

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ****Шакиров З.З., Дусияров М.М.***Самаркандский государственный медицинский университет***ИНФОРМАЦИЯ О  
СТАТЬЕ****АННОТАЦИЯ:****ИСТОРИЯ СТАТЬИ:***Received: 09.04.2026**Revised: 10.04.2026**Accepted: 11.04.2026***КЛЮЧЕВЫЕ  
СЛОВА:***ЖКБ,  
холецистохоледохолитиаз,  
хирургическая тактика.*

*Хирургическая тактика при ХХЛ, осложненном МЖ, строго дифференцированная и зависит от степени тяжести МЖ, давности её возникновения, сопутствующих заболеваний, а также общих и местных развившихся осложнений. Для лечения больных ХХЛ осложненной МЖ легкой степени тяжести (класс А) целесообразно применение способа одномоментной комбинированной лапароскопической и эндоскопической гибридной холедохолитотомии (rendez vous) с лапароскопической холецистэктомией без предварительной декомпрессии, а при сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха – традиционная, открытая ХЭ, ХЛТ, ИОХГ с формированием гепатикоюноанастомоза по Ру. Хирургические вмешательства у больных с ХХЛ, осложненной средней и тяжелой степенью МЖ (класс В и С) должны выполняться в два этапа, при этом на первом этапе должны выполняться миниинвазивные декомпрессионные вмешательства (ЭПСТ с НБД или ЧЧХС) с проведением комплексной интенсивной консервативной терапии.*

**Актуальность темы исследование.** В настоящее время в лечении ХХЛ, осложненной МЖ предпочтение отдается этапности хирургического вмешательства,

заключающегося в ликвидации ХДЛ путем проведения ЭПСТ до-или после минимально инвазивной холецистэктомии, и в отсроченном порядке проведение холецистэктомии. Но как и любой метод, он имеет существенные недостатки: по данным некоторых авторов, в 7%–10 % случаев манипуляции на сфинктерном аппарате БДС приводят к развитию осложнений с уровнем летального исхода до 1 %[1, 3]. Другого мнения придерживаются ряд авторов, которые рекомендуют отказаться от этапности в лечении больных ХХЛ осложненной МЖ и предлагают при лапароскопическом или мини-лапаротомном вмешательстве на общем желчном протоке одновременно выполнить и холецистэктомию. Аргументируя предложение тем, что-либо путём холедохолитотомии, либо удалением конкрементов через пузырный проток устраняется холедохолитиаз, при этом не затрагивается сфинктер БДС. Тем не менее, при выполнении миниинвазивной холецистэктомии и холедохолитотомии возникают значительные технические сложности, которые нередко требуют проведения конверсии и применения лапаротомии[2, 4].

Таким образом, актуальность проблемы диагностики и миниинвазивного хирургического лечения ХХЛ, осложнённой МЖ, обусловлена распространенностью заболевания, увеличивающимся числом оперативных вмешательств, значительным процентом интра - и послеоперационных осложнений, отсутствием алгоритма выбора оптимального варианта миниинвазивных вмешательств, что послужило основанием для представленного исследования.

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой превентивным применением миниинвазивных технологий.

**Материал и методы.** Исследование представлено клиническим материалом из 137 пациентов, выполнено путем проведения ретроспективного анализа 58 (42,3%) историй болезни больных (контрольная группа) для лечения которых были применены открытые, традиционные оперативные вмешательства, т.е. до внедрения в клиническую практику современных миниинвазивных технологий и результатов обследования и миниинвазивного одно- или двухэтапного хирургического лечения 79 (57,7%) больных (основной группы) с ХХЛ, осложненной МЖ. Клиническая часть работы выполнена в отделении общей хирургии клиники СамГМУ

за период с 2018 по 2025 гг.

В основной и контрольной группе преобладали женщины - 48 (60,7%) и 38 (65,5%) соответственно.

---

Мужчин в ОГ 31 (39,2%), в КГ 20 (34,5%). Подавляющее большинство больных - 45 (37,8%) - составили возрастную категорию 41-50 лет.

Продолжительность МЖ до 5 суток наблюдалась у 38 (48,1%) больных ОГ и у 25 (43,1%) больных контрольной, длительность

МЖ от 5-10 суток была у 25 (31,6%) пациентов основной и 19 (32,7%) КГ, более 10 дней желтуха отмечалась у 16 (20,33 %) пациентов ОГ и 14 (24,1 %) контрольной.

Общее число пациентов с ХХЛ, осложненного МЖ класса А составило 48 (35,1%), 30 (37,9%) пациентов – в основной группе и 18 (31,1%) пациентов – в контрольной. Класс В МЖ имело место у 61 (44,5%) больных, среди которых

34 (43,1%) пациентов было из основной группы и 27 (46,5%) пациент из контрольной группы. Класс С МЖ был установлен у 28 (20,4%) больных, среди которых 15 (18,7%) пациента из основной группы и 13 (22,4%) пациент из контрольной группы.

Распределение больных согласно классификации Э.И. Гальперина, в зависимости от степени тяжести МЖ представлен в таблице 1.

**Таблица 1.**

**Характер выявленной патологии ХХЛ, осложненного МЖ в обеих группах в зависимости от степени тяжести МЖ**

Формы холецистохоледохолитиаза	Степень тяжести механической желтухи					
	Легкая степень - Класс А		Средняя степень - Класс В		Тяжелая степень - Класс С	
	О	К	О	К	О	К
	Абс.(%)	Абс.(%)	Абс.(%)	Абс.(%)	Абс.(%)	Абс.(%)
ЖКБ. ОКХ, катаральная форма, холедохолитиаз, МЖ.	11 (13,9%)	6 (10,3%)	8 (10,1%)	5 (8,6%)	1 (1,3%)	1 (1,7%)
ЖКБ. ОКХ, флегмонозная форма, холедохолитиаз. МЖ.	9 (11,4%)	5 (8,6%)	5 (6,3%)	6 (10,3%)	4 (5,1%)	3 (5,2%)
ЖКБ. ОКХ, флегмонозная форма, холедохолитиаз. МЖ. Острый билиарный панкреатит.	4 (5,1%)	4 (6,9%)	11 (13,9%)	7 (12,1%)	4 (5,1%)	3 (5,2%)

ЖКБ. ОКХ, флегмонозная форма, холедохолитиаз. МЖ. Стриктура терминального отдела холедоха	2 (2,5%)	1 (1,7%)	1 (1,3%)	2 (3,4%)	1 (1,3%)	1 (1,7%)
ЖКБ. ОКХ, гангренозная форма, холедохолитиаз. МЖ. Острый гнойный холангит. Папиллит.	-	-	4 (5,1%)	3 (5,2%)	2 (2,5%)	3 (5,2%)
ЖКБ. ОКХ, гангренозная Форма, холедохолитиаз. МЖ. Острый билиарный панкреатит.	4 (5,1%)	2 (3,4%)	5 (6,3%)	4 (6,9%)	3 (3,8%)	2 (3,4%)
Всего	30 (37,9%)	18 (31,1%)	34 (43,1%)	27 (46,5%)	15 (18,9%)	13 (22,4%)

**Примечание:** О – основная группа, К – контрольная группа,  $p > 0,05$  при сравнении между группами (по критерию  $\chi^2$ )

**Результаты и их обсуждение.** При использовании в выборе метода и объема хирургического вмешательства разработанных нами критериев у больных основной группы с ХХЛ, протекающего на фоне МЖ, производились различные хирургические вмешательства (табл. 2).

Интерпретация данных таблицы 13 показывают, что при ХХЛ осложненной МЖ у пациентов основной группы ( $n=79$ ) были произведены различные по объёму и характеру как миниинвазивные, так традиционные (по показаниям) оперативные вмешательства.

Так, одномоментные комбинированные лапароскопические и эндоскопические транспапиллярные вмешательства (*rendez vous*) были выполнены в 28 (35,4%) случаях у пациентов основной группы. Необходимо отметить, что одномоментные комбинированные лапароскопические и эндоскопические транспапиллярные вмешательства (*rendez vous*) были выполнены только при легкой степени тяжести МЖ (класс А), когда не требовалось выполнение предварительной декомпрессии желчевыводящих путей и традиционных открытых оперативных вмешательств. В 2 (2,5%) наблюдениях потребовалось проведение реконструктивных вмешательств,

было выполнено открытая традиционная ХЭ, ХЛТ, холедохоскопия или ИОХГ с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

Таблица 2.

Способы оперативного пособия при ХХЛ в зависимости от тяжести МЖ у больных основной группы (n=79)

Характер оперативных вмешательств	Степени тяжести МЖ (классы)	Количество больных	
		Абс.	%
<b>Одноэтапные операции</b>			
Одномоментная комбинированная лапароскопическая и эндоскопическая транспапиллярная вмешательства (Rendez vous)	Легкая степень (класс А)	28	35,4
Открытая традиционная ХЭ, ХЛТ, ХС или ИОХГ, гепатикоеюноанастомоз по Ру.	Легкая степень (класс А)	2	2,5
<b>Двухэтапные операции</b>			
Первый этап: ЭПСТ с ЛЭ и НБД. Второй этап: ЛХЭ.	Средняя степень (класс В)	6	7,6
Первый этап: ЭПСТ с ЛЭ. Второй этап: ЛХЭ.	Средняя степень (класс В)	14	17,7
Первый этап: ЧЧХС. Второй этап: ЛХЭ, ХЛТ, ХС или ИОХГ, дренирование холедоха по Керу.	Средняя степень (класс В)	11	13,9
Первый этап: ЧЧХС. Второй этап: Открытая традиционная ХЭ, ХЛТ, ИОХГ, гепатикоеюноанастомоз по Ру.	Средняя степень (класс В)	1	1,3

Первый этап: ЭПСТ с ЛЭ и НБД. Второй этап: ЛХЭ.	Тяжелая степень степень (класс С)	5	6,3
Первый этап: ЧЧХС. Второй этап: ЛХЭ, ХЛТ, ХС или ИОХГ, дренирование холедоха по Керу.	Тяжелая степень (класс С)	9	11,4
Первый этап: ЧЧХС. Второй этап: Открытая традиционная ХЭ, ХЛТ, ИОХГ, гепатикоеюноанастомоз по Ру.	Тяжелая степень (класс С)	1	1,3

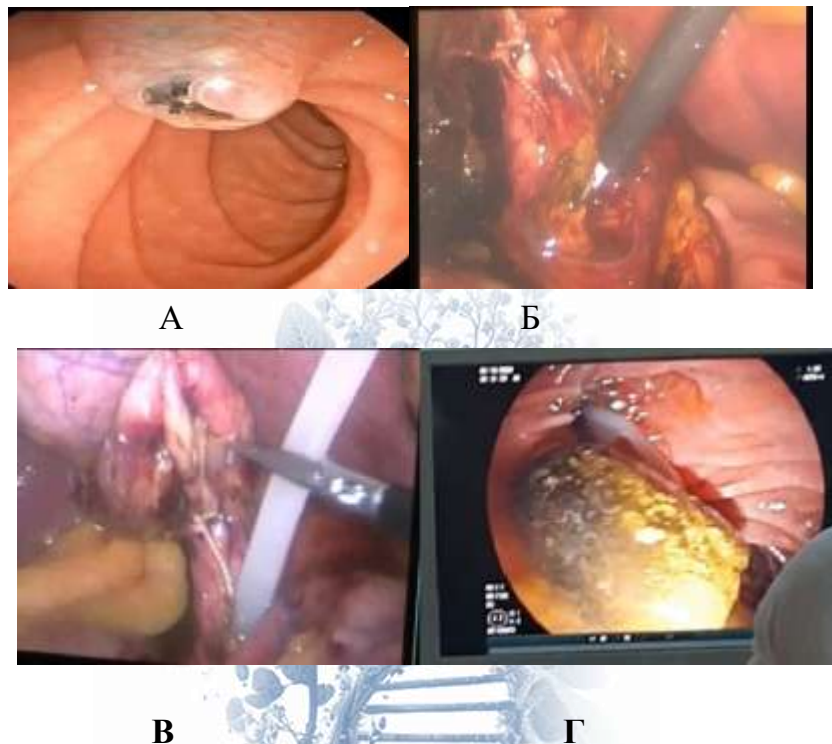
В целом двухэтапные оперативные вмешательства у больных ХХЛ осложненной средней (n=34) и тяжелой (n=15) степени МЖ (класс В и С) были выполнены в 49 (62,1%) наблюдениях.

Так, у 34 (43,1%) пациентов со среднетяжелой формой МЖ (класс В) на первом этапе проводилась билиарная декомпрессия. При этом ЭПСТ с литоэкстракцией выполняли в 6 наблюдениях и назобилиарным дренированием – 14 случаях, в 12 - ЧЧХС. После нормализации показателей функционального состояния печени и улучшения общего состояния больных на втором этапе в 22 (27,8%) наблюдениях были выполнены ЛХЭ, в 11 - ЛХЭ, ХЛТ, ХС (n=5) или ИОХГ (n=6), дренирование холедоха по Керу и лишь в 1 наблюдении при сочетании холедохолитиаза со стриктурой дистального отдела холедоха на втором этапе выполнено открытая ХЭ, ХЛТ, ИОХГ с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

При тяжелой степени тяжести МЖ (n=15) у больных с ХХЛ на первом этапе выполнены различные миниинвазивные декомпрессионные вмешательства в виде ЭПСТ с литоэкстракцией и назобилиарным дренированием – 5 больным и в 9 случаях – ЧЧХС. После нормализации показателей функционального состояния печени и улучшения общего состояния больных через 14-20 дней на втором этапе в 6 наблюдениях произведено ЛХЭ, в 8 случаях - ЛХЭ, ХЛТ, ХС (n=3) или ИОХГ (n=5), дренирование холедоха по Керу и по показаниям в 1 наблюдении при сочетании холедохолитиаза со стриктурой дистального отдела холедоха на втором этапе выполнено открытая ХЭ, ХЛТ, ИОХГ с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

Под нашим наблюдением находились 28 (35,4%) пациентов с ХХЛ, осложненной МЖ легкой степени тяжести (класс А), у которых проводилась одномоментное лапароскопическое и эндоскопическое вмешательство (rendez vous) на внепеченочных желчных путях. Диагностический этап и критерии выбора одномоментного ЛХЛТ и интраоперационная ЭПСТ зависела от общего состояния больного и сопутствующей патологии, давности заболевания и класса тяжести МЖ, локализация и размеров конкрементов ОЖП, отсутствия паравезикальных инфильтратов и элементов гепатодуоденальной связки.

Техника выполнения: ЛХЭ выполняется по общепринятой методике. После выделения и клипирования рассекаются пузырный проток и артерия, ЖП используют для тракции во время дальнейшего хирургического вмешательства. Для удаления фиксированного и «рождающегося» камня БДС проводится гастродуоденоскопия. Обнаруживается БДС, оценивается его состояние и исключаются другие патологии данной области. После дуоденоскопии и выявления «рождающегося» конкремента БДС (рис. 4 А) по двум краям «рождающегося» камня папилотомом проводится частичная папилосфинктеротомия и под контролем видеолапароскопа проводится продольная супрадуоденальная ЛХЛТ с помощью «L» образного крючка на протяжении длиной от 0,8 -1,0 см (рис. 4 Б). Далее через 5 мм троакар с помощью зонда диаметром 0,6 см из правой подреберной области проталкивается конкремент (рис. 4 В) в просвет ДПК и одновременно с помощью гастродуоденоскопа наблюдается за отхождением конкремента (рис. 4 Г). Во всех случаях проводилось промывание ОЖП под давлением раствором антисептика и ИОХГ с целью исключения «забытых» камней, а также исключения тяжелой степени стриктуры терминального отдела ОЖП. Конверсия доступа не потребовалось. Холедох дренируем «Т»- образным дренажом по Kher с наложением швов на холедох. Дальнейшая хирургическая тактика – ЛХЭ.



**Рисунок 4. - Этапы лапароскопической и эндоскопической транспапиллярной вмешательств (rendez vous) – холедохолитотомии при холецистохоледохолитиазе (А-Г).**

В исследование было включено наблюдение лапароскопической холецистэктомии и холедохолитотомии 20 (25,2%) больных с ХХЛ, осложненной МЖ средней (n=11) и тяжелой (n=9) степени тяжести (класс В и С) и были выполнены на втором этапе операции после предварительной декомпрессии желчных путей мининвазивными способами. У больных данной категории продолжительность желтухи варьировала от 3 дней до 1 месяца. Уровень билирубинемии от 84 до 260 ммоль/л. Признаки холангита при госпитализации отмечены у 8 больных.

Все больные госпитализированы и обследованы в экстренном порядке. Диагностический этап и критерии выбора лапароскопической холецистэктомии с холедохолитотомией зависели от общего состояния больного и сопутствующей патологии, давности заболевания и класса тяжести МЖ, характера поражения, размеров конкремента ОЖП, отсутствия паравезикальных инфильтратов и элементов гепатодуоденальной связки. Проведенное дооперационное УЗИ показало наличие конкрементов в ЖП, их количество и размер, расширение диаметра ОЖП от 1,5 до 2,0

см, с визуализацией в нём конкрементов. У большей части пациентов, также уточнен диаметр пузырного, печеночного протока, особенности вариантов строения внепеченочных желчных путей, что учитывалось при выполнении видеолaparоскопических вмешательств.

На основании выше перечисленных данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, а также наличие сопутствующих патологий были проведены лапароскопическая ХЭ с ЛХЛТ у больных с ХХЛ, осложненной МЖ (рис. 5 А-В).



А

Б

В

**Рисунок 5. - Лапароскопическая холедохолитотомия (А) и дренирование холедоха по способу Керу с наложением интракорпоральных швов (Б-В).**

Показания к проведению миниинвазивной холедохолитотомии – наличие МЖ при поступлении, выявление при УЗИ расширенных внепеченочных желчевыводящих протоков, большие камни ( $\geq 1,5$ см) в желчевыводящих протоках, невозможность введения холедохоскопа в пузырный проток из-за его маленького диаметра, определяемые конкременты при инструментальной пальпации, на интраоперационных холангиограммах или при интраоперационном ультразвуковом исследовании. ОЖП выделяем от брюшины печеночно-двенадцатиперстной связки на протяжении 2-3 см с помощью тупой и острой диссекции, применяя при этом преимущественно электрокоагуляцию. ЛХЛТ производили “L”- образным крючком в среднем на протяжении 1,0—1,5 см в зависимости от размера конкрементов, продольно ниже слияния пузырного протока с желчным, часто в супрадуоденальной зоне. Длина холедохотомического отверстия немного больше диаметра самого большого конкремента, при необходимости она увеличивалась эндоожницами. Незначительное кровотечение из стенки гепатикохоледоха останавливали точечной

---

электрокоагуляцией. Для эвакуации желчи использовали электроотсос. После вскрытия просвета ОЖП проводим инструментальную пальпацию холедоха, оцениваем характер вытекающей желчи и состояние слизистой оболочки гепатикохоледоха. Инструментальную ревизию ОЖП мы начинаем с зондирования. С помощью зажима зонд вначале проводили в проксимальном направлении до правого и левого печеночных протоков, одновременно вводим раствор под напором несколько раз, выделяющийся содержимое тут же эвакуируем электроотсосом. Затем зонд перемещаем в дистальное направление в терминальном отделе ОЖП, тот процедуру повторяли несколько раз. Свободное прохождение зонда через ампулу БДС в просвет ДПК и отсутствие обратного вытекания жидкости говорит об отсутствии препятствия в терминальном отделе ОЖП, широко применяли инструменты, которые используются в традиционной хирургии желчевыводящих путей. Зажим Виноградова вводили через эпигастральный троакарный разрез, в толще круглой связки печени в брюшную полость с целью ревизии и извлечение крупных конкрементов. После извлечения камней из гепатикохоледоха для исключения «забытых» камней проводили контрольную ИОХГ или ХС. ИОХГ проводили у 12 больных через супрадуоденальную холедохотомию с целью оценки адекватности проведенных вмешательств и выбора способа завершения операции. По результатам ИОХГ судили о правильном расположении дренажной трубки в просвет ОЖП, убедившись в отсутствие конкрементов в гепатикохоледохе и полноценный отток желчи в просвет ДПК, проверки герметичности шва вокруг дренажа, а также исключили случайное повреждение желчевыводящих протоков во время операции. Холедохоскопию проводили у 20 больных, оценивали состояние слизистой оболочки желчевыводящих протоков, характер самой желчи, а также исключили наличие оставшихся камней. После проведенной ХС ревизии внутрипеченочного протока устанавливали «Т» - образный дренаж по Керу и ушивали холедохотомическое отверстие атравматической иглой интракорпоральным узловым швом. Вторым этапом после манипуляций на внепеченочных желчных путях и дренировании ОЖП проводим ЛХЭ по общепринятой методике. На последнем этапе ЛХЭ с ЛХЛТ производили заключительную ревизию брюшной полости, санацию, дренирование подпечёночного пространства и дренажные трубки выводили через латеральный троакарный прокол.

При выполнении видеолaparоскопической холецистэктомии, когда возникает необходимость проведения видеолaparоскопической интраоперационной пункционной холангиографии через пузырный проток. с целью подтверждения или

исключения наличия конкрементов в желчевыводящих путях, выяснения состояния терминального отдела ОЖП и для исключения патологий этой области нами разработана видеолапароскопическая интраоперационная пункционная холангиография через пузырный проток, который облегчает проведение манипуляции. С этой целью мы на один конец полихлорвиниловой трубки диаметром 0,7 см подключаем одноразовую иглу предназначенную для спинальной анестезии, кончик которого на расстоянии 0,4 см от его конца вырезаем бормашиной под углом 40 градусов, диаметр иглы составляет 0,2 см. Целью короткого срезания иголки является профилактика повреждения и прокола противоположной стенки ОЖП и других опасных элементов гепатодуоденальной связки в виде воротной вены и печеночной артерии. После выделения пузырного протока в треугольнике Кало накладывали клипсу на проксимальную часть на уровне шейки ЖП. Четко выделяем пузырный проток от шейки ЖП до стенки холедоха. Далее через 10 мм троакар из эпигастральной области данную трубку с вмонтированной иголкой перемещаем в свободную брюшную полость. Свободный конец трубки через 5 мм троакар выводим наружу на переднюю брюшную стенку. На 5 мм выше стенки холедоха производим пункцию передней стенки пузырного протока выше упомянутой иголкой и вводим в нее от 20 до 40 мл контрастного вещества с последующей рентгенографией. Изучение полученных рентгенограмм позволяет выявить наличие конкрементов и других патологических изменений желчевыводящих путей в частности терминального отдела ОЖП. После завершения манипуляции видеолапароскопическая интраоперационная пункционная холангиография через пузырный проток, использованная трубка с иголкой удаляются через троакарный разрез эпигастральной области из брюшной полости. На пузырный проток ниже пункционной точки накладываем две клипсы с целью исключения желчеистечения в послеоперационном периоде.

Дальнейшая хирургическая тактика зависит от выявленной патологии желчевыводящих путей.

Под нашим наблюдением находились 12 пациентов, страдающие ХХЛ, осложненного МЖ, у которых при видеолапароскопическом вмешательстве возникала необходимость проведения интраоперационной холангиографии. Из этой группы больных в шести случаях патологии со стороны желчных путей не выявлено и произведено ЛХЭ. В остальных случаях было выявлено наличие ХДЛ. Им произведены удаление камней и дренирование холедоха. Во всех случаях применение

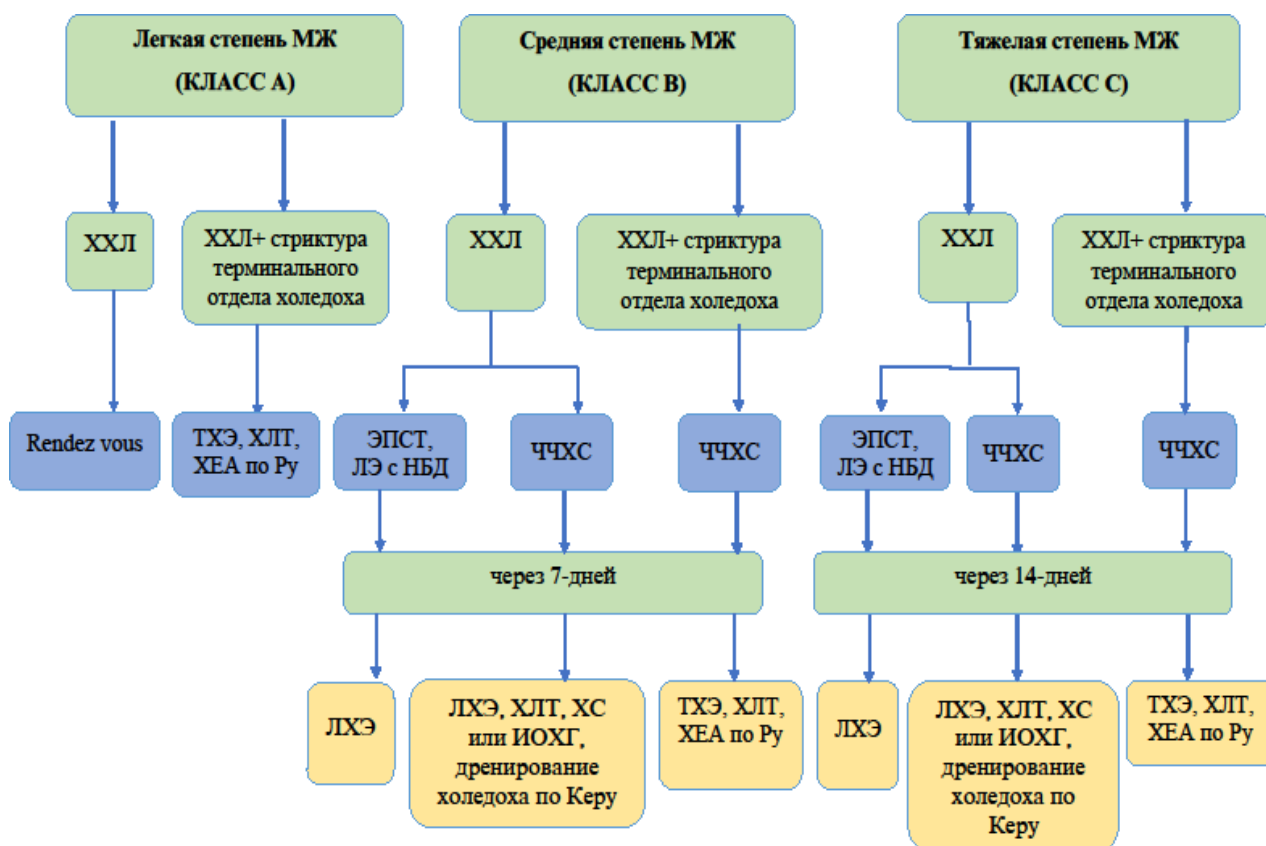
предложенного способа было успешным и осложнений в интра- и послеоперационном периоде не наблюдалось.

У 54 больных контрольной группы выполнено традиционная открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохоскопия, холедохостомия по Робсону (n=29) и холедохостомия по Керу (n=25) с дренированием подпеченочного пространства. В 4 случаях произведена традиционная холецистэктомия открытыми методами, холедохолитотомия, холангиография с формированием ГЕА по Ру (n=2) и ХДА по Юрашу-Виноградову (n=2).

На основании проведенного исследования нами разработан алгоритм одно- и двухэтапного миниинвазивного и традиционного хирургического лечения больных ХХЛ осложненной МЖ (рис. 6).

Суть разработанного алгоритма заключается в том, что чем тяжелее состояние пациента с ХХЛ осложненной МЖ, тем меньше его надо подвергать хирургической агрессии. В связи с чем в стадии диагностики, после тщательного и всестороннего исследования и установления диагноза – ХХЛ и степени тяжести МЖ (класс А, В, С), при легкой степени МЖ (класс А) у больных с ХХЛ предпочтение следует отдавать одноэтапной коррекции больных данной категории, т.е. одномоментная комбинированная лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия сочетанием с эндоскопической транспапиллярной литоэкстракцией (rendez vous). При сочетании ХХЛ со стриктурой терминального отдела холедоха, которая требует внутреннего отведения желчи реконструктивными методами, рекомендуется традиционная открытая ХЭ, ХЛТ, ИОХГ с формированием ГЕА по Ру.

В группе больных с ХХЛ осложненной МЖ средней (класс В) и тяжелой (класс С) степени тяжести МЖ, где выполнение одноэтапных хирургических пособий чревато высоким риском развития послеоперационных осложнений и летальных исходов рекомендуется двухэтапная тактика с применением миниинвазивной технологии, т.е. первый этап – ЭПСТ, ЛЭ с НБД или ЧЧХС и после улучшения состояния больных на втором этапе производится ЛХЭ или ЛХЭ с ХЛТ, ИОХГ с дренированием холедоха по Керу лапароскопическим способом, а при сочетании со стриктурой дистальной части холедоха на первом этапе – ЧЧХС и на втором этапе – традиционная ХЭ, ХЛТ, ИОХГ с формированием ГЕА по Ру.



**Рисунок 6. – Алгоритм поэтапного хирургического лечения больных с ХХЛ осложненной МЖ.**

Необходимо отметить, при лечении больных с ХХЛ осложненной МЖ важное значение имеет анализ непосредственных результатов лечения (табл. 3).

**Таблица 3.**

**Характер послеоперационных осложнений**

Послеоперационные осложнения	Основная группа (n=79)		Контрольная группа (n=58)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Нагноение лапаротомной раны	-	-	4	6,9
Нагноение троакарной раны	3	3,8	-	-

Дислокация дренажа холедоха и наружное желчеистечение	3	3,8	2	3,4
Подкожная эвентрация	-	-	1	1,7
Острый послеоперационный панкреатит	3 3(1)	3,8 (1,3)	2	3,4
Подпеченочный абсцесс	-	-	1	1,7
Панкреанекроз	-	-	1 (1)	1,7 (1,7)
Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость	-	-	2	3,4
Гематома ложа желчного пузыря	-	-	2	3,4
Сердечно-сосудистая недостаточность	1 (1)	1,3 (1,3)	-	-
Послеоперационная пневмония	1	1,3	2	3,4
Печеночно-почечная недостаточность	1	1,3	4 (2)	6,9 (3,4)
Кровотечение из папиллотомного разреза	3	3,8	-	-
Итого	15 (2)	18,9 (2,5)	20 (4)	34,4 (6,9)

**Примечание:** в скобках указано количество летальных исходов

Так, после проведения различных по характеру и объёму как одноэтапных, так и двухэтапных миниинвазивных и традиционных оперативных вмешательств у больных основной группы (n=79) в раннем послеоперационном периоде в 15 (18,9%) наблюдениях развились различные по характеру ранние послеоперационные осложнения, которые в 2 (2,5%) случаях закончились летальным исходом. Среди ранних послеоперационных осложнений у больных основной группы превалировало нагноение послеоперационной троакарной раны в 3 (3,8%) случаях при гангренозной форме холецистита. В 3 (3,8%) случаях на 5-7 сутки после операции произошло дислокация дренажной трубки холедоха, с развитием наружного желчеистечения. У 3 (3,8%) после проведения чреспапиллярных вмешательств отмечалось клиническое

проявление острого послеоперационного (постэндоскопического) панкреатита, который в 2 случаях пролечен комплексным консервативным методом, а в – 1 (1,3%) закончилось летальным исходом. В 3 (3,8%) наблюдениях после чреспапиллярных вмешательств отмечался капиллярный тип кровотечения из папиллотомного разреза, кровотечение остановилось после электрокоагуляции. В 1 (1,3%) в раннем послеоперационном периоде прогрессировало явление сердечено-сосудистой недостаточности, которое закончилось летальным исходом. По 1 (1,3%) случаям также развились послеоперационная пневмония и печеночно-почечная недостаточность, которые коррегированы проведением комплексного консервативного лечения.

Среди больных контрольной группы (n=58), которым были проведены одноэтапные традиционные открытые оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде в целом в 20 (34,4%) наблюдениях развились послеоперационные осложнения, в 4 (6,9%) наблюдениях закончились летальным исходом.

Так, наиболее часто встречаемым осложнением у больных из КГ у 4 (6,9%), больных явилось нагноение послеоперационной раны в пределах подкожно-жировой клетчатки. Наблюдения показали, что основной причиной выше перечисленного осложнения являлась обсемененность брюшной полости микрофлорой, деструктивно измененного ЖП; непосредственный контакт с тканями операционной раны, повышенная травматизация мягких тканей стенки брюшной полости, недостаточный гемостаз, неправильная установка дренажей, из-за чего стало возможным попадание перитонеального экссудата в раневую канал и инфицирование подкожно-жировой клетчатки.

В 2 (3,4%) случаях в раннем послеоперационном этапе при ТХЭ и холедохолитотомии на 4-е сутки после операции развилась ранняя острая спаечная тонкокишечная непроходимость которая потребовало проведения релапаротомии. В 2 (3,4%) случаях также на 7-9-е сутки после операции произошла дислокация дренажной трубки холедоха, с развитием наружного желчеистечения, которое устранилось без какого-либо хирургического вмешательства. У 1 (1,7%) пациента на 5-6 сутки после ТХЭ с холедохолитотомией развилась тотальная подкожная эвентрация. Причину данного осложнения мы связываем с наличием уже имеющихся сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ИБС, пожилой возраст). В 2-х (3,4%) наблюдениях больных данной группы на 4-5 день после оперативного вмешательства имело место клинические проявления острого послеоперационного панкреатита, была назначена соответствующая терапия. У 2-х (3,4%) больных развилась послеоперационная

  
=====

(застойная) пневмония из-за поздней активизации в послеоперационном периоде. В 1 (1,7%) случае имело место развитие подпеченочного абсцесса, который после произведения местно чрескожно-чреспеченочной пункции и дренирования абсцесса под УЗ- контролем, пролечено, без проведения релапаротомии. В 4 (6,9%) наблюдениях имело место развитие печеночно-почечной недостаточности, которые в 2 (3,4%) случаях от прогрессирования последнего закончились летальным исходом.

Таким образом, поэтапное хирургическое лечение больных с ХХЛ осложненной МЖ с применением миниинвазивных технологий и в соответствии разработанной дифференцированной одно- или двухэтапной хирургической тактики с учетом критериев выбора методов миниинвазивного и открытого, лапаротомного лечения больных с ХХЛ осложненной МЖ, позволили снизить ранние послеоперационные осложнения больных основной группы (18,9%) и летальных исходов (2,5%) по сравнению с пациентами контрольной группы, где послеоперационные осложнения имели место в 34,4% и летальные исходы – 6,9%.

#### **Выводы.**

1. Хирургическая тактика при ХХЛ, осложненном МЖ, строго дифференцированная и зависит от степени тяжести МЖ, давности её возникновения, сопутствующих заболеваний, а также общих и местных развившихся осложнений.

2. Для лечения больных ХХЛ осложненной МЖ легкой степени тяжести (класс А) целесообразно применение способа одномоментной комбинированной лапароскопической и эндоскопической гибридной холедохолитотомии (*rendez vous*) с лапароскопической холецистэктомией без предварительной декомпрессии, а при сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха – традиционная, открытая ХЭ, ХЛТ, ИОХГ с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

3. Хирургические вмешательства у больных с ХХЛ, осложненной средней и тяжелой степенью МЖ (класс В и С) должны выполняться в два этапа, при этом на первом этапе должны выполняться миниинвазивные декомпрессионные вмешательства (ЭПСТ с НБД или ЧЧХС) с проведением комплексной интенсивной консервативной терапии.

### Литература.

1. Ибрагимов, Ш.Х. Дифференцированный подход к хирургическому лечению холецистохоледохолитиаза, осложнённого механической желтухой / Ш.Х. Ибрагимов, А.А. Рахимов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2022. – № 6. – С. 45–52.
2. Ахмедов, Р.М. Миниинвазивные технологии в лечении больных с механической желтухой билиарного генеза / Р.М. Ахмедов, Д.К. Ташпулатов // Вестник хирургии. – 2023. – Т. 182, № 3. – С. 78–84.
3. Кадыров, У.Т. Эндоскопические и этапные вмешательства при холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой / У.Т. Кадыров, Б.С. Нурмухамедов // Анналы хирургической гепатологии. – 2021. – Т. 26, № 4. – С. 112–118.
4. Modern strategies for management of choledocholithiasis with obstructive jaundice / J. Smith, R. Patel, L. Wong // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2024. – Vol. 31, № 2. – P. 145–153.

