

2,25 мин ($P<0,001$) (практически нижняя граница нормы). На 7-е сутки отмечалось повторное угнетение фибринолитической системы: $15,35\pm 4,36$ мин ($P<0,05$). К моменту выписки фибринолиз по-прежнему был угнетён: $32,4\pm 5,6$ мин ($P<0,001$) (табл. 2).

Таким образом, у больных с однократным кровотечением отмечаются незначительные изменения в системе гемостаза.

У больных с рецидивным кровотечением на первых этапах система гемостаза не может адекватно реагировать, в результате чего запускается патологический каскад свёртывания крови, проявляющийся чрезмерной гиперкоагуляцией и последующей коагулопатией потребления – гипокоагуляцией. Наличие в крови высокого уровня РФМК свидетельствует о предрасположенности к развитию ДВС-синдрома и склонности к повторным кровотечениям из язв желудка и ДПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А. С., Леонтьева Г. В., Туманян М. А., Залетаева Г. Е. Морфология нарушений микроциркуляции и гемостаза при язвенной болезни // Современная медицина. – 1983. – № 1. – С. 12–15.

2. Луцевич Э. В., Ярема И. В., Бахшалиев Б. Р. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 1991. – № 9. – С. 55–60.

3. Носова В. П., Алексеева Л. М., Бобков Ю. И., Мумладзе Р. М., Попова О. А., Чапыгина Г. А. Особенности гемореологических изменений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Современная медицина. – 1989. – № 4. – С. 87–90.

4. Орлов В. А., Якунин Г. А. Состояние гемостаза при язвенной болезни и раке желудка // Врачебное дело. – 1984. – № 11. – С. 80–83.

5. Осадчук М. А., Блинова Т. В. Особенности клиники, свёртывающей и фибринолитической активности крови при эрозивном гастродуодените и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – № 6. – С. 31–33.

6. Станулис А. И., Кузеев Р. Е., Гольдберг А. П. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 17–21.

7. Blasco C., Petersen R., Cristaldo C. Value of emergency therapeutic endoscopy in gastrointestinal hemorrhage // Acta gastroenterol. lationam. – 1996. – Vol. 26. № 4. – P. 215–220.

Поступила 14.02.2013

Ю. С. ВИННИК¹, Е. В. РЕПИНА^{2,3}, Е. В. СЕРОВА¹, С. В. МИЛЛЕР², Н. А. ЧАЙКИН²

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

¹Кафедра общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,

Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

Тел. 8-913-5991718. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru;

²МБУЗ «Городская клиническая больница № 7»,

Россия, г. Красноярск, ул. акад. Павлова, 4;

³ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России,

Россия, г. Красноярск, ул. Карла Маркса, 34б. Тел. (391) 277-33-55

Желчно-каменная болезнь сохраняет лидирующие позиции в мире по распространённости, уступая лишь атеросклерозу. Ультразвуковое исследование в диагностике желчно-каменной болезни является основным неинвазивным и безопасным методом, позволяющим быстро поставить диагноз. Однако при синдроме Мириizzi возникают диагностические трудности. Необходимость дооперационной диагностики синдрома Мириizzi методом ультразвукового исследования необходима для выбора оптимальной тактики и технических особенностей планируемых оперативных вмешательств, оценки возможности применения эндоскопических методов лечения.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, синдром Мириizzi, ультразвуковое исследование.

Yu. S. VINNIK¹, E. V. REPINA^{2,3}, E. V. SEROVA¹, S. V. MILLER², N. A. CHAIKIN²

IMPORTANCE OF ULTRASOUND EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF THE SYNDROME OF MIRIZZI

¹Department of general surgery Krasnoyarsk state medical university n. a. professor V. F. Voyno-Yasenetsky,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Geleznyak str. 1. Tel. 8-913-5991718. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru;

²MHBI «City clinical hospital № 7» of the city of,

Russia, Krasnoyarsk, str. Pavlova, 4;

³FHSI «Siberian clinical center» of the FMBA of RF,
Russia, Krasnoyarsk, Karl Marx, 34b. Tel. (391) 277-33-55

Gallstone disease remains the leading position in the world in the incidence, second only to atherosclerosis. Ultrasound examination in the diagnosis of gallstone disease is the main non-invasive and safe method to quickly diagnose. However the syndrome of Mirizzi diagnostic difficulties arise. The need to preoperative the syndrome of Mirizzi by ultrasound is necessary to select the optimal strategy and the technical features of the planned surgery, to evaluate the application of endoscopic treatment.

Key words: gallstone disease, syndrome of Mirizzi, ultrasonography.

Введение

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) сохраняет лидирующие позиции в мире по распространённости, уступая лишь атеросклерозу.

Острый калькулёзный холецистит в структуре неотложной хирургической патологии занимает на сегодняшний день третье место после острого аппендицита и острого панкреатита.

Роль ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике ЖКБ трудно переоценить: оно остаётся основным, неинвазивным, безопасным и простым в выполнении, позволяющим быстро поставить диагноз, осуществлять динамическое УЗ-наблюдение.

Однако такая нозологическая единица, как синдром Мириizzi (СМ), редкая форма осложнённого течения ЖКБ, встречающаяся от 0,05% до 2,7%, вызыва-



Рис. 1. Ультрасонограмма синдрома Мириizzi I типа

Результаты и их обсуждение

Предположение о I типе СМ возникло на основании косвенных признаков: «отключенном» желчном пузыре, визуализируемом конкременте в шейке пузыря или в пузырном протоке, расширенном гепатикохоледохе и нормальном диаметре общего желчного протока (ОЖП) (рис. 1).

Признаки II типа СМ (холецистобилиарного свища) основывались на сочетании следующих симптомов: 1) наличие крупного конкремента в проекции как шейки желчного пузыря, так и холедоха, 2) при желчном пузыре малых размеров («сморщенном», спавшемся желчном пузыре), 3) при расширении внутрипечёночных протоков в правой доле печени, 4) при нормальных размерах ОЖП (рис. 2).



Рис. 2. Ультрасонограмма синдрома Мириizzi II типа

ет трудности в диагностике и лечении этой категории больных [1, 2, 3, 4].

В 1948 г. аргентинский хирург Р. L. Mirizzi дал описание «функционального печёночного синдрома», основными признаками которого являлись «стаз желчи и контрактура желчного протока при отсутствии в нём конкрементов», а также рентгенологическая картина «калькулёзного» синдрома с образованием свища между желчным пузырём и гепатикохоледохом [3, 4].

Исследования патоморфологических изменений желчевыводящих путей при СМ позволили С. К. McSherry и соавт. выделить два его типа: I – сдавление общего печёночного протока камнем, расположенным в шейке желчного пузыря или в пузырном протоке; II – холецистобилиарный свищ [6].

Диагностика СМ методом УЗИ и другими методами лучевой диагностики в хирургии гепатобилиарной зоны необходима для выбора оптимальной тактики и технических особенностей планируемых оперативных вмешательств, возможности применения эндоскопических методов лечения.

Материалы и методы

За последние три года (2009–2012 гг.) из обследованных нами больных с ЖКБ у 4 заподозрен СМ: с I типом – 2, со II типом – 2.

При поступлении всем больным проводились скрининговые клинические и биохимические анализы крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, фиброэзофагогастродуоденоскопия.

При изучении лабораторных данных у всех больных отмечалась гипербилирубинемия разной степени выраженности.

Синдром Мириizzi подтверждён во время оперативного лечения у 3 больных.

Таким образом, при подозрении на синдром Мириizzi при выполнении УЗИ целесообразно проведение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Также необходимо знание различных вариантов синдрома Мириizzi, его ультразвуковых признаков с настороженностью врача в отношении существования данного варианта осложненного течения ЖКБ, что позволит вовремя установить диагноз, выбрать адекватный вариант оперативного лечения, избежать ятрогенных повреждений холедоха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г., Котовский А. Е. и др. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечения // Ан. хир. гепатол. – 2006. – № 3. – С. 7–10.
2. Савельев В. С., Ревякин В. И. Синдром Мириizzi (Диагностика и лечение). – М.: Медицина, 2003. – 112 с.
3. Майстренко Н. А., Шейко С. Б., Стукалов В. В. и др. Современные возможности диагностики синдрома Мириizzi (сообщение 1) // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 168. № 2. – С. 27–32.
4. Холедохолитиаз: Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Майстренко, В. В. Стукалова. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2000. – 288 с.
5. Csendes A., Diaz J. C., Burdiles P. et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification // Brit. j. surg. – 1989. – Vol. 76. № 11. – P. 1139–1143.
6. McSherry C. K., Ferstenberg H., Vershup M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy // Surg. gastroenterol. – 1982. – Vol. 1. – P. 219–225.

Поступила 18.02.2013