

МИРИЗЗИ СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ



Сулаймонов Салим Узганбоевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Сулаймонов Салим Узганбоевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

SURGICAL CORRECTION OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY MIRIZZI SYNDROME

Sulaimonov Salim Uzganboevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақсад: Мириззи синдроми (МС) бўлган беморларни унинг типига қараб жасроҳлик тактикасини мақбуллаштириши орқали даволаш натижаларини яхшилаш. Материал ва усуллар: 2013-2024 йилларда. Самарканд давлат тиббиёт университети I-клиникаси жасроҳлик бўлимида 28 ёшдан 82 ёшгача булган МС таххиси билан 72 нафар бемор операция қилинди. Натижалар: II ўт-тош касаллигида механик сариқлик билан асоратланган 22 беморда МРПХГ диагностика усуллари утказилди. Ушбу тадқиқот усулининг диагностика сезгирлиги юқорироқ бўлиб, 54,5% ни ташкил этди. Хулоса: агар МС шубҳа бўлса, энг яхши натижалар ўт пуфагини (I тип) Прибрам усули ёрдамида "настдан" олиб ташлаш орқали олинади, бу ўт пуфаги бўйнининг "ичкаридан" вазиятни баҳолаш имконини беради. МС турига қараб, ўт пуфагини тўлиқ олиб ташлаш (I тип), ўт пуфагини олиб ташлаш ва ўт йўли девори алоҳида чоклар билан тикиш (кўпинча МС II типиде), ўт йўлидаги нуқсонни ўт пуфаги девори ёрдамида пластика қилиш, ўт пуфагини нуқсондан юқорироқ соҳадан тикиб боғлаш (II ва III типларида).

Калим сўзлар: холедохолитиаз, Мириззи синдроми, ҳаракатлар алгоритми, операциядан кейинги асоратлар, олдини олиш.

Abstract. Objective: improving the results of patients with mirizzi syndrome (MS) by optimizing surgical tactics depending on its type. Material and methods: 72 patients with a diagnosis of MS aged 28 to 82 years were operated in the surgical department of the 1st clinic of the State Medical University between 2013 and 2024. Results: calculous cholecystitis is complicated by mechanical jaundice, MRPXG was added to the diagnostic methods, which was performed in 22 patients. The diagnostic sensitivity of this research was higher and equaled to 54.5%. Conclusions: if SM is suspected, the best results are obtained by removing the gallbladder (GB) "from the bottom" using the Pribram method, which allows assessing the situation "from the inside" of the gallbladder neck. According to the type of SM, either complete removing of the gallbladder (type I), or removing the bladder with suturing of the duct wall with separate sutures (more often, with type II SM), or plasty of the defect in the wall of the duct and the wall of the neck of the gallbladder, or suturing of the neck of the gallbladder over the fistulous tract (with II and III types).

Key words: cholelithiasis, Mirizzi syndrome, algorithm of actions, postoperative complications, prevention.

Мириззи синдроми (МС) ўт - тош касаллигининг (ЎТК) оғир асоратларидан бири бўлиб, ўт тошининг ўт пуфаги бўйнида ўткир ёки сурункали фиксацияси натижасида гепатикохоледохда ўтказувчанлик бузилиши ҳамда билиобилиар ёки билиодигестив оқмаларнинг шаклланиши натижасида юзага келади. МС ЎТК билан оғриган беморларнинг 0,2-5,7%ида учрайди [4,6,7]. С.К. McSherry ва бошқалар 2019 йилда Мириззи синдроми икки турга ажратишди, булар: ўт пуфаги бўйни ёки ўт пуфаги йўлидаги конкремент умумий жигар йўлини сиқиб қўйиши (II тип) ва везикохоледохеал оқма (II тип) А. Csendes ва бошқалар 2019 йилда везикохоледохеал

оқма натижасида умумий жигар йўли деворининг бузилиш даражасини асос қилиб олган ҳолда юқорида қайд этилган турларга яна иккита тур қўшишди. Ҳозирги вақтда охириги тасниф кенгрок тарқалган. 2020 йилда Т. Nagakawa ва бошқалар ўзларининг таснифларини таклиф қилишди, унга кўра IV типда оқмага қўшимча равишда умумий жигар йўлининг яллиғланишли торайиши мавжуд бўлиб, бундай ҳолда гепатикохоледохеал талаб қилинади (Ф.Г. Назиров ва бошқалар келтирган). [1,3,8].

Мириззи синдроми ўт-тош касаллигининг ташхислаш ва даволаш қийин бўлган асоратидир [1,2]. МС да холецистектомия қилиш кўпинча операция

вактида умумий жигар йўлининг шикастланиши ва унинг деворида нуқсон шаклланишига олиб келади. Баъзида умумий ўт йўлининг (УЎЙ) тош остида жойлашган тор дистал қисмини ўт қопи йўли билан адаштирилади, умумий жигар йўлининг (УЖЙ) кенгайган қисми эса Гартман чўнтагининг давоми деб хато қилинади. [1,4,5].

Тадқиқот мақсади. Мириizzi синдроми (МС) бўлган беморларни унинг типига қараб жарроҳлик тактикасини мақбуллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар. 2009-2021 йилларда СамДавТИ 1-клиникаси хирургия бўлимида ўтказилган ретроспектив тадқиқотда ўт-тош касаллиги билан оғриган 3160 нафар беморнинг 72 тасида (2,3%) МС аниқланган. Беморларнинг ёши 28 дан 82 ёшгача, ўртача ёши $57,8 \pm 2,6$ ёшни ташкил этди. Эркаклар 20 нафар аёллар эса 52 нафар бўлган. Касалликнинг клиник кўриниши ўткир ва сурункали холециститга хос бўлиб, 41 нафар (56,9%) беморда сариклик, 11 нафар (15,3%) беморда холангит қайд этилган.

Барча беморлар ультратовуш текширувидан ўтказилди. Бунда умумий ўт йўли диаметрига, шунингдек, МСнинг мумкин бўлган белгиларига эътибор қаратилди, масалан, ичида тош бўлган ўт пуфаги бўйинининг умумий жигар йўлига яқин жойлашиши, умумий жигар йўлининг проксимал қисми ва жигар ичи ўт йўллари кенганлиги ва умумий ўт йўлининг кенгаймаганлиги бир вақтда кузатилиши, ўт пуфагининг бужмайганлиги. Механик сариклик билан оғриган 41 нафар беморнинг 7 нафариди (17,1%) РПХГ, 22 нафариди (53,6%) магнит-резонанс панкреатохолангиография (МРПХГ) бажарилди. Тадқиқот давомида везикохоледохеал оқма мавжудлиги, ўт пуфаги йўлининг қиска ва кенг бўлиши ёки ўт пуфаги йўлининг бўлмаслиги, ўт пуфагининг ҳажми, кенгайган жигар ичи ўт йўллари ва кенгаймаган умумий ўт йўлининг бирга кузатилиши, ўт пуфаги ва ўт йўлларида тошлар мавжудлиги каби белгилар ҳисобга олинди.

Беморлар ретроспектив тарзда, шу жумладан операция баённомалари маълумотларини ҳисобга олган ҳолда умумий ўт йўлидаги ўзгариш даражасига қараб 4 гуруҳга бўлинган (А. Csendes et al., 1989) [5]: I типда ўт қопининг бўйнига ёки ўт қопи йўлига сурилган тошнинг умумий жигар йўли ёки умумий ўт йўлини босиб қолиши (45 нафар бемор); II тип - ўт қопи бўйни ва умумий жигар йўли ёки умумий ўт йўли орасида оқма ҳосил бўлиб, бу оқма ўт йўллари айланасининг учдан бир қисмини эгаллайди (14 нафар бемор); III типда оқма ўт йўллари айланасининг учдан икки қисмини эгаллайди (8 нафар бемор); IV типда умумий жигар йўли ёки умумий ўт йўли деворлари бутунлиги бутунлай бузилган бўлади.

Операция вақтида МСга шубҳа қилинса, ўт пуфаги бўйнида инфилтрат мавжуд бўлса ва ўт қопи йўли йўқ бўлса, холецистэктомия ўт қопи тубидан бошланди. Ўт пуфаги деворини пуфак артерияси проекциясида ажратиб, унинг бўйин соҳасига келганда кесилди, сўнгра ўт йўли деворини шикастланишдан ҳимоя қилиш учун везикохоледохеал бирикма ревизия қилинди.

МС I типда ўт пуфагини олиб ташлашга уришилар амалга оширилди. II типда ўт пуфаги олиб

ташланиб, ўт йўли деворидаги тешик алоҳида тугунли чоклар билан тикилди (атравматик игнада, пролен 5/0) ёки ўт пуфаги бўйин девори ёрдамида ўт йўли пластика бажарилди. Барча ҳолатларда аввало тошлар олиб ташланди ва умумий ўт йўлига оқма тешигидан дисталроқ қисмга тикилган Кера дренажи киритилди. МС III ва IV типларида аввало умумий жигар йўли очирилиб, тошлар олиб ташланди ва фақат вазиятни тўлиқ баҳолагандан сўнг, оқма тешиги, яъни умумий жигар йўли ёки умумий ўт йўли деворидаги нуқсонни қандай пластика қилиш масаласи ҳал қилинди. Пластика учун ўт пуфаги бўйинининг деворидан фойдаланилди ёки ўт қопи бўйни тикилиб, шу билан холецистохоледохеал оқма ёпилди. Кера дренажи оқма тешигидан дисталроқ қисмдан ёки ўт пуфагининг тикилган бўйни ва ўт йўлидаги оқма тешигидан киритилди (3). Умумий жигар йўлининг кучли деструкцияси (МС IV тип), шунингдек, умумий жигар йўлининг ятрогеник кесилиши бўлган беморларда гепатикоеностомия бажарилди (6). Даволанишнинг яқин ва узоқ муддатли натижалари баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Биз МСнинг ҳар хил турлари ривожланишини беморларнинг ёши ва касалликнинг давомийлигига боғлиқлигини аниқламадик. Ультратовушнинг диагностик сезгирлиги паст ва 9,6% ни ташкил этди.

МС учун РХПГнинг диагностик сезувчанлиги 14,3% ни ташкил этди, 1 ҳолатда везикохоледохеал оқма аниқланди. Бироқ, РХПГ хулосаларида умумий жигар йўлининг тошдан юқоридаги проксимал қисмларининг кенгайганлиги ва умумий жигар йўлининг дистал қисмлари ёки умумий ўт йўлининг кенгаймаганлиги каби белгилар комбинацияси мавжудлиги ҳисобга олинмаган. Бундай белгиларни ҳисобга олиш усулнинг диагностик сезгирлигини 68% га оширган бўлар эди. Шундай қилиб, ультратовуш ва РХПГ маълумотларига кўра, 72 беморнинг 16 тасида (22,2%) операциядан олдин МС аниқланган, яъни операциядан олдинги ташхис даражаси жуда паст эди. Шу муносабат билан механик сариклик билан асоратланган калькулёз холецистит учун ўтказилган диагностика усулларига биз МРПХГ қўшдик ва 22 беморда бу текширувдан ўтказилди. Ушбу тадқиқот усулининг диагностик сезгирлиги юқорироқ ва 54,5% ни ташкил этди. Ўт пуфагини олиб ташлашдан олдин операция вақтида 45 нафар (62,5%) беморда, холецистэктомиядан кейин умумий жигар йўли деворида нуқсон аниқлангандан сўнг, 9 нафар (12,5%) беморда МСга шубҳа қилинди. "Бўйиндан" холецистэктомия пайтида 4 беморда ўт йўлининг шикастланиши содир бўлди. IV типдаги МС бўлган тўртта беморда "Тубидан" холецистэктомия пайтида кенгайган умумий жигар йўли Гартман чўнтаги билан адаштирилиши натижасида травматик шикастланишлар келиб чиқди.

МС I типда умумий жигар йўлининг тактил шикастланиши 4 та ҳолатда (2 тасида - лапароскопик холецистэктомия пайтида, 2 тасида - минилапаротом холецистэктомия пайтида) содир бўлган. Ушбу беморларда ультратовуш текширувида умумий ўт йўли кенгаймаган, шунинг учун МРПХГ ўтказилмаган. Ушбу ҳолатларнинг ҳеч бирида операциядан олдин ёки ўт пуфагини олиб ташлашдан олдин МС ташхиси қўйилмаган. II ва III типдаги МС бўлган 20 бемордан 19 тасида везикохоледохеал оқма, холедохолитиаз, умумий ўт йўлининг сези-

ларли даражада ($1,5 \pm 0,14$ см ($p < 0,05$)) кенгайиши ва қондгаги билирубиннинг $107,6 \pm 17,7$ ммол / лгача кўтарилиши кузатилган.

5 беморда МСга операция вақтида шубҳа қилинган. Бироқ, 11 беморда ўт қоғи бўйида зич инфилтрат мавжудлиги жарроҳни Прибрам усулидан фойдаланган ҳолда "губидан" холецистэктомияни баҳаришга мажбур қилди, бунда ўт йўлларида ҳеч қандай шикастланишлар бўлмади. Шу билан бирга, 2 беморда холецистэктомиядан сўнг умумий жигар йўли деворида латерал нуқсоннинг аниқланиши жарроҳ томонидан ятроген шикастланиш деб ҳисобланган. Аслида эса, весикохоледохеал окманинг ажратилиши туфайли ўт йўли деворида дефект ҳосил бўлган бўлиши мумкин.

IV типдаги МС бўлган барча 5 беморда механик сариклик (қон зардобидаги умумий билирубин даражаси $137,7 \pm 33,8$ ммол/л) бўлган. Ультратовуш текширувига кўра умумий ўт йўли диаметри $1,2 \pm 0,07$ см бўлиб, бу билан бирга жигар ичи ўт йўллари сизиларли даражада кенгайиши ва буришган ўт пуфаги мавжудлиги ҳам кузатилган (5 дан 4 ҳолатда). Улардан иккитасида ултра-товуш текшируви натижасида Клатскин ўсмаси ташхис қўйилган ва МРПХГ томонидан инкор қилинган. Операция пайтида 4 беморда умумий ўт йўлининг кенгайган қисми буришган ўт қоғининг давоми, тор қисми эса ўт қоғи йўли билан адаштирилган ва натижада, умумий ўт йўли ўт пуфаги билан бирга кесиб ташланган.

Маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики, операция вақтида МС ташхисини қўйиш учун ишончли усуллар мавжуд эмас. Ўт пуфаги бўйи ва умумий жигар йўли ўртасидаги битишмалар, ўт пуфагининг бўйин соҳасидаги зич инфилтрат, буришган ўт пуфаги ва кенг умумий ўт йўли бирга кузатилиши, холадохолитиазли беморларда, кўпинча ўт йўллари деворининг сизиларли даражада зарарланишида умумий жигар йўлининг кенгайиши ва умумий ўт йўлининг торайиши каби белгиларнинг бирга келишидан МС мавжудлиги ҳақида билиш мумкин бўлади. I типдаги МС билан оғриган беморларда ўт йўллари шикастланганда қуйидаги операциялар қўлланилди: умумий ўт йўлининг кичик латерал шикастланиши бўлган 2 беморда девордаги дефектга бир нечта тугунли чоклар қўйилди, операция ўт йўлини Кера (1) ёки Вишневский (1) бўйича ташқи дренажлаш билан яқунланди. Яна 2 кишига Ру бўйича оч ичак қовузлоғи ёрдамида гепатикоеностомия бажарилди. II ва III типдаги МСда ўт йўллари шикастланиши кузатилмади. IV типдаги МС билан оғриган 5 нафар бемордан 4 тасида умумий жигар йўли кесилди. Операциялар гепатикоеностомия билан яқунланди. Операциядан кейинги эрта даврда 1 бемор оёқ веналари варикоз кенгайиши ва хилпилловчи аритмия фонидида ўпка артерияси тромбоземболиясидан вафот этди. Операциядан кейинги асоратлар 15 (20,8%) беморда ривожланди: 5 тасида дренаж орқали сафро оқиши, 3 тасида жигар ости биломаси, 3 тасида релапаротомияни талаб қилувчи ўтли перитонит, 15 тасида яра йиринглаши.

59 беморда узоқ муддатли натижалар кузатилди. Ўт йўли кесилиши туфайли гепатикоеностомия қилинган 6 беморнинг 1 тасида анастомознинг стриктураси содир бўлди.

Такроран Ру бўйича каркас дренажли гепатикоеностомия бажарилди. Ўт йўли зарарланмаган IV типдаги МС бўлган бошқа 1 беморда Т-шаклидаги

дренажни олиб ташлашдан бир йил ўтгач, умумий ўт йўлининг пастки қисмида стриктура ривожланган, беморга Ру бўйича гепатикоеностомия ўтказилди ва узоқ муддатли яхши натижага эришилди. Қолган 57 беморда қоникарли натижалар олинди. Кузатув муддатлари 9 ойдан 10 йилгача бўлган.

Хулоса.

МС ўт - тош касаллигининг кенг тарқалган асоратлари ҳисобланмайди. Жарроҳларнинг тажрибаси [1,7] кўпинча 20-30 ҳолатдан ошмайди. МС билан оғриган беморларнинг энг кўп сони (91) В.И. Ревякин [1,5] томонидан келтирилган, у асосан ушбу синдромнинг эндоскопик жиҳатларини кўриб чиққан. МСда ўт йўллари ятрогеник шикастланишининг олдини олиш жарроҳнинг асосий вазифасидир. Операциядан олдинги ташхис бу борада муҳим рол ўйнайди. Адабиётларга кўра [4], операциядан олдин тўғри ташхис қўйиш қийин ва фақат 21,9% (бизнинг маълумотларимизга кўра, МРПХГ қўллашдан олдин 22,2%, МРПХГ қўллашдан кейин 54,5% ҳолларда) мумкин, бу эса хирургияк даволаш муаммосини сизиларли даражада мураккаблаштиради.

МСда УТГ ёрдамида кўп маълумот олиб бўлмайди. Бизнинг маълумотларимизга кўра, жарроҳга фақат 2 белги, буришган ўт пуфаги ҳамда ўт йўллари гипертензияси бирга келиши ва холадохолитиазда тор умумий ўт йўли билан кенгайган жигар ичи ўт йўлларининг комбинацияси жарроҳга МСга шубҳа қилишга ёрдам бериши мумкин.

РХПГ нинг ахборот мазмуни УТТга қараганда юқорирок. Бироқ, контрастли воситани киритиш вақтида ўт йўллари ичида босимнинг ошиши, эҳтимол, кўпинча холецистохоледохеал окма ва ўт қоғи тасвирларининг йўқолишига олиб келади. Тадқиқотлари давомида R.E. England, D.F. Martin [5] МСда эндоскопик аралашувлардан сўнг 25 бемордан 4 тасида ўткир холецистит, бронхопневмония ва жигар абсцесслари ривожланишини қайд этишган. Тош экстракциясидан кейин ўт йўллари такроран контраст қилиш умумий жигар йўли ва ўт қоғи ўртасида анастомозни аниқлаш частотасини ошириши мумкин. МСни ташхислашда МРПХГнинг самарадорлиги юқорирок бўлиб, 54,5% ни ташкил этди. МРПХГ - бу Мириizzi синдромини ташхислашда кўпроқ аниқликка эга бўлган ва юқори диагностика сезирлик билан ушбу патологиянинг морфологик турини аниқлашга имкон берадиган усул. МСнинг интраоператив диагностикаси ҳам қийин.

Ўт пуфаги бўйи соҳасида инфилтрация ёки битишмалар, ўт пуфаги йўлининг йўқлиги ва буришган ўт пуфагининг кенг умумий жигар йўли ёки умумий ўт йўли билан комбинацияси жарроҳни огоҳлантириши ва уни стандарт холесистэктомия режасини ўзгартиришга мажбур қилиши мумкин. Шунингдек, биз Кало учбурчагининг элементларини мажбурий идентификация қилиш ҳамда умумий жигар йўли ва умумий ўт йўли диаметрларини таққослаш қондасини эътиборсиз қолдира олмаймиз. МСни даволашда асосий масалалардан бири операция усулини танлашдир. Аввало шуни таъкидлаш керакки, операциядан олдин МСга шубҳа қилиш лапароскопик холецистэктомияга қарши кўрсатма ҳисобланади ва операция пайтида синдром белгиларини аниқлаш - конверсияга кўрсатма ҳисобланади.

Агар МСга шубха қилинса, Прибрам усули ёрдамида ўт пуфагини "тубидан" олиб ташлаш орқали энг яхши натижаларга эришиш мумкин, бу эса ўт пуфагининг бўйин қисмидаги вазиятни "ичкаридан" баҳолаш имконини беради. Бундай ҳолда, МС турига қараб, ўт пуфагини тўлиқ олиб ташлаш (I тип), ўт йўли деворини тугунли чоклар билан тикиш билан ўт пуфагини олиб ташлаш (кўпинча II типдаги МСда), ўт йўли деворидаги дефектни ўт пуфаги бўйни девори билан пластика қилиш, ўт пуфаги бўйнини оқма йўлидан юкориқроқда тикиш (II ва III типларда). Тошни олиб ташлагандан сўнг, оқма тешигидан дистал қисмга Т шаклидаги дренаж қолдирилиши керак. Ниҳоят, IV типдаги МСда, айниқса кенг умумий жигар йўли бўлганда операция гепатикоеюностомия билан яқунлаши керак. Ушбу тактиканинг асосий қоидаларини L.W. Johnson ва бошқалар. [1, 3], шунингдек, O.J. Shah ва бошқалар ўзларининг тадқиқотларида тасдиқлайдилар. [3, 4].

Умумий жигар йўли ёки умумий ўт йўли жароҳатлари бўлса, жарроҳлик тактикаси кўп жиҳатдан ўт йўли деворидаги нуксон ҳажмига боғлиқ бўлади. Кенгаймаган ўт йўлларининг кичик шикастланишларида, қоида тариқасида, МС I типда, Т шаклидаги Кера дренажга мослашувчан чок қўйилади, бу узоқ муддатли яхши натижаларни берди. Бироқ, агар ўт йўли девори нуксон катта бўлса ва дренаж билан пластика қилиш таранглик билан амалга оширилган бўлса, гепатикоеюностомия қилиш афзал ҳисобланади. II ва III турларда оқма ўт пуфаги бўйни деворини қолдириш ҳисобига тикилган, дистал қисмдан холедохолитотомия қилиниб, ўт йўли Т шаклидаги Кера дренажи билан дренажланган. IV типда (катта диаметрли умумий жигар йўли бўлганда) гепатикоеюноаностомоз қўллангандан сўнг яхши натижаларга эришилди.

Адабиётлар:

1. Арзиев И. А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // International scientific review. – 2021. – №. LXXVIII. – С. 59-62.
2. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Фундамент. исследования. – 2018. – Т. 3, №12.
3. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi // Врач-аспирант. – 2012. – №51. – С. 135-138.
4. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №4. – С. 67-73.
5. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Вопр. науки и образования. – 2020. – №13 (97).
6. Ревякин В.И., Савельев В.С. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // 50 лекций по хирургии; Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медиа Медика, 2016. – С. 413-422.
7. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Современные тенденции распространенности и исхода

сердечно-сосудистых заболеваний среди населения республики Узбекистан // Journal of cardiorespiratory research. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 18-23.

8. Ризаев Ж. А. и др. Развитие Зубоврачевания В Эпоху Древности // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 398-404.

9. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.

10. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.

11. Ризаев Ж. А., Асадуллаев Н. С., Абдувакилов Ж. У. Динамика возрастных показателей физико-химического состава ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 3 (145). – С. 382-385.

12. Ризаев Ж. А., Туксонбоев Н. Х. У. Деформация носа с расщелиной и ринопластика // Scientific progress. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 92-104.

13. Johnson L.W., Sehon J.K., Lee W.C. Mirizzi's Syndrome: Experience from a Multi & institutional Review // Amer. Surg. – 2019. – Vol. 67, №1. – P. 11-14.

14. Kamallesh N.P., Prakash K., Pramila K. et al. Laparoscopic approach is safe and effective in the management of Mirizzi syndrome // J. Min. Access Surg. – 2015. – Vol. 11, №4. – P. 246.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИZZИ

Сулаймонов С.У.

Резюме. Цель: улучшение результатов лечения больных с синдромом Мириizzi (СМ) путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа. Материал и методы: в 2013-2024 гг. в хирургическом отделении 1-й клиники СамГосМУ прооперированы 72 пациента с диагнозом СМ в возрасте от 28 до 82 лет. Результаты: при калькулёзном холецистите, осложнённым механической желтухой, к методам диагностики добавлена МРПХГ, которая была выполнена 22 больным. Диагностическая чувствительность этого метода исследования оказалась выше и составило 54,5%. Выводы: при подозрении на СМ лучшие результаты даёт удаление желчного пузыря (ЖП) "от дна" с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию "изнутри" шейки ЖП. В зависимости от типа СМ могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще, при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенкой шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, синдром Мириizzi, алгоритм действий, послеоперационные осложнения, профилактика.