

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ҚУРБОНОВ НИЗОМ АЗИЗОВИЧ

**МИРИЗЗИ СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТ ТОШ
КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

БУХОРО – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of the Dissertation Abstract of the Doctor of Philosophy (PhD)

Қурбонов Низом Азизович

Мириззи синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги хирургик давосини
такомиллаштириш 3

Қурбонов Низом Азизович

Совершенствование хирургического лечения желчнокаменной болезни,
осложненной синдромом Мириззи 23

Kurbonov Nizom Azizovich

Improvement of surgical treatment of cholelithiasis complicated by Mirizzi
syndrome 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 46

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ҚУРБОНОВ НИЗОМ АЗИЗОВИЧ

**МИРИЗЗИ СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТ ТОШ
КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

БУХОРО – 2022

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.PhD/Tib1974 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз тилида (резюме)) Илмий кенгаш веб-сайтида (www.bsmi.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Давлатов Салим Сулаймонович
тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Расмий оппонентлар

Ўроқов Шухрат Тўхтаевич
тиббиёт фанлари доктори

Эшонходжаев Отабек Джураевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот

**Жанубий Қозоғистон тиббиёт
академияси
(Қозоғистон)**

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашининг 2022 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй.Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси 1-уй. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.Ш. Иноятов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Н. Ачилова

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

Б.З.Хамдамов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра, бугунги кунга келиб ўт тош касаллиги энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб, катта ёшдаги аҳолининг 10–15% ида учрайди. “Ўт тош касаллигининг энг кам учрайдиган асоратларидан бири Мириizzi синдроми бўлиб, ушбу касаллик билан беморларнинг 0,2–5% ида учрайди”¹. Мириizzi синдроми билан беморларнинг учраши охириги йилларда кўпайиб боргани ўт тош касаллиги билан беморлар сонининг ошганлиги, юқори информативликка эга бўлган текшириш усулларининг пайдо бўлганлиги, ҳамда ўт йўллари жарроҳлигининг ривожланганлиги билан боғлиқ. Операциядан кейинги ўлим даражаси ушбу касалликда юқори бўлиб, 11–14% ни ташкил этади. “Гепатикохоledохнинг операциядан кейинги стриктураси ривожланиши сабабли, жарроҳлик аралашувларининг кечки натижалари ҳанузгача яхши эмас”². Шу билан бирга Мириizzi синдромининг тушунчаси, унинг таснифи, шунингдек, даволаш усулларини танлаш тўғрисида маълум бир тўхтамга келингани йўқ.

Бутун дунё амалиётида касаллик оғирлик даражасини баҳолашнинг морфо - функционал мезонларини ўрганишга қаратилган қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Метаболик касалликлар билан тавсифланадиган ва натижада ўт пуфаги, ўт йўллари ҳамда умумий ўт йўлларида ўт тошларининг шаклланишига олиб келадиган касалликларни ўрганиш бўйича тадқиқотлар давом этмоқда. Замонавий жарроҳликда Мириizzi синдроми кенг тарқалган, кундалик ва муҳим муаммолардан бири ҳисобланади. Перитонит ва бошқа интраабдоминал муаммоларга олиб келиши мумкин бўлган Мириizzi синдромининг энг оғир асорати – магистрал ўт йўллариининг ятроген шикастланиши ҳисобланади. Айнан ушбу беморлар гуруҳи энг кўп жарроҳлар эътиборини ўзига тортиб, шошилинич тиббий ёрдам усулларини мақбуллаштиришни талаб этади. Ёш ўтиши билан тошли холециститнинг тарқалиши ортиб боради.

Бугунги кунда мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш ва кўламини етарлича кенгайтириш юзасидан кенг қамровли дастурий тадбирлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, Мириizzi синдроми билан беморларни жарроҳлик даволаш сифатини яхшилашда етарлича ижобий натижаларга эришилиб келинмоқда. Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун ўт тош касаллиги олдини олишнинг янгича усулларининг самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий – асосланган натижалар бўлиши талаб этилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга

¹ Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. Хирургия. Н.И. Пирогов номидаги журнал.2010(4):67-73

² Байбеков Р.Р. Факторы риска повреждений и посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков. // Врач ахборотномаси, 2019, №3, С. 162-171.

мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегиясининг еттига устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат куратиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматда аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»³ каби вазифалар белгиланган. Шунга кўра, хирургик тактикани такомиллаштириш ва операциядан кейинги даврда юзага келадиган асоратлар сонини камайтиришнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш орқали Мириззи синдроми билан беморлар хирургик даволаш сифатини яхшилаш тадқиқот учун долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги ва 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармонлари, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истикболли йўналишларига мослиги. Мазкур диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ушбу йўналишда олиб борилган кўпгина илмий изланишлар борлигига қарамадан, Мириззи синдроми (МС) билан беморларни ташхислаш ва даволаш муаммолари шошилишч ўт йўллари хирургиясида долзарб мавзу бўлиб қолмоқда. Шунингдек, ўрганиш тарихининг ярим асрдан ошганлигига қарамадан МС ўт йўллари жарроҳлигидаги энг кам ўрганилган муаммоларидан бири ҳисобланади. Шу билан бирга, тадқиқотларнинг аксарияти ўткир деструктив тошли холециститни анъанавий клиник, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари ёрдамида ташхислаш ва даволашга бағишланган бўлиб, бу патологик жараённинг оғирлик даражасини тўлиқ аниқлаш ва унга таъсир қилиш имконини беради аммо уларнинг инвазивлиги туфайли турли хилдаги асоратлар ривожланишига замин яратади.

Шундай қилиб, Халқлар дўстлиги университети (Россия), Singapore General Hospital (Сингапур) тадқиқотларида асосий эътибор ЎДТХнинг турли

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони

морфологик шакллари кеч ташхислаш сабабларини аниқлашга қаратилган. Кеск Medical Center (Лос Анжелес), Alexandroupolis университетининг клиникаси (Греция) маълумотлари ҳам МС билан беморларда операция вақтидаги ятроген шикастланишлар сонининг ортиб бораётганлигини кўрсатмоқда.

Яқин вақтгача МС лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) ўтказиш учун қарши кўрсатма сифатида баҳолашиб келинган бўлса, охириги вақтларда МС нинг айрим типларида лапароскопик коррекциянинг самарадорлиги кўрсатувчи бир қатор илмий ишлар пайдо бўлмоқда.

Замонавий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, МС ни даволашнинг турли хил йўналишлари мавжуд, жумладан, анъанавий – очик ва миниинвазив жарроҳлик аралашувлар. «Бироқ, МС да очик жарроҳлик аралашуви кундалик амалиётда энг қулай йўналиш бўлиб қолмоқда» (Хаджибаев А.М. ва бошқа ҳаммуаллифлар). Олинган натижаларга асосланиб, МС ни операциядан олдин эрта ташхислаш жиҳатидан ҳам, операция ўтказувчи жарроҳлар техник маҳоратини ошириш жиҳатидан ҳам мутахассислар тайёрлаш масалаларини қайта кўриб чиқишга қарор қилинди (Prudkov M.I. ва бошқа ҳаммуаллифлар). Шу билан бирга, қайд этиш лозимки, МС ни ташхислаш дастурида замонавий нурли текшириш усуллари (МСКТ, МРТ-холангиография)нинг ўрни ҳалигача аниқлаштирилмаган. Шу билан бир қаторда, ушбу беморларда мавжуд бўлган механик сариқлик ва йирингли холангит белгиларини коррекция қилиш учун турли хилдаги эндобилиар аралашувлардан фойдаланишнинг ўзига хос кўрсаткичлари тўлиқ ишлаб чиқилмаган, Лапароскопик аралашувларнинг даволаш алгоритмидаги ўрни ва роли аниқланмаган. Бугунги кунга келиб, «...МС билан асоратланган ўТК бор беморларни лапароскопик даволашнинг ишончли усулини ишлаб чиқиш...» зарурати туғилмоқда. Ва ниҳоят, муайян клиник ҳолатларда аниқ ҳаракатлар стандартига эга бўлган МС билан беморларни олиб бориш учун даволаш ва ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилмаган.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда, МС билан беморларни даволаш - ташхислаш тактикаси замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб ва ҳали ҳал этилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади. Касаллик клиник кечиш хусусиятларини баҳолаш, ҳамда касалликнинг кучайиб бориш белгиларини аниқлаш имконини берувчи тиббий визуализациянинг ноинвазив усуллари берган маълумотлар асосида МС да жарроҳлик аралашувларининг радикалик меъзонларини қайта кўриб чиқиш зарурати туғилмоқда, шу сабабли, ҳар бир алоҳида ҳолатда энг радикал жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш мақсадида ташхислаш алгоритмининг мақбуллаштириш айниқса долзарб ҳисобланади.

Диссертация тадқиқотининг у бажарилган илмий-тадқиқот муассасасида илмий-тадқиқот ишларининг режаси билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 5436–012000262 рақамли «Жароҳатлар, хирургик касалликлар ва ўсмаларнинг профилактикаси, диагностикаси ва даволашнинг замонавий

технологияларини яратиш ва жорий этиш» (2019–2023 йй.) мавзусидаги илмий–тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт-тош касаллиги хирургик давосини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Ўт тош касаллиги билан оғриган беморларда Мириizzi синдроми эҳтимоллигини инструментал текшириш усуллари орқали баҳолаш;

клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари орқали олинган маълумотлар асосида ўт тош касаллиги ташхисланган беморларда Мириizzi синдромини башоратлашнинг баллиқ дастурини ишлаб чиқиш;

Мириizzi синдромининг тавсия этилган таснифини ўрганиш шахсий кузатишлар асосида ушбу синдромнинг магистрал ўт йўлларининг шикастланиш сатҳига кўра таснифини ишлаб чиқиш;

жарроҳлик амалиётининг оқилона турини танлашга таъсир қилувчи мезонларни ҳисобга олган ҳолда Мириizzi синдромида жарроҳлик даволаш натижалари қиёсий таҳлилини ўтказиш, жарроҳлик тактикасини аниқлаш дастурини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги сабабли стационар шароитда даволанган 117 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети Мириizzi синдромида жарроҳлик тактикасини танлашга табақалаштирилган ёндашув ва махсус текшириш усуллари кўллаш орқали жарроҳлик, ҳамда комплекс текшириш натижаларини таҳлили ташкил этган.

Тадқиқот усуллари.Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун клиник, инструментал (ултратовуш, эндоскопик, нурли) ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари орқали олинган маълумотлар асосида ўт тош касаллиги ташхисланган беморларда Мириizzi синдромини башоратлашнинг специфик баҳолаш шкаласи такомиллаштирилган;

Мириizzi синдромининг магистрал ўт йўлларининг шикастланиш сатҳига кўра 2 типга ажратиш таснифи ишлаб чиқилган;

магистрал ўт йўллари шикастланиш сатҳига кўра Мириizzi синдромининг 2 типини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикасини танлаш дастури ишлаб чиқилган;

холецистэктомия қилинган Мириizzi синдроми билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун махсус шкала операциядан кейинги даврга таъсир қилувчи омилларни текшириш ва постхолецистэктомик синдроми эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда оптималлаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

операциядан олдинги даврда клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари орқали олинган маълумотлар асосида ўт тош касаллиги билан беморларда Мириizzi синдромини башоратлашнинг специфик баҳолаш шкаласи такомиллаштирилган;

тавсия этилган дастурни ҳисобга олган ҳолда, Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларда минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом усулларда холецистэктомия бажариш учун кўрсатмалар аниқланган, бу эса операциягача бўлган даврда мақбул жарроҳлик тактикасини танлаш ва магистрал ўт йўллариини интраоперацион ятроген шикастланишини олдини олиш имконини берган;

тавсия этилган ташхислаш ва даволаш тактикаси ташхислаш сифатини яхшилаш, операциядан кейинги эрта ва кечки муддатларда асоратлар юзага келиш частотасини камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги диссертацияда кўриб чиқилган муаммолар ечимининг Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларни хирургик даволаш ва ташхислашнинг замонавий илмий – амалий қарашлари ва ёндашувларига асосланганлиги, тадқиқотдаги хулосалар Студент меъзони, ишончлилик интервали ва ишончлилик эҳтимолини ҳисоблаш орқали вариацион таҳлил каби замонавий математик статистика усуллари ёрдамида қайта ишланган натижалар асосида олинган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларни даволашда замонавий ёндашувларни ишлаб чиқишга замин яратиши, клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари орқали олинган маълумотлар асосида ўт тош касаллиги билан беморларда Мириizzi синдромини башоратлашнинг специфик баҳолаш шкаласи такомиллаштирилганлиги ушбу синдром билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини ретроспектив таҳлили ёрдамида исботланганлиги, Мириizzi синдромининг магистрал ўт йўллариининг шикастланиш сатҳига кўра типларга ажратиш таснифи ишлаб чиқилганлиги, магистрал ўт йўллари шикастланиш сатҳига кўра Мириizzi синдромининг типини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикасини танлаш дастури ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларни турли тоифадаги даволаш профилактика муассасаларида ташхислаш ва даволаш учун қўллаш мумкинлиги, операциядан олдинги даврда клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари орқали олинган маълумотлар асосида ўт тош касаллиги бор беморларда Мириizzi синдромини башоратлашнинг специфик баҳолаш шкаласи такомиллаштирилганлиги, ушбу синдром билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларда минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом усулларда холецистэктомия бажариш учун кўрсатмалар аниқланганлиги, бу эса операциягача бўлган даврда мақбул

жарроҳлик тактикасини танлаш ва магистрал ўт йўлларини интраоперацион ятроген шикастланишини олдини олиш имконини берганлиги, тавсия этилган ташхислаш ва даволаш тактикаси ташхислаш сифатини яхшилаш, операциядан кейинги эрта ва кечки муддатларда асоратлар юзага келиш частотасини камайтириш имконини берганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг тадбиқ қилиниши. Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бўлган беморларни жарроҳлик даволашни яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

Мириizzi синдроми ташхислаш ва давосини такомиллаштириш имконини берган «Мириizzi синдроми даволаш ва ташхислашнинг тактик-техник жиҳатлари» услубий тавсияномаси ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 27 апрелдаги 8н-з/384-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар операция йўлини танлашга ва ПХЭСни олдини олишга комплекс ёндашув орқали Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлашни мақбуллаштириш имконини берган;

Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бўлган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли орқали даволаш сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш, хусусан, Жиззах вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ва Қашқадарё вилояти Китоб туман тиббиёт бирлашмаси амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигини 2022 йил 20 июндаги 8н-з/301-сон хулосаси). Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 16,4% дан 3,2% гача, кечки операциядан кейинги асоратлар частотасини 15,6% дан 0% гача пасайтириши ҳисобига тиббий ёрдам кўрсатиш, сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 3 та илмий анжуманларда, шу жумладан 2 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 18 та илмий иш чоп этилган бўлиб, жумладан, 9 та мақола, улардан 5 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларида чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Матнли материал ҳажми 113 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги, тадқиқот мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари

ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Мириizzi синдромини ташхислаш ва даволашда замонавий қарашлар**» номланган биринчи бобда Мириizzi синдроми билан асоратланган ЎТК нинг муаммолари, этиопатогенези, даволаш ва ташхислашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патология билан беморларни юритишнинг долзарб масалалари моҳиятини очиқ берувчи адабиётлар шарҳи берилган. Ушбу бобда муаммонинг ҳолати, ўт тош касаллигини даволашда қўлланиладиган холецистэктомия усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифи келтирилган. Шунингдек, замонавий жаҳон адабиёти маълумотлари бўйича, Мириizzi синдроминан жарроҳлигида қўлланиладиган миниинвазив аралашувлар тўғрисида алоҳида баён этилган.

Диссертациянинг «**Материалларнинг клиник тавсифи ва қўлланилган текшириш усуллари**» деб номланган иккинчи бобда материаллар ва текшириш усуллари баён этилиб, клиник материал, ҳамда клиник ва инструментал текшириш усуллари умумий тавсиф берилган. Тадқиқот асосини 2010 – 2021 йй. мобайнида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимларида (Самарқанд давлат тиббиёт университети даволаш факултетининг 2 – сон хирургик касалликлар ва дипломдан кейинги таълим факултетининг хирургия кафедраларининг клиник базаси) Мириizzi синдроми билан асоратланган ЎТК сабабли стационар шароитда даволанган 117 нафар бемор ташкил этган. Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди: асосий гуруҳни 2016 – 2021 йй. давомида стационар шароитида даволанган 62 нафар бемор ташкил қилган бўлса, таққослаш гуруҳини 2010 – 2015 йй. давомида даволанган 55 нафар бемор ташкил этган.

Таққослаш гуруҳидаги беморлар билан ишлашда McSherry (1982) таснифи қўлланилган. McSherry таснифи бўйича, таққослаш гуруҳида Мириizzi синдроми I типини билан 19 (46,8%) нафар, II типини билан – 36 (53,2%) нафар бемор бўлган.

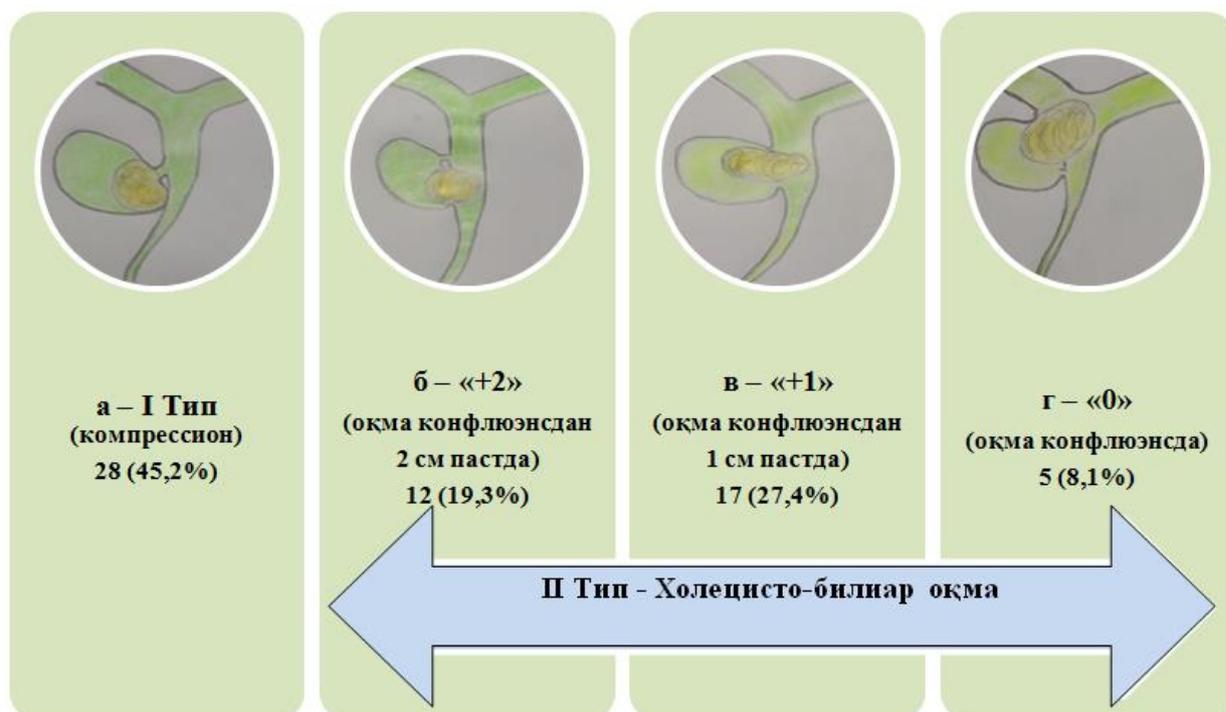
Мириizzi синдромида жарроҳлик тактикасини стандартлаштириш жараёнида, холецистобилиар оқмалар жойлашган жойини ҳисобга олган ҳолда мавжуд таснифларни қайта кўриб чиқиш зарурати туғилган, чунки А. Csendes, С.К. McSherry, Т. Nagakawa таснифлари ва уларнинг турли модификацияларида оқманнинг жойлашиш даражаси, шунингдек, унинг конфлюэнс соҳасида жойлашиши тўғрисида баён этилмаган. Шунинг учун, 2016 – йилдан бошлаб, гепатикохоледох зарарланиш даражасига боғлиқ ҳолда даволаш тактикасини аниқлаштириш мақсадида, биз томондан, ўт йўллари стриктураларида қабул қилинган терминологияга ўхшаш (Э.И. Галпериннинг ўт йўллари стриктураларининг таснифи, 2002 й.) Мириizzi синдроминан таснифи тавсия этилган:

I тип – оқма аниқланмайди; умумий ўт йўли, ёки умумий жигар йўли ўт пуфагида, ёки ўт пуфаги йўлидаги тош билан қисилган бўлади (28 нафар беморда) – 45,2%;

II тип: «+2» – холецистохоледохеал тури: холецистобилиар оқманинг жойлашиши ўт пуфаги йўлининг холедохга қуйилишидан дисталроқда (12 нафар беморларда – 19,3%);

«+1» – ўт пуфаги найи тури: холецистобилиар оқманинг жойлашган жойи ўт пуфаги йўлининг холедохга қуйилиш жойига тўғри келган, ўт пуфаги йўлининг тўлиқ бузилиши, ҳамда ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида кенг боғланиш борлиги кузатилган (17 нафар беморда – 27,4%);

«0» – конфлюэнсли тури: холецистобилиар оқманинг жойлашиши конфлюэнс даражасида бўлган (5 нафар беморда – 8,1%) (1 – расм);



1 – расм. Мириззи синдроми таснифи (гепатикохоледох структураларида қабул қилинган терминалогия билан ўхшаш).

Тавсия этилаётган тасниф тузилиши жихатидан содда бўлиб, Мириззи синдромида тактик – техник ечимларини танлашда амалий жихатдан қулай ҳисобланади.

Диссертациянинг «**Мириззи синдроми ташхислашда клиник – инструментал текшириш усуллари**нинг имкониятлари» номли учинчи боби операциягача бўлган даврда Мириззи синдроми аниқлаш учун қўлланиладиган клиник ва инструментал текшириш усуллари имкониятларини ўрганишга бағишланган.

Шифохонага келган беморлар ўнг қовурға ёйи остидаги оғриққа ва сарикликка шикоят қилишади. Бизнинг тадқиқотимизда Мириззи синдроми билан беморлар энг кўп ўнг қовурға ёйи остидаги оғриққа - 98 (83,8%) нафар

бемор, сариқликнинг ташқи белгилари билан – 108 (92,3%) нафар бемор шикоят қилди. Холангит белгилари 54 (46,1%) нафар беморда кузатилган.

Адабиётларда кўрсатилган, ҳамда бизнинг тадқиқотларимизда олинган маълумотларнинг ўзаро қиёсий таҳлили Мириizzi синдроми, холедохолитиаз ва ўткир холециститда оғриқ синдромининг учраш частотаси бўйича фарқлар йўқлигини кўрсатди. Мириizzi синдроми ва холедохолитиазда механик сариқлик ва холангитнинг учраш частотаси ўртасида ҳам деярли фарқ аниқланмади. Аммо, Мириizzi синдромининг II типиди (оқма) холангит учраш частотаси I типига (стриктура) нисбатан кўпроқ кузатилди. Ушбу маълумотлар клиник симптомларнинг Мириizzi синдромининг морфологик типини қиёсий ташхислашга аҳамиятга эга эмаслигини тасдиқлайди.

Механик сариқлик, тана ҳарорати кўтарилиши клиник белгилари даврий равишда қайталаниб турган беморларда патологик жараёнга жигардан ташқари ўт йўллари кўшилиши тўғрисида шубҳа пайдо бўлган, ҳамда жарроҳлар эҳтиёткорлик билан ўт йўллариининг контрастли текшириш усуллари қўлланилган. Операцияга шошилиш кўрсатмалар бўлганда, операция вақтида магистрал ўт йўллари ҳам синчковлик билан тафтиш қилинди.

Лаборатор тадқиқотларда 63 (53,8%) нафар беморларда кўпроқ билирубин ва жигар ферментларининг кўтарилганлиги аниқланган бўлса, шулардан 8 нафари MC I типиди билан, 55 нафари холецистобилиар оқма билан бўлган.

Сонографик текширув барча беморларга ўтказилган. Қорин бўшлиғи УТТси беморлар қабул қилингандан сўнг дастлабки икки соат ичида ўтказилган бўлса, кейинчалик икки сутка ичида такрорий текширув бажарилган.

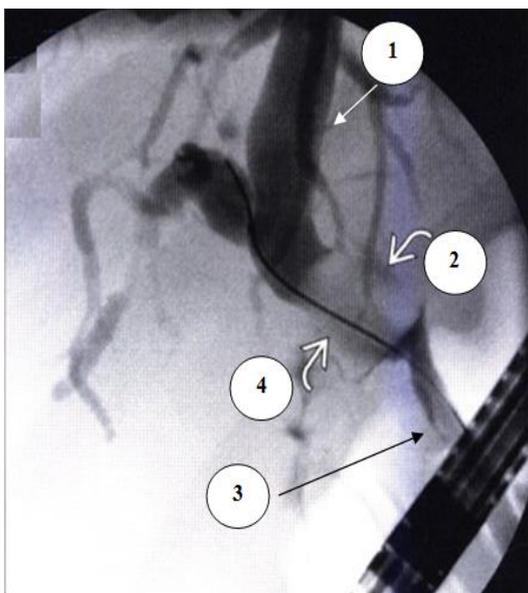
Қорин бўшлиғи УТТси маълумотларига кўра, MC 51 нафар (43,6%) беморларда тахмин қилинган. Уларда қуйидаги белгилар аниқланган (2 – расм).



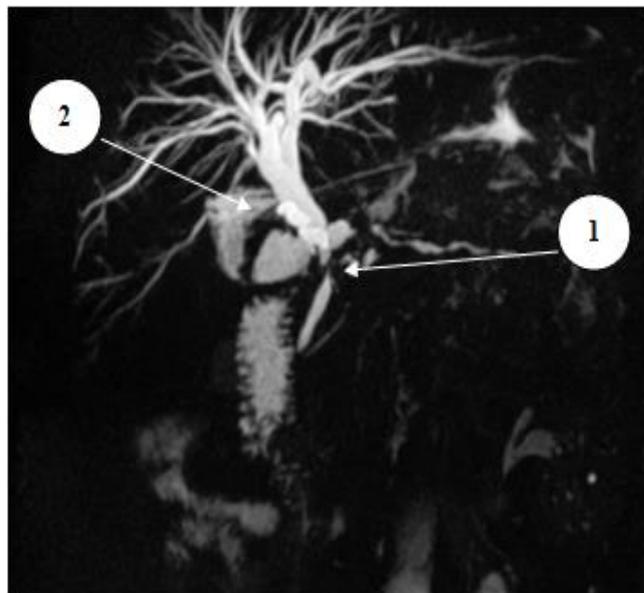
2 – расм. Сонография. Бемор М., 84 ёшда. MC II типиди. Кенгайган умумий жигар ва бўлак ўт йўллари кўринадиган (1); холедох проксимал қисмида йирик тош аниқланадиган (2).

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ) ўт йўллари кенгайиши ва механик сариклик белгилари бўлган 42 (35,9%) нафар беморларда ўтказилган. Икки нафар беморда пилорик канал ва 12 бармоқ ичак пиёзча қисмининг чандикли деформацияси ва стенози туфайли катта дуоденал сўрғичга (КДС) конюла қўйиш имкони бўлмади. Яна икки нафар беморда КДСнинг интрадивертикуляр жойлашиши сабабли конюла киритиш имконсиз бўлган. Шундай қилиб, ЭРХПГ 38 (90,5%) нафар беморга бажарриш имконияти бўлди (3-расм).

МСда ЭРХПГ нинг диагностик сезувчанлиги 15,8%ни ташкил этди – 2 ҳолатда цистобилиар оқма аниқланган. Аммо, ЭРХПГ хулосаларида УЖЙ тошдан юқори проксимал қисмларининг кенгайиши ва дистал қисмларининг нормал ўлчамлари, ёки УЎЙ нинг кенгаймаганлиги каби белгиларнинг ҳамроҳ бўлиши ҳисобга олинмаган эди. Юқоридаги белгиларнинг эътиборга олиниши усулнинг диагностик сезувчанлигини 58,3%га ошириш имконини бериши мумкин эди. Шундай қилиб, ЭРХПГ маълумотлари бўйича операциядан олдинги ташхислаш даражаси паст бўлган.



3 – расм. МС IIтипи билан беморнинг ЭРХПГ текшируви. Кенгайган жигар ичи ва умумий ўт йўли контрастланган(1). Умумий ўт йўли терминал қисмида конуссимон торайган (3), унинг юқори учлигида (2), ундан пастроқда (тош) (4)



4 – расм. МРХПГ. МС II тип билан А. исмли, 60 ёшли бемор ўт йўллари дарахтининг уч ўлчамли модели. Умумий ўт йўли проксимал қисмида тўлишиш нуқсони аниқланади(1), жигар ичи ўт йўллари кенгайган (2).

Механик сариклик билан асоратланган тошли холециститни ташхислашда бизлар МРХПГни қўшдик ва ушбу усул 38 нафар беморларда бажарилган. Ушбу усул ўт йўллари ва ошқозон ости беи йўли суратини алоҳида кўринишини аниқлаш имконини берган. МРХПГ ва стандарт МРТ

текширувини биргаликда қўллаш орқали ўсма сабабли бўлмаган билиар тўсиқни 98% аниқликда ташхислаш мумкин, шу сабабли МРХПГ ни ЭРХПГ нинг ноинвазив муқобили сифатида қўллаш мумкин. МРХПГ нинг ЭРХПГ дан яққол устунлиги унда ўт йўллари нинг обструкциягача ва ундан кейинги қисмларини яққол кўриш, ҳамда гепатопанкреатодуоденал соҳа аъзолари тузилишини баҳолаш имкониятининг мавжудлиги ҳисобланади (4 – расм).

Уч ўлчамли МРТ ва МРХПГ нинг қўлланилиши сафро йўлларидаги тошлар, уларнинг сони ва тахминий тарқибини аниқлабгина қолмасдан, билиар дарахтнинг хажмий виртуал кўринишини тиклаш, тузилишининг ўзига хос хусусиятлари ва атрофидаги анатомик тузилмалар билан ўзаро боғлиқлигини аниқлаш имконини ҳам берган. Ушбу усулнинг диагностик сезувчанлиги юқорироқ бўлиб, 69,2% ни ташкил этди, яъни МС операциядан олдин 26 нафар беморларда аниқланган.

МС билан беморларни текширишда 7 нафар бемор операциядан олдин ЎТКнинг ушбу асоратини кўрсатувчи клиник белгилари мавжуд бўлган ҳолда, ушбу белгилар ташхислаш врачлари, ёки жарроҳлар томонидан эътиборга олинмаган, ҳамда операциягача лозим бўлган ташхис қўйилмагани билан дуч келишган. Шунинг учун, МС ташхисига нисбатан муҳим бўлган белгиларни ажратиш лозим деб ҳисобладик ва уларнинг информативлигини аниқлашга ҳаракат қилинган.

МС даги ҳар бир белгининг информативлигини баҳоланган. Бунинг учун улар алоҳида гуруҳларга ажратилган: 1. клиник-анамнестик; 2. сонографик; 3. ЭРПХГ маълумотлари; 4. МРПХГ маълумотлари.

Шу билан боғлиқ ҳолда, адабиётлар таҳлили ва шахсий кузатувлар асосида ЎТК бор беморларда Мириззи синдромида Мириззи синдромини башоратлашнинг баллик тизими ишлаб чиқилган (1–жадвал).

Шундай қилиб, ретроспектив ва асосий гуруҳдаги беморларда клиник – инструментал текшириш усуллари нинг қиёсий таҳлили асосида, биз томондан, паст, ўрта ва юқори эҳтимолдаги Мириззи синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги мавжуд беморлар гуруҳи ажратилган.

Эҳтимоллиги паст гуруҳга 4 дан 10 баллгача бўлган 19 (30,6%) нафар бемор, ўрта эҳтимоллик даражасидаги гуруҳга 11 дан 20 баллгача бўлган 32 (51,6%) нафар бемор, ҳамда юқори эҳтимоллик даражасидаги гуруҳга 20 баллдан юқори тўплаган 11 (17,7%) беморлар киритилган.

Операциядан олдинги даврда нафақат периперацион (эрта) билиар асоратлар ривожланиш хавфини аниқлаш, балким уни камайтириш имконини берса, жарроҳлик беморларини текшириш ва юритиш тактикасини муваффақиятли деб ҳисоблаш мумкин. Шундай қилиб, ушбу дастурга мувофиқ, турли усуллари ёрдамида олинган маълумотлар ҳам диагностик, ҳам башоратлаш қийматига эга бўлган.

ЎТК билан беморларда Мириizzi синдромини башоратлашнинг баллик тизими

Мириizzi синдромининг белгилари	Балллар	Беморлар сони
Клиник-анамнестик маълумотлар (n=117)		
Бир ойдан ортиқ вақт давомида ўнг қовурға ёйи ости соҳасидаги ноқулайлик ҳисси	1	98 (83,8%)
Жигар санчиғининг илк хуружи	1	13 (11,1%)
10 йилдан ортиқ давомийликдаги ЎТК	2	72 (61,5%)
Оғриқ хуружларининг йилига 3 – 4 маротабадан кўп бўлиши	3	53 (45,3%)
Анамнездан даврий равишда тери қопламаларининг сарғайиши, ёки сийдик рангининг тўқлашиши	4	108 (92,3%)
Даврий равишда варажаларнинг бўлиши	5	54 (46,1%)
Сонографик белгилар (n=117)		
Умумий ўт йўлининг бутун сатҳи бўйлаб, бир текисда кенгайиши	1	7 (5,9%)
Умумий ўт йўли юқори учлигида катта тошнинг мавжудлиги	1	7 (5,9%)
Ишламайдига (ўчирилган) ўт пуфаги	2	18 (15,4%)
Ўт пуфаги бўйинчасидаги, ёки ўт пуфаги йўлида катта тошнинг мавжуд бўлиши	3	26 (22,2%)
Умумий ўт йўли дистал қисми нормал ўлчамда бўлган вақтда жигар ичи ўт йўллариининг кенгайиши	4	36 (30,8%)
Бужмайган ўт пуфаги	5	51 (43,6%)
ЭРХПГ ёрдамида аниқланган белгилар (n=40)		
Умумий ўт йўли девори қирраларининг силлиқлиги	1	7 (17,5%)
Ўт пуфаги ва умумий ўт йўли ўртасида патологик оқманинг мавжудлиги	2	12 (30,0%)
Гепатикохоledохнинг ўт пуфаги йўли қуйилиш жойида торайиши (стриктура)	3	19 (47,5%)
Ташқи ўт йўллари проксимал қисмларининг кенгайиши	4	23 (57,5%)
Умумий ўт йўлининг юқори учлигида ташқаридан қисилиши	5	31 (77,5%)
МРХПГ ёрдамида аниқланган белгилар (n=38)		
Умумий ўт йўли торайган қисмларидаги девори чегараларининг силлиқлиги	1	10 (26,3%)
Умумий ўт йўлининг бутун сатҳи бўйлаб, бир текисда кенгайиши	1	15 (39,5%)
Ишламайдига (ўчирилган) ўт пуфаги	2	12 (31,6%)
Ўт пуфаги йўлида тошларнинг мавжудлиги	3	21 (55,3%)
Умумий ўт йўли дистал қисми нормал ўлчамда бўлган вақтда унинг проксимал қисмларининг кенгайиши	4	29 (76,3%)
Умумий ўт йўли проксимал қисмларида тўлишиш нуқсонининг мавжудлиги	4	21 (55,3%)
Умумий ўт йўлида ўт пуфаги билан биргаликда тўлишиш нуқсонининг мавжудлиги	5	36 (94,7%)
Гепатикохоledох проксимал қисмларининг кенгайиши	5	34 (89,5%)

Диссертациянинг «**Мириizzi синдроми билан беморларни жарроҳлик даволашнинг тактико – техник жиҳатлари**» деб номланган тўртинчи боби РШТЎИМСФ да МС билан беморларда қўлланиладиган тактико – техник ёндашувларга бағишланган.

Мириizzi синдродини жарроҳлик даволаш усулини танлашга тактик ёндашувлар олиб борилган ишларимиз жараёнида етарлича ўзгаришларга учради. 2016 й. гача бизлар Mc Sherry (1982) таснифидан фойдаландик, бунда жарроҳлик аралашувларининг турлари Мириizzi синдромининг типига кўра аниқланар эди. Таққослаш гуруҳида бажарилган амалиётларнинг тури ва сони 2 – жадвалда кўрсатилган.

Муваффақиятли радикал операция кўп жиҳатдан тўғри танланган жарроҳлик тактикасига боғлиқ бўлиб, операциянинг кечишига етарлича таъсир кўрсатади, жарроҳлик даволаш оқибатларига маълум даражада аҳамиятга эга бўлиб, реабилитацион давр кечишига ўз аксини топади.

2– жадвал

Мириizzi синдроми билан таққослаш гуруҳидаги беморларда жарроҳлик аралашувларининг турлари

Операция турлари		Мириizzi синдромининг типи (по McSherry)			
		I тип		II тип	
		йук	%	йук.	%
ЛХЭ		3	15,8	-	-
МЛХЭ		10	52,6	-	-
МЛХЭ + УЖЙни дренажлаш		4	21,0	-	-
Кенг кесим орқали ХЭ	Тубидан ХЭ	2	10,5		
	Субтотал ХЭ, умумий ўт йўли деворини ўт пуфаги чўлтоғи ёрдамида пластика қилиш, ҳамда ўжй ни дренажлаш	-	-	27	75,0
ХЭ + ГепДА		-	-	6 2*	16,7
ХЭ + Ру бўйича ГепЕА		-	-	3	8,3
Жами		19	100,0	36	100,0

Изох: * - жигардан ташқари ўт йўлининг шикастланиши.

III бобда баён этилган беморларнинг операциягача текшириш натижаларига асосланиб, асосий гуруҳдаги беморлар Мириizzi синдромининг эҳтимоллик даражаси бўйича 3 та кичик гуруҳларга бўлинган.

Шу билан боғлиқ ҳолда, асосий гуруҳда жарроҳлик даволаш кўпроқ табақалаштирилган бўлди. III бобда кўрсатилгандек, даволаш усулини танлашга таъсир қилувчи омиллар ҳисобга олинган. Даволаш натижаларига таъсир кўрсатган ушбу омилларни бизлар балли шкала бўйича баҳоладик (DGU 09487 рақамли ЭҲМ учун дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисида гувоҳнома, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги) (3 – жадвал).

Ишлаб чиқилган дастур организмнинг узига хос хусусиятларини инобатга олган ҳолда, операциянинг энг мақбул усулини танлаш ва даволаш

натижаларини яхшилаш имконини берган, 2 баллгача тўплаган беморларга ЛХЭ бажарилган. Мириizzi синдроми I типи билан бўлган ушбу беморлар гуруҳида жарроҳлик даволаш ўт пуфаги бўйинчасига текилиб қолган тошни олиш қийинлиги билан боғлиқ бўлган ўзига хос техник хусусиятларга эга. Демак, Гартман чўнтагини кесиш ва шу кесим орқали тошни олиб ташлаш, ҳамда кейинчалик холецистэктомия лапароскопик усулда, 5 (асосий гуруҳдаги 62 нафар беморнинг 8,1%)га ҳолатда бажарилган.

Ўт пуфаги бўйинчасига текилиб қолган тошни лапароскопик усулда олиб ташлашнинг имкони бўлмаганда, бизлар 18 (29,0%) та кузатувда минилапаротом холецистэктомияга ўтилган. Улар, 4 баллгача тўплаган, асосий гуруҳдаги беморларнинг иккинчи кичик гуруҳини ташкил этдилар.

3 –жадвал

Мириizzi синдромида даволаш тактикасини танлашнинг балллик тизими

Операция турини танлашга таъсир кўрсатувчи омиллар	Омилларнинг хусусиятлари	Балллар	
Интоксикация белгилари	Белгилари йўқ	0	
	Белгилари бор	1	
Мириizzi синдромининг клиник белгилари	Клиникаси йўқ	0	
	Механик сариқлик	1	
	Холангит	2	
Тавсия этилган тасниф бўйича Мириizzi синдромининг типи	I тип	0	
	II тип	«+2»	1
		«+1»	2
		«0»	3
Мириizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллигининг клиник кечиши	Сурункали тошли холецистит	0	
	Ўткир тошли холецистит	1	
Гепатикохоледох диаметрининг ўлчами	1 смгача	0	
	1,1 – 1,5 см	1	
	1,6 см ва ундан катта	2	
ТВИ	Норма	0	
	Семизлик 1-2 даражаси.	1	
	Семизлик 3 даражаси.	2	
Ҳаётий муҳим аъзоларнинг ҳамроҳ касалликлари	Бор	0	
	Йўқ	1	

3 – кичик гуруҳдаги 34 (54,8%) нафар беморларда магистрал ўт йўллариининг шикастланиш хавфи юқори бўлиб, уларда тўпланган баллар йиғиндиси 7 баллгача бўлди. Уларнинг 10 (29,4%) нафарида минилапаротом холецистэктомия ва гепатикохоледохни ташқи дренажлаш операцияси бажарилди. 24 (70,6%) нафар беморларда ўт пуфаги тубидан очилиб, бўшлиғидаги тош олиб ташланди, субтотал холецистэктомия ва гепатикохоледохни ташқи дренажлаш бажарилди (5, 6 – расм).

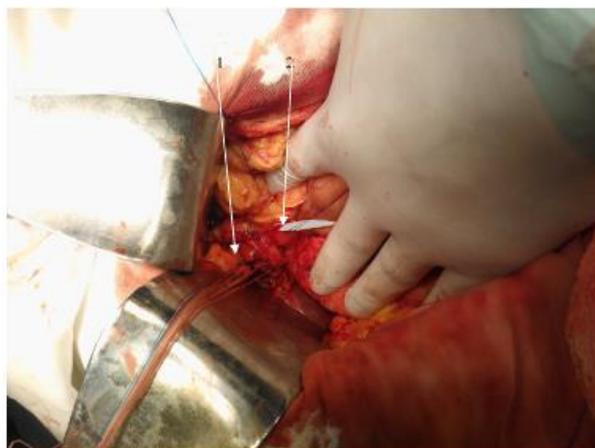
9 баллгача тўплаган ва гепатикохоледох шикастланиш сатҳи «0» бўлган 5 (8,1%) нафар тўртинчи кичик гуруҳдаги беморларга реконструктив

операциялар, асосан Ру бўйича ингичка ичак қовузлоғи ўчирилган юқори билиодигестив анастомозлар бажарилган (4 – жадвал).

Шундай қилиб, кўпгина ҳолатларда Мириizzi синдромининг II типи операция вақтида аниқланадиган топилма ҳисобланади. Мириizzi синдроми I типи мавжуд бўлганда устунликни минилапаротом холецистэктомияга бериш лозим, бунда, ҳам миниинвазив кесимнинг асосий устунликлари сақлаб қолинади ва керак бўлганда ушбу кесимни кенгайтириш орқали конверсия бажарилиб, билиар тизимда лозим бўлган жарроҳлик аралашувларининг барчасини бажаришга имкон туғилган.



5– расм. Бемор М., 75 ёшда. Мириizzi синдроми «+1» типи, билиар тизим тафтиши. Стрелка ёрдамида тош жойлашган, ўт пуфаги билан умумий бўлган гепатикохоledохнинг нуқсони кўрсатилган.



6– расм. Айнан шу бемор. Қолдирилган ўт пуфаги тўқимаси ёрдамида умумий ўт йўлининг бутунлиги тикланмоқда (1). Умумий ўт йўлида қолдирилган дренаж най (2).

4 – жадвал

Мириizzi синдроми билан асосий гуруҳидаги беморларда жарроҳлик аралашувларининг турлари (n=62)

Операция турлари	Мириizzi синдромининг типи (тавсия этилган таснифга кўра)			
	Тип I	Тип II		
		«+2»	«+1»	«0»
ЛХЭ	5 (17,8%)	-	-	-
МЛХЭ	18 (64,3%)	-	-	-
МЛХЭ + УЖЙ ни дренажлаш	5 (17,8%)	3 (25,0%)	2 (11,8%)	-
Минилапаротом кесим орқали Субтотал ХЭ, умумий ўт йўли деворини ўт пуфаги чўлтоғи ёрдамида пластика қилиш, ҳамда УЖЙ ни дренажлаш	-	9 (75,0%)	15 (88,2%)	-
ХЭ + Ру бўйича ГепЕА	-	-	-	5 (100%)
Жами	28 (100%)	12 (100%)	17 (100%)	5 (100%)

Диссертациянинг «Миризи синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бор беморларнинг жарроҳлик даволаш натижалари» деб номланган бешинчи бобида олинган маълумотларни ишончли баҳолашнинг барча жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда таклиф этилган даволаш усулларини жорий этиш натижалари келтирилган. ЎТК билан беморларда Миризи синдроми башоратлашнинг специфик баҳолаш шкаласини мақбуллаштирилиши, диагностик маълумотлар асосида жарроҳлик тактикасини танлаш дастурининг ишлаб чиқирилиши, шунингдек, ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган, ҳамда амалиётга жорий этилган бошқа янгиликлар ушбу тоифадаги беморларни юритиш натижаларига ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмади.

Шундай қилиб, 2010 – 2015 й. га нисбатан 2016 – 2020 й. да операциядан кейинги асоратлар 16,4% дан 3,2% гача камайди, яъни 5 мартаба. Сафро оқиши каби асоратлар частотаси яққол пасайган (3 мартаба), сафроли перитонит ва ўт йўллари шикастланишлари каби ўта оғир асоратлар умуман кузатилмаган. Топик кичик кесимга кўрсатмаларнинг кенгайтирилиши жарроҳлик аралашувининг давомийлигига салбий таъсир кўрсатмаган. Аксинча, ушбу кўрсаткич пасайган. Операциядан кейинги стационар даволаниш давомийлиги таққослаш гуруҳига нисбатан 2 мартаба қисқарди – $7,2 \pm 1,2$ кундан $5,9 \pm 0,3$ кунгача.

Операциядан кейинги кечки муддатларда, таққослаш гуруҳидаги 7 (17,9%) нафар беморларда такрорий консерватив, рентгенэндобилиар ва жарроҳлик аралашувлари ўтказилди. Қайта даво тадбирларига кўрсатма бўлган патологик ҳолатларнинг хусусиятлари 5 – жадвалда кўрсатилган.

5 – жадвал

Таққослаш гуруҳидаги беморларда ўтказилган қайта жарроҳлик амалиётларнинг турлари

Биринчи операциянинг номи	Охирги ўтказилган амалиётдан сўнг юз-ага келган патологик ҳолатнинг тавсифи	Операция тури	Беморлар сони (n=7)	
			abs.	%
ЛХЭ → Лапаротомия, ГХ проксимал чўлтоғини ташқи дренажлаш →	Ташқи сафроли оқма →	ГепЕА	1	14,3
МЛХЭ → Лапаротомия, ГХ проксимал чўлтоғини ташқи дренажлаш →	Ташқи сафроли оқма →	ГепЕА	1	14,3
МЛХЭ + УЖЙ ни дренажлаш →	ГХ стриктураси →	Такрорий консерватив даволаш → ўт йўллари ретроград стентлаш	1	14,3
ХЭ + ГепДА →	ГепДА стенози →	Такрорий консерватив даволаш → ГепДА ни эндоскопик диатермо кенгайтириш → ГепДА ажратиш, ГепЕА шакллантириш	4	57,1
Жами			7	100,0

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган дастур, Мириizzi синдроми билан асоратланган ЎТК бор беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш алгоритмининг қўлланилиши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 16,4% дан (таққослаш гуруҳидаги 9 нафар бемор) 3,2% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.954; Df=1; p=0,027) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 17,9% дан (таққослаш гуруҳидаги 7 нафар бемор) 4,4% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.692; Df=1; p=0,031) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берган.

ХУЛОСА

1. ЭРХПГ УТТ га (43,6%) қараганда кўпроқ ахборот беради (58,3%), лекин, контраст модда киритилши сабабли сафро йўллари ички босимининг ошиш хавфи мавжудлиги, холецисто – холедохеал окма ва ўт пуфагининг тўлиқ суратини бермайди. МС да эндоскопик аралашувлардан сўнг панкреатит белгилари кузатилиши мумкин. МС ни ташхислашда МРХПГ ноинвазив текшириш усули бўлиб ҳисобланади, унинг самарадорлиги 69,2% ни ташкил этиб, ЭРХПГ ва УТТ дан юқори бўлди. МРПХГ – Мириizzi синдроми ташхислашда юқори аниқликка эга бўлган, ҳамда ушбу касалликнинг морфологик турини юқори диагностик сезувчанлик билан аниқлаш имконини берувчи текшириш усули эканлиги исботланди.

2. Мириizzi синдроми башоратлашнинг балллик баҳолаш дастурининг қўлланилиши ЎТК билан беморларда Мириizzi синдроми асоратланиши эҳтимоли паст, ўрта ва юқори бўлган беморлар гуруҳларини аниқлаш имконини берди. УТТ ва МРПХГ маълумотлари бўйича умумий ўт йўлининг диаметри нормал бўлган ҳолатда жигар ичи ўт йўллари кенгайиши, ўт пуфаги йўли ва гепатикохоledохнинг юқори учлигида катта силжимайдиган зич конкрементнинг бўлиши информатив белгилардан ҳисобланади.

3. Ишлаб чиқилган Мириizzi синдромининг типларга бўлишга асосланган таснифи ҳамда магистрал ўт йўллар шикастланиш сатҳига кўра II типи, ўт йўллари стиктураларида қабул қилинган терминологияга ўхшаш, Мириizzi синдромининг клиник – патоморфологик жиҳатларини аниқлаштиради ва жарроҳлик тактикасини аниқлашга ёрдам берди.

4. Мириizzi синдроми билан асоратланган ЎТ бор беморларда жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш дастури асосий гуруҳидаги 8,1% ва 29,0% беморларда, мос равишда лапароскопик ва минилапаротом усулда холецистэктомия бажариш, бу орқали эса, ўт йўлларининг шикастланиши олди олиниб (таққослаш гуруҳида – 1,7%, асосий гуруҳида – 0%), амалиётни минимал хавф билан яқунлаш имконини берди.

5. Мириizzi синдроми билан асоратланган ЎТК бор беморларда, операция усулини танлашга комплекс ёндашувни ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш дастурининг

қўлланилиши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 16,4% дан (таққослаш гуруҳидаги 9 нафар бемор) 3,2% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.954; Df=1; p=0,027) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 17,9% дан (таққослаш гуруҳидаги 7 нафар бемор) 4,4% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.692; Df=1; p=0,031) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 ПРИ
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

КУРБОНОВ НИЗОМ АЗИЗОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ
МИРИЗЗИ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

БУХАРА – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2021.2.PhD/Tib1974.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:

Давлатов Салим Сулаймонович
кандидат медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Уроков Шухрат Тухтаевич
доктор медицинских наук

Эшонходжаев Отабек Джураевич
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

**Южно-Казахстанская медицинская академия
(Казахстан)**

Защита состоится «__» _____ 2022 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г.Бухара, пр-т.Наваи,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № __). Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2022 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2022 года).

А.Ш.Иноятов

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.Н.Ачилова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии по медицинским наукам, доцент

Б.З.Хамдамов

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, выявляемым, по данным литературы, у 10-15% взрослого населения. Одним из редких осложнений ЖКБ является синдром Мириззи (СМ), который по данным разных авторов встречается в широких пределах – от 0,2 до 5% среди больных с ЖКБ¹. Число наблюдений СМ за последние годы увеличивается, что связано с ростом заболеваемости ЖКБ, появлением высокоинформативных методов обследования, прогрессом хирургии желчных путей. Частота послеоперационной летальности при этой патологии достаточно высока и составляет в среднем 11-14% соответственно. Также неутешительны отдаленные результаты хирургических вмешательств, обусловленные развитием послеоперационной стриктуры гепатикохоледоха². Поэтому в отдалённом послеоперационном периоде от 7,5% до 20,8% больных с данной патологией нуждаются в проведении сложных реконструктивных оперативных вмешательств. Вместе с тем, до сих пор среди различных школ хирургов отсутствует единое мнение в определении самого понятия СМ, его классификации, а также в выборе метода его лечения.

С учетом того, что синдром Мириззи является грозным осложнением ЖКБ, большой практический интерес представляет разработка нетипичных способов выполнения холецистэктомии, позволяющих избежать переходов на широкую лапаротомию. Нам представляется актуальным и практически значимым определение показаний к каждому из нетипичных способов холецистэктомии с учетом типа синдрома Мириззи и разработкой вопросов оптимального технического обеспечения и наиболее рациональных оперативных приемов при выполнении хирургического вмешательства, а также изучение ближайших и отдаленных результатов их проведения.

В мировой практике проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, направленных на изучение морфо-функциональных критериев оценки тяжести течения заболевания. Продолжаются исследования по изучению заболевания, характеризующуюся нарушением обмена веществ и, как следствие, приводящее к образованию камней в желчном пузыре, желчных протоках и общем желчном протоке. В современной хирургии одной из наиболее повсеместных, ежедневных и важных проблем считается синдром Мириззи (СМ). Наиболее грозным осложнением СМ, способным привести к повреждению желчевыводящих путей во время операции и другим интраабдоминальным проблемам. Именно данная категория

¹ Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириззи. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010(4):67-73

² Байбеков Р.Р. Факторы риска повреждений и посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков. // Врач ахборотномаси, 2019, №3, С. 162-171.

пациентов обращает на себя наибольшее внимание хирургов и требует оптимизации методов оказания неотложной помощи. С возрастом распространенность калькулезного холецистита увеличивается.

В настоящий период в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении качества хирургического лечения больных СМ, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности новых методов профилактики ЖКБ. В стратегию развития Нового Узбекистан на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение качества лечения СМ путем совершенствования хирургической тактики и разработки эффективных методов снижения осложнений в послеоперационном периоде, является одним из актуальных направлений.

Диссертационное исследование основано на Постановлении Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № УП-6110 «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых реформ, проводимых в системе здравоохранения» и от 28 января 2022 года - Постановления № 60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», № УП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» и № УП-4891 от 12 ноября 2020 г. «Медицинский «О дополнительных мерах по обеспечению здоровья населения путем дальнейшего повышения эффективности профилактических работ» и другие нормативные правовые документы, связанные с данной деятельностью, поданные в определенный объем для выполнения поставленных задач.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Анализ данных литературы показал, что, несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения СМ в экстренной билиарной хирургии сохраняет свою актуальность. При этом несмотря на более полувековую историю изучения СМ, он является одной из наименее изученных проблем в хирургии желчных протоков. До настоящего времени нет единого мнения в вопросах морфологической сущности патологических изменений, составляющих

³ Указ Президента РУз от 28.01.2022г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» Сборник законодательных актов.

основу синдрома, стадий течения и типов, диагностики, вида и объема операции при данном грозном осложнении ЖКБ. Так, в исследованиях Республиканского специализированного научно-практического Центра хирургии им. Акад. В.Вахидова основное внимание было уделено выявлению СМ в дооперационном периоде. Данные клиники Keck Medical Center (Los Angeles), университетской клиники Alexandroupolis (Greece) также говорят об увеличении количества интраоперационных ятрогенных повреждений у больных с СМ.

До недавнего времени СМ считался одним из противопоказаний для выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Однако, в последнее время появляются работы, свидетельствующие об эффективности лапароскопической коррекции при некоторых типах СМ.

Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении СМ: традиционные и миниинвазивные оперативные вмешательства. «Однако наиболее доступным направлением в повседневной практике остаются открытые оперативные вмешательства при СМ» (Хаджибаев А.М.). На основании полученных результатов, было решено пересмотреть вопросы подготовки специалистов, как в плане ранней дооперационной диагностики СМ, так и повышения технического мастерства хирургов, проводящих подобные операции (Prudkov M.I.). В то же время, следует отметить, что до настоящего времени в диагностической программе СМ окончательно не установлена роль и место современных лучевых методов (МСКТ, МРТ-холангиография). Наряду с этим, не до конца разработаны конкретные показания к применению различных эндобилиарных вмешательств в коррекции, имеющих у этих больных явлений механической желтухи и гнойного холангита, не установлены роль и место в лечебной схеме лапароскопических вмешательств. Между тем, в настоящее время имеется настоятельная необходимость «...разработки надежного лапароскопического способа лечения больных ЖКБ, осложненной СМ...». Наконец, не разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения больных СМ с указанием четких стандартов действия в конкретных клинических случаях.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при СМ относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при СМ в зависимости от информативности неинвазивных методов медицинской визуализации, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности клинического течения заболевания и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом НИР Самаркандского государственного медицинского университета № 5436-012000262 на тему «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (2019-2023 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения путем разработки рациональной хирургической тактики с учетом разработанной классификации типа синдрома Мириizzi.

Задачи исследования:

оценить вероятность синдрома Мириizzi у больных желчнокаменной болезнью с помощью инструментальных методов обследования;

на основании диагностических данных общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследования разработать программу балльной оценки прогнозирования синдрома Мириizzi у больных ЖКБ;

изучить предложенные классификации синдрома Мириizzi и на основе собственных наблюдений разработать классификацию синдрома Мириizzi, в зависимости от уровня поражения магистральных желчных протоков;

разработать программу хирургической тактики при синдроме Мириizzi с учетом критериев влияющих на выбор рационального варианта оперативного вмешательства;

провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения синдрома Мириizzi.

Объектом исследования явились 117 больных с желчекаменной болезни, осложненной синдромом Мириizzi, находившихся на стационарном лечении.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных СМ с использованием дифференцированного подхода к выбору хирургического доступа, применения специальных методов исследования.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические, лучевые методы исследования), статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на основании диагностических данных общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследования оптимизирована специфическая оценочная шкала прогнозирования синдрома Мириizzi у больных ЖКБ;

на основании обзора литературы и собственного опыта разработана классификация синдрома Мириizzi, основанной на выделении типов в зависимости от уровня поражения магистральных желчных протоков

разработана программа выбора хирургической тактики с учетом типа синдрома Мириizzi и в зависимости от уровня поражения магистральных желчных путей.

оптимизирована специфическая шкала для оценки качества жизни пациентов с синдромом Мириizzi, перенесших холецистэктомию, с учетом верификации факторов, влияющих на течение послеоперационного периода и вероятность постхолецистэктомического синдрома.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

на предоперационном этапе на основании общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследования оптимизирована специфическая шкала прогнозирования синдрома Мириizzi у больных ЖКБ;

определены показания для выполнения холецистэктомии из минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов у больных ЖКБ осложненной синдромом Мириizzi с учетом предложенной программы, что позволяет на дооперационном этапе выбрать оптимальную тактику хирургического лечения и исключить удельный вес интраоперационных ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков;

предложенная лечебно – диагностическая тактика позволяет улучшить качество диагностики, уменьшить частоту осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Достоверность результатов исследования обосновывается тем, что методы решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению пациентов с ЖКБ осложненной СМ. Выводы в работе сделаны на основе результатов, обработанных с использованием современных методов математической статистики, таких как критерий Стьюдента и вариационный анализ с расчетом доверительных интервалов и доверительных вероятностей.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определялось тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в разработку современных подходов в лечении пациентов с ЖКБ осложненной СМ. Ретроспективным анализом хирургического лечения больных с ЖКБ осложненной СМ доказано, что на основании диагностических данных общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследования оптимизирована специфическая оценочная шкала прогнозирования синдрома Мириizzi у больных ЖКБ. На основании обзора литературы и собственного опыта разработана классификация синдрома Мириizzi, основанной на выделении типов в зависимости от уровня поражения магистральных желчных протоков. Разработана программа выбора хирургической тактики с учетом типа синдрома Мириizzi и в зависимости от уровня поражения магистральных желчных путей.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с ЖКБ осложненной СМ в медицинских учреждениях различного уровня. На предоперационном этапе на основании общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследования оптимизирована специфическая шкала прогнозирования синдрома Мириззи у больных ЖКБ. Определены показания для выполнения холецистэктомии из минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов у больных ЖКБ осложненной синдромом Мириззи с учетом предложенной программы, что позволяет на дооперационном этапе выбрать оптимальную тактику хирургического лечения и исключить удельный вес интраоперационных ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков. Предложенная лечебно – диагностическая тактика позволяет улучшить качество диагностики, уменьшить частоту осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения больных, с ЖКБ осложненной СМ:

разработаны методические рекомендации «Тактико-технические аспекты диагностики и лечения синдрома Мириззи» (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/384 от 27 апреля 2022 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать выбор тактики хирургического лечения больных, с ЖКБ осложненной СМ, с учетом комплексного подхода к выбору доступа, а также профилактики ПХЭС;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с ЖКБ осложненной СМ внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения хирургии Республиканского специализированного научно-практического Центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала, Самаркандского городского медицинского объединения и Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (справка Министерства здравоохранения 8н-з/301 от 20 июня от 2022 года). Внедрение результатов исследований позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 16,4% до 3,2% и в отдаленном послеоперационном периоде с 15,6% до 0%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, в том числе, на 2 международных и 1 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 9 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 4 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 113 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и актуальность исследования, цель и задачи исследования, дана характеристика объекта и предмета, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, обозначена научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, результаты внедрены в практическую деятельность учреждения, дается информация об опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современный взгляд диагностики и лечения синдрома Мириizzi»** представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы желчекаменной болезни осложненной синдромом Мириizzi, ее этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, способы холецистэктомии, применяемые в хирургии желчекаменной болезни и их сравнительная характеристика. Также отдельно описаны малоинвазивные вмешательства в хирургии синдрома Мириizzi по данным современной мировой литературы.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований»** описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования. Основу для исследования составили 117 больных с желчекаменной болезнью осложненной синдромом Мириizzi, поступивших в хирургические отделения Республиканского специализированного научно-практического Центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (РСНПЦЭМПСФ) (клиническая база кафедр хирургических болезней №2 и хирургии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского института) за период с 2010 по 2021 г. Пациенты условно разделены на две группы: основную группу составили 62 больных находившиеся на стационарном лечении с 2016 по 2021 г., группу сравнения составили 55 больных находившиеся на стационарном лечении с 2010 по 2015 г..

При работе с пациентами в группе сравнения была использована классификация McSherry (1982). Согласно классификации McSherry, в группе сравнения больных с синдромом Мириizzi I типа было 19 (46,8%), II типа – 36 (53,2%).

В процессе стандартизации хирургической тактики при синдроме Мириizzi возникла необходимость пересмотра существующих классификаций с учетом уровня локализации холецистобилиарного свища, т.к. в классификациях А. Csendes, С.К. McSherry, Т. Nagakawa и их различных модификациях не представлена уровневая локализация свища, а также возможность расположение его в области конфлюэнса. В нашей практике мы в 5 наблюдениях сталкивались со сложными формами II типа синдрома Мириizzi, когда холецистобилиарный свищ локализовался в области конфлюэнса с полным разрушением передней его стенки. К сожалению, в доступной литературе мы не встретили описания подобных сложных случаев синдрома Мириizzi и, соответственно, способов их хирургической коррекции. В этой связи в последние годы (с 2016 г.), чтобы четко отработать тактику лечения в зависимости от уровня поражения гепатикохоледоха нами предлагается классификация синдрома Мириizzi идентично терминологии, принятой при стриктурах желчных протоков (классификация стриктур печеночных протоков по Э.И. Гальперину, 2002 г.):

Тип I – свищ отсутствует; имеется компрессия общего желчного или печеночного протока конкрементом, фиксированным в шейке желчного пузыря или пузырном протоке (в наших наблюдениях – 28 больных, или 45,2%) (рис. 1);

Тип II: «+2» тип – холецистохоледохеальный: локализация холецистобилиарного свища дистальнее впадения пузырного протока в холедох (12 больных, или 19,3%);

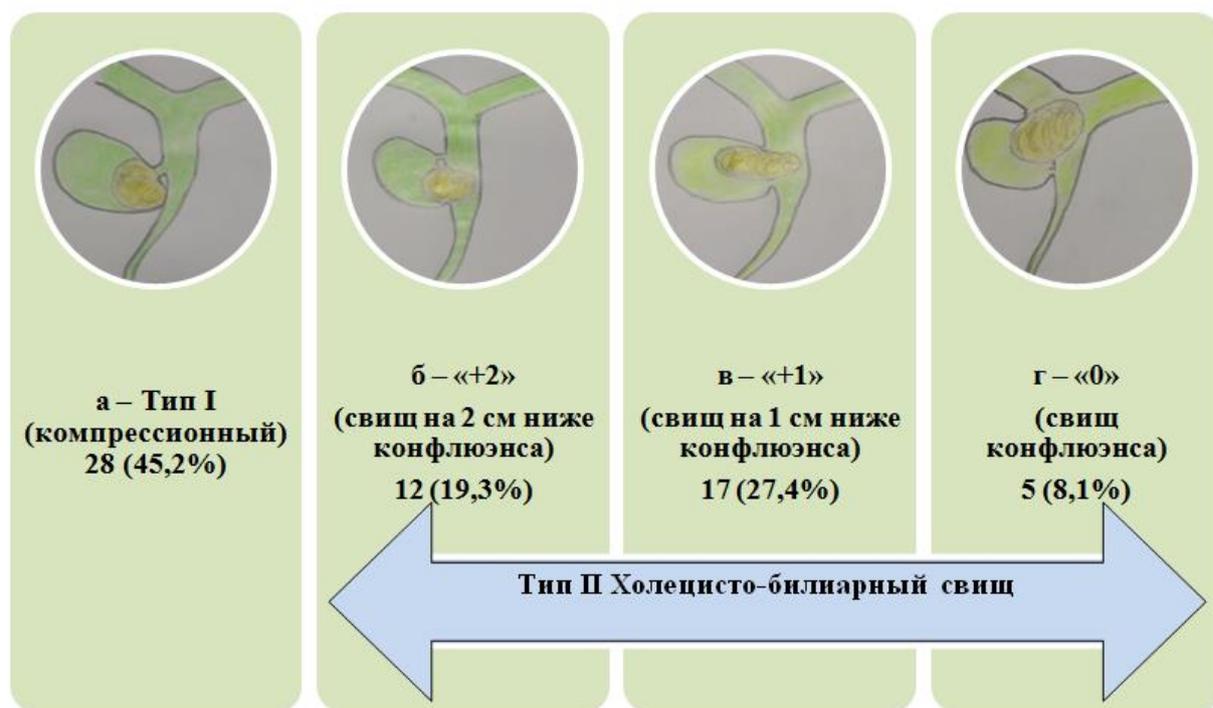


Рис. 1. Классификация синдрома Мириizzi (идентично терминологии, принятой при стриктурах гепатикохоледоха)

«+1» тип – протоковый: локализация холецистобилиарного свища на уровне пузырного протока с его разрушением; имеется широкое сообщение желчного пузыря с гепатикохоледохом (17 больных, или 27,4%);

«0» тип – конглоуэнсный: локализация холецистобилиарного свища на уровне конглоуэнса (5 больных, или 8,1%).

Представленная классификация, на наш взгляд, структурно проста и практична в выборе тактико-технических решений при синдроме Мириizzi.

Третья глава диссертации **«Возможности клинических и инструментальных методов исследований в диагностике синдрома Мириizzi»**, посвящена изучению возможностям клинических и инструментальных методов исследования выявления синдрома Мириizzi в дооперационном периоде.

При поступлении в стационар больные отмечали жалобы на боли в правом подреберье, пожелтение кожных покровов. В нашем исследовании мы отметили, что, наиболее часто, при синдроме Мириizzi отмечаются боль в правом подреберье – 98 (83,8%) пациентов – и внешние проявления желтухи – 108 (92,3%) случая. Признаки холангита выявлены у 54 (46,1%) больных.

При сравнительном анализе литературных и наших данных по частоте встречаемости болевого синдрома при синдроме Мириizzi, холедохолитиазе и при остром холецистите существенных различий не выявлено. Частота механической желтухи и холангита при синдроме Мириizzi и холедохолитиазе также существенно не отличалась. Однако при II типе (свищ) синдрома Мириizzi наличие холангита отмечено чаще, чем при I типе (стриктура). Данный факт показывает, что клинические симптомы не имеют дифференциально-диагностического значения при определении морфологического типа синдрома Мириizzi.

Больные с периодическими клиническими проявлениями механической желтухи, лихорадки указывали на подозрение, что в патологический процесс замешаны и внепеченочные желчные пути, в связи с чем хирурги насторожено проводили контрастные методы исследования желчных путей. При экстренных показаниях к операции во время операции обязательно ревизировали магистральные желчные пути.

При лабораторных исследованиях выявлено преимущественное повышение уровня билирубина и печеночных ферментов у 63 (53,8%) больных, причем у 8 больных SM I типа и у 55 больных холецистобилиарный свищ.

Сонографическое исследование было выполнено всем больным. УЗИ брюшной полости выполнено в течение первых двух часов от момента поступления. Также в течение двух суток производилось контрольное исследование.

Признаки Синдрома Мириizzi по данным УЗИ брюшной полости были заподозрены у 51 пациента (43,6%) (рис. 3.3, 3.4). У них выявлены следующие признаки (рис. 2).

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) была выполнена 42 (35,9%) пациентам, с расширенными желчными протоками и явлениями механической желтухи (рис. 3). У двух больных не удалось канюлировать большой дуоденальный сосочек (БДС), из-за грубой рубцовой деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки со стенозом. Еще у двух пациентов не удалось канюлировать из-за интрадивертикулярного расположения БДС. Таким образом, ЭРХПГ удалось выполнить только 38 (90,5%) больным.



Рис. 2. УЗИ картина пациентки М., 84 лет, с СМ II типа. Виден расширенный общий печеночный и долевые протоки (1); определяется крупный конкремент в проксимальных отделах холедоха (2).

Диагностическая чувствительность ЭРХПГ при СМ составила 15,8% – в 2 случаях был выявлен пузырно-холедохоальный свищ. Однако в заключениях ЭРХПГ не было учтено сочетание таких имеющихся признаков, как расширение проксимального отдела ОПП над камнем с нерасширенным дистальным его отделом или нерасширенным ОЖП. Учет таких признаков позволил бы повысить диагностическую чувствительность метода до 58,3%. Таким образом, по данным ЭРХПГ уровень дооперационной диагностики был низким.

Нами при калькулезном холецистите осложненной механической желтухой к методам диагностики добавлена МРПХГ, которая была выполнена 38 больным. Данный метод исследования позволил получить раздельное изображение желчных протоков и протоков поджелудочной железы при МРХПГ в сочетании со стандартным протоком МРТ имеет точность диагностики билиарного блока неопухолевого генеза до 98%, в связи с тем МРХПГ служит безопасной, неинвазивной альтернативой ЭРХПГ. Существенным преимуществом МРПХГ перед ЭРХПГ является возможность визуализации протоков до и после места их обструкции, а также возможность оценить структуру органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (рис. 4).

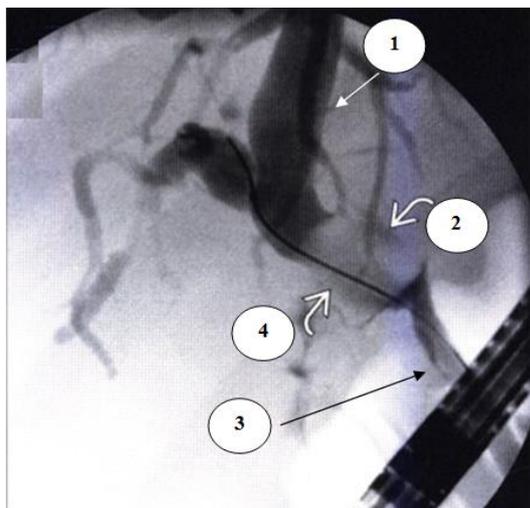


Рис. 3. ЭРХПГ пациента с СМ II типа. Контрастированы расширенные внутрипеченочные протоки и холедох (1). Холедох конически сужен в терминальном отделе (3), в верхней его трети (2), ниже (конкремент) (4).

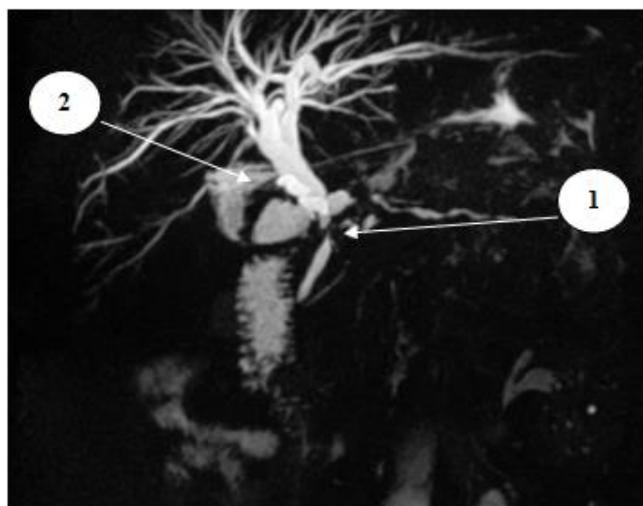


Рис. 4. МРХПГ. Трехмерная компьютерная модель модель желчного дерева пациентки А., 60 лет, с СМ II типа. Дефект наполнения (1), расширенные внутрипеченочные желчные протоки (2)

Использование трехмерной МРТ и МРХПГ позволило не только выявить конкременты в желчевыводящий путях, оценить их количество и предположительный состав, но и воссоздать объемное виртуальное изображение билиарного дерева, выявить особенности его строения и взаимоотношения с соседними анатомическими структурами. Диагностическая чувствительность этого метода исследования оказалась выше и составило 69,2%, т.е. СМ до операции была выявлена у 26 больных.

При обследовании пациентов с СМ до операции у 7 пациентов столкнулись с тем, что при наличии признаков, указывающих на данное осложнение ЖКБ, они не были учтены врачами диагностики и хирургами и не поставлен соответствующий диагноз до операции. Посчитали необходимым выделить признаки наиболее важные в отношении диагноза СМ, рассчитать их информативность.

Оценили информативность каждый признак при СМ. Для этого они были объединены в группы: 1. клиничко-анамнестические; 2. сонографические; 3. данные ЭРПХГ; 4. данные МРПХГ.

На основании обзора литературы и собственного опыта нами разработана программа балльной оценки прогнозирования синдрома Мириizzi у больных ЖКБ (табл. 1).

Таким образом, на основе ретроспективного и сравнительного анализа клиничко – инструментальных методов исследований в основной группе больных нами было выделено группа пациентов с низкой, средней и высокой степенью вероятности на желчекаменную болезнь осложненной синдромом Мириizzi.

Таблица 1.

**Балльная система прогнозирования синдрома Мириizzi у больных
желчекаменной болезнью**

№	Признаки синдрома Мириizzi	Баллы	Количество больных
Клинико-anamнестические данные (n=117)			
1.	Чувство дискомфорта в правом подреберье более месяца	1	98 (83,8%)
2.	Первый приступ печеночной колики	1	13 (11,1%)
3.	Длительность ЖКБ более 10 лет	2	72 (61,5%)
4.	Приступы болей до 3-4 раз в год	3	53 (45,3%)
5.	Периодическое пожелтение кожных покровов или потемнение цвета мочи в анамнезе	4	108 (92,3%)
6.	Периодические ознобы	5	54 (46,1%)
Сонографические признаки (n=117)			
7.	Равномерное расширение гепатикохоледоха	1	7 (5,9%)
8.	Плотно фиксированный крупный конкремент в области ворота печени	1	7 (5,9%)
9.	Нефункциональный желчный пузырь	2	18 (15,4%)
10.	Плотно фиксированный крупный конкремент в шейке пузыря	3	26 (22,2%)
11.	Расширение внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков до вливания пузырного протока	4	36 (30,8%)
12.	Желчный пузырь малых размеров	5	51 (43,6%)
Признаки, выявленные при помощи ЭРХПГ (n=38)			
13.	Гладкие контуры стенок холедоха	1	7 (18,4%)
14.	Наличие патологического соустья между желчным пузырем и общим желчным протоком	2	12 (31,6%)
15.	Сужение (стриктура) гепатикохоледоха в области впадения пузырного протока	3	19 (50,0%)
16.	Расширение проксимальных отделов наружных желчных протоков	4	23 (60,5%)
17.	Сдавление холедоха извне в верхней трети	5	31 (81,6%)
Признаки, выявленные при помощи МРХПГ (n=38)			
18.	Гладкость контуров стенки холедоха на уровне его сужения	1	10 (26,3%)
19.	Равномерное расширение холедоха на всем протяжении	1	15 (39,5%)
20.	Нефункциональный желчный пузырь	2	12 (31,6%)
21.	Наличие конкрементов в пузырном протоке	3	21 (55,3%)
22.	Расширение проксимальных отделов холедоха при наличии нормального размера дистального его отдела	4	29 (76,3%)
23.	Наличие дефекта наполнения в проксимальных отделах холедоха	4	21 (55,3%)
24.	Дефект наполнения холедоха, общий с желчным пузырем	5	36 (94,7%)
25.	Расширение гепатикохоледоха в проксимальных его отделах	5	34 (89,5%)

К группе низкой степени вероятности отнесли 19 (30,6%) больных с суммой баллов от 4 до 10, к группе средней степени вероятности 32 (51,6%) больных с суммарным количеством баллов от 11 до 20 и к группе высокой степени вероятности СМ отнесли 11 (17,7%) больных набравших более 20 баллов.

На предоперационном этапе тактику обследования и ведения хирургических больных можно считать успешной, если она позволяет не только выявить, но и снизить периоперационный (ранний) риск развития билиарных осложнений. Таким образом, информация, получаемая с помощью различных методов, согласно данной программе, имеет как диагностическую, так и прогностическую ценность.

Четвертая глава диссертации «**Тактико-технические аспекты хирургического лечения больных синдромом Мириззи**» посвящена тактико-техническим подходам, используемым в РСНПЦЭМПСФ у пациентов с СМ.

Тактические подходы к выбору метода хирургического лечения синдрома Мириззи в процессе работы нами претерпели существенные изменения. До 2016 г. мы применяли классификацию Mc Sherry (1982), когда варианты оперативных вмешательств определялись в зависимости от типа синдрома Мириззи. Виды и количество оперативных вмешательств в группе сравнения представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Виды оперативных вмешательств, выполненных при синдроме Мириззи у больных группы сравнения

Виды операций		Типы синдрома Мириззи (по McSherry)			
		I тип		II тип	
		абс.	%	абс.	%
ЛХЭ		3	15,8	-	-
МЛХЭ		10	52,6	-	-
МЛХЭ + дренирование ОПП		4	21,0	-	-
ХЭ из широкого доступа	ХЭ от дна	2	10,5		
	Субтотальная ХЭ с пластикой стенки холедоха лоскутом желчного пузыря и дренированием ОПП	-	-	27	75,0
ХЭ + ГепДА		-	-	6 2*	16,7
ХЭ + ГепЕА по Ру		-	-	3	8,3
Всего		19	100,0	36	100,0

Примечание: * - повреждение внепеченочного желчного протока.

Успешная радикальная холецистэктомия во многом зависит от правильно выбранной хирургической тактики, которая существенно влияет на ход операции и имеет определенное значение в исходе хирургического лечения, отражается на течении реабилитационного периода.

Основываясь на данные дооперационного обследования больных, которые описаны в главе III, больные основной группы были подразделены на 3 подгруппы степени вероятности синдрома Мириizzi.

В связи с чем в основной группе выбор хирургического лечения был более дифференцированным. Учитывали факторы, влияющие на выбор способа лечения, как было указано в главе III. Эти факторы, которые повлияли на результаты лечения мы оценили по балльной шкале (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 09487, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан) (табл. 3).

Таблица 3.

Балльная система выбора хирургической тактики при синдроме Мириizzi

№	Факторы влияющие на выбор операции	Характеристика факторов	Баллы	
1	Симптомы интоксикации	Нет симптомы	0	
		Есть симптомы	1	
2	Клинические признаки синдрома Мириizzi	Нет клиники	0	
		Механическая желтуха	1	
		Холангит	2	
3	Тип синдрома Мириizzi согласно предложенной классификации	I тип	0	
		II тип	«+2»	1
			«+1»	2
			«0»	3
4	Клиническое течение желчекаменной болезни, которая осложнилась синдромом Мириizzi	Хронический калькулезный холецистит	0	
		Острый калькулезный холецистит	1	
5	Размер диаметра гепатикохоледоха	До 1 см	0	
		1,1 – 1,5 см	1	
		1,6 и более см	2	
6	ИМТ	Норма	0	
		Ожирение 1-2 ст.	1	
		Ожирение 3 ст.	2	
7	Сопутствующая патология жизненно важных органов	Есть	0	
		Нет	1	

Разработанная программа позволило выбрать оптимальный способ операции с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

Пациентам, набравших до 2 баллов выполняли ЛХЭ. В этой группе больных с синдромом Мириizzi I типа хирургическое лечение имеет свои технические особенности, связанные с трудностью удаления вклинившегося конкремента в шейку желчного пузыря. Так, лапароскопически производилось вскрытие кармана Гартмана и удаление камня через его

просвет с последующей холецистэктомией, что было выполнено в 5 (8,1% из 62 больных основной группы) наблюдениях.

При невозможности лапароскопического удаления вклинившегося в шейку желчного пузыря камня мы производили переход на минилапаротомную холецистэктомию в 18 (29,0%) наблюдениях. Они составили вторую подгруппу основной группы больных, которые были с суммарным количеством набранных баллов до 4.

В 3-й подгруппе больные в количестве 34 (54,8%) человек имели высокий риск повреждения магистральных желчных протоков, они были с суммарным количеством до 7 набранных баллов. Из них 10 (29,4%) больным произведена минилапаротомная холецистэктомия с наружным дренированием гепатикохоледоха. 24 (70,6%) больным произведено вскрытие желчного пузыря через дно, извлекли с его просвета конкременты и производили субтотальную холецистэктомию с наружным дренированием гепатикохоледоха (рис. 6, 7).



Рис. 6. Ревизия билиарной системы больной М., 75 лет, с синдромом Мириззи «+1» типа. Стрелкой указан дефект гепатикохоледоха, общий с желчным пузырем, в котором находился конкремент

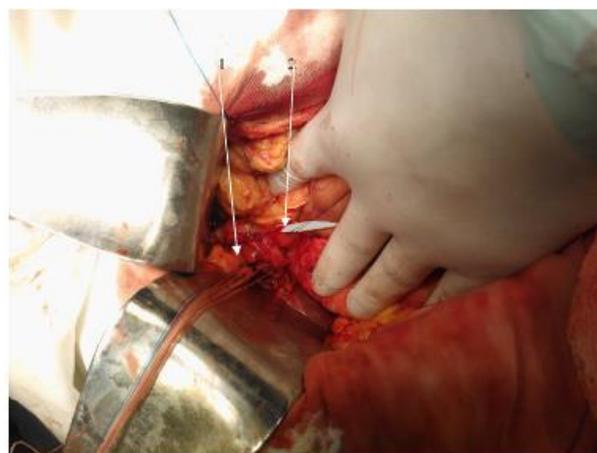


Рис. 7. Та же больная. Восстанавливается целостность холедоха оставленной тканью желчного пузыря (1). Дренаж в холедохе (2).

5 (8,1%) больным в четвертой подгруппе, набравшим до 9 баллов и с «0» уровнем разрушения гепатикохоледоха произвели реконструктивную операцию. Предпочтение отдавали высоким билиодигестивным анастомозам, на выключенной по Ру петле тонкой кишки (табл. 4).

Таким образом, в большинстве случаев синдром Мириззи II типа является интраоперационной находкой. Предпочтение при наличии синдрома Мириззи I типа необходимо отдавать минилапаротомной холецистэктомии, позволяющей сохранить основные преимущества миниинвазивного доступа, а при необходимости позволяющие совершить конверсию с расширением данного доступа и осуществлением необходимого спектра оперативных вмешательств на гепатобилиарной системе.

Таблица 4.

**Варианты хирургических операций в зависимости от типа синдрома
Мириizzi у больных основной группы (n=62)**

Виды операций	Типы синдрома Мириizzi (согласно предложенной классификации)			
	Тип I	Тип II		
		«+2»	«+1»	«0»
ЛХЭ	5 (17,8%)	-	-	-
МЛХЭ	18 (64,3%)	-	-	-
МЛХЭ с дренированием ОЖП	5 (17,8%)	3 (25,0%)	2 (11,8%)	-
Субтотальная ХЭ с пластикой стенки холедоха лоскутом желчного пузыря и дренированием ОПП через минилапаротомный доступ	-	9 (75,0%)	15 (88,2%)	-
ХЭ + ГепЕА по Ру	-	-	-	5 (100%)
Всего	28 (100%)	12 (100%)	17 (100%)	5 (100%)

В пятой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения больных желчекаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi**» приведены собственно результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов.

Оптимизацией специфической оценочной шкалы прогнозирования синдрома Мириizzi у больных ЖКБ и на основе диагностических данных выбор тактики хирургического лечения и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2010-2015 гг. частота послеоперационных осложнений в 2016-2020 гг. снизилась с 16,4 до 3,2%, т.е. в 5 раз (табл. 4, 5). Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как желчеистечение (в 3 раз), не было таких грозных осложнений как желчный перитонит и повреждение желчных протоков.

Расширение показаний к топическому минидоступу отрицательно не сказались на продолжительности хирургического вмешательства. Напротив, этот показатель уменьшился. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции – с $7,2 \pm 1,2$ до $5,9 \pm 0,3$ дня.

В группе сравнения в отдаленном послеоперационном периоде 7 (17,9%) больных перенесли неоднократные консервативные, рентгенэндобилиарные и оперативные вмешательства. Характер патологического состояния, послуживший показанием к повторным лечебным мероприятиям отражен в таблице 5.

Таблице 5.

Виды выполненных повторных операций у больных в группе сравнения

Наименование первой операции	Характер патологического состояния, развившегося с момента последней перенесенной операции	Вид операции	К-во больных (n=7)	
			abs.	%
ЛХЭ → Лапаротомия, наружное дренирование проксимальной культи ГХ →	Наружный желчный свищ →	ГепЕА	1	14,3
МЛХЭ → Лапаротомия, наружное дренирование проксимальной культи ГХ →	Наружный желчный свищ →	ГепЕА	1	14,3
МЛХЭ + дренирование ОПП →	Стриктура ГХ →	неоднократное консервативное лечение → ретроградное стентирование желчных путей	1	14,3
ХЭ + ГепДА →	Стеноз ГепДА →	неоднократное консервативное лечение →Эндоскопическое диатерморасширение ГепДА→разобшение ГепДА, наложение ГепЕА	4	57,1
Всего			7	100,0

Таким образом, разработанная программа, разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с ЖКБ осложненной СМ позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 16,4% (9 пациентов в группе сравнения) до 3,2% (2 пациента в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.954$; Df=1; p=0,027) и ПХЭС в отдаленном послеоперационном периоде с 17,9% (7 пациентов в группе сравнения) до 4,4% (у 2 пациентов в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.692$; Df=1; p=0,031).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Информативность ЭРХПГ выше (58,3%), чем УЗИ (43,6%). Однако опасность вызвать повышение внутрипротокового давления при введении контрастного вещества, вероятно, часто является причиной отсутствия изображения холецисто-хоledoхеального свища и ЖП. После эндоскопических вмешательств при СМ возможны признаки панкреатита. При диагностике СМ МРПХГ оказалось не инвазивным, эффективность составило 69,2%, выше нежели ЭРПХГ и УЗИ. МРПХГ - метод, обладающие большей разрешающей способностью в диагностике синдрома Мириizzi и позволяющие определить морфологический тип данной патологии с высокой диагностической чувствительностью.

2. Применение программы балльной оценки прогнозирования синдрома Мириizzi позволяет выявить группу пациентов с низкой, средней и высокой степенью вероятности осложнения синдрома Мириizzi у больных желчекаменной болезнью. Расширение внутрипеченочных протоков при нормальном диаметре общего желчного протока, плотно фиксированный крупный конкремент в пузырном протоке и в верхней трети гепатикохоledoха являются информативными признаками по данным УЗИ и МРПХГ.

3. Разработанная классификация синдрома Мириizzi, основанная на выделении типов идентичной терминологии, принятой при стриктурах желчных протоков, уточняет клинико-патоморфологические аспекты синдрома Мириizzi, что позволяет выбрать хирургическую тактику.

4. Предложенная программа выбора хирургической тактики у больных с ЖКБ осложненной СМ позволила в 8,1% и 29,0% случаев в основной группе выполнить лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из минидоступа соответственно и тем самым позволила избежать повреждений желчных протоков (группа сравнения - 1,7%, основная группа – 0%) и с минимальным риском завершить операцию.

5. Разработанная программа выбора тактики хирургического лечения больных с ЖКБ осложненной СМ, с учетом комплексного подхода к выбору доступа позволила улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 16,4% (9 пациентов в группе сравнения) до 3,2% (2 пациента в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.954$; Df=1; p=0,027), а в отдаленном послеоперационном периоде ПХЭС с 17,9% (7 пациентов в группе сравнения) до 4,4% (у 2 пациентов в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.692$; Df=1; p=0,031).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.93.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

KURBONOV NIZOM AZIZOVICH

**IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF
CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY MIRIZZI SYNDROME**

14.00.27 – Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

Bukhara – 2022

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2021.2.PhD/Tib1974.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical University.

Abstract of the dissertation is available in three languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Research leader:	Davlatov Salim Sulaymonovich PhD, docent
Official opponents:	Urokov Shukhrat Tukhtayevich Doctor of Medical Sciences Eshonxodjayev Otabek Djurayevich Doctor of Medical Sciences
The leading organization:	South Kazakhstan Medical Academy (Kazakhstan)

Defense will take place on « ____ » _____ 2022 at _____ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.04.2022Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: buhmi@mail.ru.)

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № ____). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A. Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on « ____ » _____ 2022 year.

(mailing report № ____ on « ____ » _____ 2022 year).

A.Sh. Inoyatov

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

D.N. Achilova

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy (PhD), docent

B.Z. Khamdamov

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences

INTRODUCTION (abstract of the doctoral (doctoral) dissertation)

The aim of the study is to improve the results of diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome by introducing modern research methods and developing rational surgical tactics depending on its type.

The object of the study was 117 patients with cholelithiasis complicated by SM, who were hospitalized in the surgical departments of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Emergency Medical Care of the Samarkand branch (clinical base of the Departments of Surgical Diseases No. 2 and Surgery of the Faculty of Postgraduate Education of the Samarkand State Medical Institute) for the period from 2010 to 2021.

The scientific novelty of the study is as follows:

on the basis of diagnostic data of general clinical, laboratory and instrumental research methods, a specific assessment scale for predicting Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis has been optimized;

based on a review of the literature and our own experience, a classification of Mirizzi syndrome was developed, based on the allocation of types depending on the level of damage to the main bile ducts;

a program for choosing surgical tactics was developed, taking into account the type of Mirizzi syndrome and depending on the level of damage to the main biliary tract.

Implementation of research results. According to the results of a scientific study to improve the diagnosis and surgical treatment of patients with cholelithiasis complicated by SM:

methodological recommendations "Algorithm for the management of patients with cholelithiasis complicated by SM" were developed (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z / 58 dated January 10, 2022). The proposed recommendations made it possible to optimize the choice of tactics for surgical treatment of patients with cholelithiasis complicated by SM, taking into account an integrated approach to the choice of access, as well as the prevention of PCES;

the obtained scientific results on improving the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with cholelithiasis complicated by SM have been introduced into the practice of health care, in particular, in the departments of surgery of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Emergency Medical Care of the Samarkand branch, the Samarkand City Medical Association and the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center (certificate of the Ministry of Health 8n-z / 58 dated May 1, 2021). The implementation of research results has improved the quality of care provided by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 16.4% to 3.2% and in the late postoperative period from 15.6% to 0%.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 113 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Қурбонов Н.А., Вафаева И., Абдурахмонов Д. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (literature review). // International Journal of Pharmaceutical Research, - 2020 - Vol 12. Supplementary Issue 2. – С. 1931-1939. (Scopus).
2. Қурбонов Н. А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Зайниев А.Ф. Current Trends in the Management of Mirizzi Syndrome: A Review of Literature // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. Research, - 2020 - Vol 25. Issue 4 - С. 1927 – 1932. (Scopus).
3. Қурбонов Н. А., Давлатов С.С., Амонов М. М. Современные методы диагностики и лечения пациентов с синдромом Мириizzi // Доктор ахборотномаси (99). - 2021. № 2 - С. 157-160. (14.00.00; №20).
4. Давлатов С.С., Қурбонов Н.А. Возможности инструментальных методов исследований в диагностике синдрома Мириizzi // Биология ва тиббиёт муаммолари - 2021, №5.1 (131). - С. 25-27. (14.00.00; №19).
5. Қурбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Амонов М.М. Оптимизация хирургического лечения больных желчекаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi // Ўзбекистон хирургияси журнал - 2021. - №3, - С. 88-93. (14.00.00; №9).
6. Давлатов С.С., Қурбонов Н.А., Набиев Б.Б., Хамдамов И.Б. Прогнозирование синдрома Мириizzi у больных с желчекаменной болезнью // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2022, - №2 (135). - С. 19-23. (14.00.00; №19).
7. Қурбонов Н.А., Давлатов С.С., Набиев Б.Б., Хамдамов И.Б. Дифференцированная хирургическая тактика при синдроме Мириizzi у больных с желчекаменной болезнью // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2022. - №2 (135). - С. 69-73. (14.00.00; №19).
8. Қурбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Набиев Б.Б. Mirizzi Syndrome: Prediction of Preoperative Diagnosis // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022. - С. 437-440. (14.00.00; №2).
9. Қурбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Зайниев А.Ф. Management of Mirizzi syndrome (A review of literature) // Science Asia – 2022. - №48. - С. 14-18. (Scopus).
10. Қурбонов Н.А., Давлатов С.С., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О. Оптимизация хирургического лечения больных желчекаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi. Биология ва тиббиёт муаммолари 2021, №6.1 (133). - С. 232-236. (14.00.00; №19).
11. Қурбонов Н.А., Давлатов С.С., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш. Овременные методы диагностики и лечения пациентов с синдромом Мириizzi. Биология ва тиббиёт муаммолари 2021, №6.1 (133). - С. 237-239. (14.00.00; №19).

И бўлим (II часть; II part)

12. Курбонов Н.А., Исматуллаев Ф.Х. Дифференцированный хирургический подход при синдроме Мириizzi. LXXVI International correspondence scientific and practical conference «European research: innovation in science, education and technology» may 17-18, 2022 london, United Kingdom. - С. 95-101.

13. Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Оптимизация хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi. Журнал гепатогастроэнтерологических исследований №1, 2022. - С. 37-42.

14. Курбанов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Е., Газиёв К. У., Хамдамов И.Б. Диференційована хірургічна тактика при синдромі міріззі у хворих із жовчнокам'яною хворобою. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. - С. 56-61.

15. Qurbonov N. A., Qamariddinzoda A. K., Salomova Sh. A., Ismatullayev F. X. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. International scientific review of the problems of natural sciences and medicine» (Boston. Usa. April 1-2, 2021). - С. 25-32.

16. Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Орипов Ф.С., Орипова А.Ф., Рахманов К.Э. Мириizzi синдромида даволаш тактикасини танлаш учун дастур. O'zbekiston Respublikasining electron hisoblash mashinalari uchun dasturlar reestrída DGU 25.11.2020 yilda ro'uxatdan o'tkazilgan.

17. Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Орипов Ф.С., Орипова А.Ф., Рахманов К.Э. Мириizzi синдромида холецистэктомиядан сўнг беморларда ҳаёт сифатини аниқлаш учун дастур. O'zbekiston Respublikasining Dasturiy mahsulotlarlar davlat reestrída DGU 26.08.2021 у ro'uxatdan o'tkazilgan.

18. Курбонов Н.А., Давлатов С.С. Тактико-технические аспекты диагностики и лечения синдрома Мириizzi // Методические рекомендации. - Самарканд, 2021. - 48 с.

Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ҳамда ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 23.11.2022 йил. Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 3,0 Адади: 100 нусха. Буюртма №653.

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.
“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

