

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**НИШАНОВ МАКСУДЖОН ШЕРМАТОВИЧ**

**МИРИЗЗИ СИНДРОМИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК  
ТАКТИКАСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Нишанов Максуджон Шерматович**

Мириззи синдроми диагностикаси ва хирургик тактикасининг  
хусусиятлари ..... 3

**Нишанов Максуджон Шерматович**

Особенности диагностики и хирургической тактики при синдроме  
Мириззи ..... 21

**Nishanov Maksudjon Shermatovich**

Peculiarities of diagnostics and surgical tactics in Mirizzi syndrome..... 37

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**НИШАНОВ МАКСУДЖОН ШЕРМАТОВИЧ**

**МИРИЗЗИ СИНДРОМИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК  
ТАКТИКАСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.3.PhD/Tib318 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасининг [www.rscs.uz](http://www.rscs.uz) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталининг [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

<b>Илмий раҳбар:</b>	<b>Назиров Феруз Гафурович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Акилов Хабибулла Атауллаевич</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>«А.В. Вишневский номидаги миллий тиббий тадқиқот хирургия маркази» Федерал Давлат Бюджет Муассасаси (Россия Федерацияси)</b>

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru); Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (24 рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да таркатилди.  
(2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Х.К. Абралов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси  
ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори

**А.Х. Бабаджанов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

**А.В. Девятов**

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

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра Мириззи синдроми (МС) камдан-кам учрайдиган патология бўлиб, ўт-тош касаллиги (ЎТК) билан касалланган беморлар орасида 0,5 дан 5,7% гачани ташкил этади.<sup>1</sup> Сўнгги йилларда МС сонининг кўпайиши кузатилмоқда ва бу ЎТКнинг кўпайиши, юқори информатив текширув усулларининг пайдо бўлиши, ўт йўллари хирургиясининг тараққиёти билан боғлиқ ҳолда кечмоқда<sup>2</sup> Муаммонинг долзарблигига қарамасдан, замонавий илмий адабиётларда бу борада асосан кузатишлар сони кўп бўлмаган жуда кам маълумотлар нашр этилган ва ташхислаш ҳамда хирургик даволаш тактикаси бўйича асосланган ягона фикр ҳамон мавжуд эмас.<sup>3</sup> Тиббиётда техник жиҳозланиш тараққиёти билан параллел равишда МС ташхиси ҳам ўсмоқда. Агар ушбу синдром тасвирланган дастлабки даврларида фақат интраоперацион холангиография турган бўлса, ҳозирги вақтда барча замонавий технологиялар хирургия учун ёрдамга шай. Шунга қарамай ҳатто бугунги кунда ҳам кўпинча МС фақат операция вақтида ташхисланади ва бу холедох жароҳати хавфи ва конверсияси фоизини оширади. Шу сабабли, МС да дифференциал операциядан олдинги диагностика ва даволаш, хирургик амалиёт муддати, ҳажми ва турини аниқлаш протоколларини ишлаб чиқиш масалалари долзарб муаммолар қаторида турибди.

СМ диагностикаси, даволаш ва профилактикасини такомиллаштириш борасида дунёда бир қатор, шу жумладан, ўт йўллари шикастланишининг мураккаблигидан қатъий назар бажарилган амалиётлардан кейин минимал салбий оқибатлар билан хирургик тактикага дифференциал ёндашувлар янги протоколларини ишлаб чиқиш бўйича мақсадли тадқиқотлар ўтказилмоқда. Кўрсатилаётган хизмат сифатини яхшилаш мақсадида ҳозирги вақтда ишончлилиги анъанавий текширувлардан баланд бўлган замонавий юқори маълумотли скрининг текширув усулларини татбиқ қилган ҳолда эрта диагностиканинг махсус алгоритмларини ишлаб чиқиш каби йўналишлар фаол ривожланиб бормоқда. Одатда оператив коррекциянинг асоссиз тактикасини танлашга сабаб бўлиши мумкин бўлувчи ўт йўллари обструкциясининг шакли ва мураккаблигини ҳато интерпретацияси сабабларини ретроспектив таҳлил қилишнинг аҳамияти шубҳасиздир. Диагностиканинг мураккаблиги ҳамда замонавий усулларни татбиқ этиш зарурати, хирургик даволашнинг қўлланаётган ва таклиф этилаётган усулларининг анча кенг кўлами, кузатувлар сонининг камлиги, ягона

<sup>1</sup>World Health Organization. Injuries: fact sheet no. 7. World Health Organization website, 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs11/en>, accessed March 12.

<sup>2</sup>Marinov L. The Mirizzi Syndrome – Major Cause for Biliary Duct Injury during Laparoscopic Cholecystectomy // Biomed J Sci & Tech Res., 2017. - Vol.1. - P. 2214–2215.

<sup>3</sup>Paya-Llorente C., Vazquez-Tarragon A., Alberola-Soler A. et al. Mirizzi syndrome: a new insight provided by a novel classification // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg, 2017. - Vol.21. - P. 67–75.

тавсияларнинг йўқлиги ушбу муаммони ўрганиш долзарблигини белгилаб беради.

Ҳозирги вақтда юртимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли кенгайтириш бўйича кенг қамровли чора-тадбирлар олиб борилмоқда. Бу муаммонинг ечими «аҳоли ўртасида касалланиш даражаси ва ўлим кўрсаткичини камайтириш»га қаратилган 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари билан чамбарчас боғлиқ<sup>4</sup>. Ушбу вазифаларни амалга оширишда, жумладан, ташхислашнинг илмий асосланган тизими ҳамда оптимал хирургик тактикани танлаш орқали МС бўлган беморларнинг даволаш натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сонли «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** МС ни аниқлашда мавжуд бўлган диагностика усуллари самарадорлиги борасида сезиларли келишмовчиликлар мавжуд, лекин барча муаллифлар «МС операциядан олдин ва ҳатто операция вақтида диагностикаси мураккаблиги тўғрисида фикрлари бир хил» (Arreaza JA<sup>5</sup>, Falk V<sup>6</sup>). Lee KF<sup>7</sup> тадқиқотларига кўра, «замонавий текширувларнинг барча комплексини қўллаган ҳолда МС операциягача бор-йўғи 12,5-22% ҳоллардагина тўғри аниқланади». Умуман олганда, диагностика усуллари турлиликка қарамай, кўпинча операциягача МС диагнозини аниқлаш мумкин эмас. Бундай ҳолат операция вақтида хирургларни чалғитиши ва холедохни ўт қоқи ёки ўт қоқи йўли

<sup>4</sup> ЎзР Президентининг 07.02.2017 й.даги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони. Қонун ҳужжатлари тўплами.

<sup>5</sup> Arreaza JA, Tsamalaidze L, Stauffer JA. Laparoscopic Cholecystectomy for Mirizzi Syndrome: Is It Safe? // Am Surg. 2018 Apr 1;84(4):141-143.

<sup>6</sup> Falk V, Low G, Bigam D, Sandha G. Acute acalculous cholecystitis of an intrahepatic gallbladder causing Mirizzi's syndrome. // BMJ Case Rep. 2018 Apr 13;2018. pii: bcr-2018-224365.

<sup>7</sup> Lee KF. Mirizzi syndrome: a new approach to an old problem. // Hepatobiliary Surg Nutr. 2018 Feb;7(1):56-57.

сифатида баҳоланиб, шикастлаш хавфини туғдириши мумкин. Pak S<sup>8</sup> фикрига кўра, «узок муддатдаги натижалар ҳам қониқарсиз бўлиб қолмоқда: беморларнинг 12-20% гепатикохоледохнинг проксимал қисми чандиқли торайишлари сабабли қайта операцияга мухтож бўлиб, бу эса тарқалган хирургик тактиканинг етарлича самарадор ва ишончли эмаслигидан далолат беради».

МС да даволаш-диагностика тактикасини танлашга бағишланган адабиётлардаги маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, унинг ривожланиш механизмларини англаш, текширув усуллари ва хирургик технологиялардаги ютуқларга қарамай, МС ҳануз замонавий гепатологиянинг мураккаб муаммосилигича қолмоқда. «Бу патологиянинг кам учраши ва айрим муаллифларда кузатувлар сонининг камлиги сабабли синдромнинг типига боғлиқ равишда даволаш тактикаси ва оператив амалиёт турига кўрсатмаларда аниқ стандартлар ҳозиргача мавжуд эмас» (Valderrama-Treviño AI<sup>9</sup>). Shirah BH<sup>10</sup> МС да лапароскопик техникани қўллаш бўйича адабиётлар шарҳида «киришнинг 40% конверсиялари, 20% асоратлар ва 6% қайта операциялар» тўғрисида маълумот берган. Лекин, Hiraki M<sup>11</sup> раҳбарлигидаги Saga University Faculty of Medicine (Япония) клиникаси мутахассислари «маълум шароитларга риоя қилинганда, лапароскопик техникани қўллаш мумкинлигини айтишган». Операциягача текширувларни оптималлаштириш, хирургик тактика ва оператив амалиётларнинг янги усуллари ишлаб чиқиш истиқболда бу тоифадаги беморларни хирургик даволаш натижаларини сезиларли яхшилаш имконини беради.

Адабиётларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, МС билан беморларни хирургик даволаш натижалари анчагина яхшиланган, бунда МС билан беморларни комплекс эрта ташхислаш ва даволашнинг хирургик тактикасини асослашга тактик ёндашувларнинг замонавий доктринасини ишлаб чиқиш ҳамда натижаларни баҳолаш, операциядан кейинги асоратларни таҳлил қилиш ва хирургиянинг ушбу йўналишини ривожланиш истиқболларини аниқлаш асосий долзарб ва ҳал қилувчи муаммолигича қолмоқда. Бу эса даволаш-диагностика тактикасини янада такомиллаштиришни талаб қилади.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасаси илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг АДСС–15.3.1 «Жигардан ташқари ўт йўллари ятроген шикастланишларини ташхислаш ва хирургик

<sup>8</sup> Pak S, Valencia D, Sheehy B, Agbim U, Askaroglu Y, Dee C. Ticking Bomb: Asymptomatic Mirizzi Syndrome. // Cureus. 2017 Nov 16;9(11):e1854. doi: 10.7759/cureus.1854.

<sup>9</sup> Valderrama-Treviño AI, Granados-Romero JJ, Espejel-Deloiza M, Estrada-Mata AG, Ceballos-Villalva JC, Acuña Campos J, Argüero-Sánchez R. Updates in Mirizzi syndrome. // Hepatobiliary Surg Nutr. 2017 Jun;6(3):170-178.

<sup>10</sup> Shirah BH, Shirah HA, Albeladi KB. Mirizzi syndrome: necessity for safe approach in dealing with diagnostic and treatment challenges. // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2017 Aug;21(3):122-130.

<sup>11</sup> Hiraki M, Ueda J, Kono H, Egawa N, Saeki K, Tsuru Y, Ide T, Noshiro H. A case of Mirizzi syndrome that was successfully treated by laparoscopic choledochoplasty using a gallbladder patch. // J Surg Case Rep. 2017 Nov 7;2017(11):rjx212.

даволашнинг такомиллаштирилган усуллари ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий-амалий лойиҳаси (2015–2017) доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** МС бўлган беморларни ташхислаш ва хирургик оптимал тактикани танлашнинг илмий асосланган тизимини яратиш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ЎТ-тош касаллигининг турли кўринишлари бўлган беморларда МС учраш тезлигини ўрганиш;

МС ни операция олди ва интраоперацион ташхислашда визуализациялашнинг инструментал усуллари имкониятларини баҳолаш;

хирургик тури ва хажми, операциядан кейинги специфик ва носпецифик асоратлар ҳамда МС ни даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи клиник-ташхислаш ва тактик-техник омилларни аниқлаш;

МС бўлган беморларни даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 1994-2016 йилларда академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази портал гипертензия ва панкреатодуоденал соҳа хирургияси ҳамда жигар ва ўт йўллари хирургияси бўлимларида операция қилинган 122 нафар бемор олинди. МС бўлган беморларни хирургик даволаш ва ташхислашнинг мультифактор таҳлили текширишнинг асосий объекти бўлиб ҳисобланди.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб МСни коррекциялашда кам инвазив ҳамда анъанавий замонавий юқори технологияли хирургик усулларни қўллаш орқали текширишнинг ташхислаш усуллари самарадорлиги таҳлили ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Диссертацияда умумий клиник, инструментал, ультратовуш, эндоскопик, мультиспирал компьютер томография ва магнит-резонанс панкреатохолангиография, статистик текширув усуллари қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ЎТК билан касалланган барча беморлар орасида МС тарқалиши бўйича статистик кўрсаткичларнинг хирургик аралашув тури ва вақтига боғлиқлиги (режали ва шошинч, очик ва лапароскопик) аниқланди;

хирургик аралашув хусусиятлари, операциядан кейинги специфик ва носпецифик асоратлар ҳамда МСни даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи клиник-ташхислаш ва тактик-техник омиллар аниқланган;

МС операция олди верификация сифатини ошириш мезонларини аниқлаш орқали турли текшириш усуллариининг клиник-инструментал параллеллари ва ташхислаш самарадорлиги белгилаб берилди;

нур ташхисида юқори информатив усуллардан, босқичма-босқич хирургик тактика ва хирургик аралашувлар бажарилишида техник хусусиятлардан фойдаланишга асосланган МСда даволаш-ташхислаш тактикаси ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

турли клиник-ташхислаш ва тактик-техник омиллар таъсири аниқланган



ва улар орасидан МСнинг хирургик даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи 4 гуруҳи (анамнестик, диагностик, тактик ва интраоперацион) ажратилган;

таклиф этилган ЎТК билан ҳамда МСга шубҳа қилинган беморларни текшириш комплекси операция олди клиник-инструментал ташхислаш самарадорлигини яхшилаш, бошқа патологиялар тарафга ёки ушбу асоратлар намоён бўлишининг бутунлай мавжуд эмаслигида хато интерпретациялар хавфини камайтириш имконини берган;

юқори информатив нур ташхисидан фойдаланиш, умумий ўт йўли эндоскопик ва эндоваскуляр декомпрессиясини киритган ҳолда босқичли хирургик тактика ҳамда шикастланиш турини ҳисобга олган ҳолда хирургик аралашув вариантини танлашга асосланиб ишлаб чиқилган МСда даволаш-ташхислаш тактикаси алгоритми даволашнинг операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатлари босқичидаги натижаларни яхшилаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги** ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сони, клиник, морфологик, статистик текширув усулларига асосланганлиги, барча рақамли маълумотлар замонавий компьютер технологияларини қўллаб ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги билан асосланган. Статистик усулларнинг қўлланилиши олинган натижаларнинг ишончилигини таъминлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар назарий аҳамият касб этиб, МС билан беморлар диагностикаси ва даволаш хусусиятларини ўрганишга сезиларли ҳисса қўшишидан иборат. Хирургик амалиёт хусусияти, махсус ва махсус бўлмаган операциядан кейинги асоратлар ва даволаш натижасига таъсир этувчи клиник-диагностик ва тактик-техник омиллар аниқланган. Турли диагностика уусалларини қўооаш самарадорлигига баҳо берилган ҳамда клиник-инструментал параллеллар ва турли текширув усулларининг диагностик самарадорлиги ўрганилиб, операциядан олдин МСни аниқлаш сифатини ошириш омиллари белгиланган. Тадқиқотнинг айрим натижалари МС диагностикаси ва даволаш бўйича магистрлар, клиник ординаторлар ва курсантларни ўқитиш дастурининг таркиби ва структурасини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундаки, тадқиқот жараёнида олинган асосий хулоса ва таклифлардан турли даражадаги тиббий муассасаларда МС бўлган беморларни ташхислаш ва даволашда фойдаланиш мумкин. ЎТК билан ҳамда МСга шубҳа қилинган беморларни текширишнинг таклиф этилган комплекси операциядан олдин клиник-инструментал ташхислаш самарадорлигини яхшилаш, бошқа патологиялар тарафга ёки ушбу асоратлар намоён бўлишининг бутунлай мавжуд эмаслигида хато интерпретациялар хавфини камайтириш имконини беради. Юқори

информатив нур ташхисидан фойдаланиш, умумий ўт йўли эндоскопик ва эндоваскуляр декомпрессиясини киритган ҳолда босқичли хирургик тактика ҳамда шикастланиш турини ҳисобга олган ҳолда хирургик аралашув вариантини танлашга асосланиб ишлаб чиқилган МСда даволаш-ташхислаш тактикаси алгоритми даволашнинг операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатлари босқичидаги натижаларни яхшилаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** МС бўлган беморларнинг даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Мириizzi синдроми билан беморларда даволаш-диагностика тактикасини стандартлаштириш» методик қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 4 майдаги 8н-д/86-сон маълумотномаси). Кўрсатилган тавсиялар асосида МС бўлган беморларни даволаш операцияга қадар ушбу синдромни ташхислаш ҳамда даволаш тактикасини оптималлаштириш, операциядан кейинги асоратлар учрашини пасайтириш, ўт йўллари ятроген шикастлари хавфини камайтиришга олиб келди;

юқори информатив нур ташхисидан фойдаланиш, умумий ўт йўли эндоскопик ва эндобилиар декомпрессиясини қўллаган ҳолда босқичли хирургик тактика ҳамда шикастланиш турини ҳисобга олган ҳолда хирургик аралашув вариантини танлашга асосланган даволаш-ташхислаш тактик алгоритми тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 4 майдаги 8н-д/86-сон маълумотномаси). МС билан беморлар диагностикаси ва даволаш алгоритмининг татбиқ этилиши операциядан кейинги асоратлар сонини камайтириш ва шу орқали қониқарсиз натижалар сонини қисқартиришга олиб келди;

тадқиқот ишида МС бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш сифатини ошириш бўйича олиб борилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази, Бухоро вилояти ва Қорақалқоғистон Республикаси кўп тармоқли тиббиёт марказлари амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 4 майдаги 8н-д/86-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқот жараёнида олинган натижалар МСнинг операцияга қадар верификациясини 39,1% дан 69,3% гача яхшилаш, операциядан кейинги специфик асоратлар миқдорини 39,1% дан 15,1% гача ҳамда ўлим ҳолатларини 7,2% дан 1,9% гача камайтириш имконини берди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Диссертация мавзуси бўйича, 3 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан 2 та ҳалқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 9 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан 4 та мақола, улардан 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАКнинг докторлик диссертацияларининг асосий илмий

натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўрт боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 119 бетни ташкил этади.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Мириззи синдромининг даволаш-ташхислаш тактикасидаги мунозарали саволлар ҳамда муаммонинг замонавий ҳолати»**, деб номланган биринчи бобида муаммонинг замонавий ҳолати ҳақида маълумот берувчи тўрт қисмдан иборат адабиётлар таҳлили келтирилган: клиник-патогенетик аспектлар ва синдромнинг замонавий таснифи, диагностик хусусиятлари, МСни хирургик ва эндоскопик даволаш усуллари. Боб сўнггида ўз ечимини кутаётган муаммолар ҳамда МС хирургияси ривожини истикболлари ёритилган.

Диссертациянинг **«Фойдаланилган текшириш усуллари ва клиник материалнинг умумий характеристикаси»**, деб номланган иккинчи бобида текшириш усуллари ва материаллар тавсифи келтирилган. Академик В.Воҳидов номидаги «РИИАТХМ»да 1994 йилдан 2016 йилгача ўтган вақт мобайнида жигар ва ўт йўллари, портал гипертензия ва панкреатодуоденал соҳа хирургияси бўлимларида МС билан турли оператив аралашувлар амалга оширилган 122 нафар бемор кузатилди. Ташхислаш тизими, оператив даволаш усуллари ва ёндашув танланишини ҳисобга олган ҳолда барча беморлар икки гуруҳга ажратилди. Таққослаш гуруҳига 1994 йилдан 2008 йилгача операция қилинган 69 нафар бемор киритилди. Асосий гуруҳни 2009 йилдан 2016 йилгача операция қилинган 53 нафар бемор ташкил этди.

Гуруҳлар ўртасидаги асосий фарқ даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи барча асосий омиллар намоён бўлишини ҳисобга олган ҳолда, назорат гуруҳи таҳлил натижаларига кўра ишлаб чиқилган МС билан беморларни олиб боришнинг ташхислаш ва тактик-техник алгоритмини татбиқ этиш факти бўлди. Фарқлар ўз ичига операциягача бўлган босқичда МС верификациясининг ташхисий самарадорлиги, интраоперацион аниқланган МСда яллиғланишли-инфилтратив ўзгаришлар, шунингдек, улар операциянинг техник жиҳатлари ҳамда операциядан кейинги асоратларнинг пайдо бўлиши, операция услубига тактик ёндашувларни танлаш ҳамда операциянинг нечоғлиқ шошиличилигига таъсир кўрсатувчи жиҳатлар каби параметрларни ўз ичига қамраб олади. Ажратилган гуруҳлар жинси, ёши,

шунингдек, бошланғич (стационарга қабул қилинган вақтдаги) ҳолатига кўра таққослана олади.

Беморлар ёши 20 дан 84 ёшгача бўлган ораликни (ўртача  $50,9 \pm 0,5$  ёш) ташкил қилди. Аёл жинсидаги беморлар кўпчиликини ташкил этди – 88 нафар аёл, 34 нафари эркак жинсидаги беморларни қилди (2,6:1 муносабатда).

Стационарга қабул қилинган барча беморларда субъектив (шикоятларни аниқлаш, анамнез тўплаш) ҳамда объектив маълумотлар (физикал текшириш, лаборатор-инструментал ташхислаш) ўрганилишини қамраб олувчи стандарт клиник текширувлар ўтказилди.

Текширилган беморларда калькулез холециститнинг ўткир ва сурункали шакллари, касаллик кечишининг турли кўринишлари ҳамда касалликнинг турлича давомийлиги бор эди. Сурункали холецистит 32 нафар (26,2%), ўткир холециститнинг турли шакллари 90 нафар (73,8%) беморда кузатилди. Улар орасида ўткир катарал холецистит 6 нафар (6,7%), ўткир флегмоноз холецистит 46 нафар ҳамда гангреноз холецистит 38 нафар беморда аниқланди.

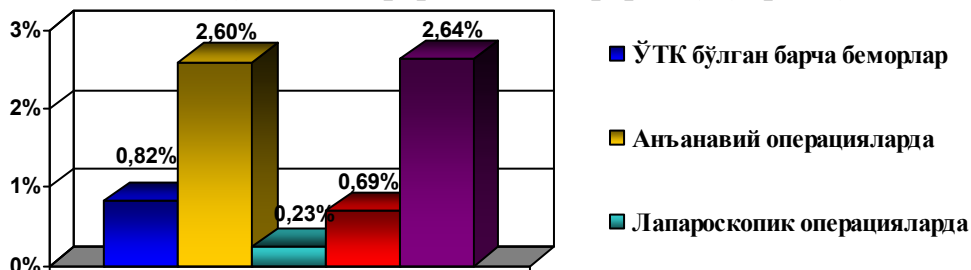
Беморларни хирургик даволаш тактикаси синдром турига боғлиқ ҳолда танланди. Беморлар Csendes A таснифига асосан тақсимланди: МСнинг I тури билан 37 нафар (30,3%), II тури билан 37 нафар (30,3%), III тури билан 42 нафар (34,4%) ва IV тури билан 6 нафар (4,9%) бемор.

МС бўлган беморларда кўп ҳолатда анъанавий аралашувлар олиб борилган ва улар асосий гуруҳда 79,2% (42 нафар бемор), таққослаш гуруҳида 79,7% (55 нафар бемор)ни ташкил этган, шунингдек, 2 нафар (3,8%) ва 11 нафар (15,9%) ҳолатда мос равишда операция лапароскопия билан бошланган, аммо турли сабабларга кўра конверсия бажарилган. I турда операция характери асосий кўпчилик ҳолатда холецистэктомия ва заруратга кўра холедохни Пиковский ёки Кер бўйича дренажлашни қамраб олади. II турда ҳам, асосан, холецистэктомия ва ўт йўллари дренажлаш бажарилди. III ва IV турларда холедохнинг шикастланиши ҳамда шаклланган тешикни ҳисобга олган ҳолда, асосан, ўт йўлини пластикаси билан каркасли дренажлаш бажарилди. Лапароскопик холецистэктомия (ЛапХЭК) 5 нафар (9,4%) ва 2 нафар (2,9%) беморда, ЛапХЭК ва холедохни дренажлаш 4 нафар (7,5%) ва 1 нафар (1,4%) ҳолатда бажарилди.

Диссертациянинг **«Мириizzi синдроми кечишининг клиник-анамнестик хусусиятлари ҳамда хирургик даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи тактик-диагностик жиҳатларнинг факторли таҳлили»**, деб номланган учинчи бобида МСнинг хирургик даволаш натижаларига у ёки бу даражада таъсир кўрсатувчи турли факторлар таҳлили олиб борилган.

Дастлаб асосий статистик факторлар кўриб чиқилди. ЎТК бўлган барча беморлар таркибида МС тарқалишининг умумий частотаси 0,82% ни ташкил этди. Кечиш хусусиятларининг ўзига хослиги ҳамда мос равишда клиник намоён бўлиш оғирлиги етарли даражада бўлган бу камёб асорат анъанавий операцияларда бирмунча кўп учрайди – 2,60% (1994 йилдан 2016 йилгача

операция қилинган 3724 нафар бемордан 97 нафарида), ЛапХЭЖ операцияси бажарилган беморларда эса МСнинг тарқалганлиги бор-йўғи 0,23% ни ташкил этган (11095 нафар бемордан 25 нафарида). Юқорида кўрсатилган сабабларга кўра бундай хавф билан тўқнашиш ургент хирургияда кўпроқ – 2,64% (983 нафардан 23 нафарида), режали операцияларда бу кўрсаткич 0,69% ни ташкил этди (13837 нафардан 96 нафарида) (1-расм).

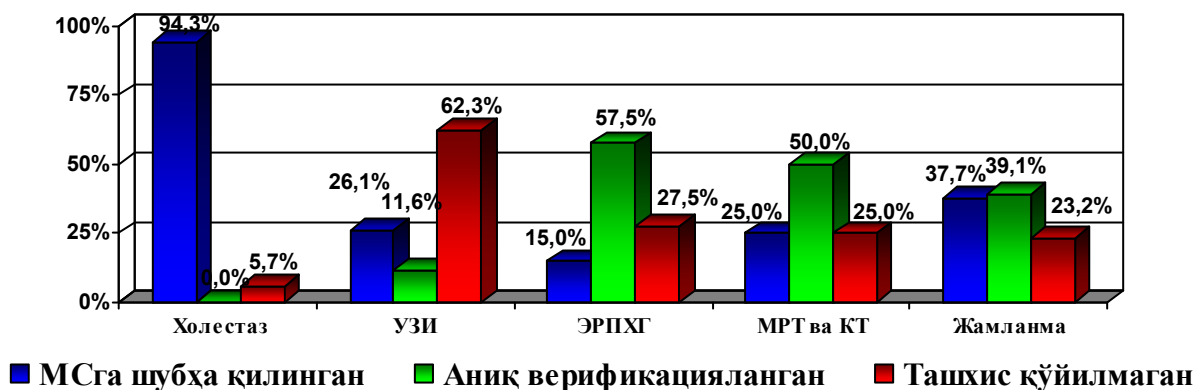


**1-расм. Аралашувлар турига кўра МСнинг умумий частотаси**

Анамнестик факторлар орасида ЎТК бўйича бемор ёши ва анамнезнинг давомийлиги алоҳида аҳамият касб этади. Бунда ЎТК бўлган беморларнинг ўртача ёши МСда булардан ишончли фарқ қилади ( $50,9 \pm 0,5$  ёш қарши  $57,5 \pm 1,1$  ёшга;  $p < 0,001$ ) ва бу кекса (60 ёшдан юқори) беморларнинг юқори улуши ( $45,1\%$  қарши  $28,9\%$  га;  $p < 0,001$ ) ҳамда 3 йилдан ортиқ касаллик анамнези бўлган беморлар ( $51,6\%$  қарши  $38,3\%$  га;  $p < 0,001$ ) билан боғлиқ.

Ташхислаш мураккаблиklarини намоён қилиш ва мос равишда МСнинг операцияга қадар верификациясини яхшилаш йўналишларни аниқлаш учун назорат гуруҳидаги 69 нафар беморнинг текшириш ва даволаш натижалари таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижаларига кўра турли текшириш услубларининг клиник-инструментал ташхисий самарадорлиги  $39,1\%$  ни ташкил этувчи (69 нафар бемордан 27 нафарида) МС верификациясининг паст дифференциаль лаёқати билан характерланади ва ўз навбатида унинг ривожланишига шубҳа  $37,7\%$  (26 нафар) беморда аниқланди, шунингдек,  $23,2\%$  (16 нафар) ҳолатда бошқа патология тарафга хато интерпретация маълумотлари ёки ЎТКда ушбу асоратнинг бутунлай мавжуд эмаслиги қайд этилди (2-расм).



**2-расм. МСда турли текшириш усулларининг ташхислаш самарадорлиги (таққослаш гуруҳидаги 69 беморни текшириш ва даволаш натижаларини таҳлиliga кўра)**

Тактик-техник хусусиятлар орасида операциянинг шошиличилиги, жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами соҳасида ўзгаришларнинг мавжудлиги, операция жараёнида ўт йўллари шикастланиши эҳтимоли, резидуал холедохолитиаз эҳтимоли ҳамда мос равишда операция усулини танлаш каби факторларни алоҳида ажратиб кўрсатиш зарур.

МСда жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами ҳамда ўт пуфаги соҳасида патологик ўзгаришларнинг ривожланиши оператив аралашувларнинг техник жиҳатларини мураккаблаштиради. Таҳлил натижаларига кўра МСда буришган ўт пуфаги 47,8% (69 нафар бемордан 33 нафарида), пуфак бўйни ёки пуфак йўлида қайд этилган конкремент ва пуфак-холедохеал оқма 68,1% (47 нафар), жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами соҳасида зич инфилтрат 56,5% (39 нафар) ҳолатда учраши аниқланди.

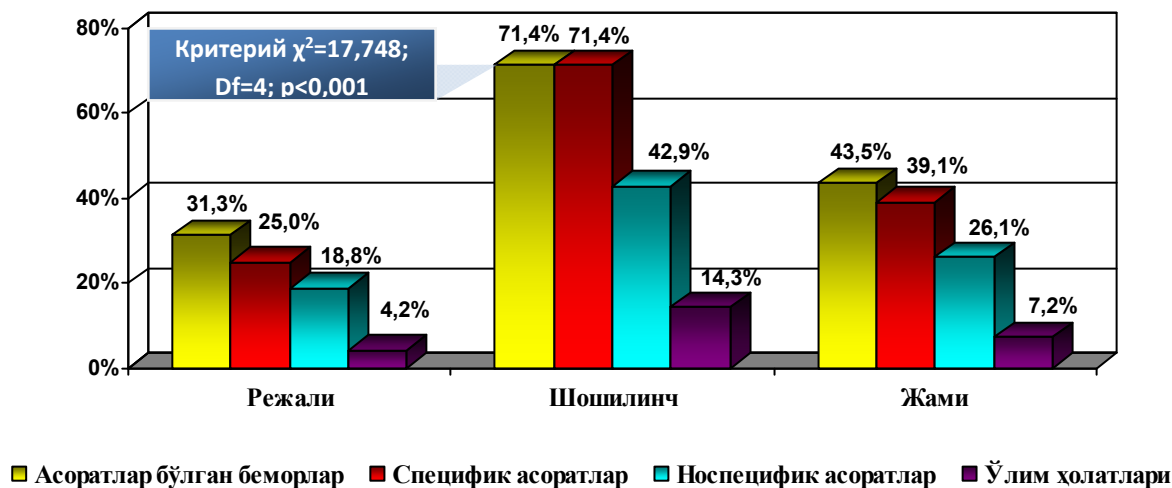
МСда оператив аралашувлар техник жиҳатларини мураккаблаштирувчи жиҳатлар орасида ўт пуфаги ва жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами соҳасидаги патологик ўзгаришлар характери ҳамда жигардан ташқаридаги ўт йўллари шикастланиши эҳтимоли билан йиғиндиси принципиал аҳамият касб этади. МСда турли яллиғланиш-деструктив факторлар бирикуви жараёнида умумий жигар ўт йўли ёки холедох интраоперацион шикастланиши хавфи (буришган ўт пуфаги, пуфак бўйнида ёки пуфак йўлида қайд этилган конкремент, пуфак-холедохеал тешиқ, жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами соҳасида зич инфилтрат) 15,4–20% га етиши мумкинлиги аниқланди. Бунда тўрт карра устунлик билан хавф даражасининг катта қисми МСда операциянинг лапароскопик турига боғлиқ. МСга хато эҳтимол қилинган ва шикастланиш сабаби бўлиб қолган ўт йўллари анатомик хусусиятлари ҳам 4,3% ҳолатда учради (МС билан 69 нафар беморда 8 та шикастланишдан 3 таси).

Холедоҳда қолдирилган конкрементнинг операцияга қадар ҳам, интраоперацион ҳам аниқланмаганлиги навбатдаги мураккаблаштирувчи фактор ҳисобланади. МСда интраоперацион холангиоскопия ёки холангиография бўлмаганда резидуаль холедохолитиаз хавфи 7,2% га етиши мумкин ва бунда 3 та лапароскопик операцияда ушбу асорат 1 нафар (33,3%), анъанавий аралашувларда 6,1% (66 нафар бемордан 4 нафарида) беморда қайд этилди.

Хирургик аралашувлар бажарилишининг тактик-техник хусусиятлари билан биргаликда МСнинг кечиш оғирлиги шошилич аралашувларда операциядан кейинги асоратлар учраши камайишини таъминлайди. Шунингдек, шошилич операцияларда холедоҳда чокларнинг етимовчилиги 23,8% (21 нафар бемордан 5 нафарида) ва режали аралашувларда 12,5% (48 нафар бемордан 6 нафарида)ни ташкил этди. Жигар етишмовчилигининг тараққий этиши мос ҳолда 14,3% (3 нафар) ва 6,3% (3 нафар) беморда аниқланди. Шошилич аралашувларда тўхтатиш билан релaparотомия бажарилиши талаб этилган жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами соҳасидан қон кетиши 2 нафар (9,5%) ҳолатда ривожланди. Носпецифик аъзолар асорати (инфаркт, инсулт, ЎЮҚТЕ, плевро-пульмонал асоратлар, полиорган

етишмовчилиги) 42,9% (9 нафар) ва 18,8% (9 нафар) беморда қайд этилди.

Умуман, шошилинич аралашувларда оператив даволаш тезкорлигига кўра биргаликдаги специфик ва носпецифик асоратлар билан 15 нафар (71,4%) бемор бўлди. Режали операцияларда ушбу кўрсаткич 31,3% (15 нафар)ни ташкил этди. Ўлим ҳолати мос равишда ( $\chi^2=17,748$ ;  $Df=5$ ;  $p<0,001$ ) 3 нафар (14,3%) ва 2 нафар (4,2%) ҳолатда қайд этилди. Беморларнинг барча гуруҳлари бўйича умумий ўлим кўрсаткичи 7,2% (5 нафар)ни ташкил этди (3-расм).



### 3-расм. Аралашувларнинг шошилиничлигига боғлиқ ҳолда хирургик даволашнинг жамланма натижалари

Шундай қилиб, МСнинг хирургик даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи турли клиник-диагностик ва тактик-техник факторларни 4 гуруҳга бўлиш мумкин: анамнестик, диагностик ҳамда тактик ва интраоперацион.

МСни даволаш ва ташхислаш верификациясини оптималлаштириш мақсадида мос равишда тактик-диагностик алгоритмни такомиллаштириш учун кўрсатилган барча факторлар ҳисоби талаб этилади.

Диссертациянинг «**Мириззи синдроми бўлган беморларни даволаш-ташхислаш тактикасини стандартлаштириш**», деб номланган тўртинчи бобида ушбу синдром билан касалланган беморларни даволаш усулларини стандартлаштириш йўллари ёритилган.

Шошилинич ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш шароитида МСда даволаш-ташхислаш тактикасининг асосий вазифалари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

анамнестик маълумотларни тўплаш ва МС ривожланиш хавф факторларини аниқлаш;

асорат характерини аниқлаш билан юқори технологияли нур ташхисдан фойдаланиш;

МС верификациясида барча диагностик комплекс бирикмасидан фойдаланиш самарадорлигини баҳолаш;

синдромнинг клиник кечиш оғирлик даражасини баҳолаш, асосий касаллик ва ёндош патологиялар оғирлашган кечишини аниқлаш.

МС верификациясида ультратовуш тектируви (УТТ)нинг паст диагностик самарадорлиги энг кўп аниқланмаган ташхислар фоизи билан МС I тур гуруҳи беморларида қайд этилди (асосий гуруҳда 57,1% ва назорат гуруҳида 78,3%). Лекин шунга қарамасдан асосий гуруҳда ташхисни турларга ажратиш фоизи салкам 2 баравар кўтарилди. Тўғри қўйилган ташхисларнинг энг кўп фоизи МС II–IV тур беморларида қайд этилди (мос равишда 23,1% қарши 15,2% га). Шунингдек, асосий гуруҳ беморларининг МС II–IV турида верифицирланмаган ташхислар фоизи аҳамиятли камайди (мос равишда 30,8% қарши 54,3% га) (1-жадвал).

**1-жадвал**

**МС верификациясида УТТнинг диагностик самарадорлиги**

МС тури	Микдори	МСга шубҳа		Аниқланган		Ташхисланмаган	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Асосий гуруҳ</b>							
МС I тур	14	5	35,7%	1	7,1%	8	57,1%
МС II–IV тур	39	18	46,2%	9	23,1%	12	30,8%
Жами	53	23	43,4%	10	18,9%	20	37,7%
<b>Таққослаш гуруҳи</b>							
МС I тур	23	4	17,4%	1	4,3%	18	78,3%
МС II–IV тур	46	14	30,4%	7	15,2%	25	54,3%
Жами	69	18	26,1%	8	11,6%	43	62,3%

УТТ асосий белгилари мажмуига асосан ташхисни верификация қилиш ушбу усулнинг ташхислаш самарадорлигини барча турлар учун 18,9%, II–IV тури учун алоҳида 23,1% гача ошириш имконини беради.

Шуни қайд этиш лозимки, МСнинг тўрт турини бир гуруҳга бирлаштириш, назаримизда, рационал ҳисобланади ва текширишнинг ушбу усули ташхислаш самарадорлигини фақат оширади.

МС верификациясида магнит-резонанс томография (МРТ) ёки мультиспирал компьютер томография (МСКТ)дан фойдаланиш УТТга қиёсланганда ташхислаш самарадорлигини 2 баравар ошириш имконини беради. Бироқ МС I тур беморлари учун ушбу кўрсаткич нисбатан паст бўлиб қолаверади ва ҳаммаси бўлиб 33,3% ни ташкил этади. Ташхислашнинг ушбу усули 75% ҳолатда аниқ ташхис қўйилиши билан МС II–IV тури учун энг самарали ҳисобланади. 2-жадвалда тадқиқотда текширилган беморларнинг МРТ ва МСКТ самарадорлигини баҳолаш натижалари келтирилган.

МС I турида Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ) самарадорлиги 66,7% ни ташкил этади, II–IV турида эса 75,8% гача кўтарилади ва бу ушбу усулнинг техник таркибини яхшилаш билан эмас, балки ташхислашнинг нур усули самарадорлиги ошиши билан юқори даражада боғлиқ.

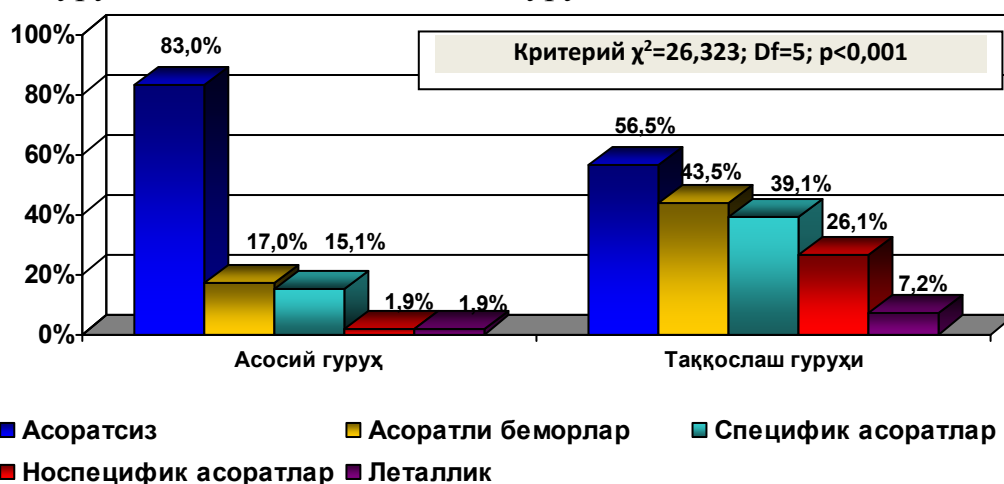


## МС верификациясида МРТ ва МСКТнинг ташхисий самарадорлиги

МС тури	Миқдори	МСга шубҳа		Аниқланган		Ташхисланмаган	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Асосий гуруҳ</b>							
МС I тур	6	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%
МС II–IV тур	40	5	12,5%	30	75,0%	5	12,5%
Жами	46	7	15,2%	32	69,6%	7	15,2%
<b>Таққослаш гуруҳи</b>							
МС I тур	3	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
МС II–IV тур	5	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%
Жами	8	2	25,0%	4	50,0%	2	25,0%

МС I туридаги асосий гуруҳда топик ташхислаш даражасининг аҳамиятли ошиши қайд этилди (42,9% гача), ушбу кўрсаткич МС II–IV тур асосий гуруҳ беморлари учун таққослаш гуруҳи билан солиштирилганда 19,2% га ўсди. Шу билан бирга ташхислаш мониторинги барча комплексдан босқичли фойдаланиш МС II–IV тури беморларига 97–99% гача тўғри ташхис қўйиш самарадорлигини ошириши мумкин.

МСни хирургик даволаш қиёсий натижаларининг умумий структурасини акс эттирувчи диаграммадан (4-расм) кўриниб турганидек таққосланаётган гуруҳларда ҳамма кўрсаткичлардаги яққол фарқлар аниқланди. асосий гуруҳда асоратланмаган операциядан кейинги давр 83,0% беморларда қайд этилди, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 56,5% ни ташкил қилди. Ўлим кўрсаткичида ҳам шундай фарқдаги натижалар қайд этилди (1,9% асосий гуруҳда ва 7,2% таққослаш гуруҳида). Специфик асоратлар асосий гуруҳда 15,1%ни, таққослаш гуруҳида 39,1%ни ташкил қилди.

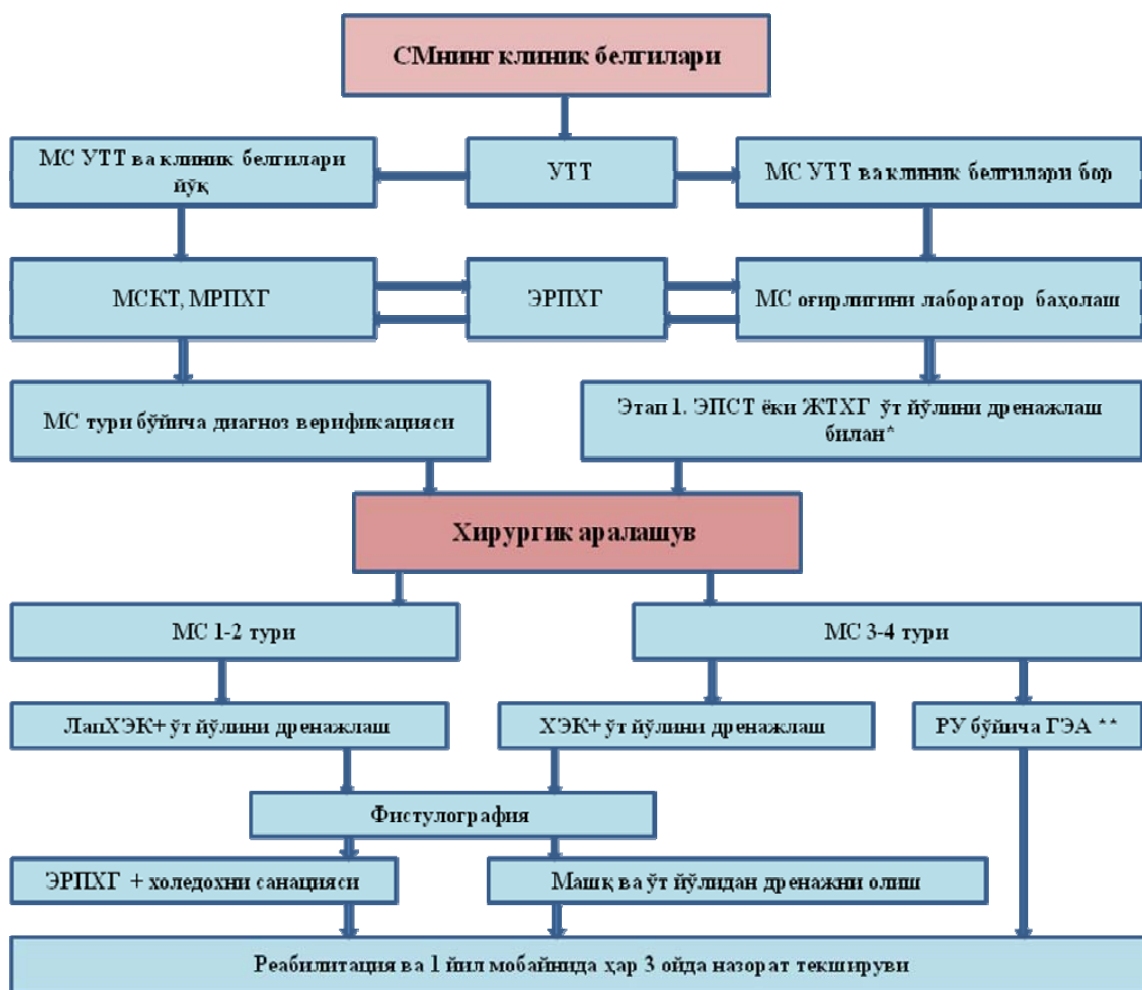


## 4-расм. МС хирургик даволаш натижалари

Биринчи босқичда билиар тракт каминвазив декомпрессияси вариантларидан бири бажарилганда босқичли хирургик тактикадан фойдаланиш режали хирургик аралашувлар миқдорининг ошиши (90,6% қарши 69,6% га), конверсиялар энг кам миқдорида (3,8% қарши 15,94% га) лапароскопик технологиялардан фойдаланишнинг бирмунча юқори фоизи

(16,98% қарши 4,35% га) билан характерланади ва унинг натижасида: асосий гуруҳ беморларинг 83,0% ида операциядан кейинги асоратларсиз давр қайд этилган бир пайтда, таққолаш гуруҳи беморлари учун ушбу кўрсаткич 56,5% ни ташкил этди. Худди шундай фарқ ўлим ҳолати (асосий гуруҳдаги 1,9% таққолаш гуруҳидаги 7,2% га қарши) ва специфик асоратларда (асосий гуруҳдаги 15,1% таққолаш гуруҳидаги 39,1% га қарши) ҳам кузатилди.

Юқори информатив нур ташхиси, умумий ўт йўли эндоскопик ва эндоваскуляр декомпрессиясидан фойдаланган ҳолда босқичли хирургик тактика ҳамда шикастланиш турини ҳисобга олган ҳолда хирургик аралашувлар вариантини танлашга асосланиб ишлаб чиқилган МСда даволаш-ташхислаш алгоритми операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатлардаги натижаларини яхшилаш имконини беради (5-расм).



**5-расм. МСда даволаш-тактик алгоритми**

Эслатма: \* – холедохда ЭПСТ ва эндоскопик дренирлашни бажариш имкони бўлмаганда (БДСнинг БДСда тош қисилиб қолиши билан боғлиқ бўлмаган панкреатит клиникаси билан кечувчи қийин анатомик вариантларида, Б–2 бўйича ошқозон операцияларидан кейин, холедохни дренажлаш билан ЧЧХГ таклиф этилган.

\*\* – Кер бўйича холедохни дренирлаш имкони бўлмаганда ингичка ичакни Ру бўйича ГЭАни бажариш ОЖПнинг очиқ билиар декомпрессияларидан бири ҳисобланади, шунингдек, олдин ошқозонида операция ўтказган беморларда стенозловчи папиллитга шубҳа мавжуд бўлганда Бильротнинг иккинчи усули бўйича қилинади.

## ХУЛОСА

1. ЎТК таркибида МС ривожланиш хавфи 0,82% ни ташкил этади. ЎТК бўлган беморларнинг ўртача ёши МСдан ишончли фарқ қилади ( $50,9 \pm 0,5$  ёш қарши  $57,5 \pm 1,1$  ёшга;  $p < 0,001$ ) ва бу кекса (60 ёшдан юқори) беморлар (45,1% қарши 28,9% га;  $p < 0,001$ ) ҳамда 3 йилдан ортиқ касаллик анамнези бўлган беморларнинг (51,6% қарши 38,3% га;  $p < 0,001$ ) юқори улуши билан боғлиқ.

2. Тадқиқот натижаларига кўра таққослаш гуруҳида МС верификациясида турли текшириш усулларининг клиник-инструментал ташхисий самарадорлиги пастлиги билан характерланиб, 39,1% ни ташкил этди. Ўз навбатида унинг ривожланишига шубҳа 37,7% беморда аниқланди, шунингдек, 23,2% ҳолатда бошқа патология тарафга хато интерпретация маълумотлари ёки ЎТКнинг ушбу асорати бутунлай мавжуд эмаслиги қайд этилди.

3. МСда оператив аралашувларнинг техник жиҳатларини мураккаблаштирувчи сабаблар орасида жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами ва ўт пуфаги соҳаларидаги патологик ўзгаришлар характери принципал аҳамиятга эга ва бунда турли яллиғланиш-деструктив факторларнинг бирга келиши натижасида жигардан ташқаридаги ўт йўллари шикастланиши эҳтимоли лапароскопик хирургияда кўпроқ бўлиб, 15,4–20% га етиши мумкин.

4. МСнинг кечиш оғирлиги хирургик аралашувлар бажарилишининг тактик-техник хусусиятлари билан биргаликда шошилич аралашувлар операциядан кейинги специфик ва носпецифик асоратлар частотасининг 31,3% дан (режали операциялар) 71,4% гача ҳамда ўлим ҳолатининг 4,2% дан 14,3% гача ( $\chi^2=17,748$ ;  $Df=5$ ;  $p < 0,001$ ) ошишига олиб келиши мумкин.

5. МСни хирургик даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи турли клиник-диагностик ва тактик-техник омилларнинг 4 гуруҳи аниқланди: диагностик (операцияга қадар верификация, клиник-инструментал усулларнинг ташхисий самарадорлиги), тактик (операциянинг шошиличлиги, икки босқичли тактика) ва интраоперацион (жигар ва ўн икки бармоқ ичак боғлами соҳасида ўзгаришларнинг мавжудлиги, резидуал холедохолитиазнинг мавжудлиги ҳамда ўт йўлларида шикастланиш эҳтимоли).

6. Биринчи босқичда билиар трактнинг каминвазив декомпрессия усуллари вариантларидан бири бажариладиган босқичли хирургик тактиканинг қўлланилиши режали хирургик аралашувлар миқдорининг кўпайиши (90,6%га қарши 69,6%), конверсиялар минимал миқдорда бўлиши (3,8% га қарши 15,94%), лапароскопик технологияларнинг бирмунча юқори фоизда қўлланилиши (16,98%га қарши 4,35%) билан характерланди.

7. Ишлаб чиқилган комплекс даволаш-ташхислаш чораларининг қўлланилиши МСнинг операциягача бўлган верификациясини 39,1% дан 69,3% га яхшилаш, операциядан кейинги специфик асоратлар учрашини 39,1% дан 15,1% гача ҳамда ўлим ҳолатини 7,2% дан 1,9% гача ишончли ( $p < 0,001$ ) камайтириш имконини берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при  
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА и ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

**НИШАНОВ МАКСУДЖОН ШЕРМАТОВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ  
ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ**

**14.00.27 - Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ - 2018**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2017.3.PhD/Tib318.**

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Назиров Феруз Гафурович</b> доктор медицинских наук, профессор, академик
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Акилов Хабибулла Атауллаевич</b> доктор медицинских наук, профессор  <b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневкого» (Российская Федерация)</b>

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №\_\_\_\_). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018 года).

**Х.К. Абралов**  
Заместитель председателя научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

**А.Х. Бабаджанов**  
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

**А.В. Девятов**  
Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения «синдром Мириззи (СМ) довольно редкая патология, встречаемость которой среди больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) составляет от 0,5% до 5,7%»<sup>12</sup>. Число наблюдений СМ за последние годы увеличивается, что связано с ростом заболеваемости ЖКБ, появлением высокоинформативных методов обследования, прогрессом хирургии желчных путей<sup>13</sup>. Несмотря на актуальность проблемы, в современной научной литературе имеется ограниченное количество публикаций, основанных, как правило, на небольшом числе наблюдений и единого мнения по поводу диагностики и тактики хирургического лечения СМ до сих пор не существует<sup>14</sup>. Диагностика этой патологии развивается параллельно прогрессу технического оснащения в медицине. Если в истоках описания синдрома стояла только интраоперационная холангиография, то в настоящее время на помощь хирургу приходят новые диагностические технологии. Несмотря на это, даже сегодня СМ нередко диагностируется только во время операции, что повышает процент конверсии доступа и риск травмы холедоха. В связи с этим выработка протоколов дифференцированной дооперационной диагностики и лечения, определения сроков, объема и вида хирургического вмешательства при СМ остаются в ряду остроактуальных проблем.

Для совершенствования диагностики, лечения и профилактики СМ в мире проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, в том числе разработка новых протоколов дифференцированного подхода к хирургической тактике с минимальными негативными последствиями после выполненных вмешательств, вне зависимости от сложности повреждения желчных протоков. Для улучшения качества оказываемой помощи в настоящий период активно развиваются такие направления, как разработка специфических алгоритмов ранней диагностики с внедрением современных высокоинформативных скрининговых методов обследования, достоверность которых значительно выше традиционных. Несомненна роль ретроспективного анализа причин ошибочной интерпретации формы и сложности обструкции желчных протоков, что, как правило, может привести к выбору необоснованной тактики оперативной коррекции. Трудности диагностики, а также необходимость внедрения современных методов, достаточно широкий спектр используемых и предлагаемых методов хирургического лечения, немногочисленные наблюдения, отсутствие единых рекомендаций обуславливают актуальность изучения данной проблемы.

---

<sup>12</sup> World Health Organization. Injuries: fact sheet no. 7. World Health Organization website. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs11/en>, accessed March 12.

<sup>13</sup> Marinov L. The Mirizzi Syndrome –Major Cause for Biliary Duct Injury during Laparoscopic Cholecystectomy // Biomed J Sci & Tech Res. - 2017. - Vol.1. - P. 2214-2215.

<sup>14</sup> Paya-Llorente C., Vazquez-Tarragon A., Alberola-Soler A. et al. Mirizzi syndrome: a new insight provided by a novel classification // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. - 2017. - Vol.21. - P.67-75.

В настоящее время в нашей стране принимаются масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. Решение данной проблемы тесно связано с пятью приоритетными направлениями развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы, направленных на «снижение уровня заболеваемости и смертности среди населения»<sup>1</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с СМ путем создания научно - обоснованной системы диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за № УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров «О деятельности научно-исследовательского института Здоровье населения и организация здравоохранения» за № 266 от 10 мая 2017 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

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

**Степень изученности проблемы.** Имеются существенные разногласия в эффективности существующих методов диагностики для выявления СМ, однако, все авторы «сходятся во мнении о трудностях дооперационной и даже интраоперационной диагностики данного синдрома» (Arreaza JA<sup>2</sup>, Falk V<sup>3</sup>). По результатам исследования Lee KF<sup>4</sup> «до оперативного вмешательства СМ правильно диагностируется с использованием всего комплекса современных методов лишь в 12,5-22% случаев». В целом, несмотря на разнообразие диагностических методов, нередко СМ диагностировать до операции не представляется возможным. Такая ситуация на операции может дезориентировать хирурга и создать опасность ранения холедоха, ошибочно считаемого желчным пузырем или широким пузырным протоком. По мнению Pak S<sup>5</sup> «неудовлетворительными остаются и отдаленные результаты: 12-20% пациентов нуждаются в повторной операции по поводу

---

<sup>1</sup>Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

<sup>2</sup> Arreaza JA, Tsamalaizde L, Stauffer JA. Laparoscopic Cholecystectomy for Mirizzi Syndrome: Is It Safe? // Am Surg. 2018 Apr 1;84(4):141-143.

<sup>3</sup> Falk V, Low G, Bigam D, Sandha G. Acute acalculous cholecystitis of an intrahepatic gallbladder causing Mirizzi's syndrome. // BMJ Case Rep. 2018 Apr 13;2018. pii: bcr-2018-224365.

<sup>4</sup> Lee KF. Mirizzi syndrome: a new approach to an old problem. // Hepatobiliary Surg Nutr. 2018 Feb;7(1):56-57.

<sup>5</sup> Pak S, Valencia D, Sheehy B, Agbim U, Askaroglu Y, Dee C. Ticking Bomb: Asymptomatic Mirizzi Syndrome. // Cureus. 2017 Nov 16;9(11):e1854. doi: 10.7759/cureus.1854.



рубцовых стриктур проксимального отдела гепатикохоледоха, что свидетельствует о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики».

Анализ мировых литературных данных, посвящённых выбору лечебно-диагностической тактики при СМ, выявил что, несмотря на успехи в понимании его механизмов развития, совершенствования методов исследования и хирургических технологий, СМ до сих пор представляет сложную проблему современной гепатологии. «В связи с редкостью данной патологии и небольшим количеством наблюдений у отдельных авторов, до настоящего времени отсутствуют четкие стандарты в лечебной тактике и показаниях к методам оперативного вмешательства в зависимости от типа синдрома» (Valderrama-Treviño AI<sup>1</sup>). Shirah BH<sup>2</sup> в обзоре литературы по применению лапароскопической техники при СМ указывают «на 40% конверсии доступа, 20% осложнений и 6% повторных операций». Однако специалисты из клиники Saga University Faculty of Medicine (Япония) под руководством Hiraki M<sup>3</sup>, «указывают на возможность применения лапароскопической техники при соблюдении определенных условий». Оптимизация дооперационного обследования, разработка хирургической тактики и новых методов оперативных вмешательств позволит в перспективе значительно улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения пациентов с СМ заметно улучшились, при этом, основной актуальной и определяющей проблемой остаётся разработка современной доктрины тактических подходов к комплексной ранней диагностики и обоснования хирургической тактики лечения больных с СМ с оценкой результатов, анализом послеоперационных осложнений и определением перспектив развития данного направления хирургии, что требует дальнейшего совершенствования лечебно-диагностической тактики.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного научного проекта АДСС–15.3.1 «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков» (2015-2017 гг.).

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения больных с СМ путем создания научно - обоснованной системы диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики.

---

<sup>1</sup> Valderrama-Treviño AI, Granados-Romero JJ, Espejel-Deloiza M, Estrada-Mata AG, Ceballos-Villalva JC, Acuña Campos J, Argüero-Sánchez R. Updates in Mirizzi syndrome. // *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2017 Jun;6(3):170-178.

<sup>2</sup> Shirah BH, Shirah HA, Albeladi KB. Mirizzi syndrome: necessity for safe approach in dealing with diagnostic and treatment challenges. // *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2017 Aug;21(3):122-130.

<sup>3</sup> Hiraki M, Ueda J, Kono H, Egawa N, Saeki K, Tsuru Y, Ide T, Noshiro H. A case of Mirizzi syndrome that was successfully treated by laparoscopic choledochoplasty using a gallbladder patch. // *J Surg Case Rep.* 2017 Nov 7;2017(11):rjx212.

### **Задачи исследования:**

изучить частоту встречаемости СМ у больных с различными формами ЖКБ;

оценить возможности инструментальных методов визуализации в пред- и интраоперационной диагностике СМ;

определить клинико-диагностические и тактико-технические факторы, влияющие на вид и объем хирургического вмешательства, частоту послеоперационных осложнений, а также исход лечения СМ;

разработать лечебно-диагностический алгоритм у больных с СМ.

**Объектом исследования** явились 122 больных с СМ, оперированных в отделениях хирургии печени и желчных путей, хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» за период с 1994 по 2016 гг. включительно. Основным объектом исследования явился мультифакторный анализ качества диагностики и хирургического лечения больных с СМ.

**Предмет исследования** составляют анализ эффективности диагностических методов исследования и хирургической тактики с применением современных высокотехнологичных традиционных и миниинвазивных способов хирургической коррекции СМ.

**Методы исследований.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические методы исследования, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная панкреатохолангиография) и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

определена зависимость частоты встречаемости синдрома Мирizzi в структуре всех больных с ЖКБ от вида и срочности хирургического вмешательства (открытые и лапароскопические, плановые и экстренные);

определены клинико-диагностические и тактико-технические факторы, влияющие на особенности хирургического вмешательства, частоту специфических и неспецифических послеоперационных осложнений и исход лечения при СМ;

установлены клинико-инструментальные параллели и диагностическая эффективность различных методов исследования с определением критериев повышения качества дооперационной верификации СМ;

разработан алгоритм лечебно-диагностической тактики при СМ, основанный на использовании высокоинформативных методов лучевой диагностики, этапной хирургической тактики и особенностях технического выполнения хирургического вмешательства.

**Практические результаты исследования:**

определено влияние различных клинико-диагностических и тактико-технических факторов на исход хирургического лечения, среди которых выделены 4 группы: анамнестические, диагностические, тактические и интраоперационные;

разработан комплекс обследования больных с ЖКБ и подозрением на СМ, позволивший улучшить эффективность дооперационной клиничко-инструментальной диагностики, сократить риск ошибочной дифференциальной интерпретации;

разработан алгоритм лечебно-диагностической тактики при СМ, основанный на использовании высокоинформативной лучевой диагностики, этапной хирургической тактики с включением эндоскопической и эндобилиарной декомпрессии общего желчного протока и выбора варианта хирургического вмешательства с учетом типа поражения, позволивший улучшить результаты лечения.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике клиническими, инструментальными и статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и лечения больных с СМ. Определены клиничко-диагностические и тактико-технические факторы, влияющие на особенности хирургического вмешательства, частоту специфических и неспецифических послеоперационных осложнений и исход лечения СМ. Дана оценка эффективности применения различных методов диагностики, а также изучены клиничко-инструментальные параллели и диагностическая эффективность различных методов исследования с определением критериев, повышения качества дооперационной верификации СМ. Отдельные результаты работы дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и курсантов по тематикам, посвященным, диагностике и хирургическому лечению СМ.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных СМ в медицинских учреждениях различного уровня. Предложенный комплекс обследования больных с ЖКБ и подозрением на СМ позволяет улучшить эффективность дооперационной диагностики, сократить риск ошибочной интерпретации в сторону другой патологии либо полного отсутствия проявлений этого осложнения. Разработанный алгоритм лечебно-диагностической тактики, основанный на использовании высокоинформативной лучевой диагностики, этапной хирургической тактики с включением эндоскопической и эндобилиарной декомпрессии общего желчного протока и выбора варианта хирургического вмешательства с учетом типа

поражения позволяет улучшить результаты лечения в ближайшем и отдаленном периодах после операции.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению результатов лечения больных с СМ:

методические рекомендации «Стандартизация лечебно-диагностической тактики у больных с синдромом Мириizzi» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/86 от 4 мая 2018 года) позволили улучшить дооперационную диагностику синдрома, оптимизировать тактику лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений и уменьшить риск ятрогенных повреждений желчных протоков;

разработан алгоритм лечебно-диагностической тактики, основанный на использовании высокоинформативной лучевой диагностики, этапной хирургической тактики с включением эндоскопической и эндобилиарной декомпрессии общего желчного протока и выбора варианта хирургического вмешательства с учетом типа поражения (справка Министерства здравоохранения №8н-д/86 от 4 мая 2018 года). Внедрение алгоритма диагностики и лечения больных с СМ позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и соответственно сократить частоту неудовлетворительных результатов;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и лечения больных с СМ внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова», Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Каракалпакский Республиканский многопрофильный медицинский центр (справка Министерства здравоохранения №8н-д/86 от 4 мая 2018 года). Полученные результаты исследования позволили улучшить дооперационную верификацию СМ с 39,1% на 69,3%, снизить частоту специфических послеоперационных осложнений с 39,1% до 15,1% и летальности с 7,2% до 1,9%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования доложены на 3 научно-практических конгрессах и конференциях, в том числе на 2 международных конгрессах и 1 республиканской конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, в том числе 4 журнальных статьи, 2 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 119 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе **«Современное состояние проблемы и спорные вопросы лечебно-диагностической тактики синдрома Мириizzi»** приведен обзор литературы, состоящий из четырех подглав, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы: клиничко-патогенетические аспекты и современное классифицирование синдрома, особенности диагностики, методы эндоскопического и хирургического лечения СМ. В конце главы освещены нерешенные проблемы и перспективы развития хирургии СМ.

Во второй главе **«Общая характеристика клинического материала и использованных методов исследования»** приведена характеристика материалов и методов исследования. В РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1994 по 2016 гг. в отделениях хирургии печени и желчных путей, портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны наблюдалось 122 больных с СМ, которым были выполнены различные оперативные вмешательства. С учетом совершенствования системы диагностики, выбора тактики и способа оперативного лечения все больные были разделены на две группы. В группу сравнения включены 69 пациентов, которые были оперированы с 1994 по 2008 гг. Основную группу составили 53 больных, оперированные с 2009 по 2016 гг.

Принципиальным отличием между группами стал факт внедрения диагностического и тактико-технического алгоритма ведения больных с СМ, который был разработан по результатам анализа в группе сравнения с учетом выявления всех основных факторов, влияющих на исход лечения. Отличия включали такие параметры как диагностическая эффективность верификации СМ на дооперационном этапе, воспалительно-инфильтративные изменения при СМ, выявленные интраоперационно, а также их влияние на технические аспекты операции и возникновение послеоперационных осложнений, тактические подходы к выбору способа операции и срочности ее выполнения. Выделенные группы были абсолютно сопоставимы по полу и возрасту, а также исходному состоянию (на момент поступления в стационар).

Возраст больных колебался от 20 до 84 лет (в среднем  $50,9 \pm 0,5$  лет). Лица женского пола составили большинство – 88 пациентов против 34 лиц мужского пола (соотношение 2,6:1).

Всем поступавшим больным проводилось стандартное клиническое обследование, включавшее изучение субъективных (выяснение жалоб, сбор

анамнеза) и объективных данных (физикальное обследование, методы лабораторно-инструментальной диагностики).

Обследованные больные были с хроническими и острыми формами калькулезного холецистита и имели различные формы течения и длительности заболевания. С хроническим холециститом было 32 (26,2%) больных, с различными формами острого холецистита – 90 (73,8%) больных. Среди них острый катаральный холецистит выявлен у 6 (6,7%) больных, острый флегмонозный холецистит у 46 (51,1%) больных и гангренозный холецистит у 38 (42,2%) пациентов.

Тактика хирургического лечения больных строилась в зависимости от типа синдрома. Больные распределены согласно классификации Csendes A. С I типом СМ было 37 (30,3%) пациентов, со II типом – 37 (30,3%), с III типом – 42 (34,4 %) больных и с IV типом – 6 (4,9%) пациентов.

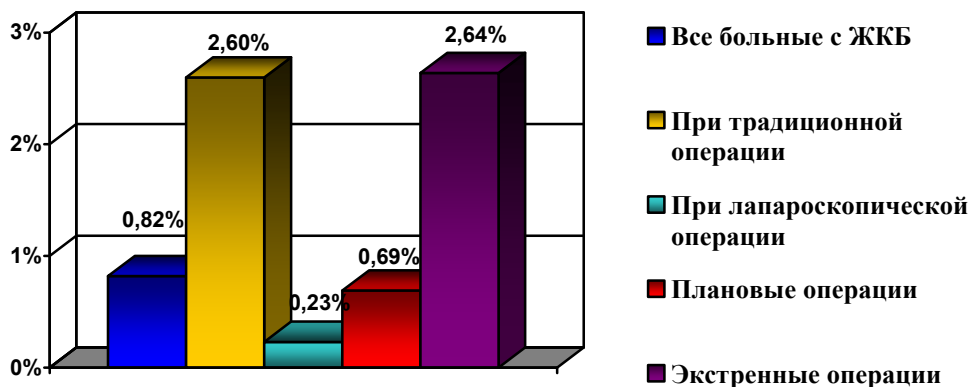
Всем больным с СМ в большинстве случаев произведены традиционные вмешательства, которые в основной группе составили 79,2% (42 пациента), в группе сравнения – 79,7% (55 больных), также в 2 (3,8%) и 11 (15,9%) случаях соответственно исходно операция была начата с лапароскопии, но вследствие различных причин выполнена конверсия. При I типе характер операции в подавляющем большинстве случаев заключался в холецистэктомии и при необходимости дренирования холедоха по Пиковскому или Керу. При II типе также в основном производилась холецистэктомии с дренированием желчных протоков. При III и IV типах с учетом сформированного свища и повреждения холедоха в основном выполнялось каркасное дренирование с пластикой желчного протока. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛапХЭК) произведена у 5 (9,4%) и 2 (2,9%), ЛапХЭК с дренированием холедоха выполнено в 4 (7,5%) и в 1 (1,4%) случаях.

В третьей главе диссертации **«Клинико-anamнестические особенности течения синдрома Мирizzi и факторный анализ тактико-диагностических аспектов, влияющих на результаты хирургического лечения»** проведен анализ различных факторов, которые в той или иной степени влияют на исход хирургического лечения СМ.

Первично приведены основные статистические факторы. Общая частота распространенности СМ в структуре всех пациентов с ЖКБ составила 0,82%. Это довольно редкое осложнение ввиду своих особенностей течения и соответственно тяжести клинических проявлений наиболее часто встречается при традиционных операциях – 2,60% (у 97 из 3724 больных, оперированных с 1994 по 2016 гг.), тогда как при ЛапХЭК распространенность СМ составила всего 0,23% (25 из 11095 пациентов). Опять же по указанным причинам риск столкнуться с СМ более характерен для ургентной хирургии – 2,64% (26 из 983) в сравнении с плановыми операциями – 0,69% (96 из 13837) (рис. 1).

Среди анамнестических факторов определенное значение имеет возраст пациента и длительность анамнеза по ЖКБ. Так, средний возраст больных с ЖКБ достоверно отличается от такового при СМ ( $50,9 \pm 0,5$  лет против

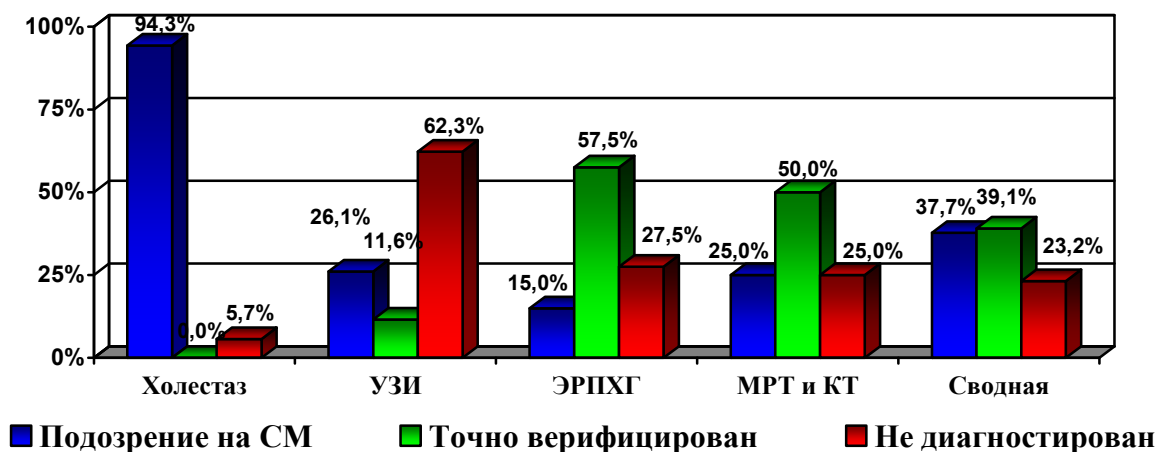
57,5±1,1 лет;  $p < 0,001$ ), что обусловлено высокой долей пожилых пациентов (старше 60 лет) (45,1% против 28,9%;  $p < 0,001$ ) и больных с длительностью анамнеза заболевания более 3-х лет (51,6% против 38,3%;  $p < 0,001$ ).



**Рис. 1. Общая частота встречаемости СМ в зависимости от типа вмешательства**

Для выявления диагностических сложностей и соответственно определения направлений для улучшения дооперационной верификации СМ, приведен анализ результатов обследования и лечения 69 пациентов в группе сравнения.

По результатам обследования определено, что клинко-инструментальная диагностическая эффективность различных методов исследования характеризуется низкой дифференциальной способностью верификации СМ, составившей 39,1% (у 27 из 69 пациентов), в свою очередь подозрение на его развитие определено у 37,7% (у 26), а в 23,2% (16 больных) случаев отмечена ошибочная интерпретация данных в сторону другой патологии либо полного отсутствия проявлений этого осложнения ЖКБ (рис. 2).



**Рис. 2. Диагностическая эффективность различных методов исследования при СМ (по анализу результатов обследования и лечения 69 пациентов в группе сравнения)**

Среди тактико-технических особенностей следует выделить такие факторы как срочность операции, наличие изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС), вероятность повреждения желчных

протоков при операции, вероятность резидуального холедохолитиаза и соответственно выбор способа операции.

Развитие патологических изменений в области желчного пузыря и ПДС при СМ усложняет технические аспекты оперативного вмешательства. При анализе определено, что при СМ сморщенный желчный пузырь развивается в 47,8% (у 33 из 69 больных) случаев, фиксированный конкремент в шейке пузыря или пузырном протоке и пузырно-холедохеальный свищ встречались в 68,1% (47) случаев, а плотный инфильтрат в области ПДС у 56,5% (39) больных.

Среди причин, осложняющих технические аспекты оперативного вмешательства при СМ, принципиальное значение имеет характер патологических изменений в области желчного пузыря и ПДС в совокупности с вероятностью повреждения внепеченочных желчных протоков. Установлено, что риск интраоперационного повреждения общего печеночного протока (ОПП) или холедоха при различном сочетании факторов воспалительно-деструктивного процесса при СМ (сморщенный желчный пузырь, фиксированный конкремент в шейке пузыря или пузырном протоке, пузырно-холедохеальный свищ, плотный инфильтрат в области ПДС) может достигать 15,4-20%. При этом наибольшая степень риска 4-х кратным преобладанием связана с лапароскопическим типом операций при СМ. Анатомические особенности желчных протоков, возможно ошибочно принятые за СМ и ставшие причиной повреждения также имели место в 4,3% наблюдений (3 из 8 повреждений у 69 пациентов с СМ).

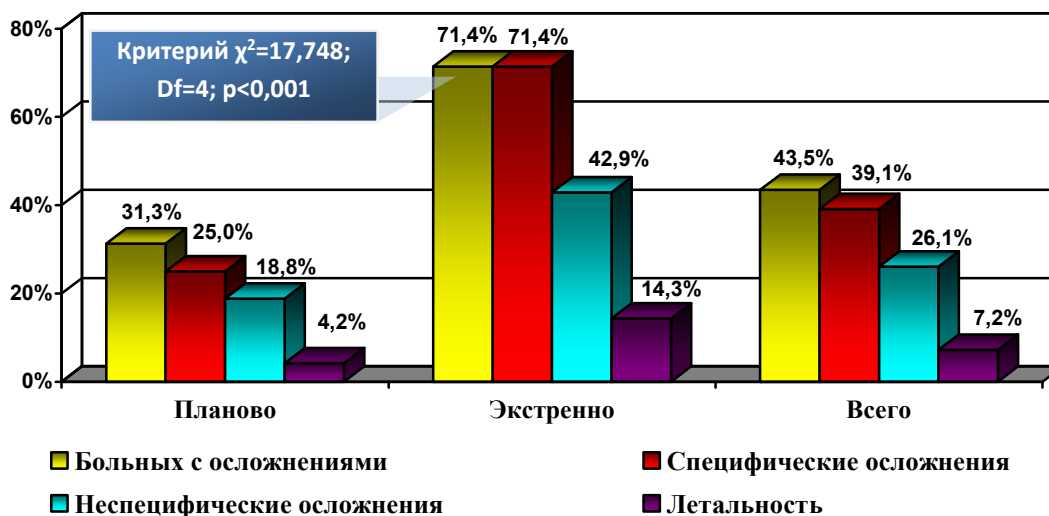
Другим осложняющим фактором является вероятность оставления конкремента в холедохе, который не был определен ни до операции, ни интраоперационно. Риск резидуального холедохолитиаза при отсутствии интраоперационной холангиоскопии или холангиографии при СМ может достигать 7,2%, при этом из 3 лапароскопических операций это осложнение отмечено у 1 (33,3%) пациента, а при традиционных вмешательствах у 6,1% (4 из 66 больных).

Тяжесть течения СМ в сочетании с тактико-техническими особенностями выполнения хирургического вмешательства обуславливают увеличение частоты послеоперационных осложнений при экстренных вмешательствах. Так, недостаточность швов на холедохе составила 23,8% (у 5 из 21 больного) при экстренных операциях и 12,5% при плановых вмешательствах (у 6 из 48 пациентов). Прогрессирование печеночной недостаточности определено у 14,3% (3) и 6,3% (3) больных соответственно. Кровотечение из зоны ПДС, потребовавшее выполнения релапаротомии с остановкой кровотечения, развилось в 2 (9,5%) случаях при экстренных вмешательствах. Неспецифические органые осложнения (инфаркт, инсульт, ОССН, плевро-пульмональные осложнения, полиорганная недостаточность) отмечены у 42,9% (9) и 18,8% (9) пациентов.

В целом в зависимости от срочности оперативного лечения при экстренных вмешательствах было 15 (71,4%) больных с различным



сочетанием специфических и неспецифических осложнений. При плановых операциях этот показатель составил 31,3% (15 пациентов). Летальность отмечена в 3 (14,3%) и 2 (4,2%) случаях соответственно ( $\chi^2=17,748$ ; Df=5;  $p<0,001$ ). Сводная летальность по всей группе больных составила 7,2% (5 пациентов) (рис. 3).



**Рис. 3. Сводные результаты хирургического лечения в зависимости от срочности вмешательства (по анализу результатов обследования и лечения 69 пациентов в группе сравнения)**

Таким образом, среди различных клиничко-диагностических и тактико-технических факторов, влияющие на исход хирургического лечения СМ можно выделить 4 группы: анамнестические, диагностические и тактические и интраоперационные.

Соответственно для совершенствования тактико-диагностического алгоритма с целью оптимизации верификации диагноза и лечения СМ требуется учет всех указанных факторов.

В четвертой главе освещена «Стандартизация лечебно-диагностической тактики у больных с синдромом Мириizzi».

Основными задачами лечебно-диагностической тактики при СМ в условиях оказания экстренной и специализированной медицинской помощи являются:

- сбор анамнестических данных и определения факторов риска развития СМ;

- использование высокотехнологичной лучевой диагностики с установлением характера осложнения;

- оценка эффективности сочетанного использования всего диагностического комплекса при верификации СМ;

- оценка степени тяжести клинического течения синдрома, определение осложненного течения основного заболевания и сопутствующей патологии.

Низкая диагностическая эффективность ультразвукового исследования (УЗИ) в верификации СМ, отмечена в группе пациентов с СМ I типа, с наибольшим процентом не установленного диагноза (57,1% в основной и 78,3% в группе сравнения). Несмотря на это в основной группе почти в 2 раза

повысился процент типирования диагноза. Наибольший процент правильно установленного диагноза отмечен у пациентов с СМ II-IV типа (23,1% против 15,2% соответственно). Так же в основной группе больных с СМ II-IV типа значительно снизился процент не верифицированного диагноза (30,8% против 54,3% соответственно) (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Диагностическая эффективность УЗИ в верификации СМ**

Тип СМ	Кол-во	Подозрение на СМ		Точно верифицирован		Не диагностирован	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Основная группа</b>							
Тип I СМ	14	5	35,7%	1	7,1%	8	57,1%
Тип II-IV СМ	39	18	46,2%	9	23,1%	12	30,8%
Всего	53	23	43,4%	10	18,9%	20	37,7%
<b>Группа сравнения</b>							
Тип I СМ	23	4	17,4%	1	4,3%	18	78,3%
Тип II-IV СМ	46	14	30,4%	7	15,2%	25	54,3%
Всего	69	18	26,1%	8	11,6%	43	62,3%

Верификация диагноза на основании совокупности основных УЗИ признаков СМ, позволяет повысить диагностическую эффективность данного метода до 18,9% при всех типах, а для 2-4 типа в отдельности до 23,1%.

Следует отметить, что объединение в одну группу три типа СМ, на наш взгляд является рациональным и только повысит диагностическую эффективность данного метода обследования.

Использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) при верификации СМ позволяет повысить эффективность диагностики в 2 раза по сравнению с УЗС. Однако, для пациентов с СМ 1 типа этот показатель остается относительно низким и составляет всего 33,3%. Наибольшая эффективность данного метода диагностики определяется у пациентов с СМ 2-4 типа с точной постановкой диагноза в 75,0% случаев. В таблице 2 приведены показатели оценки эффективности использования МРТ и МСКТ у наших пациентов.

**Таблица 2.**

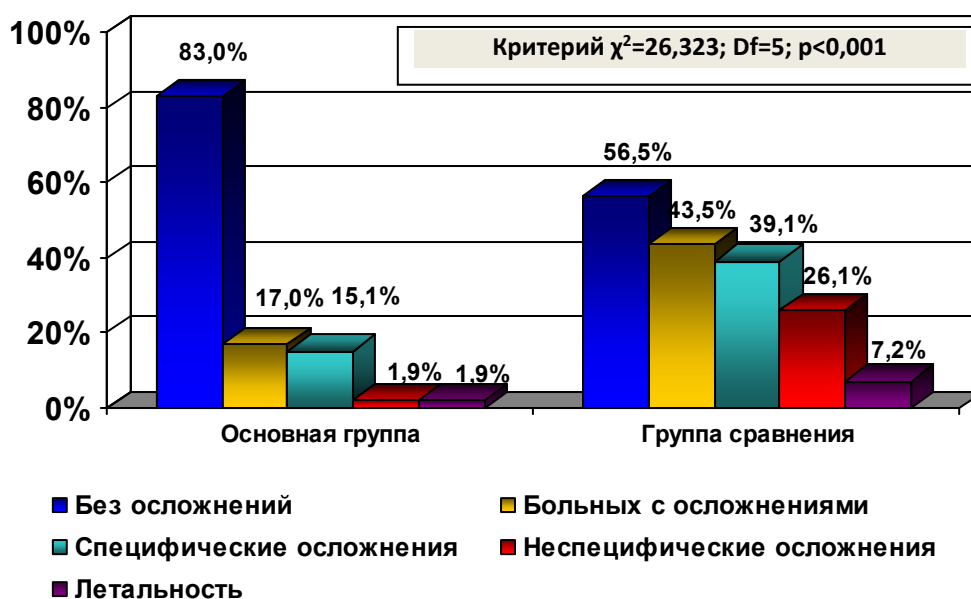
**Диагностическая эффективность МРТ и МСКТ в верификации СМ**

Тип СМ	Кол-во	Подозрение на СМ		Точно верифицирован		Не диагностирован	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Основная группа</b>							
Тип I СМ	6	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%
Тип II-IV СМ	40	5	12,5%	30	75,0%	5	12,5%
Всего	46	7	15,2%	32	69,6%	7	15,2%
<b>Группа сравнения</b>							
Тип I СМ	3	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Тип II-IV СМ	5	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%
Всего	8	2	25,0%	4	50,0%	2	25,0%

Эффективность эндоскопической ретроградной панкреато-холангиографии (ЭРПХГ) при СМ 1 типа составляет 66,7%, а при СМ 2-4 типа увеличивается до 75,8%, что связано в большей степени с повышением эффективности лучевых методов диагностики, а не с улучшением технической составляющей данной методики.

Отмечено значительное повышение уровня топической диагностики СМ 1 типа в основной группе (до 42,9%), а для пациентов СМ 2-4 типа данный показатель в основной группе вырос на 19,2% по сравнению с группой сравнения. В тоже время, этапное использование всего комплекса диагностического мониторинга может повысить эффективность постановки правильного диагноза до 97-99% у пациентов с СМ 2-4 типа.

Как видно из диаграммы (Рис.4), которая отражает общую структуру сравнительных результатов хирургического лечения СМ, отмечается значительные различия по всем показателям в группах сравнения. Так, неосложненный послеоперационный период отмечен у 83,0% пациентов основной группы, тогда как у пациентов группы сравнения этот показатель составил всего 56,5%. Такая же разница отмечена и в показателях летальности (1,9% в основной группе против 7,2% в группе сравнения) и специфических осложнений (15,1% в основной группе против 39,1% в группе сравнения).

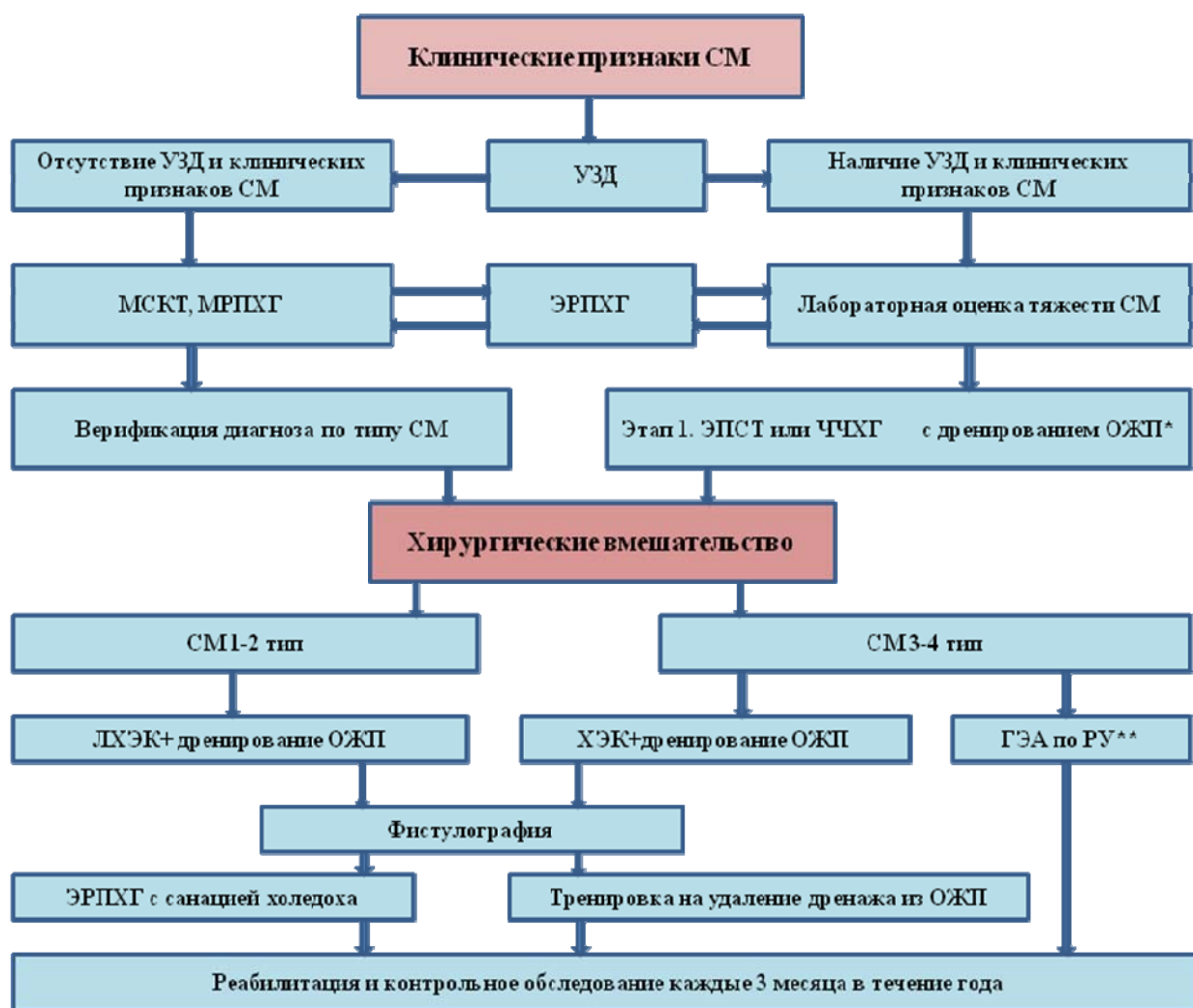


**Рис. 4. Результаты хирургического лечения СМ**

Использование этапной хирургической тактики, когда на первом этапе выполнялся один из вариантов миниинвазивной декомпрессии билиарного тракта, характеризовалось увеличением количества плановых хирургических вмешательств (90,6% против 69,6%), более высоким процентом использования лапароскопических технологий (16,98% против 4,35%) при минимальном количестве конверсий (3,8% против 15,94%). Вследствие этого неосложненный послеоперационный период отмечен у 83,0% пациентов основной группы, тогда как у пациентов группы сравнения этот показатель составил всего 56,5%. Такая же разница отмечена и в показателях

летальности (1,9% в основной группе против 7,2% в группе сравнения) и специфических осложнений (15,1% в основной группе против 39,1% в группе сравнения).

Разработанный алгоритм лечебно-диагностической тактики при СМ, основанный на использовании высокоинформативной лучевой диагностики, этапной хирургической тактики с использованием эндоскопической и эндобилиарной декомпрессии общего желчного протока и выборе варианта хирургического вмешательства с учетом типа поражения, позволяет улучшить результаты лечения в ближайшем и отдаленном периоде после операции (рис. 5).



**Рис. 5. Лечебно-тактический алгоритм при СМ**

Примечание: \* - при невозможном выполнении ЭПСТ и эндоскопического дренирования холедоха (при трудных анатомических вариантах БДС, сопутствующей клиникки панкреатита не связанной с ущемленным камнем БДС, после операции на желудке по Б-2, рекомендована ЧЧХГ с дренированием холедоха.

\*\* - выполнение ГЭА на выключенной по Ру петле тонкого кишечника является одним из вариантов открытой билиарной декомпрессии ОЖП при невозможности выполнения дренирования холедоха по Керу, а также при наличии подозрения на стенозирующий папиллит у пациентов, ранее перенесших операции на желудке по второму способу Бильрота.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В структуре ЖКБ риск развития СМ составляет 0,82%. Средний возраст больных с СМ достоверно отличается от таковой при не осложненных формах ЖКБ ( $57,5 \pm 1,1$  лет против  $50,9 \pm 0,5$ ;  $p < 0,001$ ). Это обусловлено высокой долей пожилых пациентов (старше 60 лет) (45,1% против 28,9%;  $p < 0,001$ ) и больных с длительностью анамнеза заболевания более 3-х лет (51,6% против 38,3%;  $p < 0,001$ ).

2. Клинико-инструментальная диагностическая эффективность различных методов исследования характеризуется низкой дифференциальной способностью верификации СМ в группе сравнения, составившей 39,1%. В свою очередь, подозрение на его развитие определено у 37,7% пациентов, а в 23,2% случаев отмечена ошибочная интерпретация данных в сторону другой патологии, либо полного отсутствия проявлений этого осложнения ЖКБ.

3. Среди причин, осложняющих технические аспекты оперативного вмешательства при СМ, принципиальное значение имеет характер патологических изменений в области ЖП и ПДС. Вероятность повреждения внепеченочных желчных протоков при различном сочетании факторов воспалительно-деструктивного процесса может достигать 15,4-20% с более высоким риском в лапароскопической хирургии.

4. Тяжесть течения СМ в сочетании с тактико-техническими особенностями выполнения хирургического вмешательства обуславливают увеличение частоты специфических и неспецифических послеоперационных осложнений при экстренных вмешательствах с 31,3% (плановые операции) до 71,4% и летальности с 4,2% до 14,3% ( $\chi^2=17,748$ ;  $Df=5$ ;  $p < 0,001$ ).

5. Среди различных клинико-диагностических и тактико-технических факторов, влияющих на исход хирургического лечения СМ, определены 4 группы: анамнестические (возраст и анамнез заболевания), диагностические (верификация до операции, диагностическая эффективность клинико-инструментальных методов), тактические (срочность операции, двухэтапная тактика) и интраоперационные (наличие изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связки, вероятность повреждения желчных протоков и резидуального холедохолитиаза).

6. Использование этапной хирургической тактики, когда на первом этапе выполнялся один из вариантов миниинвазивной декомпрессии билиарного тракта, характеризовалось увеличением количества плановых хирургических вмешательств (90,6% против 69,6%), более высоким процентом использования лапароскопических технологий (16,98% против 4,35%) при минимальном количестве конверсий (3,8% против 15,94%).

7. Применение разработанного комплекса лечебно-диагностических мероприятий позволило улучшить дооперационную верификацию СМ с 39,1% на 62,3%, достоверно ( $p < 0,001$ ) снизить частоту специфических послеоперационных осложнений с 39,1% до 15,1% и летальности с 7,2% до 1,9%.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLICAN SPECIALIZED  
SCIENTIFIC and PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY  
NAMED after ACADEMICIAN V.VAKHIDOV and TASHKENT  
MEDICAL ACADEMY**

---

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL  
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN  
V.VAKHIDOV**

**NISHANOV MAKSUDJON SHERMATOVICH**

**PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTICS IN  
MIRIZZI SYNDROME**

**14.00.27 –Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD) IN  
MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2018**

**The subject of the doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan with the number №B2017.3.PhD/Tib318.**

The doctoral (PhD) dissertation has been prepared at the Tashkent institute of postgraduate medical education.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

**Scientific supervisor:** **Nazirov Feruz Gafurovich**  
Doctor of Medicine, Professor. Academician.

**Official opponents:** **Akilov Habibulla Ataulaevich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Hakimov Murod Shavkatovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**The leading organization:** **Federal State Budgetary organization «Institute of Surgery named after A.V. Vishnevsky».**

The defense will be take place on « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 at \_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 44), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018.  
(mailing report № \_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2018).

**K.Kh.Abralov**

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

**A.Kh. Babadjanov**

Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

**A.V. Devyatov**

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees, doctor of medicine, professor



## INTRODUCTION (abstract of (PhD) thesis)

**The aim of the research work:** improvement of the results of treatment of patients with MS through the creation of a scientifically validated diagnostic system and the selection of optimal surgical tactics.

**The subject of the study:** 122 patients with MS, operated in the departments of surgery of the liver and biliary tract, surgery of portal hypertension and pancreatoduodenal zone of SU "RSSaPMCS named after academician V.Vahidov" for the period from 1994 to 2016 inclusive. The main subject of the study was a multifactorial analysis of the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with MS.

**The scientific novelty of the research work** is as follows: the statistical indices on the prevalence of MS in the structure of all complications of the cholelithiasis, depending on various types of surgical interventions (planned and emergency, open and laparoscopic);

clinical-diagnostic and tactical-technical factors affecting the features of surgical intervention, the frequency of specific and nonspecific postoperative complications, and the outcome of treatment with MS;

Clinical-instrumental parallels and diagnostic effectiveness of various research methods were studied with the definition of criteria for improving the quality of preoperative MS verification;

the algorithm of therapeutic and diagnostic tactics in MS is developed, based on the use of highly informative methods of radiation diagnostics, stage surgical tactics and features of technical performance of surgical intervention

**Introduction of research results.** According to the results of the study, the following were developed and implemented:

Based on the results of a scientific study on improving the results of treatment of patients with MS:

methodological recommendations "Standardization of treatment and diagnostic tactics in patients with Mirrizi syndrome" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 86 of May 4, 2018) allowed to improve preoperative diagnosis of the syndrome, optimize treatment tactics, reduce the incidence of postoperative complications and reduce the risk of iatrogenic bile;

an algorithm for therapeutic diagnostic activity based on the use of highly informative radiation diagnostics, stage surgical tactics with the inclusion of endoscopic and endobiliary decompression of the common bile duct, and the choice of surgical intervention, taking into account the type of lesion (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 86 of May 4, 2018). The introduction of the algorithm for diagnosis and treatment of patients with MS allowed to reduce the frequency of postoperative complications and, accordingly, to reduce the frequency of unsatisfactory results;

the scientific results obtained to improve the quality of diagnosis and treatment of patients with MS have been introduced into practical public health activities, in particular, the GU "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V.Vahidov". Bukhara

regional multidisciplinary medical center, Karakalpak Republican multidisciplinary medical center (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 86 of May 4, 2018). The results of the study made it possible to improve preoperative MS verification from 39.1% to 69.3%, to reduce the incidence of specific postoperative complications from 39.1% to 15.1%, and lethality from 7.2% to 1.9%.

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, four chapters, conclusions, a list of cited literature. The volume of the text material is 119 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Миризи. // Журнал «Хирургия». Москва. №4, 2010. Стр. 67-73. (14.00.00, №9).

2. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Стандартизация лечебно-диагностической тактики у больных с синдромом Миризи // Журнал «Хирургия Узбекистана» №1, 2018, С. 22-30. (14.00.00, №9).

3. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Факторный анализ тактико-диагностических аспектов, влияющих на результаты хирургического лечения синдрома Миризи // Журнал «Проблемы биологии и медицины» №1, 2018, С. 74-80. (14.00.00, №9).

4. Nazirov FG, Akbarov MM, Nishanov MSH. Diagnosis and surgical treatment of patients with Mirizzi syndrome // «Journal of life science and Biomedicine», Volume 8, Issue 3, May 2018, p.45-53. (№5, Global IF. 0.867).

5. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Э.М. Хирургическое лечение синдрома Миризи // Сборник материалов XVIII конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные вопросы хирургической гепатологии», 14-16 сентября, 2011. Москва, стр. 258-259.

6. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Э.М. Хирургическое лечение больных с синдромом Миризи // Вестник хирургии Казахстана, 14-16 сентября, №1, 2012, С. 89-90.

**II бўлим (II часть; part II)**

7. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Байбеков Р.Р. Хирургическое лечение больных с синдромом Миризи // Вестник экстренной медицины, 12 декабря, №4, 2017, С. 59.

8. Курбаниязов З.З., Давлатов С.С., Нишанов М.Ш., Рахманов К.К., Аскарлов П.А. Синдром Миризи // Методические рекомендации для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов. Ташкент, 2014, 40 стр.

9. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Стандартизация лечебно-диагностической тактики у больных с синдромом Миризи // Методические рекомендации. Ташкент, 2018. 30 стр.

Автореферат «Ўзбекистон Хирургияси» журналы таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими 60x84<sup>1/16</sup>. Рақамли босма усули. Times гарнитураси.  
Шартли босма табағи: 2,5. Адади 100. Буюртма № 25.

«ЎзР Фанлар Академияси Асосий кутубхонаси» босмахонасида чоп этилган.  
Босмахона манзили: 100170, Тошкент ш., Зиёлилар кўчаси, 13-уй.

