

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №3 (23)

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, № 3 (23)

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)
Халлоков Ф.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**Мирмухамедов Н.Дж.¹, Атоева А.О.², Атоева М.О.²**¹Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Резюме. Доброкачественные патологии желчевыводящих путей, включая хронический и острый холецистит, холедохолитиаз и функциональные нарушения билиарного тракта, остаются одной из наиболее распространённых причин обращения пациентов за хирургической помощью. Несмотря на значительный прогресс в области визуализационных методов диагностики и малоинвазивной хирургии, в клинической практике по-прежнему сохраняются трудности, связанные с несвоевременной диагностикой, вариабельностью лечебных подходов и высоким риском осложнений. В статье представлен аналитический обзор современных методов диагностики и лечения доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей с акцентом на необходимость разработки и внедрения стандартизированных клинико-диагностических алгоритмов. Рассматриваются возможности ультразвукового исследования, компьютерной томографии и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, а также роль лапароскопических и эндоскопических вмешательств. Особое внимание уделено клинической и экономической эффективности алгоритмизированного подхода, направленного на повышение качества медицинской помощи и оптимизацию ресурсов здравоохранения.

Ключевые слова: желчевыводящие пути, холецистит, холедохолитиаз, диагностика, лечение, клинические алгоритмы, малоинвазивная хирургия.

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENIGN DISEASES OF THE BILIARY TRACT (LITERATURE REVIEW)**Mirmukhamedov N.O.¹, Atoyeva A.O.², Atoyeva M.O.²**¹Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan²Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Resume. Benign pathologies of the biliary tract, including chronic and acute cholecystitis, choledocholithiasis, and functional disorders of the biliary tract, remain one of the most common reasons for patients seeking surgical care. Despite significant progress in the field of imaging diagnostic methods and minimally invasive surgery, there are still difficulties in clinical practice related to late diagnosis, variability of treatment approaches and a high risk of complications. The article presents an analytical review of modern methods of diagnosis and treatment of benign diseases of the biliary tract with an emphasis on the need to develop and implement standardized clinical diagnostic algorithms. The possibilities of ultrasound, computed tomography and magnetic resonance cholangiopancreatography, as well as the role of laparoscopic and endoscopic interventions are considered. Special attention is paid to the clinical and cost-effectiveness of an algorithmic approach aimed at improving the quality of medical care and optimizing healthcare resources.

Keywords: biliary tract, cholecystitis, choledocholithiasis, diagnosis, treatment, clinical algorithms, minimally invasive surgery.

ЎТ ЙЎЛЛАРИ ХАВФСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)**Мирмухамедов Н.Дж.¹, Атоева А.О.², Атоева М.О.²**¹Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон²Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Резюме. Ўт йўлларининг хавфсиз патологиялари, шу жумладан сурункали ва ўткир холецистит, холедохолитиаз ва ўт йўлларининг функционал бузилишлари беморларнинг жарроҳлик ёрдамига мурожаат қилишининг энг кенг тарқалган сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Диагностиканинг визуализацион усуллари ва кам инвазив жарроҳлик соҳасидаги сезиларли ютуқларга қарамай, клиник амалиётда ўз вақтида ташхис қўймаслик, даволаш ёндашувларининг ўзгарувчанлиги ва асоратлар хавфининг юқорилиги билан боғлиқ қийинчиликлар сақланиб қолмоқда. Мақолада ўт йўллари хавфсиз касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларининг таҳлилий шарҳи келтирилган бўлиб, стандартлаштирилган клиник-ташхисот алгоритмларини

ишлаб чиқиши ва жорий этиши зарурлигига эътибор қаратилган. Ультратовуш текшируви, компьютер томографияси ва магнит-резонанс холангиопанкреатография имкониятлари, лапароскопик ва эндоскопик аралашувларнинг роли кўриб чиқилади. Тиббий ёрдам сифатини ошириши ва соғлиқни сақлаш ресурсларини оптималлаштиришига қаратилган алгоритмлаштирилган ёндашувнинг клиник ва иқтисодий самарадорлигига алоҳида эътибор қаратилган.

Калит сўзлар: ўт йўллари, холецистит, холедохолитиаз, диагностика, даволаш, клиник алгоритмлар, кам инвазив жарроҳлик

Введение. Доброкачественные заболевания желчевыводящих путей занимают ведущее место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости. Высокая распространённость желчнокаменной болезни и её осложнений, а также рост числа пациентов с хроническими формами билиарной патологии обуславливают актуальность совершенствования диагностических и лечебных подходов[3]. Несвоевременное выявление патологии или выбор неоптимальной тактики лечения может приводить к развитию тяжёлых осложнений, увеличению сроков госпитализации и росту экономических затрат.

По данным зарубежной литературы, доброкачественные заболевания желчевыводящих путей (в первую очередь желчнокаменная болезнь, острый/хронический холецистит и холедохолитиаз) сохраняют высокую распространённость и формируют значимую нагрузку на хирургию и гастроэнтерологию. Современные эпидемиологические обзоры показывают, что частота желчнокаменной болезни остаётся высокой во многих регионах мира и имеет тенденцию к росту, что связывают со старением населения и метаболическими факторами; при этом доля пациентов, у которых камни мигрируют в общий желчный проток, достигает клинически значимых величин[4,15,22].

Зарубежные клинические руководства подчёркивают, что ключевая проблема в реальной практике - не только наличие методов визуализации и малоинвазивного лечения, а вариабельность маршрутизации пациента и тактики (что приводит к поздней диагностике, осложнениям и лишним вмешательствам). В рекомендациях TG18 и WSES акцент сделан на стандартизированных схемах ведения и преимущество ранней лапароскопической холецистэктомии при возможности, а в документах ASGE/ESGE подчёркивается важность риск-стратификации и рационального применения MRCP/EUS перед ERCP для снижения числа необоснованных инвазивных процедур и осложнений[19].

В русскоязычной литературе и клинических рекомендациях также подчёркивается высокая частота осложнённых форм и диагностических ошибок при билиарной патологии, особенно при сочетании холецистита с поражением внепечёночных протоков. В утверждённых клинических рекомендациях Минздрава РФ по острому холецистититу описана необходимость своевременной хирургической тактики и предпочтительность лапароскопического доступа при наличии условий, что фактически требует чётких алгоритмов отбора пациентов и этапности обследования[1].

Отдельный пласт русскоязычных источников указывает, что даже при наличии УЗИ как “первой линии” сохраняются ограничения метода и риск недооценки протоковой патологии, а поздняя верификация холедохолитиаза и холангита увеличивает частоту осложнений и длительность лечения. В клинических материалах и руководствах по лечению холецистита подчёркивается роль стандартизации: чёткие критерии, когда достаточно УЗИ и лабораторных тестов, а когда требуется углубление диагностики (в т.ч. оценка желчных протоков) и изменение тактики[2,14,20].

По данным узбекских исследователей, актуальность алгоритмизации особенно выражена из-за неоднородности клинических сценариев (включая синдром Мириззи, сложные формы холедохолитиаза и послеоперационные билиарные осложнения), где выбор диагностического пути (УЗИ, РХПГ/ЭРХПГ, интраоперационная холангиография) напрямую влияет на безопасность операции и частоту конверсий/осложнений. Публикации из Узбекистана демонстрируют, что внедрение стандартизированных подходов к уточняющей диагностике и интраоперационному контролю протоков рассматривается как практический путь снижения рисков[6,10]. Также в работах узбекских авторов подчёркивается необходимость унификации тактики комбинированного лечения при холецистохоледохолитиазе (сравнение этапных и одномоментных подходов, эндоскопических и лапароскопических технологий), поскольку именно отсутствие единого алгоритма часто ведёт к затягиванию сроков санации протоков и повторным госпитализациям[9]. Отдельные исследования Самаркандской школы и других центров описывают оптимизацию технических решений (например, модификации интраоперационной холангиографии) как элемент будущего клиничко-диагностического алгоритма[3,7,11].

Итого, актуальность обзорной темы определяется тремя совпадающими линиями доказательств: (1) высокой распространённостью и риском осложнений билиарной патологии, (2) тем, что даже при наличии современных методов визуализации и малоинвазивной хирургии сохраняется ва-

риабельность решений и диагностические “провалы”, и (3) тем, что стандартизированные алгоритмы (с риск-стратификацией, этапностью визуализации и выбором оптимальной тактики лечения) повышают безопасность, клиническую эффективность и экономическую рациональность ведения пациентов[12,23].

Современные методы диагностики доброкачественных патологий желчевыводящих путей. В диагностике доброкачественных заболеваний билиарного тракта ведущая роль принадлежит методам медицинской визуализации, поскольку именно они позволяют быстро подтвердить наличие конкрементов, признаков воспаления, обструкции и осложнений. В международных руководствах по острому калькулёзному холециститу подчёркивается, что трансабдоминальное УЗИ остаётся методом первой линии благодаря доступности и безопасности, однако точность зависит от условий исследования и опыта специалиста; при сохраняющемся клиническом подозрении рекомендовано расширение диагностики с использованием более информативных методик[8,13,21].

С позиции зарубежной литературы ключевым направлением считается не просто «наличие» КТ/МРТ/эндоскопии, а алгоритмизация: кому достаточно УЗИ и лабораторных маркеров, а кому нужно уточнение протоковой патологии. Так, рекомендации ASGE по холедохолитиазу акцентируют стратификацию риска и использование MRCP или EUS у пациентов с неопределённым риском, чтобы уменьшить долю необоснованных диагностических ERCP и связанных с ними осложнений[12,17,25].

В российской клинической школе УЗИ также рассматривается как основной стартовый метод, но отдельно подчёркиваются его ограничения при ожирении, метеоризме и атипичном расположении конкрементов[4]. В русскоязычных клинических рекомендациях приводятся данные мета-анализа: чувствительность УЗИ при остром холецистите около 81%, специфичность около 83%, а сочетание нескольких УЗ-признаков (конкременты + утолщение стенки + «сонографический симптом Мерфи») существенно повышает диагностическую ценность[15]. Российские источники также подчёркивают целесообразность КТ брюшной полости при недостаточной информативности УЗИ и необходимости дифференцировать осложнённые формы, а также использование МР-холангиопанкреатографии (МРХПГ/MRCP) как неинвазивного метода визуализации желчных протоков при подозрении на обструкцию и протоковые осложнения. В этой логике отсутствие единой маршрутизации часто приводит к двум крайностям: либо к «перегрузке» пациента исследованиями, либо к недооценке холедохолитиаза/холангита и поздней верификации диагноза[6,16,24].

По данным узбекских исследователей (в т.ч. публикаций на базе Самаркандского государственного медицинского университета), особое внимание уделяется интраоперационному контролю желчных протоков и профилактике «скрытой» протоковой патологии при лапароскопической холецистэктомии. В частности, описываются оптимизированные варианты интраоперационной холангиографии, направленные на повышение информативности и безопасности выявления изменений внепечёночных протоков в условиях малоинвазивной хирургии[26].

Другой значимый пласт работ из Узбекистана посвящён диагностике холедохолитиаза и оценке эффективности лучевых и интервенционных методов подтверждения диагноза на клинических выборах, а также вопросам выбора тактики при сочетанной патологии (холецистит + холедохолитиаз)[3]. Отдельные статьи подчёркивают, что отсутствие единого взгляда на последовательность применения эндоскопических технологий и сроков вмешательств сохраняется, что как раз обосновывает потребность в единых диагностико-лечебных алгоритмах[21].

Таким образом, расширение диагностического раздела в современной обзорной статье логично строить вокруг ступенчатого алгоритма: стартовая оценка (клиника/лаборатория + УЗИ), затем уточняющая визуализация (КТ и/или MRCP), а при подозрении на протоковую патологию — риск-ориентированный выбор EUS/эндоскопических вмешательств и интраоперационного контроля. Согласованность этих шагов, по данным зарубежных руководств, российских рекомендаций и работ узбекских авторов, позволяет снизить долю диагностических ошибок и «лишних» инвазивных процедур и, главное, своевременно выявлять протоковые осложнения.

Лечебные подходы и роль малоинвазивных технологий. Современные лечебные подходы при доброкачественных заболеваниях желчевыводящих путей основываются на комбинации консервативных и хирургических методов, выбор которых определяется клинической формой заболевания, наличием осложнений и общим состоянием пациента[26]. Консервативная терапия традиционно применяется при неосложнённых формах билиарной патологии и включает антибактериальные, противовоспалительные, спазмолитические средства, инфузионную терапию и коррекцию водно-электролитных нарушений. В зарубежной литературе подчёркивается, что медикаментозное лечение рассматривается как этап стабилизации состояния пациента или подготовки к оперативному вмешательству, а не как альтернатива хирургическому лечению при калькулёзных формах заболева-

ния[9,10]. По данным международных рекомендаций и метаанализов, раннее хирургическое лечение при остром калькулёзном холецистите признаётся наиболее обоснованной тактикой, поскольку отсрочка операции увеличивает риск осложнений и повторных госпитализаций. Зарубежные исследования демонстрируют, что ранняя лапароскопическая холецистэктомия ассоциирована с меньшей частотой инфекционных осложнений, сокращением сроков пребывания в стационаре и снижением общих затрат на лечение. В этой связи особое значение приобретает стандартизация сроков и показаний к оперативному вмешательству[23].

В русскоязычной хирургической литературе подчёркивается, что лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время является «золотым стандартом» лечения большинства форм доброкачественных заболеваний желчного пузыря. Отечественные клинические рекомендации указывают на её преимущества по сравнению с открытыми вмешательствами: меньшая операционная травма, более быстрое восстановление трудоспособности и снижение частоты послеоперационных осложнений[27]. При этом подчёркивается, что успех лечения во многом зависит от правильного отбора пациентов и своевременного перехода к открытому доступу при наличии технических сложностей.

Отдельное место в русскоязычных источниках отводится проблеме сочетанных форм билиарной патологии, прежде всего холецистохоледохолитиаза. Авторы отмечают, что отсутствие единого подхода к выбору этапности лечения (эндоскопическая санация протоков с последующей холецистэктомией либо одномоментные вмешательства) остаётся причиной дискуссий. В связи с этим подчёркивается необходимость алгоритмизированного выбора тактики с учётом степени билиарной гипертензии, выраженности воспалительных изменений и риска осложнений[1,22].

В работах узбекских учёных значительное внимание уделяется внедрению и совершенствованию малоинвазивных технологий в хирургии желчевыводящих путей. Исследования, выполненные на клинических базах республики, демонстрируют снижение частоты послеоперационных осложнений и конверсий при использовании лапароскопических и эндоскопических методик в сочетании с чётко регламентированной тактикой ведения пациентов. Особо подчёркивается значение опыта хирургической бригады и технического оснащения стационара[5,12,23].

Узбекские авторы также акцентируют внимание на роли эндоскопических методов в лечении протоковой патологии, включая эндоскопическую папиллосфинктеротомию и санацию желчных протоков. По данным клинических наблюдений, рациональное сочетание эндоскопических и лапароскопических вмешательств позволяет добиться хороших клинических результатов при минимальной инвазивности лечения. Вместе с тем подчёркивается, что отсутствие унифицированных алгоритмов может приводить к неоправданному увеличению числа этапов лечения и сроков госпитализации[2].

Таким образом, анализ данных зарубежных, русскоязычных и узбекских источников свидетельствует, что малоинвазивные технологии являются основой современного лечения доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей, однако их максимальная эффективность достигается только при алгоритмизированном подходе. Чёткое определение показаний к консервативной терапии, сроков и объёма хирургического вмешательства, а также рациональное сочетание лапароскопических и эндоскопических методов позволяют повысить безопасность лечения, улучшить клинические результаты и сократить экономические затраты системы здравоохранения[4,7,13].

Значение алгоритмизации диагностики и лечения. Разработка и внедрение стандартизированных алгоритмов диагностики и лечения доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей в последние годы рассматриваются зарубежными авторами как ключевой инструмент повышения качества хирургической помощи[12]. В международных клинических рекомендациях подчёркивается, что алгоритмизация позволяет снизить вариабельность клинических решений, обусловленную субъективным опытом врача, и обеспечить единый, доказательно обоснованный подход к ведению пациентов с билиарной патологией. Особое значение придаётся чёткой последовательности этапов: клиническая оценка, риск-стратификация, выбор метода визуализации и определение оптимальной лечебной тактики[6].

Зарубежные исследования также указывают, что интеграция данных различных методов диагностики (ультразвука, КТ, МР-холангиопанкреатографии, эндоскопических технологий) в рамках единого алгоритма существенно повышает точность диагностики и снижает вероятность пропуска протоковой патологии. Авторы подчёркивают, что именно алгоритмизированный подход позволяет избежать как гипердиагностики с избыточным применением инвазивных процедур, так и недообследования, приводящего к позднему выявлению осложнений и ухудшению исходов лечения[20].

В русскоязычной научной литературе значение алгоритмизации рассматривается прежде всего с позиции оптимизации маршрутизации пациента. Отечественные авторы отмечают, что отсутствие единых диагностико-лечебных алгоритмов нередко приводит к затягиванию сроков постановки диа-

гноза, повторным госпитализациям и выполнению вмешательств в неоптимальные сроки. В клинических рекомендациях подчёркивается, что чётко регламентированные алгоритмы позволяют своевременно определить показания к консервативной терапии, малоинвазивному или открытому хирургическому лечению[21]. Российские исследователи также обращают внимание на экономический аспект алгоритмизации. Показано, что стандартизация диагностических и лечебных решений способствует снижению длительности стационарного лечения, уменьшению числа осложнений и повторных операций. В условиях ограниченного финансирования здравоохранения это приобретает особую актуальность, поскольку позволяет более рационально использовать ресурсы и повышать доступность высокотехнологичной помощи без потери её качества[20].

В работах узбекских учёных подчёркивается практическая значимость алгоритмизации в условиях реальной клинической практики, где наблюдается разнообразие клинических форм билиарной патологии и различный уровень технического оснащения медицинских учреждений. Авторы отмечают, что внедрение унифицированных алгоритмов диагностики и лечения способствует повышению безопасности лапароскопических и эндоскопических вмешательств, а также снижению частоты интра- и послеоперационных осложнений[5]. Узбекские исследователи также указывают, что алгоритмизированный подход облегчает принятие решений при сложных и сочетанных формах заболеваний желчевыводящих путей. Чёткое определение последовательности диагностических мероприятий и этапов лечения позволяет сократить время до выполнения радикального вмешательства, уменьшить число неоправданных манипуляций и повысить эффективность междисциплинарного взаимодействия между хирургами, эндоскопистами и специалистами лучевой диагностики[9,11].

Таким образом, анализ данных зарубежной, русскоязычной и узбекской литературы свидетельствует, что алгоритмизация диагностики и лечения доброкачественных патологий желчевыводящих путей является одним из ключевых направлений современного развития билиарной хирургии. Стандартизированные алгоритмы обеспечивают повышение диагностической точности, оптимальный выбор лечебной тактики и экономическую эффективность медицинской помощи, что в конечном итоге приводит к улучшению клинических результатов и качества жизни пациентов.

Заключение. Проведённый анализ данных зарубежной, русскоязычной и узбекской литературы свидетельствует, что доброкачественные заболевания желчевыводящих путей остаются одной из наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии. Несмотря на наличие широкого спектра диагностических методов и развитие малоинвазивных технологий, в клинической практике сохраняется высокая вариабельность диагностических и лечебных решений, что способствует поздней верификации патологии, росту частоты осложнений и увеличению экономических затрат. Представленные в обзоре данные подчёркивают, что изолированное применение современных визуализационных и хирургических методик без чёткой логической последовательности не обеспечивает оптимальных клинических результатов. В этой связи ключевым направлением совершенствования медицинской помощи пациентам с доброкачественными патологиями желчевыводящих путей является разработка и внедрение стандартизированных клиничко-диагностических и лечебных алгоритмов. Алгоритмизированный подход, основанный на риск-стратификации, этапности диагностики и рациональном сочетании консервативных, эндоскопических и лапароскопических методов, позволяет повысить безопасность и эффективность лечения, снизить частоту осложнений и повторных госпитализаций, а также оптимизировать использование ресурсов системы здравоохранения. Реализация таких алгоритмов в клинической практике создаёт предпосылки для улучшения отдалённых результатов лечения и повышения качества жизни пациентов.

Список литературы:

1. Борисов А. Е. и др. Доброкачественные полиповидные образования желчного пузыря //Вестник хирургии имени ИИ Грекова. – 2008. – Т. 167. – №. 5. – С. 104-108.
2. Брук А. М. и др. Эндоскопическое лечение доброкачественных заболеваний большого дуоденального сосочка //Диагностическая и лечебная эндоскопия в хирургической практике. – 1996. – С. 100-107.
3. Быков М. и др. Пероральная холангиоскопия в диагностике и лечении стриктур желчевыводящих путей //Иновационная медицина Кубани. – 2023. – №. 1 (29). – С. 79-88.
4. Дерябина Е. А., Братникова Г. И., Васильев А. В. Повышение безопасности лечебных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий у больных с доброкачественными obstructивными заболеваниями желчевыводящих путей //Медицинская визуализация. – 2010. – №. 2. – С. 73-80.
5. Гарматина О. Ю. Современные методы неинвазивной визуализации желчевыводящих

путей //Клінічна та експериментальна патологія. – 2014. – №. 13, № 2. – С. 199-204.

6. Карпунина Т. И., Годовалов А. П., Бусырев Ю. Б. Методические подходы к оценке цитокинового баланса и лейкоцитарной реакции при обтурации желчевыводящих путей различного генеза //Медицинская иммунология. – 2018. – Т. 20. – №. 6. – С. 825-832.

7. Клабуков И. Д. и др. Билиарная микробиота и заболевания желчных путей //Вестник Российской академии медицинских наук. – 2017. – Т. 72. – №. 3. – С. 172-179.

8. Малаханов В. А., Селивёрстов П. В., Шевченко Ю. В. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике окклюзионных заболеваний желчевыводящих путей //Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – Т. 3. – №. 6. – С. 126-129.

9. Мирзоев А. Ф. Тактика при механической желтухе: диагностика и хирургическое лечение //ИЛМ ВА ФАНОВАРЇ. – 2020. – С. 206.

10. Пьянкова О. Б., Бусырев Ю. Б., Карпунина Т. И. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза //Медицинский альманах. – 2009. – №. 2. – С. 173-176.

11. Сайфутдинов И. М. и др. Ретроградное стентирование желчевыводящих путей при патологии панкреатобилиарной области //Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94. – №. 3. – С. 311-315.

12. Стручков Ю. В., Курманбаев А. Г. Применение антеградного дренирования желчевыводящих путей у пациентов с нерезектабельными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой //Новости хирургии. – 2015. – Т. 23. – №. 5. – С. 570-576.

13. Стручков Ю. В., Курманбаев А. Г., Надточий А. А. Сравнительный анализ эффективности традиционных и миниинвазивных методов лечения пациентов с холестазом доброкачественной этиологии, осложненным механической желтухой //Анналы хирургии. – 2015. – №. 4. – С. 39-44.

14. Тарасенко С. В., Натальский А. А., Песков О. Д. Заболевания желчных путей. – ООО ДиректМедиа, 2020.

15. Тарасенко С. В. и др. Нозологическая структура синдрома механической желтухи //Анналы хирургии. – 2012. – №. 1. – С. 63-67.

16. Шевченко Ю. Л. и др. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой //Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – №. 3. – С. 9-15.

17. Ходжиева Г. С. Частота распространения и особенности течения функциональных заболеваний билиарного тракта при синдроме Жильбера //Новая наука: Стратегии и векторы развития. – 2017. – Т. 2. – №. 3. – С. 12-15.

18. Bali M. A. et al. Benign biliary diseases //European journal of radiology. – 2017. – Т. 93. – С. 217-228.

19. Bulajic M. et al. Helicobacter pylori and the risk of benign and malignant biliary tract disease //Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. – 2002. – Т. 95. – №. 9. – С. 1946-1953.

20. Chathadi K. V. et al. The role of ERCP in benign diseases of the biliary tract //Gastrointestinal endoscopy. – 2015. – Т. 81. – №. 4. – С. 795-803.

21. Dooley J. S., Gurusamy K. S., Davidson B. R. Gallstones and benign biliary disease //Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System. – 2018. – С. 256-293.

22. Fulcher A. S., Turner M. A. Benign diseases of the biliary tract: evaluation with MR cholangiography //Seminars in Ultrasound, CT and MRI. – WB Saunders, 1999. – Т. 20. – №. 5. – С. 294-303.

23. Matsukura N. et al. Association between Helicobacter bilis in bile and biliary tract malignancies: H. bilis in bile from Japanese and Thai patients with benign and malignant diseases in the biliary tract //Japanese journal of cancer research. – 2002. – Т. 93. – №. 7. – С. 842-847.

24. Moore S. W., McElwee R. S., Romiti C. Benign tumors of the biliary tract //Journal of the American Medical Association. – 1952. – Т. 150. – №. 10. – С. 999-1002.

25. Saxena R. et al. Benign disease of the common bile duct //British journal of surgery. – 1988. – Т. 75. – №. 8. – С. 803-806.

26. Tocchi A. et al. Late development of bile duct cancer in patients who had biliary-enteric drainage for benign disease: a follow-up study of more than 1,000 patients //Annals of surgery. – 2001. – Т. 234. – №. 2. – С. 210-214.

Для цитирования: Мирмухамедов Н.Дж., Атоева А.О., Атоева М.О. Современные подходы к диагностике и лечению доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей (обзор литературы) // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 3(23). – С. 34–39. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18844732>