

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-30

УДК: 616.366-003.7-06-07-08

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ

Запорожченко Б.С., Бондарець Д.А., Бородаєв І.Є., Качанов В.М., Шарапов І.В., Зубков О.Б., Кравець К.В.

Одеський національний медичний університет (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65000),

Одеський обласний клінічний медичний центр (вул. Суднобудівна, 1, м. Одеса, Україна, 65049)

Відповідальний за листування:
e-mail: k.v.kravets@gmail.com

Статтю отримано 1 червня 2018 р.; прийнято до друку 17 серпня 2018 р.

Анотація. Мета дослідження - поліпшити результати передопераційної діагностики та лікування хворих з синдромом Мірізі. В основу роботи покладено аналіз історій хвороб та клінічних спостережень 85 хворих з ЖКХ, ускладненою синдромом Мірізі, в клініці хірургії №2 ОНМедУ з 2006 по 2018 рр. Жінок було 63 (74%), чоловіків було 22 (26%). Вік хворих коливався від 24 до 97 років. Серед досліджуваних хворих переважали пацієнти літнього - 50 (69,3%) і старечого віку - 28 (3%). Усі хворі (85 (100%)) звернулися в стаціонар на різних стадіях розвитку калькульозного холециститу. У 53 (62%) хворих гострий напад захворювання відзначений вперше. У 32 (38%) відзначено періодично повторювані напади. Клінічна картина захворювання складалася із симптомів, характерних для гострого та хронічного холециститу з розвитком механічної жовтяниці. Найбільш характерними і частими симптомами були тупий біль у правому верхньому квадранті живота (58 (68,2%)), жовтяниця та симптоми холангіту (озноб, підвищення температури тіла) (42 (49,4%)). У 41 (48,2%) хворого діагностовано I тип СМ, у 29 (34,1%) - II тип, у 8 (9,4%) - III тип, у 7 (8,2%) хворих - IV тип СМ. При I типі методом вибору була лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) (36 (42,3%)) і ЛХЕ з дренажуванням холедоха (10 (11,7% хворих)). Ятрогенних ускладнень жовчних протоків і конверсії в даній групі не було. У лікуванні хворих з СМ значну частку становили хірургічні втручання (39 (45,8%)). При II типі СМ основними видами оперативного втручання були: "відкрита" холецистектомія з пластику загальної жовчної протоки на дренажі Кера (при наявності дефекту не більше, ніж на 1/3 окружності жовчної протоки) - у 25 (29,4%) хворих; гепатикоєюноанастомоз (при наявності дефекту більш ніж на 1/3 окружності жовчної протоки) - у 14 (16,4%) хворих. Основні хірургічні оперативні втручання при СМ III-IV типів не мають принципових відмінностей від вищеописаних операцій. Таким чином, використання високочутливих діагностичних методів і комбінації ендоскопічного та хірургічного лікування дозволяють значно поліпшити результати лікування хворих із синдромом Мірізі.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, гострий холецистит, хронічний холецистит, синдром Мірізі.

Вступ

Синдром Мірізі (СМ) - це незвичайна форма холецистолітаза, при якій конкременти, фіксовані в протоки або в кишені Гартмана жовчного міхура, можуть здавлювати загальну печінкову протоку, викликаючи механічну жовтяницю; це запально-деструктивний процес в області шийки жовчного міхура (ЖМ) і загального печінкової протоки, викликаний конкрементом, який призводить до стенозу печінкової протоки і утворення міхурово-холедохеальної нориці [2]. СМ - це рідкісне ускладнення жовчнокам'яної хвороби, що важко піддається діагностиці. За даними літератури він зустрічається в середньому у 0,25-6% хворих з різними формами жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) [1, 2, 3]. До оперативного втручання СМ вірно діагностується з використанням всього комплексу сучасних методів лише в 12,5-22% випадків [3, 4]. Незадовільними залишаються і віддалені результати: 12-20% хворих потребують повторної операції з приводу рубцевих стриктур проксимального відділу гепатикохоледоха [1, 5]. Вперше патологія описана аргентинським хірургом P.L. Mirizzi у 1948 р.

До теперішнього часу СМ є однією з найбільш складних проблем біліарної хірургії. Відсутність єдиної думки в питаннях його етіопатогенезу ускладнює вироблення єдиної лікувальної тактики. Серйозні труднощі доопе-

раційної діагностики, а також технічні складності реконструктивно-відновного етапу операції, особливо у пацієнтів старших вікових груп, дозволяє вважати цю проблему дуже актуальною.

Мета дослідження - поліпшити результати передопераційної діагностики та лікування хворих з синдромом Мірізі.

Матеріали та методи

В основу роботи покладено аналіз історій хвороби та клінічних спостережень 85 хворих з ЖКХ, ускладненою синдромом Мірізі, у клініці хірургії №2 ОНМедУ з 2006 по 2018 рр. По відношенню до числа хворих з калькульозним холециститом - 4569 становить 1,86%. Жінок було 63 (74%), чоловіків було 22 (26%). Вік хворих коливався від 24 до 97 років. Серед досліджуваних хворих переважали пацієнти літнього - 50 (69,3%) і старечого віку - 28 (3%).

Усі хворі (85 (100%)) звернулися в стаціонар на різних стадіях розвитку калькульозного холециститу. У 53 (62%) хворих гострий напад захворювання відзначений вперше. Періодично повторювані напади відзначені у 32 (38%) хворих. Клінічна картина захворювання складалася із симптомів, характерних для гострого і хронічно-

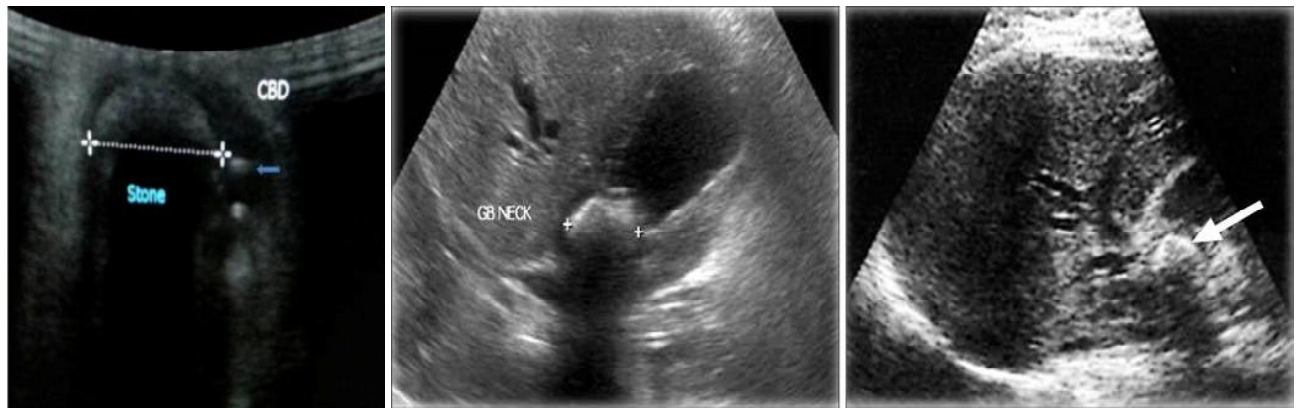


Рис. 1. УЗ картина синдрому Міріззі.

Таблиця 1. Ультразвукові ознаки синдрому Міріззі.

УЗД ознаки	Кількість хворих, n=21
Камінь міхурової протоки з незначним розширенням ЗПП	3
Розширена протока міхура з конкрементом	5
Розширена міхурова протока з низьким його впаданням	2
Зморщений жовчний міхур + розширення внутрішньопечінкових протоків + нерозширена ЗЖП	1
Вклинений камінь шийки жовчного міхура + розширення жовчних протоків + холедохолітаз	3
Зморщений жовчний міхур + розширення жовчних протоків + холедохолітаз	3
Зморщений жовчний міхур + розширення жовчних протоків + холедохолітаз + звуження в області ЗПП	3

го холециститу з розвитком механічної жовтяниці. Найбільш характерними симптомами, що зустрічались найчастіше, були тупий біль у правому верхньому квадранті живота (58 (68,2%)), жовтяниця і симптоми холангіту (озноб, підвищення температури тіла) (42(49,4%)). Характерний також тривалий анамнез ЖКХ. Ступінь вираженості больового синдрому, поява жовтяниці (транзиторної або стійкої) і диспепсії варіює в широких межах. Постійні помірні болі та жовтяниця спостерігалися в 60-100% спостережень, при міхурово-холедохоальній нориці жовтяниця - більш часта ознака захворювання.

При порівнянні літературних і наших даних за частотою больового синдрому при синдромі Міріззі, холедохолітазі та при гострому холециститі істотних відмінностей не виявлено.

Класичний опис CM включає чотири компоненти:

- близьке паралельне розташування міхура та загальної печінкової протоки;
- фіксований камінь у протоці міхура або шийці жовчного міхура;
- обструкція загальної печінкової протоки, обумовлена фіксованим конкрементом у протоці міхура та запаленням навколо нього;
- жовтяниця з холангітом або без нього.

У роботі використовували класифікацію А. Csendes (1989), який розподілив CM на 4 типи:

I - наявність вклиненого в шийку або протоку жовчного міхура каменя, який здавлює загальну печінкову (ЗПП) або загальну жовчну (ЗЖП) протоки;

II - наявність нориці між шийкою жовчного міхура і ЗПП або ЗЖП, що займає не менше 1/3 кола протоки;

III - нориця займає 2/3 кола протоки;

IV - повне руйнування стінки ЗЖП або ЗПП.

У 41 (48,2%) хворих діагностовано I тип CM, у 29 (34,1%) - II тип, у 8 (9,4%) - III тип, у 7 (8,2%) хворих - IV тип CM.

Розпізнати в передопераційному періоді CM досить важко, його діагностика залишається однією з невирішених проблем хірургії. Для діагностики використовували комплекс сучасних методів: ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну (КТ) або магнітно-резонансну томографію (МРТ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), черезшкірну черезпечінкову холангіографію (ЧЧХГ). Проте, точний діагноз у 62-74% встановлювали тільки під час операції.

При оцінці результатів УЗД надається значення таким ознакам: наявність великого конкремента в шийці жовчного міхура, розширення гепатикохоледоха вище місця прилягання міхура, деформації стінки гепатикохоледоха в місці прилягання міхура, відсутності локації стінки міхура в області прилягання до гепатикохоледоха (рис. 1).

Ультразвукове дослідження було проведено всім досліджуваним хворим. Синдром Міріззі за даними УЗД був запідозрений у 21 (24,7%) хворих на підставі ознак, представлених у таблиці 1. Такі характеристики за результатами УЗД, як зморщений жовчний міхур при наявності розширених внутрішньопечінкових протоків при

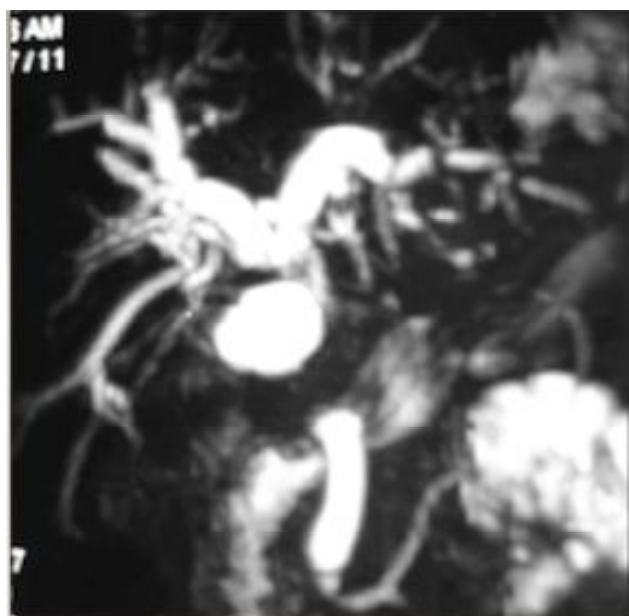


Рис. 2. МРТ картина синдрому Міріззі в режимі холангіографії.

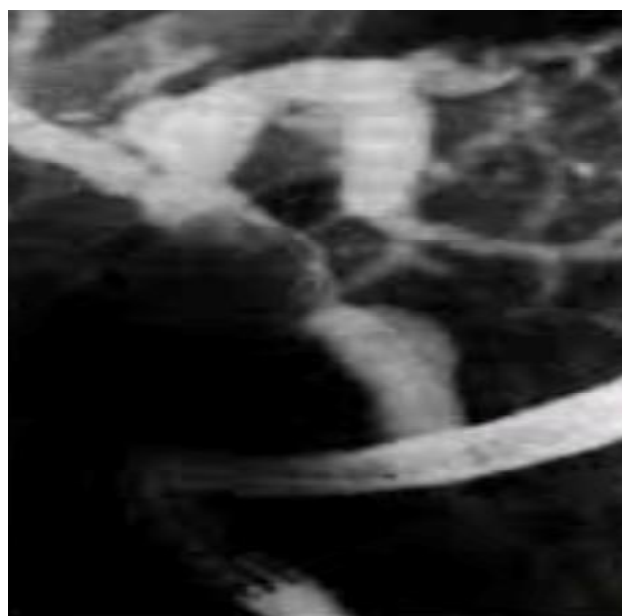


Рис. 3. ЕРХПГ при синдромі Міріззі.

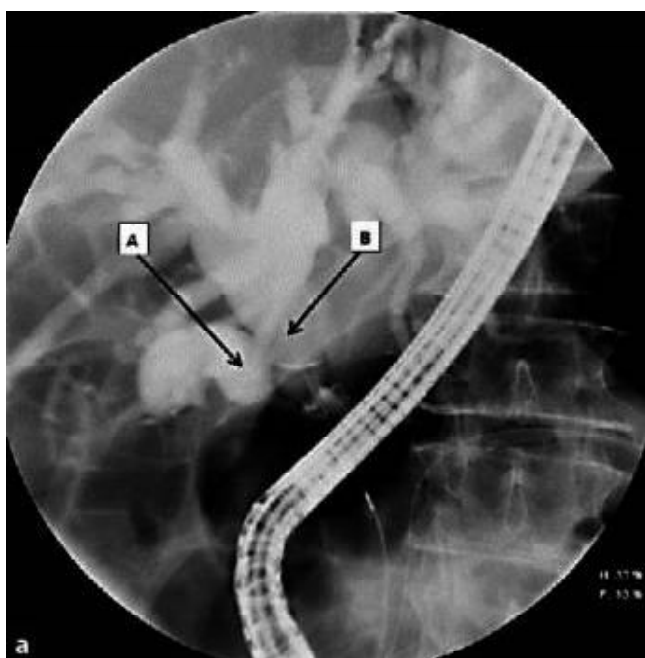
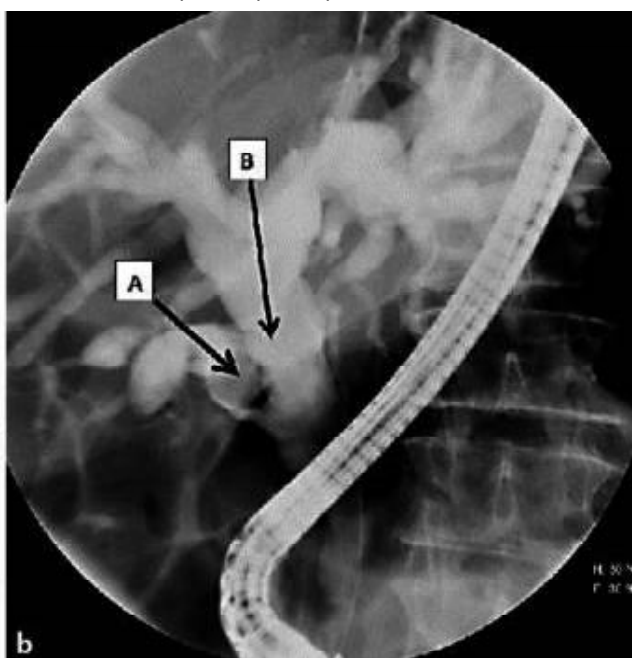


Рис. 4. ЕРХПГ при III і IV типі синдрому Міріззі.



нормальному розмірі дистального відділу холедоха дозволяють уже на початковому етапі обстеження запідозрити СМ.

У 49 хворих було виконано МРТ у режимі холангіографії. Діагноз встановлено на підставі виявлених ознак, таких як: наявність зморщеного жовчного міхура, вклинення каменя в шийку жовчного міхура, розширення внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних протоків без і з наявністю холедохолітаза. При наявності декількох ознак, при наявності яких можна запідозрити наявність синдрому Міріззі: зморщений жовчний міхур з розширенням жовчних протоків виявлений у 10 (20,4%)

хворих з 49, у поєднанні з холедохолітазом - у 8 хворих з них; у 19 (38,7%) - вклинений камінь шийки жовчного міхура в поєднанні з розширенням жовчних протоків; у 12 (24,5%) - вклинений камінь шийки жовчного міхура в поєднанні з розширенням жовчних протоків і наявністю холедохолітаза; у 8 (16,3%) - наявність біліодигестивної нориці (рис. 2).

Діагностична чутливість становила 86,6%. Стандартом у доопераційній діагностиці СМ уже протягом декількох десятиліть є методи прямого контрастування жовчних протоків. Серед них найбільш часто використовується ендоскопічна ретроградна холангіопанкреа-

тографія (ЕРХПГ) (рис. 3).

ЕРХПГ виконана 11 (12,9%) хворим з розширеними жовчними протоками і явищами механічної жовтяниці. Перший тип синдрому Міріззі діагностований у 4 хворих при наявності звуження загальної печінкової протоки або загальної жовчної протоки на рівні жовчного міхура або протоки міхура.

Другий і третій тип синдрому Міріззі встановлений у 3 хворих, четвертий (холецистохоледохоальна нориця) - у 4 хворих. Діагноз ґрунтувався на виявленні патологічного сполучення між жовчним міхуром або розширеною протокою міхура і ЗПП або ЗЖП, часто з наявністю в ній (в поєднанні) каменя; або ж наявності холедохолітазу і розширеної і випрямленої протоки міхура (рис. 4).

Велике значення для вибору обсягу операції має диференційний діагноз між здавленням проксимального відділу холедоха і його стриктурою. Для виключення пухлинної природи захворювання використовували комплекс прийомів, що складаються з ендоскопічної папілотомії, виконуваної з діагностичною метою, інструментальної ревізії жовчних шляхів і селективної холангіографії деформованого відділу протоки.

Інші методи прямого контрастування жовчних протоків, такі як черезшкірна черезпечінкова холангіографія (ЧЧХГ), холецистохолангіографія, є менш актуальними в діагностиці СМ, зважаючи на вищу інвазивність. Таким чином, доопераційна діагностика СМ вкрай складна через відсутність характерної клінічної картини. Найбільш оптимальними методами доопераційної діагностики є МРТ та ХПГ. Уточнююча діагностика тривала і під час операції, із застосуванням холангіографії і фіброхолангіоскопії.

Результати передопераційної діагностики синдрому Міріззі дозволили визначити метод і обсяг оперативного втручання, попереджаючи розвиток як інтраопераційних, так і післяопераційних ускладнень. Показаннями до термінового хірургічного втручання були: неефективність консервативної терапії гострого холециститу - у 12 (14,1%), з них у поєднанні з механічною жовтяницею - у 6 (7,1%) хворих. У плановому порядку оперовані 73

(85,9%) хворих.

Методи лікування при СМ були ендоскопічні та відкриті хірургічні. Варіант оперативного втручання, як правило, визначається залежно від типу СМ. При I типі методом вибору була лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) (36 (42,3%)) і ЛХЕ з дренажуванням холедоха (10 (11,7% хворих). Ятрогенних ушкоджень жовчних протоків і конверсії в даній групі не було.

У лікуванні хворих з СМ віддавали перевагу відкритим хірургічним втручанням (39 (45,8%)). При II типі СМ основними видами оперативного втручання були: "відкрита" холецистектомія з пластикою загальної жовчної протоки на дренажі Кера (при наявності дефекту не більше, ніж на 1/3 окружності жовчної протоки) (25 (29,4%)); гепатикоєюноанастомоз (при наявності дефекту більш, ніж на 1/3 кола жовчної протоки) (14 (16,4% хворих). Основні хірургічні оперативні втручання при СМ III-IV типів не мають принципових відмінностей від вищеприписаних операцій. Перевагу віддавали накладанню гепатикоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі тонкої кишки. Застосування такої оптимальної діагностики та лікувальної тактики дозволяє уникнути небезпечних ускладнень і досягти сприятливих результатів. Післяопераційна летальність при I типі становила 1,1%, а при II, III, IV типі і ускладненому перебігу захворювання - 5,5%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. МРТ і ЕРХПГ методи мають більшу роздільну здатність у діагностиці синдрому Міріззі і дозволяють визначити морфологічний тип даної патології з високою діагностичною чутливістю: 75% і 95% відповідно.

2. Ендоскопічне втручання є методом передопераційної біліарної декомпресії у хворих з синдромом Міріззі при наявності механічної жовтяниці.

3. Хірургічне втручання є радикальним методом лікування хворих з синдромом Міріззі.

Перспективами подальших досліджень є детальна оцінка віддалених результатів лікування синдрому Міріззі.

Список посилань

1. Аліджанов, Ф. Б., Ризаев, К. С. & Бойназаров, И. Х. (2006). Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мириizzi, обусловленного холецистобилиарным свищом. *Анналы хирургической гепатологии*, 11 (3), 63.
2. Ахаладзе, Г. Г., Котовский, А. Е., Унгуряну, Т. В. & Гальперин, Э. И. (2009). Синдром Мириizzi - причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха. *Хирургия*, 7, 21-23.
3. Климов, А. Е., Федоров, А. Г., Давыдова, С. В. & Майзельс, Е. Н. (2010). Выбор оптимального метода лечения больных с синдромом Мириizzi. *Вестник РУДН*, 1, 130-132. ISSN: 2313-0245 (Печатный), 2313-0261 (Электронный).
4. Тамм, Т. И., Мамонтов, И. Н., Крамаренко, К. А. & Захарчук, А. П. (2016). Возможности лапароскопического хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 1 (2), Т. 20, 212-215. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnm_u_2016_20_1%282%29__17.

http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnm_u_2016_20_1%282%29__17.

References

1. Alidzhanov, F. B., Rizaev, K. S. & Bojnazarov, I. H. (2006). Rol endoskopicheskoj retrogradnoj pankreatoholangiografii v diagnostike sindroma Mirizzi, obuslovlennogo holecistobiliarnym svishom [The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis of Mirizzi syndrome due to cholecystobiliary fistula]. *Annaly hirurgicalnoj gepatologii - Annals of Surgical Hepatology*, 11 (3), 63.
2. Ahaladze, G. G., Kotovskij, A. E., Unguryanu, T. V. & Galperin, E. I. (2009). Sindrom Mirizzi - prichina yatrogennyh povrezhdenij gepatikoholedoha [Mirizzi syndrome is the cause of iatrogenic lesions of the hepaticocholedochus]. *Hirurgiya - Surgery*, 7, 21-23.
3. Klimov, A. E., Fedorov, A. G., Davydova, S. V. & Majzels, E. N. (2010). Vybora optimalnogo metoda lecheniya bolnyh s sindromom Mirizzi [Selection of the optimal treatment method

for patients with Mirizzi syndrome]. *Vestnik RUDN - Bulletin of Russian University of Friendship of Peoples*, 1, 130-132. ISSN: 2313-0245 (Pechatnyj), 2313-0261 (Elektronnyj). ISSN: 2313-0245 (Printed), 2313-0261 (Electronic).

4. Tamm, T. I., Mamontov, I. N., Kramarenko, K. A. & Zaharchuk, A. P. (2016). *Vozможnosti laparoskopicheskogo*

hirurgicheskogo lecheniya bolnyh s sindromom Mirizzi [Possibilities of laparoscopic surgical treatment of patients with Mirizzi syndrome]. *Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu - Reports of the Vinnytsia National Medical University*, 1 (2), T. 20, 212-215. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2016_20_1%282%29_17.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Запороженко Б.С., Бондарец Д.А., Бородаев І.Є., Качанов В.М., Шарапов І.В., Зубков О.Б., Кравець К.В.

Аннотация. Цель исследования - улучшить результаты предоперационной диагностики и лечения больных с синдромом Мирицци. В основу работы положен анализ историй болезни и клинических наблюдений 85 больных с ЖКБ, осложненной синдромом Мирицци, в клинике хирургии №2 ОНМедУ с 2006 по 2018 гг. Женщин было 63(74%), мужчин было 22 (26%). Возраст больных колебался от 24 до 97 лет. Среди исследуемых больных преобладали пациенты пожилого - 50(69,3%) и старческого возраста - 28(3%). Все больные (85(100%)) обратились в стационар на разных стадиях развития калькулезного холецистита. У 53 (62 %) больных острый приступ заболевания отмечен впервые. Периодически повторяющиеся приступы отмечены чаще у 32(38%) больных. Клиническая картина заболевания складывалась из симптомов, характерных для острого и хронического холецистита с развитием механической желтухи. Наиболее характерными и часто встречающимися симптомами были тупая боль в верхнем правом квадранте живота - у 58 (68,2%), желтуха и симптомы холангита (озноб, повышение температуры тела) - у 42 (49,4%). У 41 (48,2%) больных диагностирован I тип СМ, у 29 (34,1%) - II тип, у 8 (9,4%) - III тип, у 7(8,2%) больных - IV тип СМ. При I типе методом выбора была лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) (36 (42,3%)) и ЛХЭ с дренированием холедоха (10 (11,7% больных). Ятрогенных повреждений желчных протоков и конверсии в данной группе не было. В лечении больных с СМ значительную долю составляли открытые хирургические вмешательства (39 (45,8%)). При II типе СМ основными видами оперативного вмешательства явились: "открытая" холецистэктомия с пластикой общего желчного протока на дренаже Кера (при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности желчного протока) - у 25 (29,4%); гепатикоюноанастомоз (при наличии дефекта более чем на 1/3 окружности желчного протока) - у 14 (16,4%) больных. Основные хирургические оперативные вмешательства при СМ III-IV типов не имеют принципиальных отличий от вышеописанных операций. Таким образом, использование высококачественных диагностических методов и комбинации эндоскопического и хирургического лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с синдромом Мирицци.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, хронический холецистит, синдром Мирицци.

METHODS OF DIAGNOSIS AND CHOICE OF THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF MIRIZZI SYNDROME

Zaporozhchenko B.S., Bondarets D.A., Borodaev I.E., Kachanov V.N., Sharapov I.V., Zubkov O.B., Kravets K.V.

Annotation. The purpose of the study is to improve the results of preoperative diagnosis and treatment of patients with Mirizzi syndrome. The work is based on the analysis of the case histories and clinical observations of 85 patients with chronic obstructive pulmonary disease with a complicated Mirizzi syndrome in the Surgery Clinic No. 2 ONMEDU from 2006 to 2018. There were 63 women (74%) and 22 men (26%). The age of patients ranged from 24 to 97 years. Among the patients studied elderly patients prevailed - 50 (69.3%) and senile age - 28 (3%). All patients 85 (100%) went to the hospital at different stages of development of calculous cholecystitis. In 53 (62%) patients, an acute attack of the disease was noted for the first time. Periodically repeated episodes were noted more often in patients in 32 (38%) patients. The clinical picture of the disease consisted of symptoms characteristic of acute and chronic cholecystitis with the development of mechanical jaundice. The most characteristic and frequently occurring symptoms were dull pain in the upper right quadrant of the abdomen - 58 (68.2%), jaundice and symptoms of cholangitis (chills, fever) - 42 (49.4%). In 41 (48.2%) patients type I CS was diagnosed, in - 29 (34.1%) type II, in 8 (9.4%) - type III, in - 7 (8.2%) patients with type IV CS. In type I, the choice method was laparoscopic cholecystectomy (LCE) in 36 (42.3%), LCE with drainage of choledochus in 10 (11.7%) patients. There were no iatrogenic bile duct lesions and no conversion in this group. The leading role in the treatment of patients with CS was given to open surgical interventions in 39 (45.8%). In type II, the main types of surgical intervention were: "open" cholecystectomy with plastic of the common bile duct on the Kehr's T-tube (in the presence of a defect of not more than 1/3 of the bile duct circumference) in 25 (29.4%); hepaticojejunostomy (in the presence of a defect of more than 1/3 of the circumference of the bile duct) in 14 (16.4%) patients. The main surgical operations with CS III-IV types do not differ in principle from the above operations. So, the use of highly sensitive diagnostic methods and a combination of endoscopic and surgical treatment can significantly improve the results of treatment of patients with Mirizzi syndrome.

Keywords: cholelithiasis, acute cholecystitis, chronic cholecystitis, Mirizzi syndrome.