



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

*А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов*

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

pbim.uz@gmail.com

sammi-niruzgijni@yandex.ru

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Алпаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарров	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Riehmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Ропаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 22.04.2017.

Сдано в набор 13.05.2017.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 66

Заказ 69

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Хидиров З.Э., Насимов А.М., резиденты магистратуры, Суярова З.С. студентка 5
курса леч факультета СамМИ

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии

Научный руководитель: доц. Курбаниязов З.Б.

Нами было пролечено 4037 пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Синдром Мириззи диагностировали у 56 больных, что составило 1,38%. Женщин было 47 (84%), мужчин - 9 (16%). Возраст больных составил от 27 до 80 лет. Распределение больных в зависимости от формы воспаления желчного пузыря было следующим: хронический холецистит - 32 больных, острый холецистит – 24. Больные с синдромом Мириззи разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 19 больных, которым произведена лапаротомная холецистэктомия. Основную группу составили 37 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом. Все больные подвергались общеклиническому обследованию, проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. УЗИ брюшной полости, при котором оценивали состояние желчного пузыря (объем, толщина и четкость контура стенок), внутри- и внепеченочных желчных протоков, печени и её ворот, поджелудочной железы. Результаты и их обсуждение. Оценка результатов УЗИ, которое было выполнено до операции, позволила установить диагноз синдрома Мириззи у 37 (67,4%) пациентов. При оценке эхограмм нами выявлены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириззи до операции. К ним относятся камень пузырного протока с незначительным расширением общего печеночного протока (ОПП); расширенный пузырный проток с конкрементом; расширенный пузырный проток с низким его впадением; сморщенный желчный пузырь + расширение внутрипеченочных протоков + нерасширенный общий желчный проток (ОЖП); вклиненный камень шейки желчного пузыря + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз + сужение в области ОПП. При оценке результатов ЭРХПГ патогномичным для синдрома Мириззи считали характерное сдавление извне общего желчного протока, либо наличие холецистохоледохеального свища, что было установлено у 32 (58,3%) больных. Нами выделено два типа синдрома Мириззи. синдром Мириззи I типа - камень, вклиненный в пузырный проток и в шейку желчного пузыря вызывает сдавление общего печеночного или общего желчного протоков был диагностирован у 42 (75%) пациентов. Синдром Мириззи II типа был представлен сформированным холецистохоледохеальным свищом у 14 (25%) больных. Окончательный диагноз был подтвержден интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ИОХГ, эффективность которой в нашем исследовании достигала 100%. При синдроме Мириззи I типа мы выполняли лапароскопическую

холецистэктомии. При этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, однако при хорошем знании топографо-анатомических вариантов строения образований в зоне гепатодуоденальной связки и тщательных, бережных манипуляциях, лапароскопическая холецистэктомия оказалась успешной у 25 (67,5%) больных с синдромом Мириizzi. У 3 (8,1%) пациентов после лапароскопической ревизии подпеченочного пространства выполнение лапароскопической холецистэктомии было признано рискованным без попыток выделения пузырного протока и пузырной артерии (плотный инфильтрат, обширный спаечный процесс в зоне треугольника Кало). У этих больных была осуществлена конверсия к минилапаротомной холецистэктомии. В 9 (24,3%) случаях сформированного холецистохоледохеального свища (II тип синдрома Мириizzi) выполнялась минилапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и санацией холедоха растворами антисептиков. Оперативное вмешательство завершали пластикой холедоха на Т-образном дренаже при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока (4 случаев). В 5 случаях выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности, производили конверсию на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны. В 2 случаях было произведено наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и 3 больным произвели гепатикоеюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру. Следует отметить, что при оценке отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств наилучшие результаты были получены у пациентов, которым производилось выполнение гепатикоеюностомии с анастомозом по Ру. У пациентов, которым выполнялась лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия, не отмечалось послеоперационных осложнений. В случае выполнения оперативного вмешательства из лапаротомного доступа у 2 пациентов отмечалось нагноение операционной раны и у 3 - послеоперационная пневмония. Летальных исходов не было. Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Мириizzi позволит избежать большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту конверсий при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеоттока. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии. Выводы. При подозрении на синдром Мириizzi всем пациентам показано выполнение ИОХГ, при этом диагностическая ценность данного метода приближается к 100%. Операцией выбора у больных при синдроме Мириizzi I типа является лапароскопическая холецистэктомия. 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 $\frac{1}{3}$ окружности рекомендуется переход на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны и предпочтение следует отдавать холецистктомии с дренированием холедоха либо гепатикоеюноанастомозу по Ру.