

ХИРУРГИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Д.Б. ТУЛЯГАНОВ¹, Ш.К. АТАДЖАНОВ¹, О.С. ХАКИМОВ², Б.И. ШУКУРОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Клиника Андижанского государственного медицинского института, Андижан, Узбекистан

ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS SURGERY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

D.B. TULYAGANOV¹, SH.K. ATADJANOV¹, O.S. KHAKIMOV², B.I. SHUKUROV¹

¹Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

²Clinic of Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

В обзоре литературы изучены современные взгляды на хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Показано, что холецистэктомия в настоящее время является единственным окончательным методом лечения острого холецистита, отличается меньшей частотой билиарных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, более короткой общей продолжительностью сроков стационарного лечения и более низкими общими затратами на лечение по сравнению с другими лечебными стратегиями. При остром холецистите экстренная лапароскопическая холецистэктомия применима у больных пожилого и старческого возраста, и пожилой возраст не должен служить противопоказанием к этому вмешательству.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, холецистэктомия, экстренная операция.

The modern views on the surgical treatment of the acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients are studied in the literature review. It has been shown that cholecystectomy is currently the only definitive method of acute calculous cholecystitis treatment; it is characterized by lower frequency of biliary complications in the distant postoperative period, shorter total duration of hospital treatment and lower total cost of treatment in comparison with other treatment strategies. In acute cholecystitis urgent laparoscopic cholecystectomy is applicable to elderly and senile patients and elderly age must not be a contraindication for this intervention.

Key words: gallstone disease, acute cholecystitis, cholecystectomy, emergency surgery.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol16_iss1/a11

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по праву считается одной из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварительной системы, которая диагностируется примерно у 20% населения земного шара. При этом известно, что ЖКБ чаще поражает пожилых людей: при скрининговом обследовании лиц старше 60 лет почти в 30% случаях выявляют камни в желчном пузыре, и этот показатель возрастает до 80% у лиц старше 90 лет. Среди больных с острым холециститом доля лиц в возрасте 80–89 лет составляет 28% среди пациентов мужского пола и 42% – среди больных женского пола [1, 2].

Ввиду того, что у больных пожилого возраста часто имеются множество сопутствующих заболеваний и снижение функциональных резервов организма, считается, что хирургические вмешательства у них сопряжены с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Поэтому в настоящее время возраст >70 лет обоснованно считается одним из значимых фактором риска неблагоприятного исхода после холецистэктомии [3]. При этом большая часть неблагоприятных исходов у больных пожилого возраста связана с необ-

ходимостью выполнения экстренных хирургических вмешательств. По данным D.G. Watt с соавт. [4], после экстренной лапаротомии 30-дневная летальность у больных пожилого возраста составляет 22%, а частота осложнений – 58%. Вероятность фатального исхода после экстренной лапаротомии до восьми раз выше по сравнению с аналогичным показателем, наблюдаемым после плановой операции.

Кроме срочности операции, на результаты хирургического лечения больных пожилого возраста влияет также характер хирургического доступа. G. Socolullo с соавт. [5], изучив результаты экстренных абдоминальных операций у 159 больных этой возрастной группы, констатировали, что летальность и частота послеоперационных осложнений в группе лапароскопических операций составляют соответственно 7,7 и 12,9% против 12,5 и 19,4% в группе открытых вмешательств.

G. Costa с соавт. [6] опубликовали результаты итальянского многоцентрового проспективного когортного исследования FRALSEL, куда были включены 1993 больных старше 65 лет, перенесших экстренные абдоминальные

операции, в том числе 68,7% из них выполнена лапаротомия, а 31,3% – лапароскопические вмешательства. При средней частоте послеоперационных осложнений в 32,6% после лапаротомии этот показатель составил 36,2%, а после лапароскопии – 22,1% ($p < 0,001$). Аналогично, при общем уровне послеоперационной летальности в 8,8%, после лапаротомии умерли 11,2% пожилых больных, а после лапароскопии – 2,2% ($p < 0,001$).

Сопутствующие заболевания, практически всегда имеющиеся у пациентов ≥ 80 лет, значительно усложняют выбор оптимального способа лечения острого холецистита [7]. Более того, у больных этой возрастной группы часто в анамнезе имеются указания на ранее перенесенные заболевания ЖВП, а также в процессе диагностики нередко у них выявляется сопутствующий холедохолитиаз [8], которые, наравне с сопутствующими общесоматическими заболеваниями, возрастом и физическим состоянием оказывают влияние на исходы лечения и требуют выполнения дополнительных интервенционных или открытых вмешательств [21].

На сегодня холецистэктомия считается единственным окончательным методом лечения острого холецистита, что обосновывается уменьшением частоты билиарных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, более короткой общей продолжительностью госпитализации и более низкими общими затратами на лечение по сравнению с другими лечебными стратегиями [9, 10, 11]. С учетом перечисленных преимуществ экстренной холецистэктомии в Клинических рекомендациях Национального института клинического мастерства Великобритании пациентам с острым холециститом рекомендуется выполнять холецистэктомию в течение 1-й недели после постановки диагноза [12]. Однако преимущества экстренной холецистэктомии при остром холецистите не представляются столь очевидными у больных пожилого возраста ввиду наличия у них высокого потенциального риска периоперационных осложнений и летального исхода [13]. Присущее большей части больных пожилого возраста бремя сопутствующих заболеваний, функциональных и когнитивных нарушений приводит к значимому снижению физиологического резерва организма и повышенной восприимчивости к периоперационным осложнениям, таким как острый инфаркт миокарда, тромбоз эмболизм и респираторные нарушения [14]. Доказано, что возраст ≥ 80 лет является независимым фактором риска высокой частоты осложнений после холецистэктомии при остром холецистите (31 против 13%; $p = 0,01$) и конверсии от лапароскопии к открытой операции (21 против 7%; $p = 0,001$) [15].

Поэтому достаточно долгое время пожилой возраст служил относительным противопоказанием к выполнению экстренной холецистэктомии [16]. Вместе с тем отдельные институциональные исследования (с небольшими размерами выборки) показывают, что у определенной категории больных пожилого возраста экстренная холецистэктомия при остром холецистите представляется достаточно безопасным хирургическим вмешательством [17] и способствует улучшению 2-летней выживаемости и снижению общих затрат на здравоохранение [18]. Имеются сообщения о том, что 38% больных пожилого возраста, у которых острый холецистит удалось купировать консервативными мерами, в последующем повторно госпитализируются с проявлением ЖКБ, тогда как после холецистэктомии этот показатель составляет всего 4% [19].

Тем не менее экстренная холецистэктомия при остром холецистите у больных пожилого возраста всё еще представляет высокий риск периоперационных осложнений. В этом плане особый интерес представляет популяционное когортное исследование Т. Wiggins с соавт., которые, по данным, изучили результаты лечения 47 500 пациентов в возрасте старше 80 лет, госпитализированных в экстренном порядке с острым холециститом в клинике Англии в период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 2012 г. [20]. 30-дневная смертность была выше в группе экстренной холецистэктомии (11,6%) по сравнению с группой консервативного лечения (9,9%) ($p < 0,001$). Однако это было компенсировано долгосрочными преимуществами холецистэктомии со снижением годовой смертности (20,8 против 27,1%, $p < 0,001$). После чрескожной холецистостомии отмечено увеличение 30-дневной и 1-летней смертности (13,4 и 35,0%, соответственно). Ежегодная доля лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) увеличилась с 27% в 2006 г. до 59% в 2012 г. При этом лапароскопический доступ способствовал снижению относительного риска 30-дневной смертности на 84% по сравнению с открытой операцией (ОШ 0,16, 95% ДИ 0,10–0,25).

Исследованиями доказано, что экстренная холецистэктомия при острых формах холецистита является как безопасной, так и экономически оправданной [21, 22]. При этом оптимальным сроком выполнения срочной ЛХЭ считаются 48–72 часа [23]. S.N. Zafar с соавт. [24] в ретроспективном обзоре собранных им данных проспективных исследований, проведенных на 95 523 больных, оперированных по поводу острого холецистита, указывают, что наилучшие клинические результаты и меньшие затраты были отмечены после ЛХЭ, выполненных в течение первых 2 дней.

Но, тем не менее, применительно к больным пожилого возраста вышеуказанные преимущества ранней холецистэктомии остаются спорными [25]. Показательным в этом плане является систематический обзор и мета-анализ литературы, касающейся ранней холецистэктомии при остром холецистите у пожилых больных, проведенный C.S. Loozen с соавт. [26]. Ими всего были отобраны 592 пациента, из них 316 (53%) больным была выполнена ЛХЭ, а в 276 (47%) случаях – открытая холецистэктомия. Периоперационная летальность варьировала от 0 до 5%, а частота периоперационных осложнений – от 4 до 31%, тогда как эти же показатели у больных молодого и среднего возраста составляли $< 1\%$ и $< 15\%$ соответственно.

Одним из новейших клинических руководств по диагностике и лечению острого холецистита считаются Токийские рекомендации, однако в них не представлен отдельный анализ особенностей ведения больных пожилого возраста, хотя указано, что у пожилых больных острый холецистит имеет склонность к более тяжелому течению [27]. В 2016 году Всемирное общество экстренной хирургии (WSSES) опубликовало рекомендации по острому калькулезному холециститу, где только один пункт касается вопросов хирургии у пожилых больных [28]. Позже, в 2019 году, WSSES и Итальянское хирургическое общество пожилых людей (ESICG) представили руководство по острому калькулезному холециститу у пожилых больных, где они констатируют отсутствие однозначных критериев выбора тактики хирургического лечения этой патологии у гериатрических пациентов [6].

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 [29] в качестве малотравматичной альтернативы к экстренной холецистэктомии [30], которая выполняется под местной анестезией и обеспечивает немедленную декомпрессию воспаленного желчного пузыря, тем самым позволяя временно воздержаться от выполнения более травматичной холецистэктомии [31]. Некоторые клиницисты даже предполагают, что холецистостомия является окончательным методом лечения острого холецистита и считают необязательным выполнение холецистэктомии после разрешения признаков воспаления желчного пузыря [32]. Другие авторы утверждают, что чрескожная холецистостомия не является окончательным методом лечения калькулезного холецистита, нередко приводит к рецидивирующему холециститу и другим осложнениям с тяжелыми клиническими последствиями [33]. Еще третья группа авторов считает, что при применении чрескожной холецистостомии с последующим выполнением отсроченной ЛХЭ можно получить более лучшие результаты [34, 35].

Таким образом, пока еще не удалось доказать эффективность и безопасность чрескожной холецистостомии по сравнению с экстренной холецистэктомией. Большинство исследований, посвященных анализу результатов пункционной холецистостомии, являются ретроспективными и основываются на небольшом размере выборки, в связи с чем полученные оценки об эффективности метода остаются сомнительными [36]. М.М. Fleming с соавт. [37] провели исследование на национальном уровне, используя Национальную базу данных повторных госпитализаций, и выявили, что после чрескожной холецистостомии у больных с острым холециститом частота повторных госпитализаций в течение 30 дней достигает 20,7%. Более того, было обнаружено, что значительная часть больных госпитализировалась повторно более одного раза.

Тем не менее, чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря остается в арсенале хирургической помощи больным пожилого и старческого возраста как альтернативный вариант лечения острого холецистита [38]. Эта процедура отличается малотравматичностью и относительной безопасностью для пациентов с сопутствующими заболеваниями и рекомендуется как промежуточное паллиативное вмешательство перед холецистэктомией [39].

Заключение

Изучение современных взглядов на хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста позволяет сформулировать несколько важных положений:

- холецистэктомия в настоящее время является единственным окончательным методом лечения острого холецистита, отличается меньшей частотой билиарных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, более короткой общей продолжительностью сроков стационарного лечения и более низкими общими затратами на лечение по сравнению с другими лечебными стратегиями;
- при остром холецистите экстренная лапароскопическая холецистэктомия применима в этой возрастной группе, и пожилой возраст не должен служить противопоказанием к этому вмешательству;

– немаловажным фактором обеспечения безопасности экстренной лапароскопической холецистэктомии является выполнение вмешательства оператором с большим опытом в лапароскопии;

– конверсию нельзя считать неудачей в экстренной лапароскопической хирургии;

– периоперационная коррекция сопутствующей патологии и послеоперационный мониторинг в отделении интенсивной терапии после анестезии является обязательным компонентом ведения пожилых больных с острым холециститом.

Литература

1. 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.
2. Mora-Guzmán I., Di Martino M., Bonito A.C., Jodra V.V., Hernández S.G., Martín-Pérez E. Conservative management of gallstone disease in the elderly population: outcomes and recurrence. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2020; 109(3):205–210.
3. Sandblom G., Videhult P., Crona Guterstam Y., Svenner A., Sadr-Azodi O. Mortality after a cholecystectomy: a population-based study. *HPB*. 2015; 17(3):239–243.
4. Watt D.G., Wilson M.S.J., Shapter O.C., Patil P. 30-Day and 1-year mortality in emergency general surgery laparotomies: an area of concern and need for improvement? *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2015; 41(4):369–374.
5. Cocorullo G., Falco N., Tutino R., Fontana T., Scerri G., Salamone G., et al. Open versus laparoscopic approach in the treatment of abdominal emergencies in elderly population. *Il Giornale di Chirurgia*. 2016; 37(3):108.
6. Costa G., Fransvea P., Podda M., Pisanu A., Carrano F.M., Iossa A. et al. The use of emergency laparoscopy for acute abdomen in the elderly: the FRAILESEL Italian Multicenter Prospective Cohort Study. *Updates in Surgery*. 2020; 72(2):513–525.
7. Lee S.I., Na B.G., Yoo Y.S., Mun S.P., Choi N.K. Clinical outcome for laparoscopic cholecystectomy in extremely elderly patients. *Annals of surgical treatment and research*. 2015; 88(3):145–151.
8. Nikfarjam M., Yeo D., Perini M., Fink M.A., Muralidharan V., Starkey G., et al. Outcomes of cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis in octogenarians. *ANZ journal of surgery*. 2014; 84(12):943–948.
9. 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.
10. Wu X.D., Tian X., Liu M.M., Wu L., Zhao S., Zhao L. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Journal of British Surgery*. 2015; 102(11):1302–1313.
11. De Mestral C., Rotstein O.D., Laupacis A., Hoch J.S., Zagorski B., Alali A.S., Nathens A.B. Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis. *Annals of surgery*. 2014; 259(1):10–15.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Gallstone disease: diagnosis and management

- (2018). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg188>.
13. Pearse R.M., Moreno R.P., Bauer P., Pelosi P., Metnitz P., Spies C., et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet*. 2012; 380(9847):1059–1065.
 14. Vascular events In noncardiac Surgery patients cohort evaluation (VISION) Investigators. Myocardial injury after noncardiac surgery: a large, international, prospective cohort study establishing diagnostic criteria, characteristics, predictors, and 30-day outcomes. *Anesthesiology*. 2014; 120(3):564–578.
 15. Nikfarjam M., Yeo D., Perini M., Fink M.A., Muralidharan V., Starkey G., et al. Outcomes of cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis in octogenarians. *ANZ journal of surgery*. 2014; 84(12):943–948.
 16. Population-based cohort study of variation in the use of emergency cholecystectomy for benign gallbladder diseases. *Journal of British Surgery*. 2016; 103(12):1716–1726.
 17. Хожибоев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. *Вестник экстренной медицины*. 2010; 4:94–98 [Khojiboev A.M. Maloinvazivnye metody lecheniya oslozhnennykh form ostrogo kal'kuleznogo holecistita u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta. *Vestnik ekstretnoy mediciny*. 2010; 4:94–98. In Russian].
 18. 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.
 19. 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.
 20. Wiggins T., Markar S.R., Mackenzie H., Jamel S., Askari A., Faiz O., et al. Evolution in the management of acute cholecystitis in the elderly: population-based cohort study. *Surgical endoscopy*. 2018; 32(10):4078–4086.
 21. 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.
 22. De Mestral C., Hoch J.S., Laupacis A., Wijesundera H.C., Rotstein O.D., Alali A.S., Nathens A.B. Early cholecystectomy for acute cholecystitis offers the best outcomes at the least cost: a model-based cost-utility analysis. *Journal of the American College of Surgeons*. 2016; 222(2):185–194.
 23. Agresta F., Ansaloni L., Baiocchi G.L., Bergamini C., Campanile F.C., Carlucci M., et al. Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE), Associazione Chirurgi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surgical endoscopy*. 2012; 26(8):2134–2164.
 24. Zafar S.N., Obirieze A., Adesibikan B., Cornwell E.E., Fullum T.M., Tran D.D. Optimal time for early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *JAMA surgery*. 2015; 150(2):129–136.
 25. Gurusamy K.S., Rossi M., Davidson B.R. Percutaneous cholecystostomy for high-risk surgical patients with acute calculous cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 8:CD007088.
 26. Loozen C.S., van Ramshorst B., van Santvoort H.C., Boerma D. Early cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *Digestive surgery*. 2017; 34(5):371–379.
 27. Okamoto K., Suzuki K., Takada T., Strasberg S.M., Asbun H.J., Endo I. et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*. 2018; 25(1):55–72.
 28. Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F., Peitzmann A.B., Fingerhut A., Catena F. et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World journal of emergency surgery*. 2016; 11(1):1–23.
 29. Radder R.W. Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema. *Diagnostic imaging*. 1980; 49(6):330–333.
 30. 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.
 31. 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.
 32. Li M., Li N., Ji W., Quan Z., Wan X., Wu X., Li J. Percutaneous cholecystostomy is a definitive treatment for acute cholecystitis in elderly high-risk patients. *The American Surgeon*. 2013; 79(5):524–527.
 33. Jang W.S., Lim J.U., Joo K.R., Cha J.M., Shin H.P., Joo S.H. Outcome of conservative percutaneous cholecystostomy in high-risk patients with acute cholecystitis and risk factors leading to surgery. *Surgical endoscopy*. 2015; 29(8):2359–2364.
 34. Welschbillig-Meunier K., Pessaux P., Lebigot J., Lermite E., Aube C., Brehant O., et al. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*. 2005; 19(9):1256–1259.
 35. Lin D., Wu S., Fan Y., Ke C. Comparison of laparoscopic cholecystectomy and delayed laparoscopic cholecystectomy in aged acute calculous cholecystitis: a cohort study. *Surgical Endoscopy*. 2020; 34(7):2994–3001.
 36. Bala M., Mizrahi I., Mazeh H., Yuval J., Eid A., Almog G. Percutaneous cholecystostomy is safe and effective option for acute calculous cholecystitis in select group of high-risk patients. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2016; 42(6):761–766.
 37. Fleming M.M., Liu F., Luo J., Zhang Y., Pei K.Y. Predictors of 30 day readmission following percutaneous cholecystostomy. *Journal of Surgical Research*. 2019; 233:1–7.
 38. Søreide J.A., Fjetland A., Desserud K.F., Greve O.J., Fjetland L. Percutaneous cholecystostomy—An option in selected patients with acute cholecystitis. *Medicine*. 2020; 99(19):e20101.
 39. Kim S.Y., Yoo K.S. Efficacy of preoperative percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis according to severity grades. *The Korean Journal of internal medicine*. 2018; 33(3):497–505.

ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ХИРУРГИЯСИ

Д.Б. ТУЛЯГАНОВ¹, Ш.К. АТАДЖАНОВ¹, О.С. ХАКИМОВ², Б.И. ШУКУРОВ¹

¹Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

²Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси, Андижон, Ўзбекистон

Адабиёт таҳлилида қари ва кекса ёшдаги беморларда ўткир холециститни хирургик даволашга бўлган замонавий қарашлар ўрганилган. Қайд қилинганки, холецистэктомия ҳозирда ўткир холециститни батамом даволовчи ягона усул бўлиб, даволашнинг бошқа стратегияларига нисбатан операциядан кейинги узоқ муддатларда билиар асоратлар миқдори камроқлиги, шифохонада даволаниш муддатларининг қисқароқлиги ва даволанишнинг умумий харажатлари камроқлиги билан ажралиб туради. Ўткир холециститда шошилич лапароскопик холецистэктомия қари ва кекса ёшдаги беморларда қўллаш мумкин ва ёш улуғлиги ушбу амалиётга қарши кўрсатма бўлмайди.

Калит сўзлар: ўт тош касаллиги, ўткир холецистит, холецистэктомия, шошилич операция.

Сведения об авторах:

Туляганов Даврон Бахтиярович – доктор медицинских наук, Генеральный директор Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Атаджанов Шухрат Камилевич – доктор медицинских наук, заместитель директора Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Хакимов Отабек Сотиволдиевич – заведующий 3-м хирургическим отделением клиники Андижанского государственного медицинского института.

Шукуров Бобир Ибрагимович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: shbobir@yahoo.com.

Поступила в редакцию: 20.03.2023

Information about the authors:

Davron Bakhtiyarovich Tulyaganov – Doctor of Medical Sciences, General Director of the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Atajanov Shukhrat Kamilovich – Doctor of Medical Sciences, Deputy Director of the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Otabek Sotivoldievich Khakimov – Head of the Department of the 3rd Surgical Department of the Andijan State Medical Institute's Clinic.

Bobir Ibragimovich Shukurov – Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Emergency Surgery Department of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
Email: shbobir@yahoo.com.

Received: 20.03.2023