



ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Юсуфзода Хосият Турон кизи

Ординаторы по направлению «Медицинская радиология»

Хасанова Диёра Зафаржон кизи

Ординаторы по направлению «Медицинская радиология»

Хамидов Обид Абдурахмонович

Научный руководитель:

Самаркандский Государственный медицинский университет.

Самарканд, Узбекистан.

Джураев Камолiddин Данабаевич

Научный руководитель:

Самаркандский Государственный медицинский университет.

Самарканд, Узбекистан

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 25-yanvar 2023 yil

Ma'qullandi: 01-fevral 2023 yil

Nashr qilindi: 06-fevral 2023 yil

KEY WORDS

МРПХГ (МР-панкретохолангиография), желчнокаменная болезнь, синдром Мириizzi (СМ), холецистэктомия, УЗИ желчного пузыря, общий печеночный проток (ОПП).

ABSTRACT

В ходе данной работы проанализированы результаты хирургического лечения 52 больных ЖКБ осложненной синдромом Мириizzi, для оптимальной её диагностики. Работа проведена в многопрофильной клинике СамГМУ №1 за 2020-2022 годы. При этом у 48% выявлен I тип, II тип у 26,9%, III тип у 15,4% и IV тип у 9,6%. В дооперационной диагностике синдрома Мириizzi наиболее эффективно МРПХГ, позволившей в более чем в половине случаев (54,5%) определить морфологический тип данной патологии.

Актуальность. Синдром Мириizzi (СМ) является трудным для диагностики и лечения осложнением желчнокаменной болезни [2,3]. Холецистэктомия при СМ нередко заканчивается интраоперационным повреждением ОПП с образованием дефекта в его стенке. Иногда узкую дистальную часть общего желчного протока (ОЖП), расположенную под камнем, принимают за пузырный проток, а расширенную часть ОПП за продолжение кармана Гартмана [4,5,6].

Выделяют два типа синдрома Мириizzi: компрессия ОПП камнем шейки ЖП или пузырного протока (I тип) и пузырнохоледохеальный свищ (II тип). А. Csendes et al. в 1989 г. к вышеназванным типам добавили еще два, приняв за основу степень разрушения пузырно-холедохеальным свищем стенки ОПП. В настоящее время последняя классификация является наиболее распространенной. Т. Nagakawa et al. в 1997 г. предложили свою классификацию, согласно которой при IV типе, кроме свища, выделено воспалительное сужение ОПП, нуждающееся в иссечении и гепатикоеюностомии (цитировано по Ф.Г. Назырову и соавт). [1].

Цель исследования. Улучшить тактику диагностики больных синдромом Мириizzi.

Материал и методы исследования. Проспективным методом проведена диагностика 52 больных ЖКБ осложненной синдромом Мириizzi за 2020-2022 г. в хирургическом и радиологическом отделениях 1-многопрофильной клиники СамГМУ, что по отношению к числу больных желчнокаменной болезнью – составило 2,5%. Возраст больных колебался от 30 до 85 лет и в среднем составил $59,7 \pm 3,3$ года. Мужчин было 18, женщин – 34. Длительность болезни до поступления в клинику составила $3,1 \pm 1,04$ года.

Клиническая картина болезни при обращении пациентов была характерной для острого и хронического холецистита, у 41 (78,8%) пациентов наблюдалась иктеричность, у 11 (21,2%) – холангит.

Всем больным проводили лабораторные анализы, УЗИ и МРПХГ. При этом обращали внимание на диаметр ОЖП, а также возможные признаки СМ, такие как близкое расположение содержащей камень шейки желчного пузыря к ОПП, сочетание расширенных проксимального отдела ОПП и внутривнутрипеченочных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие сморщенного ЖП.

Из 41 больного с механической желтухой 7 (17,1%) больным выполнена РПХГ и 22 (53,6%) пациентам была выполнена магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ). Во время анализа учитывались такие признаки, как наличие пузырно-холедохеального свища, короткий и широкий пузырный проток или его отсутствие, размеры желчного пузыря, сочетание расширенных внутривнутрипеченочных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие камней в ЖП и протоках.

Больные были разделены на 4 группы по степени изменения ОЖП (А. Csendes et al. (1989) [1]): I тип – вколоченный в шейку ЖП или в пузырный проток камень, сдавливающий ОПП или ОЖП – 25 больных; II тип – между шейкой ЖП и ОПП или ОЖП имеется свищ, занимающий менее одной трети окружности протоков – 14 больных; III тип – свищ занимает две трети окружности – 8 больных; IV тип – стенка ОПП или ОЖП полностью разрушена – 5 больных.

У 7 больных с механической желтухой и холангитом лечение начинали с РПХГ, 1 пациенту выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с безуспешной попыткой эндоскопической литоэкстракцией что потребовало конверсии.

При лапароскопической холецистэктомии СМ встречался в 5 (9,6%) наблюдениях, при холецистэктомии из минидоступа – в 6 (11,5%) и при открытой – в 41 (78,9%) случаях. Холецистэктомия от шейки производилась у 13 (25%) больных, от дна – у 39 (75%), из них по Прибраму – у 11 (28,2%).

При подозрении на СМ во время операции, наличии инфильтрата в области шейки ЖП и отсутствии пузырного протока холецистэктомию начинали от дна. У 11 больных вскрывали просвет ЖП, удаляли камни и, используя методику Прибрама, осуществляли доступ к шейке ЖП. Прошив в проекции пузырной артерии стенку ЖП, последний отсекали на уровне его шейки и далее производили ревизию пузырно-холедохеального соединения, чтобы уберечь от повреждения стенку протока.

Результаты исследования. Мы не обнаружили зависимости развития различных типов СМ от возраста больных и продолжительности болезни. Диагностическая чувствительность УЗИ была низкая и составила 9,6%, позволив заподозрить СМ у 5

больных. Диагностическая чувствительность РХПГ при СМ составила 14,3% – в 1 случае был выявлен пузырно-холедохеальный свищ. Однако в заключениях РХПГ не было учтено сочетание таких имеющихся признаков, как расширение проксимального отдела ОПП над камнем с нерасширенным дистальным его отделом или нерасширенным ОЖП. Учет таких признаков позволил бы повысить диагностическую чувствительность метода до 68%.

Таким образом, по данным УЗИ и РХПГ СМ до операции был выявлен у 6 из 52 (11,5%) больных, то есть уровень дооперационной диагностики был чрезвычайно низким. В связи с чем при калькулезном холецистите осложненной механической желтухой к методам диагностики добавлена МРПХГ, которая была выполнена 22 больным. Диагностическая чувствительность этого метода исследования оказалась выше и составило 54,5%, т.е. СМ до операции была выявлена у 12 больных.

На операции до удаления желчного пузыря СМ был заподозрен у 15 (28,8%) больных, при обнаружении дефекта в стенке ОПП после холецистэктомии – у 9 (17,3%). Диагноз у 7 (13,5%) больных был поставлен только при ретроспективном анализе истории болезни.

Анализ данных показывает, что нет надежных методов диагностики СМ во время операции. О наличии его могут свидетельствовать такие признаки, как спайки между шейкой ЖП и ОПП, плотный инфильтрат в области шейки ЖП, сочетание сморщенного ЖП и широкого ОЖП, сочетание широкого ОПП с узким ОЖП у больных с холедохолитиазом, чаще, при значительном разрушении стенки протоков.

При повреждении протоков у больных с СМ I типа применяли следующие операции: 2 больным с небольшим боковым касательным ранением ОЖП на дефект стенки были наложены несколько узловых швов, и операцию закончили наружным дренированием протока по Керу (1) или по Вишневскому (1). Двоим другим произвели гепатикоюностомию с выключенной по Ру петлей тощей кишки. При II и III типах СМ повреждений протоков не было. Из 5 больных с СМ IV типа ОПП был иссечен у 4. Операции завершены гепатикоюностомией.

В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная от тромбоэмболии легочной артерии на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей и мерцательной аритмии.

Послеоперационные осложнения развились у 15 больных: пневмония (5); нагноение раны (7); затек желчи в подпеченочное пространство, удаленный пункцией под контролем УЗИ (1); резидуальный холедохолитиаз, разрешенный эндоскопически (1); желудочно-кишечное кровотечение у больной с длительно существующей механической желтухой (1).

Отдаленные результаты изучены у 29 (55,8%) больных. Из 6 больных, перенесших гепатикоюностомию по поводу иссечения протока, стриктура анастомоза наступила у одного. Произведена повторная гепатикоюностомия. Еще у 1 больной с IV типом СМ без повреждения протока через год после удаления Т-образного дренажа развилась стриктура нижней части ОЖП – больной также наложен гепатикоюноанастомоз с хорошим отдаленным результатом. У остальных 27 (93,1%) больных результат был удовлетворительным. Сроки наблюдения колебались от 9 мес до 10 лет.

Заключение. СМ не является частым осложнением желчнокаменной болезни. Профилактика ятрогенных повреждений желчных протоков при СМ является основной задачей хирурга. Большую роль при этом играет дооперационная диагностика. По данным литературы [10] поставить правильный диагноз до операции сложно и удается лишь в 21,9% (по нашим данным, до применения МРПХГ составило - в 33,3%, после применения МРПХГ – 54,5% наблюдений), что значительно осложняет проблему хирургического лечения. УЗИ при СМ малоинформативно. Информативность РХПГ выше, чем УЗИ. Однако опасность вызвать повышение внутрипротокового давления при введении контрастного вещества, вероятно, часто является причиной отсутствия изображения холецисто-хоledoхеального свища и ЖП.

Эффективность МРПХГ при диагностике СМ оказалось выше и составило 54,5%. МРПХГ — метод, обладающие большей разрешающей способностью в диагностике синдрома Мириizzi и позволяющие определить морфологический тип данной патологии с высокой диагностической чувствительностью.

Интраоперационная диагностика СМ также сложна. Инфильтрат или сращения в области шейки ЖП, отсутствие пузырного протока, сочетание сморщенного ЖП с широким ОПП или ОЖП могут насторожить хирурга и заставить его изменить стандартный план холецистэктомии. Нельзя также пренебрегать правилом обязательного выявления элементов треугольника Кало и сравнением диаметров ОПП и ОЖП.

Список использованной литературы:

1. Гринёв Р. Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi //Вестник Харьковского национального университета имени ВН Каразина. Серия «Медицина». – 2004. – №. 7 (614). – С. 37-41.
2. Давлатов С. С., Хидиров З. Э., Насимов А. М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мириizzi //Academy. – 2017. – №. 2 (17). – С. 95-98.
3. Закирова, Н., Туракулова, Ш., Эшматов, С., Хасанова, Д., Курбаниязова, В., & Нуридинова, Ш. (2017). Акушерские и перинатальные исходы беременности при артериальной гипотензии. Журнал проблемы биологии и медицины, (1 (93), 195–197.
4. Курбаниязов З. Б. и др. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi //Врач-аспирант. – 2012. – Т. 51. – №. 2.1. – С. 135-138.
5. Коханенко Н. Ю., Глебова А. В. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi //Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 12. – С. 573-576.
6. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Диагностика и лечение синдрома мириizzi //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97). – С. 131-135.
7. РИЗАЕВ Ж. А., АХРОРОВА М. Ш. Оценка особенностей изменения слизистой оболочки и состояния полости рта при covid-19 //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
8. Санчин У., Сэргэлэн О. Оценка критериев предварительной диагностики синдрома Мириizzi //Acta Biomedica Scientifica. – 2008. – №. 4. – С. 137-138.
9. Сулайманов С. У. и др. Синдром Мириizzi: диагностика и лечение //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-3 (88). – С. 89-94.
10. Тоджиева Н., Курбаниязова В. Эффективность применения пролонгированного режима комбинированных оральных контрацептивов при лечении гиперпластических

- процессов эндометрия //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 93-96.
11. Амирзода Т. С., ШОПУЛОТОВ Ш. А. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
12. Худоярова Д. Р., Шавкатова Г. Ш. ЭНДОМЕТРИЙ ПОЛИПЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ.
13. Шавкатова Г. Ш., Худоярова Д. Р., Абдуллаева Н. Н. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ.
14. Ahlawat S. K., Singhania R., Al-Kawas F. H. Mirizzi syndrome //Current treatment options in gastroenterology. – 2007. – Т. 10. – №. 2. – С. 102-110.
15. Askarova F. K., Yakhshinorov I. N. Risk Factors and Recommendations for the Treatment of Anemia in Pregnant Women (Literature Review) //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 4. – С. 190-193.
16. Askarova F. K. The Negative Impact of Vitamin D and Other Micronutrient Deficiencies in Pregnant Women //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 6. – С. 380-382.
17. ISKANDAROVNA T. N., RAKHIMOVNA K. D. RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN PREMENOPAUSE //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 72.
18. Lai E. C. H., Lau W. Y. Mirizzi syndrome: history, present and future development //ANZ journal of surgery. – 2006. – Т. 76. – №. 4. – С. 251-257.
19. Shavkatova G. S., Xudoyarova D. R., Shopulotova Z. A. Metabolik sindrom-zamonaviy jamiyatning muammosi //Eurasian Journal of Academic Research. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 486-491.
20. Shavkatovna S. G., Rakhimovna K. D., Khudoyarova D. R. STUDY AND TREATMENT OF THE ORIGINS OF OBESITY IN PREGNANT WOMEN //Next Scientists Conferences. – 2022. – С. 46-51.
21. Tamm T. I. et al. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi //UKRAINIAN JOURNAL OF SURGERY. – 2013. – №. 3.22. – С. 95-98.
22. Todjiyeva N., Vohidov S., Rajabov A. ENDOMETRIUM AND ITS HYPERPLASTIC PROCESSES //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 6. – С. 355-359.