

УДК: 616.147.3-007.64(616.89-02-089)

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Сулаймонов Салимжон Узганбоевич
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МИРИЗЗИ СИНДРОМИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Сулаймонов Салимжон Узганбоевич
Самарканд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS MIRIZZI

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Sulaymanov Salimjon Uzganboevich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr_zafar@list.ru

Аннотация. Долзарблиги. Мирizzi синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бўлган 52 беморни жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Шу билан бирга, I типдаги 25 беморда, II-14, III-8, ва IV типда-5 аниқланди. Мирizzi синдроми операциядан олдинги таъхислашда МРПХГ энг самарали ҳисобланади, бу эса ушбу патологиянинг морфологик турини 54,5% аниқлашга имкон берди. Мирizzi синдроми турига қараб, жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатлари оптималлаштирилган. Тадқиқот мақсади: Мирizzi синдроми бўлган беморларни даволаш натижаларини турига қараб жарроҳлик тактикасини оптималлаштириши орқали яхшилаш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. 2009 йилдан 2019 йилгача Самарканд давлат тиббиёт институти I-клиникасининг жарроҳлик бўлимида МС таъхиси қўйилган 52 нафар бемор операция қилинди. Беморларнинг ёши 32 ёшдан 86 ёшгача ва ўртача $61,8 \pm 2,6$ ёшни ташкил этди. У эрда 18 эркак ва 34 аёл бор эди. Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2009 йилдан 2019 йилгача Самарканд давлат тиббиёт институти I-клиникасининг жарроҳлик бўлимида МС таъхиси қўйилган 52 нафар бемор операция қилинди. Беморларнинг ёши 32 ёшдан 86 ёшгача ва ўртача $61,8 \pm 2,6$ ёшни ташкил этди. У эрда 18 эркак ва 34 аёл бор эди. Тадқиқот натижалари. Механик сариқлик билан асоратланган холецистит учун диагностика усулларига 22 нафар беморда ўтказилган МРПХГ қўшилди. Ушбу тадқиқот усулининг диагностик сезгирлиги юқори бўлиб чиқди ва 54,5% ни ташкил этди. Жарроҳликдан олдин МС 12 беморда аниқланди. Хулоса. Агар МС шубҳа қилинган бўлса, энг яхши натижалар ўт пуфаги бўйининг "ичкаридан" вазиятни баҳолашга имкон берадиган Прибрам усули ёрдамида ўт пуфагини "настдан" олиб ташлаш орқали эришилади. Шу билан бирга, МС турига қараб, ўт пуфагини тўлиқ олиб ташлаш (I тип), канал деворини алоҳида тикув билан тикиши билан ўт пуфагини олиб ташлаш (кўпинча II тип МС билан), ўт пуфаги деворининг нуқсонини ўт пуфагини бўйин девори билан тиклаш, ўт пуфаги бўйинини ўт оқмаси йўли устига тикиши мумкин (II ва III турлар билан).

Калим сўзлар: ўт-тош касаллиги, Мирizzi синдроми, ҳаракатлар алгоритми, операциядан кейинги асоратлар, профилактика.

Abstract. Relevance. The results of surgical treatment of 52 patients with cholelithiasis complicated by Mirizzi syndrome were analyzed. Moreover, in 25 patients, I type was deleted, II-14, III-8, and type IV-5. In preoperative diagnosis of Mirizzi syndrome, MRPXG is most effective, which made in possible to determine the morphological type of this pathology in 54.5%. Depending on the type of Mirizzi syndrome, the tactical and technical aspects of surgical treatment are optimized. The aim of the study: To improve the results of treatment of patients with Mirizzi syndrome by optimizing surgical tactics depending on its type. Materials and research methods. From 2009 to 2019, 52 patients with a diagnosis of SM were operated on in the surgical department of the 1st clinic of the Samara State Medical Institute. The age of the patients ranged from 32 to 86 years and averaged 61.8 ± 2.6 years. There were 18 men and 34 women. The results of the study. For calculous cholecystitis complicated by obstructive jaundice, MRPCH was added to the diagnostic methods, which was performed in 22 patients. The diagnostic sensitivity of this research method turned out to be higher and amounted to 54.5%, i.e. SM before surgery was detected in 12 patients. Conclusions. If SM is suspected, the best results are obtained by removing the GB "from the bottom" using the Pribram method, which allows assessing the situation "from the inside" of the GB neck. At the same time, depending on the type of SM, complete removal of the gallbladder (type I), removal of the bladder with suturing of the duct wall with separate sutures (more often, with type II SM), plastic surgery of the duct wall defect with the wall of the gallbladder neck, suturing of the gallbladder neck over the fistulous course (with II and III types).

Key words: cholelithiasis, Mirizzi syndrome, algorithm of action, postoperative complication, prevention.

Актуальность. Аргентинский хирург Pablo Luis Mirizzi в 1948 г. описал локальный спазм мышечного слоя общего печеночного протока (ОПП) в ответ на вклинение камня в шейку желчного пузыря (ЖП). Несмотря на то, что мышечные волокна в ОПП так и не были найдены, синдром получил имя Миризи С.К. McSherry et al. в 1982 г. выделили два типа синдрома Миризи (СМ): компрессия ОПП камнем шейки ЖП или пузырного протока (I тип) и пузырно-холедохеальный свищ (II тип). A. Csendes et al. в 1989 г. к вышеуказанным типам добавили еще два, приняв за основу степень разрушения пузырно-холедохеальным свищем стенки ОПП. В настоящее время последняя классификация является наиболее распространенной. T. 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, 11, 14].

Синдром Миризи является трудным для диагностики и лечения осложнением желчнокаменной болезни [2, 3, 10]. 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, 15].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных синдромом Миризи путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа.

Материал и методы исследования. При ретроспективном исследовании с 2009-го по 2019 г. в хирургическом отделении 1-клиники СамГМИ диагнозом СМ установлен у 52 пациентов, что по отношению к числу больных желчнокаменной болезнью – 2042 составляет 2,5%. Возраст больных колебался от 32 до 86 лет и в среднем составил $61,8 \pm 2,6$ года. Мужчин было 18, женщин – 34. Длительность болезни до поступления в клинику составила $3,6 \pm 0,2$ года.

Клиническая картина болезни была характерной для острого и хронического холецистита, у 41 (78,8%) больных была желтуха, у 11 (21,2%) – холангит.

Всем больным проводили УЗИ. 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 внутрипеченочных 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 внутрипеченочных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие камней в ЖП и протоках.

Больные ретроспективно, включая данные протоколов операций, были разделены на 4 группы по степени изменения ОЖП (A. 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.

7 больным с механической желтухой и холангитом лечение начинали с РХПГ, 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 холецистэктомии 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.

При I типе СМ старались произвести удаление ЖП. При II типе ЖП удаляли и отверстие в стенке протока ушивали отдельными узловыми швами (пролен 5/0 на атравматической игле) или производили пластику протока стенкой шейки ЖП. Во всех случаях предварительно удаляли камни и вводили в ОЖП дренаж Кера дистальнее ушитого свищевого отверстия.

При III и IV типах СМ сначала вскрывали ОЖП, удаляли камни и только после тщательной оценки ситуации решали вопрос о характере пластики свищевого отверстия, то есть дефекта стен-

ки ОПП или ОЖП. Для пластики использовали стенку шейки ЖП или ушивали шейку, закрывая, таким образом, холецисто-холедохоэальный свищ. Дренаж Кера вводили дистальнее свищевого отверстия или через ушитую шейку ЖП и свищевое отверстие в протоке (3).

У больных с выраженным разрушением ОПП (IV тип СМ), а также при ятрогенном пересечении ОПП, выполняли гепатикоеюностомию (6). Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения.

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-холедохоэальный 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 нами 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.

При холецистэктомии “от шейки” (13 больных) повреждение протока наступило у 4 пациентов (все больные с I типом СМ). При холецистэктомии “от дна” (39 больных, из них 11 – по методике Прибрама) травматическое повреждение произошло у четырех при IV типе СМ, когда расширенный ОПП был принят за карман Гартмана.

При I типе СМ (25 больных) касательная травма ОПП произошла у четырех (у двух – при лапароскопической холецистэктомии и у двух – при холецистэктомии из минидоступа). У этих больных при УЗИ ОЖП не был расширен, поэтому МРПХГ не выполнялась. Ни в одном из этих случаев СМ не был диагностирован ни до операции, ни до удаления желчного пузыря.

Из 22 больных со II и III типами СМ у 19 были пузырно-холедохоэальный свищ и холедохолитиаз с достоверным расширением ОЖП до $1,5 \pm 0,14$ см ($p < 0,05$) и возросшей до $107,6 \pm 17,7$ ммоль/л билирубинемией. СМ был заподозрен во время операции у 5 больных. Однако наличие плотного инфильтрата в области шейки ЖП заставило хирурга произвести холецистэктомию “от дна” с использованием метода Прибрама у 11 больных, при этом повреждений протока не было. Однако у 2 больных обнаружение бокового дефекта в стенке ОЖП после холецистэктомии было расценено хирургом как ятрогенная травма. На самом же деле, вероятно, произошло разобщение пузырно-холедохоэального свища.

У всех 5 больных СМ IV типа имелась механическая желтуха (общий билирубин сыворотки крови был равен $137,7 \pm 33,8$ ммоль/л). Диаметр ОЖП по данным УЗИ составил $1,2 \pm 0,07$ см при значительном расширении внутривнутрипеченочных желчных протоков и наличии сморщенного желчного пузыря (у 4 из 5). Двум из них при УЗИ поставлен диагноз опухоль Клатскина, которая была исключена при МРПХГ. У четырех больных на операции расширенная часть ОЖП была принята за продолжение сморщенного ЖП, а узкая – за пузырьный проток. В результате ОЖП вместе с ЖП был иссечен.

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 Вишневному (1). Двоим другим произвели гепатикоеюностомию 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 гепатикоеюностомией.

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 эндоско-

пически (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. Опыт хирургов [7, 8], чаще, не превышает 20–30 наблюдений. Самое большое число больных с СМ (91) представлено В.И. Ревякиным [9], который рассматривает, в основном, эндоскопические аспекты этого синдрома.

Профилактика ятрогенных повреждений желчных протоков при СМ является основной задачей хирурга. Большую роль при этом играет дооперационная диагностика. По данным литературы [10, 15] 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. По нашим данным, только 2 признака – сочетание сморщенного ЖП с желчной гипертензией и сочетание расширенных внутрипеченочных желчных протоков с узким ОЖП при холедохолитиазе, могут помочь хирургу заподозрить СМ.

Информативность РХПГ выше, чем УЗИ. Однако опасность вызвать повышение внутрипротокового давления при введении контрастного вещества, вероятно, часто является причиной отсутствия изображения холецистохоледохеального свища и ЖП. При проведении исследования R.E. England и D.F. Martin [11] у 4 из 25 больных после эндоскопических вмешательств при СМ отметили развитие острого холецистита, бронхопневмонии, абсцессов печени. Возможно, повторное контрастирование протоков после экстракции камня увеличило бы частоту выявления соустья между ОПП и ЖП.

Эффективность МРПХГ при диагностике СМ оказалось выше и составило 54,5%. МРПХГ - метод, обладающие большей разрешающей способностью в диагностике синдрома Мириззи 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.

Одним из главных вопросов лечения СМ является выбор метода операции. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что подозрение на СМ до операции является противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии, а выявление признаков синдрома во время операции – показанием к конверсии на открытую операцию.

При подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление ЖП “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. При этом, в зависимости от типа СМ, могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще, при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенкой шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах). При этом, как правило, после удаления камней следует оставлять Т-образный дренаж, введенный дистальнее свищевого отверстия. Наконец, при IV типе СМ, особенно при широком ОПП, следует закончить операцию гепатикоюностомией. Основные положения такой тактики поддерживают в своих исследованиях L.W. Johnson et al. [12], а также O.J. Shah et al. [13].

При ранениях ОПП или ОЖП хирургическая тактика во многом зависела от величины дефекта стенки протока. При небольших касательных ранениях нерасширенного протока, как правило, при I типе СМ накладывали прецизионный шов на Т-образном дренаже Кера, что давало хорошие отдаленные результаты. Однако если дефект стенки протока был значительным и пластика на дренаже выполнялась с натяжением, предпочитали гепатикоюностомию. При II и III типах свищ ушивали за счет оставленной стенки шейки ЖП, дистальнее осуществляли холедохолитотомию и проток дренировали Т-образным дренажом Кера. При IV типе (с большим диаметром ОПП) хорошие результаты получены после наложения гепатикоюноанастомоза.

Литература:

1. Алиджанов Ф. Б., Хаджибаев Ф. А., Гуломов Ф. К. Дискуссионные вопросы синдрома Мириззи // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2018. – Т. 3. – №. 3. – С. 218-225.

2. Береговенко Д. А., Горова А. Ю. Синдром Мирizzi. Хирургическое лечение // Современные исследования. – 2018. – №. 10. – С. 62-66.
3. Давлатов С. С., Хидиров З. Э., Насимов А. М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мирizzi // Academy. – 2017. – №. 2 (17).
4. Коханенко Н. Ю., Глебова А. В. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi // Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 3. – №. 12.
5. Назыров Ф. Г., Девятков А. В., Салимов У. Р. Синдром Мирizzi – вариабельность течения с двойным блоком желчеоттока // Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 21. – №. 3. – С. 119-123.
6. Назыров Ф. Г., Акбаров М. М., Нишанов М. Ш. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №. 4. – С. 67-73.
7. Курбаниязов З. Б., Махмудов Т. Б., Сулаймонов С. У., Давлатов С. С. Хирургическое лечение больных с синдромом Мирizzi. Врач-аспирант, 2012-51, 135-138.
8. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi // Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97). – С. 131-135.
9. Kamalesh, N. P., Prakash, K., Pramila, K., George, T. D., Sylesh, A., & Shaji, P. (2015). Laparoscopic approach is safe and effective in the management of Mirizzi syndrome. *Journal of minimal access surgery*, 11(4), 246.
10. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi / В.И. Ревякин, В.С. Савельев // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С. Савельева. - М.: Медиа Медика, 2006. 413-422.
11. Сулайманов С. У. и др. Синдром Мирizzi: диагностика и лечение // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-3 (88). – С. 89-94.
12. Valderrama-Treviño, A. I., Granados-Romero, J. J., Espejel-Deloiza, M., Chernitzky-Camaño, J., Mera, B. B., Estrada-Mata, A. G., ... & Argüero-Sánchez, R. (2017). Updates in Mirizzi syndrome. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 6(3), 170.
13. England R.E., Martin D.F. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome // *Gut* 1997; 40: 272-276.
14. Johnson L.W., Sehon J.K., Lee W.C. Mirizzi's Syndrome: Experience from a Multi-institutional Review // *Am. Surg.* 2001. V. 67, N 1. P. 11-14.

15. Shah O.J. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach // *ANZ J. Surg.* 2001. V. 71, N 7. P. 423-427.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Курбаниязов З.Б., Сулаймонов С.У.

Аннотация. Актуальность. Проанализированы результаты хирургического лечения 52 больных ЖКБ осложненной синдромом Мирizzi. При этом у 25 больных выявлен I тип, II – 14, III-8 и IV тип - 5. В дооперационной диагностике синдрома Мирizzi наиболее эффективно МРПХГ, позволившей в 54,5% определить морфологический тип данной патологии. В зависимости от типа синдрома Мирizzi оптимизированы тактико-технические аспекты хирургического лечения. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных синдромом Мирizzi путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа. Материалы и методы исследования. С 2009-го по 2019 г. в хирургическом отделении 1-клиники СамГМИ прооперировано 52 пациентов с диагнозом СМ. Возраст больных колебался от 32 до 86 лет и в среднем составил 61,8±2,6 года. Мужчин было 18, женщин – 34. Результаты исследования. При калькулёзном 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. Выводы. При подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление ЖП “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. При этом, в зависимости от типа СМ, могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще, при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенкой шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах).

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, синдром Мирizzi, алгоритм действий, послеоперационные осложнения, профилактика.