ХИРУРГИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Гринческу А.Е.¹, Бутырский А.Г.¹, Хилько С.С.¹

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского МНВО РФ, 295006, бул. Ленина 5/7, Симферополь, Россия

Резюме. Осложненная желчнокаменная болезнь вызывает сложности оперирования, несмотря на опыт хирурга и степень обследования больного. Цель работы: выбор оптимального способа оперативного вмешательства в зависимости от установленной формы СМ. Мы располагаем опытом хирургического лечения 42 больных с СМ, что составило 3,2% от общего числа оперированных больных с ЖКБ. Женщин было 74%, мужчин 26%. Возраст больных составил от 28 до 93 лет. Хотим подчеркнуть, что окончательно установить форму СМ можно только интраоперационно. Мы выделяем 2 формы СМ, не детализируя объем вовлечения холедоха в процесс. У 45% больных отмечалась I форма СМ, у 55% – II форма. При I форме СМ операцией выбора следует считать холецистэктомию с наружным дренированием желчных протоков. Пластика гепатохоледоха при I форме СМ показана только в случаях доказанной стриктуры протока. При II форме СМ в зависимости от интраоперационных данных показано выполнение восстановительных или реконструктивных операций различного объема (наложение первичного шва на холедох, пластика гепатохоледоха стенкой желчного пузыря, холедоходуоденостомия, гепатикохоледохостомия, гепатикоеюностомия).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, диагностика, хирургическое лечение.

SURGICAL MANAGEMENT OF MIRIZZI'S SYNDROME

Grinchesku A.E.¹, Butyrskii A.G.¹, Khilko S.S.¹

¹Medical Academy named after S. Georgievsky, Vernadsky CFU, 295006, 5/7 Lenin blv, Simferopol, Russia

Abstract. Complicated gallstone disease causes operative difficulties despite surgeon's experience and patient's examination. We have an experience of surgical management in patients with Mirizzi's syndrome (MS) that made 3,2% from a total number of operated patients with cholelithiasis (women 74%, men 26%). Patient's age was from 28 to 93 years old. We want to stress that the final form of MS is defined only during surgery. We distinguish only 2 forms of MS without sharing according to involvement of common bile duct into destructive-and-inflammatory process. In 45% of patients I form of MS was registered, in 55% – II form. In MS-I the preferable surgery is cholecystectomy with outer bile ducts draining. Plasty of hepatocholedochus in MS-I is

indicated for proved duct stricture. MS-II is the indication for performing different restorative or reconstructive surgery dependent on intraoperative data (application of primary suture on common bile duct, plasty of hepatocholedochus with the gallbladder wall, choleodochoduodenostomy, hepatocholedochostomy, hepaticojejunostomy).

Key words: cholelithiasis, complications, diagnostics, surgical management

Введение. Синдром Мириззи (СМ) – это одно из редких и тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), когда в следствие длительного течения заболевания происходит стенозирование проксимальных отделов гепатохоледоха (I форма) и (или) образование свища между гепатохоледохом и желчным пузырем с обтурацией просвета протока одним или несколькими конкрементами (II форма). Все эти изменения происходят в рамках течения одного патологического процесса [1, 4, 8].

Цель работы: выбор оптимального способа оперативного вмешательства в зависимости от установленной формы СМ.

Материал и методы исследования. Мы располагаем опытом хирургического лечения 42 больных с СМ, что составило 3,2% от общего числа оперированных больных с ЖКБ. Женщин было 31 (74%), мужчин 11 (26%). Возраст больных составил от 28 до 93 лет. Всем больным проведено общеклиническое обследование, эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ, а также УЗИ гепатобилиарной зоны, МР-холангиография. Однако достоверный диагноз СМ был установлен только интраоперационно.

Из 42 оперированных больных у 19 (45%) отмечалась I форма СМ, а у 23 (55%) – II форма.

Результаты и обсуждение. Предоперационная диагностика СМ до настоящего времени является одной из сложных проблем. Это связано с редкостью патологии, недостаточной информированностью хирургов, разнообразием подходов к хирургическому лечению. Клиническая картина СМ не имеет только ей одной присущей патогномоничной симптоматики, что в значительной степени усложняет проведение дифференциальной диагностики, особенно в условиях ургентной хирургии. Такой же точки зрения придерживаются и другие авторы [3, 4, 6]. А предоперационная диагностика остается важной, поскольку позволяет избежать ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков

Можно выделить следующие основные методы предоперационной диагностики:

1. УЗИ-диагностика. Наибольшее значение при постановке диагноза имеет следующие изменения желчевыводящей системы: расширение общего печеночного

протока при отсутствии патологических изменений в общем желчном протоке; наличие вклиненного конкремента в шейке желчного пузыря. Эти симптомы не являются специфичными для СМ и могут наблюдаться при других воспалительных, патологических и опухолевых процессах в гепатобилиарной зоне. Р.С. Шило и соавторы [7], Е.М. Гоч и соавторы [3] считают, что заподозрить СМ можно при визуализации «сморщенного желчного пузыря» с расширенной проксимальной частью гепатикохоледоха. Однако неполноценность УЗИ для диагностики СМ отмечает Ю.С. Винник и соавторы [2]. Е.Н. Майзельс указывает, что диагностическая чувствительность УЗИ при СМ составляет всего 17,6% [6]. Значительно большую эффективность имеет интраоперационное УЗИ.

2. Применение КТ так же далеко не всегда позволяет провести четкую диагностику при СМ. Следует признать, что применение этих методов исследования в большинстве случаев носят предварительный характер, по результатам которого можно поставить показания для оперативного лечения в целом. Н.Ю. Коханенко и соавторы [4] указывают, что в последнее время развивается спиральная КТ, но тут же ссылаются на мнения других авторов, которые пишут, что КТ не дает никакой дополнительной информации в сравнении с УЗИ или ЭРХПГ. Однако данный метод исследования играет значительную роль в проведении дифференциального диагноза с холангиокарциномой, раком желчного пузыря, сдавлением холедоха метастазами в воротах печени.

3. МР-холангиография – неинвазивный метод диагностики, выполняемый по следующим показаниям: образование камней в желчном пузыре, желчных протоках и в протоках поджелудочной железы, стеноз фатерова соска, доброкачественные и злокачественные опухоли, травмы, внешняя компрессия, стриктуры и аномалии развития желчных путей. Высокую эффективность МР исследований отмечают Р.С. Шило и соавторы [7], Я.Г. Колкин и соавторы [4], Ю.С. Винник и соавторы [2].

4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее время является методом выбора для окончательной постановки диагноза СМ, установления его формы и выбора метода оперативного лечения. Е.Н. Майзельс [6] пишет, что диагностическая чувствительность ЭРХПГ достигает 97,5%. К сожалению, проведение ЭРХПГ доступно далеко не во всех стационарах общехирургического профиля. Н.Ю. Коханенко и соавт. [5] указывают на высокую диагностическую ценность МР ХПГ, но этот метод показ мало изучен.

Подходы к хирургическому лечению этих форм СМ существенно разнятся [1, 3, 4, 5]. Так, при I форме операцией выбора считается холецистэктомия, как правило, без вмешательств на внепеченочных желчных путях. С нами согласны Е.М. Гоч и соавторы [3].

Необходимость в гепатохоледохотомии возникает в случае возникновения стриктуры протока с целью восстановления пассажа желчи и ликвидации желтухи.

Вопросо лапароскопических технологиях при подозрении на СМ пока далек от разрешения. Наш опыт показывает, что при СМ имеют место грубые изменения синтопии в воротах печени, гепатодуоденальной связке и треугольника Кало, наблюдается выраженный рубцово-спаечный процесс, атрофия, склерозирование и деформация желчного пузыря. Так же ограничивается выполнение таких этапов оперативного вмешательства, как устранение стриктуры печеночного протока, литотомии, не говоря уже о формировании билиодигестивного анастомоза. Поэтому, по нашему мнению, лапароскопические технологии при хирургическом лечении СМ в большинстве случаев не показаны. Нашему мнению противоречат Я.Г. Колкин и соавторы [4] и Ж.О. Белеков и соавторы [1], хотя и сообщают всего о 0,2% лапароскопических холецистэктомий из всего числа операций при СМ.

Актуальным является вопрос о характере оперативного вмешательства при II форме СМ, особенно в условиях неотложной хирургии. Это связано с тем, что больные поступают с клиникой острого деструктивного холецистита, осложненного холангитом, местным перитонитом и механической желтухой. Т.к. этим больным надо проводить экстренное оперативное вмешательство, из дополнительных исследований для диагностики чаще всего используется только УЗИ. Окончательно не решен вопрос о завершении операции, прежде всего на гепатохоледохе, выборе метода отведения желчи (восстановительные или реконструктивные операции), вариантах пластики гепатохоледоха, способах наружного дренирования желчных путей.

Характер оперативных вмешательств при I форме СМ был следующий:

1. Холецистэктомия без вмешательств на гепатохоледохе была произведена у 7 больных. Причиной механической желтухи у этих больных была внешняя компрессия общего печеночного протока воспалительным инфильтратом, и после холецистэктомии просвет протока восстановлен.

2. Холецистэктомия в сочетании с холедохотомией и наружным дренированием желчных протоков выполнена у 12 больных. Всем больным произведена холедохостомия через круглую связку печени. Стриктура общего печёночного протока выявлена у 3 больных. В этих случаях произведена пластика гепатохоледоха по Гейнеке-Микуличу. Дренирование гепатохоледоха через круглую связку печени создавало возможность проводить декомпрессию жёлчных путей, завершать гепатохоледохотомию герметичным швом (у 7 больных), проводить рентгенологический контроль в послеоперационном периоде. Удаление дренажа из холедоха производилось на 12-14 сутки после операции, а

после пластики протока – через 1,5-2 месяца. У 2 больных холедохотомия была завершена наружным дренированием по Керу.

23 оперативных вмешательств выполнены при II форме СМ. Во время операции у всех больных желчный пузырь был резко деформирован, стенка его была инфильтрирована, пузырь «распластан» на гепатодуоденальной связке, имел разную величины соустье с просветом гепатохоледоха.

После холецистэктомии принципиально важным является вопрос о завершении оперативного вмешательства на гепатохоледохе. У всех больных имелся гнойный холангит, механическая желтуха, а у 4-х – местный перитонит. Мы использовали следующие способы завершения гепатохоледохотомии при II форме СМ:

1. Наложение герметичного шва на гепатохоледох; производится в тех случаях, когда на отверстие в гепатохоледохе можно наложить непрерывный шов атравматичной иглой без сужения просвета протока. Чаще подобная ситуация наблюдается при размере свища менее $\frac{1}{3}$ просвета гепатохоледоха. Шов накладываем после наружного дренирования желчных путей (через круглую связку печени или транспеченочно). Подобная операция была проведена у 10 больных.

2. Пластика гепатохоледоха стенкой жёлчного пузыря. При этом желчный пузырь циркулярно пересекается на расстоянии 2 см от стенки протока и дефект в протоке закрывается дубликатурой из стенок желчного пузыря. Перед пластикой протока производится чреспеченочная холангиостомия (дренажи проведены через оба долевых печеночных протока). Мы применили подобную методику у 1 больной.

3. Холедохо- и гепатикодуоденостомия. Была произведена у 11 больных с обязательным назобилиарным дренированием анастомоза. При этом дренаж фиксируется к задней губе анастомоза кетгутовой лигатурой, что позволяет производить декомпрессию анастомоза в первые 3-4 суток после операции. Целесообразно дополнять назобилиарное дренирование обязательно наружной холангиостомией через круглую связку печени или транспеченочно через нижнюю поверхность правой доли печени в области ложа желчного пузыря. Подобное двойное дренирование является надежным способом профилактики несостоятельности анастомоза. Из имеющихся вариантов билиодигестивных анастомозов холедохо- и гепатикодуоденостомия сохраняет пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку.

4. Гепатикоеюностомия. Считаем целесообразным формировать гепатикоеюноанастомоз на отключенной по Ру петле тощей кишки в тех случаях, когда нет возможности закончить оперативное вмешательство одним из указанных выше способов. Нами была

произведена 1 операция, анастомоз дренирован через круглую связку печени. Такую же позицию занимают Р.С. Шило и соавторы [7], Я.Г. Колкин и соавторы [4].

Выводы.

1. При I форме СМ операцией выбора следует считать холецистэктомию с наружным дренированием желчных протоков. Пластика общего печечно-желчного протока при I форме СМ показана только в случаях доказанной стриктуры протока.
2. При II форме СМ в зависимости от интраоперационных данных показано выполнение восстановительных или реконструктивных операций различного объема.

Список литературы:

1. Белеков Ж.О., Ысмайылов К.С., Маманов Н.А. Анализ вариантов хирургического лечения различных типов синдрома Мириizzi // Клиническая медицина Казахстана. 2013. №3 (29) С. 30-33.
2. Винник Ю.С., Репина Е.В., Серова Е.В., Миллер С.В., Чайкин Н.А. Значение ультразвукового исследования в диагностике синдрома Мириizzi // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №3. С. 39-40.
3. Гоч Е.М., Михневич В.В., Толстокоров А.С., Борисов В.А., Коваленко Ю.В., Акчурина Д.Р. Хирургическое лечение синдрома Мириizzi // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. № 2. С. 458-460.
4. Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Комарь Е.Л., Фоминов В.М. Синдром Мириizzi: диагностика и хирургическая тактика // Украинский журнал хирургии. 2012. №2. С. 115-118.
5. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Фундаментальные исследования. 2013. № 12-3. С. 573-576.
6. Майзельс Е.Н. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
7. [Шило Р.С.](#), [Могилевцев Э.В.](#), [Богдан В.Г.](#), [Белюк К.С.](#); [Солонец К.В.](#) Синдром Мириizzi // Военная медицина. 2018. №1. С. 143-145.
8. Payá-Llorente C., Vázquez-Tarragón A., Alberola-Soler A. Mirizzi syndrome: a new insight provided by a novel classification. Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2017. 21(2). P. 67–75.

Информация об авторах:

Гринческу Александр Ефремович - Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент, +79787230701

Бутырский Александр Геннадьевич – Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент, +79787686945, albut@rambler.ru

Хилько Сергей Сергеевич – Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент, +79787085327, csmu@mail.ua