

мента протока и высоком расположении повреждения целесообразно сформировать площадку за счет рассечения левого печеночного протока. Прецизионный желчно-кишечный анастомоз накладывали однорядным узловым швом узелками наружу, используя атравматические иглы с монофиламентной нитью пролен 5—6/0, которое имеет большое значение.

Бытует мнение, что подтекание желчи по контрольному дренажу, наблюдаемое некоторыми авторами почти у каждого четвертого больного после бескаркасного формирования БДА, неопасно. Однако в наших наблюдениях у большинства больных, у которых после операции отмечали подтекание желчи, в отдаленном периоде появлялись признаки холангита и

рубцевания анастомозов. Подтекание желчи по контрольному дренажу после формирования БДА всегда свидетельствует о частичной несостоятельности анастомоза и является плохим прогностическим признаком развития рубцовой стриктуры.

Чтобы дать оценку отдаленным результатам различных вмешательств при ятрогенных повреждениях желчных протоков, по нашему мнению, должно пройти не менее года после удаления дренажей.

Таким образом, рассматривая факторы, влияющие на выбор операции и ее результаты при повреждениях МЖП, можно констатировать, что главными из них являются: характер повреждения протоков, его локализация и квалификация хирурга.

Литература

1. Антиперович О.Ф., Назаренко Г.И. М. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии и их профилактика // Эндоскопическая хирургия. 2001. Т. 7, №3. С. 26.
2. Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. том 11, №2. С.49-56.
3. Балалыкин А.С., Крапивин Б.В., Алимов И. и др. О повреждениях магистральных желчных протоков в лапароскопической хирургии. // *Эндоскопическая хирургия*, 2000, №2. С. 8-9.
4. Борисов А.Е., Левин Л.А., Кубачев К.Г., Лисицын А.А. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // *Эндоскопическая хирургия*. 2001. Т. 7. №3. С. 34.
5. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Вуколов А.В. Особенности хирургической тактики при повреждениях желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. Т. 8. №2. С. 85-86.
6. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф. и др. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // *Хирургия*. 2004. № 5. С. 26-31.
7. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. и др. Лечение рубцовых стриктур печеночных протоков. // *Материалы Пленума Правления Ассоциации Эндоскопической Хирургии*. С.-П. 2003, С. 105.
8. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009, том 14. № 1. С. 49-56.
9. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.К., Гармаев Б.Г. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков // *Хирургия*. 2005. № 8. С. 64-70.
10. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Шейко С.Б. Новые технологии в реконструктивной хирургии «свежих» повреждений желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Г. 10. № 2. С. 59.
11. Назаров Ф.Г., Хаджибаев А. М., Алтыев Б. К., Девятов А. В., Атаджанов Ш.К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков // *Хирургия*. 2006. №4. С.46-52.
12. Нечай А.И., Новиков К.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, №4. С.95-100.
13. Ничи- тайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // *Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского*. Т3, №3. 2008. С. 71-76.
14. Олисов О.Д. Посттравматические стриктуры желчных протоков, диагностика, лечение, результаты: диссертация ... кандидата медицинских наук. Москва, 2006, - 135 с.: ил.
15. Чернышев В.Н., Романов В.Е., Сухоруков В.В. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // *Хирургия*. 2004. №11. С. 41-49.
16. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Матросов А.Л., Мильников А.Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, № 2. С. 57-64.
17. Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии: Г. 1. Хирургия печени. желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы: пер. с англ. под редакцией проф. Ю.Б. Мартова/ М.: Мед. лит., 2006. С. 134-182.
18. Aduna M. Bile duct leaks after laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP // *J. Radiol*. 2007. V. 100. N 2. P. 61-69.
19. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // *World J. Surg*. 2001. V. 25. N 10. P. 1241-1244.
20. Schiano Di Visconte m. Analysis of pathogenetic mechanisms of common bile duct iatrogenic lesion during laparoscopic cholecystectomy // *ZMinerva Chir*. 2002. V. 57. № 5. P. 663-667.
21. Slater K. Strong RW, Wall PR, Lynch SV. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. *ANZ J Surg*. 2002 Feb;72(2):83-8.
22. Stewart L., Way L.W. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy // *Arch. Surg*. 1995. V. 130. P. 1123-1129.

*Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б.,
Судаймонов С.У., Бабажанов А.С.,
Давлатов С.С., Кушмурадов Н.Ё.,
Раджабов Ж.П., Рахматова Л. Т.*

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

Частота синдрома Мириizzi, выявляемая при оперативном вмешательстве по поводу ЖКБ, варьирует от 0,4 до 3,6% случаев [1,3,7,11,17]. В клинической практике, данная патология относительно редко диагностируется до операции, несмотря на применение таких современных методов исследования, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) [2,4,5].

Частота перехода на "открытую" операцию в ходе лапароскопической холецистэктомии варьирует от 3,6% до 6,9% случаев [6,8,9,12], в то время как у больных с синдромом Мириizzi этот показатель возрастает до 20-

40% [13,14,15].

Большой спор и разногласия, вызывают методики операционного подхода к различным типам синдрома

Мириizzi, что приводит к затруднению выработки единого тактического подхода.

Цель работы: оценка результатов диагностики и хирургического лечения синдрома Мириizzi I и II типа.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе клиники Самаркандского медицинского института.

В основе работы лежит клиническое наблюдение за 56 пациентами с синдромом Мириizzi. прооперированными с 2001 по 2010 год.

Основную группу больных составляли женщины - 52 (92,8%), мужчин было - 4 (7,2%), в возрасте от 43 до 72 лет.

При проведении исследования мы руководствовались классификацией McSherry (1982), в которой предложено разделять синдром Мириizzi на два типа: I тип-стриктура обусловленная сдавлением желчного протока вколоченным камнем пузырного протока или шейки желчного пузыря; II тип - холедистохоледактный свищ, формирование которого происходит в результате длительного нахождения конкремента в шейке желчного пузыря или в пузырном протоке. Среди исследуемых больных преобладали пациенты с I типом синдрома Мириizzi -48(85,7%), со II типом было 8(14,3%) пациентов.

Ультразвуковое исследование было проведено всем больным. Для диагностики нами были применены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириizzi при УЗИ предложенные Майзельс Е.Н (2010 г.).

1. Камень пузырного протока с незначительным расширением общего печеночного протока (ОПП):
2. Расширенный пузырный проток с конкрементом;
3. Расширенный пузырный проток с низким его впадением;
4. Сморщенный желчный пузырь - расширение внутривисцеральных протоков - нерасширенный общий

Виды оперативных вмешательств, выполненных при синдроме Мириizzi

Операции	
Лапароскопическая холедистэктомия	6 10,7%
Минилапаротомная холедистэктомия	31 55,3%
Минилапаротомная холедистэктомия с дренированием ОПП (общий печеночный проток).	щ , 0
Субтотальная холедистэктомия с пластикой стенки холедоха лоскутом желчного пузыря и дренированием ОПП. ->,4/о	
Холедистэктомия + наложением гепатикодуоденанастомоза <u>Холедистэктомия + наложением гепатикоеюноанастомоза по Ру.</u> Всего	2 3,5% 3 5,4%
	56 100%

Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi I типа, имеет свои технические особенности, связанные с трудностью удаления вклинившегося конкремента в шейку желчного пузыря.

Так, при лапароскопической холедистэктомии, производилось вскрытие кармана Гартмана и удаление камня через его просвет с последующей холедистэктомией, что было выполнено в 6 наблюдениях. При невозможности лапароскопического удаления вклинившегося в шейку желчного пузыря камня мы производили переход на минилапаротомную холедистэктомию в 5 наблюдениях, а при диагностике синдрома Мириizzi II типа, переходили на лапаротомию - 2 наблюдениях.

При применении минилапаротомной холедистэктомии производили вскрытие дна желчного пузыря, с удалением его содержимого и затем проводили удаление вклинившегося в шейку желчного пузыря конкремента. Данным способом нам удалось удалить конкремент и произвести холедистэктомию у 23 пациентов с I типом синдрома Мириizzi. Если даже после вскрытия дна

желчный проток (ОЖП);

5. Вклинившийся камень шейки желчного пузыря + расширение желчных протоков + холедохолити- аз;
6. Сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков -холедохолитиаз;
7. Сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков -гхоледохолитиаз + сужение в области ОПП.

При этом в дооперационном периоде, по клиническим и УЗИ данным, диагностировать синдром Мириizzi I типа удалось у 34 (60,7%) пациентов, синдромом Мириizzi II типа у 2 (3,6%), у остальных 20 (35,7%) - синдром был выявлен во время оперативного вмешательства.

Механическая желтуха в дооперационном периоде наблюдалась у 17 (30,3%) больных, холангита у 6 (10,7%).

Результаты клинического материала статистически обрабатывали на персональном компьютере 3Ггерц с помощью программного пакета Microsoft Office Excel - 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы традиционной вариационной параметрической и не параметрической статистики и расчётом средней арифметической изучаемого показателя (М) её стандартной ошибки (т), показателей достоверности (Р). Достоверность отличий между группами по изучаемым признакам определяли с помощью т^тестса Стьюдента достоверными считали отличия при значении $t > 2,0 = P < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Варианты оперативных вмешательств определялись в зависимости от типа синдрома Мириizzi. Виды и количество оперативных вмешательств представлены в табл. 1.

Таблица 1

желчного пузыря нам не удавалось удалить вклинившийся конкремент мы производили дальнейшее вскрытие стенки желчного пузыря по направлению к его шейке совместно со вскрытием Гартмана, что намного облегчало удаление вклинившегося конкремента - 8 случаях.

У 11 пациентов мы сочетали данную методику операции с дренированием общего печеночного протока по Холстеду - 7, по Вишневному - 4. Это было связано с наличием у данной группы больных сочетания синдрома Мириizzi I типа с механической желтухой.

Конверсия во время выполнения минилапаротомной холедистэктомии, при диагностировании синдрома Мириizzi II типа, была произведена в 6 случаях, путем расширения минилапаротомной раны.

Основную сложность, как в плане диагностики, так и в плане оперативного лечения составляли больные со II типом синдрома Мириizzi.

При диагностировании данного типа синдрома нами производились: при дефекте не более 1/3 окружности общего желчного протока (ОЖП) в 3 случаях, пластика

патологического соустья тканями пузыря протока после холецистэктомии и наружное дренирование общего желчного протока; при дефекте более 1/3 окружности ОЖП производились реконструктивные операции, в 2 - гепатикодуодено-анастомоз и в 3 - гепатикоеюноанастомоз по Ру.

У больных с синдромом Мирizzi I типа осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 3 (6,25%) случаях. В 2 случае желчеистечение из дренажной трубки, которое самопроизвольно остановилось на 4-11 сутки и в 1 случае желчный перитонит, больному была произведена релапаротомия причиной явилась несостоятельность культи пузыря протока.

В отдаленном периоде, при синдроме Мирizzi II типа, осложнения наблюдались в 3 (37,5%) случаях, у 2 больных после наложения гепатикодуоденоанастомоза, в послеоперационном периоде наблюдался рефлюкс холангит, по поводу чего больные неоднократно лечились консервативно. У 1 больного после пластики патологического соустья

тканями пузыря протока развилась стриктура ОПТ!, что потребовала повторной реконструктивной операции, наложения гепатикоеюноанастомоза по Ру.

Таким образом, в большинстве случаев синдром Мирizzi II типа является интраоперационной находкой. Предпочтение при наличии синдрома Мирizzi II типа необходимо отдавать миниинвазивному холецистэктомии, позволяющей сохранить основные преимущества миниинвазивного доступа, а при необходимости позволяющие совершить конверсию с расширением данного доступа и осуществлением необходимого спектра оперативных вмешательств на гепатобилиарной системе.

Преимуществом предложенного нами лечения, в отличие от других методик при синдроме Мирizzi II типа является, наложение широкого прецизионного билиодигестивного анастомоза без натяжения и без применения съёмного транспечёночного дренажа. Необходимо отдавать предпочтение данному методу при дефекте занимающим более 1/3 окружности ОЖП.

Литература

1. Ахалидзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Унгуриян Т.В., Гальперин Э.И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при синдроме Мирizzi. //7 *Анналы хирургической гепатологии.*- 2006; 11: 3: 68.
2. Балалыкин А.С., Хабурзания А.К., Гвоздик В.В. и др. Синдром Мирizzi в свете современной эндоскопической хирургии. // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2006; 11:3:70.
3. Гринев Р.Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирizzi. // *Вестник Харьковского национального университета.*- 2004;614: 52-54.
4. Кохаренко Н.Ю., Артемьева Н.Н. Повреждения желчных протоков при холецисто-холедохоальном свище-синдроме Мирizzi. // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2006;11:3:93.
5. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi. // *Журнал хирургия* - 2010;4: 67-73
6. Beorlegui S. J. et al. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome. // *An Med interna* 2007;24:6:281-284.
7. Diana K., Karkaaltinkaba M. et al. MRCP diagnosis of Mirizzi syndrome in a paediatric patient: importance of T1 weighted gradient echo images for diagnosis. // *Pediatric Radiol.*- 2006; 36:980-982.
8. Gomez D., Rahman S.H. et al. Mirizzi syndrome-results from a large western experience. // *Journal Hepatobiliary Pancreatic Surgery* - 2006; 8:474-479.
9. Liza N., Leopardi G., Maddern .I. Surgical history: Pablo Luis Mirizzi the man behind syndrome. // *ANZ Journal of surgery.* -2007;77:1062.