

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ



Кади́ров Рустам Нади́рович<sup>1</sup>, Ярашев Султонбек Салохиддинович<sup>2</sup>

1 – Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ УСУЛЛАРИНИ ЙЎЛГА ҚЎЙИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Кади́ров Рустам Нади́рович<sup>1</sup>, Ярашев Султонбек Салохиддинович<sup>2</sup>

1 – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

2 - Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## MODERN PRINCIPLES OF SURGICAL MANAGEMENT IN ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS

Kadirov Rustam Nadirovich<sup>1</sup>, Yarashev Sultonbek Salokhiddinovich<sup>2</sup>

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [yarashev.sultonbek@mail.ru](mailto:yarashev.sultonbek@mail.ru)

**Резюме.** Сўнги ўн йилликдаги адабиётларнинг хулосасидан келиб чиққан ҳолда, мақолада холедохолитиаз билан асоратланган ўткир холециститда жарроҳлик тактикасининг жиҳатлари кўриб чиқилади. Эндоскопик даволаш усулларини танлаш ва кетма-кетлиги, шунингдек, ўткир холециститнинг асоратлари табиатига қараб операцияларни ўтказиш муддатлари бўйича ягона нуқтаи назарнинг йўқлиги қайд этилди. Жарроҳлар томонидан турли хил даволаш усулларини қўллаш ҳақидаги қарама-қарши фикрлари, даволашнинг мавжуд усулларига кўрсатмаларни аниқлаштириши ва жарроҳлик тактикасининг тўғри йўлларини танлаш зарурлигини кўрсатади.

**Калит сўзлар:** ўткир холецистит, холедохолитиаз, хирургик тактика.

**Abstract.** According to the literature review of the last decade, the article discusses aspects of surgical tactics in acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis. The absence of a unified view on the choice and sequence of endoscopic methods of treatment, as well as the timing of operations, depending on the nature of the complications of acute cholecystitis, was noted. The conflicting opinions of surgeons about the role of various methods of treatment indicate the need to clarify the indications for existing methods of treatment and the choice of rational options for surgical tactics.

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

Проблема хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ), осложненным холедохолитиазом (ХЛТ), одна из самых сложных в неотложной желчной хирургии. Важную роль в лечении этой патологии играет диагностика не только ОКХ и ХЛТ, но и определение места и эффективности используемых традиционных, эндовидеохирургических и малоинвазивных технологий [2, 9, 21, 32].

Наряду с тяжелыми осложнениями острого воспаления желчного пузыря у больных часты

поражения желчевыводящих протоков (35-60%). В структуре поражений желчных протоков основное место занимает холедохолитиаз, составляя 50 - 78% от всех видов патологии. У пациентов наряду с холедохолитиазом холециститу часто сопутствует стеноз большого дуоденального соска (БДС), который при первичных операциях на желчных путях выявляют в 5 - 20% случаев. В результате тесной анатомической и функциональной взаимосвязи желчевыводящей и панкреатической систем у 10 - 25% больных с

воспалительной патологией желчных путей отмечают поражение поджелудочной железы. При локализации воспалительных изменений поджелудочной железы в области головки в патологический процесс вовлекается терминальный отдел холедоха с последующим развитием рубцовой стриктуры. Частым и грозным осложнением у больных острым холециститом является механическая желтуха. У пациентов старших возрастных групп она возникает в два раза чаще, чем в более молодом возрасте, и составляет 28-35%. Желчная гипертензия, «обусловленная поражениями печечно-желчного протока», способствует развитию холангита [1,6,7,8,11,25,31].

Wang D. (2017) указывает, что при неопухольных поражениях желчных протоков причинами желтухи являются: – у 62,5% холедохолитиаз, в том числе у 12,5% сочетающийся со стенозом БДС; – у 13,8% стеноз БДС без холедохолитиаза; – у 20,0% и 1,5% индуративный панкреатит и околопузырный инфильтрат со сдавлением общего желчного протока; – у 2,5% первичный склерозирующий холангит [33].

Недостаточная информативность традиционной диагностики острого холецистита и его осложнений обусловили широкое внедрение в практику специальных методов. Большое распространение получили ультразвуковое и эндоскопические исследования (лапароскопия, дуодено- и холедохоскопия), компьютерная томография и прямые рентгеноконтрастные исследования желчных протоков. Инструментальные исследования позволяют диагностировать стертые формы заболевания, оценить выраженность воспаления в стенке желчного пузыря, определить распространенность патологического процесса в брюшной полости [7, 13, 26, 29, 30].

Наиболее важным аспектом лечения острого холецистита является выбор хирургической тактики. На протяжении десятилетий применялись две противоположные хирургические тактики. Консервативно-выжидательная тактика заключалась в усиленном проведении комплексной медикаментозной терапии в остром периоде холецистита и выполнении радикальной операции после стихания воспалительного процесса, тщательного обследования и подготовки. Активная хирургическая тактика при остром холецистите предусматривает выполнение операции на высоте приступа в ранние сроки (до 72 часов) после госпитализации больного. За расширение показаний к оперативному лечению высказывается большинство хирургов, так как в ранние сроки заболевания и при невысокой

степени операционно - анестезиологического риска холецистэктомия (открытая или лапароскопическая), как правило, безопасна (оперативная летальность составляет от 0 до 1%). Вместе с тем послеоперационная летальность особенно у больных пожилого и старческого возраста остается высокой - от 2,5 до 7% [10, 14, 22, 25].

Помимо определения сроков оперативных вмешательств спорным остается вопрос объема операции в «остром» периоде холецистита и на высоте желтухи у больных с высокой степенью операционного риска. В связи с высокой степенью операционного риска по сопутствующим заболеваниям в качестве альтернативы холецистэктомии на протяжении многих лет в хирургии используется холецистостомия, составлявшая 10 - 12% от количества оперированных больных при остром холецистите. В последние годы открытую холецистостомию заменяет чрескожная холецистостомия, выполняемая при помощи ультразвука или компьютерной томографии [1, 4, 26, 27].

Внедрение в хирургическую практику щадящих методов декомпрессии желчного пузыря под лапароскопическим и ультразвуковым контролем позволило избежать операции на высоте приступа острого холецистита. Операции стали выполнять в отсроченном порядке после тщательной медицинской подготовки, что позволило снизить летальность. В литературе имеет место мнение, что чрескожная холецистостомия является экономически эффективной и простой для пациентов высокого риска с острым калькулезным холециститом [2, 10, 13, 18].

Хаджибаев А.М. (2010), Норе W. (2017) считают, что чрескожная холецистостомия заменила открытую холецистостомию, так как стала не менее эффективной и относительно безопасной с низким уровнем осложнений и смертности. Её преимущество по сравнению с открытой холецистостомией в том, что её можно сделать в постели под местной анестезией без необходимости лапаротомии. Существует два доступа к желчному пузырю: это чреспеченочный и трансперитонеальный подходы. Чреспеченочный подход снижает риск утечки желчи, травмы толстой кишки и сосудов брыжейки, но несет в себе риск пневмоторакса и кровотечения из паренхимы печени. Трансперитонеальный подход снижает риск кровотечения и вторичного загрязнения печени инфицированной желчью, но увеличивает риск желчного перитонита, перфорации толстой кишки, травмы сосудов портальной системы и

смещения катетера после декомпрессии желчного пузыря [17, 27].

При анализе результатов лапароскопической и ультразвуковой холецистостомии можно отметить, что они сравнимы в отношении эффективности декомпрессии желчного пузыря, процента осложнений и ближайших результатов лечения. Оба вида неоперативной декомпрессии желчного пузыря не являются конкурирующими. Ликвидация острого воспаления желчного пузыря происходит благодаря снижению желчной гипертензии, уменьшению напряжения, восстановлению кровообращения в его стенке и санации полости. Благодаря пункции и дренированию желчного пузыря у 60% - 75% больных после купирования острого холецистита и медикаментозной коррекции сопутствующих заболеваний удается снизить степень операционного риска и в холодном периоде выполнить радикальное оперативное лечение [18, 19, 21, 33].

Основная проблема возникает у остальных 30 - 45% больных, которые по тяжести сопутствующих заболеваний и возрасту не могут перенести радикальную операцию после декомпрессивной холецистостомии. Это так называемая группа "неприкасаемых" больных, которая составляет 1 - 5% от общего числа больных острым холециститом [15, 31].

Mattilia A. (2017) отмечает, что из категории больных, которые в силу тяжести сопутствующей патологии были выписаны после декомпрессивных операций домой, в ближайшие 6-18 месяцев были вновь госпитализированы с рецидивом заболевания от 22 до 80% больных. После лапароскопической декомпрессии желчного пузыря у 40% больных сохраняется морфологическая картина острого воспаления. Причиной такого торпидного течения воспалительного процесса является не устраненный холецистолитиаз [31]. Это свидетельствует о том, что лапароскопическая и ультразвуковая холецистостомия не должны рассматриваться как окончательный этап в лечении острого холецистита.

Даже внедрение в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии не меняет общей картины. Лапароскопическая холецистэктомия при остром осложненном холецистите выполняется преимущественно (56 - 80%) после превентивной чрескожной холецистостомии или эндоскопической папиллосфинктеротомии ЭПСТ [2, 16, 19, 23].

Особую актуальность приобретает лечение острого холецистита, осложненного непроходимостью желчных протоков из-за холедохолитиаза и папиллостеноза. Данные литературы свидетельствуют о тенденции к

снижению травматичности хирургического лечения патологии желчных протоков за счет широкого использования эндоскопической техники. Современные принципы лечения в данных случаях ориентированы на выполнение лапароскопической холецистэктомии с эндоскопической палиллотомией [12, 14, 16, 19, 26, 32].

Абсолютным показанием к ЭПСТ служит ограниченный по протяженности стеноз терминального отдела холедоха и канала БДС, изолированный или сочетающийся с холедохолитиазом. Относительными показаниями ЭПСТ являются множественные мелкие конкременты гепатикохоледоха, острый билиарный панкреатит, хронический рецидивирующий панкреатит, стойкий спазм сфинктера Одди. Однако проведение ЭПСТ, выполняемой до или после удаления желчного пузыря, затруднительно при анатомических особенностях большого дуоденального сосочка и расположении его в дивертикуле, выраженном папиллите и аденоме, отеке и деформации двенадцатиперстной кишки [12, 13, 28, 30].

Доступность ЭПСТ и ее высокая эффективность привлекают внимание хирургов. Из-за малой травматичности она почти полностью вытеснила трансдуоденальные хирургические операции на большом дуоденальном сосочке. В большинстве случаев ЭПСТ стала альтернативой оперативному вмешательству у больных с выраженной механической желтухой и холангитом, перенесших холецистэктомию или имеющих высокую степень операционного риска. ЭПСТ может быть самостоятельной операцией или предшествовать другим чреспапиллярным операциям (литотрипсия, литоэкстракция), создавая условия для их проведения. Противопоказаниями к ЭПСТ являются протяженный стеноз терминального отдела холедоха, расположение БДС в дивертикуле, панкреатит не билиарной этиологии, дуоденостаз, нарушения свертываемости крови, тяжелое состояние больных, ограничивающее длительность и сроки выполнения операции [4, 22].

При холедохолитиазе после ЭПСТ возможны два варианта тактики: активная (разрушение или экстракция конкрементов) и пассивная (ожидание спонтанного отхождения конкрементов). В последнем случае решающую роль играет соотношение диаметра камня и терминального отдела общего желчного протока. Камни диаметром до 10 мм, как правило, отходят спонтанно. У больных с отягощенным анамнезом при опасности вклинения камней в терминальном отделе холедоха, а так же при сочетании

холедохоли тиаза и холангита, множественных мелких камнях целесообразно выполнить литоэкстракцию. Необходимость в литоэкстракции возникает у 22-46% пациентов. Однако настойчивое удаление конкрементов ведет к увеличению длительности операции. Литоэкстракция противопоказана при камнях, диаметр которых превышает размер терминального отдела холедоха. Для повышения эффективности эндоскопического лечения холедохолитиаза после ЭПСТ возможно применение механической, электрогидравлической, лазерной контактной билиарной литотрипсии [26, 29].

Для всех видов эндоскопических операций существуют пределы технических возможностей и переоценивать их нельзя. Именно тактические ошибки в связи с расширением показаний к эндоскопическому методу лечения и необоснованным увеличением его продолжительности ведут к росту числа осложнений и прогрессированию заболевания. Независимо от применяемой тактики по отношению к конкрементам общего желчного протока после ЭПСТ почти все исследователи сообщают о той или иной частоте неудач, когда камни общего желчного протока самостоятельно не выходят в 12-перстную кишку и их не удается извлечь с помощью инструментов. Показатели эффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии в декомпрессии желчных протоков составляют от 85 до 95%, осложнения - от 5 до 13%, летальность - до 1,5% [32, 33].

По данным Э.И. Гальперина (2019) операция ЭПСТ является методом лечения до 75% больных, а у других ее можно расценивать как способ предоперационной декомпрессии желчных протоков. В ряде случаев после ЭПСТ должна быть своевременно произведена хирургическая операция [4].

Невозможность выполнения или неэффективность эндоскопических методов лечения ограничивают возможность применения двухэтапного варианта лечебной тактики. Клинический опыт показал, что открытая и эндоскопическая папиллосфинктеротомия в функциональном отношении не уступают друг другу.

Осложнениями ЭПСТ в лечении холедохолитиаза и папиллостеноза являются острый панкреатит, ретродуоденальная перфорация, кровотечение и острый холангит (такие же, как и у трансдуоденальной ПСТ). Общая частота осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 7 до 15% [5, 10, 21].

Методика одномоментной малоинвазивной коррекции всей патологии желчевыводящих

путей, применяемая в клинике, включает в себя холецистэктомию и общепринятые абдоминальные операции на протоках из минидоступа, а также комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выполняемую на операционном столе с пероральной фибродуоденоскопической видеоподдержкой. Используются две методики введения папиллотомы - антеградная и ретроградная. Клиническая практика свидетельствует о стремлении хирургов к одноэтапному малоинвазивному лечению острого и хронического калькулезного холецистита, осложненного патологией желчных протоков. С этой целью при выполнении холецистэктомии из лапароскопического или минилапаротомного доступов одномоментно с помощью различных малоинвазивных методик устраняют холедохолитиаз и папиллостеноз [31, 33].

При остром холецистите наиболее оправданной является активная хирургическая тактика. Экстренно оперируются 2-10% больных с перфорациями желчного пузыря и возникновением местного или распространенного перитонита. Срочные операции в интервале 48-72 часов с момента поступления выполняются у 53-79% больных при деструктивных формах острого холецистита. При вынужденном экстренном хирургическом лечении острого холецистита необходимо после оценки характера патологического процесса одновременно произвести вмешательство на внепеченочных желчных протоках [2, 3, 8].

При тяжелом состоянии больных и риске расширения объема операции следует ограничиться холецистэктомией и дренированием холедоха, а после операции выполнить ЭПСТ. Если характер заболевания не требует экстренной или срочной операции, необходимо придерживаться принципа устранения желтухи до оперативного вмешательства с помощью ЭПСТ. В настоящее время ЭПСТ с литоэкстракцией наиболее часто выполняется перед холецистэктомией с целью уменьшения объема и степени риска операции у пожилых и ослабленных больных как в плановой, так и в неотложной хирургии желчных путей [7, 9, 13].

Однако анализ результатов лечения и осложнений позволяет некоторым исследователям сделать вывод, что у больных с высоким риском операции методом выбора должна быть эндоскопическая папиллосфинктеротомия без последующей холецистэктомии, а у больных с минимальным риском - только операция, без предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии, так как она является дополнительным фактором риска. Возможно эндоскопическое лечение

патологии желчных протоков без последующей холецистэктомии. Однако после ЭПСТ необходимость в холецистэктомии возникает у 18-37% больных в связи с развитием деструктивных форм острого холецистита. Поэтому расширение показаний к эндоскопическому лечению у не оперированных больных не оправдано, так как сохраняется не только основной очаг камнеобразования (желчный пузырь), но и создаются условия для проникновения инфекции в желчные пути из двенадцатиперстной кишки. Исключение должны составлять только те больные, у которых декомпенсация тяжелых сопутствующих заболеваний и преклонный возраст не позволят провести даже минимальное хирургическое вмешательство. У лиц пожилого и старческого возраста и при наличии тяжелой сопутствующей патологии расширение объема оперативного вмешательства нежелательно и грозит большими осложнениями. В такой ситуации хирурги стремятся ограничиться минимальным вмешательством на БДС и общем желчном протоке с послеоперационной эндоскопической коррекцией патологии желчных протоков [17, 19, 21, 24, 28, 32].

Несмотря на благоприятные результаты комбинированного эндоскопического и хирургического лечения заболеваний желчного пузыря и протоковой патологии, ряд хирургов считает нелогичным выполнять две процедуры, каждая из которых увеличивает количество осложнений и опасность летального исхода, если достаточно одной из них. Накоплен значительный опыт подобных вмешательств, однако в литературе отсутствуют четкие рекомендации по восстановлению нарушенного оттока желчи в 12-перстную кишку при операциях на высоте приступа острого холецистита, особенно у больных старших возрастных групп. Для уточнения тактики лечения необходимы дальнейшие исследования.

#### Литература:

1. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. – 2013. – № 5. – С. 73-75.
2. Борисов А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита / А.Е. Борисов, В.А. Кашенко, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – № 6. – С. 80-85.
3. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой / П.С. Ветшев // Анналы хирург. гепатологии. – М., 2014. – 198 с.
4. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии. – 2019. – Т. 24. – №. 2. – С. 10-24.
5. Дурлештер, В.М. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе / Дурлештер В.М., Габриель С.А., Гучетль А.Я. и др. // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневецкого. - 2017.- № 1.- С. 101-102.
6. Ильинский И. М., Цирульникова О. М. Первичный билиарный холангит // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2021. – Т. 23. – №. 1. – С. 162-170.
7. Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А., Рахманов, С.У., Хасанов, В.Р. Лечение осложнений хронических эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями // Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 20. – №. 3. – С. 68-74.
8. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – №. 1. – С. 31-35.
9. Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Феклюнин А.А., Струков Е.Ю., Азимов Ф.Х. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии. – 2010. – №2. – С.71-77.
10. Михин А.И., Орлов С.Ю., Василенко К.В., Сажин А.В. Эндоскопическое лечение пациентов старческого возраста со сложным холедохолитиазом // Эндоскопическая хирургия. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 53-60.
11. Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. №2. С. – 117-118.
12. Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана 2019. №1. Стр. 326.
13. Павлей Д. С. Интервенционная ЭРХПГ при конкрементах желчных протоков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2020. – Т. 10. – №. 11. – С. 288-298.
14. Полунина Т. Е. Холестатические заболевания печени: алгоритмы диагностики и лечения // РМЖ. – 2021. – Т. 29. – №. 6. – С. 81-87.

15. Сиплиный В. А. Хирургическое лечение острого холангита при холедохолитиазе / В. А. Сиплиный, Д. В. Евтушенко, Г. Д. Петренко, С. А. Андреещев, А. В. Евтушенко // *Клінічна хірургія*. – 2016. – N 1. – С. 34–37.
16. Скульский С.К. Лапароскопическая холецистэктомия: современный взгляд на предоперационную диагностику холедохолитиаза / С.К. Скульский, В.А. Кашенко, А.А. Лойт, Е.Г. Солоницын // *Вестник СПбГУ*. – 2015. – N 1. – С. 65–71.
17. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // *Шошолінч тиббіет ахборотномаси* – 2010. №4. С. 94-99.
18. Хаджибаев Ф. А. и др. Лечение осложнений чрескожных чреспеченочных вмешательств в условиях экстренного стационара // *Скорая медицинская помощь*. – 2019. – Т. 20. – №. 2. – С. 51-55.
19. Шулутко А.М. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе / А.М. Шулутко, В.Г. Агаджанов, А.Г. Натрошвили, И.Г. Натрошвили // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2013. – N 1[18]. – С. 38- 41.
20. Ajlan M. Detectability of choledocholithiasis on CT: The effect of positive intraduodenal enteric contrast on portovenous contrast-enhanced studies / M. Ajlan, L. Stein, E. Kao, G. Artho, [et al.] // *The Saudi Journal of gastroenterology*. – 2015. N 5. – P. 306-312
21. Cao J. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study / J. Cao, C. Peng, X. Ding [et al.] // *BMC Gastroenterol*. – 2018. – N 18[1]. – P. 128.
22. Hope W. SAGES clinical spotlight review: intraoperative cholangiography / W. Hope, R. Fanelli, D. Walsh [et al.] // *Surg Endosc*. – 2017. – P. 2007 – 2016.
23. Hungness E. Management of common bile duct stones / E. Hungness, N. Soper // *J Gastrointest Surg*. – 2016. – N 10. – P. 612–619.
24. Kharbutli B. Management of preoperatively suspected choledocholithiasis / B. Kharbutli, V. Velanovich // *Gastrointest. Surg*. – 2018. – N 11[12]. – P. 1973–1980.
25. Kleinubing D. Selective versus routine intraoperative cholangiography for cholecystectomy / D. Kleinubing, R. Riera, D. Matos, M. Linhares // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2018. – doi: 10.1002/14651858.CD012971.
26. Mattilla A. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study / A. Mattilla, M. Johanna, K. Ilmeo // *BMC Surgery*. – 2017. – N 17[79]. – doi: 10.1186/s12893-017-0274-2.
27. Nassar Y. Management of complicated gallstones in the elderly: comparing surgical and non-surgical treatment options/ Y. Nassar, S. Richter // *Gastroenterology Report*. – 2019. – N 7[3]. – P. 205–211.
28. Perales S. Comparative evaluation of magnetic resonance cholangiopancreatography and perioperative cholangiography in patients with suspect choledocholithiasis / S. Perales, L. Souza, E. Crema // *Arq Bras Cir Dig*. – 2019. – N 32[1]. – P. 1- 4.
29. Raith E. Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit / E. Raith, A. Udy, M. Bailey, [et al.] // *JAMA*. – 2017. – N 317[3]. – P. 290-300.
30. Schachera F. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis – A meta-analysis / F. Schachera, S. Giongoa, [et al.] // *Annals of Hepatology*. – 2019. – N18[4]. – P. 595-600.
31. Tomizawa M. Comparison of acute cholangitis with or without common bile duct dilatation / M. Tomizawa, F. Shinozaki, R. Hasegawa, [et al.] // *Exp Ther Med*. – 2017. – N 13[6]. – P. 3497–3502.
32. Venkatanarasimha N. Diagnosis and Management of Complications from Percutaneous Biliary Tract Interventions-Erratum / N. Venkatanarasimha, K. 125 Damodharan, A. Gogna, S. Leong, C. Too, [et al.] // *Radiographics*. – 2017. – N 37[3]. – P. 1004.
33. Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // *New York: Nova Biomedical*. – 2017. – P. 1–676.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ  
ХОЛЕЦИСТИТЕ ОСЛОЖНЕННОМ  
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

*Кадиров Р.Н., Ярашев С.С.*

**Резюме.** По данным обзора литературы последнего десятилетия в статье обсуждаются аспекты хирургической тактики при остром холецистите осложненном холедохолитиазом. Отмечено отсутствие единого взгляда на выбор и последовательность применения эндоскопических методов лечения, а также сроков операций в зависимости от характера осложнений острого холецистита. Противоречивые мнения хирургов о роли различных способов лечения свидетельствуют о необходимости уточнения показаний к существующим методам лечения и выбора рациональных вариантов хирургической тактики.

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