



Р.М. Грин'ов¹, В.С. Шевченко², А.С. Домбровський²

Сучасні підходи в обстеженні та хірургічному лікуванні синдрому Міріззі: досвід і аналіз результатів

¹ Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

² ДЗ «Дорожня клінічна лікарня станції Харків
СТГО «Південна залізниця», м. Харків

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, синдром Міріззі, ультразвукове дослідження, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, лапароскопічна інтраопераційна холангіографія, лапароскопічна холецистектомія, гепатикоєюноанастомоз за методом Ру.

Уперше синдром був описаний P.L. Mirizzi в 1948 р. під час аналізу інтраопераційних холангіограм, які було виконано 7 хворим на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену механічною жовтяницею. Дослідник пояснив відкритий ним феномен наявністю «фізіологічного сфінктера загальної печінкової протоки», що було аксіомою протягом багатьох років.

Пізніше P.L. Mirizzi пояснював розвиток описаного ним феномену стисненням конкрементом ззовні загальної жовчної протоки, визнаючи, таким чином, помилковість свого першого обґрунтування про спазм м'язового сфінктера.

Дослідження аномалій і варіантів розвитку жовчних проток дали змогу доповнити знання про основні закономірності, характерні для синдрому Міріззі (СМ):

1. Анатомічні аномалії будови та злиття міхурової протоки із загальною печінковою протокою.

2. Вплив конкременту, що розміщується в міхуровій протоці або в шийці жовчного міхура.

3. Часткове звуження загальної печінкової протоки внаслідок зтиснення ззовні.

4. Розвиток висхідного холангіту з наступним частковим звуженням загальної печінкової протоки.

За даними літератури, СМ діагностується у 2,7–5 % хворих з різними формами жовчнокам'яної хвороби [1, 3, 6, 7].

Останнім часом велика увага приділяється класифікації СМ, методам доопераційної діагностики, а також різним шляхам хірургічної корекції, зокрема з використанням відеолапароскопічної техніки [2–5, 8].

Для опису процесу вклинення конкременту, запальних змін, можливої ерозії залучених у процес стінок жовчного міхура й гепатикохоledоху дослідники пропонують різні класифікації СМ.

Класифікація СМ (McSherry, 1982):

- Тип I — просте стиснення загальної печінкової протоки.
- Тип II — наявність холецистохоledохеальної нориці.

Робота виконана відповідно до комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Розробка малоінвазивних оперативних втручань із використанням низьких температур у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу і виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки», № 0100U005308.

У літературі наявні істотні розбіжності в ефективності різних методів обстеження для встановлення діагнозу СМ. Дуже важлива доопераційна діагностика СМ, що дає змогу попередити випадкове ушкодження позапечінкових жовчних проток під час операції [1, 2, 4, 5].

Мета роботи — вивчити методи діагностики хворих із синдромом Міріззі та на підставі отриманих результатів обґрунтувати вибір методу оперативного втручання.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати 7126 холецистектомій, при цьому СМ виявлено у 171 (2,4 %) хворих, серед них у 38 (0,53 %) встановлено наявність біліобілярної нориці. Серед них жінок було 128, чоловіків — 43, вік пацієнтів коливався від 27 до 80 років.

Розподіл хворих залежно від форми запалення жовчного міхура: хронічний холецистит — 93 пацієнтів, гострий холецистит — 78, у тому числі: катаральний — у 35 осіб, флегмонозний — у 23 і гострий гангренозний — в 11. У 104 хворих в анамнезі була жовтяниця.

Усі пацієнти отримали загальноклінічне обстеження. Діагноз, характер і локалізацію патології встановлювали за допомогою неінвазивних методів діагностики — ультразвукового дослідження (УЗД), а також мініінвазивних — ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ).

Оцінюючи дані УЗД, насамперед зважали на такі ознаки: стінка жовчного міхура не виявляється в ділянці прилягання до гепатикохоledоху (48 (28,3 %) хворих); вклинений великий конкремент у шийку жовчного міхура (123 (71,9 %) пацієнтів); розширення гепатикохоledоху вище місця прилягання жовчного міхура (37 (21,7 %) осіб); деформація стінки гепатикохоledоху в місці прилягання жовчного міхура (26 (13,8%) пацієнтів) і «зморшкуватий» жовчний міхур (12 (7,2 %) хворих).

Усім пацієнтам із жовтяницею в анамнезі виконували ЕРПХГ. Під час оцінювання результатів ЕРПХГ патогномічним для СМ вважали характерну наявність стиснення ззовні загальної жовчної протоки (109 хворих) або наявність холецистохоledохеальної нориці (38 пацієнтів). У 15 випадках ЕРПХГ виконати не вдалося внаслідок анатомічних варіантів будови дванадцятипалої кишки й великого дуоденального сосочка. У 7 хворих ЕРПХГ виявилася недостатньо інформативною для встановлення остаточного діагнозу, що потребувало проведення інтраопераційної лапароскопічної холангіографії.

Лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) виконували за загальноприйнятою методикою в умовах пневмоперитонеуму з використанням 4 троакарів. Діагноз «Синдром Міріззі» підтверджували інтраопераційно під час ревізії елементів шийки жовчного міхура й гепатодуоденальної зв'язки. В окремих випадках діагноз уточнювали за результатами лапароскопічної інтраопераційної холангіографії, яку виконували через надсічену міхурову протоку до проведення холецистектомії.

Результати та обговорення

Ми виокремили два типи СМ. Перший тип СМ: камінь, вклинений у шийку жовчного міхура, викликає стиснення загальної печінкової протоки, що було виявлено у 133 (77,8 %) хворих.

Другий тип СМ характеризується сформованою біліобілярною норицею між жовчним міхуром або його шийкою із загальною печінковою протокою, що в наших спостереженнях відзначено у 38 (22,2 %) хворих.

При СМ I типу 110 пацієнтам було виконано ЛХЕ, хоча під час її виконання іноді виникали значні труднощі через наявність запальних змін тканин у зоні оперативного втручання. У 23 хво-

рих після лапароскопічної ревізії підпечінкового простору виконання ЛХЕ визнано ризикованим (щільний інфільтрат, великий спайковий процес у зоні трикутника Кало). У цих хворих було здійснено конверсію до традиційної відкритої холецистектомії.

Прооперовано також 38 хворих із СМ II типу. Інтраопераційні ознаки СМ характеризувалися найчастіше зморшкувато зміненим жовчним міхуром з інфільтрованими стінками його шийки, неможливістю виявити міхурову протоку, значним розширенням гепатикохоledоху із наявністю великих конкрементів у шийці жовчного міхура.

У всіх випадках виконано традиційну холецистектомію. За наявності дефекту не більш ніж 1/3 кола загальної жовчної протоки (13 хворих) оперативне втручання завершували встановленням Т-подібного дренажу. При цьому діаметр магістральних проток був достатнім для того, щоб закрити дефект стінки протоки без звуження останньої. У випадку більших розмірів дефекту оперативне втручання завершували накладанням білідигестивного анастомозу. У 7 випадках виконали хоledоходуоденоанастомоз за Юрашем—Виноградовим, ще 18 хворим було накладено гепатикоєюноанастомоз на виключеній петлі за методом Ру. Слід зазначити, що при оцінці віддалених результатів виконаних оперативних втручань виявилось, що кращі результати були отримані у хворих, яким виконали гепатикоєюноанастомоз за методом Ру і в яких не відзначалися явища рецидивного холангіту.

У пацієнтів, яким виконували ЛХЕ, післяопераційних ускладнень не було. При виконанні оперативних втручань із лапаротомного доступу у 2 випадках спостерігалось нагноєння лапаротомної рани. Летальних випадків не було в обох групах.

Висновки

1. Рідкісність синдрому Міріззі часто не дає змоги встановити діагноз на доопераційному етапі, що вимагає додаткових методів обстеження.

2. Найбільш інформативні, на наш погляд, методи діагностики синдрому Міріззі — ультразвукове дослідження та ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія.

3. Методом вибору лікування хворих із синдромом Міріззі II типу є лапароскопічна холецистектомія.

4. За неможливості виконання лапароскопічної холецистектомії та при синдромі Міріззі II типу перевагу віддаємо ушиванню загальної печінкової протоки із дренажуванням її за Кером або накладенню гепатикоєюноанастомозу за методом Ру.

З огляду на підвищену технічну складність виконання оперативних втручань потребує висо-

кокваліфікованих фахівців, досвідчених щодо жовчних шляхів.

Література

1. Гоч Е.М., Михневич В.В., Толстоколов А.С. и др. Хирургическое лечение синдрома Мириizzi // Саратовский научно-медицинский журнал. — Т. 6, № 2. — 2010. — С. 458—460.
2. Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Майзельс Е.Н. Выбор оптимального метода лечения больных с синдромом Мириizzi // Журнал Вестник РУДН. — М., 2010. — С. 130—132.
3. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Хирургия. — 2010. — № 4. — С. 67—73.
4. Aydin U., Yazici P., Özsan I. et al. Surgical management of Mirizzi syndrome // Turk. J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 19 (4). — P. 258—263.
5. Kelly M.D. Mirizzi syndrome // ANZ J. Surg. — 2005. — Vol. 75. — P. 501—503.
6. Lai E.C., Lau W.Y. Mirizzi syndrome: history, present and future development // ANZ J. Surg. — 2006. — Vol. 76 (4). — P. 251—257.
7. Pelaez-Luna M., Levy M.J., Arora A.S. et al. Mirizzi syndrome presenting as painless jaundice: a rare entity diagnosed by EUS // Gastrointest. Endosc. — 2008. — Vol. 67 (6). — P. 974—975.
8. Safioleas M., Stamatakis M., Revenas C. et al. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12, N 34. — P. 5579—5581.

Р.Н. Гринёв, В.С. Шевченко, А.С. Домбровский

Современные подходы в обследовании и хирургическом лечении синдрома Мириizzi: опыт и анализ результатов

Авторами представлен опыт хирургического лечения 171 больного с различными типами синдрома Мириizzi. Наиболее информативными в диагностике синдрома Мириizzi явились ультразвуковое исследование и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. При подозрении на синдром Мириizzi всем пациентам выполнялась лапароскопическая интраоперационная холангиография. Операцией выбора у больных при синдроме Мириizzi I типа являлась лапароскопическая холецистэктомия. При невозможности лапароскопического оперативного вмешательства и при синдроме Мириizzi II типа предпочтение отдавалось традиционной холецистэктомии с дренированием холедоха либо гепатикоеюноанастомозу по Ру.

R.M. Grynyov, V.S. Shevchenko, A.S. Dombrovsky

Modern approaches to the examination and surgical treatment of Mirizzi syndrome: experience and analysis of results

The authors present an experience of the surgical treatment of 171 patients with different types of the Mirizzi syndrome. Ultrasonomic examination and endoscopic retrograde cholangiopancreatocography appeared to be the most informative in the Mirizzi syndrome diagnostics. At a suspicion on Mirizzi syndrome all patients were undergone laparoscopic intraoperative cholangiography. The operation of choice in patients with Mirizzi syndrome type I was laparoscopic cholecystectomy, in the case of impossibility of laparoscopic operations and at Mirizzi syndrome type II preference was given to the traditional cholecystectomy with choledoch drainage, or to Roux's hepaticojejunal anastomosis.