

УДК: 616.367-003.7-06:616.36-008.5

**Ф.И. Махмадзода, Ф.Н. Наджмудинов**

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ПРЕДИКТОРОВ РЕЦИДИВА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

**Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»**

**Махмадзода Фарух Исроил** - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; E-mail: [fmahmadov@mail.ru](mailto:fmahmadov@mail.ru); тел: (+992) 900 75 44 90

**Цель исследования.** Определить возможные предикторы, способствующие рецидиву холедохолитиаза у пациентов с ожирением.

**Материал и методы исследования.** Исследование основано на 116 пациентов с ХЛ, на фоне ожирения разной степени. Пациентов с абдоминальным ожирением I-ой степени было 38 (32,8%), II-ой степени – 57 (49,1%), III степени – 14 (12,1%) и IV-ой степени – 7 (6,0%) больных. По проведенным способам операций, больные были распределены на 2 группы: 1-ую основную группу составили 60 (51,7%) больных, перенесшие сочетанные миниинвазивные вмешательства и 2-ую, контрольную – 56 (48,3%) больных, перенесшие неотложные традиционные вмешательства.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ факторов, приводящих к рецидиву ХЛ у 11 (18,3%) пациентов основной группы с рецидивным ХЛ, показало, что дооперационный лейкоцитоз, лапаротомный способ первичной операции, дренирование холедоха T-образным дренажом, длительный срок пребывания в стационаре и длительный промежуток времен при операции, были значительно связаны с развитием рецидива. Другим немаловажным предиктором возникновения рецидива ХЛ у пациентов с ожирением, считалось способ первично выполненной операции на желчном пузыре и ЖВП.

**Заключение.** Рецидив холедохолитиаза у пациентов с ожирением наряду с общизвестными факторами, связаны с такими предикторами, как картина лейкоцитоза до первичной операции, проведенных способов операций и размеров конкремента.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз у пациентов с ожирением, двухэтапные миниинвазивные вмешательства, билиарный панкреатит, механическая желтуха

**F.I. Makhmadzoda, F.N. Najmudinov**

## POSSIBLE PREDICTORS OF RECURRENT CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS WITH OBESITY

**Department of Surgical Diseases No. 1 of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino”**

**Mahmadzoda Farukh Isroil** - MD, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the State Educational Institution «Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino»; E-mail: [fmahmadov@mail.ru](mailto:fmahmadov@mail.ru); tel.: (+992) 900 75 44 90

**Purpose of the study.** To study possible predictors contributing to the recurrence of choledocholithiasis in obese patients.

**Materials and methods of research.** The study is based on 116 patients with choledocholithiasis, against the background of obesity of varying degrees. There were 38 (32.8%) patients with abdominal obesity of the 1st degree, 57 (49.1%) of the 2nd degree, 14 (12.1%) of the 3rd degree and 7 (6.0%) of the 4th degree of patients. According to the performed methods of operations, the patients were divided into 2 groups: the 1st main group consisted of 60 (51.7%) patients who underwent combined minimally invasive interventions and the 2nd, control group - 56 (48.3%) patients who underwent emergency traditional intervention.

**Research results and discussion.** Analysis of the factors leading to choledocholithiasis recurrence in 11 (18.3%) patients of the main group with recurrent CL showed that preoperative leukocytosis, laparoscopic method of the primary operation, drainage of the choledochus with a T-shaped drainage, a long stay in the hospital and a long period of time during operations were significantly associated with the development of recurrence. Another important predictor of choledocholithiasis recurrence in obese patients was the method of primary surgery on the gallbladder and bile ducts.

**Conclusion.** The recurrence of choledocholithiasis in patients with obesity, along with well-known factors, is associated with such predictors as the picture of leukocytosis before the primary operation, the methods of surgery performed, and the size of the calculus.

**Keywords:** choledocholithiasis in obese patients, minimally invasive two-stage interventions, biliary pancreatitis, obstructive jaundice.

---

**Актуальность.** По сути, холедохолитиаз отличается от клинической картины калькулезного холецистита, т.к. холедохолитиаз (ХЛ) чреват грозными осложнениями, со стороны ЖВП, как острый или гнойный холангит, так влекущий за собой сепсис. На сегодняшний день, без альтернативной в диагностике и малоинвазивном лечении ХЛ, остаются эндоскопические вмешательства, в виде эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) с эндоскопической сфинктеротомией (ЭПСТ). Однако не потеряла своего значения и одноэтапная лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, литоэкстракция с дренированием холедоха [1-3]. При этом до сих пор отсутствует однозначный подход в лечении ХЛ, т.к. проведенные, в ведущих клиниках сравнительные анализы результатов одноэтапных и двух этапных

вмешательств по показателям послеоперационных осложнений и летальности, значительных преимуществ того или иного способа не выявила [4, 5]. Единственным преимуществом двухэтапных вмешательств считалась уменьшение пребывания пациента в послеоперационном периоде, что подтверждено и другими исследователями [3, 6].

По данным разных авторов частота послеоперационных осложнений у пациентов с ХЛ, составляет от 8% до 10%, включая рецидив ХЛ, послеоперационный панкреатит и ятрогенное повреждение сфинктера Одди. При этом по мнению других авторов холедохотомия с дренированием холедоха на Т-образной трубке, считается методом выбора, с наилучшими непосредственными результатами [7, 8].

Признавая разноречивость выводов касательно способов лечения ХЛ,

группа авторов на собственном материале выявили, что частота рецидива ХЛ после эндоскопических вмешательств составляла 7%, после двухэтапных операций - 18,5%, а после одноэтапных - 14,1% случаев [9]. Т.е. высокий показатель частоты рецидива ХЛ, отмечается у пациентов, перенесшие двухэтапные оперативные вмешательства. Последнее зачастую связывают с анатомией дистального отдела холедоха и последствиями ЭПСТ, негативно влияющий на пассаж желчи. Но невозможно исключить и другие факторы, как размер конкремента, диаметр холедоха, анамнез заболевания, сопутствующая патология и возраст пациента, что подтверждены исследованиями многих авторов [10,11].

Таким образом, вопрос одно- или двухэтапной тактики лечения ХЛ, факторы, приводящие к рецидиву заболевания, до сих пор остается предметом активного обсуждения специалистов [12,13].

**Цель исследования.** Определить возможные предикторы, способствующие рецидиву холедохолитиаза у пациентов с ожирением.

**Материал и методы исследования.** Исследование основано на 116 пациентах с ХЛ, на фоне ожирения разной степени. Пациенты оперированы за период 2000 по 2021 годы, на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». При этом средний период времени после холецистэктомии ( $n=43$ ) составила 21,8 месяца. Пациенты, оперированные как в холедохе, так и в печени и под-

желудочной железы, т.е. проведенные сложные оперативные вмешательства, были исключены из исследования. Подтверждение факта ХЛ у 27 (23,3%), которые были выявлены в течение последних 3-х месяцев после холецистэктомии, были отнесены к группе резидуального ХЛ, т.к. закономерно предполагали «забытые» камни. Среди пациентов мужчин было 17 (14,7%), женщин – 99 (85,3%). Доминирование женщин закономерно связано с более частой встречаемостью ЖКБ у женщин. Средний возраст больных варьировал в пределах  $61,1 \pm 17,9$  лет. Пациентов с абдоминальным ожирением (АО) I-ой степени было 38 (32,8%), II-ой степени – 57 (49,1%), III степени – 14 (12,1%) и IV-ой степени – 7 (6,0%) больных. Показатели АО были считаны по индексу массы тела (ИМТ) более 30 кг/м<sup>2</sup>, отношение объема талии к объему бедер более 0,85 у женщин и более 1,0 у мужчин. Степень ожирения определяли по ИМТ, используя классификацию ожирения по ИМТ ВОЗ (1997). По прошедшим способом операций, больные были распределены на 2 группы: 1-ую основную группу составили 60 (51,7%) больных, перенесшие сочетанные миниинвазивные вмешательства и 2-ую, контрольную – 56 (48,3%) больных, перенесшие неотложные традиционные вмешательства (табл. 1).

Анализ частоты встречаемости АО различной степени в исследуемых группах показал, что в основной группе первая и вторая степени АО отмечались в 81,7% ( $n=49$ ) случаев, а в контрольной группе - в 82,1% ( $n=46$ ) случаев ( $p>0,05$ ). АО III и IV степени, которые

**Таблица 1.****Распределение пациентов с холедохолитиазом на фоне ожирения (n=116)**

Степень АО	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=56)		p	Всего (n=116)	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
I	20	33,3	18	32,1	>0,05	38	32,7
II	29	48,3	28	50,0	>0,05	57	49,1
III	8	13,3	6	10,7*	>0,05	14	12,1
IV	3	5,0	4	7,1**	>0,05	7	6,1

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*с поправкой Йетса, \*\*по точному критерию Фишера)

представляли наиболее тяжелый контингент больных ХЛ, в основной группе составили 18,3% (n=11), напротив 17,9% (n=10) – группы сравнения.

Больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МР-холангиография, ЭРХПГ).

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи прикладного пакета IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp., 2012, США) на ПК. Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Высчитывались общие тенденции для количественных выборок в виде среднего значения (M) и его ошибки ( $\pm SE$ ). Парные сравнения независимых количественных выборок проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные – по Н-критерию Крускала-Уоллиса. Парные сравнения независимых качественных выборок проводились по критерию  $\chi^2$ , в том числе с поправкой Йетса и по точному критерию Фишера. Для оценки связи между рецидивом ХЛ у лиц с ожирением и факторами риска определяли отношение шансов (ОШ)

с вычислением 95% доверительного интервала (95% ДИ) и с оценкой статистической значимости. Полученные значения считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ возможных предикторов, способствующие рецидиву ХЛ у пациентов с ожирением, были основаны на ранее проведенных подобных исследований [11,12]. Именно такие факторы, как степень ожирения (ИМТ), выраженность билирубинемии до первичной операции, диаметр холедоха, размер и количество конкрементов, а также немаловажное значение было удалено одно- и двухэтапным эндоскопическим вмешательствам, что несомненно при определенных обстоятельствах являлись одним из факторов рецидива ХЛ у пациентов с ожирением.

Общая характеристика исследуемых пациентов в сравниваемых группах приведены в таблице 2.

Как показывает таблица 2, между группами сравнения не было значительных различий по основным параметрам, как ИМТ, показатели общего билирубина, ферментов печени, СРБ,

**Таблица 2.****Общая характеристика исследуемых пациентов (n=116)**

Показатели	OГ (n=60)	ГС (n=56)	P
	M±m	M±m	
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	24,1±3,2	23,7±2,9	>0,05
Общ. билирубин, мкмоль/л	59,3±4,8	62,7±5,1	>0,05
Прям. билирубин, мкмоль/л	4,9±0,23	4,8±0,35	>0,05
АлАТ, мкм/мл/ч	0,54±0,07	0,52±0,01	>0,05
АсАТ, мкм/мл/ч	0,89±0,06	0,87±0,03	>0,05
СОЭ, мм/ч	15,1±1,32	15,2±1,27	>0,05
СРБ, мг/л	167,3±11,5	171,8±12,1	>0,05
Диаметр холедоха, мм	13,6±0,9	13,4±0,8	>0,05
Размер конкремента, мм	1,8±0,6	1,7±0,4	>0,05
Множественные конкременты, абс (%)	14 (23,3)	11 (19,6)	>0,05*
Дооперационная ЭРХПГ, абс (%)	43 (71,7)	7 (12,5)	<0,001*
Дооперационная ЭПСТ, абс (%)	31 (51,7)	4 (7,1)	<0,001*
Лапароскопические вмешательства, абс (%)	49 (81,7)	-	
Средняя продолжительность операции, M±m	154,2±12,6	177,3±14,9	<0,05
Среднее пребывание больного на койке, M±m	7,9±0,8	10,5±1,2	<0,01

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по У-критерию Манна-Уитни, \*по критерию  $\chi^2$ )

диаметра холедоха и размеров конкрементов. Существенных различий также не наблюдалось в АЛТ, общий билирубин, прямой билирубин, СОЭ, СРБ, множественные конкременты, диаметр конкремента, по предоперационной ЭРХПГ, продолжительности операций и среднее пребывание больных.

Продолжительность госпитализации и время операции также показали существенные различия. Средняя продолжительность госпитализации в основной группе составила 7,9±0,8 дней (диапазон, 4-34 дня), в контрольной - 10,5±1,2 дня (диапазон 5-36 дня) ( $p<0,01$ ). Среднее время работы единовременной группы – 154,2±12,6 минуты (диапазон, 75-360 минут), а для повто-

ряющейся группы – 177,3±14,9 минут (диапазон 138-307 минут) ( $p<0,05$ ).

Анализ факторов, приводящих к рецидиву ХЛ у 11 (18,3%) пациентов основной группы с рецидивным ХЛ, показало, что дооперационный лейкоцитоз (лейкоциты  $\geq 11000 / \text{мкл}$ ), лапаротомный способ первичной операции, дренажирование холедоха Т-образным дренажом, длительный срок пребывания в стационаре ( $\geq 21$  дней) и длительный промежуток времен при операции ( $\geq 240$  минут), были значительно связаны с развитием рецидива (табл. 3).

Непарадоксально, что многие авторы [10-13] развитие послеоперационного холедохолитиаза связывают с такими факторами, как структура холедоха, стеноз БДС, периампулярным

Таблица 3.

## Предполагаемые факторы риска рецидива ХЛ у лиц с ожирением

Наименование факторов	Одномерный анализ		Многофакторный анализ	
	ОШ (95% ДИ)	p	ОШ (95% ДИ)	p
Возраст (лет)	0,99 (0,96-1,02)	0,523		
Мужчина	0,77 (0,33-1,79)	0,542		
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	0,88 (0,77-1,01)	0,072		
Лейкоцитоз (WBC≥11,000/uL)	2,89 (1,09-7,70)	0,033*	3,43 (1,21-9,73)	0,021*
Перенесенный ЭПСТ	0,59 (0,16-2,14)	0,422		
Открытые операции	4,21 (3,51-4,91)	0,042*	5,54 (4,73-6,35)	0,037*
Дренирование холедоха Т-образной трубкой	2,90 (1,18-7,31)	0,020*	2,82 (1,04-7,65)	0,042*
Продолжительность госпитализации ( $\geq 21$ сут.)	3,86 (1,24-13,28)	0,032*	1,65 (0,38-7,15)	0,503
Продолжительность операц. ( $\geq 240$ мин.)	2,95 (0,90-9,66)	0,053	2,05 (0,55-7,60)	0,284

Примечание: \* – отмечены статистически значимые показатели

дивертикулом, дуодено-холедохеального рефлюкса, а также наличие паразитов в гепатикохоледохе, предрасполагающие к застою и создании условий для чрезмерного бактериального роста и ее дислокации. В тоже время есть мнения, что размер конкремента в холедохе, ее количество, дилатация самого гепатикохоледоха, резкий угол ее наклона, перенесенная ЛХЭ или ЭПСТ в анамнезе, являются несомненными факторами рецидива ХЛ.

Наше исследование показало, что возможными факторами риска послеоперационного рецидива ХЛ, наряду с вышеизложенными также считаются, наличие лейкоцитоза до проведения первичной операции ( $WBC \geq 11000 / \text{мкл}$ ), ЛХЭ и дренирование холедоха Т-образной трубкой.

При этом следует не забывать, что причинами лейкоцитоза у больных с ХЛ могут быть и другие воспалительные сопутствующие патологии. Однако в нашем исследовании сопутствующие патологии, которые могли бы привести к лейкоцитозу, как пневмония, пиелонефрит и воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, составили лишь 6,9% ( $n=8$ ) пациентов.

Закономерно, что воспалительный процесс оказывает значительное влияние на механизм ХЛ. Раннее авторами проведены исследования, касательно убеждений, что окислительный стресс при ХЛ способствует дисфункции митохондрий в гепатоцитах, что считается ведущим фактором, приводящий к некрозу.

При этом малоновый диальдегид, как продукт окислительного стресса,

**Таблица 4.**

**Некоторые показатели процессов ПОЛ и уровня лактата плазмы крови у пациентов с холедохолитиазом на фоне ожирения**

Показатели	Здоровые (n=15)	Степень ожирения				p
		I (n=20)	II (n=29)	III (n=8)	IV (n=3)	
ДК, опт.пл / мг. ед	1,2±0,05	1,29±0,13	1,38±0,17	1,49±0,10*	1,53±0,05*	<0,05
МДА, мкмоль/л	2,24±0,01	3,3±0,11***	3,9±0,10***	4,2±0,11***	4,9±0,21***	<0,001
СOD, усл. ед.	17,5±0,1	14,8±0,5***	12,2±0,21***	10,3±0,3***	7,7±0,3***	<0,001
Лактат плазмы крови, мкмоль/л	1,0±0,01	1,6±0,04***	1,9±0,01***	2,3±0,05***	3,0±0,07***	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между степенями ожирения (по Н-критерию Крускала-Уоллиса), \* $p<0,05$ , \*\*\* $p<0,001$  – при сравнении с группой здоровых лиц (по U-критерию Манна-Уитни)

чрезвычайно цитотоксичен и вызывает повреждение клеточных мембран и внутриклеточных макромолекул, что происходит в основном за счет нарушения оттока желчи и образования камней (табл. 4).

Результаты полученных данных показали, что вследствие нарушения оттока желчи, в последующем дислокаций бактерий у пациентов с ХЛ, в зависимости от степени ожирения, соответственно отмечается повышение уровня продуктов ПОЛ, в частности ДК, достигая  $1,29\pm0,13$  опт. пл/мг. ед. при I-ой степени ожирения,  $1,53\pm0,05$  опт. пл/мг. ед. – при IV степени ( $p<0,05$ ), МДА при I-ой степени ожирения составило  $3,3\pm0,11$  мкмоль/л, при IV степени -  $4,9\pm0,21$  мкмоль/л соответственно ( $p<0,001$ ). При этом отмечается снижение уровня СОД с  $14,8\pm0,5$  усл. ед. при I-ой степени ожирения, до  $7,7\pm0,33$  усл. ед. при IV-ой степени ( $p<0,001$ ). Немаловажное значение у пациентов с ХЛ на фоне ожирения имело место повышение показателей уровня лакта-

та плазмы крови ( $1,6\pm0,04$  мкмоль/л и  $3,0\pm0,07$  мкмоль/л при I-ой и IV степени ожирения ( $p<0,001$ ) соответственно), что говорило о выраженности местных изменений стенок гепатикохоледоха, на фоне длительной ее обструкции.

Вместе с тем можно заключить, что одним из патогенетических механизмов повреждения стенок гепатикохоледоха при ХЛ, возможно является воздействие агрессивных аутооксидов и наиболее агрессивных биохимических субстратов, т.е. свободных радикалов. Их образование в дальнейшем приводит к дисфункции митохондрий в гепатоцитах, нарушению кровообращения в самой гепатикохоледохе, с последующим ее стенозом и стриктуры.

В связи с изложенным, несомненно, лейкоцитоз в дооперационном периоде считается одним из предикторов рецидива ХЛ, поскольку он влияет на уровень воспаления не только местного характера, но и в целом состояния пациентов с ХЛ на фоне ожирения.

Другим немаловажным предиктором возникновения рецидива ХЛ у пациентов с ожирением, считалось способ первично выполненной операции на желчном пузыре и ЖВП. Закономерно после лапароскопических операций число рецидива заболевания была намного меньше, чем при открытых (6,7% и 30,3% соответственно). Так как исследование является ретроспективным, и не исключено, что пациенты, оперированные традиционными открытыми способами, относились к «сложной» группы больных, чему и способствовало высокий процент рецидива, относительно лапароскопическим вмешательствам. Следовательно, можно заключить, что связь между лапароскопическим вмешательствам и уменьшением рецидивов, предполагает высокую вероятность систематической ошибки отбора.

**Заключение.** Рецидив холедохолитиаза у пациентов с ожирением наряду с общеизвестными факторами, связанны с такими предикторами, как картина лейкоцитоза до первичной операции, проведенных способов операций и размеров конкремента. Связь между лапароскопическим вмешательством и уменьшением рецидивов, предполагает высокую вероятность систематической ошибки отбора.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Ярошак С.В. и др. Лапароскопическая лазерная холедохолитотрипсия. Вестник неотложной и восстановительной хирургии.2019;1(4):8-10.
2. Беспалова И.Д., Рязанцева Н.В., Калюжин В.В., Дзюман А.Н. и др. Клинико-морфологические параллели при аб-
- доминальном ожирении. Бюллетень СО РАМН.2014;4(34):51-58.
3. Махмадов Ф.И., Каримов П.Ш., Мирбегиев Дж. Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском. Вестник Авиценны. 2019;1(21):121-128.
4. Махмадов Ф.И., Махмадёров Х.Ш., Мирбегиев Дж. Улучшение результатов острого билиарного панкреатита. Здравоохранение Таджикистана.2018;4(339):25-30.
5. Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О., Антонюк О.С. и др. Сравнительный анализ традиционных и малоинвазивных методик лечения холедохолитиаза. Университетская клиника.2019;4(33):8-10.
6. Li ZQ, Sun JX, Li B, Dai XQ, Yu AX, Li ZF. Meta-analysis of singlestage versus two-staged management for concomitant gallstones and common bile duct stones. J Minim Access Surg 2020;16:206-214.
6. Singh AN, Kilambi R. Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic cholecystectomy for patients with gallbladder stones with common bile duct stones: systematic review and meta-analysis of randomized trials with trial sequential analysis. Surg Endosc 2018;32:3763-3776.
7. Schacher FC, Giongo SM, Teixeira FJ, Mattos ÂZ. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis: a meta-analysis. Ann Hepatol 2019;18:595-600.
8. Gantois D, Goudard Y, Bourgouin S, Pauleau G, de La Villéon B, Balandraud P. One-stage laparoscopic procedure versus two-stage procedure in the management of common bile duct stones in patients aged 75 and more. J Visc Surg 2020;157:99-106.
9. Yoo ES, Yoo BM, Kim JH, et al. Evaluation of risk factors for recurrent primary common bile duct stone in patients with cholecystectomy. Scand J Gastroenterol 2018;53:466-470.

10. Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Lorente-Herce JM, JiménezRiera G, Sánchez-Gálvez MÁ. Choledocholithiasis recurrence following laparoscopic common bile duct exploration. Cir Esp 2019;97:336- 342.

11. Al-Temimi MH, Kim EG, Chandrasekaran B, et al. Laparoscopic common bile duct exploration versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis found at time of laparoscopic cholecystectomy: analysis of a large integrated health care system database. Am J Surg 2017;214:1075-1079.

12. Gomez D, Cabrera LF, Villarreal R, et al. Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography: a case series from a referral center in Bogota, Colombia. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2020;30:267-272.

## ХУЛОСА

**Ф.И. Маҳмадзода, Ф.Н. Наҷмудинов**

### МУАЙЯН НАМУДАНИ ПЕШГҮИҲОИ ЭҲТИМОЛИИ ХО- ЛЕДОХОЛИТИАЗИ ТАҚРОРША- ВАНДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФ- ТОРИ ФАРБЕҲӢ

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян намудани пешгӯиҳои имконпазир, ки ба тақроршавии холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ мусоидат мекунанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар асоси таҳлили 116 беморони гирифтори холедохолитиаз дар заминай бемории фарбехии дараҷаҳои гуногун асос ёфтааст. Аз он ҷумла, 38 (32,8%) беморони фарбехии шикам

дараҷаи якум, 57 (49,1%) - дараҷаи 2-юм, 14 (12,1%) - дараҷаи 3-юм ва 7 (6,0%) нафар беморон дараҷаи 4-ум буданд. Аз рӯи усулҳои анҷомдодашудаи ҷарроҳӣ беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум аз 60 нафар беморон (51,7%), ки амалиёти омехтаи каминвазивӣ ва гурӯҳи 2-юм, назоратӣ – 56 нафар (48,3%) беморони ёрии таъчили даҳолати анъанавӣ гузаронида шудаанд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Таҳлили омилҳое, ки боиси тақроршавии холедохолитиаз дар 11 (18,3%) беморони гурӯҳи асосии гирифтори холедохолитиази тақрорӣ нишон дода шудаанд, лейкоцитозҳои пеш аз ҷарроҳӣ, усули лапаротомии амалиёти аввалия, дренажкунии холедоҳ бо дренажи Т-шакл, бистарии тӯлонӣ дар беморхона ва муддати тӯлони давомнокии амалиёт бо рушди рецидив ба таври назаррас алоқаманд буданд. Боз як пешгӯии муҳими пайдоиши тақрори холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ усули ҷарроҳии ибтидой дар талҳадон ва роҳҳои талҳагузар ба ҳисоб мерафт.

**Хулоса.** Тақроршавии холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ дар баробари омилҳои маълум бо ҷунун пешгӯиҳо, ба монанди тасвири лейкоситоз пеш аз амалиёти ибтидой, усулҳои ҷарроҳии гузаронидашуда ва андозаи санг вобастагӣ дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ, мудохилаҳои думарҳилаи минималии инвазивӣ, панкреатити билиарӣ, зардпарвии механикӣ.