

УДК: 616.366-089.85.612.357

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ



Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Абдуллажанов Бахром Рустамжанович, Эгамбердиев Бобир Алишерович, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Усмонов Умиджон Донакузиевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли  
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРО ОҚИШИ МУАММОСИНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ

Ботиров Акрамжон Қодиралиевич, Абдуллажанов Бахром Рустамжанович, Эгамбердиев Бобир Алишерович, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Усмонов Умиджон Донакузиевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон ўғли  
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

## EPIDEMIOLOGY, CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND POSTOPERATIVE BILLELEAGING

Botirov Akramjon Kodiralievich, Abdullazhanov Bakhrom Rustamzhanovich, Egamberdiev Bobir Alisherovich, Otakuziev Akhmadillo Zokirovich, Usmonov Umidjon Donakuzievich, Botirov Jahongir Akramjon ugli  
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)

**Резюме.** Дунёда ҳар йили ўт тоши бўйича 2,5 миллиондан ортиқ жарроҳлик ишлари амалга оширилади, бу операциядан кейинги ўлимнинг 0,9 дан 14,6% гача юқори даражаси билан бирга келади, бу нарса асосан семиз одамлар орасида юз беради [14; 29]. 0,53-6,3% оралигида бўлган операциядан кейинги сафро оқиши муаммоси, беморларнинг 17-48 фоизига кеч таъхис ва кечиктирилган такрорий жарроҳлик аралашуви туфайли жуда долзарб бўлиб қолди. Кўп мартали релапаротомия билан ўлим даражаси 20,9-37,2% гача ошади. [12;16;18;38]. Муаллифларнинг хулосасига кўра, қилинган кўп наирларда ўткир тошли холецистит учун сафро оқишини жарроҳлик йўли билан даволаш фақат асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини ўз ичига олади, аммо уларни тузатиш усуллари батафсил таҳлили таъминламайди. Шунингдек, видеоэндоскопик тузатиш усулларига тегишли эътибор берилмаган, техника ва жарроҳлик тактикаси масалалари тўлиқ ўрганилмаган, бу эса яна кейинги тадқиқотларни талаб қилади.

**Калим сўзлар:** холелитияз ўт тоши касаллиги; ўткир холецистит; сафро оқиши; холецистектомия; ўт нуфағи; лапароскопик холецистектомия; семизлик.

**Abstract.** More than 2.5 million surgical interventions for cholelithiasis are performed annually in the world, which is accompanied by high postoperative mortality - 0.9 to 14.6%, among which are predominantly obese people [14; 29]. The problem of postoperative bile leakage, which ranges from 0.53-6.3%, has become extremely relevant, due to late diagnosis and delayed re-surgical intervention in 17-48% of patients. Mortality with multiple relaparotomy increases to 20.9-37.2% [12;16;18;38]. The authors conclude that the surgical treatment of bile leakage for ACC in most publications contains only a statement of complications and mortality, but does not provide a detailed analysis of the methods for their correction. Also, due attention has not been paid to video endoscopic methods of correction, and the issues of technique and surgical tactics have not been fully studied, which requires further research.

**Key words:** cholelithiasis; acute cholecystitis; bile leakage; cholecystectomy; gallbladder; laparoscopic cholecystectomy; obesity.

В настоящее время желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения планеты [21]. У каждого четвертого жителя планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются камни в

желчном пузыре, а после 70 лет – у каждого третьего [26].

По данным ВОЗ на сегодняшний день, ЖКБ среди различных заболеваний желчевыводящей

системы занимает 50-65% [39]. Так, в США ЖКБ страдают около 20 млн. человек, а в России, около 15 млн [20;36]. Данным заболеванием женщины страдают в 4 раза чаще мужчин. При этом, число больных увеличивается вдвое каждые 10 лет, что связано с изменениями условий жизни, рациона питания, улучшением диагностики (в частности УЗИ), растущей популярности медицинского обслуживания и других факторов [20].

ЖКБ занимает третье место в общей структуре заболеваний после сердечно сосудистых заболеваний и сахарного диабета [20]. Среди пациентов с urgentными абдоминальными заболеваниями ОХ занимает второе место (24,4%) после острого аппендицита (26,4%), а операции на желчном пузыре - холецистэктомии (ХЭ) – среди urgentных вмешательств составляют 25,3% (при аппендэктомии - 42,5%) [24].

Примерно в 90% наблюдений ОХ развивается на фоне ЖКБ, а в 10% – при отсутствии камней в желчном пузыре (ЖП). Как следствие, растет и число операций по поводу ЖКБ и ее осложнений [33]. Сегодня эти показатели находятся на отметке около 2,5 млн в год и намного превышают число всех других абдоминальных вмешательств [14;17].

В недавнем прошлом летальность при хирургическом лечении ОХ достигала 4-6%, а в старших возрастных группах - 10-26% [16]. На сегодня, летальность после ХЭ колеблется в пределах от 0,45 до 6% в зависимости от сложности холецистита [34]. По данным мировой литературы, ОХ даёт сопровождается высокой послеоперационной летальностью - 0,9 до 14,6%, которая у больных старше 60 лет достигает 20-23%, среди которых преимущественно лица с ожирением [29].

По некоторым данным хирургическая активность при ОХ достигает до 62,7%, при снижении послеоперационной летальности до 1,2% [23]. В настоящее время «золотым» стандартом в лечении ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [36]. В экономически развитых странах удельный вес ЛХЭ в общей структуре ХЭ составляет 85-95% [30]. Тем не менее, в лечении ОХ остается много нерешенных проблем [16].

Камни ЖП у 20% симптомных пациентов проявляются клинической картиной острого калькулезного холецистита (ОКХ). По данным третьего Национального исследования состояния здоровья и питания населения, 6,3 млн мужчин и 14,2 млн женщин в возрасте от 20 до 74 лет в США имели заболевания, сопровождающиеся холецистолитиазом. Среди пациентов с ОКХ, выписанных домой без операции, рецидив симптомов проявляется желчной коликой в 70% случаев, в то время как обструкция желчевыводящих пу-

тей возникает у 24% из них, а панкреатит - в 6% случаев [34].

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке ЖП является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст. Как правило (90-95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи из ЖП и воспалительного экссудата в результате обтурации камнем, комочком слизи, желчным сладжем и др. [20].

Тревожным является факт рост числа больных с ЖКБ на фоне ожирения. Так, по данным (ВОЗ), избыточную массу тела к концу XX века имели около 30% жителей нашей планеты, т.е. около 1,7 млрд. человек. В связи с неуклонным ростом числа больных с избыточным весом среди взрослого населения, ВОЗ признала ожирение новой хронической неинфекционной «эпидемией», которая создает растущую проблему для здоровья последующего поколения [22].

Высокая частота летальности после экстренных операций по поводу ОХ, наряду с другими факторами, связано с недостаточным вниманием вопросам ожирения. Так как ожирение является основной причиной ряда серьезных терапевтических заболеваний и связанную с этим, летальности [8].

Несмотря на широкое распространение мининвазивных способов ХЭ, частота послеоперационных осложнений остается стабильной и составляет 1,5-16,8% [12]. В связи с этим, проблема осложнений послеоперационного периода получила новый виток актуальности [6;31].

В настоящее время частота желчеистечения в структуре послеоперационных осложнений диагностируется в 0,53-6,3% случаев. После ХЭ желчеистечением считается выделение по дренажу более 20 мл желчи в течении суток, на протяжении дней. Незначительное желчевыделение (менее 20 мл), которое прекращается на 2-3 сутки, к анализируемому осложнению не относится [18;38]. Этот показатель увеличивается при использовании лапароскопической техники для удаления ЖП, а также в случаях конверсии, когда возникают трудности и осложнения во время хирургического вмешательства [12;18]. После открытой ХЭ утечка желчи наблюдается в 5-15% случаев, после ХЭ из мини-доступа, в 3,6%, после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), в 2-5% случаев [27].

Быстров С.А. и Жуков Б.Н. [6] для диагностики послеоперационного желчеистечения учитывали суточное выделение желчи по дренажу, а также данные УЗИ. Morgenstern L. C. et al. [35] выделили 3 степени послеоперационного желчеистечения. Причины развития послеоперационного желчеистечения многообразны [15]. При этом, его причинами являются несостоятельность культи

пузырного протока, ходы Люшка, выпадение дренажа из общего желчного протока или же их ятрогенные повреждения [7].

Курбаниязов З.Б. с соавт. [13] отмечают, что после ТХЭ желчеистечение наблюдается в 1,7 и 1,2 раза чаще, чем после МХЭ и ЛХЭ соответственно.

Байжаркинова А.Б. [4] отмечает, что внедрение в клиническую практику ЛХЭ привело к увеличению числа осложнений. Но по мере накопления опыта количество осложнений заметно уменьшается, однако, к сожалению, полностью их избежать не удается.

Давлатов С.С. с соавт. [7] проанализированы результаты хирургического лечения 2268 пациентов, перенесших ХЭ в период 2010-2019 гг. Различные осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 5,8% пациентов. Авторы пришли к заключению, что при желчеистечении 2–3 степени показано повторное вмешательство.

Использование ЭРХПГ является ведущим методом диагностики желчеистечения, которая позволяет выработать рациональную хирургическую тактику. При его безуспешности, показаны лапароскопия (лапаротомия) и устранение источника желчеистечения [7].

В Америке и Англии до 50% хирургов за свою профессиональную карьеру отмечают от 1 до 2 случаев повреждений внепеченочных желчных протоков при выполнении ХЭ [32]. Несмотря на большое количество публикаций, общепринятая тактика лечения отсутствует, а отдаленные результаты остаются не всегда удовлетворительными [37]. Наличие страховочного дренажа в подпеченочном пространстве способствует ранней диагностике и профилактике билиарного перитонита [9].

Курбаниязов З.Б. с соавт. [13] у больных с желчеистечением после ХЭ значительно улучшили результаты лечения, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, летальность не наблюдалась.

Ряд хирургов наиболее частым источником желчеистечения считают добавочные печеночно-пузырные протоки ложа ЖП, несостоятельная культя пузырного протока и повреждение магистральных ЖПр [10].

Запоздалая диагностика внутрибрюшных послеоперационных осложнений связана со стертой клинической симптоматикой, что часто является поводом для проведения консервативной терапии и неоправданной потере времени [16].

Арзиев И.А. с соавт. [1] отмечают, что оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных желчным перитонитом с использованием пункционных методов, лапароскопии и трансдуоденальных эндоскопиче-

ских вмешательств позволило снизить частоту послеоперационных осложнений до 16,3% и летальность – до 4,1% (в группе сравнения -33,3% и 6,1%, соответственно).

Хворостов Е.Д. с соавт. [28] сообщают, что консервативная терапия, малоинвазивные эндоскопические, пункционные под контролем ультрасонографии методы и релапароскопия были эффективными у 52 (86,7%) больных.

Сингаевский А.Б. с соавт. [25] отмечают, что несмотря на прогресс и успехи современной хирургии, послеоперационный перитонит в 41,7-78,3% случаев вызывает сепсис и способствует повышению летальности до 60% и более. Вследствие, 16-25% пациентам выполняют «запоздалые» реоперации, а 0,6-17% пациентам «напрасные» реоперации. Летальность при этом достигает 29-64%.

Насимов А.М. с соавт. [19] совершенствованием лечебно - диагностической тактики авторы добились снижения частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде до 8,1%, летальность не наблюдалась (в группе сравнения - 17,8%, летальность - 3,6%).

Ранние осложнения после операций на ЖПр в большинстве наблюдений возникают у лиц трудоспособного возраста, способствуя их длительной инвалидизации [2]. При этом, нарушения гомеостаза настолько велико, что в большинстве наблюдений они являются факторами, определяющими исход заболевания [3].

Несмотря на прогресс и успехи современной хирургии, 16–25% пациентам выполняют «запоздалые» реоперации, а 0,6–17% пациентам «напрасные» реоперации. При этом, летальность достигает 29–64% [12]. В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов, способствующих раннему распознаванию послеоперационного желчеистечения, а также принятия своевременных лечебных мероприятий, заслуживают самого пристального внимания. Резервом улучшения хирургического лечения послеоперационных осложнений является лапароскопия [5;27].

Важно заострить внимание на то обстоятельство, что поздняя диагностика и запоздалое повторное хирургическое вмешательство отмечаются у 17-48% пациентов. Летальность при многократных релапаротомиях возрастает до 20,9-37,2%. Количество нераспознанных интраабдоминальных послеоперационных осложнений достигает 17,8-29,7%, а в 0,6-17% наблюдений релапаротомии выполняются необоснованно [12;16]. Однако, во многих случаях можно выполнить релапароскопию, которая по своим возможностям не уступает лапаротомии [7;9;28].

Таким образом, хирургическое лечение желчеистечения по поводу ОКХ в большинство публикаций содержит лишь констатацию осложнений и летальности, но не дает подробного анализа методов их коррекции. Также не уделено должного внимания видеоэндоскопическим методам коррекции, а также не до конца изучены вопросы техники и хирургической тактики, что требует проведения дальнейших исследований.

#### Литература:

1. Арзиев И.А. Хирургическое лечение желчного перитонита как осложнение острого деструктивного холецистита //Журнал проблемы биологии и медицины. -2022. Т.7. -№5.
2. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З. и др. Программная релапаротомия при перитоните //Хирургия. -2000. -№8. -С. 20-23.
3. Бажанов Е.А. Компьютерная томография в диагностике абсцессов брюшной полости //Тез. докл. XI Всесоюз. съезда рентгенологов и радиологов. -Таллин, 1984. -С. 98-99.
4. Байжаркинова А.Б. Хирургические аспекты осложнений при ЛХЭ и ТХЭ //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 12-1. – С. 86-89.
5. Бокиев Ф.Б., Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш. Наш опыт 4360 лапароскопических холецистэктомий при желчнокаменной болезни //Вестник Авиценны. 2020. -Т.22. №4. –с.572-578.
6. Быстров С.А., Жуков Б.Н. //Хирургическая тактика при желчеистечении после миниинвазивной холецистэктомии //Медицинский альманах. 2012. -№1-С.90-93.
7. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Тактика ведения больных желчеистечением после холецистэктомии //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97).
8. Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» //Ожирение и метаболизм. -2021. -Т. 18. -№1. -С. 5-99.
9. Красильников Д.М., Миргасимова Д.М, Абдульянов А.В. и др. //Осложнения при лапароскопической холецистэктомии //Практическая медицина. 2016.-№4. -С.110-113.
11. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений //Хирургия. 2003. № 8. С. 19-23.
12. Кузин Н.М, Дадвани С.С., Ветшев П.С. и др. //Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов //Хирургия. -2006. -Т.2. -С.25-27.
13. Куликовский В.Ф., Ярош А.Л., Карпачев А.А. и др. Желчеистечение после холецистэктомии. опыт применения малоинвазивных методов лечения //Журнал Хирургия им. Н.И. Пирогова. -2018. -№4. –С.36-40.
14. Курбаниязов ЗБ, Арзиев ИА, Баратов МБ, Аскараров ПА, Давлатов СС. Послеоперационное желчеистечение и желчный перитонит в хирургическом лечении желчнокаменной болезни //Проблемы биологии и медицины, 2022. №2. – с.60-64.
15. Курбонов К.М., Даминова Н.М., Махмадов Ф.И. Диагностика и лечение послеоперационного желчеистечения. Анналы хирургической гепатологии. 2015; 20(4):90-94.
16. Лебедев Н.В., Попов В.С., Климов А.Е., Сванадзе Г.Т. Сравнительная оценка систем прогноза исхода вторичного перитонита //Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова 2021, No2 с. 27-31. DOI:10.17116/hirurgia 202102127. (Scopus).
17. Луцевич О.Э. Острый холецистит: Камо грядяши? Опыт 13000 операций одной клиники. МХЖ. -2021. 2 (76). –С.18-26.
18. Мишалов В.Г., Бондарев Р.В., Кондакова Е.Ю. и др. Особенности хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у больных с ожирением и птозом передней брюшной стенки после ранее перенесенных операций на органах верхнего этажа брюшной полости. Хирургия Украины. -2016. №4. С.24-29.
19. Назыров Ф. Г. и др. Повреждение aberrантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии //Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 5. –С. 11 –15.
20. Насимов А.М., Курбаниязов З.Б., Сулаймонов С.У. Тактико-технические аспекты хирургической коррекции повреждений желчных протоков после холецистэктомии //Сунги таддикотлар назарияси. 2021. С. 209-217.
21. Натрошвили А.Г., Шулуток А.М., Байчоров Э.Х. и др. Дооперационная диагностика холедохолитиаза: возможность и перспективы //Мед. Вестник северного Кавказа. -2021. -т.16. -№1. – с.1-5.
22. Никитин И.Г., Волнухин А.В. Желчнокаменная болезнь: Эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенеза и коморбидности, актуальные терапевтические мишени //РМЖ. «Медицинские обозрения» 2020., №5, С. 290-296.
23. Ожирение принимает масштабы эпидемии: ВОЗ советует Европе жёсткую «диету». <https://eodaily.com/ru/news/2022/05/03/ozhirenie-prinimaet-masshtaby-epidemii-voz-sovetuet-evrope-zhestkuyu-dietu>.
24. Ревитшвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Захарова М.А., и др. Хирургическая помощь в Российской Федерации. -М., 2020. -132 с.
25. Ревитшвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019; (3): 88-97.

26. Сингаевский А.Б., Луговой А.Л., Ярцева Е.А., Гребцов Ю.В., Агишев И.А. Эндовидеохирургические санации брюшной полости при перитоните: технические и тактические аспекты. Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. 2019;14(4):90-95.

27. Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Дягтерев О.Л. и др. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита // Ростов-на-Дону, 2017.

28. Хаджибаев А. М. и др. Роль эндобилиарных вмешательств в лечении желчеистечений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – № 6.

29. Хворостов Е.Д., Гринёв Р.Н., Бычков С.А., Цивенко А.И., Шевченко Е.В. Стандартизация подходов к применению малоинвазивных методов в лечении желчеистечения после лапароскопических холецистэктомий // Актуальные проблемы медицины. -2018. –Выпуск 1. –с.12-15.

30. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни. Архив внутренней медицины. -2016. Т.6, №1 (27). С.34-39.

31. Agarwal N. Endoscopic management of postoperative bileleaks // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. - 2006. -Vol.5. -№2. -P.273-277.

32. Angel-Mercado M., Chan C., Orozco H. Et al. Bile duct injuries related to misplacement of "T tubes" // Ann-Hepatol. 2006 Jan-Mar; 5(1): 44-8.

33. Connor S, Garden OJ. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy. British Journal of Surgery. 2006; 93:158-168.

34. Csikesz N., Ricciardi R., Tseng JF, Shah SA. Current status of surgical management of acute cholecystitis in the United States. World J Surg. 2008 Oct; 32(10): 2230-2236.

35. de Mestral C., Rotstein O.D., Laupacis A. et al. Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis // Ann. Surg. – 2014. – P.259.

36. Morgenstern L., Berci G., Pasternac E.N. Bile leakage after biliary tract surgery // Surg. Endosc. 1993. - N.7 - P.432-438.

37. Ravindra N., Tejaswini V.U., Prasad S. Et al. Predicting difficult laparoscopic cholecystectomy based

on clinicoradiological assessment // Journal of Clinical and Diagnostic Research. – 2015. – P.9-12.

38. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. Korean J Intern Med. 2017; 32:79-84.

39. Veerank N., Togale M.D. Validation of a scoring system to predict difficult laparoscopic cholecystectomy: a one-year cross-sectional study // J. West Afr. Coll Surg. – 2018. – №8(1). – P. 23-39.

40. World Population Review (англ.). worldpopulationreview.com. // Дата обращения: 1 ноября 2019. Архивировано 1 ноября 2019 года.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ**

*Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Эгамбердиев Б.А., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Ботиров Ж.А.*

**Резюме.** Ежегодно в мире выполняется более 2,5 млн оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни, которая сопровождается высокой послеоперационной летальностью - 0,9 до 14,6%, среди которых преимущественно лица с ожирением [14; 29]. Чрезвычайную актуальность приобрела проблема послеоперационного желчеистечения, которая колеблется в пределах 0,53-6,3%, что обусловлено поздней диагностикой и запоздалым повторным хирургическим вмешательством у 17-48% пациентов. Летальность при многократных релапаротомиях возрастает до 20,9-37,2% [12;16;18;38]. Авторы заключают, что хирургическое лечение желчеистечения по поводу ОКХ в большинстве публикаций содержит лишь констатацию осложнений и летальности, но не дает подробного анализа методов их коррекции. Также не уделено должного внимания видеоскопическим методам коррекции, а также не до конца изучены вопросы техники и хирургической тактики, что требует проведения дальнейших исследований.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь; острый холецистит; желчеистечение; холецистэктомия; желчный пузырь; лапароскопическая холецистэктомия; ожирение.