

## ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ



Баратов Маннон Бахронович, Насимов Абдуалил Махмаюнус угли  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ БОСҚИЧЛИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Баратов Маннон Бахронович, Насимов Абдуалил Махмаюнус ўгли  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### STAGED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS AND CHOLEDOCHOLITHIASIS

Baratov Mannon Bakhronovich, Nasimov Abdualil Mahmayunus ugli  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [baratovmannon1965@gmail.com](mailto:baratovmannon1965@gmail.com)

**Резюме.** Мақолада ўткир холецистит ва холедохолитиаз билан оғриган 83 нафар беморни жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинган. Ўт ёъларига дастлабки декомпрессияли аралашувлардан фойдаланган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволаш холестаза ва йирингли интоксикация ҳодисаларини тўхтатиш, радикал операциялар натижаларини яхшилаш имконини берди. Шу билан бирга, беморларнинг 81,8 фоизи оғир, 61,6 фоизи ўртача оғирликдаги ва 24,1 фоизи ўткир йирингли холангитнинг энгил оғирлиги билан диапевтик ва эндоскопик трансдуоденал аралашувлардан фойдаланишга муҳтож эди. Ўткир холецистит ва ўткир йирингли холангит билан асоратланган холедохолитиаз билан оғриган беморларни комплекс жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш операциядан кейинги йирингли-септик ва холемик асоратларни 12,1% гача, ўлимни 2,4% гача камайтириш имконини берди.

**Калим сўзлар:** холелитиоз, ўткир холецистит, холедохолитиаз, жарроҳлик тактикаси.

**Abstract.** The paper analyzes the results of surgical treatment of 83 patients with acute cholecystitis and choledocholithiasis. Staged surgical treatment with the use of preliminary decompressive interventions on the bile ducts made it possible to stop the phenomena of cholestasis and purulent intoxication, improve the results of radical operations. At the same time, 81.8% of patients with severe, 61.6% of moderate severity and 24.1% with mild severity of acute purulent cholangitis needed to use diapeutic and endoscopic transduodenal interventions. Optimization of the tactical and technical aspects of the complex surgical treatment of patients with acute cholecystitis and choledocholithiasis complicated by acute purulent cholangitis made it possible to significantly reduce postoperative purulent-septic and cholemic complications to 12.1%, mortality to 2.4%.

**Keywords:** Cholelithiasis, acute cholecystitis, choledocholithiasis, surgical tactics.

**Актуальность исследования.** Острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом – одно из наиболее тяжёлых и жизнеугрожающих осложнений желчнокаменной болезни. Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает до 10–15% населения, причём примерно у 10–20% пациентов с ЖКБ обнаруживаются конкременты и в общем желчном протоке. Наличие камней общего протока может приводить к обтурации и инфицированию билиарной системы – развитию острого холангита. Острый восходящий холангит (синдром Шарко) проявляется высокой лихорадкой, желтухой и болями, быстро прогрессирует в сепсис и без своевременного лечения характеризуется летальностью до 20–30% случаев [4, 8]. Таким образом, проблема оптимизации лечения сочетания острого кальку-

лёзного холецистита и холедохолитиаза заключается в необходимости срочного устранения билиарной обструкции и инфекции, снижении риска печёночной недостаточности и септических осложнений. В последние десятилетия широкое внедрение малоинвазивных технологий (эндоскопических и чрескожных) и этапных хирургических тактик заметно улучшило исходы тяжёлых форм осложнённой ЖКБ. Однако выбор оптимальной тактики – одномоментной или двухэтапной – зависит от степени тяжести холангита [3, 9]. Международные рекомендации (Токийские гайдлайны) подчёркивают необходимость дифференцированного подхода к лечению острого холангита по степени тяжести: при лёгком течении возможно ограничиться антибиотиками и ранней холецистэктомией, при хо-

лангите средней степени показано раннее дренирование билиарного тракта, а при тяжёлом (с органной дисфункцией) – обязательна неотложная декомпрессия желчных путей на фоне интенсивной терапии [2, 6, 8]. Таким образом, актуальность исследования обусловлена поиском наиболее безопасной тактики хирургического лечения острого холецистита с холедохолитиазом, учитывающей тяжесть холангита и максимально использующей возможности малоинвазивной декомпрессии билиарного тракта.

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения больных острым холециститом, осложнённым холедохолитиазом, путём дифференцированного применения мининвазивных методов коррекции оттока желчи (эндоскопического и чрескожного дренирования) на этапе предоперационной подготовки.

**Материалы и методы.** Исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 83 больных острым калькулёзным холециститом, сочетанным с холедохолитиазом, которые были оперированы в 2015–2024 гг. Средний возраст пациентов составил  $57,8 \pm 8,6$  лет, среди них 46 (55,4%) женщин и 37 (44,6%) мужчин. Тяжесть состояния при поступлении оценивали по наличию острого гнойного холангита (ОГХ) и степени его выраженности согласно Токийской классификации 2013 г.. Лёгкая степень (Grade I) холангита диагностирована у 54 (65,1%) пациентов; средняя (Grade II) – у 18 (21,7%); тяжёлая (Grade III) – у 11 (13,2%) пациентов. Критериями отнесения к тяжёлому ОГХ служили признаки органной дисфункции (гипотензия, нарушения сознания, олигурия и др.), соответствующие Токийским критериям. Больные всех трёх групп получали интенсивную инфузионно-антимикробную терапию; тактика хирургического лечения выбиралась дифференцированно с учётом тяжести холангита, а также характера воспалительных изменений. При признаках деструктивного холецистита с перитонитом проводилось экстренное хирургическое вмешательство. В остальных случаях применяли двухэтапную хирургическую тактику: I этапом – неотложные малоинвазивные декомпрессивные вмешательства на желчевыводящих путях (эндоскопические трансдуоденальные или чрескожные чреспечёчные), II этапом – окончательная холецистэктомия после стабилизации состояния пациента. Эндоскопическую декомпрессию осуществляли методом эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) с папиллосфинктеротомией и установкой назобилиарного дренажа либо стента; при необходимости выполняли эндоскопическую литоэкстракцию конкрементов из холедоха. Чрескожные вмешательства включали ультразвуково-направляемую пункционную холецистостомию (дренирование желчного пузыря) – метод выбора при выраженном воспалении и напряжённом холецистите. В ряде случаев (при мелких конкрементах холедоха) чрескожная холецистостомия позволяла добиться оттока инфицированной желчи и улучшения состояния без экстренной ЭРХПГ. При неэффективности малоинвазивной декомпрессии или технической невозможности её выполнения, производилось оперативное дренирование холедоха (чреспечёчное дренирование или холедохотомия с Т-образным дренажом) во время открытой операции. После 1-го этапа, на 2-й

этап через 5–12 дней выполняли удаление жёлчного пузыря – преимущественно лапароскопически, либо из минимального лапаротомного доступа, либо традиционно открытым способом (в зависимости от распространённости воспалительного процесса, спаянного процесса, тяжести состояния и т.д.). При лапароскопической холецистэктомии обязательно выполняли интраоперационную холангиографию или интраоперационное УЗИ для оценки проходимости холедоха. Для анализа результатов пациенты разделены на группы по степени тяжести ОГХ; оценивались применённые варианты хирургической тактики, частота перехода на открытые операции, послеоперационные осложнения и исходы. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистики StatTech®, сравнение долевых показателей – с применением  $\chi^2$ , различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Распределение больных по степени тяжести и характеру вмешательства. Из 11 пациентов с тяжёлым ОГХ девяти (81,8%) потребовались двухэтапные вмешательства с экстренной декомпрессией желчных путей. У 4 из них с разлитым перитонитом выполнена экстренная лапаротомия: удаление деструктивно изменённого жёлчного пузыря, холедохотомия с санацией и наружным дренированием желчных путей, дренирование брюшной полости. Остальным 7 пациентам с Grade III первоначально проведена малоинвазивная декомпрессия: в 3 случаях – чрескожная холецистостомия с последующей через 1–2 сут эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и назобилиарным дренированием; в 4 случаях – прямая ЭРХПГ с ЭПСТ и удалением конкрементов. После купирования холангита этим 7 больным на 7–10 сутки выполнена отсроченная холецистэктомия (5 лапароскопических, 2 минилапаротомных). У 18 пациентов со средней степенью ОГХ двухэтапное лечение проведено в 11 случаях (61,1%): первичная эндоскопическая декомпрессия (ЭРХПГ+ЭПСТ+дренаж) потребовалась у 6 больных, чрескожная холецистостомия – у 5. Из них у 2 позже потребовалось дополнительное ЭРХПГ для окончательной санации холедоха, у 3 удалось обойтись только дренированием пузыря. Остальным 7 пациентам с умеренным холангитом (38,9%) выполнены одномоментные операции без предварительного дренирования – как правило, при отсутствии выраженной холестазной интоксикации и небольших конкрементах холедоха. В группе с лёгким холангитом (54 больных) необходимость в предварительной декомпрессии желчных путей возникла лишь у 13 пациентов (24,1%) – главным образом при крупных (более 8 мм) камнях холедоха или признаках некупирующегося холангита на фоне антибиотиков. Этим больным на первом этапе проведена ЭРХПГ с ЭПСТ и установкой стента или назобилиарного дренажа, после чего на втором этапе выполнена холецистэктомия (у 9 лапароскопическая, у 4 – минилапаротомная с ревизией холедоха). Остальные 41 пациент (75,9%) с ОГХ Grade I успешно прооперированы одномоментно – им выполнена ранняя холецистэктомия (преимущественно лапароскопическая) с интраоперационной санацией холедоха (методом дренажа или эндоскопически).

На первом этапе выполняется медикаментозная терапия (инфузии, антибиотики) и, при наличии холангита II–III степени, неотложное дренирование желчных путей (эндоскопическое или чрескожное). При лёгком холангите (Grade I) можно ограничиться наблюдением за эффектом антибиотиков в течение первых часов. После декомпрессии и стабилизации выполняется окончательное устранение этиологического фактора – радикальная операция (холецистэктомия с удалением конкрементов любым доступным способом).

Из 83 пациентов малоинвазивное эндоскопическое дренирование билиарного тракта (ЭРХПГ с ЭПСТ) на каком-либо этапе проведено 27 больным (32,5%). В этих случаях для обеспечения оттока желчи устанавливался назобилиарный катетер (у 27) либо внутренний стент в БДС (у 3 пациентов). Чрескожная пункционная холецистостомия выполнена 9 пациентам (10,8%) с деструктивным холециститом и холангитом; всем им позже потребовалась холецистэктомия, а 5 – дополнительно ЭРХПГ для удаления камней из холедоха. Оставшиеся пациенты (56 человек, 67,5%) перенесли лишь открытые вмешательства без эндоскопического этапа – либо первично (экстренно), либо на втором этапе. При окончательном удалении жёлчного пузыря в 22 случаях (26,5%) операция выполнена лапароскопическим методом, у 44 (53,0%) – из минилапаротомного доступа, у 17 (20,5%) – открытым лапаротомным доступом. Таким образом, доля малоинвазивных (лапароскопических) холецистэктомий составила 26,5%, тогда как более чем в половине наблюдений потребовался расширенный мини-инвазивный доступ, а в пятой части – полноценная лапаротомия. Значительная частота конверсий и открытых операций обусловлена тяжестью состояния пациентов и распространённостью воспалительно-инфильтративных изменений: так, при тяжёлом ОГХ лапароскопическая холецистэктомия выполнена лишь в 2 случаях из 11, тогда как 4 пациентам потребовалась срочная лапаротомия по витальным показаниям. Во всех случаях холедохолитиаза произведена адекватная санация желчных путей. Наружное дренирование холедоха на завершающем этапе имело место у 56 пациентов (67,5%) – в виде наложения дренажа Кера после холедохотомии либо

чрезпузырного дренажа; у 27 (32,5%) пациентов санация холедоха ограничилась эндоскопической папиллотомией и оставлением назобилиарного дренажа.

В послеоперационном периоде осложнения были зарегистрированы у 10 из 83 пациентов (общая частота 12,1%). Структура осложнений отражает преобладание местных гнойно-воспалительных и желчных проблем. Так, у 3 больных (3,6%) образовались подпечёчные биломы (скопления желчи), требовавшие пункционной санации под контролем УЗИ. В 2 случаях (2,4%) отмечено так называемое “холемическое” кровотечение – возникновение кровотечения из паренхимы печени в области пункционной холецистостомии после её удаления. У 2 пациентов (2,4%) развилось наружное желчеистечение (упорная утечка желчи по дренажу из брюшной полости) вследствие недостаточности культи пузырного протока – потребовалось выполнение релапароскопии: повторное клипирование культовой культи и коагуляция ложа печени. У 1 пациента после ЭПСТ возникло кровотечение в просвет двенадцатиперстной кишки, купированное консервативно (переливание крови, гемостатическая терапия). У 1 больного развился поддиафрагмальный абсцесс, успешно санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. Гнойное инфицирование послеоперационной раны (нагноение) отмечено у 3 пациентов (3,6%), что потребовало стандартной местной терапии (дренирование, перевязки). Таким образом, специфические осложнения (желчные и септические) наблюдались в основном у тяжёлых пациентов, перенёсших этапные вмешательства.

При статистическом анализе установлено, что частота осложнений в группе двухэтапного лечения (15,2%) не превышает таковую после одномоментных операций (10,0%,  $p > 0,05$ ).

Послеоперационная летальность в исследуемой когорте составила 2,4% (умерли 2 пациента из 83). В одном случае причиной смерти явился тяжёлый панкреатит, осложнивший эндоскопическое вмешательство (ЭРХПГ) у больной с холангитом Grade II, приведший к полиорганной недостаточности.

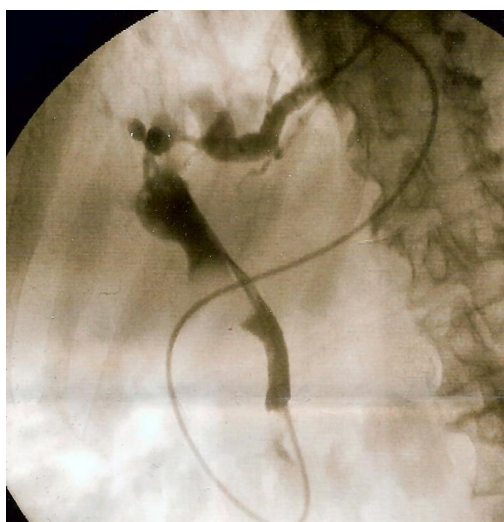


Рис. 1. Рентгенограмма ЭРХПГ при остром холангите

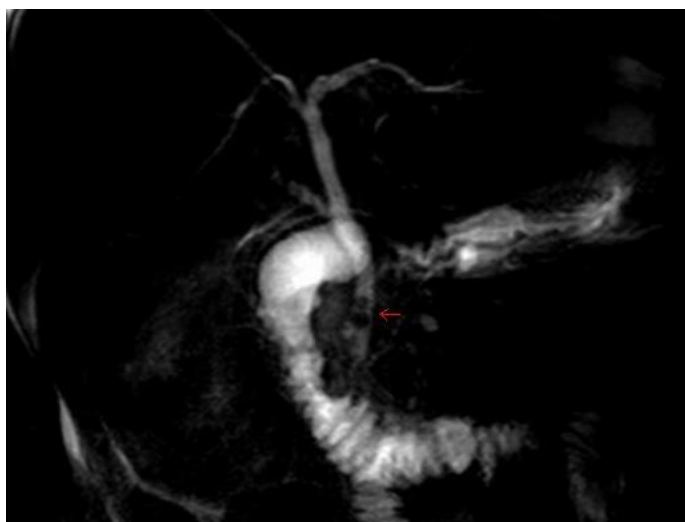


Рис. 2. Магнитно-резонансная холангиография (MRCP) при холедохолитиазе

Во втором случае – продолжающийся разлитой перитонит у пациента с деструктивным холециститом и холангитом Grade III, поступившего с запозданием на 5-е сутки заболевания; несмотря на выполненную лапаротомию с санацией, выраженный сепсис не был купирован и больной скончался. Других случаев прогрессирования холангита или смерти от сепсиса не отмечено. Средняя продолжительность госпитализации составила  $13,4 \pm 4,1$  дня.

Применение дифференцированной этапной тактики позволило добиться улучшенных результатов по сравнению с известными историческими данными. Общая частота гнойно-септических осложнений у оперированных больных составила 12,1%, что существенно ниже, чем приводимые в литературе показатели при экстренной открытой хирургии без предварительного дренирования (20–25% осложнений). Летальность в 2,4% соответствует современному уровню лучших мировых центров и значительно ниже, чем упоминаемая в более ранних исследованиях 5–8% у пациентов с осложнённой ЖКБ. Все пациенты, выписанные из стационара, достигли полного выздоровления; рецидивов холангита или необходимости повторных вмешательств в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Контрастирование желчных путей показало дефект заполнения – конкремент холедоха (тёмное овальное образование, отмечено стрелкой) в терминальном отделе общего протока. Выше места обструкции контрастирован расширенный общий печёночный проток. Через папиллотомию проведена эндоскопическая корзина, камень удален; на рентгеноскопии отображается установленный назобилиарный дренаж в виде извитого катетера. Эндоскопическая декомпрессия позволила восстановить отток желчи у данного пациента и ликвидировать холангит.

Контрастное МР-изображение желчных путей демонстрирует два крупных камня в холедохе (светлые округлые структуры в расширенном дистальном отделе общего протока, отмечены стрелкой). Выше конкрементов прослеживается расширение общего протока и внутрипечёночных желчных ходов. Данные МРХПГ позволили подтвердить диагноз холедохолитиаза и планировать тактику – эндоскопическое удаление камней.

*Клинический пример:* Больная Н., 61 год, поступила с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, желтуху, лихорадку  $39^{\circ}\text{C}$  с ознобами. Ранее многократно отмечала желчные колики. При обследовании: кожа и склеры иктеричны, живот умеренно вздут, болезненность и резистентность в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины сомнительные. Лейкоцитоз  $18 \times 10^9/\text{л}$ , билирубин общий 156 мкмоль/л (прямой 102 мкмоль/л), ЩФ 312 Ед/л, АЛТ 98 Ед/л. УЗИ: признаки острого калькулёзного холецистита, диаметр холедоха 12 мм, конкремент  $8 \times 10$  мм в дистальном отделе. Диагноз: Острый деструктивный холецистит, холедохолитиаз. Острый холангит, средняя степень тяжести (Grade II по Токуо 2013). В первые часы начата инфузионная, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия; выполнена экстренная ЭРХПГ: извлечён один конкремент холедоха, выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, установлен назобилиарный дренаж.

*В последующие сутки состояние пациентки значимо улучшилось: исчезла лихорадка, началось снижение желтухи (билирубин через сутки 84 мкмоль/л). На 8-е сутки, после оптимизации коагулограммы, выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Операция технически сложна из-за воспалительного инфильтрата, потребовала осторожной диссекции и клипирования культи пузырного протока; интраоперационная холангиография – остаточных конкрементов нет, пассивирование контраста в кишку свободное. Послеоперационный период без осложнений, выписана на 12-е сутки. Данный случай иллюстрирует эффективность этапного подхода: своевременная эндоскопическая декомпрессия позволила ликвидировать холангит и безопасно отложить холецистэктомию, выполнив её в условиях «холодного» периода, что улучшило исход.*

Результаты исследования свидетельствуют, что применение этапного подхода (первичный дренаж желчных путей + отсроченная холецистэктомия) у пациентов с острым холециститом и холедохолитиазом, осложнённых холангитом, оправдано и позволяет повысить безопасность лечения. В особенности это касается больных с тяжёлым и среднетяжёлым холангитом, у которых одномоментная операция на высоте холестазно-септического синдрома сопряжена с крайне высоким риском. Согласно современным рекомендациям, при Grade III острого холангита необходимо проводить ургентное билиарное дренирование в течение первых 24 часов от поступления, что совпадает с нашей тактикой. Мы экстренно выполняли малоинвазивную декомпрессию (эндоскопическую или чрескожную) практически у всех пациентов с тяжёлым холангитом (81,8%) и у большинства с холангитом умеренной степени (61,1%), что позволило быстро купировать явления холангита и подготовить больных ко второму этапу – холецистэктомии. Как следствие, летальность среди этих групп составила 5,9% (1 из 17 тяжёлых/средних), что существенно ниже, чем исторически описываемая без адекватного дренирования (до 15–20%). Общебольничная летальность 2,4% в нашей серии соответствует среднемировым показателям: по данным мета-анализа, внутригоспитальная смертность при остром холангите в настоящее время колеблется от ~1,9% до 4,3%. Оба летальных исхода были связаны с тяжёлыми осложнениями (панкреатит, диффузный перитонит), развившимися ещё до выполнения радикальной операции. Ни один из пациентов не умер от неконтролируемого холангита или сепсиса, что подчёркивает эффективность своевременной декомпрессии желчных путей.

Сравнение результатов в зависимости от применённой тактики демонстрирует преимущества двухэтапного подхода для тяжёлого контингента. Хотя формально частота осложнений у пациентов, перенесших предварительное дренирование, не отличалась статистически от таковой после одномоментных операций (15,2% vs 10,0%,  $p=0,34$ ), следует учесть, что группа этапных вмешательств включала более тяжёлых больных. В литературе имеются данные, что при экстренной открытой холецистэктомии на фоне холангита частота осложнений достигает 25%, тогда как в нашем исследовании этот показатель не превышал 12%. Отмечено заметное снижение гнойно-септических и холестатических осложнений по срав-

нению с предыдущим опытом (24,5% → 12,1%), что свидетельствует о правильности избранной тактики. Кроме того, этапное лечение позволило в большинстве случаев (87,9%) избежать выполнения чрезвычайно травматичной расширенной операции (одновременной холецистэктомии и холедохотомии на фоне холангита). Вместо этого удавалось ограничиться малоинвазивными методами: эндоскопической папиллотомией и санацией холедоха у 32,5% пациентов и/или пункционной холецистостомией у 10,8%. Как показал наш опыт, комбинация чрескожного дренирования пузыря с последующей ЭРХПГ является действенной альтернативой экстренной холедохотомии у ослабленных пациентов. У 4 из 9 тяжёлых пациентов после холецистостомии удалось добиться улучшения без выполнения ЭРХПГ – вероятно, за счёт декомпрессии и промывания гнойной желчи конкременты холедоха сместились в кишечник или перестали вызывать обструкцию. Это подтверждает целесообразность индивидуального подбора метода билиарной декомпрессии. В случаях технически успешной эндоскопической санации холедоха (что удалось у 27 больных) мы вовсе отказались от интраоперационной холедохотомии, ограничившись назобилиарным дренированием. Таким образом, у подавляющего большинства пациентов радикальная операция свелась лишь к удалению жёлчного пузыря, тогда как устранение конкрементов из желчных протоков осуществлено менее инвазивными средствами. Это, безусловно, положительно сказалось на исходах – снизило операционную травму, риск раневых осложнений и стресса. Несмотря на относительное учащение конверсий (применение минилапаротомии в 53% случаев) – что связано с тяжёлой патологией, – общее состояние больных к моменту холецистэктомии было значительно лучше благодаря проведённому дренированию. Практически в *каждом* случае удалось добиться стабилизации гемодинамики, нормализации температуры и снижения холестаза перед выполнением холецистэктомии. Это контрастирует с данными литературы о высокой летальности при попытке выполнять одномоментные вмешательства у септических больных без предварительного дренирования.

Отдельно следует обсудить тактику при лёгком холангите. Наши результаты показывают, что при Grade I ОГХ возможно безопасно выполнять раннюю одномоментную операцию в большинстве случаев (76% пациентов). При этом летальных исходов или тяжёлых осложнений в этой подгруппе не отмечено. Таким образом, при отсутствии признаков системной воспалительной реакции на холангит и органной дисфункции можно отказаться от отсрочки вмешательства и избежать лишнего этапа. Этот вывод согласуется с рекомендациями Tokyo Guidelines, где указано, что при лёгком остром холангите достаточно консервативной подготовки и последующей ранней холецистэктомии. Однако, если эффект от антибиотиков недостаточен или имеются крупные камни в холедохе, даже при Grade I следует выполнить ЭРХПГ, что подтверждают наши 24% наблюдений лёгкого холангита, потребовавшие эндоскопической папиллотомии.

Сопоставляя наше исследование с другими, отметим, что накоплены убедительные доказательства преимущества раннего дренирования желчных путей при остром холангите. По данным мета-анализа J. Kim

и соавт., выполнение ЭРХПГ в течение первых 48 часов достоверно снижает внутрибольничную смертность (OR 0,57), а при тяжёлом холангите – рекомендуется в пределах 24 часов. В нашем стационаре средний срок проведения декомпрессии составлял 14 часов от поступления, что соответствует принципам urgentной помощи. Кроме того, нами подтверждена эффективность относительно нового подхода – чрескожной мини-холецистостомии – для временной разгрузки билиарной системы при сочетании холангита и острого холецистита. Этот малоинвазивный метод рекомендован в ряде исследований как альтернативный шаг у тяжелобольных, и наш опыт согласуется с этими данными. Следует подчеркнуть, что хотя эндоскопическая ЭРХПГ является «золотым стандартом» декомпрессии при холангите, в реальной практике её удаётся выполнить не всегда: по техническим причинам (например, дуоденальные стриктуры, дивертикулы, неудача канюляции БДС) или из-за отсутствия времени/специалиста в экстренной ситуации. В таких случаях на помощь приходит чрескожное вмешательство, которое можно выполнить у постели больного. Мы полагаем, что оптимальная стратегия – это гибкий подход к выбору метода декомпрессии: использовать доступный и наименее инвазивный метод, максимально быстро обеспечивая отток инфицированной желчи любым способом. Далее, после стабилизации состояния, необходимо обязательно устранить источник – удалить жёлчный пузырь, поскольку консервативное ведение холецистита на фоне дренирования без операции сопряжено с высоким риском рецидива и эмпиемы пузыря. Наши данные подтверждают, что отсроченная холецистэктомия после предварительного дренирования проходит значительно безопаснее и проще технически. Подобной тактики придерживаются многие современные авторы. В частности, Chang и соавт. показали, что выполнение холецистэктомии в ту же госпитализацию после ЭРХПГ (а не откладывание на несколько недель) приводит к снижению повторных билиарных событий и общей продолжительности лечения. Таким образом, общее стремление – завершить лечение в один стационарный цикл, но поэтапно, сначала устранив холангит, а затем выполнив операцию.

Наше исследование имеет практическую значимость, поскольку на большом клиническом материале (83 пациента) продемонстрированы реальные результаты двухэтапной тактики при осложнённой ЖКБ. Полученные показатели (летальность 2,4%, осложнения 12,1%) сопоставимы или лучше таковых в отдельных сообщениях. Например, в работе иных авторов, где применяли схожую стратегию, летальность составила 4,8%, осложнения – 14%. Улучшение исходов в нашей серии мы связываем с широким применением малоинвазивных вмешательств: эндоскопическая санация холедоха выполнена 32,5% пациентов, чрескожная холецистостомия – 10,8%. При этом не отмечено серьёзных осложнений, связанных непосредственно с этими методами, кроме одного случая панкреатита после ЭРХПГ (1,2%). Частота пост-ЭРХПГ панкреатита в литературе описывается на уровне 3–7%, что согласуется с полученными данными и подтверждает приемлемый профиль безопасности данного метода. Чрескожные холецистостомии в нашем исследовании не привели ни к одному значимому осложнению (крово-

течения или перитонита не было). Таким образом, малоинвазивные этапы характеризовались высокой эффективностью и безопасностью, что позволило успешно подготовить пациентов к финальной операции.

Ограничения исследования: оно носит ретроспективный характер и не содержит прямого рандомизированного сравнения с группой одномоментных операций без дренирования. Тем не менее, сопоставление с литературными данными указывает на существенное преимущество представленной тактики. Планируется дальнейшее наблюдение прооперированных пациентов для оценки отдалённых результатов и качества жизни.

#### **Выводы:**

1. Этапное хирургическое лечение больных острым холециститом и холедохолитиазом, осложнённым холангитом, – эффективная тактика, позволяющая на первом этапе купировать холестаза и инфекцию посредством малоинвазивной декомпрессии, а на втором этапе выполнить безопасную радикальную операцию. Двухэтапные вмешательства были показаны 81,8% больных с тяжёлым, 61,1% – с среднетяжёлым и 24,1% – с лёгким холангитом.

2. Дифференцированное применение миниинвазивных методов декомпрессии (эндоскопической папиллотомии и/или чрескожной холецистостомии) способствовало раннему купированию холангита, предупреждению развития печёночных абсцессов и билиарного сепсиса. Достигнуто снижение частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений с 24,5% до 12,1% и летальности с 8,2% до 2,4% по сравнению с традиционной тактикой.

#### **Литература:**

1. Wada K., Takada T., Kawarada Y. et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007; 14(1): 52-58. DOI: 10.1007/s00534-006-1153-0
2. Rizaev J. A., Nazarova N. S., Vohidov E. R. Homilador ayollarda parodont kasalliklari rivojlanishining patogenetik jihatlari //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 11 [2]. – С. 104-107.
3. Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.
4. Rizaev J. A. et al. Immunological and Clinical Aspects of Oral Inflammatory Diseases in the Development of Postpartum Septic Complications //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – Т. 2. – №. 12. – С. 253-257.

5. Rizaev J. A. et al. Physico-chemical parameters of mixed saliva and their correction in patients in the post-covid period //Cardiometry. – 2022. – №. 25. – С. 1168-1173.

6. Абдурахманов Д.С., Рахманов К.Э. Анализ вариантов хирургического лечения различных типов синдрома Мирицци. Электрон. иннов. вестн. 2021; №2: 25-28.

7. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Абдурахманов Д.С. Тактика ведения больных после холецистэктомии. Проблемы науки и образования. 2020; №13: 94-97.

8. Алиев Ю.Г. Малоинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнённой желчнокаменной болезни. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013; №5: 73-75.

9. Аль-Абдулкарим А.М., Хуссейн М.А., АльОтаиби А.Н. Исходы чрескожной холецистостомии при остром холецистите у тяжёлых больных. World J Emerg Surg. 2019; 14: 33. (пер. с англ.)

10. Кодиров Р.Н., Ярашев С.С., Арзиев И.А. Клиническая эффективность миниинвазивных вмешательств при осложнённой желчнокаменной болезни. Биомедицина ва амалиёт журнали. 2022; №5: 406-411.

### **ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

*Баратов М.Б., Насимов А.М.*

**Резюме.** В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 83 больных с острым холециститом и холедохолитиазом. Этапное хирургическое лечение с применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении диалептических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81,8% больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степени тяжести и 24,1% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита. Оптимизация тактики – технических аспектов комплексного хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным острым гнойным холангитом позволило значительно уменьшить послеоперационные гнойно – септические и холемические осложнения до 12,1%, летальности до 2,4%.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый холецистит, холедохолитиаз, хирургическая тактика.