

УДК 616.366-007.253

Н. Ю. Коханенко¹, К. В. Павелец^{1,2}, А. В. Глебова^{1,2}, Т. В. Корякина^{2,3}

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ ПРИ ПОМОЩИ МРТ ДИАГНОСТИКИ

1 С.-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Российская Федерация, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

2 Городская Мариинская больница, Российская Федерация, 194104, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56

3 Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9

В работе представлены данные о диагностике и лечении 56 больных с синдромом Мириizzi (СМ). Среди них было 18 пациентов с первым типом и 38 со вторым типом СМ. Все больные были обследованы с помощью современных методов диагностики: УЗИ брюшной полости ($n = 56$), спиральная КТ брюшной полости ($n = 12$), ЭРХПГ ($n = 24$), МРХПГ с построением 3D изображения желчного дерева ($n = 16$). Чувствительность методов составила: 21,4%, 25,0%, 66,7%, 87,5% соответственно. Миниинвазивные вмешательства применили до операции 12 больным, но удалось только снизить уровень механической желтухи у 5 из них. У 9 из 10 пациентов, у которых операция начата с лапароскопического доступа, выполнена конверсия. Пациентам выполнены следующие операции. Пациентам с I типом СМ — 16 из них выполнена холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, двум пациентам — формирование билиодигестивного анастомоза. Пациентам со II типом СМ: 22 — холецистэктомия, ушивание дефекта холедоха, наружное дренирование холедоха, 9 — субтотальная резекция желчного пузыря, пластика дефекта холедоха оставленной стенкой желчного пузыря, двоим больным, когда желчный пузырь был полностью удален — стенкой тощей кишки, отключенной по Ру, наружное дренирование холедоха, 5 — холецистэктомия, формирование холедохоеюноанастомоза. Оценены ранние и отдаленные послеоперационные результаты, которые оказались хорошими и удовлетворительными в большинстве случаев. Библиогр. 21 назв. Ил. 5.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, синдром Мириizzi, холецистобилиарный свищ, МРХПГ, диагностика, хирургическая тактика.

CAPACITIES OF MRI DIAGNOSIS IN DETERMINING THE SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME

N. Yu. Kokhanenko¹, K. V. Pavelets^{1,2}, A. V. Glebova^{1,2}, T. V. Koryakina^{2,3}

1 St. Petersburg State Pediatric Medical University, 2, Litovskaya ul., St. Petersburg, 194100, Russian Federation

2 City Mariinsky hospital, 56, Liteinyi pr., St. Petersburg, 194104, Russian Federation

3 St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

Data after diagnosis and treatment of 56 patients with the Mirizzi syndrome (MS) is presented. There were 11 patients with MS type I and 45 patients with MS type II. All patients were examined with the help of modern methods of diagnosis: abdominal ultrasonography ($n = 56$), spiral CT of the abdomen ($n = 12$), ERCP ($n = 24$), MRCP with the construction of 3D images of the biliary tree ($n = 16$). Sensitivity was 21,4%, 25,0%, 66,7%, 87,5% respectively. Minimally invasive interventions were used before surgery in 12 patients, but only managed to reduce the level of jaundice in 5 of them. The conversion is made in 9 of the 10 patients, in whom surgery is started with the laparoscopic approach. Patients following operations are performed. Patients with MS type I — 16 of them were cholecystectomy, external drainage of the common bile duct, two patients — performed biliodigestive anastomosis. Patients with MS type II: 22 — cholecystectomy, common bile duct closure of the defect, external drainage of the common bile duct, 9 — subtotal resection of the gallbladder, common bile duct plastic defect left wall of the gall bladder, two of them sick when the gallbladder has been removed entirely — the wall of the jejunum, which is Roux-disabled, external drainage of the common bile duct, 5 — cholecystectomy and performed biliodigestive anastomosis. Estimated early and late post-operative results were good in most cases. Refs 21. Figs 5.

Keywords: Gallstone disease, Mirizzi syndrome, cholecystobiliary fistula, MRCP, diagnosis, surgical tactics.

Контактная информация

Коханенко Николай Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор; kohanenko@list.ru

Павелец Константин Вадимович — доктор медицинских наук, профессор;

89219972497@mail.ru

Глебова Анна Валерьевна — аспирант, врач-хирург; glebova.anna@mail.ru

Корякина Татьяна Валерьевна — аспирант, врач ультразвуковой диагностики;

koryatv@yandex.ru

Kokhanenko N. Yu. — Doctor of Medicine, Professor; kohanenko@list.ru

Pavelets K. V. — Doctor of Medicine, Professor; 89219972497@mail.ru

Glebova A. V. — post-graduate student, surgeon; glebova.anna@mail.ru

Koryakina T. V. — post-graduate student, doctor of ultrasonic diagnostics; koryatv@yandex.ru