



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА  
КЛИНИК ТИББИЁТ  
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**  
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК  
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**  
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И  
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим  
проблемам медицины  
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом  
имени Абу Али ибн Сино  
выходит один раз в 2 месяца

*Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ*

**Редакционная коллегия:**

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),  
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),  
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,  
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,  
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

**2026, № 2 (22)**

## Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.  
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

**Телефон** (99865) 223-00-50

**Факс** (99866) 223-00-50

**Сайт** <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

**e-mail** [baymuradovravshan@gmail.com](mailto:baymuradovravshan@gmail.com)

## О журнале

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Бухарской области  
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список  
утвержденный приказом № 370/б  
от 8 мая 2025 года реестром ВАК  
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО  
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,  
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

## Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ ПРИ  
ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ****Хасанов А.Х., Шербек У.А., Рустамов И.М.**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

***Резюме.** Острый деструктивный холецистит занимает лидирующее место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а его сочетание с формированием перивезикального инфильтрата существенно увеличивает тяжесть клинического течения, осложняет диагностику и выбор оптимального хирургического вмешательства. Своевременная диагностика острого деструктивного холецистита осложняется тем, что формирование перивезикального инфильтрата существенно изменяет типичную клиническую картину заболевания. Часто наблюдается сглаженность классических симптомов, маскировка проявлений заболевания под другие острые хирургические патологии, что приводит к запоздалому обращению за медицинской помощью и поздней госпитализации больных. В результате затрудняется ранняя постановка правильного диагноза и возрастает риск развития жизнеугрожающих осложнений, таких как абсцесс, перитонит или механическая желтуха, требующих сложных и дорогостоящих методов лечения.*

***Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь; диагностика; перивезикальный инфильтрат, холецистит.*

**MODERN VIEWS ON DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS IN ACUTE DESTRUCTIVE  
CHOLECYSTITIS****Khasanov A.Kh., Sherbekov U.A., Rustamov I.M.**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

***Resume.** Acute destructive cholecystitis occupies a leading place among acute surgical diseases of the abdominal organs, and its combination with the formation of perivesical infiltrate significantly increases the severity of the clinical course, complicates diagnosis and the choice of the optimal surgical intervention. Timely diagnosis of acute destructive cholecystitis is complicated by the fact that the formation of perivesical infiltrate significantly alters the usual clinical picture of the disease. Often, the smoothing of classic symptoms is observed, the manifestations of the disease are masked by other acute surgical pathologies, which leads to late access to medical care and late hospitalization of patients. As a result, early correct diagnosis of the disease becomes difficult, and the risk of developing life-threatening complications such as abscess, peritonitis, or mechanical jaundice increases, which requires complex and expensive treatment methods.*

***Keywords:** Gallstone disease; diagnostics; perivesical infiltrate, cholecystitis.*

**ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТДА ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ТАКТИКАГА  
ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР****Хасанов А.Х., Шербек У.А., Рустамов И.М.**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон

***Резюме.** Ўткир деструктив холецистит қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари орасида етакчи ўринни эгаллайди ва унинг перивезикал инфильтрат шаклланиши билан бирга келиши клиник кечилишининг оғирлигини сезиларли даражада оширади, таххис қўйиши ва оптимал жарроҳлик аралашувини танлашни мураккаблаштиради. Ўткир деструктив холециститни ўз вақтида таххислаш перивезикал инфильтратнинг шаклланиши касалликнинг оддий клиник кўринишини сезиларли даражада ўзгартириши билан мураккаблашади. Кўпинча классик аломатларнинг силлиқлашиши, касаллик кўринишларини бошқа ўткир жарроҳлик патологиялари билан ниқоблаш кузатилади, бу эса беморларнинг тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилишига ва касалхонага кеч ётқизилишига олиб келади. Натижада касалликка эрта тўғри таххис қўйиши қийинлашади ва ҳаёт учун хавфли бўлган абсцесс, перитонит ёки механик сариқлик каби асоратлар ривожланиши хавфи ортади, бу эса мураккаб ва қиммат даволаш усулларини талаб қилади.*

***Калим сўзлар:** Ўт-тош касаллиги; диагностикаси; перивезикал инфильтрат, холецистит.*

**Актуальность.** В современных условиях большое значение приобретают инструментальные и лабораторные методы диагностики, среди которых ведущая роль принадлежит ультразвуковому исследованию (УЗИ), мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Однако существующие диагностические алгоритмы не всегда способны обеспечить высокую точность оценки степени распространения воспалительного процесса и структурных изменений в области желчного пузыря и окружающих тканей. Это диктует необходимость дальнейшего изучения эффективности и точности современных методов визуализации, а также разработки алгоритмов дифференциальной диагностики острых воспалительных заболеваний желчевыводящих путей, осложнённых перивезикальным инфильтратом. Хирургическое лечение острого деструктивного холецистита с перивезикальным инфильтратом является сложной и актуальной проблемой современной хирургии. Вопрос выбора оптимального оперативного вмешательства остаётся спорным: одни авторы выступают за раннюю холецистэктомию с активной санацией очага воспаления, другие предлагают консервативную терапию с отсроченной операцией после стихания острого воспалительного процесса. Недостаточная определённости в тактическом подходе зачастую ведёт к повышению числа интра- и послеоперационных осложнений, что делает необходимым проведение дополнительных исследований, направленных на выработку чётких рекомендаций по хирургическому ведению пациентов этой категории.

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом, осложненным перивезикальным инфильтратом.

**Методы исследования.** Работа выполнена на базе кафедры общей хирургии СамГМУ. Исследование основано на анализе результатов лечения 172 больных ОХ, осложненным ПВИ, которые были оперированы за период 2019 – 2024 годы. Среди наблюдавшихся больных женщин было 131 (76,1%), мужчин - 41 (23,8%). Все они были в возрасте от 35 до 81 лет. В большинстве случаев - 158 (91,9%) - из 172 больных ОХ, осложненным ПВИ, пациенты оказались старше 60 лет.

Большинство наблюдавшихся больных ОХ, осложненным ПВИ, были госпитализированы позже 24 часов - 161 (93,6%) человек. Этим пациентам проводили комплексную консервативную терапию, направленную на уменьшение или купирование проявлений воспаления желчного пузыря, оперировали их в отсроченном порядке.

Результаты исследования показали, что клиничко-морфологические формы ПВИ зависели от степени выраженности патоморфологических изменений в пузырьной стенке (табл. 1).

**Таблица 1**

**Соотношение морфологических форм ОХ и клиничко- морфологических форм перивезикального инфильтрата (n=172)**

Патоморфологические формы острого холецистита	ПВИ, абс (%)			
	Рыхлый	Плотный	Плотный секвестрированный	Плотный абсцедирующий
Острый катаральный холецистит (n=29)	18 (62,0)	11 (37,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Острый флегмонозный холецистит (n=74)	12 (16,2)	18 (21,6)	25 (33,7)	19 (25,6)
Острый гангренозный холецистит (n=69)	0 (0,0)	40 (57,9)	24 (34,8)	5 (5,8)
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Всего (n=172)	30 (17,4)	69 (40,1)	49 (28,4)	24 (13,9)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между формами ОХ (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

**Результаты исследования.** Показатели ЛИИ ( $2,2\pm 0,4$  Ед и  $3,6\pm 0,4$  Ед) у больных с ПВИ секвестрированной формы и с наличием микроабсцессов были немного выше, по сравнению с показателями ПВИ рыхлой формы ( $2,1\pm 0,5$  Ед). Установлено отчетливое повышение уровней мочевины ( $12,5\pm 1,1$  ммоль/л), креатинина ( $296,6\pm 13,3$  ммоль/л) и цитолитических ферментов (АЛТ-  $0,82\pm 0,07$  ммоль/л, АСТ-  $0,87\pm 0,007$  ммоль/л) у пациентов с плотным ПВИ, осложненным абсцедированием. Чем более глубокими были морфологические изменения в стенке желчного пузыря, тем выше оказались показатели эндотоксемии у больных ПВИ. Так, при флегманозной и

гангренозной формах ОХ, осложненного ПВИ, показатели содержания МСМ достигали  $0,59 \pm 0,13$  усл. ед и  $0,86 \pm 0,08$  усл. ед соответственно.

При деструктивном холецистите и наличии плотного ПВИ секвестрированной формы либо абсцедирования наблюдается заметное повышение уровня МДА до  $4,3 \pm 0,7$  ммоль/л и  $6,9 \pm 1,0$  ммоль/л соответственно. Параллельно с этим повышение показателей МДА способствует постепенному усилению синтеза провоспалительных цитокинов. Так, показатели содержания ИЛ-6 при плотном ПВИ (некротизированном) составили  $7,31 \pm 0,96$  мг/мл, а при плотном ПВИ (с абсцедированием) –  $8,9 \pm 0,94$  мг/мл. Тогда как значения показателей ФНО $\alpha$  при этих же формах плотного ПВИ и наличии деструктивных форм ОХ составили  $5,9 \pm 0,61$  мг/мл и  $5,9 \pm 0,28$  мг/мл соответственно.

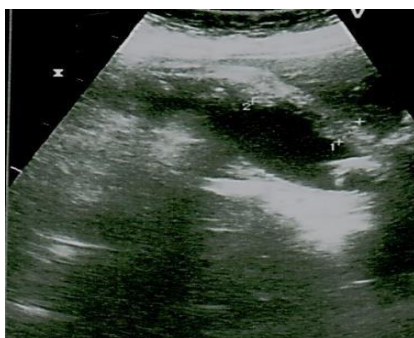
При этом необходимо отметить, что ФНО- $\alpha$  при деструктивных формах ОХ и при наличии ПВИ, активируя эндотелиальные клетки, повышает экспрессию межклеточной и сосудистоклеточной адгезии и запускает цитокиновый каскад в очагах воспаления, где усиливается выработка активных форм кислорода, стимулирующих местное тканевое повреждение. Подтверждением является повышение уровня МДА. Кроме этого, цитокин ФНО- $\alpha$  активно участвует в синтезе белков острой фазы воспаления, что усиливает продукцию СРБ, тканевых прокоагулянтов клетками системы мононуклеарных фагоцитов.

Содержание СРБ при рыхлом ПВИ составило лишь  $75,4 \pm 3,8$  мг/мл, тогда как при наличии деструктивных форм ОХ (флегмонозный и гангренозный) его концентрация равнялась  $156,5 \pm 13,4$  мг/мл и  $186,8 \pm 9,6$  мг/мл соответственно, что выше, по сравнению со здоровыми лицами.

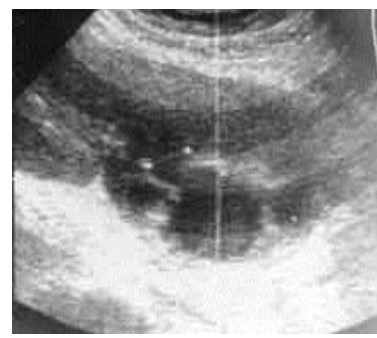
Комплексное ультразвуковое исследование проведено всем 172 (100%) больным с ПВИ при остром холецистите. Характерным признаком ПВИ являлась зона повышенной эхогенности рядом со стенкой желчного пузыря, возникающая за счет воспаления окружающих тканей.



**Рис.1. УЗИ. Перивезикальный инфильтрат при остром холецистите**



**Рис. 2. УЗИ. Плотный перивезикальный инфильтрат**



**Рис. 3. УЗИ. Перивезикальный инфильтрат с абсцедированием**

В 32 (18,6%) наблюдениях при УЗИ выявлялись эхопризнаки рыхлого ПВИ, характеризующиеся увеличением объема желчного пузыря со смазанностью его контуров, а также появление полосы низкой эхоплотности между желчным пузырем и ПВИ с наличием жидкостного скопления (рис. 1). При наличии плотного ПВИ, имеющегося в 72 (41,8%) наблюдениях, ведущими УЗ - признаками заболевания были: нечеткость, смазанность контуров желчного пузыря, гомогенность эхоструктуры ПВИ, плохая видимость структуры гепатодуоденальной связки (рис. 2). В то время как по мере прогрессирования воспалительных процессов в стенке желчного пузыря и ПВИ при плотно-некротической форме заболевания УЗ - признаками являлись: расплывчатость, смазанность контуров желчного пузыря с уплотнением структуры ПВИ и плохая визуализация гепатодуоденальной связки, изменения структуры печени и желчного пузыря, а также наличие симптома “ареола”. При абсцедировании ПВИ его УЗ - признаками являлись: смазанность контура желчного пузыря, уплотнение эхоструктуры ПВИ с образованием полостных включений, плохая визуализация гепатодуоденальной связки и наличие симптома “ареола” (рис. 3).

**Заключение.** В основе развития перивезикального инфильтрата при остром холецистите лежит локальный синтез продуктов ПОЛ, в частности малонового диальдегида. При наличии плотного перивезикального инфильтрата с секвестрацией и абсцедированием наблюдается повышение уровня МДА до  $4,3 \pm 0,7$  ммоль/л и  $6,9 \pm 1,0$  ммоль/л соответственно. Это способствует усилению синтеза провоспалительных цитокинов – показатель ИЛ-6 при плотном инфильтрате составил  $7,31 \pm 0,96$  мг/л, при абсцедировании  $8,9 \pm 0,94$  мг/л.

### Список литературы:

1. Абдулжалилов, М. К. Субоперационные технические сложности при лапароскопической холецистэктомии у пациентов с острым калькулезным холециститом (анализ серии из 677 случаев) / М. К. Абдулжалилов, А. М. Абдулжалилов, М. Р. Иманалиев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2018. - №1 (26). - С. 40-45.
2. Абдуллоев, Дж. А. Тактика лечения больных острым обтурационным холециститом у больных пожилого и старческого возраста / Д. А. Абдуллоев, М. К. Билолов, Л. А. Гуломов // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - №3. - С. 16-18.
3. Абдуллозода, Дж. А. Особенности тактика лечения больных острым обтурационным холециститом «высокого риска» / Д. А. Абдуллозода, Л. А. Гуломов, А. М. Сафарзода // Вестник Авиценны. - 2020. - Т. 22, №2. - С. 269-274.
4. Алвендова, Л. Р. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара краткосрочного пребывания: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Алвендова Лейла Ровшан. - М., 2016. - 103 с.
5. Stinton LM. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer / Stinton LM, Shaffer EA. // National Library of Medicine. -2012. -Apr. -P.172-87.
6. Szabo, K. Laparoscopic cholecystectomy - review over 20 years with attention on acute cholecystitis and conversion / K. Szabo, A. Rothe, A. Shamiyeh // European Surgery-Acta chirurgica Austriaca. - 2012. - Vol. 44 (1). - P. 28-32.
7. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis / Gomi H. [et al.]// Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. -2013. - P.60-70.
8. Toppi JT. Magnetic resonance cholangiopancreatography: utilization and usefulness in suspected choledocholithiasis / Toppi JT, Johnson MA, Page P, Fox A.// ANZ Journal of Surgery. -2016. - P.1028-32.
9. Vivek, M. A comprehensive predictive scoring method for difficult laparoscopic cholecystectomy / M. Vivek, A. J. Augustine, R. Rao// Journal of Minimal Access Surgery. - 2014. - Vol. 10. - P. 62-7.
10. Wagner, M. J. Single-port cholecystectomy versus multi-port cholecystectomy: a prospective cohort study with 222 patients / M. J. Wagner // World Journal of Surgery. - 2013. - Vol. 37. - P. 991-998

**Для цитирования:** Хасанов А.Х., Шербеков У.А., Рустамов И.М. Современный взгляд на диагностику и хирургическую тактику при остром деструктивном холецистите // Вестник фундаментальной и клинической медицины. - 2026. - № 2(22). - С. 362-365. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18648980>