

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

© Коханенко Николай Юрьевич, Глебова Анна Валерьевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: glebova.anna@mail.ru

Ключевые слова: синдром Мириizzi; холецисто-холедохеальные свищи; билио-билиарные свищи; магнитно-резонансная холангиография; лечение; диагностика.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мириizzi (СМ) — сложное и неоднозначное понятие в хирургии. Современные взгляды на это редкое осложнение желчнокаменной болезни порой имеют противоречивые значения. Учитывая трудности дооперационной диагностики СМ, высокую опасность интраоперационного повреждения желчных протоков, трудности дифференциальной диагностики с опухолью проксимальных желчных протоков, рассмотрение данной проблемы вызывает высокий интерес у большинства хирургов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты диагностики и лечения больных СМ путем внедрения современных методов исследования и разработки рациональной хирургической тактики в зависимости от его типа. Определить наиболее информативные методы инструментальной дооперационной диагностики СМ. Применить специальный диагностический коэффициент при СМ и рассчитать информативность основных клинических, лабораторных, инструментальных признаков заболевания. Уточнить методологические и технические особенности оперативного лечения СМ в зависимости от его типа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основано на анализе результатов лечения 78 пациентов с СМ, которые были оперированы за период с 1998 по 2017 гг. на базах кафедры. Среди больных было 57 женщин (73%) и 21 мужчин (27%). Все они были в возрасте от 24 до 91 года, средний возраст составил $70,5 \pm 8,6$ лет. Рассчитаны факторы риска развития СМ по формуле Кульбака. В клинической картине СМ следует выделять следующие общеклинические признаки: женский пол, возраст — старше 60 лет, дли-

тельность холелитиаза более 7 лет, повторные приступы обострения хронического холецистита (более 2–3 раз в год), наличие механической желтухи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди инструментальных методов дооперационной диагностики СМ наиболее информативен и безопасен метод МРХПГ с построением 3D изображения. Его чувствительность составляет 87%, а диагностическая чувствительность УЗИ брюшной полости при СМ составила всего 30,8%. При подозрении на СМ во избежание травмы холедоха следует использовать традиционный доступ. При СМ I типа адекватной операцией является холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков при необходимости. У больных со IIa типом СМ при дефектах гепатикохоледоха до 1/5 возможно его ушивание. При дефектах до 1/2 необходима пластика желчного протока оставленной стенкой желчного пузыря или кишечной стенкой. При разрушении более половины стенки протока следует накладывать билиодигестивный анастомоз на сменных транспеченочных дренажах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При сравнении ближайших послеоперационных результатов основной и контрольной групп, отмечено, что применяя методику оценки признаков диагностической информативности по Кульбаку и в соответствии с ней хирургическую тактику, происходит не только значительное улучшение дооперационной диагностики, но и снижение травмы внепеченочных желчных протоков во время операции, уменьшение послеоперационного койко-дня.

Минимально инвазивные вмешательства при СМ имеют ограниченное применение ввиду наличия, как правило, крупного конкре-

мента, расположенного в проксимальных отделах желчного протока и высокого риска осложнений, таких как панкреатит, кровотечение из места пункции печени. Однако, применение ЭПСТ возможно при наличии холедохолитиаза, как один из этапов хирургического лечения СМ. Лапароскопическая холецистэктомия повышает риск травмы холедоха при наличии СМ.

Среди инструментальных методов дооперационной диагностики СМ наиболее информативен и безопасен метод МРХПГ с построением 3D изображения. При подозрении на СМ следует использовать традиционный доступ для избежания травмы холедоха. Хирургическая тактика строго индивидуально и зависит от степени вовлечения стенки холедоха в билиобилиарный свищ.