ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Ниёзов Фируз Кучкорович [1,2]

1 - Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр, Кашкадарья, Республика Узбекистан.

2 - Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Республика Узбекистан.

Аннотация. *В статье представлены результаты анализа диагностики и хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложнённой синдромом Мириззи. Исследование проведено в 2022–2025 гг. в хирургическом отделении Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского центра. Оценена информативность клинико-анамнестических данных, ультразвукового исследования, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. Разработан алгоритм балльной оценки вероятности синдрома Мириззи, позволяющий повысить точность предоперационной диагностики и снизить риск интраоперационных осложнений. Показано, что комплексный подход к диагностике способствует оптимизации выбора хирургической тактики и улучшению результатов лечения.*

Ключевые слова: *синдром Мириззи, желчнокаменная болезнь, диагностика, МРХПГ, ЭРХПГ, хирургическая тактика, билиарная патология.*

Актуальность. Синдром Мириззи (СМ) является одним из осложнений желчнокаменной болезни и может проявляться как в острой, так и в хронической форме, причём хронический вариант нередко

встречается даже чаще [1]. Клиническая картина синдрома Мириззи не имеет специфических признаков, однако наиболее типичными проявлениями являются механическая желтуха (60–100%), боли в правом подреберье (50–100%) и лихорадка у пациентов с установленной или предполагаемой желчнокаменной болезнью [2]. В ряде случаев в анамнезе отмечаются эпизоды желтухи. Нередко пациенты поступают на фоне острого холецистита, холангита или билиарного панкреатита [3]. В последние годы описаны случаи сочетания синдрома Мириззи с желчнокаменной кишечной непроходимостью, что расширяет представления о клинических вариантах данного заболевания и требует настороженности со стороны хирургов. Предоперационная диагностика синдрома Мириззи имеет принципиальное значение, поскольку отсутствие своевременного распознавания заболевания значительно повышает риск повреждения желчных протоков, который может достигать 15–17% [4]. Вместе с тем, по данным литературы, точный диагноз до операции устанавливается лишь у 8–60% пациентов. Это связано со сложностью интерпретации клинических и инструментальных данных и необходимостью комплексного подхода к диагностике [5]. Таким образом, совершенствование диагностических алгоритмов и внедрение современных методов визуализации остаются актуальной задачей, позволяющей повысить точность диагностики и оптимизировать выбор хирургической тактики при синдроме Мириззи.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики синдрома Мириззи путём внедрения современных клинико-инструментальных методов обследования и разработки алгоритма прогнозирования заболевания у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 62 пациентов с желчнокаменной болезнью, осложнённой синдромом Мириззи. Исследование выполнено в

2022–2025 гг. в хирургическом отделении Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского центра (Кашкадарья, Республика Узбекистан). В ходе исследования оценивалась информативность клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Все диагностические признаки были условно разделены на несколько групп: - клинико-анамнестические данные; - сонографические признаки; - данные эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ); - данные магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ). Среди анамнестических факторов наиболее значимыми оказались длительность желчнокаменной болезни более 5–7 лет, повторные приступы болей, эпизоды желтухи или потемнения мочи, а также длительный дискомфорт в правом подреберье. На основании анализа литературы и собственного клинического опыта была разработана балльная система оценки вероятности синдрома Мириззи у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе установлено, что у части пациентов признаки синдрома Мириззи имелись уже на предоперационном этапе, однако диагноз не был своевременно установлен. Это подтвердило необходимость систематизации диагностических критериев и применения комплексного подхода. К наиболее информативным сонографическим признакам относились: - сморщенный желчный пузырь; - расширение внутрипечёночных протоков при нормальном диаметре дистального холедоха; - наличие крупного конкремента в пузырном протоке или проксимальном отделе общего желчного протока. ЭРХПГ была выполнена большинству пациентов при подозрении на синдром Мириззи и позволила выявить характерные признаки: расширение проксимальных отделов желчных протоков, сужение холедоха, наличие наружного сдавления или билиобилиарного свища. В отдельных случаях отмечались

постманипуляционные осложнения, в частности признаки панкреатита, которые купировались консервативной терапией. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики оказалась МРХПГ, позволившая выявить морфологические особенности патологии, определить уровень и характер сужения желчных протоков и подтвердить наличие конкрементов. В результате проведённого анализа пациенты были распределены по степени вероятности синдрома Мириззи: - низкая вероятность - 30,6%; - средняя вероятность - 51,6%; - высокая вероятность - 17,7%. Разработанный диагностический алгоритм позволил повысить точность предоперационной диагностики и снизить риск интраоперационных осложнений.

Заключение. Комплексное применение клинико-анамнестических данных, ультразвукового исследования, ЭРХПГ и МРХПГ значительно повышает точность диагностики синдрома Мириззи. МРХПГ является наиболее информативным и безопасным методом визуализации, обладающим высокой диагностической чувствительностью и позволяющим уточнить морфологический тип патологии. Использование предложенного алгоритма диагностики и прогнозирования способствует своевременному выявлению синдрома Мириззи, оптимизации хирургической тактики и снижению риска билиарных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давлатов С. С., Хидиров З. Э., Насимов А. М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мириззи //Academy. – 2017. – №. 2 (17).

2. Алиджанов Ф. Б., Хаджибаев Ф. А., Гуломов Ф. К. Дискуссионные вопросы синдрома Мириззи //Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2018. – Т. 3. – №. 3. – С. 218-225.

3. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Салимов У. Р. Синдром Мириззи–вариабельность течения с двойным блоком желчеоттока //Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 21. – №. 3. – С. 119-123.

4. Береговенко Д. А., Горова А. Ю. Синдром Мириззи. Хирургическое лечение // Современные исследования. – 2018. – №. 10. – С. 62-66.

5. Горохова А. А., Хмара М. Б., Козлов В. В. Лечение ятрогенных повреждений гепатикохоледоха //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2017. – Т. 7. – №. 6.