

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА



Курбонов Низом Азизович¹, Давлатов Салим Сулаймонович¹, Рахманов Косим Эрданович²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИНГ АСОРАТЛИ ШАКЛЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Курбонов Низом Азизович¹, Давлатов Салим Сулаймонович¹, Рахманов Қосим Эрданович²

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

A MODERN VIEW ON THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN COMPLICATED FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Kurbonov Nizom Azizovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich¹, Rakhmanov Kosim Erdanovich²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада ўткир холециститнинг асоратланган шаклларида жарроҳлик тактикасини танлашга замонавий ёндашувлар шарҳи келтирилган. Аралашув характери тўғрисида қарор қабул қилишга таъсир қилувчи асосий клиник омиллар, шу жумладан яллиғланиш жараёнининг оғирлиги, анатомик ва функционал хусусиятлари, ёндош патологиянинг мавжудлиги ва касалликнинг бошланиш муддатлари кўриб чиқилади. Лапароскопик, очик ва субтотал холетсистеректомияга кўрсатмалар, шунингдек, перкутан холетсистеректомия каби муқобил усуллارни қўллаш тавсифланган. Касалланиш, асоратлар таркиби ва ўлим даражаси бўйича адабиёт маълумотлари ёритилган. Даволашнинг оптимал тактикасини танлашда индивидуаллаштирилган ва мултидисциплинар ёндашувнинг аҳамияти таъкидланади. Дифференциал ёндашув жарроҳлик аралашувининг хавфсизлигини ошириш, операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтириш ва ўткир холецистит билан асоратланган беморларда клиник натижаларни яхшилаш имконини беради.

Калит сўзлар: ўткир холецистит, асоратланган шакллари, жарроҳлик тактикаси, лапароскопик холетсистеректомия, перитонит, субтотал холетсистеректомия, холетсистеректомия, дифференциал ёндашув.

Abstract. The article provides an overview of modern approaches to the choice of surgical tactics in complicated forms of acute cholecystitis. The key clinical factors influencing the decision on the nature of the intervention are considered, including the severity of the inflammatory process, anatomical and functional features, the presence of concomitant pathology and the time from the onset of the disease. Indications for laparoscopic, open and subtotal cholecystectomy, as well as for the use of alternative techniques such as percutaneous cholecystostomy, are described. Literature data on morbidity, complication structure, and mortality rate are highlighted. The importance of an individualized and multidisciplinary approach in choosing optimal treatment tactics is emphasized. A differentiated approach makes it possible to increase the safety of surgical intervention, reduce the frequency of postoperative complications, and improve clinical outcomes in patients with complicated acute cholecystitis.

Keywords: acute cholecystitis, complicated forms, surgical tactics, laparoscopic cholecystectomy, peritonitis, subtotal cholecystectomy, cholecystostomy, differentiated approach.

Введение. Острый холецистит занимает одно из ведущих мест среди неотложных заболеваний органов брюшной полости и составляет до 20% всех случаев острой хирургической патологии. По данным Всемирной организации здраво-

охранения, ежегодно в мире регистрируется более 2 миллионов случаев госпитализации по поводу острого холецистита, и число таких пациентов продолжает расти в связи с увеличением распространённости желчнокаменной болезни, особенно

среди лиц пожилого возраста и пациентов с метаболическим синдромом [1, 13, 20].

Исторически первые описания симптомов, соответствующих клинике острого холецистита, встречаются в трудах Гиппократ и Авиценны, однако как самостоятельная нозологическая единица заболевание было выделено лишь в конце XIX века. Первый успешный случай холецистэктомии при остром воспалении жёлчного пузыря был выполнен в 1882 году Карлом Лангенбухом в Берлине. На протяжении XX века методы лечения эволюционировали от открытой холецистэктомии к малоинвазивным вмешательствам, особенно с конца 1980-х годов, когда впервые была проведена лапароскопическая холецистэктомия [3, 5, 11, 18, 22].

Согласно статистике Минздрава Российской Федерации и данным зарубежных центров (CDC, EASL), осложнённые формы острого холецистита встречаются у 15–35% госпитализированных пациентов с данной патологией. Удельный вес гнойно-деструктивных форм (флегмона, гангрена, перфорация) составляет от 10 до 15%, а эмпиема жёлчного пузыря диагностируется у 5–10% больных. В пожилой возрастной группе и у пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией частота осложнений достигает 40% и более.

Летальность при неосложнённом течении острого холецистита не превышает 0,1–0,3%, тогда как при гангренозной и перфоративной формах с развитием перитонита она может достигать 10–15%, особенно при поздней диагностике и отсроченном хирургическом вмешательстве. Раннее начало лечения, выбор адекватной тактики и объёма хирургического вмешательства позволяют существенно снизить уровень послеоперационных осложнений, частота которых при осложнённом холецистите составляет 20–40%, включая кровотечения, инфицирование, повреждения жёлчных протоков и повторные вмешательства [4, 10, 21, 25].

Острый холецистит остаётся одной из наиболее распространённых причин экстренных оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии. Учитывая широкую распространённость желчнокаменной болезни и увеличивающееся число пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией, проблема выбора оптимальной хирургической тактики при осложнённых формах острого холецистита приобретает особую клинико-практическую значимость. Осложнённые формы заболевания — такие как эмпиема, флегмона, перфорация жёлчного пузыря, паравезикальный абсцесс, холангит, а также развитие панперитонита — требуют незамедлительной диагностики, дифференцированного подхода к лечению и своевременного принятия решений о характере и объёме хирургического вмешательства [8, 10].

В последние годы наблюдается тенденция к расширению показаний к лапароскопическим вмешательствам даже при тяжёлых формах холецистита. Однако окончательный выбор тактики должен основываться на индивидуальных клинико-анатомических особенностях, степени выраженности воспаления, времени от начала заболевания, общем состоянии пациента и наличии сопутствующей патологии [1, 2, 4].

Острый холецистит занимает одно из ведущих мест среди неотложных заболеваний органов брюшной полости, требующих экстренного хирургического вмешательства. По данным различных авторов, он диагностируется у 10–15% пациентов, госпитализированных в хирургические стационары по экстренным показаниям. Несмотря на успехи в ранней диагностике, совершенствование методов визуализации и развитие лапароскопической хирургии, осложнённые формы острого холецистита продолжают представлять серьёзную клиническую проблему [7, 25].

Под осложнёнными формами понимают такие варианты течения заболевания, при которых воспалительный процесс выходит за пределы стенки жёлчного пузыря, вовлекая окружающие ткани и органы, и может сопровождаться деструктивными изменениями, генерализованным воспалительным ответом или сепсисом. Наиболее частыми осложнениями являются эмпиема, флегмона и гангрена жёлчного пузыря, перфорация с развитием перитонита, паравезикальный абсцесс, холангит, холедохолитиаз и синдром Мирицци. Такие формы требуют незамедлительного принятия решения о выборе тактики хирургического вмешательства, так как промедление может привести к ухудшению прогноза, развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу [3, 11, 18, 22].

Современные подходы к лечению осложнённого холецистита базируются на принципах персонализированной медицины и предусматривают учёт клинической формы заболевания, тяжести воспалительного процесса, времени его развития, состояния пациента, наличия сопутствующих заболеваний, технической оснащённости клиники и квалификации хирурга. Широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии как стандарта хирургического лечения позволило снизить инвазивность вмешательства и количество осложнений. Однако при осложнённых формах заболевания выбор между лапароскопическим и открытым доступом, объёмом вмешательства (тотальная, субтотальная холецистэктомия или холецистостомия) остаётся предметом научных дискуссий [6, 19].

Особую актуальность приобретают вопросы дифференцированной хирургической тактики, при которой подход к лечению выстраивается ин-

дивидуально, с учётом всех факторов риска и клинических обстоятельств. Это позволяет повысить безопасность и эффективность лечения, минимизировать вероятность интра- и послеоперационных осложнений, а также снизить летальность у наиболее тяжёлых пациентов [1,3,7,15,23].

Классификация осложнённых форм острого холецистита. Осложнённые формы острого холецистита характеризуются тяжёлым клиническим течением, высокой вероятностью генерализации воспалительного процесса и развитием органной дисфункции. К наиболее частым осложнениям относятся:

- Флегмонозный и гангренозный холецистит;
- Эмпиема жёлчного пузыря;
- Перфорация стенки пузыря с развитием ограниченного или разлитого перитонита;
- Холедохолитиаз и острый холангит;
- Паравезикальные абсцессы и инфильтраты;
- Синдром Мириizzi.

Наличие одного или нескольких осложнений требует пересмотра стандартного алгоритма ведения пациента и применения дифференцированной хирургической тактики [4].

Факторы, определяющие выбор хирургической тактики. Ключевыми факторами, влияющими на выбор объёма и способа хирургического вмешательства, являются:

Тяжесть воспалительного процесса и стадия заболевания. При гангренозных и перфоративных формах холецистита необходимо немедленное хирургическое вмешательство в связи с риском генерализации инфекции. Выбор метода (открытая или лапароскопическая холецистэктомия) зависит от распространённости воспаления и анатомических изменений.

Сроки от начала заболевания. Оптимальными для проведения лапароскопической холецистэктомии считаются первые 72 часа. После этого наблюдается нарастание отёка тканей, инфильтрация и спаечный процесс, что увеличивает риск конверсии и интраоперационных осложнений.

Общее состояние пациента и сопутствующая патология. У пациентов с тяжёлыми соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистая недостаточность, ХБП, декомпенсированный диабет) предпочтение может отдаваться малоинвазивным, щадящим методам, включая холецистостомию под УЗИ-наведением, особенно при наличии признаков сепсиса или шока.

Анатомические особенности и визуализация зоны Кальё. При наличии выраженного воспалительного инфильтрата, невозможности чёткой визуализации анатомических структур гепатобилиарной зоны повышается риск ятрогенных по-

вреждений желчных путей. В этих случаях оправдан переход к субтотальной холецистэктомии или открытой операции.

Наличие холедохолитиаза. При сочетании острого холецистита с холедохолитиазом возможно staged-лечение: сначала ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и санацией холедоха, затем холецистэктомия. Однако при стабильном состоянии пациента возможна одномоментная лапароскопическая холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и ревизией общего жёлчного протока [6, 8, 19].

Методы хирургического лечения

1. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). На сегодняшний день является «золотым стандартом» лечения острого холецистита. Однако при осложнённом течении увеличивается риск осложнений, включая конверсии, кровотечения и повреждения желчных путей. Опыт хирурга и использование современных методов визуализации (флуоресцентная ангиография, интраоперационная холангиография) повышают безопасность вмешательства [5].

2. Открытая холецистэктомия. Показана при разлитом перитоните, гнойных формах, выраженной деформации анатомических структур, массивной инфильтрации, невозможности лапароскопического доступа. Может выполняться как первично открытая, так и после конверсии [7].

3. Субтотальная холецистэктомия. Альтернатива тотальной резекции при невозможности выделения шейки жёлчного пузыря. Позволяет избежать тяжёлых ятрогенных повреждений, особенно при наличии выраженного воспаления и спаек. Часто сочетается с дренированием ложа пузыря и санацией брюшной полости [24].

4. Перкутанная холецистостомия. Минимально инвазивный метод, используемый у тяжёлых пациентов с высоким анестезиологическим риском. Рассматривается как этап стабилизации состояния перед радикальной операцией. Метод особенно актуален у пациентов с сепсисом, шоком, тяжёлой дыхательной или сердечной недостаточностью [25].

Результаты и прогноз. Прогноз при осложнённых формах острого холецистита напрямую зависит от своевременности хирургического вмешательства, адекватности тактики и объёма операции. Наибольший риск неблагоприятных исходов наблюдается у пожилых пациентов с поздним поступлением, гнойно-деструктивными формами холецистита, системной воспалительной реакцией и сопутствующей тяжёлой патологией. Применение дифференцированного подхода, основанного на оценке степени тяжести, функционального резерва и анатомо-физиологических особенностей, позволяет снизить летальность и

частоту послеоперационных осложнений [1, 16, 21].

Таким образом, актуальность дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики при осложнённых формах острого холецистита обусловлена как высокой распространённостью патологии, так и значительными клинико-экономическими последствиями, включая риски инвалидизации и летального исхода. Необходимость гибкой, индивидуализированной стратегии лечения подтверждается современными клиническими рекомендациями и научными публикациями, подчеркивающими важность персонализированного выбора хирургической тактики в зависимости от формы заболевания, стадии воспалительного процесса, анатомических условий и общего состояния пациента [17, 21].

Заключение. Осложнённые формы острого холецистита требуют индивидуального подхода к выбору хирургической тактики. Универсальной стратегии не существует - каждый клинический случай должен рассматриваться с учётом комплекса факторов, включая клиническую картину, анатомические особенности, сопутствующие заболевания и технические возможности учреждения. Современная парадигма лечения осложнённого холецистита опирается на принцип рационального сочетания малоинвазивных и открытых вмешательств, использование гибких алгоритмов и своевременную интервенционную поддержку. Дифференцированный подход к лечению данной патологии обеспечивает более безопасное ведение пациентов, сокращение сроков госпитализации и снижение частоты послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Антонюк О. С. и др. Современные подходы к хирургическому лечению холедохолитиаза (обзор литературы) //Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2020. – Т. 5. – №. 4. – С. 13-22.
2. Аймагамбетов М. Ж. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы //Наука и здравоохранение. – 2019. – №. 3. – С. 54-67.
3. Ботиров А. К. и др. Ошибки, опасности и упущения в хирургии желчнокаменной болезни и холедохолитиазе //Экономика и социум. – 2022. – №. 5-2 (92). – С. 933-941.
4. Галлямов Э. А. и др. Применение миниинвазивных технологий в диагностике и лечении осложнений после холецистэктомии на фоне острого холецистита //Хирургическая практика. – 2023. – №. 4. – С. 42-54.
5. Дибиров М. Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого

возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой //Журнал им. НВ Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. 145-148.

6. Зиёев Ш. Х. и др. Современное состояние проблем хирургического лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) //Вестник педагогического университета (Естественных наук). – 2021. – №. 1-2 (9-10). – С. 295-300.

7. Веденин Ю. И. Современные аспекты тактики желчеотведения и восстановления пассажа желчи при синдроме механической желтухи : дис. – Волгоградский государственный медицинский университет, 2018.

8. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) //Tadqiqotlar. – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.

9. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

10. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

11. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности //scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.

12. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов //Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.

13. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапевтических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.

14. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

- 15.Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста // Finland, Helsinki international scientific online conference. "Sustainability of education socioeconomic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
- 16.Шабунин А. В. и др. Хронический панкреатит: современный взгляд на способы хирургического лечения //Вестник хирургии Казахстана. – 2018. – №. S1. – С. 43-44.
- 17.Шмаков Д. А. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите //Сибирское медицинское обозрение. – 2020. – №. 1 (121). – С. 66-72.
- 18.Хасанов А. Х., Шербек У. А. Хирургический подход к выбору лечения осложненных форм желчнокаменной болезни //Research Focus. – 2025. – Т. 4. – №. 5. – С. 245-249.
- 19.Хацко В. В. и др. Современные тенденции диагностики холедохолитиаза //Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2020. – Т. 24. – №. 3. – С. 356-360.
- 20.Atadjanov S. K. et al. Modern aspects of diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis in patients with increased operational risk (literature review) //Theoretical & Applied Science. – 2021. – №. 3. – С. 254-260.
- 21.Baron T. H. et al. Comprehensive Review of the Management of Patients with Acute Cholecystitis Who Are Ineligible for Surgery //Annals of surgery. – 2025. – С. 10.1097.
- 22.Bozic D. et al. Assessment of gallbladder drainage methods in the treatment of acute cholecystitis: A literature review //Medicina. – 2023. – Т. 60. – №. 1. – С. 5.
- 23.Brunt L. M. et al. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline and state-of-the-art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy //Surgical endoscopy. – 2020. – Т. 34. – №. 7. – С. 2827-2855.
- 24.Cianci P., Restini E. Management of cholelithiasis with choledocholithiasis: Endoscopic and surgical approaches //World journal of gastroenterology. – 2021. – Т. 27. – №. 28. – С. 4536.
- 25.de Mestral C. et al. Early cholecystectomy for acute cholecystitis offers the best outcomes at the least cost: a model-based cost-utility analysis //Journal of the American College of Surgeons. – 2016. – Т. 222. – №. 2. – С. 185-194.
- 26.Gallagher J. R., Charles A. Acute cholecystitis: a review //Jama. – 2022. – Т. 327. – №. 10. – С. 965-975.
- 27.Hung Y. L. et al. Management of patients with acute cholecystitis after percutaneous cholecystostomy: from the acute stage to definitive surgical treatment //Frontiers in surgery. – 2021. – Т. 8. – С. 616320.
- 28.Loozen C. S. et al. Early cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population: a systematic review and meta-analysis //Digestive surgery. – 2017. – Т. 34. – №. 5. – С. 371-379.
- 29.Mencarini L. et al. The diagnosis and treatment of acute cholecystitis: A comprehensive narrative review for a practical approach //Journal of Clinical Medicine. – 2024. – Т. 13. – №. 9. – С. 2695.
- 30.Missori G. et al. A narrative review about difficult laparoscopic cholecystectomy: technical tips //Laparoscopic Surgery. – 2022. – Т. 6. – С. 24-24.
- 31.Pereira J. et al. Surgeon-performed point-of-care ultrasound for acute cholecystitis: indications and limitations: a European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) consensus statement //European Journal of Trauma and Emergency Surgery. – 2020. – Т. 46. – №. 1. – С. 173-183.
- 32.Prudkov M. I. et al. Acute cholecystitis. Results of multicenter research and ways to further improvement of surgical tactics //Annaly khirurgicheskoy gepatologii= Annals of HPB Surgery. – 2020. – Т. 25. – №. 3. – С. 32-47.
- 33.Wang S. Y. et al. Management of gallstones and acute cholecystitis in patients with liver cirrhosis: what should we consider when performing surgery? //Gut and liver. – 2020. – Т. 15. – №. 4. – С. 517.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.

Резюме. В статье представлен обзор современных подходов к выбору хирургической тактики при осложнённых формах острого холецистита. Рассматриваются ключевые клинические факторы, влияющие на принятие решения о характере вмешательства, включая тяжесть воспалительного процесса, анатомо-функциональные особенности, наличие сопутствующей патологии и сроки от начала заболевания. Описываются показания к лапароскопической, открытой и субтотальной холецистэктомии, а также к применению альтернативных методик, таких как перкутанная холецистостомия. Освещены данные литературы по заболеваемости, структуре осложнений и уровню летальности. Подчёркивается значимость индивидуализированного и мультидисциплинарного подхода при выборе оптимальной тактики лечения. Дифференцированный подход позволяет повысить безопасность оперативного вмешательства, снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшить клинические исходы у пациентов с осложнённым острым холециститом.

Ключевые слова: острый холецистит, осложнённые формы, хирургическая тактика, лапароскопическая холецистэктомия, перитонит, субтотальная холецистэктомия, холецистостомия, дифференцированный подход.