



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.361-002-02:616.366-003.7-07-08

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**
(обзор литературы)

Хахимов О.С. <https://orcid.org/0000-0001-8170-8323>
Атаджанов Ш.К. <https://orcid.org/0000-0002-9310-1390>
Курбонов Ш.П. <https://orcid.org/0000-0002-0869-6271>
Отакузиев А.З. <https://orcid.org/0000-0001-7317-6208>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Резюме**

В данной статье авторами приведен анализ хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Авторами показано, что лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время является единственным методом лечения острого калькулезного холецистита у данного контингента больных, более короткой общей продолжительностью сроков стационарного лечения и более низкими общими затратами на лечение по сравнению с другими лечебными стратегиями. Конверсию при лапароскопической холецистэктомии нельзя считать неудачей при остром калькулезном холецистите, а пожилой и старческий возраст и наличие сопутствующей патологии не должен служить противопоказанием к этому вмешательству.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, лапароскопия, старческий возраст.

**CURRENT ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN
ELDERLY AND SENILE PATIENTS**
(Literature review)

Khakimov O.S., Atadjanov Sh.K., Kurbonov Sh.P., Otakuziev A.Z.

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Resume**

In this article, the authors provide an analysis of the surgical treatment of acute cholecystitis in elderly and senile patients. The authors show that laparoscopic cholecystectomy is currently the only method of treating acute calculous cholecystitis in this group of patients, with a shorter overall duration of inpatient treatment and lower overall treatment costs compared to other treatment strategies. Conversion during laparoscopic cholecystectomy cannot be considered a failure in acute calculous cholecystitis, and elderly and senile age and the presence of concomitant pathology should not serve as a contraindication to this intervention.

Key words: acute calculous cholecystitis, laparoscopy, old age.

**KEKSA VA QARILIK YOSHIDAGI BEMORLARDA O‘TKIR XOLETSISTITNI
JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASHNING DOLZARB MASALALARI (adabiyot sharhi)**

Hakimov O.S., Atadjanov Sh.K., Qurbonov Sh.P., Otaqo‘ziev A.Z.

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60.
E.mail: info@adti

✓ **Rezyume**

Ushbu maqolada mualliflar keksa va qarilik yoshidagi bemorlarda o'tkir xoletsistitni jarrohlik davolash tahlilini taqdim etadilar. Mualliflar shuni ko'rsatadiki, laparoskopik xoletsistektomiya hozirgi vaqtda ushbu guruhdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xoletsistitni davolashning yagona usuli bo'lib, shifoxonada davolanishning umumiy davomiyligi qisqaroq va umumiy davolash xarajatlari boshqa davolash strategiyalariga nisbatan past.

Laparoskopik xoletsistektomiya vaqtida konversiyani o'tkir kalkulyoz xoletsistitda muvaffaqiyatsizlik deb hisoblash mumkin emas, keksa va qarilik yoshidagi va shu bilan birga xamroh keladigan patologiyaning mavjudligi ushbu aralashuvga qarshi ko'rsatma bo'lmasligi kerak.

Kalit so'zlar: o'tkir kalkulyoz xoletsistit, laparoskopiya, qarilik.

Актуальность

За последнее время отмечается неуклонный рост (10-15%) распространения ЖКБ в странах с традиционно низкими показателями заболеваемости холелитиазом. При этом острый калькулезный холецистит (ОКХ) занимает второе место в ургентной абдоминальной хирургии и третье место в общей структуре заболеваний после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

В связи с отмечаемой во всем мире устойчивой тенденцией к старению населения прогнозируется повышение числа больных с ЖКБ и возрастание потребности к ее хирургическому лечению в течение следующих десятилетий [1,15,21,28,29]. Предполагается также, что параллельно с повышением значимости указанных факторов будут расти, и доля пожилых больных среди пациентов с острым холециститом [5,7,15,25,29]. Так, уже сегодня доля лиц в возрасте 80–89 лет составляет 28% среди пациентов мужского пола и 42% - среди больных женского пола [8,11,18,36]. Ввиду того, что у больных пожилого возраста часто имеются множество сопутствующих заболеваний и снижение функциональных резервов организма, считается, что хирургические вмешательства у них сопряжены высоким риском интра- и послеоперационных осложнений [6,10,19]. В частности, при сравнительной оценке результатов лапароскопической холецистэктомии у больных молодого и пожилого возрастов было выявлено, что пожилой возраст ассоциируется более высокими показателями конверсии и более длительными сроками стационарного лечения [15,18,21,34].

Вместе с тем доказано, что адекватная предоперационная коррекция сопутствующих заболеваний и оптимизация медикаментозного лечения способствуют улучшению результатов хирургического лечения этой категории пациентов

В то же время известно, что с увеличением возраста пациентов, прогрессивно увеличивается также частота послеоперационных осложнений (32,6%) и летальности (22%), при этом большая часть неблагоприятных исходов у больных пожилого возраста связаны с необходимостью выполнения экстренных хирургических вмешательств. Поэтому, в настоящее время возраст >70 лет обоснованно считается одним из значимых фактором риска неблагоприятного исхода после холецистэктомии.

Свою весомую лепту в отрицательные результаты хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого возраста вносит доказанный факт высокой степени ассоциации ЖКБ в гериатрической группе с высоким риском развития сопутствующего сахарного диабета, рака желчного пузыря, сердечно-сосудистых заболеваний и тяжелого острого панкреатита, а также с высокими показателями общей, сердечно-сосудистой и цереброваскулярной летальности [18,20,24,30].

По данным множество авторов единственным окончательным методом лечения острого холецистита считается холецистэктомия, что обосновывается уменьшением частоты билиарных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, более короткой общей продолжительностью госпитализации [23,27,31].

В настоящее время в хирургическом лечении острого холецистита все большее распространение получает ЛХЭ. Следует признать, что с момента своего появления в 1980-х годах лапароскопическая хирургия стала золотым стандартом в плановой абдоминальной хирургии, в том числе в онкохирургии, способствуя заметному улучшению результатов лечения и повышению качества жизни оперированных больных.

Однако, вопреки своим признанным преимуществам, лапароскопические вмешательства по разным причинам пока еще не получили широкого применения. В последние десятилетия для характеристики интраоперационных сложностей при ЛХЭ появилось несколько терминов: «трудный желчный пузырь», «операционные риски ЛХЭ», «повышенный операционный риск ЛХЭ», «нестандартные ситуации при ЛХЭ» [9,10,12,26]. В большинстве случаев эта терминология встречается в сообщениях по поводу лечения острого холецистита, на чем было акцентировано внимание в материалах последнего съезда.

Ограниченность выполнения ЛХЭ в случаях спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, выраженных расстройств в функциональном состоянии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, не позволяющих наложение пневмоперитонеума, а также при выявлении воспалительного инфильтрата определяет актуальность более широкого применения мини-доступа для холецистэктомии у геронтологических больных [7,16,24].

В современных руководствах экстренную/срочную холецистэктомию рекомендуют проводить в течение 1 недели от начала приступа острого холецистита и в течение 2 недель, если заболевание обострилось билиарным панкреатитом. Исследованиями доказано, что экстренная холецистэктомия при острых формах холецистита является как безопасной, так и экономически оправданной. При этом оптимальным сроком выполнения срочной ЛХЭ считается 48-72 часа [12,17,25].

Более того, опубликованы отдельные сообщения, указывающие, что экстренная холецистэктомия, выполненная у пациентов высокого риска, ассоциируется крайне неблагоприятными показателями осложнений и летальности из-за низких физиологических резервов организма [22,33,36].

У пациентов с высоким хирургическим риском, обусловленным тяжелыми формами острого холецистита и/или тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с 1980-х годов применяется метод чрескожной холецистостомии, предложенный R.W.Radder [32] в качестве малотравматичной альтернативы к экстренной холецистэктомии, выполняется под местной анестезией и обеспечивает немедленную декомпрессию воспаленного желчного пузыря, и тем самым позволяет временно воздержаться от выполнения более травматичной холецистэктомии [18,24,27,]. Некоторые клиницисты даже предполагают, что холецистостомия является окончательным методом лечения острого холецистита и считают необязательным выполнение холецистэктомии после разрешения признаков воспаления желчного пузыря.

На сегодня накоплены достаточное количество доказательств, указывающих на преимущества холецистэктомии перед холецистостомией при остром деструктивном холецистите у пациентов с высоким риском [5,6,7,9,14]. В частности, замечено, что большинство больных пожилого возраста около четверти пациентов других возрастных групп, перенесшие холецистостомию, повторно госпитализируются в течение 30 дней после выписки [2,4,6,19]. Более того, у больных пожилого возраста, перенесших холецистостомию, достоверно выше показатели летальности, послеоперационных гнойных осложнений, кровотечения и сроков стационарного лечения по сравнению с пациентами, подвергнутых холецистэктомии.

T.S.Riallc соавт. показали [33], что выполнение холецистэктомии у больных пожилого возраста при их первичной госпитализации предотвращает дальнейшие эпизоды ЖКБ, способствует снижению частоты повторных госпитализаций и сокращению общих затрат на лечение. Кроме того, было выявлено, что 38% пациентов этой возрастной группы, которым не была выполнена холецистэктомия при первичной госпитализации, были повторно госпитализированы в течение 2 лет с повторными приступами острого холецистита, тогда как первично оперированные больные повторно поступали в больницы лишь в 4% случаях.

В настоящее время, ввиду роста числа больных пожилого и старческого возраста, пациентов с циррозом печени и коагулопатиями, которые представляют высокий риск для холецистэктомии, эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчного пузыря вновь приобретает популярность. Согласно сводным данным Z.A.Sobani с соавт. [34], современная эндоскопическая техника и инструментарий позволяет успешно дренировать желчный пузырь, в зависимости от учреждения, в 65-100% случаях. По оценке D.W.Kjaer с соавт. [28] коэффициент кривой обучения с показателем технического успеха 50% в первые 4 года, резко увеличивается до 89% в последующие 5 лет. Эта оценка косвенно подтверждается публикациями последних 10 лет, согласно которым показатель технического успеха процедуры

приблизился в среднем к 80% с диапазоном 75-100%. Так, в метаанализе М.А.Khan с соавт. дается оценка, что общий взвешенный коэффициент (weighted pooled rates – WPR) технического успеха выполнения эндоскопического транспапиллярного дренирования желчного пузыря составляет 83% (95%ДИ=78-87%; $I^2=38\%$), а WPR клинического успеха у больных с успешной процедурой– 93% (95%ДИ=89-96%; $I^2=39\%$) [29].

Наиболее частыми причинами безуспешных попыток идентификации или канюляции пузырного протока являются наличие стриктуры, спиральных клапанов или ущемленного камня в пузырном протоке. Кроме того, аномалия в виде кистозного расширения протока с его каудальным изгибом также вызывает определенные технические сложности [20].

Остаются не решенными вопросы о показаниях и противопоказаниях к лапароскопической холецистэктомии у больных с повышенным операционным риском ожирения. Кроме того, имеется целый ряд вопросов технического характера, решение которых будет способствовать улучшению результатов лечения ОКХ на фоне ожирения. Хирургические методы малоинвазивного лечения больных острым холециститом с каждым годом становятся более совершенными [7,14,15,37]

Известно, что утолщение стенок желчного пузыря отражает тяжесть воспалительных изменений и обуславливает неблагоприятное для хирурга изменение анатомии органа, повышает риск перехода от лапароскопической операции к открытой, частоту осложнений и ассоциируется с большей продолжительностью сроков стационарного лечения [8,10,13,21].

Заключение

Таким образом, несмотря на широкое внедрение малоинвазивных хирургических методов в лечении больных острым калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста, отдельные этапы выполнения ХЭ при осложненных формах нуждаются в оптимизации.

Анализ современной литературы по проблемах хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста показывает сохраняющуюся до сих пор настороженность широкого круга специалистов в отношении применения активной хирургической тактики у этой тяжелой категории пациентов.

Среди хирургов сформировано устойчивое и вполне обоснованное опасение, что пожилой возраст с высокой долей вероятностью ассоциируется достаточно серьезными сопутствующими заболеваниями, наличие которых являются основным фактором, определяющим неблагоприятный исход лечения острого холецистита у гериатрических пациентов. Вместе с тем, следует указать, что в опубликованных исследованиях о роли сопутствующей патологии в прогнозе течения и исходов ЖКБ у пожилых больных, недостаточно данных о значении собственно пожилого возраста вне зависимости от сопутствующих заболеваний. Признавая ведущую роль сопутствующей патологии в оценке операционного риска у больных пожилого возраста, при выборе стратегии лечения острого холецистита большое внимание уделяется вопросам предоперационной коррекции имеющихся сердечно-сосудистых, респираторных и метаболических нарушений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова А.Г. Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита // Врач аспирант. 2016;75(22):204-210.
2. Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Омаров Н.Б. и др. Результаты совершенствования диагностики и оптимизации хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением // Наука и Здравоохранение. 2020;5(22):100-108.
3. Бабажанов А.С., Худойназаров У.Р. Сравнительный анализ различных методов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью. // Проблемы биологии и медицины. 2017;3:187-190.
4. Бокиев Ф.Б., Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш. Наш опыт 4360 лапароскопических холецистэктомий при желчнокаменной болезни // Вестник Авиценны. 2020;2(4):572-578.

5. Гамидова Н.А. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, протекающих на фоне сопутствующих заболеваний // Вестник экстренной медицины. 2020;13(1-2):23-31.
6. Дибиров М.Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2017;6(2):145-148.
7. Касаева С.Б., Айгамбетов М.Ж. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет (обзор литературы) // Наука и здравоохранение. 2018;2(20):148-167.
8. Манзюк А.В. Сравнение результатов ранней и отложенной лапароскопической холецистэктомии для лечения острого холецистита: мета-анализ проспективных рандомизированных контролируемых исследований // В мире научных открытий. 2018;10(5):89-107.
9. Махмадов Ф.И., Каримов Г.К., Мирбегиев Дж. и др. К вопросу о холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019;9(1):40-45.
10. Назыров Ф. Г., Акбаров М. М., Касымов Ш. З. и соавт. Конверсия и её причины при лапароскопических холецистэктомиях у больных острым холециститом // Ан. хирург. гепатол. 2007;12(3):91-92.
11. Попова М.И., Столяров С.А., Бадаян А. Частота развития ранних послеоперационных осложнений при выполнении экстренной холецистэктомии // Вестник мед. Института «РЕАВИЗ». 2017;3:36-38.
12. Турбин М.В. и др. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита // Современные проблемы науки и образования. 2018;5:58.
13. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К. и др. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий. // Вестник экстренной медицины. 2019;7(5):5-9.
14. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни. // Архив внутренней медицины. 2016;6(1/27):34-39.
15. Шмаков Д.А. Щербатых А.В., Соколова С.В. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите // Сибирское медицинское обозрение. 2020;(1):66-72.
16. Юлдашев А. Выбор оперативного доступа при конверсии при лапароскопической холецистэктомии // Проблеми військової охорони здоров'я. 2016;46:232-236.
17. Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great B. Commissioning Guide: Gallstone Disease; 01/02/2016, 2016;16.
18. Ambe P.C., Weber S.A., Christ H., Wassenberg D. Primary cholecystectomy is feasible in elderly patients with acute cholecystitis // Aging clinical and experimental research. 2015;27(6):921-926.
19. Arthur J.D.R., Edwards P.R., Chagla L.S. Management of gallstone disease in the elderly // Annals of the Royal College of Surgeons of England. 2003;85(2):91-96.
20. Cao J., Ding X., Wu H., Shen Y., Zheng R., Peng C., et al. Classification of the cystic duct patterns and endoscopic transpapillary cannulation of the gallbladder to prevent post-ERCP cholecystitis // BMC gastroenterology. 2019;19(1):1-7.
21. Inoue T., Okumura F., Kachi K., Fukusada S., Iwasaki H., Ozeki T., et al. Long-term outcomes of endoscopic gallbladder stenting in high-risk surgical patients with calculous cholecystitis (with videos) // Gastrointestinal Endoscopy. 2016;83(5):905-913.
22. Hall B.R., Armijo P.R., Krause C., Burnett T., Oleynikov D. Emergent cholecystectomy is superior to percutaneous cholecystostomy tube placement in critically ill patients with emergent calculous cholecystitis // The American Journal of Surgery. 2018;216(1):116-119.
23. Hewitt J., Carter B., McCarthy K., Pearce L., Law J., Wilson F.V., et al. Frailty predicts mortality in all emergency surgical admissions regardless of age. An observational study // Age and ageing. 2019;48(3):388-394.

24. La Greca A., Di Grezia M., Magalini S., Di Giorgio A., Lodoli C., Di Flumeri G. Comparison of cholecystectomy and percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis: results of a retrospective study // *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2017;21(20):4668-4674.
25. Loozen C.S., van Santvoort H.C., van Duijvendijk P., Besselink M.G., Gouma D.J., Nieuwenhuijzen G.A., et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial // *BMJ.* 2018;363:k3965.
26. Lu P., Chan C.L., Yang N.P., Chang N.T., Lin K.B., Lai K.R. Outcome comparison between percutaneous cholecystostomy and cholecystectomy: a 10-year population-based analysis // *BMC surgery.* 2017;17(1):1-12.
27. Mora-Guzmán I., Di Martino M., Bonito A.C., Jodra V.V., Hernández S.G., Martín-Perez E. Conservative management of gallstone disease in the elderly population: outcomes and recurrence // *Scandinavian Journal of Surgery.* 2020;109(3):205-210.
28. Kjaer D.W., Kruse A., Funch-Jensen P. Endoscopic gallbladder drainage of patients with acute cholecystitis // *Endoscopy.* 2007;39(4):304-308.
29. Khan M.A., Atiq O., Kubiliun N., Ali B., Kamal F., Nollan R., et al. Efficacy and safety of endoscopic gallbladder drainage in acute cholecystitis: Is it better than percutaneous gallbladder drainage? // *Gastrointestinal endoscopy.* 2017;85(1):76-87.
30. Pisano M., Ceresoli M., Cimbanassi S., Gurusamy K., Coccolini F., Borzellino G., et al. 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population // *World Journal of Emergency Surgery.* 2019;14(1):1-16.
31. Parmar K.L., Law J., Carter B., Hewitt J., Boyle J.M., Casey P., et al. Frailty in older patients undergoing emergency laparotomy: results from the UK observational emergency laparotomy and frailty (ELF) study // *Annals of surgery.* 2021;273(4):709-718.
32. Radder R.W. Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema // *Diagnostic imaging.* 1980;49(6):330-333.
33. Riall T.S., Zhang D., Townsend Jr C.M., Kuo Y.F., Goodwin J.S. Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost // *Journal of the American College of Surgeons.* 2010;210(5):668-677.
34. Sobani Z.A., Ling C., Rustagi T. Endoscopic transpapillary gallbladder drainage for acute cholecystitis // *Digestive Diseases and Sciences.* 2021;66(5):1425-1435.
35. Sutton A.J., Vohra R.S., Hollyman M., Marriott P.J., Buja A., Alderson D., et al. Cost-effectiveness of emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder pathology // *Journal of British Surgery.* 2017;104(1):98-107.
36. Turrentine F.E., Wang H., Simpson V.B., Jones R.S. Surgical risk factors, morbidity, and mortality in elderly patients // *Journal of the American College of Surgeons.* 2006;203(6):865-877.
37. Yetkin G., Uludag M., Oba S., Citgez B., Paksoy I. Laparoscopic cholecystectomy in elderly patients // *JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.* 2009;13(4):587.

Поступила 20.01.2024

