

Максименков А.В., Маады А.С., Бруслик С.В. и др.  
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА «РАНДЕВУ» НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ С НАРУЖНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА «РАНДЕВУ» НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ С НАРУЖНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Максименков А.В., Маады А.С.,  
Бруслик С.В., Левчук А.Л.\*,  
Свиридова Т.И., Сининкина Д.В.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический  
Центр им. Н.И. Пирогова», Москва

DOI: 10.25881/20728255\_2025\_20\_1\_158

**Резюме.** Представлено клиническое наблюдение пациентки, в анамнезе оперированной в августе 2023 г. по поводу желчнокаменной болезни. В процессе оперативного вмешательства – лапароскопической холецистэктомии, отмечен ряд осложнений, которые потребовали повторных операций, дренирования общего желчного протока (ОЖП). В послеоперационном периоде произошла миграция дренажа ОЖП с клинической картиной желчного перитонита. Была выполнена релапаротомия, холедохолитотомия, литоэкстракция, редренирование ОЖП по Керу. В связи с дислокацией дренажа Кера был установлен дренаж в подпеченочное пространство, по которому сохранялось устойчивое наружное желчеистечение. Пациентке проведено многоэтапное эндоскопическое и хирургическое лечение, в результате которого пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку восстановлен. Наружный желчный свищ закрылся. Качество жизни пациентки улучшилось.

**Ключевые слова:** наружное желчеистечение после холецистэктомии, комбинированная методика «рандеву», стентирование ОЖП.

### Введение

С появлением лапароскопической холецистэктомии в лечении желчнокаменной болезни, помимо неоспоримых преимуществ, отмечается и рост осложнений, связанных с этой методикой, такие как: повреждение внепеченочных желчных протоков (ЖП), резидуальный холедохолитиаз, наружное и внутрибрюшное желчеистечение, кровотечение и т.д. Использование современных эндоскопических методик позволяет справиться с рядом вышеуказанных осложнений путем выполнения эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭРХПГ), рентгенохирургической чрескожно-чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) с использованием стентов. Важным аспектом стентирования ЖП является выбор доступа (антеградный или ретроградный) в зависимости от характера патологии и уровня поражения протоков (проксимальный, дистальный). Ретроградное эндоскопическое дренирующее вмешательство (РХПГ, ЭПСТ, стентирование) является наиболее физиологичным, менее инвазивным и относительно легко переносится пациентами. В по-

следнее время широкое распространение получили комбинированные методики (метод «Рандеву») при эндоскопических вмешательствах на дистальных отделах ЖП, т.к. они расширяют показания и возможности эндоскопического доступа при холедохолитиазе, стриктурах дистальных отделов общего ЖП и позволяют выполнить стентирование протоков при их повреждениях.

Операция «Рандеву» (встречная методика) – это современный подход удаления камней из ЖП. «Рандеву» является одномоментной или последовательной комбинацией двух миниинвазивных операций: эндоскопической холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и лапароскопической холецистэктомии в случаях наличия конкрементов в желчном пузыре и общем желчном протоке (ОЖП). Такой подход позволяет ликвидировать и сами конкременты из ЖП и их источник – желчный пузырь. В классическом варианте методика «Рандеву» – это одномоментное или последовательное сочетание ЧЧХС и ЭРПГ (с выполнением папиллосфинктеротомии) (ЭПСТ) и возможностью стентирования ОЖП путем прове-

### EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC USE OF THE COMBINED METHOD «RENDEZVOUS» ON THE DISTAL SECTION OF THE COMMON BILE DUCT IN RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS WITH AN EXTERNAL BILIARY FISTULA

Maksimov A.V., Maady A.S., Bruslik S.V., Levchuk A.L.\* , Sviridova T.I., Sininkina D.V.  
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

**Abstract.** The article presents a clinical observation of patient N., 74 years old, with a history of surgery in August 2023 for cholelithiasis. During the surgical intervention, a number of complications were noted that required repeated operations and drainage of the common bile duct. In the postoperative period, drainage migrated with a clinical picture of biliary peritonitis. Relaparotomy, choledocholithotomy, lithoextraction, and redrainage of the common bile duct according to Kehr were performed. Due to the dislocation of the Kehr drainage, a drainage was installed in the subhepatic space, through which persistent external bile leakage was maintained. The patient underwent multi-stage endoscopic surgical treatment, as a result of which the passage of bile into the duodenum was restored. The external biliary fistula closed. The patient's quality of life improved.

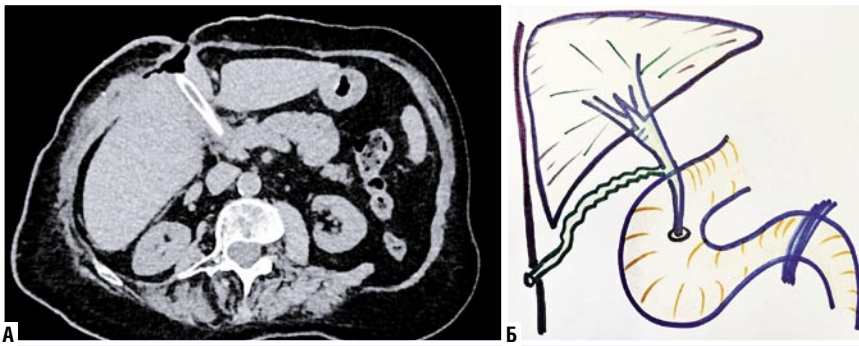
**Keywords:** external bile discharge after cholecystectomy, combined «rendezvous» technique.

дения струны-направителя антеградным путем для последующего ретроградного стентирования по струне с визуальным эндоскопическим контролем.

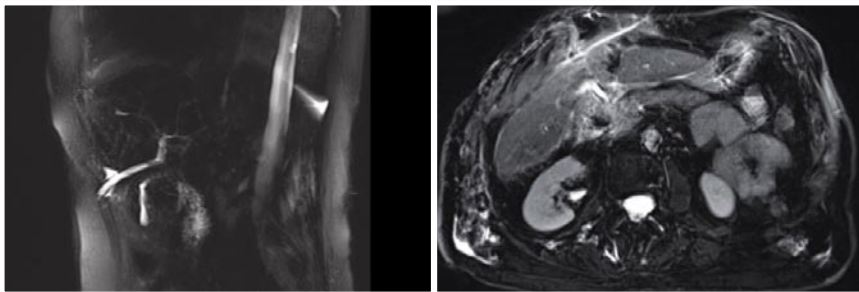
### Клиническое наблюдение

Пациентка Н., 73 лет, ИБ 35718, проходила лечение в 2023 г. в одном из стационаров Москвы, где ей была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. В ходе операции диагностирован короткий пузырный проток, расширение холедоха до 10–11 мм, в связи с чем произведена конверсия, установлен дренаж ОЖП по Холстеду через культю пузырного протока. Через 6 суток после операции произошла миграция дренажа из ОЖП с клинической картиной местного неотграниченного желчного перитонита. В экстренном порядке выполнена операция – релапаротомия, холедохолитотомия, литоэкстракция, редренирование ОЖП по Керу, санация и дренирование брюшной полости. 03.10.2023 г. произошла дислокация дренажа Кера, установлен дренаж в подпеченочное пространство (Рис. 1 А). Сохранялось устойчивое наружное жел-

\* e-mail: talisman157@yandex.ru



**Рис. 1.** Несформированный наружный жёлчный свищ ОЖП, открывающийся в правом подреберье: А – КТ органов брюшной полости с контрастированием дренажа в подпеченочном пространстве; Б – схема наружного жёлчного свища ОЖП после холецистэктомии и дислокации дренажа Кера. Суточное жёлчеистечение 150–200 мл.



**Рис. 2.** МРТ печени в холангиогенном режиме. Стеноз ОЖП на уровне установленного подпеченочного дренажа.

чеистечение до 150 мл по дренажу и парадренажно (Рис. 1 Б). 30.10.2024 г. пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение НМХЦ им. Пирогова для дальнейшего лечения. При поступлении у пациентки выявлен дефект ОЖП с формированием неполного наружного билиарного свища.

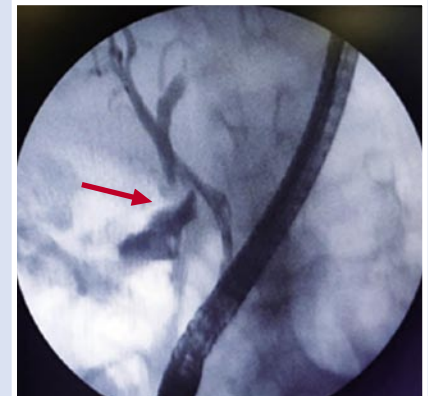
При дообследовании (УЗИ, КТ, МРТ, ЭндоУЗИ) диагностирована рубцовая стриктура терминального отдела ОЖП с наружным жёлчным свищом (Рис. 2). Принято решение о выполнении эндоскопического стентирования ЖП.

Первым этапом 31.10.2024 г. была выполнена попытка РХПГ, билиарного стентирования. Контрастное вещество поступало в дистальную часть ЖП и далее сбрасывалось в подпеченочный силиконовый дренаж. Ввиду рубцовых изменений в области большого дуоденального сосочка, его извитого хода, попытка проведения струны-проводника в вышележащие отделы ЖП не удалась (Рис. 3).

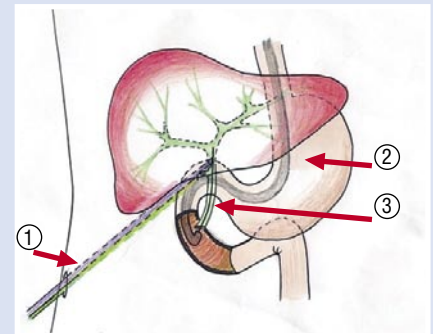
01.11.2024 г. вторым этапом была успешно выполнена попытка стентирования ОЖП по «рандеву» методике: под сочетанным (эндоскопическим и

рентгенологическим) контролем, по рабочему каналу бронхоскопа, проведенного через наружный билиарный свищ в дефект холедоха, а затем в двенадцатиперстную кишку проведена струна-проводник. Далее по проводнику направителю выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия, канюляция ОЖП (Рис. 4). Был установлен пластиковый стент ОЖП длиной 10 см, диаметром 10 Fr. Проксимальный конец стента расположен около конфлюенса, а дистальный выступает в просвет двенадцатиперстной кишки на 1 см через папиллу.

Через 6 суток после стентирования ОЖП жёлчеистечение по дренажу прекратилось. 13.11.2023 г. отмечено изменение характера отделяемого из области свища. В рану открылся толстокишечный свищ из области правого изгиба ободочной кишки. На фоне проведения перевязок свищ закрылся самостоятельно. После стабилизации состояния пациентка вновь была госпитализирована в Пироговский Центр для реконструктивно-восстановительной операции. 08.07.2024 выполнена срединная лапаротомия. Выявлен дефект размерами 1×1 мм в супрадуоденальной части



**Рис. 3.** Ретроградная эндоскопическая холангиография. Контрастированы внутрипеченочные желчные протоки, область конфлюенса с дефектом (затеком контраста) в области средней трети ОЖП.



**Рис. 4.** Ретроградное эндоскопическое стентирование ОЖП по струне, проведенной антеградно через бронхоскоп, установленный через наружный желчный свищ до дефекта ОЖП. 1 – фиброbronхоскоп в канале наружного жёлчного свища; 2 – гастродуоденоскоп; 3 – пластиковый стент в ОЖП.

ОЖП, из которого поступала желчь. В просвете ОЖП обнаружен пластиковый стент, инкрустированный жёлчными конкрементами. После его удаления произведена проверка проходимости внепечёночных ЖП, которая не выявила препятствий (Рис. 5 А). Был установлен временный дренаж Кера в ОЖП через дефект стенки холедоха (Рис. 5 Б). Учитывая результаты интраоперационной диагностики от выполнения планируемой реконструктивно-восстановительной операции решено воздержаться.

В послеоперационном периоде у пациентки развился холангит, проводилась консервативная терапия с положительной динамикой. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана на 17-е сутки после операции.

Максименков А.В., Маады А.С., Бруслик С.В. и др.  
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА «РАНДЕВУ» НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ С НАРУЖНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

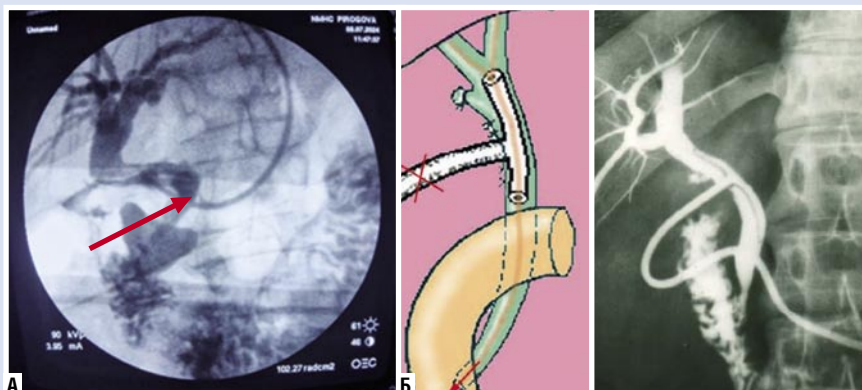


Рис. 5. А – интраоперационная холангиография. Пассаж и эвакуация контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку не нарушена. Б – схема установленного временного дренажа Кера в ОЖП через дефект стенки холедоха с интраоперационной холангиограммой.



Рис. 6. Фистулохолангиография через дренаж Кера перед его удалением. Контрастное вещество свободно заполняет билиарное дерево с поступлением в двенадцатиперстную кишку.

22.08.2024 г. госпитализирована в плановом порядке для удаления дренажа Кера. При контрольной фистулографии отмечается проходимость контрастного вещества по ЖП и адекватный сброс в двенадцатиперстную кишку (Рис. 6).

29.08.2024 г. дренаж Кера удалён. Свищевой ход после удаления дренажа Кера зажил вторичным натяжением.

### Заключение

Широкое внедрение в хирургическую практику миниинвазивных технологий при лечении пациентов с повреждением ЖП при выполнении холецистэктомии, сопровождающимся желчеистечением, позволяет значительно расширить возможности оказания хирургической помощи без открытых оперативных вмешательств. Выполнение ретроградного транспилярного эндоскопического стентирования способствует эффективному прекращению желчеистечения и отказу от выполнения повторных хирургических вмешательств при несостоятельности культи пузырного протока, миграции дренажа из ОЖП, желчеистечении из ложа желчного пузыря, а также при краевом повреждении внепеченочных ЖП. Использование «рандеву» методики под сочетанным эндоскопическим и рентгенологическим контролем позволило восстановить непрерывность травмированного ОЖП и достичь формирования плотного каркаса, что в последующем привело к отсутствию необходимости проведения рекон-

структивно-восстановительной операции и способствовало выздоровлению пациентки.

Однако, как традиционные хирургические, так и миниинвазивные эндоскопические вмешательства имеют свой диапазон возможностей, поэтому требуют строгого дифференциального подхода и определения показаний к их применению. Взвешенность при принятии решения о стентировании и последующих реконструктивных операциях на ОЖП при жёлчном свище должна базироваться на оценке многих клинических факторов, данных инструментального исследования больного и умении прогнозировать исходы лечения.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).**

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Информационно-аналитический сборник «Хирургическая помощь в Российской Федерации в 2022 году». [Information and analytical collection "Surgical care in the Russian Federation in 2022". (In Russ.)]
2. Lucia IS, et al. The critical view of safety during laparoscopic cholecystectomy: Strasberg Yes or No? An Italian Multicentre study. *Surg Endosc.* 2021; 35(7): 3698-3708. doi: 10.1007/s00464-020-07852-6.
3. Охотников О.И., Луценко В.Д., Яковлева М.В. и др. Рентгено-хирургические рандеву-вмешательства при холедохолитиазе у пациентов пожилого возраста // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2021. – Т.26. – №3. – С.52-59. [Okhotnikov OI, Lutsenko VD, Yakovleva MV, et al. X-ray surgical rendezvous interventions for choledocholithiasis in elderly patients. *Annals of Surgical Hepatology.* 2021; 26(3): 52-59. (In Russ.)]
4. Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э. Стентовая хирургия. – М., 2020. – С.233-273. [Shevchenko YuL, Karpov OE. Stent surgery. М., 2020. P.233-273. (In Russ.)]