

**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. Ўзбекистон Мустақиллиги, 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)

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ

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

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. 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.

WAYS TO IMPROVE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECISTITIS WITH COMPLICATIONS

Sherbekov U.A., Khasanov A.Kh., Rustamov I.M.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. 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.

АСОРАТЛАРИ БЎЛГАН ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ

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

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон

Резюме. 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 ётқизишига 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.

Калим 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 (Токуо 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. 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.

Стандартная ЛХЭ была выполнена 18 (52,9%) пациентам, ЛХЭ "от дна" - 7 (20,6%), ЛХЭ по Прибраму - 5 (14,7%) и субтотальная ЛХЭ - 4 (11,8%) больным.

В 7 наблюдениях при ПВИ у больных ОХ выполняли ЛХЭ «от дна». Показанием к ЛХЭ «от дна» являлось наличие плотного ПВИ в зоне шейки желчного пузыря при условии выраженности субсерозного слоя в области ложа желчного пузыря и отсутствии гепатита, ассоциированного с циррозом печени.

При высокой вероятности развития кровотечения из ложа желчного пузыря в 5 (14,7%) наблюдениях выполнялась ЛХЭ по Прибраму. При этом удалялась свободная часть желчного пузыря с сохранением его стенки, прилежащей к печени, что позволяет избежать развития выраженного паренхиматозного кровотечения. Важным моментом проведения ЛХЭ по Прибраму является перевязка или клипирование пузырной артерии и пузырного протока, а также диатермокоагуляция слизистой оболочки на оставляемых стенках желчного пузыря.

При значительных трудностях и сложностях, а также невозможности лигирования (клипирования) пузырного протока из-за выраженного плотного ПВИ в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки в 4 случаях была выполнена субтотальная ЛХЭ.

При выполнении ЛХЭ при ПВИ у больных ОХ в 4 наблюдениях пришлось перейти на конверсию. Причиной перехода на лапаротомию у 2 больных была невозможность эндоскопической остановки кровотечения из пузырной артерии в воспалительных тканях печеночно-двенадцатиперстной связки. Еще в 2 случаях причиной перехода на конверсию было повреждение внепеченочных желчных протоков, для коррекции которых выполнялось ушивание раны общего желчного протока на Т-образном дренаже.

В своих исследованиях в 31 (18,0%) наблюдениях мы выполняли двухэтапные оперативные вмешательства при ПВИ, развившегося на фоне ОХ.

Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) под УЗ контролем была выполнена 22 больным с ПВИ при ОХ. ЧЧМХС под УЗ-контролем выполняли по следующей методике. Для проведения ЧЧМХС использовали специальные дренажи, которые обеспечивают высокую точность и безопасность выполнения вмешательства. Чрескожно-чреспеченочную пункцию выполняли одноразовыми иглами Chiba 22G (0,7мм) под местной анестезией. Операционная навигация осуществлялась определением предполагаемого места пункции ультразвуковым сопровождением после сканирования правого подреберья конвексным 3,5 МГц датчиком ультразвукового аппарата "Toshiba".

Под контролем УЗИ выбирали точку на поверхности кожи, которая соответствовала кратчайшему расстоянию между просветом желчного пузыря и датчиком. Важное значение при этом придавали необходимости чреспеченочного расположения пункционного канала. При этом точка

предполагаемой пункции, как правило, располагалась в межреберье над реберной дугой по передней аксиллярной линии (рис. 1).



Рис. 1. Пункция желчного пузыря под УЗ-контролем при перивезикальном инфильтрате у больных острым холециститом

При выполнении холецистостомии использовались катетеры с изгибом дистального участка по типу “Pig-tail”, размеры дренажей составляли 9Fr (3 мм). Данные дренажи являются малотравматичными, что позволяет осуществлять дозированную декомпрессию.

После того, как убедились в попадании катетера в полость желчного пузыря, удалялся стилет, параллельно с этим Pig-tail дренаж устанавливали в позицию самофиксации. Затем производили аспирацию пузырного содержимого с последующей его отправкой на бактериологический анализ. С помощью применяемого катетера Pig-tail диаметром 9Fr удавалось довольно легко и быстро аспирировать содержимое даже в случае нахождения в нем некротического детрита. Мониторинг снижения объема желчного пузыря производился с помощью УЗИ. При отсутствии УЗ признаков крово- и желчеистечения в области подпеченочного пространства и в правом боковом канале, производилась фиксация Pig-tail дренажа к кожной поверхности с использованием капроновых нитей, присоединяя к нему устройство для постоянной вакуум-аспирации по Редону.

Заключение. В лечении острого холецистита осложненного перивезикальным инфильтратом оправдано дифференцированная хирургическая тактика, основанная на характере клинкоморфологических форм инфильтрата, выраженности деструкции в желчном пузыре и тяжести общего статуса по шкале APACHE II. При наличии массивного инфильтрата в стадии секвестрации и абсцедирования с тяжестью состояния более 30 баллов по APACHE II показано микрохолецистостомия.

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: Шербекоев У.А., Хасанов А.Х., Рустамов И.М. Пути улучшения хирургического лечения острого холецистита с осложнениями // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 2(22). – С. 462–465. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18679620>