

МИРИЗЗИ СИНДРОМИДА ДИАГНОСТИКА ВА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ниёзов Фируз Қўчқорович^{1,2}, Ибрагимова Лейла Илхомовна³

*1 - Қашқадарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, Қашқадарё,
Ўзбекистон Республикаси.*

*2 - Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт
институту, Бухоро, Ўзбекистон Республикаси.*

3 – Самарканд давлат тиббиёт институту

Аннотация. Мақолада Мириззи синдроми билан асоратланган ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлил қилинган. Тадқиқот 2022-2025 йилларда Қашқадарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази жарроҳлик бўлимида ўтказилди. Клиник-анамнестик маълумотлар, ультратовуш текшируви, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва магнит-резонанс холангиопанкреатографиянинг информативлиги баҳоланган. Операциядан олдинги ташхислаш аниқлигини ошириш ва интраоперацион асоратлар хавфини камайтириш имконини берувчи Мириззи синдроми эҳтимолини балли баҳолаш алгоритми ишлаб чиқилган. Ташхисга комплекс ёндашув жарроҳлик тактикасини танлашни оптималлаштиришга ва даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам бериши кўрсатилган.

Калит сўзлар: Мириззи синдроми, ўт-тош касаллиги, диагностика, МРХПГ, ЭРХПГ, жарроҳлик тактикаси, билиар патология

Долзарблиги. Мириззи синдроми (МС) ўт-тош касаллигининг асоратларидан бири бўлиб, ўткир ва сурункали шаклда намоён бўлиши мумкин, сурункали тури эса кўпинча янада кўпроқ учрайди [1]. Мириззи

синдромининг клиник кўриниши ўзига хос хусусиятларга эга эмас, аммо энг типик кўринишлари механик сариклик (60-100%), ўнг қовурға остидаги оғриқлар (50-100%) ва ўт тош касаллиги аниқланган ёки тахмин қилинган беморларда иситма ҳисобланади [2]. Бир қанча ҳолларда анамнезда сариклик эпизодлари қайд қилинади. Кўпинча беморлар ўткир холецистит, холангит ёки билиар панкреатит фонида ётқизилади [3]. Сўнгги йилларда Мириззи синдромининг ўт-тошли ичак тутилиши билан бирга келиши ҳолатлари тасвирланган, бу эса ушбу касалликнинг клиник вариантлари ҳақидаги тасаввурларни кенгайтиради ва жарроҳлар томонидан эҳтиёткорликни талаб қилади. Мириззи синдромининг операциядан олдинги диагностикаси принципиал аҳамиятга эга, чунки касалликни ўз вақтида аниқлашнинг йўқлиги ўт йўллариининг шикастланиш хавфини сезиларли даражада оширади, бу эса 15-17% га етиши мумкин [4]. Шу билан бирга, адабиёт маълумотларига кўра, операциядан олдин аниқ ташхис фақат 8-60% беморларда қўйилади. Бу клиник ва инструментал маълумотларни талқин қилишнинг мураккаблиги ва диагностикага комплекс ёндашув зарурати билан боғлиқ [5]. Шундай қилиб, диагностика алгоритмларини такомиллаштириш ва замонавий визуализация усулларини жорий этиш долзарб вазифа бўлиб қолмоқда, бу эса диагностика аниқлигини ошириш ва Мириззи синдромида жарроҳлик тактикасини танлашни оптималлаштириш имконини беради.

Тадқиқот мақсади. Ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларда замонавий клиник-инструментал текширув усулларини жорий этиш ва касалликни башорат қилиш алгоритминини ишлаб чиқиш орқали Мириззи синдромини ташхислаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар. Иш Мириззи синдроми билан асоратланган ўт-тош касаллиги бўлган 62 нафар беморни текшириш ва жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилишга

асосланган. Тадқиқот 2022-2025 йилларда Қашқадарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази (Қашқадарё, Ўзбекистон Республикаси) жарроҳлик бўлимида бажарилган. Тадқиқот давомида клиник, лаборатор ва инструментал диагностика усуллариининг информативлиги баҳоланди. Барча диагностик белгилар шартли равишда бир неча гуруҳларга бўлинди: - клиник-анамнестик маълумотлар; - сонографик белгилар; - эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ) маълумотлари; - магнит-резонанс холангиопанкреатография (МРХПГ) маълумотлари. Анамнестик омиллар орасида ўт-тош касаллигининг 5-7 йилдан ортиқ давом этиши, такрорий оғриқ хуружлари, сариклик ёки сийдикнинг қорайиши эпизодлари, шунингдек, ўнг қовурға остидаги узок муддатли ноқулайлик энг муҳим аҳамиятга эга бўлди. Адабиётлар таҳлили ва шахсий клиник тажриба асосида ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларда Мириззи синдроми эҳтимолини баҳолашнинг балл тизими ишлаб чиқилди.

Тадқиқот натижалари. Ретроспектив таҳлилда беморларнинг бир қисмида операциядан олдинги босқичда Мириззи синдроми белгилари мавжудлиги аниқланди, аммо ташхис ўз вақтида қўйилмади. Бу диагностика мезонларини тизимлаштириш ва комплекс ёндашувни қўллаш зарурлигини тасдиқлади. Энг кўп маълумот берувчи сонографик белгиларга қуйидагилар киради: - буришган ўт пуфаги; - дистал холедохнинг нормал диаметри билан жигар ичи каналларининг кенгайиши; - ўт пуфаги каналида ёки умумий ўт йўлининг проксимал қисмида йирик тошнинг мавжудлиги. ЭРХПГ Мириззи синдромига шубҳа қилинган беморларнинг кўпчилигида ўтказилди ва характерли белгиларни аниқлашга имкон берди: ўт йўллариининг проксимал қисмларининг кенгайиши, холедохнинг торайиши, ташқи сиқилиш ёки билиобиллиар оқманинг мавжудлиги. Баъзи ҳолларда манипуляциядан кейинги асоратлар, хусусан, консерватив терапия билан тўхтатилган

панкреатит белгилари қайд этилган. Диагностиканинг энг информатив ноинвазив усули МРХПГ бўлиб чиқди, у патологиянинг морфологик хусусиятларини аниқлаш, ўт йўллари торайишининг даражаси ва характерини аниқлаш ва конкрементлар мавжудлигини тасдиқлаш имконини берди. Ўтказилган таҳлил натижасида беморлар Мириззи синдромининг эҳтимоллик даражаси бўйича тақсимланди: - паст эҳтимоллик - 30,6%; - ўртача эҳтимоллик - 51,6%; - юқори эҳтимоллик - 17,7%. Ишлаб чиқилган диагностика алгоритми операциядан олдинги диагностика аниқлигини ошириш ва операция вақтидаги асоратлар хавфини камайтириш имконини берди.

Хулоса. Клиник-анамнестик маълумотлар, ультратовуш текшируви, ЭРХПГ ва МРХПГни комплекс қўллаш Мириззи синдромини ташхислаш аниқлигини сезиларли даражада оширади. МРХПГ энг маълумотли ва хавфсиз визуализация усули бўлиб, юқори диагностик сезгирликка эга ва патологиянинг морфологик турини аниқлашга имкон беради. Таклиф этилган ташхислаш ва башоратлаш алгоритмидан фойдаланиш Мириззи синдромини ўз вақтида аниқлаш, жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ва билиар асоратлар хавфини камайтиришга ёрдам беради.

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 Мириizzi. Хирургическое лечение // Современные исследования. – 2018. – №. 10. – С. 62-66.

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

