

## СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА



Умиров Машраб Барноевич<sup>1</sup>, Курбонов Низом Азизович<sup>2</sup>, Давлатов Салим Сулаймонович<sup>3</sup>, Рахманов Косим Эрданович<sup>4</sup>

1 - Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр, Республика Узбекистан, г. Карши;

2 - Управление здравоохранения Кашкадарьинской области, Республика Узбекистан, г. Карши;

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

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

### ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ МИНИИНВАЗИВ ЁНДАШУВЛАР

Умиров Машраб Барноевич<sup>1</sup>, Курбонов Низом Азизович<sup>2</sup>, Давлатов Салим Сулаймонович<sup>3</sup>, Рахманов Косим Эрданович<sup>4</sup>

1 - Кашкадарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;

2 - Кашкадарё вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;

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

4 - Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### MODERN MINIMALLY INVASIVE APPROACHES IN THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Umirov Mashrab Barnoevich<sup>1</sup>, Kurbonov Nizom Azizovich<sup>2</sup>, Davlatov Salim Sulaymonovich<sup>3</sup>, Rakhmanov Kosim Erdanovich<sup>4</sup>

1 - Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center, Republic of Uzbekistan, Karshi;

2 - Health Department of Kashkadarya Region, Republic of Uzbekistan, Karshi;

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

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

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ўт-тош касаллиги жарроҳлик амалиётида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда. Тадқиқотга ўткир холецистит билан касалланган 138 нафар беморда амалга оширилган жарроҳлик даволаш натижалари киритилди. Барча оператив аралашувлар ҳамда клиник-диагностик кузатувлар Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг умумий жарроҳлик бўлимида 2022–2025 йиллар давомида бажарилди. Беморларнинг ёши 18 ёшдан 89 ёшгача бўлиб, уларнинг аксариятини аёллар ташкил этди (84,8%). Ўткир холецистит таъхиси клиник белгилар, лаборатор кўрсаткичлар ҳамда инструментал текширувлар натижаларига асосланиб қўйилди. Лапароскопик холецистэктомия касалликнинг энгил кечishi (Граде I) бўлган 25 нафар беморда (65,8%) ва ўртача оғир кечishi (Граде II) бўлган 13 нафар беморда (17,3%) бажарилди. Барча кузатувларда операция вақтида ўт пуфагининг катталашгани ва таранглашгани аниқланиб, қўпинча катта салкин ёки атрофдаги аъзолар билан битишмалар мавжудлиги қайд этилди. 31,6% ҳолатларда ўт пуфагини пунксия қилиш орқали 30–50 мл миқдориди ўт суюқлиги эвакуация қилинди. Операция жараёнида ўткир обтурацион холецистит белгилари 47,4% беморларда, ўт пуфагининг деструктив ўзгаришлари билан кечувчи флегмоноз холецистит эса 21% беморларда аниқланган. 36 нафар беморга стандарт холесистектомия бажарилган бўлса, 2 нафар беморда Вишневский усули бўйича холедохни дренажлаш билан лапароскопик холесистектомия амалга оширилди. Олинган натижалар лапароскопик холецистэктомия ўткир холециститни даволашда ишончли, хавфсиз ва иқтисодий жиҳатдан самарали усул эканлигини кўрсатади. Бизнинг фикримизча, беморларни даволашда индивидуал ва эҳтиёткор ёндашув қўлланилганда мининвазив технологиялар энг яхши клиник натижаларга эришиш ва асоратлар хавфини камайтириши имконини беради.

**Калим сўзлар:** ўт-тош касаллиги, ўткир калкулёз холецистит, лапароскопик холецистэктомия, холедохни дренажлаш, реабилитация.

---

**Abstract.** Gallstone disease remains one of the leading conditions in surgical practice. The study included the results of surgical treatment in 138 patients with acute cholecystitis. All surgical procedures and clinical and diagnostic observations were performed at the Department of General Surgery of the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center during the period from 2022 to 2025. The patients' ages ranged from 18 to 89 years, with females predominating (84.8%). The diagnosis of acute cholecystitis was established based on clinical presentation, laboratory findings, and instrumental examination data. Laparoscopic cholecystectomy was performed in 25 patients (65.8%) with mild disease (Grade I) and in 13 patients (17.3%) with moderate severity (Grade II). In all cases, intraoperative findings included an enlarged and tense gallbladder, often associated with adhesions to the greater omentum or adjacent organs. In 31.6% of cases, gallbladder puncture with evacuation of 30–50 ml of bile was required. Intraoperative signs of acute obstructive cholecystitis were identified in 47.4% of patients, while phlegmonous cholecystitis with destructive changes of the gallbladder wall was observed in 21% of cases. Standard cholecystectomy was performed in 36 patients, whereas laparoscopic cholecystectomy with choledochal drainage according to Vishnevsky was carried out in 2 patients. The results obtained demonstrate that laparoscopic cholecystectomy is a reliable, safe, and cost-effective method for the surgical treatment of acute cholecystitis. We believe that with a cautious and individualized approach, the use of minimally invasive techniques provides optimal clinical outcomes and reduces the risk of postoperative complications.

**Keywords:** gallstone disease, acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, choledochal drainage, rehabilitation.

---

**Актуальность.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре хирургической патологии органов брюшной полости. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, ведение пациентов с ЖКБ и её осложнёнными формами остаётся одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии, что обусловлено устойчивым ростом заболеваемости и частоты осложнений [3, 8, 15, 17, 19, 20].

Острый калькулёзный холецистит диагностируется у 8–13,4% пациентов, госпитализируемых в хирургические стационары, и преимущественно встречается у лиц пожилого и старческого возраста. В то же время у молодых пациентов камненосительство в большинстве случаев протекает бессимптомно, и лишь у 1–4% из них возникают клинические проявления в виде приступов желчной колики. При отсутствии своевременного лечения примерно у 20% больных развивается острый обтурационный холецистит [1, 4, 6, 9, 10].

Особую опасность представляет быстро прогрессирующее течение воспалительного процесса, которое может сопровождаться развитием флегмоны, гангрены и перфорации желчного пузыря, что значительно повышает риск летального исхода. Ключевым патогенетическим фактором формирования некробиотических изменений стенки желчного пузыря считается повышение внутрипузырного давления. У пациентов пожилого и старческого возраста летальность при остром холецистите остаётся высокой, что во многом связано с увеличением частоты деструктивных и обтурационных форм заболевания. Установлено, что деструктивные варианты холецистита у пожилых встречаются почти в 9 раз чаще, чем у пациентов более молодых возрастных групп [2, 5].

В современных условиях снижение послеоперационной летальности и частоты осложнений при остром холецистите напрямую зависит от

своевременной диагностики, правильной интерпретации клинико-инструментальных данных на доклиническом и клиническом этапах, а также от рационального выбора лечебной тактики, включая оптимальные сроки и объём хирургического вмешательства [7, 11, 12, 13, 14, 16, 18].

На сегодняшний день в клинической практике применяются три основных метода удаления желчного пузыря: лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из «минидоступа» через правое подреберье и традиционная открытая холецистэктомия через срединный доступ. При этом именно лапароскопическая холецистэктомия рассматривается как «золотой стандарт» лечения острого калькулёзного холецистита благодаря меньшей травматичности, снижению частоты послеоперационных осложнений, сокращению сроков госпитализации и более быстрой реабилитации пациентов [7, 15, 19, 20].

В связи с этим вопросы ранней диагностики, оптимизации консервативной терапии, обоснованного выбора метода и объёма хирургического вмешательства, определения сроков операции и этапности лечения при ЖКБ остаются чрезвычайно актуальными и требуют дальнейшего изучения, унификации и внедрения современных клинических протоколов.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены результаты хирургического лечения 138 пациентов с острым холециститом. Все оперативные вмешательства и клинико-диагностические наблюдения были выполнены в отделении общей хирургии Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского центра в период с 2022 по 2025 годы.

Возраст больных варьировал от 18 до 89 лет и в среднем составил 58,7 года. Среди обследованных преобладали женщины - 117 пациентов (84,8%), тогда как мужчины составили 21 человек (15,2%).

**Таблица 1.** Распределение пациентов по группам и типу хирургического вмешательства

Показатель	1-я группа (ЛХЭ)	2-я группа (минидоступ)	3-я группа (лапаротомия)	Всего
Количество больных	38 (27,6%)	75 (54,3%)	25 (18,1%)	138
Средний возраст, лет	39,5	56,0	56,5	58,7
Женщины	32 (84,2%)	62 (82,7%)	23 (92,0%)	117
Мужчины	6 (15,8%)	13 (17,3%)	2 (8,0%)	21
Grade I	25 (65,8%)	13 (17,3%)	–	38
Grade II	13 (34,2%)	62 (82,7%)	–	75
Grade III	–	–	25 (100%)	25

Примечание: ЛХЭ - лапароскопическая холецистэктомия

Диагностика острого холецистита осуществлялась в соответствии с Токийскими рекомендациями (Tokyo Guidelines), с обязательной оценкой степени тяжести заболевания. Стратификация хирургического риска проводилась с использованием шкалы APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II). Высокий риск оперативного вмешательства определяли при значении APACHE II  $\geq 7$  баллов, что служило основой для выбора лечебной тактики и объёма хирургического вмешательства.

Предоперационный диагноз устанавливался на основании комплексной оценки клинических, лабораторных и инструментальных данных. Клинические критерии включали болевой синдром в правом подреберье, положительный симптом Мерфи и лихорадку. Среди лабораторных показателей учитывались лейкоцитоз и повышение уровня С-реактивного белка. Инструментальная диагностика основывалась на выявлении характерных признаков острого холецистита: утолщение стенки желчного пузыря, наличие конкрементов, увеличение его размеров, отёк и признаки абсцедирования.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости являлось основным методом визуализации и выполнялось всем пациентам. Компьютерная томография была проведена у 25 больных (18,1%), преимущественно при тяжёлом и атипичном течении заболевания. МР-холангиография выполнена у 12 пациентов (8,7%) при подозрении на холедохолитиаз.

По данным визуализации острый калькулёзный холецистит диагностирован у 117 пациентов (84,8%), острый некалькулёзный холецистит - у 9 (6,5%), изолированное камненосительство без признаков воспаления - у 12 (8,7%). Гистопатологическое исследование выявило острый холецистит у 78 больных (56,5%), гангренозный холецистит - у 34 (24,6%), обострение хронического холецистита - у 26 пациентов (18,9%).

В зависимости от метода хирургического лечения все пациенты были разделены на три группы.

**Результаты исследования.** Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 25 пациентов (65,8%) с лёгким течением заболевания (Grade

I) и у 13 больных (34,2%) со среднетяжёлым течением (Grade II). В большинстве случаев вмешательство проводилось в первые 24 часа после госпитализации после стандартной предоперационной подготовки, включавшей антибактериальную терапию, инфузионную коррекцию и проведение операции под сбалансированной анестезией с ИВЛ. Средняя продолжительность лапароскопической операции составила 46,5 минуты.

Интраоперационно во всех случаях выявлялся увеличенный и напряжённый желчный пузырь, часто спаянный с большим сальником или прилежащими органами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией 30–50 мл желчи потребовалась у 12 пациентов (31,6%). Признаки обтурационного холецистита отмечены у 18 больных (47,4%), флегмонозно-деструктивные изменения - у 8 (21%).

Минилапаротомная холецистэктомия выполнялась преимущественно у пациентов со среднетяжёлым течением заболевания. Средняя длина хирургического доступа составила  $5,5 \pm 0,1$  см, а продолжительность операции -  $63,8 \pm 2,2$  минуты. Традиционная лапаротомия применялась у пациентов с тяжёлым течением (Grade III), при наличии выраженного инфильтрата и гнойно-деструктивных изменений.

В группе лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) ранняя активизация пациентов, как правило, начиналась в первые часы после операции, что было связано с меньшей травматичностью доступа и снижением выраженности болевого синдрома. У подавляющего большинства больных отмечалось удовлетворительное восстановление кишечной моторики в ближайшие сутки. Потребность в анальгетиках носила кратковременный характер и чаще ограничивалась стандартными нестероидными противовоспалительными средствами, что отражает более благоприятное течение раннего послеоперационного периода после ЛХЭ.

Клиническое течение послеоперационного периода коррелировало со степенью тяжести острого холецистита по Tokyo Guidelines и хирургическим риском по APACHE II. У пациентов с Grade I–II, оперированных лапароскопически, наблюдалась тенденция к более быстрому регрес-

су воспалительных проявлений (нормализация температуры тела, уменьшение болевого синдрома, снижение лейкоцитоза и С-реактивного белка). При этом выполнение операции в первые 24 часа после госпитализации сопровождалось наиболее благоприятной динамикой лабораторных показателей, что указывает на значимость ранней хирургической тактики при отсутствии противопоказаний.

Интраоперационные особенности (напряжённый увеличенный желчный пузырь, выраженные спайки с большим сальником и прилежащими органами) определяли необходимость применения дополнительных приёмов, направленных на декомпрессию и улучшение визуализации треугольника Кало. Выполнение пункции желчного пузыря с эвакуацией содержимого у 31,6% пациентов позволило снизить внутрипузырное давление, уменьшить риск повреждения стенки и обеспечить более безопасную манипуляцию при выделении пузырного протока и артерии. Этот технический приём представлял собой важный элемент профилактики интраоперационных осложнений при обтурационных и флегмонозно-деструктивных формах воспаления.

Минилапаротомная холецистэктомия в большей степени применялась у пациентов со среднетяжёлым течением (Grade II), что отражает рациональность выбора доступа при наличии выраженного инфильтрата и ограниченных условий для безопасной лапароскопической диссекции. Длина доступа  $5,5 \pm 0,1$  см обеспечивала достаточную экспозицию операционного поля при сохранении принципов минимальной инвазивности. Несмотря на большую среднюю продолжительность вмешательства по сравнению с ЛХЭ, минидоступ позволял выполнить полноценное удаление желчного пузыря с адекватной ревизией и гемостазом, что имеет принципиальное значение при деструктивных формах заболевания.

В группе традиционной лапаротомии (Grade III) ведущими факторами выбора открытого доступа являлись тяжёлое течение воспалительного процесса, выраженный инфильтрат, признаки гнойно-деструктивного поражения и высокий операционный риск (APACHE II  $\geq 7$ ). Для данной категории пациентов приоритетом являлись быстрое и максимально контролируемое хирургическое вмешательство, позволяющее выполнить надёжную санацию, обеспечить адекватный дренаж и снизить риск прогрессирования септических осложнений. Такой подход соответствует принципам хирургической безопасности при критически тяжёлом течении острого холецистита.

Анализ распределения пациентов по группам демонстрирует закономерную связь между клинической тяжестью заболевания и выбранным методом операции: при Grade I преобладала лапа-

роскопическая тактика, при Grade II — минидоступ, при Grade III — лапаротомия. Это подтверждает корректность стратификации по Tokyo Guidelines и применимость интеграции шкалы APACHE II для принятия клинических решений. Таким образом, полученные результаты отражают практическую значимость дифференцированного подхода, при котором метод операции определяется не только наличием камней, но и степенью системной воспалительной реакции, локальными изменениями и прогнозируемым хирургическим риском.

**Обсуждение.** Полученные данные подтверждают целесообразность применения лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите. Отсутствие тяжёлых интраоперационных осложнений и низкий уровень конверсий свидетельствуют о безопасности метода при соблюдении временных рамок операции. Минилапаротомный доступ продемонстрировал высокую эффективность даже при гнойно-деструктивных формах заболевания, обеспечивая хорошие непосредственные результаты и низкую частоту осложнений.

Представленные данные указывают на то, что успех лечения острого холецистита в значительной степени определяется ранней диагностикой и правильным выбором хирургической тактики на основе объективной стратификации тяжести. Использование Tokyo Guidelines позволяет унифицировать клиническую оценку, а применение APACHE II усиливает прогностическую точность при выборе объёма вмешательства у пациентов с высоким риском. В совокупности это формирует доказательный алгоритм принятия решений, уменьшающий вероятность необоснованных задержек операции и, как следствие, прогрессирования деструктивных изменений стенки желчного пузыря.

Клинически важным является подтверждение того, что лапароскопическая холецистэктомия сохраняет безопасность и эффективность при Grade I–II при условии соблюдения оптимальных сроков операции и корректной предоперационной подготовки. Ранняя ЛХЭ ограничивает длительность воспалительного каскада, снижает вероятность формирования плотного инфильтрата и уменьшает риск осложнений, связанных с поздним вмешательством. Технические приёмы, такие как пункция и декомпрессия желчного пузыря, повышают безопасность диссекции в условиях повышенного внутрипузырного давления и выраженного напряжения стенки.

Минилапаротомный доступ следует рассматривать как полноценную миниинвазивную альтернативу, особенно в ситуациях, когда лапароскопическая диссекция может сопровождаться повышенным риском повреждения внепечёноч-

ных желчных протоков или кровотечения из-за инфильтрата и ограниченной визуализации анатомических ориентиров. Минидоступ объединяет преимущества уменьшенной операционной травмы с возможностью прямой тактильной оценки тканей, что особенно актуально при гнойно-деструктивных вариантах холецистита. Это позволяет оптимизировать баланс между инвазивностью и контролем хирургического поля.

Выбор лапаротомии у пациентов с Grade III является обоснованным с позиции принципов «damage control» и безопасности: при тяжёлом течении воспаления приоритетом становится надёжная санация, полноценное дренирование и сокращение операционного времени, а не минимизация доступа. В этой группе осложнения определяются не только локальным состоянием желчного пузыря, но и выраженностью системного воспалительного ответа, сопутствующей патологией и риском полиорганной дисфункции. Следовательно, дифференцированный подход, основанный на объективной стратификации, является ключом к снижению послеоперационных осложнений и летальности.

#### **Выводы:**

1. Лапароскопическая холецистэктомия является надёжным, безопасным и экономически эффективным методом лечения острого холецистита.

2. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа представляет собой полноценный миниинвазивный метод, позволяющий эффективно лечить пациентов с различными формами острого холецистита, включая гангренозные и флегмонозные.

3. Применение дифференцированного подхода к выбору метода операции способствует снижению частоты осложнений, летальности и сокращению сроков реабилитации.

4. Полученные результаты подтверждают, что применение стандартизированной диагностики по Tokyo Guidelines в сочетании с оценкой хирургического риска по APACHE II обеспечивает клинически обоснованный выбор тактики лечения острого холецистита. Такой подход позволяет индивидуализировать метод операции, определить оптимальные сроки вмешательства и минимизировать вероятность прогрессирования деструктивных форм заболевания, что имеет прямое значение для профилактики осложнений и улучшения непосредственных результатов лечения.

5. Дифференцированное распределение пациентов по степени тяжести и выбору доступа (ЛХЭ при Grade I–II, минидоступ при преимущественно Grade II, лапаротомия при Grade III) демонстрирует практическую эффективность ступенчатой хирургической стратегии. Внедрение подобного алгоритма в клинические протоколы

способствует унификации ведения больных, улучшению качества оказания помощи в экстренной хирургии и созданию условий для снижения частоты осложнений, сокращения сроков госпитализации и ускорения реабилитации пациентов.

#### **Литература:**

1. Каримов, Ш.И. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском Текст. / Ш.И. Каримов, В.И. Ким // Эндоскопическая хирургия. 2003. - №6. - С. 35-37.
2. Кулиш В.А. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении осложненного деструктивного холецистита // Эндоскопическая хирургия. 2009. – №1. – С.106-107.
3. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулёзного холецистита / М.И.Прудков, А.Г. Бебуришвили, А.М. Шулуток // Эндоскопическая хирургия - 1996. – С. 12-16.
4. Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю. Современные эндохирургические технологии лечения острого калькулёзного холецистита. // Эндоскопическая хирургия. 2007. Т. 13. № 1. С. 68-69.
5. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.
6. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
7. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
8. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
9. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапневтических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
- 10.Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчекаменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепато-

гастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

11.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 socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.

12.Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.

13.Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.

14.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.

15.Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения. Uzbek journal of case reports. 2024; 4 (3): 6-11 [Электронный ресурс].

16.Ризаев Ж. А. и др. Значение санитарного просвещения в гигиеническом воспитании населения в очагах эхинококкоза //AIJR Abstracts. – 2020. – С. 45.

17.Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Серозепидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области //Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения. – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.

18.Velázquez–Mendoza, J.D. Minilaparotomy vs. laparoscopic cholecystectomy: results of a randomized clinical trial / J.D. Velázquez–Mendoza, F.J. Villagrán–Murillo, A. González–Ojeda // Cir Cir. – 2012. – Mar–Apr, 80, №2. – P.115-521

19.Vevers K.P., van Westrinen H.L., Patein G.A. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: C-reactive protein levels combined with age predict conversion. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2013; 23: 163–6. DOI: 10.1097 /

SLE.0b013e31826d7fb0. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

20.Zhumatayev DT, Baimakhanov AN, Abdykadyrov MK, Nurmakov DA, Raimkhanov AD, Smagulov AM, Abdiyev NM. Simultaneous surgical treatment tactics of acute destructive cholecystitis combined with choledocholithiasis: A case report. Int J Surg Case Rep. 2020; 70:230-233. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.04.081. Epub 2020 May 12. PMID: 32422585 Free PMC article.

### **СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Умиров М.Б., Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.

**Резюме.** Желчнокаменная болезнь по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре хирургической патологии. В исследование включены результаты хирургического лечения 138 пациентов с острым холециститом. Все оперативные вмешательства и клинико-диагностические наблюдения были выполнены в отделении общей хирургии Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского центра в период с 2022 по 2025 годы. Возраст больных варьировал от 18 до 89 лет, при этом большинство пациентов составляли женщины (84,8%). Диагноз острого холецистита устанавливался на основании клинической картины, лабораторных показателей и данных инструментальных методов исследования. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 25 пациентов (65,8%) с лёгким течением заболевания (Grade I) и у 13 больных (17,3%) со среднетяжёлым течением (Grade II). Во всех случаях во время операции отмечались увеличение и напряжение желчного пузыря, нередко с выраженным спаечным процессом с большим салником или соседними органами. В 31,6% наблюдений потребовалась пункция желчного пузыря с эвакуацией 30–50 мл желчи. Интраоперационные признаки острого обтурационного холецистита выявлены у 47,4% пациентов, а флегмонозное воспаление с элементами деструкции стенки желчного пузыря - у 21% больных. Обычная холецистэктомия была выполнена у 36 пациентов, в то время как у 2 больных проведена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому. Полученные результаты свидетельствуют о том, что лапароскопическая холецистэктомия является эффективным, безопасным и экономически обоснованным методом лечения острого холецистита. По нашему мнению, при взвешенном и дифференцированном подходе к ведению пациентов с острым холециститом применение лапароскопической холецистэктомии позволяет достичь лучших клинических результатов.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый калькулёзный холецистит, холецистэктомия, дренирование холедоха, реабилитация.