



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

3 (89) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОИВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (89)

2026
март

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.02.2026, Accepted: 06.03.2026, Published: 10.03.2026

УДК 616.366-003.7-089:616.36-008.5

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ, ОСЛОЖНЁННЫЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ: СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Касимов А.Л. <https://orcid.org/0000-0002-3412-6141>
Сайфуддинов С.З. <https://orcid.org/0009-0004-1921-4241>
Хожиметов Д.Ш. <https://orcid.org/0000-0002-7468-7023>
Акбаров Ф.С. <https://orcid.org/0009-0008-1146-4165>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti.uz

✓ Резюме

Авторы отмечают, что холедохолитиаз, осложнённый механической желтухой, остаётся одной из наиболее распространённых и клинически значимых патологий гепатобилиарной системы, характеризующейся выраженной билиарной обструкцией, высоким риском развития осложнений и вариабельностью хирургической тактики. В условиях сохраняющейся высокой распространённости желчнокаменной болезни в странах Центральной Азии, включая Республику Узбекистан, особую значимость приобретают вопросы ранней диагностики, своевременной билиарной декомпрессии и патогенетически обоснованного выбора метода хирургического лечения. Современное развитие инструментальных методов визуализации и малоинвазивных технологий значительно расширило возможности диагностики и лечения данной патологии, однако ряд аспектов выбора оптимальной тактики вмешательства остаётся дискуссионным.

Цель исследования - обобщить современные данные литературы о клинико-диагностических особенностях холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой, и оценить эффективность существующих стратегий хирургической коррекции.

Материалы и методы. Выполнен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, посвящённых вопросам диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой, с применением методов систематизации, сравнительного анализа и обобщения результатов клинических исследований.

Выводы. Анализ данных современной литературы показывает, что применение современных методов инструментальной диагностики и малоинвазивных хирургических технологий позволяет значительно повысить эффективность лечения пациентов с холедохолитиазом, осложнённым механической желтухой. Комплексная оценка клинико-морфологических факторов, своевременная билиарная декомпрессия и использование дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики способствуют снижению частоты послеоперационных осложнений, уменьшению риска рецидивов и улучшению результатов лечения.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, билиарная обструкция, диагностика, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, билиарная декомпрессия, лапароскопическая хирургия, эндоскопические вмешательства, хирургическое лечение.

МЕХАНИК САРИҚЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ: ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ СТРАТЕГИЯЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Касимов А.Л. <https://orcid.org/0000-0002-3412-6141>
Сайфуддинов С.З. <https://orcid.org/0009-0004-1921-4241>
Хожиметов Д.Ш. <https://orcid.org/0000-0002-7468-7023>
Акбаров Ф.С. <https://orcid.org/0009-0008-1146-4165>

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1 Тел: (0-374) 223-94-60. E-mail: info@adti.uz

✓ *Резюме*

Муаллифлар таъкидлашича, механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиаз гепатобилиар тизимнинг энг муҳим ва клиник жиҳатдан аҳамиятли патологияларидан бири бўлиб, билиар обструкция, асоратлар частотасининг юқорилиги ва жарроҳлик тактикасидаги турличалик билан тавсифланади. Марказий Осиё мамлакатларида, жумладан Ўзбекистон Республикасида ўт-тош касаллиги тарқалишининг сақланиб қолиши шароитида эрта диагностика, билиар декомпрессияни ўз вақтида амалга ошириши ва операция усулини патогенетик асосланган ҳолда танлаш алоҳида аҳамият касб этади. Замонавий визуализация усуллари ва миниинвазив технологияларнинг жорий этилиши мазкур патологияни ташихлаш ва даволаш имкониятларини сезиларли даражада кенгайтди, бироқ оптимал жарроҳлик тактикасини танлаш билан боғлиқ айрим масалалар ҳанузгача мунозарали бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади - механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазнинг клиник-диагностик хусусиятлари ҳақидаги замонавий адабиёт маълумотларини умумлаштириши ва мавжуд жарроҳлик коррекцияси стратегияларининг самарадорлигини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. Холедохолитиаз ва механик сариқлик диагностикаси ҳамда жарроҳлик даволаши масалаларига бағишланган маҳаллий ва хорижий илмий манбалар таҳлилий тарзда ўрганилди. Тадқиқотда адабиётларни тизимлаштириши, қиёсий таҳлил ва илмий маълумотларни умумлаштириши усулларида фойдаланилди.

Хулосалар. Замонавий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, инструментал диагностика усуллари ва миниинвазив жарроҳлик технологияларининг қўлланилиши механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни даволаш самарадорлигини оширади. Клиник-морфологик омиларни комплекс баҳолаш, билиар декомпрессияни ўз вақтида амалга ошириши ва жарроҳлик тактикасини дифференцияланган тарзда танлаш операциядан кейинги асоратлар ва рецидивлар частотасини камайтиришига ҳамда даволаш натижаларини яхшилашига хизмат қилади.

Калит сўзлар: холедохолитиаз, механик сариқлик, билиар обструкция, диагностика, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, билиар декомпрессия, лапароскопик жарроҳлик, эндоскопик муолажалар.

**CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE:
MODERN STRATEGIES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT (LITERATURE REVIEW)**

A.L. Kasimov <https://orcid.org/0000-0002-3412-6141>
S.Z. Saifuddinov <https://orcid.org/0009-0004-1921-4241>
D.Sh.Khojimetov <https://orcid.org/0000-0002-7468-7023>
F.S.Akbarov <https://orcid.org/0009-0008-1146-4165>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti.uz

✓ *Resume*

The authors note that choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice remains one of the most significant and clinically important pathologies of the hepatobiliary system, characterized by biliary obstruction, a high incidence of complications, and variability in surgical tactics. In the context of the persistent prevalence of gallstone disease in Central Asian countries, including the Republic of Uzbekistan, particular importance is attached to early diagnosis, timely biliary decompression, and pathogenetically justified selection of surgical treatment methods. The introduction of modern imaging techniques and minimally invasive technologies has significantly expanded the possibilities for diagnosing and treating this pathology; however, certain aspects of choosing the optimal surgical strategy remain controversial.

Objective. To summarize current literature data on the clinical and diagnostic features of choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice and to evaluate the effectiveness of existing strategies for surgical correction.

Materials and Methods. An analytical review of domestic and foreign scientific publications devoted to the diagnosis and surgical treatment of choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice was performed using methods of systematization, comparative analysis, and generalization of the results of clinical studies.

Conclusions. Analysis of contemporary literature indicates that the use of modern instrumental diagnostic methods and minimally invasive surgical technologies significantly improves the effectiveness of treatment in patients with choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice. Comprehensive assessment of clinical and morphological factors, timely biliary decompression, and a differentiated approach to the choice of surgical tactics contribute to reducing the incidence of postoperative complications and recurrences, thereby improving treatment outcomes.

Keywords: choledocholithiasis, obstructive jaundice, biliary obstruction, diagnostics, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, biliary decompression, laparoscopic surgery, endoscopic interventions.

Актуальность

Холедохолитиаз остаётся одной из наиболее распространённых патологий гепатобилиарной системы и нередко осложняется развитием механической желтухи вследствие обструкции общего желчного протока конкрементами. По данным различных исследований, частота выявления конкрементов в общем желчном протоке у пациентов с желчнокаменной болезнью составляет в среднем 10-20%, а в ряде случаев достигает 25%. Развитие билиарной обструкции сопровождается повышением внутрипечёночного давления в желчных протоках, нарушением оттока желчи и формированием холестаза, что клинически проявляется желтухой, интоксикацией и нарушением функции печени.

Современное развитие инструментальных методов диагностики значительно расширило возможности выявления холедохолитиаза. В клинической практике широко применяются ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, позволяющие с высокой точностью определить наличие конкрементов, уровень билиарной обструкции и степень дилатации желчных протоков.

Несмотря на значительный прогресс в области диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой, вопросы выбора оптимальной тактики вмешательства, последовательности применения эндоскопических и хирургических методов, а также профилактики послеоперационных осложнений остаются предметом научных дискуссий.

В связи с этим анализ современных данных литературы, посвящённых диагностике и лечению холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой, представляет значительный научный и практический интерес.

Основные концепции актуальности и современных представлений по диагностике холедохолитиаза. Холелитиаз (желчнокаменная болезнь) относится к числу наиболее распространённых заболеваний гепатобилиарной системы, при котором конкременты формируются в желчном пузыре и/или желчных протоках [13, 17, 18]. По данным различных эпидемиологических исследований, частота холедохолитиаза среди пациентов с желчнокаменной болезнью составляет в среднем 10-20%, тогда как у лиц старше 60 лет этот показатель достигает 30%, что определяет высокую клиническую значимость своевременной и точной диагностики данного состояния [8, 29].

Результаты современных исследований свидетельствуют о тенденции к неуклонному росту заболеваемости желчнокаменной болезнью, особенно среди лиц трудоспособного возраста [7, 9, 28]. Масштаб проблемы подтверждается значительным количеством хирургических вмешательств, ежегодно выполняемых по поводу осложнённых форм заболевания. Так, в мире ежегодно проводится более 2,5 млн операций по поводу калькулёзного холецистита, тогда как в Российской Федерации их число достигает около 60 тыс., что подчёркивает выраженную медицинскую и социально-экономическую значимость данной патологии [14, 16].

Распространённость желчнокаменной болезни существенно варьирует в зависимости от географических и демографических факторов. В странах с западным типом питания и образа жизни (Европа, Северная Америка, Россия) заболевание выявляется у 10-20% взрослого

населения, что во многом связано с генетической предрасположенностью и особенностями питания, включая высокое потребление рафинированных углеводов. В то же время в странах Азии, Африки и Японии распространённость заболевания значительно ниже и составляет 3,5-5%. Заболеваемость увеличивается с возрастом, достигая около 30% среди лиц пожилой возрастной группы. При этом у женщин патология диагностируется значительно чаще, чем у мужчин, особенно в возрасте 30-39 лет, где соотношение женщин и мужчин достигает 2,9:1 [15, 28, 30].

В Республике Узбекистан также отмечается тенденция к росту заболеваемости желчнокаменной болезнью. По данным Ботирова А.К. и соавт. (2023), ежегодно в мире выполняется более 2,5 млн хирургических вмешательств по поводу ЖКБ, при этом послеоперационная летальность варьирует от 0,9% до 14,6% и чаще наблюдается у пациентов с сопутствующим ожирением. Отсутствие своевременной диагностики и запоздалое хирургическое лечение нередко приводят к развитию тяжёлых осложнений, включая послеоперационное желчеистечение, тогда как летальность при повторных релапаротомиях может достигать 20,9-37,2% [2].

Особую клиническую значимость представляет холедохолитиаз, осложнённый механической желтухой, частота которого среди пациентов с желчнокаменной болезнью достигает 45% [4, 16, 22, 26]. Развитие билиарной обструкции сопровождается нарушением оттока желчи, билиарной гипертензией и холестазом, что может приводить к формированию тяжёлых осложнений, включая острый холангит, билиарный панкреатит и печёночную недостаточность. В целом осложнения данной патологии регистрируются в 10-35% случаев ЖКБ, что определяет необходимость своевременного выявления заболевания и выбора рациональной лечебной тактики [15, 18, 28].

Существенное диагностическое значение имеет взаимосвязь между частотой выявления холедохолитиаза и степенью дилатации внепечёночных желчных протоков. Результаты клинических исследований демонстрируют, что вероятность наличия конкрементов в общем желчном протоке напрямую зависит от диаметра холедоха. Так, при диаметре протока до 8 мм конкременты выявляются лишь у 3,5-3,9% пациентов, тогда как при расширении холедоха до 9-11 мм частота их обнаружения возрастает до 52,9% [10, 12, 21].

За последние три десятилетия подходы к диагностике и лечению холедохолитиаза претерпели существенные изменения, что во многом обусловлено внедрением высокоинформативных методов визуализации, развитием эндоскопических технологий и широким распространением лапароскопической хирургии [5, 8, 19].

В настоящее время наиболее информативными методами диагностики холедохолитиаза считаются ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), каждая из которых имеет определённые диагностические возможности и ограничения [7, 9, 11].

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости остаётся методом первичной диагностики благодаря своей доступности, неинвазивности и возможности динамического наблюдения. Однако чувствительность данного метода при выявлении конкрементов в дистальных отделах общего желчного протока не превышает 55-60% [105]. В подобных клинических ситуациях значительное диагностическое преимущество имеет магнитно-резонансная холангиопанкреатография, обладающая чувствительностью до 95% и высокой специфичностью, что позволяет визуализировать как конкременты, так и вторичные изменения билиарного дерева [6].

Эндоскопическая ультрасонография занимает промежуточное положение между ультразвуковым исследованием и магнитно-резонансной холангиографией и характеризуется высокой диагностической точностью, достигающей 97%, особенно при выявлении мелких конкрементов и у пациентов с неясной клинической картиной [30]. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, в свою очередь, сохраняет значение как диагностического, так и лечебного метода, однако её применение ограничивается возможностью развития осложнений, включая постманипуляционный панкреатит [11].

Таким образом, современная диагностика холедохолитиаза основывается на комплексном и дифференцированном применении инструментальных методов исследования. Персонализированный выбор диагностической тактики с учётом клинической картины заболевания, данных лабораторных показателей и результатов визуализации позволяет повысить точность диагностики и обеспечить оптимальную стратегию лечения пациентов.

Методы коррекции холедохолитиаза и механической желтухи при различных вариантах впадения общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку. Выбор хирургической тактики при лечении пациентов с холедохолитиазом, осложнённым механической желтухой, во многом определяется степенью холестаза и выраженностью билиарной обструкции. При лёгкой степени холемии возможно выполнение одномоментного радикального вмешательства, тогда как при средней и тяжёлой степени билиарной гипертензии требуется предварительная декомпрессия желчных протоков с последующим этапным хирургическим лечением [3, 5, 29].

Современные подходы к лечению холедохолитиаза базируются преимущественно на использовании малоинвазивных технологий, среди которых ведущую роль играют эндоскопические вмешательства. Наиболее широко применяется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с выполнением папиллосфинктеротомии, баллонной дилатации и экстракции конкрементов. При наличии крупных или множественных камней могут применяться методы механической или контактной литотрипсии [4, 20, 22]. При этом выбор лечебной тактики должен учитывать анатомические особенности билиарной системы, размеры и локализацию конкрементов, а также наличие сопутствующей патологии.

Комплексный диагностико-лечебный подход играет ключевую роль при механической желтухе. В алгоритм обследования, как правило, включаются ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей, эзофагогастродуоденоскопия, компьютерная томография и, по показаниям, ЭРХПГ или диагностическая лапароскопия. Применение подобного алгоритма позволяет своевременно установить причину билиарной обструкции и определить оптимальную тактику лечения [3, 13, 18].

В целом декомпрессия желчных протоков при механической желтухе может быть достигнута тремя основными путями: хирургическим, эндоскопическим и интервенционно-радиологическим. Выбор метода определяется характером патологического процесса, уровнем обструкции желчных протоков, общим состоянием пациента и анатомическими особенностями билиарного тракта [1, 13, 23].

По данным различных исследований, эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой, достигает 79-96%. Основными причинами неудач эндоскопических вмешательств являются крупные конкременты холедоха, дивертикулы области большого дуоденального сосочка, аденомы БДС, стриктуры терминального отдела общего желчного протока, папиллит и атипичное расположение сосочка [7, 13].

Особое значение при выборе лечебной тактики имеют анатомические особенности внепечёчных желчных протоков. Атипичное впадение общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку может существенно затруднять канюляцию при эндоскопических вмешательствах и повышать риск осложнений, включая перфорацию и постманипуляционный панкреатит [4, 20].

В условиях низкого или атипичного впадения общего желчного протока доступ к устью может быть затруднён, что нередко требует применения комбинированных методов лечения, включая лапароскопические вмешательства с интраоперационной холангиографией или холедохоскопией [10, 15, 21]. При невозможности выполнения ЭРХПГ могут использоваться альтернативные методы декомпрессии, такие как чрескожная чреспечёчная холангиография с наружным или наружновнутренним дренированием желчных путей.

Анализ результатов эндоскопических вмешательств показывает, что частота осложнений варьирует в зависимости от анатомических особенностей билиарной системы, опыта оператора и тяжести сопутствующей патологии. Наиболее распространёнными осложнениями являются кровотечения (5-10%), острый панкреатит (3-7%) и перфорации (1-2%) [2, 9, 19].

В последние годы значительное внимание уделяется совершенствованию техник канюляции желчных протоков при трудном доступе к большому дуоденальному сосочку. Среди наиболее

распространённых методов выделяют технику двойного проводника, транспанкреатическую сфинктеротомию и игольчатую папиллотомию. Согласно данным метаанализа, комбинированное применение этих методик позволяет повысить частоту успешной канюляции до 85-90% при сохранении приемлемого уровня безопасности [22].

При невозможности выполнения трансдуоденального доступа всё более широкое применение получает эндосонографически-направленный билиарный дренаж (EUS-guided biliary drainage), основанный на пункции желчных протоков под ультразвуковым контролем с последующей установкой стента. Данный метод обеспечивает эффективную декомпрессию желчных путей при невозможности проведения стандартной ЭРХПГ [26].

В сложных клинических ситуациях, связанных с выраженными анатомическими аномалиями или неэффективностью эндоскопических вмешательств, могут выполняться открытые или лапароскопические операции с ревизией холедоха и формированием билиодигестивных анастомозов, таких как холедоходуоденоанастомоз или гепатикоюноанастомоз.

Современные аспекты лечебной тактики и профилактики осложнений при холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой. Важное значение в профилактике осложнений эндоскопических вмешательств, прежде всего постманипуляционного панкреатита, придаётся современным протоколам медикаментозной и инфузионной профилактики. По данным рекомендаций American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), наряду с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), ключевую роль играет проведение интенсивной внутривенной регидратации раствором лактата Рингера, особенно у пациентов группы высокого риска. В ряде исследований также показано, что профилактическое стентирование панкреатического протока способствует снижению частоты развития тяжёлых форм постманипуляционного панкреатита у пациентов, перенёвших сложные или повторные попытки канюляции большого дуоденального сосочка [19].

В международных клинических обзорах подчёркивается необходимость стандартизации профилактических протоколов с учётом стратификации риска пациента. Так, в работе Ishii K. и соавт. (2021) показано, что наименьшая частота осложнений после эндоскопических вмешательств наблюдается при комбинированном применении НПВП, агрессивной инфузионной терапии и профилактического панкреатического стентирования у пациентов с высоким риском развития панкреатита [23].

Несмотря на значительные достижения эндоскопических технологий, в ряде клинических ситуаций эндоскопическая литоэкстракция оказывается технически невыполнимой или неэффективной. В таких случаях хирургические методы лечения сохраняют своё значение как обоснованная альтернатива. По данным исследования Liu et al. (2023), лапароскопическая холедохолитотомия демонстрирует высокую эффективность удаления конкрементов общего желчного протока при низкой частоте послеоперационных осложнений, особенно у пациентов с дилатацией холедоха более 10 мм [25].

У пациентов с выраженной соматической отягощённостью или противопоказаниями к проведению общей анестезии могут использоваться альтернативные методы билиарной декомпрессии, включая чрескожные транспепатические вмешательства. В частности, Kwon H. и соавт. (2020) показали, что чрескожная транспепатическая холангиостомия характеризуется высоким техническим успехом и позволяет эффективно устранить билиарную обструкцию. Однако данный метод сопровождается повышенным риском гнойно-септических осложнений, частота которых достигает 18-25%, особенно после неудачных попыток выполнения ЭРХПГ [24].

В связи с этим тактика ведения пациентов при неудачном эндоскопическом удалении конкрементов должна быть строго индивидуализированной. В современной литературе подчёркивается, что своевременный переход к альтернативным методам лечения - лапароскопическим, интервенционно-радиологическим или открытым хирургическим вмешательствам - позволяет существенно снизить риск тяжёлых осложнений и летальности, особенно у пациентов пожилого возраста и больных с выраженной сопутствующей патологией [27].

Обобщение мирового и регионального клинического опыта свидетельствует о том, что, несмотря на широкое внедрение малоинвазивных эндоскопических технологий, остаются

актуальными вопросы своевременной диагностики анатомических вариантов строения билиарной системы, включая различные варианты впадения общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку, выбора оптимальной тактики лечения при «сложном» холедохолитиазе и профилактики послеоперационных осложнений. Решение этих задач требует дальнейшего совершенствования диагностических алгоритмов, разработки персонализированных лечебных стратегий и повышения технического уровня эндоскопических вмешательств с сохранением функционального состояния панкреатобилиарной зоны.

Заключение

Таким образом, результаты анализа современной литературы показывают, что частота осложнений при эндоскопических вмешательствах по поводу холедохолитиаза остаётся достаточно значительной и требует повышенного внимания со стороны хирургов и эндоскопистов. В этой связи продолжается активный поиск путей снижения риска осложнений за счёт стандартизации технических этапов вмешательства, совершенствования методов профилактики постманипуляционного панкреатита и внедрения дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики.

В настоящее время в арсенале современной эндоскопии имеется широкий спектр технических приёмов и методик, позволяющих успешно устранять билиарную обструкцию даже при трудной канюляции большого дуоденального сосочка. При этом ключевым фактором эффективности лечения остаётся рациональный выбор лечебной стратегии, основанный на индивидуальных анатомо-физиологических особенностях пациента, характере патологического процесса, технических возможностях медицинского учреждения и уровне квалификации эндоскописта. Такой дифференцированный подход позволяет повысить эффективность лечения пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой, снизить частоту осложнений и улучшить клинические результаты вмешательств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Омаров Н.Б., Булегенов Т.А., Носо Й., Абдрахманов С.Т., Асылбеков Е.М., Ахметов А.Ж., Масалов А.Е. Результаты совершенствования хирургического лечения при синдроме механической желтухи доброкачественного генеза. Наука и здравоохранение. 2021;23(2):92-102.
2. Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Эгамбердиев Б.А., Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Ботиров Ж.А. Эпидемиология, современное состояние проблемы острого калькулезного холецистита и послеоперационного желчеистечения. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2023;(5):362-366.
3. Будзинский С.А., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Бахтиозина Д.В., Михалева Л.М., Чернякевич П.Л., Платонова Е.Н. Первые результаты применения новой технологии визуальной оценки и лечения заболеваний билиарного тракта и протоков поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии. 2019;24(2):105-116.
4. Винницкая Е.В., Абдулхаков С.Р., Адурахманов Д.Т., и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения первичного склерозирующего холангита (Российский консенсус, Москва, 2018). Терапевтический архив. 2019;91(2):9-15.
5. Демко А.Е., Шляпников С.А., Осипов А.В. Лечение больных с острым холангитом с применением принципов токийских рекомендаций. Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017;(1):792.
6. Коваленко Д.В. Диагностические возможности МРХПГ при заболеваниях желчных путей. Лучевая диагностика и терапия. 2023;(1):18-23.
7. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Саидов Р.Х., Султонов Б.Д. Хирургическая тактика при остром холецистите, осложненном холедохолитиазом и механической желтухой. Вестник Авиценны. 2017;19(3):344-348.
8. Климов С.Ю., Орлова Н.С., Чернов А.С. Диагностика и лечение холедохолитиаза: современные подходы. Хирургия. 2021;(9):25-30.
9. Макоед Л.Г., Сулима Я.А., Семенчук И.Д. Сравнительная характеристика результатов лечения холедохолитиаза. В: Инновации в медицине и фармации: материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых. БГМУ; 2018. С. 300-303.
10. Павелец К.В., Гацко Д.В., Русанов Д.С. Современный подход к лечению холедохолитиаза. Медицина: теория и практика. 2018;3(3):27-33.

11. Поляков В.В. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: возможности и риски. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2021;31(1):77-81.
12. Попов А.Ю., Барышев А.Г., Быков М.И., и др. Анализ результатов миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018;(12):50-56.
13. Раманова Д.Ю., Адылова З.У. Малоинвазивные технологии в лечении механической желтухи. *European Research*. 2017;(5):85-86.
14. Сидоров В.А., Лебедев М.Н., Фёдоров И.П. Современные подходы к лечению холедохолитиаза: анализ клинических случаев. *Медицинский вестник*. 2023;(1):20-25.
15. Струсский Л.П., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А. Особенности течения и осложнения эндоскопического дренирования желчевыводящих путей. *Вестник хирургии*. 2020;(1):45-51.
16. Стяжкина С.Н., Истеева А.Р., Короткова К.А., Сахабутдинова Д.Р., Хасанова Г.Ф. Актуальные проблемы механической желтухи в хирургии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;(7-3):427-430.
17. Цитцер О.А., Непомнящих П.Г., Севостьянова К.С. Сравнительная оценка методов оперативного лечения холедохолитиаза. *Наука и Мир*. 2016;3(6):34-36.
18. Шамгунова И.И., Нажмудинова З.Ш., Каимова К.А., Стяжкина С.Н. Методы диагностики механической желтухи. В: *European research: innovation in science, education and technology: proceedings of XL International scientific and practical conference*. London; 2018. P. 105-106.
19. ASGE Standards of Practice Committee. Management of choledocholithiasis: guidelines from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2021;94(6):1015-1027. doi:10.1016/j.gie.2021.09.012.
20. Alkhatib A, D'Souza L, Arain MA. Advances in diagnostic imaging of biliary tract diseases. *World J Gastrointest Endosc*. 2023;15(3):141-152.
21. Sejpal DV, Trindade AJ, Lee C, Miller LS, Benias PC, Inamdar S, Singh G, Stewart M, George BJ, Vegesna AK. Digital cholangioscopy can detect residual biliary stones missed by occlusion cholangiogram in ERCP: a prospective tandem study. *Endosc Int Open*. 2019;7:E608-E614. doi:10.1055/a-0842-6450.
22. Facciorusso A, Ramai D, Gkolfakis P, Kunda R, Mutneja H, Karstensen JG, et al. Comparative efficacy of techniques for difficult biliary cannulation in ERCP: a systematic review and network meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2022;95:60-71.e12. doi:10.1016/j.gie.2021.06.008.
23. Ishii K, Itoi T, Sofuni A, Tsuchiya T, Tsuji S, Tonozuka R, Honjo M, et al. Strategies to prevent post-ERCP pancreatitis: risk stratification and prophylactic measures. *Gastric Cancer*. 2021;24(2):243-250. doi:10.1007/s10120-020-01118-5.
24. Kwon HJ, Ko GY, Yoon HK, Sung KB, Ko HK, Kim JH, Gwon DI. Percutaneous transhepatic biliary drainage for failed ERCP: complications and outcomes. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2020;43(2):300-308. doi:10.1007/s00270-020-02499-y.
25. Liu Y, Zhang Y, Wang X, Chen X, Sun B, Li J, Ma Z. Laparoscopic common bile duct exploration after failed ERCP. *Surgery*. 2023;173(4):965-972. doi:10.1016/j.surg.2023.02.004.
26. Paik WH, Ryou M, Park DH, et al. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for primary biliary decompression in malignant obstruction. *Gastrointest Endosc*. 2021;93(3):526-535.e1. doi:10.1016/j.gie.2020.07.056.
27. Roux M, Merlino J, Dallemagne B, Perretta S, Marescaux J, Leroy J. Surgical management after failed endoscopic treatment of choledocholithiasis. *Br J Surg*. 2021;108(3):251-259. doi:10.1093/bjs/znab003.
28. Shabanzadeh DM, Christensen DW, Ewertsen C, et al. National clinical practice guidelines for symptomatic gallstone disease. *Scand J Surg*. 2022;111(3):11-30. doi:10.1177/14574969221111027.
29. Sochnieva AL. Optimum duration of percutaneous transhepatic cholangiodrainage in obstructive jaundice. *Wiad Lek*. 2020;73(9):1915-1925.
30. Voermans RP, van Wanrooij RLJ, Fockens P. Endoscopic ultrasound for choledocholithiasis: where are we now? *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2022;58-59:101782.

Поступила 20.02.2026