

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Турсункулов А.Р.,¹ Ачилов М.Т.,² Ахмедов Г.К.²

¹Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ²Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11147810>

Аннотация: на статье представлено клинический опыт хирургического лечения 57 пациентов с синдромом Мириizzi. Все пациенты исследованы по стандарту, особенно акцентировались на заключениях УЗИ (43,2%) и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) (40,2%). Вовремя операций при подозрении на таких осложнениях выполнялась интраоперационная холангиография (ИОХГ). В основном больные оперированы лапароскопическим путем. При синдроме Мириizzi II типа из-за сложности мы предпочитали минилапаротомную холецистэктомию с ИОХГ, а также, при показаниях санировали просвет холедоха антисептическими растворами. В конечном этапе операцию заканчивали с наружным дренированием Т-образным дренажом или сформировали гепатикоеюноанастомоз по Ру.

Ключевые слова: калькулезный холецистит, синдром Мириizzi, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), интраоперационная холангиография (ИОХГ), холецистэктомия, гепатикоеюноанастомоз.

METHODS OF DIAGNOSIS AND SURGICAL CORRECTION OF MIRIZZI SYNDROME

Abstract: The article presents the clinical experience of surgical treatment of 57 patients with Mirizzi syndrome. All patients were examined according to the standard, with particular emphasis on the findings of ultrasound (43.2%) and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) (40.2%). During operations, if such complications were suspected, intraoperative cholangiography (IOCG) was performed. Most patients were operated on laparoscopically. In Mirizzi syndrome type II, due to its complexity, we preferred minilaparotomy cholecystectomy with IOCG, and also, when indicated, we sanitized the lumen of the common bile duct with antiseptic solutions. At the final stage, the operation was completed with external drainage using a T-shaped drainage or a Roux-en-Y hepaticojejunostomy was formed.

Keywords: calculous cholecystitis, Mirizzi syndrome, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), intraoperative cholangiography (IOCG), cholecystectomy, hepaticojejunostomy.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мириizzi (СМ) это одно из наименее изученных и сложных понятий в абдоминальной хирургии. Это связано с редкостью данной патологии. По данным разных авторов, СМ встречается от 0,5 до 5 % среди всех пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Из-за быстрого развития техники и преобладанием опыта в миниинвазивной хирургии все более уменьшается число противопоказаний и расширяется возможности миниинвазивных оперативных вмешательств. При изучении синдрома Мириizzi большое внимание выделяется к классификациям, предоперационной диагностике и различным

методам хирургической коррекции, в основном с использованием миниинвазивных технологий. Основным фактором, лежащим в их основе, является наличие или отсутствие фистулы между желчным пузырем и желчевыводящими путями. Такая классификация очень важна для хирургов, особенно в современных условиях эпохи лапароскопических холецистэктомий.

Цель исследования: улучшить результатов хирургического лечения пациентов с ЖКБ, осложненной синдромом Мириizzi.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2017 по 2023 г. нами было прооперировано 5077 пациентов с различными формами ЖКБ. Из них у 57 пациентов диагностировано синдром Мириizzi. Пациенты данной категории разделены на 2 группы. Основную группу составили 25 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом. Оценка результатов УЗИ в предоперационном периоде, позволила выявить синдрома Мириizzi в 24 случаях. При оценке результатов ЭРХПГ при выявлении данного осложнения считали характерное наружное сдавление холедоха, либо наличие холецистохоледохеального свища, которое выявлено в 15 пациентов. При распределении пациентов и формировании диагноза мы использовали классификацию по Mc Sherry (1982).

По анамнезу у 18 больных были приступы механической желтухи. По стандарту всем этим пациентам произведена ЭРХПГ. Верификация диагноза произвели, конечно, и по результатам ИОХГ, которая выполнялась через надсеченный пузырный проток до проведения холецистэктомии. На основании данных УЗИ и ЭРХПГ, а также интраоперационных данных, определена дальнейшая оперативная тактика. Окончательный диагноз, конечно, было подтверждено интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ИОХГ, которое в нашем исследовании получили 100% эффективности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов с острыми калькулезными холециститатми осложненными с синдромом Мириizzi, I типа мы выполняли лапароскопическую холецистэктомию. У 16 пациентов с осложнением II типа синдрома Мириizzi (сформированным холецистохоледохеальным (или билио-билиарным) свищом) выполнено минилапаротомная холецистэктомия с ИОХГ и санацией холедоха антисептическими растворами. Операцию заканчивали пластикой холедоха с установлением Т-образного наружного дренажа (по Керу). Такая тактика выполнено в 7 случаев, при котором дефект был не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока. В остальных 9 случаях, которое, выявлено что размер дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности, производили конверсию на лапаротомию, путем расширения минилапаротомной раны. При этом в 2 случаях сформирована холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову и 7 пациентам произведено гепатикоеюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру.

При оценке отдаленных результатов выполненных операций наилучшие и более благоприятные результаты получены у больных, с которыми производилось выполнение гепатикоеюностомии с анастомозом по Ру. У пациентов, с синдромом Мириizzi I типа, которым выполнялась лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия, не отмечалось никаких послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии.

ВЫВОДЫ

При наличии воспалительного инфильтрата и невозможности лапароскопического оперативного вмешательства необходима конверсия на минилапаротомную холецистэктомию. При подозрении на синдром Мириizzi II типа холецистэктомию рекомендуется начинать из минилапаротомного доступа. В случае выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности рекомендуется переход на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны и предпочтение следует отдавать холецистэктомии с дренированием холедоха либо гепатикоеюноанастомозу по Ру.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахимова А.Ф., Алимов Ж.И. Ахмедов Г.К. Возможные ошибки и осложнения после лапароскопической холецистэктомии. // «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» Материалы 75-конференции. г. Самарканд. 18.05.2021 г. стр. 886.
2. Аммосов А.Б., Дмитриев В.В., Гужва А.В. // Эндоскопическая хирургия. 2003. № 1. С. 20-22
3. Алимов Ж.И., Ахмедов Г.К., Бабажанов А.С. - Синдром Мириizzi: диагностика и выбор оперативной тактики. Материалы XV конференции «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» 24.04.2020 г. г. Душанбе. стр. 122.
4. Ачилов М.Т., Шоназаров И.Ш., Ахмедов Г.К., Юлдошев Ф.Ш. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi. // «Re-health journal» электронный научно-практический журнал. №2.2 (6). Андижан-2020. стр. 111-113.
5. Ахмедов Г.К., Юлдошев Ф.Ш., Бабажанов А.С. Ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии. // “Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш” мавзусидаги республика илмий-амалий анжумани материаллари. Андижон– 2020. стр.660-661.
6. Бабажанов А.С., Мухитдинов Б.Х., Ахмедов Г.К., Ахмедов А.И. Выбор оперативной тактики у больных с острым холециститом и синдромом Мириizzi. // «Актуальные проблемы в хирургии» Сборник конференции. Андижан. 2017. стр. 48.
7. Гальперин Э.И. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечение // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 3. С. 7-10.
8. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Сайдуллаев З.Я. Алгоритм ведение больных желчеистечением после холецистэктомии. // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. №1(Том 1) 2020 стр. 21-27.
9. Коханенко Н.Ю. Глебова А.В. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi.// Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12 (часть 3) – С. 573-576
10. Ревякин В.И., Селиваненко А.В. // Эндоскопическая хирургия. 2001. № 1. С. 48-49. 5. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. и др. // Эндоскоп. хирургия. 2001. № 1. С. 28-31.
11. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириizzi. Диагностика и лечение. М.: Медицина, 2003. 12 с. 4. Майстренко Н.А. Современные возможности диагностики синдрома Мириizzi (сообщение 1) // Вестник хирургии. 2009. № 2. С. 27-33.
12. Сайдуллаев З.Я. Совершенствование хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом. // Монография. Тиббиёт кузгуси 18.08.2022. 8н-м/873.

13. Рустамов И. М., Рустамов М. И., Аскарлов П. А. Оптимальные методы хирургического лечения свежих повреждений магистральных желчных протоков //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 4. – №. 1. – С. 121.
14. Хужабаев, С.Т., Мамедов, А.Н., Нуров, Р.Р., Рустамов, М.И., Дусияров, М.М., Бойсариёв, Ш.У. Холецистэктомия из мини доступа //Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2010. – №. 1. – С. 24-24.
15. Тарасенко С.В. Клинический случай эндовидеоскопического лечения холедохолитиаза, осложненного синдромом мириizzi. /, О.В. Зайцев, Д.О. Тюленев, А.А. Копейкин// Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 26. №4. С. 533-537.
16. Фозилжон-зода М., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И. Оценка осложнений при лапароскопической холецистэктомии. // Материалы XVI конференции «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» 30.04.2021 г. г.Душанбе. стр. 168.
17. Шербёков У.А., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я. Холецистэктомия миниинвазивных доступа при деструктивных формах острого холецистита. // Сборник материалов конференции “Инновационные технологии в хирургической практике, травматологии и ортопедии” 26-27 апреля 2018 г. г.Ташкент стр. 82.