

**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

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)

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Хасанов А.Х., Шербеков У.А., Рустамов И.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. Проблема диагностики и хирургического лечения острого деструктивного холецистита с перивезикальным инфильтратом активно исследуется на протяжении последних десятилетий, однако до настоящего времени многие аспекты данного вопроса остаются предметом научной дискуссии и нуждаются в дополнительном изучении. В современной медицинской литературе представлено большое количество работ, посвященных вопросам острого холецистита, однако конкретных исследований, посвящённых именно острому деструктивному холециститу, осложнённого перивезикальным инфильтратом, значительно меньше. Большинство публикаций ограничиваются лишь общими подходами и не в полной мере раскрывают детали диагностики и лечения именно этой сложной группы пациентов. Наиболее широко освещены в научной литературе вопросы общей хирургической тактики при остром холецистите, включая сроки и методы хирургического вмешательства.

Ключевые слова: острый холецистит, перивезикальный инфильтрат, хирургическое лечение, деструктивные изменения.

SELECTION OF SURGICAL TREATMENT METHOD FOR PERIWEZICAL INFILTRATED 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: acute cholecystitis, perivesical infiltrate, surgical treatment, destructive changes.

ПЕРИВЕЗИКАЛ ИНФИЛЬТРАТЛИ ХОЛЕЦИСТИТДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Хасанов А.Х., Шербеков 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, таъхис қўйиши ва оптимал жарроҳлик аралашувини танлашни мураккаблаштиради. Ўткир деструктив холециститни ўз вақтида таъхислаш 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 таъхис 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.

Калит сўзлар: Ў ўткир холецистит, перивезикал инфильтрат, жарроҳлик даволаш, деструктив ўзгариш.

Актуальность. Важным вкладом в изучение проблемы являются работы, посвящённые вопросам диагностики острого деструктивного холецистита с использованием инструментальных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ). Так, в ряде исследований представлены данные о возможностях и ограничениях различных методов визуализации при диагностике острого холецистита. Однако вопрос дифференциальной диагностики именно при наличии перивезикального инфильтрата остается недостаточно раскрытым, в том числе с позиции комплексной оценки степени поражения окружающих тканей и риска возможных осложнений. Несмотря на наличие определенных клинических рекомендаций и алгоритмов диагностики и хирургического лечения острого холецистита, международные и национальные протоколы (Tokyo Guidelines, протоколы WSES) не предлагают однозначных рекомендаций по ведению пациентов с перивезикальным инфильтратом, что оставляет широкое поле для дальнейших исследований. Важность разработки детализированных алгоритмов ведения этой категории больных неоднократно подчёркивалась в современных публикациях и материалах конференций, однако данные алгоритмы по-прежнему носят общий характер и требуют индивидуализации и уточнения.

Таким образом, несмотря на значительное количество научных публикаций по проблеме острого холецистита, тема диагностики и хирургического лечения именно деструктивных форм, осложнённых перивезикальным инфильтратом, недостаточно разработана и требует дальнейших комплексных исследований, направленных на разработку чётких рекомендаций по диагностике, оптимизации хирургических подходов и тактике ведения данной сложной группы пациентов.

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.

Результаты исследования. Применение в клинической практике системы APACHE III позволяет выявить различия в эффективности выбранного способа лечения ПВИ при ОХ. Количество больных с ПВИ и показателями тяжести по APACHE III от 0 до 10 баллов составило 60 (34,8%). Этот показатель соответствовал количеству больных в удовлетворительном и среднетяжелом состоянии. Больных с более высокими показателями APACHE III было 112 (65,1%), из них 81 (47,1%) с суммой баллов от 10 до 20 и в 31 (18,1%) случаях - более 20 баллов. Среднее значение степени тяжести по APACHE III составило $10,9 \pm 7,6$ баллов.

При наличии ПВИ и отсутствии признаков деструкции желчного пузыря приступы ОХ, как правило, купировали консервативными методами. Если же лечение оказывалось неэффективным в течение 48-72 часов, а по данным динамического УЗИ появлялись признаки деструкции желчного пузыря и более тяжелых и сложных форм ПВИ, принимали решение об оперативном вмешательстве. Выполняли различные варианты оперативных вмешательств в зависимости от тяжести общего состояния и наличия сопутствующих заболеваний. Признаками прогрессирования воспалительного процесса считали: ухудшение визуализации стенки желчного пузыря более 6 мм (нормальные значения составляют 3-4мм), обнаружение двойного контура пузырьной стенки с равномерными слоями; - увеличение объема желчного пузыря ($>70 \text{ см}^3$), удлинение размеров ($>10 \text{ см}$); - наличие «вколоченных» камней в области шейки; - нарастание гиперэхогенных участков вокруг желчного пузыря; - появление выпота в подпеченочной области; - повышение уровня СРБ до 100мг/мл, ИЛ-6-4,2ммоль/л, ФНО α - 4,4пг/мл или МДА – 4,2 пг/мл.

Выбор варианта хирургического вмешательства, в том числе малоинвазивного вмешательства, у больных ПВИ при ОХ определяется характером и степенью выраженности ПВИ и локальных изменений в стенке желчного пузыря, а также наличием местных и общих осложнений, тяжестью сопутствующих заболеваний. Четкая предоперационная оценка общего статуса и характера клинкоморфологических форм ПВИ, степени выраженности деструктивных процессов в желчном пузыре позволяет осуществить выбор наиболее патогенетически обоснованного малоинвазивного хирургического вмешательства (табл. 1).

Как видно, в 64 (37,2%) наблюдениях выполняли холецистэктомию из минилапаротомного доступа, в 34 (19,7%) - ЛХЭ, в 31 (18,0%) на первом этапе выполняли холецистотомию под УЗ-контролем, а на втором этапе - холецистэктомию и в 43 (25,1%) наблюдениях производили традиционную открытую холецистэктомию.

Характер оперативных вмешательств при перивезикальном инфильтрате у больных острым холециститом (n=172)

Название операции	Количество	В процентах
Холецистэктомия из минилапаротомного доступа	64	37,2
Лапароскопическая холецистэктомия	34	19,7
Холецистотомия под УЗ- контролем+холецистэктомия	31	18,0
Традиционная открытая холецистэктомия	43	25,1
Всего	172	100,0

Холецистэктомия из мини-доступа в своих наблюдениях мы выполняли 64 (37,2%) пациентам с ПВИ при ОХ. В качестве отбора больных к минилапаротомной холецистэктомии (МХЭ) предпочтение отдавали данным инструментальных методов исследований - УЗИ органов брюшной полости, показателям уровня СРБ, ИЛ-6, ФНОα и МДА., которые позволяют эффективно выявить клинко-морфологические формы ПВИ, истинную картину воспаления в стенке желчного пузыря. Необходимо отметить, что излишнее промедление может привести к возникновению деструктивных изменений в желчном пузыре и инфицированию ПВИ, т.к. на фоне интенсивного консервативного лечения возможно нивелирование клинических признаков деструктивных форм ОХ, осложнений со стороны ПВИ, поэтому создается ложное впечатление о благоприятном эффекте лечения, что приводит к запоздалым операциям.

МХЭ выполнялась преимущественно из правостороннего трансректального разреза. Величина доступа колебалась от 5 до 8 см, средний параметр составил $5,7 \pm 0,5$ см. Продолжительность операции при МХЭ в 29 (45,3%) наблюдениях превышала один час (максимально достигла 105 мин). На продолжительность операции повлияло то обстоятельство, что у этой категории больных в 45 наблюдениях имели место плотные инфильтраты в области шейки, что вызывало значительные затруднения технического характера и потребовало дополнительных манипуляций по выделению пузырной шейки из воспалительного инфильтрата, особенно сложнее у пациентов с деструктивными формами ОХ на фоне обтурации шейки желчного пузыря конкрементами. Во всех случаях для выявления характера микрофлоры и определения чувствительности к антибиотикам для бактериологического исследования производили забор желчи, гнойных масс и биоптаты стенки желчного пузыря.

МХЭ во всех случаях завершали дренированием брюшной полости. В 5 наблюдениях при больших и плотных ПВИ с явлением секвестрации возникла необходимость конверсии доступа в трансректальную лапаротомию.

В настоящее время все меньше предьявляется противопоказаний к проведению ЛХЭ при острым холецистите.

Большая часть больных оперировались в срочном порядке - 21 (61,7%) пациентов. ЛХЭ в экстренном порядке выполнялась в 8 (23,5%) случаях. Положительный эффект от проведенной консервативной терапии позволил отказаться от операции в срочном порядке у 5 (14,7%) больных. Эти больные были оперированы в отсроченном порядке. Однако комплексная консервативная терапия полностью не приводила к регрессу ПВИ и воспалительных изменений в желчном пузыре, напротив, отмечалось прогрессирование ПВИ, делая ЛХЭ сложной или невыполнимой.

Заключение. Данные сонографии и показатели С-реактивного белка позволяют установить клинко-морфологические формы перивезикального инфильтрата при острым холецистите. Уровень СРБ при рыхлом инфильтрате составило $75,4 \pm 3,8$ мг/л, при наличии флегмонозной и гангренозной форм острого холецистита его концентрация равнялось $156,5 \pm 13,4$ и $186,8 \pm 9,6$ мг/л. Сопоставление этих данных и интраоперационных находок во всех случаях совпадало.

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.

11. Wertz JR. Comparing the Diagnostic Accuracy of Ultrasound and CT in Evaluating Acute Cholecystitis. / Wertz JR, Lopez JM, Olson D, Thompson WM. AJR // American Journal of Roentgenology. -2018. -Aug. -P.92-97.

12. Yang, T. Evaluation of preoperative risk factor for converting laparoscopic to open cholecystectomy: a meta-analysis / T. Yang, L. Guo, Q. Wang // National Library of Medicine. - 2014. - Vol. 61. - P. 958-65

Для цитирования: Хасанов А.Х., Шербекоев У.А., Рустамов И.М. Выбор метода хирургического лечения при холецистите с перивезикальным инфильтратом // Вестник фундаментальной и клинической медицины. - 2026. - № 2(22). - С. 395-398. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18656845>