чрескожная холецистостомия и антибиотики, затем (при улучшении состояния) отсроченная холецистэктомия или наблюдение – у пациентов недопустимо высокого риска. Придерживаясь этого алгоритма, можно снизить летальность и добиваться выздоровления даже у самых сложных пациентов старшей возрастной группы.

Литература

1. Клинические особенности острого холецистита у пожилых пациентов. – Д.В. Иванов и соавт. Хирургия, 2019; №5: 12-18.
2. Капралов С.В. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных старших возрастных групп: есть ли альтернатива? – Врач-ассистент, 2014; №3(1): 28-34.
3. Привалов В.А. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. – Хирургия, 1998; (1): 65-70.
4. Tokyo Guidelines 2018: Flowchart for the management of acute cholecystitis – Okamoto K. et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci., 2018; 25(1): 55-72.
5. European WSES Guidelines 2020: острый холецистит – Di Saverio S. et al. World J Emerg Surg., 2020; 15: 61.
6. Loozen C.S. et al. The CHOCOLATE trial: randomized clinical trial of cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for high-risk patients with acute cholecystitis. J Am Coll Surg., 2018; 227(4): 383-392.
7. Martín-del Olmo J.C. et al. Is elective cholecystectomy effective in geriatric patients after ERCP for biliary pathology? Laparosc Surg., 2024; 4:15.
8. Давлатов, С., Хамдамов, Б., Хакімов, М., Хамдамов, А., & Хамдамов, І. (2025). Модифікований метод лапароскопічної подовжньої резекції шлунка при хірургічному лікуванні хворих метаболічним синдромом на фоні гастроезофагелю. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*, 15(1(55)), 126–138. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XV.1.55.2025.20>