

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЁТОМ ГЕСТАЦИОННОГО РИСКА



Элмурадов Шохрух Карималиевич, Сайинаев Фаррух Караматович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТНИ ГЕСТАЦИОН ХАВФНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Элмурадов Шохрух Карималиевич, Сайинаев Фаррух Караматович
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DIFFERENTIATED MINIMALLY INVASIVE MANAGEMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PREGNANT WOMEN CONSIDERING GESTATIONAL RISK

Elmuradov Shokhrukh Karimalievich, Sayinaev Farrukh Karamatovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада ҳомиладорликнинг турли даврларида ўткир калькулёз холецистит билан кузатилган 121 нафар бемор аёлнинг клиник-диагностик ва даволаш тактикаси таҳлил қилинди. Ҳомиладорлик триместри, ўт пуфагидаги яллиғланишнинг морфологик шакли, эндотоксемия даражаси ва фетоплацентар қон оқими ҳолатини ҳисобга олган ҳолда дифференциаллашган жараҳатлик ёндашувининг зарурлиги асосланди. Касаллик кўпроқ II триместрда аниқлангани, операция қилинган беморларда эса деструктив шакллар устунлик қилгани кўрсатилди. Лейкоцитар интоксикация индекси, ўрта молекулали моддалар ва цитолитик ферментлар ошиши яллиғланиш жараёнининг тизимли таъсирини акс эттириши ҳамда фетоплацентар гемодинамика бузилиши билан кечиши мумкинлиги аниқланди. Таклиф этилган лечебно-диагностик схема текширув босқичларини стандартлаштириш, операцияга кўрсатмаларни ўз вақтида белгилаш ва она ҳамда ҳомила учун хавфни камайтириш имконини беради.

Калим сўзлар: ўткир калькулёз холецистит, ҳомиладорлик, эндотоксемия, ультратовуш таъхиси, доплерометрия, лапароскопик холецистэктомия, жараҳатлик тактикаси.

Abstract. The article presents a clinical, diagnostic and therapeutic analysis of 121 pregnant patients with acute calculous cholecystitis observed at different gestational periods. The need for a differentiated surgical strategy is substantiated according to the trimester of pregnancy, the morphological form of gallbladder inflammation, the severity of endotoxemia and the condition of uteroplacental blood flow. The disease was most frequently diagnosed in the second trimester, while destructive forms predominated among operated patients. Increased leukocyte intoxication index, medium-molecular substances and cytolytic enzymes reflected the systemic effect of inflammation and could be associated with impaired fetoplacental hemodynamics. The proposed diagnostic and treatment scheme makes it possible to standardize examination stages, define indications for surgery in a timely manner and reduce maternal and fetal risks.

Keywords: acute calculous cholecystitis, pregnancy, endotoxemia, ultrasound diagnosis, Doppler assessment, laparoscopic cholecystectomy, surgical strategy.

Введение. Острый калькулёзный холецистит у беременных занимает особое место среди неотложных заболеваний органов брюшной полости, поскольку сочетает хирургический риск, акушерскую настороженность и необходимость ограничения диагностической и лечебной агрессии. Беременность сопровождается физиологическими изменениями, которые predisполагают к

нарушению моторики билиарной системы: повышается влияние прогестерона на гладкую мускулатуру, замедляется эвакуация желчи, усиливается её литогенность, а увеличивающаяся матка изменяет топографию органов брюшной полости. В результате клинические проявления острого холецистита могут быть стёртыми, а течение забо-

левания - более непредсказуемым, чем у небеременных пациенток.

По данным отечественных и зарубежных авторов, ранняя верификация формы острого холецистита и своевременное принятие решения о хирургическом лечении являются основными условиями профилактики деструктивных осложнений [1, 4, 10]. При этом у беременных перво-степенное значение имеет безопасность диагностического маршрута. Ультразвуковое исследование рассматривается как метод первой линии, а при недостаточной информативности допускается применение магнитно-резонансной томографии без контрастирования и диагностической лапароскопии [12, 13, 15].

В последние годы в хирургии желчнокаменной болезни всё большее распространение получает миниинвазивная тактика, позволяющая сократить операционную травму, уменьшить сроки послеоперационной реабилитации и снизить частоту раневых осложнений. Однако сама по себе лапароскопическая технология не решает всех проблем ведения беременных пациенток. Решение о сроках и объёме вмешательства должно приниматься с учётом триместра беременности, выраженности эндотоксемии, наличия перитонеальных симптомов, ультразвуковых признаков деструкции и состояния плода [2, 5, 11].

Особое значение имеет оценка системной воспалительной реакции. При деструктивных формах холецистита локальное воспаление стенки желчного пузыря может сопровождаться эндогенной интоксикацией, ростом лейкоцитарного индекса интоксикации, увеличением уровня молекул средней массы и повышением активности цитолитических ферментов. Эти изменения могут ухудшать маточно-плацентарную перфузию, что делает проблему не только хирургической, но и акушерско-перинатальной [3, 9, 14].

Несмотря на наличие клинических рекомендаций по лечению острого холецистита и лапароскопическим вмешательствам во время беременности, до настоящего времени сохраняются дискуссионные вопросы: насколько длительно допустимо консервативное наблюдение, какие лабораторные показатели следует считать маркерами прогрессирования, когда требуется диагностическая лапароскопия и каким образом интегрировать данные акушерского мониторинга в хирургическое решение. Указанные обстоятельства определяют необходимость разработки обоснованной, практико-ориентированной лечебно-диагностической тактики.

Цель исследования - обосновать дифференцированную лечебно-диагностическую тактику при остром калькулёзном холецистите у беременных с учётом срока гестации, клинической

картины, морфологической формы заболевания, выраженности эндотоксемии и состояния фетоплацентарного кровотока.

Материал и методы исследования. Клинический материал основан на анализе результатов обследования и лечения 121 беременной пациентки с острым калькулёзным холециститом. Наблюдение осуществлялось на клинических базах Самаркандского государственного медицинского университета и в профильных подразделениях неотложной хирургии. В исследование включались пациентки с подтверждённым диагнозом острого калькулёзного холецистита независимо от срока беременности при наличии клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков воспаления желчного пузыря.

Пациентки были распределены на две клинические группы. Основную группу составили 69 женщин, у которых применялась дифференцированная тактика с приоритетом миниинвазивных методов при наличии технической возможности и акушерско-анестезиологической безопасности. Группу сравнения составили 52 пациентки, леченные с использованием традиционного подхода. Средний возраст в основной группе составил $28,8 \pm 7,9$ года, в группе сравнения - $30,2 \pm 8,3$ года, что позволило сопоставлять группы по возрастному признаку.

Распределение по срокам гестации показало, что острый калькулёзный холецистит встречался во всех триместрах беременности. В I триместре заболевание было диагностировано у 41 пациентки, во II - у 54, в III - у 26. Такая структура подтверждает, что билиарные осложнения могут формироваться на любом сроке беременности, однако максимальная частота наблюдений приходится на II триместр.

Диагностическая программа включала оценку жалоб, анамнеза заболевания и беременности, объективного статуса, выраженности болевого, диспепсического, обструктивного, перитонеального и эндотоксического синдромов. Всем пациенткам выполняли общий анализ крови, биохимическое исследование с определением билирубина, активности АлАТ и АсАТ, а также оценивали лабораторные маркеры эндогенной интоксикации. Особое внимание уделяли лейкоцитарному индексу интоксикации и уровню молекул средней массы.

Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой размеров желчного пузыря, толщины его стенки, характера содержимого, наличия фиксированного конкремента в шейке, состояния внепечёчных желчных протоков и перивезикулярных тканей.

Таблица 1. Клинико-диагностическая характеристика пациенток с острым калькулёзным холециститом при беременности

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	Всего / значение
Количество пациенток	69	52	121
I триместр	24	17	41 (33,9%)
II триместр	35	19	54 (44,6%)
III триместр	10	16	26 (21,5%)
Оперированные пациентки	42	35	77
Катаральный холецистит	-	-	11 (14,2%)
Флегмонозный холецистит	-	-	52 (67,5%)
Гангренозный холецистит	-	-	14 (18,2%)

При недостаточной информативности УЗИ и сохранении клинической неопределённости использовались дополнительные методы, включая МРТ без контрастирования и диагностическую видеолапароскопию.

Состояние плода и маточно-плацентарного кровотока оценивали совместно с акушером-гинекологом. Применялись ультразвуковая фетометрия и доплерометрия маточных артерий, сосудов пуповины и фетоплацентарного комплекса. Такой подход позволял оценивать не только локальный хирургический процесс, но и его системное влияние на беременность.

Оперировано 77 пациенток. Удалённые желчные пузыри и интраоперационная картина оценивались с позиции морфологической формы воспаления. Катаральный холецистит был установлен у 11 пациенток, флегмонозный - у 52, гангренозный - у 14. Статистическую обработку проводили с использованием абсолютных и относительных величин, средних значений и сравнительной клинической оценки различий.

Представленные данные показывают, что основная и контрольная группы были сопоставимы по основным клиническим признакам, а различия в распределении по срокам беременности не препятствовали сравнительной оценке лечебной тактики. Наиболее значимым является преобладание пациенток II триместра, что подтверждает необходимость активного наблюдения за беременными с желчнокаменной болезнью именно в этом периоде гестации.

Результаты исследования. Распределение пациенток по срокам беременности показало, что острый калькулёзный холецистит был диагностирован в I триместре у 33,9%, во II триместре у 44,6%, в III триместре у 21,5% больных. Следовательно, заболевание не имеет строго ограниченного гестационного периода, однако наиболее часто проявляется во II триместре. Это может быть связано с прогрессированием билиарного стаза, изменением пищевого поведения, гормональным влиянием на сократимость желчного пузыря и манифестацией ранее существовавшей желчнокаменной болезни.

Клиническая картина заболевания у большинства пациенток была представлена болевым синдромом в правом подреберье или эпигастальной области. Боль иррадиировала в правую лопатку, плечо, спину, иногда сопровождалась тошнотой, рвотой, горечью во рту и вздутием живота. В I и II триместрах симптомы Ортнера, Мерфи и Мюсси сохраняли диагностическое значение. В III триместре их информативность снижалась, что объясняется смещением органов брюшной полости увеличенной маткой и изменением реакции передней брюшной стенки.

Синдром обструкции желчного пузыря проявлялся увеличением и напряжением органа, болезненностью при пальпации, фиксированным конкрементом в шейке, утолщением стенки и положительным ультразвуковым симптомом Мерфи. Перитонеальный синдром встречался при деструктивных формах и свидетельствовал о распространении воспаления за пределы стенки желчного пузыря. Синдром эндотоксемии сопровождался лихорадкой, тахикардией, сухостью слизистых оболочек, лейкоцитозом и ростом лабораторных маркеров интоксикации.

Морфологическое исследование подтвердило высокую частоту деструктивных форм. Катаральная форма выявлена у 14,2% оперированных пациенток, флегмонозная - у 67,5%, гангренозная - у 18,2%. Таким образом, на долю деструктивных форм пришлось 85,7% наблюдений, что указывает на выраженную склонность заболевания у беременных к быстрому прогрессированию и осложнённому течению.

У пациенток с флегмонозной и гангренозной формами отмечался значимый рост показателей эндотоксемии. При флегмонозном холецистите лейкоцитарный индекс интоксикации составлял $5,52 \pm 0,57$ ед., при гангренозном - $9,1 \pm 0,46$ ед. Уровень молекул средней массы повышался соответственно до $0,75 \pm 0,04$ и $0,84 \pm 0,05$ усл. ед. Повышение активности АлАТ и АсАТ отражало вовлечение печени в патологический процесс и нарушение детоксикационной функции.

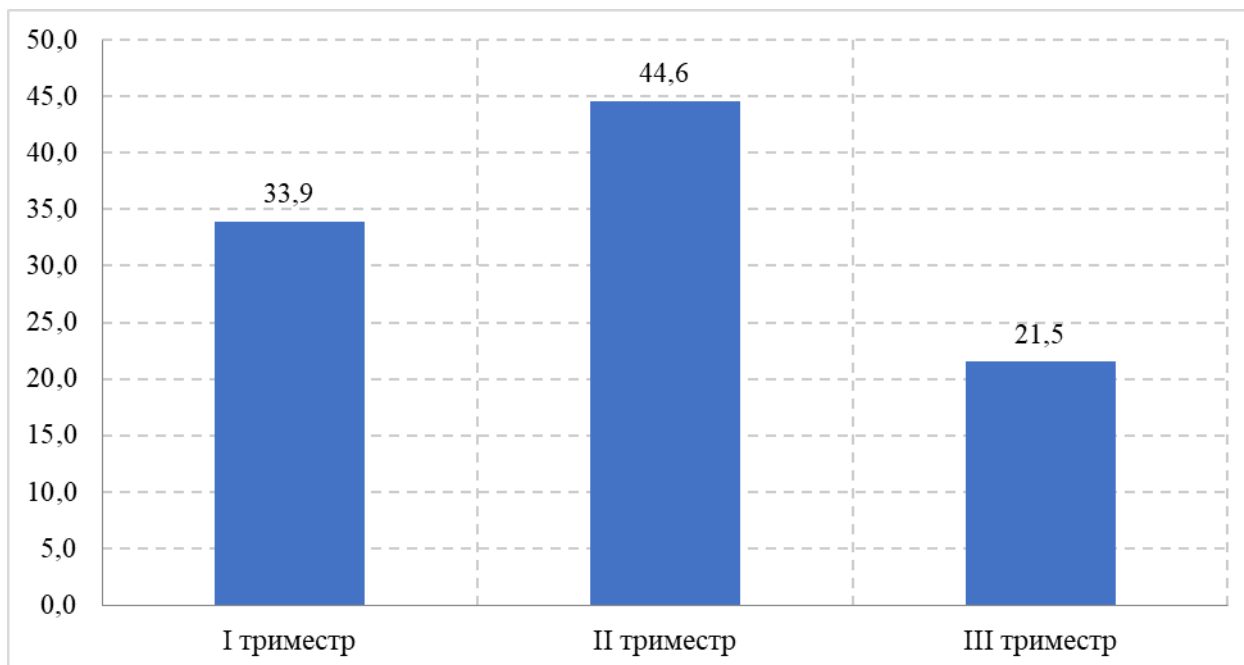


Рис. 1. Распределение пациенток с острым калькулёзным холециститом по триместрам беременности (%)

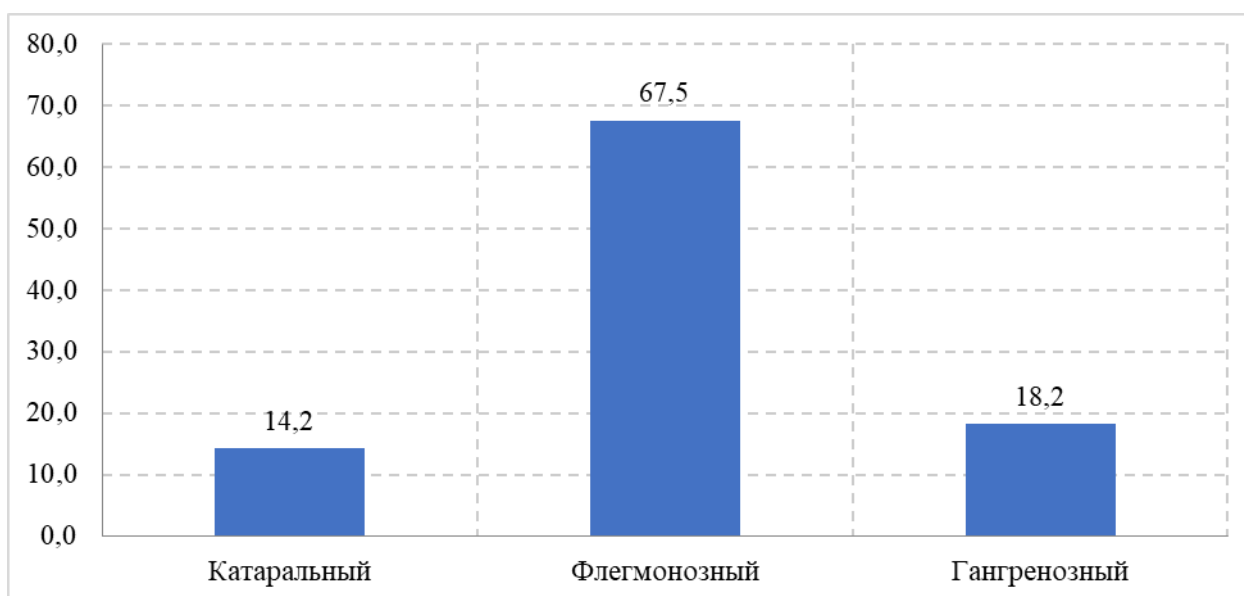


Рис. 2. Морфологическая структура острого калькулёзного холецистита у оперированных беременных (%)

Установлено, что выраженная эндотоксемия у беременных с деструктивным холециститом может сопровождаться нарушением маточно-плацентарного кровотока. По данным доплерометрической оценки, у части пациенток с глубокими воспалительно-деструктивными изменениями выявлялись признаки фетоплацентарной гемодинамической недостаточности. Это обстоятельство имеет принципиальное значение, поскольку подтверждает системное влияние хирургической инфекции на течение беременности и состояние плода.

Ультразвуковое исследование являлось базовым методом первичной диагностики. Его преимущество у беременных определяется отсут-

ствием лучевой нагрузки, возможностью многократного динамического контроля и высокой информативностью при билиарной патологии. Увеличение размеров желчного пузыря выявлялось у подавляющего большинства пациенток. Утолщение стенки более 5 мм, её расслоение, фиксированный конкремент в шейке и гипозоногенная взвесь в просвете рассматривались как признаки осложнённого течения.

Для флегмонозного холецистита характерными были увеличение длины желчного пузыря, утолщение стенки до 7 мм и более, неоднородность её структуры и положительный ультразвуковой симптом Мерфи. Для гангренозной формы более типичными являлись значительное увели-

чение размеров органа, нечеткость контуров, выраженная гиперэхогенная взвесь, признаки перивезикулярного воспаления и снижение чёткости дифференциации стенки.

Следует подчеркнуть, что ультразвуковая картина должна оцениваться не изолированно, а в сочетании с клиническими и лабораторными данными. Наличие фиксированного камня в шейке желчного пузыря, прогрессирующего болевого синдрома, лейкоцитоза и роста ЛИИ должно рассматриваться как основание для активной хирургической тактики. Напротив, при катаральной форме без признаков эндотоксемии возможно кратковременное интенсивное наблюдение под контролем хирурга и акушера-гинеколога.

Диагностическая видеолaparоскопия применялась при сохраняющейся клинической неопределённости, несоответствии лабораторных и ультразвуковых данных, а также при подозрении на деструктивную форму или местный перитонит. В условиях беременности лапароскопия должна выполняться с учётом срока гестации, положения матки, допустимого уровня внутрибрюшного давления и обязательного анестезиологического контроля.

Тактика лечения острого калькулёзного холецистита у беременных должна быть индивидуализированной. Основной принцип заключается в том, что риск операции должен сопоставляться не только с риском для матери, но и с риском прогрессирования воспалительного процесса для плода. Длительное консервативное лечение при деструктивной форме опасно формированием эмпиемы, гангрены, перфорации желчного пузыря, перивезикулярного абсцесса, перитонита и системной эндотоксемии.

При катаральной форме, отсутствии перитонеальных симптомов, стабильных лабораторных показателях и удовлетворительном состоянии плода допустима кратковременная консервативная подготовка с динамическим контролем. Однако такое наблюдение не должно превращаться в пассивное ожидание. Отсутствие положительной динамики в ближайшие часы, усиление боли, лихорадка, рост ЛИИ и ухудшение ультразвуковой картины требуют пересмотра тактики в пользу операции.

При флегмонозной форме, обструкции шейки желчного пузыря, эмпиеме, перивезикулярном инфильтрате, перитонеальном синдроме и гангренозных изменениях показана своевременная хирургическая коррекция. Предпочтительным доступом при наличии условий является лапароскопическая холецистэктомия, поскольку она сопровождается меньшей травмой брюшной стенки, более ранней активизацией пациентки, меньшим риском раневых осложнений и лучшей послеоперационной переносимостью.

Периоперационное ведение беременной должно осуществляться мультидисциплинарной бригадой. В её состав должны входить хирург, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, врач ультразвуковой диагностики и при необходимости неонатолог. Важными условиями являются контроль гемодинамики, профилактика гипоксии, рациональная антибактериальная терапия, ограничение внутрибрюшного давления при лапароскопии и мониторинг состояния плода.

Предложенный алгоритм включает четыре взаимосвязанных блока: клинический, лабораторный, визуализационный и акушерский. На клиническом этапе оценивают характер боли, диспепсические проявления, перитонеальные симптомы и признаки эндотоксемии. На лабораторном этапе определяют лейкоцитоз, ЛИИ, МСМ, билирубин, АлАТ и АсАТ. На визуализационном этапе уточняют форму холецистита и наличие осложнений. На акушерском этапе оценивают состояние плода и маточно-плацентарный кровоток. Только комплексная оценка этих параметров позволяет выбрать рациональную и безопасную лечебную тактику.

Обсуждение. Результаты проведённого анализа показывают, что острый калькулёзный холецистит у беременных является заболеванием с высоким риском деструктивного течения. Преобладание флегмонозных и гангренозных форм у оперированных пациенток указывает на то, что клиническая картина во время беременности может не соответствовать глубине морфологических изменений. Именно поэтому диагностическая тактика должна быть активной, а повторное ультразвуковое исследование и лабораторный контроль должны выполняться при малейших признаках ухудшения.

Выявленная частота заболевания во II триместре имеет практическое значение. С одной стороны, этот период считается наиболее благоприятным для выполнения лапароскопических операций с точки зрения соотношения материнского и плодового риска. С другой стороны, именно во II триместре, по данным исследования, наблюдается наибольшая частота клинической манифестации заболевания. Это подчёркивает необходимость раннего выявления желчнокаменной болезни у беременных и динамического наблюдения пациенток группы риска.

Лабораторные маркеры эндотоксемии следует рассматривать как один из ключевых критериев тяжести. Рост ЛИИ и МСМ при гангренозной форме был более выраженным, чем при флегмонозной, что подтверждает их диагностическую значимость. Повышение АлАТ и АсАТ указывает на функциональное напряжение печени и влияние воспалительного процесса на систему детоксикации. У беременных эти изменения име-

ют дополнительное значение, поскольку системная интоксикация может неблагоприятно отражаться на фетоплацентарном кровотоке.

Включение доплерометрии в алгоритм обследования является важным практическим положением. Традиционная хирургическая оценка ограничивается состоянием желчного пузыря, выраженностью интоксикации и перитонеальных симптомов. Однако у беременной пациентки локальное воспаление должно оцениваться через призму материнско-плодового комплекса. Нарушение маточно-плацентарного кровотока при деструктивном холецистите подтверждает необходимость раннего междисциплинарного вмешательства.

Миниинвазивные технологии при соблюдении технических и акушерско-анестезиологических условий являются предпочтительным направлением хирургического лечения. Лапароскопический доступ снижает травматичность вмешательства и ускоряет восстановление, однако требует строгого соблюдения правил безопасности: осторожного введения троакаров, контроля внутрибрюшного давления, позиционирования пациентки с учётом срока беременности и динамического наблюдения за состоянием плода.

Практическая ценность предложенной тактики состоит в том, что она не противопоставляет консервативное и оперативное лечение, а определяет их место в едином алгоритме. Консервативная терапия может быть оправдана только при лёгкой катаральной форме и стабильном состоянии. При деструктивных изменениях, обструкции, эндотоксемии и угрозе фетоплацентарных нарушений своевременная операция является не фактором риска, а способом профилактики тяжёлых осложнений.

Заключение. Острый калькулёзный холецистит у беременных встречается во всех триместрах, однако наиболее часто диагностируется во II триместре. Клиническая картина заболевания зависит от срока гестации: в ранние сроки она чаще соответствует классическим проявлениям острого холецистита, тогда как в III триместре физикальные симптомы становятся менее информативными.

У оперированных беременных преобладают деструктивные формы воспаления желчного пузыря. Флегмонозный и гангренозный холецистит сопровождаются ростом лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы и цитолитических ферментов, что указывает на выраженную эндотоксемию и системное влияние воспалительного процесса.

Нарушение маточно-плацентарного кровотока при деструктивных формах острого калькулёзного холецистита подтверждает необходи-

мость обязательного акушерского мониторинга, включая ультразвуковую оценку плода и доплерометрию. Тактика лечения должна определяться совместно хирургом, акушером-гинекологом и анестезиологом.

Наиболее рациональным подходом является дифференцированная лечебно-диагностическая тактика, основанная на клинических данных, лабораторных маркерах эндотоксемии, ультразвуковых признаках деструкции, сроке беременности и состоянии фетоплацентарного кровотока. При наличии деструктивного процесса, обструкции, перитонеальных симптомов или нарастающей эндотоксемии показана своевременная хирургическая коррекция с предпочтением миниинвазивных технологий при технической возможности.

Литература:

1. Абдуллаев А.Г., Хамидов М.А., Абдурахманов Д.Ш. Особенности диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости у беременных // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2021. - № 3. - С. 14–18.
2. Атаджанов Ш.К., Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б. Миниинвазивные технологии в неотложной абдоминальной хирургии // Вестник экстренной медицины. - 2022. - № 4. - С. 51–56.
3. Буриев Б.А., Элмуродов Ш.К., Сайинаев Ф.К. Диагностические критерии острого холецистита у беременных // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. - 2023. - Т. 4, № 2. - С. 62–67.
4. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г. Неотложная хирургия желчных путей. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 384 с.
5. Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Современные подходы к лечению острого холецистита у пациентов группы высокого риска // Биомедицина ва амалиёт. - 2022. - № 6. - С. 73–79.
6. Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. Клинико-функциональная характеристика пациентов с глоссалгией // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - 2022. - Т. 1, № 1. - С. 213–215. DOI: 10.71337/inlibrary.uz.problems-dentistry.15391.
7. Ризаев Ж.А., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д. Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
8. Ризаев Ж.А., Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Олмасов Ф.Г. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
9. Ризаев Э.А. Актуальные вопросы хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого

возраста // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 1(142). - С. 307–313.

10.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.

11.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.

12.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.

13.Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжёлого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения // Uzbek Journal of Case Reports. - 2024. - Т. 4, № 3. - С. 6–11. DOI: 10.55620/ujcr.4.3.2024.1.

14.Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э. Клинические проявления осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 2(143). - С. 120–123.

15.Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э., Нурмураев З.Н., Олимжонova Ф.Ж. Миниинвазивные вмешательства в хирургии осложнённых форм холелитиаза // Журнал биомедицины и практики. - 2023. - Т. 8, № 2. - С. 383–389.

16.Abdullayev A.G., Elmurodov Sh.K., Sayinaev F.K. Ultrasound predictors of destructive acute cholecystitis in pregnant women // Uzbek Journal of Case Reports. - 2024. - Vol. 4, No. 3. - P. 18–23.

17.Ansari S.M., Iqbal M., Hussain R. Diagnostic value of ultrasound and MRI in pregnant patients with suspected acute cholecystitis // Journal of Clinical Imaging Science. - 2023. - Vol. 13. - P. 48.

18.Date R.S., Kaushal M., Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy // American Journal of Surgery. - 2008. - Vol. 196, No. 4. - P. 599–608.

19.Elmurodov Sh.K., Sayinaev F.K., Buriyev B.A. Diagnostic algorithm for acute calculous cholecystitis during pregnancy // Central Asian Journal of Medicine. - 2024. - Vol. 2, No. 4. - P. 44–52.

20.Gomes C.A., Junior M., Di Saverio L. et al. Acute calculous cholecystitis: review of current best practices in diagnosis and treatment // World Journal of Emergency Surgery. - 2022. - Vol. 17. - P. 25–33.

21.Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S., Rizaev E.A. Optimization of surgical treatment of obstructive cholangitis in elderly patients // Journal of Hepato-

Gastroenterological Research. - 2023. - Vol. 1, No. 134. - P. 43–48.

22.Patel S.J., Reede R.A., Katz S.R. Imaging of biliary disease in pregnancy // Radiographics. - 2020. - Vol. 40, No. 6. - P. 1743–1762.

23.Pisano M., Allievi F., Gurusamy K. et al. 2020 WSES updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculous cholecystitis // World Journal of Emergency Surgery. - 2020. - Vol. 15. - P. 61.

24.Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmuraev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 17–24.

25.Rizaev J.A., Maeda H., Khramova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, No. 1. - P. 22–23.

26.Saidov A.A., Elmurodov Sh.K., Sayinaev F.K. Doppler assessment of uteroplacental blood flow in destructive cholecystitis during pregnancy // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2025. - Vol. 15, No. 1. - P. 33–38.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЁТОМ ГЕСТАЦИОННОГО РИСКА

Элмурадов Ш.К., Сайинаев Ф.К.

Резюме. В статье представлен клинико-диагностический и лечебно-тактический анализ 121 беременной пациентки с острым калькулёзным холециститом, наблюдавшейся в различные сроки гестации. Обоснована необходимость дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики с учётом триместра беременности, морфологической формы воспаления желчного пузыря, выраженности эндотоксемии и состояния маточно-плацентарного кровотока. Показано, что заболевание чаще диагностировалось во II триместре, а среди оперированных пациенток преобладали деструктивные формы воспаления. Установлено, что рост лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы и цитолитических ферментов отражает системное влияние воспалительного процесса и может сопровождаться нарушением фетоплацентарной гемодинамики. Предложенная лечебно-диагностическая схема позволяет стандартизировать обследование, своевременно определить показания к операции и снизить риск осложнений для матери и плода.

Ключевые слова: острый калькулёзный холецистит, беременность, эндотоксемия, ультразвуковая диагностика, доплерометрия, лапароскопическая холецистэктомия, хирургическая тактика.