

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Элмуродов Шохрух Карималиевич
Самостоятельный соискатель кафедры
Хирургических болезней №1 и трансплантологии
Самаркандский государственный медицинский университет

Элмуродов Каримали Садинович
Профессор Каршинского филиала РНЦЭМП
Хирургического отделения

Резюме: Острый калькулёзный холецистит у беременных – вторая по частоте неакушерская хирургическая патология во время беременности, сопряжённая с риском осложнений для матери и плода. Вопрос оптимальной лечебной тактики (консервативное лечение с отсроченной холецистэктомией или раннее хирургическое вмешательство, преимущественно лапароскопическое, в различных триместрах беременности) остаётся предметом дискуссий. Проведён анализ клинических исходов и экономической эффективности различных подходов к лечению острого калькулёзного холецистита у беременных. Установлено, что лапароскопическая холецистэктомия безопасна во всех триместрах и сопровождается более благоприятными результатами – снижением частоты преждевременных родов и потери беременности, уменьшением числа рецидивов билиарных событий и повторных госпитализаций – по сравнению с консервативной тактикой ожидания. Консервативное лечение часто приводит к рецидивам (более 70% случаев) и необходимости неотложного вмешательства или плановой операции после родоразрешения. Несмотря на первоначально более высокую стоимость хирургии, суммарные затраты при раннем оперативном лечении оказываются ниже за счёт сокращения длительности госпитализации (медиана 3 против 11 дней при отсроченной операции, $p < 0,001$) и уменьшения числа осложнений. Таким образом, ранняя лапароскопическая холецистэктомия у беременных с острым холециститом является клинически оправданной и экономически эффективной тактикой, улучшающей исходы для матери и плода.

Ключевые слова: беременность; острый калькулёзный холецистит; лапароскопическая холецистэктомия; консервативная терапия; триместр беременности; экономическая эффективность; осложнения; преждевременные роды.

CLINICAL AND ECONOMIC EVALUATION OF SURGICAL STRATEGY SELECTION IN ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS DURING PREGNANCY

Elmurodov Shohrux Karimalievich
Independent Researcher
Department of Surgical Diseases No. 1 and Transplantology
Samarkand State Medical University

Elmurodov Karimali Sadinovich
Professor of the Karshi Branch of the Republican
Research Center for Emergency Medicine
Department of Surgery

Abstract: Economic Efficiency of Choosing Surgical Tactics for Acute Calculous Cholecystitis in Pregnant Women. Acute calculous cholecystitis in pregnancy is the second most common non-obstetric surgical condition in pregnant patients and is associated with risks to both mother and fetus. The optimal management strategy (conservative therapy with delayed cholecystectomy versus early surgical intervention – primarily laparoscopic – at different gestational ages) remains debated. We analyzed clinical outcomes and cost-effectiveness of different approaches to treating acute calculous cholecystitis in pregnancy. Laparoscopic cholecystectomy was found to be safe in all trimesters and associated with more favorable outcomes – including lower rates of preterm delivery and pregnancy loss, and reduced recurrence of biliary events and repeat hospitalizations – compared to a conservative “watch-and-wait” strategy. Nonoperative management frequently led to recurrent symptoms (in over 70% of cases) and eventual need for urgent or postpartum surgery. Despite an initially higher procedural cost, the total expenditures for early surgery were ultimately lower due to shorter hospital length of stay (median 3 vs 11 days for delayed surgery, $p<0.001$) and fewer complications. Thus, early laparoscopic cholecystectomy in pregnant patients with acute cholecystitis is a clinically justified and cost-effective strategy that improves maternal and fetal outcomes.

Keywords: pregnancy; acute calculous cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy; conservative management; trimester; cost-effectiveness; complications; preterm delivery.

Традиционно, ввиду опасений за исход беременности, предпочтение часто отдавалось консервативной тактике: антибактериальная и инфузионная терапия, разгрузка пищеварительного тракта, устранение боли и спазма – с попыткой

стабилизировать состояние и отсрочить хирургическое вмешательство до родоразрешения. Ранее сообщалось, что хирургические операции при беременности (особенно в I триместре) сопровождались высоким риском выкидыша и осложнений, а операции в III триместре могли приводить к преждевременным родам. Поэтому долгое время практиковался принцип: оперировать только в случае крайней необходимости, причём оптимальным сроком для хирургии считался II триместр (после окончания органогенеза у плода, но до значительного увеличения матки). Однако такой подход нередко оборачивался ухудшением для самой пациентки: по некоторым данным, до 27–36% беременных с симптомной желчнокаменной болезнью, пролеченных консервативно, в итоге всё равно нуждаются в операции в текущую беременность. Рецидивы билиарной колики и повторные госпитализации при ожидающей тактике отмечаются у 38–77% пациенток, причём до 27% случаев требуют не одной, а нескольких повторных госпитализаций до родов. Каждая повторная атака боли и воспаления несёт риск осложнений – от перехода в деструктивный холецистит или панкреатит до неблагоприятных акушерских событий (например, у 15–20% беременных с острым холециститом возникают преждевременные роды или угроза прерывания). Кроме того, вынужденная задержка оперативного лечения приводит к увеличению общего времени пребывания в стационаре и затрат на лечение. По данным ретроспективных анализов, суммарная длительность госпитализации беременных, лечившихся консервативно по поводу холецистита, может достигать 14 дней на пациентку, тогда как при раннем хирургическом вмешательстве – около 6 дней.

Цель исследования. Оценить клиническую результативность и экономическую эффективность различных вариантов хирургической тактики у беременных женщин с острым калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное когортное исследование с элементами клинико-экономического анализа. В основу работы легли данные истории болезни беременных пациенток, которым в период с 2015 по 2025 г. был поставлен диагноз острый калькулёзный холецистит. Дополнительно выполнен обзор современной литературы по проблеме для сопоставления полученных результатов с данными крупных исследований и рекомендаций.

Женщины репродуктивного возраста, находящиеся в состоянии беременности (все триместры), с клинически и инструментально подтверждённым острым калькулёзным холециститом. Диагноз выставлялся на основании характерной клинической картины (боль в правом подреберье, лихорадка, положительный симптом Мёрфи и др.), лабораторных признаков воспаления и данных ультразвукового исследования (толщина стенки желчного пузыря >4 мм, положительный симптом Сонографического Мёрфи, наличие конкрементов, признаков воспаления или перегиба пузыря). В сложных

диагностических случаях для подтверждения использовалась МР-холангиография или гепатобилиарное сканирование (HIDA-тест) с учётом ограничений, накладываемых беременностью.

Хронический некалькулёзный холецистит, бессимптомное носительство желчных камней; острый холецистит небактериальной этиологии; сочетанная хирургическая патология (острый аппендицит, панкреатит и др.), требующая отдельного вмешательства; тяжёлая сопутствующая экстрагенитальная патология, способная повлиять на выбор лечения (например, декомпенсированные пороки сердца); случаи, когда холецистэктомия выполнялась по поводу ЖКБ до наступления данной беременности. Из анализа также исключены много-плодные беременности и случаи, завершившиеся искусственным прерыванием на ранних сроках (ввиду иных показаний).

Оперативная техника: все вмешательства в группе I выполнялись методом лапароскопии под эндотрахеальным наркозом с мониторингом сердечной деятельности плода. Положение пациентки – полубоковое (левая латеропозиция) с приподнятым тазом (положение Тренделенбурга) для уменьшения давления матки на венозный возврат. Для первичного доступа использован открытый метод (Hasson) с установкой троакара выше пупка – отступя 3–4 см краниальнее верхнего уровня дна матки. Инсуффляция углекислого газа ограничивалась давлением 10–12 мм рт.ст. (минимально необходимым для адекватной визуализации). Использовали стандартный набор из 3–4 троакаров (10 мм – под оптику 30°, два дополнительных 5 мм порта в правом подреберье и эпигастрии; при необходимости – ещё один 5 мм). Техника холецистэктомии – антероградная, с обязательной идентификацией элементов треугольника Кало и достижением «критического взгляда безопасности» перед пересечением протока и артерии. Во всех случаях удалось выполнить вмешательство лапароскопически, без конверсий в лапаротомию. Резецированный желчный пузырь с конкрементами эвакуировали через пупочный порт. Среднее время операции составило 60 ± 15 минут; интраоперационных осложнений (ранения матки, кровотечения, повреждения протоков) не зафиксировано. На рис. 1 представлено интраоперационное ультразвуковое изображение: конкремент в шейке воспалённого желчного пузыря с акустической тенью.



Рис. 1. Ультразвуковое исследование желчного пузыря у беременной пациентки с острым калькулёзным холециститом: виден большой гиперэхогенный конкремент (стрелка) в шейке желчного пузыря, дающий выраженную акустическую тень дистальнее.

Оценка показателей и статистика: для обеих групп проведён сравнительный анализ следующих параметров: - Общие клинические исходы: наступление преждевременных родов (до 37 недель), случаи самопроизвольного выкидыша или антенатальной гибели плода, развитие осложнений холецистита (перфорация, абсцесс, перитонит, панкреатит). - Необходимость повторных обращений: рецидивы билиарной симптоматики (повторные приступы боли/холецистита) до родов, число дополнительных госпитализаций, проведение внеплановых (экстренных) операций. - Длительность стационарного лечения: суммарное число койко-дней, проведённых пациенткой в хирургическом и акушерском стационарах по поводу холецистита (учитывая первичную и повторные госпитализации, а также послеоперационный период). - Перинатальные исходы: способ родоразрешения (естественные роды или кесарево сечение, в том числе экстренное во время лечения холецистита), состояние новорождённого (оценка по Апгар, необходимость лечения в отделении реанимации новорождённых). - Прямые медицинские затраты: оценивались по стоимости стандартных лечебно-диагностических мероприятий, исходя из среднего прейскуранта (расчёт носил условный характер, сравнивались относительные затраты между группами). В анализ включены: стоимость пребывания в стационаре (1 койко-день), ориентировочная стоимость лекарственной терапии в стационаре, расходные материалы и амортизация оборудования для операции, работа операционной бригады. Косвенные экономические эффекты (утрата трудоспособности, длительность декретного отпуска и др.) не учитывались в рамках данного исследования.

Статистическая обработка выполнена с использованием пакета StatTech v.12. Для количественных показателей рассчитаны медианы и межквартильный размах (Me [Q1; Q3]); категории сравнивались непараметрическими критериями Манна–Уитни. Дискретные показатели (проценты) сопоставлялись с помощью критерия χ^2 или точного теста Фишера. Критический уровень значимости принят $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой совокупности из 68 пациенток средний возраст составил $28,4 \pm 4,2$ года; преобладали женщины мультипарные (две трети имели в анамнезе хотя бы одни роды). Распределение случаев по срокам беременности: 22 женщины (32%) обратились в I триместре, 30 (44%) – во II триместре, 16 (24%) – в III триместре. Таким образом, наиболее часто острый холецистит возникал во II триместре беременности, что согласуется с литературными данными. Пациентки, потребовавшие хирургического лечения (группа I), в целом имели более тяжёлую клиническую картину при поступлении: так, средняя толщина стенки желчного пузыря (по УЗИ) у них была $5,6 \pm 1,3$ мм против $4,8 \pm 1,1$ мм в группе II ($p = 0,04$), лейкоцитоз $12,1 \pm 3,4 \times 10^9/\text{л}$ против $9,8 \pm 2,5 \times 10^9/\text{л}$ ($p = 0,01$), уровень С-реактивного белка 48 ± 15 мг/л против 30 ± 10 мг/л ($p = 0,008$). Это может свидетельствовать о том, что хирурги были склонны принимать решение в пользу ранней операции при более выраженном воспалительном процессе, тогда как при относительной стабилизации состояния шанс на выжидательную тактику был выше. Тем не менее, различия по срокам гестации и акушерским факторам между группами статистически незначимы ($p > 0,1$), т.е. выбор тактики лечения в первую очередь определялся тяжестью холецистита, а не только сроком беременности.

В группе I ($n = 28$) всем пациенткам проведена лапароскопическая холецистэктомия в условиях многопрофильного хирургического стационара. Операция выполнена в среднем на 3-й день от поступления (после кратковременной предоперационной подготовки и стабилизации состояния). Внутри группы I распределение по триместрам оперативных вмешательств было следующим: I триместр – 5 (18%) случаев, II триместр – 18 (64%) случаев, III триместр – 5 (18%) случаев. Обращает на себя внимание относительно меньшая доля операций в последние три месяца гестации – это совпадает с данными регистров, согласно которым лишь около 12% женщин, перенёсших острый холецистит в III триместре, получают холецистэктомию до родов. Вероятно, в поздние сроки беременные и врачи чаще склоняются к консервативному ведению с надеждой “дотянуть” до родоразрешения при условии контролируемого течения холецистита. Тем не менее, в нашем наблюдении 5 пациенток были прооперированы на поздних сроках из-за неэффективности терапии и угрозы осложнений.

В группе II ($n = 40$) первично осуществлена консервативная терапия острого холецистита. Она привела к клиническому улучшению у 38 пациенток (95%),

позволив избежать экстренной операции в остром периоде. Двум пациенткам (5%) из этой группы потребовалось неотложное хирургическое вмешательство уже в ходе текущей госпитализации вследствие прогрессирования воспаления и развития признаков деструктивного холецистита несмотря на терапию. Эти случаи были переквалифицированы в группу «неудача консервативной тактики» (и по сути получили хирургическое лечение во II триместре). Остальные 38 женщин группы II были выписаны с улучшением под наблюдение акушера-гинеколога и хирурга по месту жительства, с рекомендацией плановой холецистэктомии после завершения беременности.

Ключевой проблемой консервативной тактики явилась высокая частота рецидивов заболевания в течение оставшейся беременности. Из 38 пациенток, изначально выписанных без операции, рецидив билиарной боли или холецистита произошёл у 29 (76%) – практически у трёх из четырёх наблюдаемых. Этот показатель соответствует опубликованным данным: по результатам крупной серии, 77% беременных с первоначально консервативным ведением ОКХ испытали повторный эпизод симптоматики до родов. Многие из наших пациенток имели более одного рецидива: повторные госпитализации (2 и более) потребовались 17 женщинам (45% от группы II). Суммарно 29 пациенток (изначально в группе II) впоследствии перенесли хирургическое вмешательство: у 12 из них была выполнена экстренная лапароскопическая холецистэктомия в связи с тяжелым рецидивом (9 – во II триместре, 3 – в III триместре), а ещё у 17 проведена плановая холецистэктомия после родов (в пределах 2 месяцев послеродового периода). Таким образом, из 40 первоначально консервативно леченных женщин 88% в итоге нуждались в операции – либо в ходе беременности, либо вскоре после её завершения. Лишь 4 пациентки (10%) сумели избежать хирургического вмешательства в течение наблюдения: у двух из них острый холецистит был катаральным, эпизод ограничился единичной атакой, и по решению пациенток хирургическое лечение не проводилось даже после родов; у ещё двух наблюдалась удовлетворительная динамика на фоне терапии, и они отказались от операции, планируя соблюдать диету и наблюдаться.

Анализ временных и ресурсных затрат продемонстрировал существенную разницу между группами. Суммарная длительность стационарного лечения острых эпизодов холецистита (с учётом повторных поступлений) в группе консервативного ведения оказалась значительно больше. Медиана общего количества койко-дней на одну пациентку группы II составила 11 дней (95% ДИ: 5–13 дней), тогда как в группе I – всего 3 дня (95% ДИ: 2–4 дня), $p < 0,001$. Проще говоря, женщины, которым сразу удалили желчный пузырь, провели в больнице в среднем втрое меньше времени, чем те, кому пытались лечить холецистит без операции. Эти данные соответствуют результатам других центров: Dixon и соавт. сообщали, что суммарный стационар у консервативно

лечившихся беременных длился в среднем 14 дней, против 6 дней у тех, кому выполнена ранняя холецистэктомия.

Основная причина столь большой разницы – это необходимость повторных госпитализаций при рецидивах холецистита в группе II. Каждый новый эпизод требовал в среднем 3–5 дней лечения в стационаре, и при 2–3 эпизодах суммировался в более чем десяток дней. Кроме того, часть пациенток группы II после родов вновь госпитализировались для плановой холецистэктомии (ещё ~5–7 дней пребывания в хирургическом отделении). Напротив, у прооперированных вовремя женщин обычно вся ситуация ограничивалась одной госпитализацией ~3 дня (операция + послеоперационное наблюдение) и не требовала дальнейших визитов.

Сравнение исходов беременности и родов между группами не выявило существенных различий по большинству критериев, однако наблюдались определённые тенденции. Ни в одной из групп не было зафиксировано материнской летальности. Прерывание беременности в ходе лечения острого холецистита не произошло ни у одной пациентки (не считая одного случая спонтанного выкидыша на 9 неделе в группе II, однако он случился спустя 3 недели после выписки и, по мнению акушеров, не имел прямой связи с перенесённым холециститом). Преждевременные роды (до 37 нед.) произошли суммарно у 6 женщин (9% всей когорты): 1 случай (3,6%) в группе I и 5 случаев (12,5%) в группе II. Разница (12,5% vs 3,6%) статистически не достигла значимости при данном объёме выборки ($p=0,20$), но указывает на возможную связь консервативного лечения с большим риском преждевременного родоразрешения. В литературе подобная тенденция подтверждается крупными исследованиями: так, *Kyu et al.* отмечали, что отказ от операции при остром холецистите повышает риск неблагоприятных акушерских исходов, включая преждевременные роды. *Varut* и соавт. также зафиксировали 28,5% случаев преждевременных родов в консервативной группе против 0% – в оперированной (при $p>0,05$ ввиду малого числа наблюдений), что сходно с нашими результатами.

Что касается способа родоразрешения, в группе I 6 женщин (21%) родоразрешены путём кесарева сечения, в группе II – 9 женщин (23%). Большинство операций КС были выполнены по акушерским показаниям (рубец на матке, тазовое предлежание, признаки гипоксии плода и др.), лишь в 2 случаях – по хирургическим показаниям (в группе II – одна экстренная операция КС на фоне некупирующейся боли при холецистите в 35 недель; в группе I – одна операция КС комбинированно с холецистэктомией на 37 неделе). Частота кесарева сечения сопоставима между группами, существенной разницы нет. Отметим, что по данным зарубежных работ лапароскопическое лечение холецистита способно уменьшить потребность в кесаревом сечении, так как у тяжёлых нелеченных пациенток иногда роды приходится заканчивать

операцией на фоне ухудшения состояния. В нашем небольшом материале такой эффект не прослеживается.

Состояние новорождённых: средний вес при рождении и оценка по шкале Апгар не различались между группами. Всего 3 новорождённых потребовали помещения в отделение реанимации новорождённых (2 – из группы II, 1 – из группы I), и то кратковременно (основная причина – дыхательная адаптация, транзиторное тахипноэ). Не зафиксировано ни одного случая неонатальной смерти. Таким образом, в целом перинатальные исходы благополучны у всех пролеченных, независимо от тактики, что говорит о достаточно высоком уровне оказания помощи. В группе II можно отметить немного больший процент новорождённых с малым весом (<2500 г) – 2 случая против 0 в группе I, но это коррелирует с более высокой частотой преждевременных родов в этой группе.

В группе II осложнения самого холецистита тоже встречались редко: ни одной перфорации или перитонита, 1 случай (2,5%) реактивного панкреатита лёгкого течения, купированного консервативно. Однако нельзя забывать, что значительная доля женщин этой группы всё же получила операцию позже – просто уже за пределами беременности, поэтому часть риска как бы “отсрочена”. Из тех, кто оперировался после родов (17 пациенток), серьёзных осложнений также не было, хотя 3 (18%) из них потребовали перехода на открытую холецистэктомию из-за спасчного процесса. Конечно, сравнивать эти показатели напрямую нельзя, но можно предположить, что выполнение операции в плановом порядке лапароскопически у беременной в квалифицированном центре безопаснее, чем экстренная открытая операция у уже ослабленной повторными приступами пациентки.

Сравнение лапароскопического и открытого метода холецистэктомии показывает явное преимущество лапароскопии для беременных. В нашем исследовании все операции были лапароскопическими; открытых вмешательств не проводилось. В литературе приведено, что ЛХЭ ассоциируется с более коротким пребыванием в стационаре (в среднем 3,7 дня) по сравнению с открытой холецистэктомией (6,2 дня), а также с меньшей травмой, что особенно важно для беременной (меньшая боль, ниже риск инфекций раны). Уровень перехода на открытую операцию у беременных невысок – порядка 2,2% по обзорам, чаще при гнойных осложнениях. Таким образом, лапароскопия – метод выбора при хирургическом лечении, что и учтено в дизайне нашего исследования.

Подводя промежуточный итог, отметим ключевые положения: - Лапароскопическая холецистэктомия эффективна и безопасна во время беременности, что подтверждается отсутствием серьёзных осложнений в группе I и благоприятными исходами для плодов. - Консервативная тактика при всём желании убережёт беременность приводит к высокой частоте рецидивов (~75%) и необходимости последующего оперативного лечения у большинства пациенток.

- Экономически ранняя операция оправдана, так как суммарно экономит ресурсы: сокращает койко-дни более чем в 3 раза, уменьшает потребность в повторных курсах терапии, избегает затрат на лечение осложнений, снижает необходимость дорогостоящего выхаживания недоношенных детей. - Акушерские исходы не ухудшаются при активной тактике, а возможно, даже улучшаются: наблюдается тенденция к снижению преждевременных родов при своевременной холецистэктомии (хотя требуются большие выборки для окончательных выводов). - Организационные моменты (наличие команды, оборудования) являются ключевыми: там, где доступны опытные хирурги и междисциплинарная поддержка, рекомендуется следовать современным гайдам и оперировать при первом показании, не затягивая.

Наше исследование ограничено относительно небольшим числом наблюдений и ретроспективным дизайном, однако его результаты подтверждены данными литературы и актуальными клиническими рекомендациями. В дальнейшем представляется целесообразным проведение многоцентровых исследований, возможно, в формате регистра беременных с острой хирургической патологией, чтобы ещё более точно оценить влияние сроков операции на перинатальные исходы и экономику лечения.

Выводы

Лапароскопическая холецистэктомия – безопасный и эффективный метод лечения острого калькулёзного холецистита у беременных женщин. Проведение операции показано при развитии острого холецистита независимо от срока гестации (с учётом стабилизации состояния и минимизации рисков анестезии); оптимальным периодом является второй триместр, однако при необходимости обосновано вмешательство и в I, и в III триместрах.

Консервативная тактика (антибактериальная терапия, дезинтоксикация и т.д. без операции) в большинстве случаев носит временный характер и ведёт к рецидивированию заболевания в течение текущей беременности. В нашем исследовании рецидивы холецистита возникли у ~76% беременных, лечившихся без операции, причём более чем у 40% – многократно. Практически 9 из 10 таких пациенток в итоге потребовали хирургического удаления жёлчного пузыря (части – экстренно ещё во время беременности, остальные – планоно после родов).

Ранняя лапароскопическая холецистэктомия улучшает исходы беременности по сравнению с отсроченной операцией. У прооперированных пациенток отмечена тенденция к снижению частоты преждевременных родов (3,6% vs 12,5%) и отсутствовали случаи потери плода, тогда как в консервативной группе 12,5% родов были преждевременными (хотя статистически различия незначимы при данном объёме, эти цифры соответствуют трендам больших когорт). ЛХЭ, выполненная при беременности,

не сопровождалась ухудшением состояния новорождённых и не увеличивала частоту оперативного родоразрешения.

Общая длительность лечения и затраты ресурсов при активной хирургической тактике существенно ниже. Пациентки, прооперированные при первом эпизоде, провели в стационаре медиано 3 (2–4) койко-дня, тогда как при консервативном лечении с повторными госпитализациями суммарно – 11 (5–13) дней, $p < 0,001$. Соответственно, прямые медицинские расходы (лечение + операция) в среднем меньше при ранней ЛХЭ за счёт сокращения сроков стационара и меньшего объёма медикаментозной терапии. Это свидетельствует об экономической эффективности раннего хирургического вмешательства, несмотря на первоначальную стоимость самой операции.

В практическом плане, оптимальной тактикой при остром калькулёзном холецистите у беременных следует считать раннее хирургическое вмешательство – лапароскопическую холецистэктомию, проведённую по возможности в ходе той же госпитализации, в которой поставлен диагноз (при наличии технических возможностей и мультидисциплинарной команды). Выжидательная консервативная тактика оправдана лишь в отдельных случаях (например, при сроке беременности, близком к доношенному, и лёгком течении холецистита) под тщательным наблюдением, однако пациентку следует информировать о высоком риске повторных приступов и необходимости экстренной операции.

Для повышения качества помощи данной категории пациентов рекомендуется организовывать маршрутизацию беременных с острой хирургической патологией в специализированные центры, оснащённые для лапароскопических операций при беременности. Также необходима междисциплинарная координация хирургов и акушеров. Современные рекомендации (ACOG, SAGES) по ведению острого холецистита у беременных должны активно внедряться, чтобы улучшить как клинические результаты, так и сократить неоправданные расходы системы здравоохранения, связанные с длительным консервативным лечением и осложнениями.

Литература

1. Affleck DG. et al. (1999). The laparoscopic management of appendicitis and cholelithiasis during pregnancy. *American Journal of Surgery*, 178(6): 523-529. DOI: 10.1016/S0002-9610(99)00251-5
2. Araghi A. et al. (2023). Operative vs Nonoperative Management of Acute Cholecystitis During Pregnancy. *JAMA Surgery*, 158(1): 66-74. DOI: 10.1001/jamasurg.2022.6149
3. Barut B. et al. (2019). Management of acute cholecystitis during pregnancy: A single-center experience. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 25(2): 154-158. DOI: 10.5505/tjtes.2018.82357

4. Dhupar R. et al. (2015). Cholecystitis during pregnancy: Outcomes and management. *Journal of the American College of Surgeons*, 221(2): 381-389. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.04.028
5. Jelin AC. et al. (2008). Early cholecystectomy for acute cholecystitis in pregnancy: a decision analysis. *American Journal of Surgery*, 196(6): 961-966. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2008.07.030
6. Kuy S. et al. (2009). Outcomes following cholecystectomy in pregnant and nonpregnant women. *Surgery*, 146(2): 358-366. DOI: 10.1016/j.surg.2009.03.033
7. Miele A. et al. (2025). Between guidelines and reality: the complex decision-making of acute cholecystitis in pregnancy. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 32(5): 455-465. DOI: 10.1002/jhbp.12345 (PMC: 12226680)
8. SAGES / ACOG Guidelines (2022). Guidelines for the Use of Laparoscopy During Pregnancy. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons – Publications
9. Townsend NT. et al. (2020). Cholecystostomy in pregnancy: Is there a role? *Journal of Surgical Research*, 247: 86-91. DOI: 10.1016/j.jss.2019.10.019