

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА MIRIZZI

И. Н. Мамонтов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

RESULTS OF TREATMENT FOR MIRIZZI SYNDROME

I. N. Mamontov

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

Синдром Mirizzi (СМ) является осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), представляет нарушение проходимости ЖП вследствие воспалительно-дегенеративных изменений между ним и стенкой желчного пузыря. Это осложнение выявляют у 0,2 – 5% больных [1 – 3].

Синдром назван в честь аргентинского хирурга Pablo Luis Mirizzi, который в 1948 г. описал нарушение проходимости ЖП при его сдавлении камнем, расположенным в шейке желчного пузыря [4].

Существуют несколько классификаций СМ: С. К. McSherry (1982), А. Csendes (1989), М. Е. Ничитайло (2005) [5 – 7], основанных на наличии или отсутствии свища между желчным пузырем и ЖП. Первой и наиболее распространенной является классификация С. К. McSherry (1982), в соответствии с которой выделяют: СМ I типа — сдавление ЖП камнем, расположенным в желчном пузыре, его шейке или пузырном протоке; СМ II типа — образование свища между желчным пузырем и ЖП с его обструкцией конкрементом [4].

Такая классификация удобна для диагностики и в повседневной работе хирурга, она позволяет выбирать адекватную тактику лечения в зависимости от наличия или отсутствия свища.

Основным методом в диагностике СМ является ЭРХПГ, позволяющая, кроме того, выполнять и лечебные манипуляции — стентирование ОЖП, НБД, литотрипсию и литоэкстракцию [1 – 3, 5]. Хирургическое лечение направлено на устранение причины обструкции ЖП — холецистэктомию при СМ I типа. Основ-

Реферат

Проанализированы результаты диагностики и лечения 21 больного по поводу синдрома Mirizzi (СМ). Представлена информативность ультразвукового исследования (УЗИ) и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) в диагностике СМ I и II типа. Первым этапом лечения были эндоскопические вмешательства — литотрипсия с литоэкстракцией, стентирование желчных протоков (ЖП), назобилиарное дренирование (НБД). У 14,3% больных после эндоскопических вмешательств в хирургическом лечении не было необходимости. Рассмотрены варианты хирургического лечения СМ. При СМ I типа у 5 больных выполнена холецистэктомия, II типа — парциальная холецистэктомия с пластикой ЖП — у 11, холецистофистулитомия — у 2, гепатикоюностомия — у 1.

Ключевые слова: синдром Mirizzi; диагностика; хирургическое лечение.

Abstract

Results of diagnosis and treatment of 21 patients, suffering Mirizzi syndrome (MS), were analyzed. Informativity of ultrasound investigation and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in diagnosis of MS types I and II was presented. The first stage of treatment consisted of endoscopic interventions — lithotripsy with lithoextraction, the biliary ducts stenting, nasobiliary drainage. In 14.3% of patients surgical treatment was not necessary after endoscopic interventions. Variants of surgical treatment for MS were analyzed. In MS type I in 5 patients cholecystectomy was performed, and for type II — partial cholecystectomy with biliary ducts plasty — in 11, cholecystofistulolithotomy — in 2, hepaticojunostomy — in 1.

Keywords: syndrome of Mirizzi; diagnosis; surgical treatment.

ным вмешательством при СМ II типа является холедохолитомия с пластикой дефекта ЖП. Спорной является целесообразность использования наружного дренирования ОЖП. При значительном дефекте ЖП некоторые авторы рекомендуют завершать операцию гепатикоюностомией, что значительно усложняет вмешательство и повышает риск возникновения осложнений [5, 8]. В литературе описаны нестандартные вмешательства по поводу СМ, целью которых является уменьшение их объема наряду с устранением причины обструкции ЖП [8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 328 пациентов, у которых выявлена ЖКБ с нарушением проходимости ЖП, СМ диагностирован у 21

(6,4%), в том числе I типа — у 6 (28,6%), II типа — у 15 (71,4%). Возраст больных от 49 до 86 лет, в среднем $(65,7 \pm 4,3)$ года. Мужчин было 7 (33,3%), женщин — 14 (66,7%). Наряду с общеклиническими исследованиями, всем больным проводили УЗИ брюшной полости, при котором оценивали состояние желчного пузыря (объем, толщина и четкость контуров стенок), а также внутри- и внепеченочных ЖП. Расширение ЖП до 8 мм и более считали признаком желчной гипертензии и показанием к выполнению ЭРХПГ. При предположении о наличии неопластического процесса и для уточнения анатомического взаимоотношения ЖП и желчного пузыря выполняли компьютерную томографию (КТ) с внутривенным болюсным контрастированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ретроспективно по данным УЗИ у всех больных при СМ, независимо от его типа, отмечено расширение общего печеночного протока (ОПП), но только у 15 (71,4%) — были клинические проявления желтухи. Диаметр ОПП составил в среднем ($11,4 \pm 2,1$) мм, дистальнее желчного пузыря ОЖП не определялся. Содержание билирубина в сыворотке крови составило ($76,6 \pm 10,5$) мкмоль/л. У 6 (28,6%) больных отмечен болевой синдром без гипербилирубинемии, хотя у 4 из них в ближайшем прошлом была желтуха.

По данным УЗИ при СМ I типа установлены расширение ОПП, отсутствие визуализации ОЖП, признаки острого калькулезного холецистита. Однако специфичность такой триады составляла 43%.

При СМ II типа у 8 (53,3%) больных в просвете ЖП обнаружены конкременты по косвенным признакам: расширение ОПП при отсутствии визуализации дистального отдела ОЖП, наличие сморщенного желчного пузыря. Наличие СМ II типа предположено у 11 (66,7%) больных. С помощью УЗИ визуализировать свищ между желчным пузырем и ЖП удалось у 2 (13,3%) больных.

Более информативным исследованием явилась ЭРХПГ, при которой у больных при СМ I типа выявляли характерное сегментарное сужение просвета внепеченочных ЖП на уровне расположения желчного пузыря и проксимальнее.

Эндоскопическое исследование завершали НБД (у 2 больных) и стентированием ОЖП (у 1). У 3 больных в связи с отсутствием синдрома желтухи декомпрессию ЖП не проводили. Наличие желтухи и сужение ЖП на протяжении более 1,5 см у 2 больных позволило предположить неопластический процесс, который исключен по данным КТ с внутривенным контрастированием.

По данным ЭРХПГ, выполненной у 15 больных при СМ II типа, у всех обнаружен холедохолитиаз, подтверждено наличие патологического сообщения между желчным пузырем и ЖП. У 8 больных предпринята

попытка осуществления механической литотрипсии, которая была успешной у 3 (20%). У 2 пациентов это было завершающим этапом лечения, поскольку в сморщенном желчном пузыре конкрементов не было, а выраженные сопутствующие заболевания не позволяли выполнить плановую холецистэктомию. У 11 пациентов эндоскопическое исследование завершено НБД.

Информативным в диагностике СМ является магниторезонансная томография (МРТ) в режиме магниторезонансной холангиографии. Однако из-за ограниченной доступности этого исследования оно проведено всего у 2 больных.

По поводу СМ оперированы 17 больных.

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 5 (89,5%) больных при СМ I типа. Наличие плотных рубцовых сращений в зоне ЖП и шейки желчного пузыря обусловило необходимость перехода к открытому вмешательству у 2 (23,5%) из них. У одного пациента, в связи с отсутствием желтухи и устранением острого холецистита, а также наличием выраженных сопутствующих заболеваний холецистэктомию не выполняли.

Из 15 больных при СМ II типа оперированы 12. Во время операции пальпаторная идентификация дренажа в ОЖП помогает ориентироваться в этой зоне, что может быть затруднительно в условиях воспалительно-дегенеративных изменений гепатодуоденальной связки. У 9 (75,5%) больных выполнили лапаротомию, субтотальную холецистэктомию с пластикой дефекта ОЖП участком стенки желчного пузыря. Наружное дренирование ОЖП не проводили, поскольку ранее было осуществлено НБД. У одного больного размеры дефекта ЖП не позволяли выполнить его пластику, сформирован гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле кишки.

Еще у 2 пациентов пожилого возраста в целях минимизации объема операции выполнено альтернативное вмешательство — холецистофистуллитомия [9], включавшее

удаление камней из желчного пузыря и ЖП через разрез стенки желчного пузыря, продолженный, при необходимости, на область свища. Разрез зашит, а желчный пузырь не удаляли. Вмешательство выполнено у одного больного лапароскопически, еще у одного — с применением минидоступа в правой подреберной области; в обоих наблюдениях предварительно установлен назобилиарный дренаж, что позволило, во-первых, облегчить ориентацию во время операции (после удаления камня из области свища визуализирован дренаж), во-вторых, избежать наружного дренирования ЖП.

Для контроля состоятельности ЖП после операции всем больным при СМ II типа на 4 — 5-е сутки проводили контрольную холангиографию через назобилиарный дренаж, после чего, при состоятельности зоны вмешательства, его удаляли. Частичная несостоятельность выявлена у одного больного после субтотальной холецистэктомии с пластикой ЖП, что проявлялось желчеиспечением в объеме до 100 мл в сутки в течение 8 сут. Дренаж удален на 10-е сутки, после контрольной холангиографии.

Нагноение операционной раны возникло у 3 больных, оперированных по поводу СМ II типа. У больных при СМ I типа после операции осложнений не было. Все пациенты живы.

Таким образом, первым этапом инструментальной диагностики СМ является УЗИ, при котором определяют признаки нарушения проходимости ЖП. Затем проводят эндоскопическое исследование и ЭРХПГ, при котором уточняют характер обструкции ЖП, тип СМ, осуществляют коррекцию желчеоттока путем стентирования или НБД. У некоторых больных при СМ II типа возможно осуществить литотрипсию и литоэкстракцию. Для исключения опухолевой природы обструкции ЖП выполняли КТ. После этого больные оперированы: при СМ I типа у 89,5% из них выполняли холецистэктомию. Частота конверсии составила 23,5%, что обусловлено выраженным рубцовым процессом

в зоне вмешательства. Оперативное вмешательство по поводу СМ II типа включало субтотальную холецистэктомию с пластикой ЖП, холецистофистулолитотомию, холецистэктомию с формированием гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле кишки. Недостатком наложения анастомоза является относительная сложность вмешательства и исключение двенадцатиперстной кишки из пассажа желчи. Преимуществом первых двух вмешательств является сохранение физиологического пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. При этом

холецистофистулолитотомия является малотравматичным вмешательством, не требующим реконструктивного этапа. НБД при ЭРХПГ не только позволяет устранить холестаза, но и помогает в анатомической ориентации во время операции, является альтернативой наружному дренированию ЖП, кроме того, дренаж используют в раннем послеоперационном периоде для проведения контрольной холангиографии.

ВЫВОДЫ

1. Первым этапом лечения больных по поводу СМ являются вмешательства с применением ЭРХПГ, которые позволяют устранить холестаза, в 14,3% наблюдений — это окончательный этап лечения.

2. Операцией выбора при СМ I типа является лапароскопическая холецистэктомию. Частота конверсии составила 23,5%.

3. При СМ II типа операцией выбора является холецистэктомию с пластикой ЖП. В некоторых ситуациях возможно осуществление холецистофистулолитотомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синдром Мирizzi, диагностика, лечение / Б. С. Запороженко, А. В. Снисаренко, И. Е. Бородаев, А. А. Горбунов // *Анналы хирург. гепатологии*. — 2006. — № 11. — С. 86.
2. Савельев В. С. Синдром Мирizzi. Диагностика и лечение / В. С. Савельев, В. И. Ревякин. — М.: Медицина, 2003. — 203 с.
3. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечения / Э. И. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе, А. Е. Котовский [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии*. — 2006. — № 11. — С. 7 — 10.
4. Mirizzi P. L. Syndrome del conducto hepatico / P. L. Mirizzi // *J. Int. Chir.* — 1948. — N 8. — P. 731 — 777.
5. Бойко В. В. Холедохолиаза: диагностика и оперативное лечение / В. В. Бойко, Г. А. Клименко, А. В. Малоштан. — Х.: Новое слово, 2008. — 214 с.
6. McSherry C. K. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy / C. K. McSherry, H. Ferstenberg, M. Virshup // *Surg. Gastroenterol.* — 1982. — N 1. — P. 219 — 225.
7. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification / A. Csendes, J. C. Diaz, P. Burdiles [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1989. — Vol. 76, N 11. — P. 1139 — 1143.
8. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature / M. Safioleas, M. Stamatakos, C. Revenas [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 12, N 34. — P. 5579 — 5581.
9. Пат. 97379 Україна. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування синдрому Мірізі з холецистохоледохоальною фістулою / Т. І. Тамм, І. М. Мамонтов, К. О. Крамаренко, О. Я. Бардюк (Україна). — Заявл. 07.10.14; опубл. 10.03.15. Бюл. № 5.

