

Б. С. Запорожченко, Д. А. Бондарець, І. Є. Бородаєв,
К. П. Кірпічнікова, О. Б. Зубков

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ, УСКЛАДНЕНУ СИНДРОМОМ МІРІЗЗИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна,
Одеський обласний клінічний медичний центр, Одеса, Україна

УДК 616.366-003.7-06-07-08

Б. С. Запорожченко, Д. А. Бондарець, І. Є. Бородаєв, К. П. Кирпичникова, О. Б. Зубков
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНО-
КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина,

Одесский областной клинический медицинский центр, Одесса, Украина

В основу исследования положен анализ историй болезни и клинических наблюдений 65 больных с синдромом Мириizzi. В работе использована классификация McSherry (1982). Первый тип синдрома Мириizzi диагностирован у 2 больных при наличии сужения общего печеночного протока или общего желчного протока на уровне желчного пузыря или пузырного протока. Второй тип синдрома Мириizzi установлен у 3 больных. Диагноз основывался на выявлении патологического свища между желчным пузырем или расширенным протоком пузыря и общим, часто с конкрементом в свище, печеночным или общим желчным протоком; или наличии холедохолитиаза с расширенным и выпрямленным протоком. Операцией выбора при синдроме Мириizzi I типа была лапароскопическая холецистэктомия, при наличии свища предпочтение отдавалось «открытой» холецистэктомии с пластикой общего желчного протока на дренаже Кера. В отдельных случаях для лечения синдрома Мириizzi было показано выполнение гепатикоюноанастомоза.

Ключевые слова: синдром Мириizzi, желчнокаменная болезнь, свищ, стриктура, холедохолитиаз, эндоскопическая холангиопанкреатография.

UDC 616.366-003.7-06-07-08

Б. S. Zaporozhchenko, D. A. Bondarets, I. Ye. Borodayev, K. P. Kirpichnikova, O. B. Zubkov
DIAGNOSTIC AND SURGICAL ASPECTS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH
CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY MIRIZZI SYNDROME

The Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine,

The Odesa Regional Clinical Medical Center, Odesa, Ukraine

Introduction. One of the serious complications of calculous cholecystitis is Mirizzi syndrome (MS). Its incidence ranges from 0.2–5.0%.

Aim. To improve the results of preoperative diagnosis and treatment results of patients with the Mirizzi syndrome.

Materials and methods. The study is based on the analysis of medical records and clinical observation of 65 patients with the MS. We used the classification McSherry (1982), which proposed to divide Mirizzi syndrome into two types: I type — stricture caused by compression of the bile duct stone impact to cystic duct or gallbladder neck; type II — cholecystocholedochal fistula formation which results from a calculus long stay in the neck of the gallbladder or bladder duct.

Results. All 65 (100%) patients visited hospital at various stages of calculous cholecystitis. At ultrasound MS is not diagnosed in 54 (83.9%) patients. 49 patients were performed MRI cholangiography mode. ERCP was performed in 5 (7.7%) patients with extended bile duct and symptoms of obstructive jaundice. The MS first type was diagnosed in 2 patients in the presence of a narrowing of the general hepatic duct or common bile duct at the level of the gallbladder or cystic duct. The second type of MS occurred in 3 patients. Diagnosis is based on: identifying pathological fistula between the bladder or expanded and bile duct, often with the presence a fistula concrement in it, or the presence of choledocholithiasis extended and straight ducts.

Conclusion. Operation of choice, MS and type, was laparoscopic cholecystectomy, if provided voles prefer "open" cholecystectomy with plastic common bile duct drainage in Kerala. In some cases, for the treatment of SM was shown hepatic jejunoanastomosis performance.

Key words: Mirizzi syndrome, cholelithiasis, fistula, stricture, choledocholithiasis, endoscopic cholangiopancreatography.

Одним із тяжких ускладнень калькульозного холециститу є синдром Міріззі. Частота його коливається в межах 0,2–5,0 %.

Як і раніше, залишаються розбіжності в діагностиці та лікуванні даної патології. Післяопераційна летальність коли-

вається від 4,8 до 23,8 % [1; 2; 6; 7]. При визначенні морфологічного субстрату синдрому Міріззі одні дослідники розуміють під цим терміном звуження про- світу загальної печінкової або



жовчної протоки, зумовлене тиском конкремента, що знаходиться в протоці міхура або в гартмановій кишні, або зміни, які виникають в результаті перистальтичних скорочень, спазму жовчної протоки. Інші цей синдром розглядають як утворення нориці між жовчним міхуром і магістральною жовчною протокою внаслідок тривалого запального процесу, що перебігає на тлі хронічного холециститу.

Доопераційна діагностика даної патології становить чималі труднощі та залишається одним зі складних і актуальних завдань у біліарній хірургії, від успішності розв'язання якого багато в чому залежить результат лікування хворих на синдром Міріззі [3–5]. Ультразвукове дослідження (УЗД) дозволяє діагностувати синдром Міріззі до операції у 8,6–22,0 % випадків. При ендоскопічній холангіопанкреатографії (ХПГ) дану патологію виявляють до операції у 33,0–50,0 % хворих, що визначає обсяг і метод оперативного втручання. Існуючі дослідження недостатньо висвітлюють комплексну діагностику синдрому Міріззі й обґрунтований вибір хірургічної тактики.

Мета дослідження — поліпшити результати передопераційної діагностики та лікування хворих на синдром Міріззі.

Матеріали та методи дослідження

Вивчено досвід лікування хворих на гострий калькульозний холецистит із діагностованим синдромом Міріззі в клініці хірургії № 2 ОНМедУ з 2006 по 2016 рр. В основу роботи покладено аналіз історій хвороби та клінічних спостережень 65 хворих на синдром Міріззі, що по відношенню до кількості хворих на калькульозний хо-

лецистит — 4569 осіб — становить 1,42 %. Жінок було 40 (61,5 %), чоловіків — 25 (38,5 %). Вік хворих коливався від 24 до 97 років. Серед досліджуваних хворих переважали пацієнти літнього — 39 (60,0 %) і старечого віку — 26 (40,0 %). У роботі використана класифікація McSherry (1982), в якій запропоновано поділяти синдром Міріззі на два типи: I тип — стриктура зумовлена стисканням жовчної протоки вклиненным каменем міхурової протоки або шийки жовчного міхура; II тип — холецистохоледохальна нориця, формування якої відбувається в результаті тривалого перебування конкремента у шийці жовчного міхура або в протоці міхура. Серед досліджуваних хворих переважали пацієнти з II типом синдрому Міріззі — 48 (73,8 %), з I типом було — 17 (26,2 %) осіб.

Усі 65 (100 %) хворих надійшли до стаціонару на різних стадіях розвитку калькульозного холециститу. У 24 (36,9 %) хворих гострий напад захворювання відзначений вперше, переважно при I типі синдрому Міріззі — у 6 хворих. Періодично повторювані напади частіше спостерігалися у хворих з II типом синдрому Міріззі — у 26 (40,0 %) хворих. При надхо-

дженні до стаціонару хворі скаргились на біль у правому підребер'ї, іктеричність шкірних покривів різного ступеня вираженості. Найчастіше при синдромі Міріззі відзначалися біль у правому підребер'ї — у 40 (61,5 %) і зовнішні прояви жовтяниці — у 34 (52,3 %) хворих. Ознаки холангіту виявлені у 23 (35,4 %) хворих. При порівняльному аналізі даних літератури і наших показників за частотою виникнення болю при синдромі Міріззі, холедохолітазі та гострому холециститі істотних відмінностей не виявлено [5].

Ультразвукове дослідження було проведено усім досліджуваним хворим (рис. 1).

Синдром Міріззі, за даними УЗД, був запідозрений у 11 (16,9 %) хворих на підставі ознак, поданих у табл. 1.

При УЗД синдром Міріззі не діагностований у 54 (83,9 %) хворих.

У 49 хворих було виконано магнітно-резонансну томографію в режимі холангіографії (рис. 2). Діагноз встановлено на підставі таких ознак, як: наявність зморщеного жовчного міхура, вклинення каменя в шийку жовчного міхура, розширення внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних проток без і з наявністю холедо-

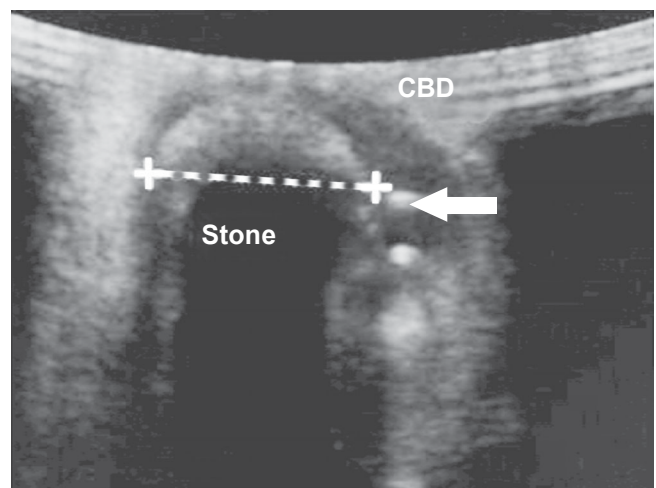


Рис. 1. Синдром Міріззі. Ультразвукове дослідження



Таблиця 1

Ультразвукові ознаки синдрому Міріззі

УЗД-ознаки	Кількість хворих, n=11
Конкремент міхурової протоки з незначним розширенням загальної печінкової протоки	3
Розширена міхурова протока з конкрементом	2
Розширена міхурова протока з низьким впадінням	2
Зморщений жовчний міхур + розширення внутрішньопечінкових проток + не розширена загальна жовчна протока	1
Вклинений камінь шийки жовчного міхура + розширення жовчних проток + холедохолітіаз	1
Зморщений жовчний міхур + розширення жовчних проток + холедохолітіаз	1
Зморщений жовчний міхур + розширення жовчних проток + холедохолітіаз + звуження у ділянці загальної печінкової протоки	1

холітіазу. Привертає увагу поєднання кількох ознак, за яких можна запідозрити наявність синдрому Міріззі: зморщений жовчний міхур з розширенням жовчних проток виявлений у 10 (20,4 %) хворих із 49, у поєднанні з холедохолітіазом — у 8 із них; у 19 (38,7 %) осіб — вклинення конкремента в шийку жовчного міхура у поєднанні з розширенням жовчних проток; у 12 (24,5 %) — вклинення конкремента в шийку жовчного міхура у поєднанні з розширенням жовчних проток і наявністю холедохолітіазу; у 8 (16,3 %) наявність білідигестивної нориці. Діагностична

чутливість при цьому сягала 86,6 %.

Ендоскопічну ретроградну ХПГ виконано 5 (7,7 %) хворим із розширеними жовчними протоками і явищами механічної жовтяниці (рис. 3). Перший тип синдрому Міріззі діагностований у 2 хворих за наявності звуження загальної печінкової протоки або загальної жовчної протоки на рівні жовчного міхура або міхурової протоки. Другий тип синдрому Міріззі встановлений у 3 хворих.

Діагноз ґрунтувався на виявленні патологічної нориці між жовчним міхуром або розширеною протокою міхура і

загальною печінковою або загальною жовчною протокою, часто з наявністю в нориці конкремента; або ж наявності холедохолітіазу з розширеною і випрямленою протокою. Результати передопераційної діагностики синдрому Міріззі дозволяють визначити метод і обсяг оперативного втручання, запобігаючи розвитку як інтраопераційним, так і післяопераційним ускладненням.

Методи лікування при синдромі Міріззі — ендоскопічні та відкрите хірургічне втручання. Варіант оперативного втручання, як правило, визначається залежно від типу синдрому Міріззі [8]. При I типі методом вибору була лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) у 25 (38,5 %) хворих, ЛХЕ з дрениванням холедоха — у 2 (3,1 %). Ятрогенних ушкоджень жовчних проток і конверсії в даній групі не було.

Перевагу у лікуванні хворих на синдром Міріззі віддавали відкритим хірургічним втручанням — у 38 (58,5 %) випадках. При II типі синдрому Міріззі основними видами оперативного втручання були: «відкрита» холецистектомія з пластикою загальної жовчної протоки на дренажі Кера (за наявності дефекту не більше 1/3 окружності жовчної протоки) — у 30 (46,2 %);



Рис. 2. Синдром Міріззі. Магнітно-резонансна томографія

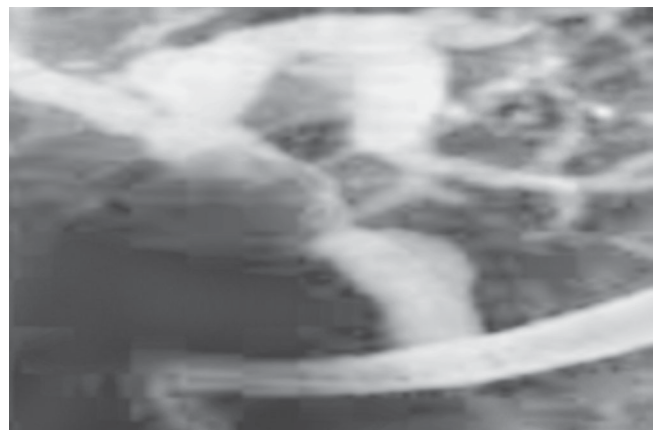


Рис. 3. Синдром Міріззі. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія

гепатикоєюноанастомоз (за наявності дефекту більш ніж 1/3 окружності жовчної протоки) — у 8 (12,1 %) хворих. Основні хірургічні оперативні втручання при синдромі Міріззі III–IV типів не мають принципових відмінностей від вищеописаних операцій. Перевагу віддавали накладенню гепатикоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі тонкої кишки. Післяопераційна летальність при I типі становила 1,1 %, а при II типі й ускладненому перебігу захворювання — 5,5 %. Отже, доопераційна діагностика цього синдрому вкрай важка через відсутність характерної клінічної картини. Найбільш оптимальними методами доопераційної діагностики є магнітно-резонансна томографія та ХПГ. Уточнювальна діагностика повинна тривати і під час операції, із застосуванням холангіографії і фіброхолангіоскопії. При синдромі Міріззі III–IV типів перевагу слід віддавати традиційній холецистектомії з пластиком холедоха на дренажі Кера або гепатикоєюноанастомозу. Застосування такої оптимальної діагностики та лікувальної тактики дозволяє уникнути небезпечних ускладнень і досягти сприятливих результатів.

Висновки

1. Вивчення анамнезу, клініко-лабораторних даних показало, що клінічна картина не дає підстав для виділення характерних ознак синдрому Міріззі, що відрізняють його від інших ускладнень калькульозного холециститу.

2. Рентгенендоскопічні методи є більш інформативними в діагностиці синдрому Міріззі і дозволяють визначити морфологічний тип даної патології з високою діагностичною чутливістю понад 75 %.

3. Операцією вибора, при синдромі Міріззі I типу є лапароскопічна холецистектомія, за наявності нориці перевагу віддавали «відкритій» холецистектомії з пластиком загальної жовчної протоки на дренажі Кера. В окремих випадках для лікування синдрому Міріззі показано виконання гепатикоєюноанастомозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аліджанов Ф. Б. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мириizzi, обусловленного холецистобилиарным свищом / Ф. Б. Аліджанов, К. С. Ризаев, И. Х. Бойназаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11. — № 3. — С. 63.
2. Вакулин Г. В. Опыт лечения больных с синдромом Мириizzi / Г. В. Вакулин, А. Е. Новосельцев, Г. Г. Гвниашвили // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11. — № 3. — С. 74.
3. Ревякин В. И. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi / В. И. Ревякин, В. С. Савельев // 50 лекций по хирургии, под. ред. В. С. Савельева. — М. : Медиа Медика, 2006. — С. 413–422.
4. Gomez D. Mirizzi's syndrome — results from a large western experience / D. Gomez, S. H. Rahman // *HPB*. — 2006. — Т. 8. — P. 474–479.
5. Kaya D. MRCP diagnosis of Mirizzi syndrome in a paediatric patient: importance of TL-weighted gradient echo images for diagnosis / D. Kaya, M. Karcaaltincaba // *Pediatr. Radiol.* — 2006. — Vol. 36. — P. 980–982.
6. Синдром Мириizzi — причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха / Г. Г. Ахаладзе, А. Е. Котовский, Т. В. Унгуряну, Э. И. Гальперин // *Хирургия*. — 2009. — № 7. — С. 21–23.
7. Выбор оптимального метода лечения больных с синдромом Мириizzi / А. Е. Климов, А. Г. Федоров, С. В. Давыдова, Е. Н. Майзельс // *Журнал Вестник РУДН*. — Москва, 2010. — С. 130–132.
8. Майзельс Е. Н. Выбор метода лечения больных с синдромом Мириizzi // *Виноградовские чтения : материалы конф. молодых ученых*. — М. : Изд-во РУДН. — 2010. — С. 27–29.

REFERENCES

1. Alidzhanov F.B., Rizaev K.S., Boynazarov I.Kh. The role of endoscopic retrograde pancreatocholangiography in the diagnosis of Mirizzi syndrome caused by cholecystobiliary fistula. *Annaly khiryrgicheskoy gepatologii* 2006; 11 (3): 63.
2. Vakulin G.V., Novoseltsev A.E., Gviniashvili G.G. Experience in the treatment of patients with Mirizzi syndrome. *Annaly khiryrgicheskoy gepatologii* 2006; 11 (3): 74.
3. Revyakin V.I., Savelyev V.S. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome. 50 lectures on surgery, under ed. by Saveliev V.S. Moscow, Media Medika, 2006: 413-422.
4. Gomez D., Rahman S.H. Mirizzi's syndrome — results from a large western experience. *HPB* 2006; 8: 474-479.
5. Kaya D., Karcaaltincaba M. MRCP diagnosis of Mirizzi syndrome in a paediatric patient: importance of TL-weighted gradient echo images for diagnosis. *Pediatr. Radiol* 2006; 36: 980-982.
6. Akhaladze G.G., Kotovskiy A.E., Unguryan T.V., Galperin E.I. Mirizzi syndrome — the cause of iatrogenic damage of hepaticocholedochus. *Khirurgiya* 2009; 7: 21-23.
7. Klimov A.E., Fedorov A.G., Davydova S.V., Mayzels E.N. Optimal method choice of Mirizzi syndrome patients treatment. *Zhurnal vestnik RUDN*. Moscow, 2010: 130-132.
8. Meyzels E.N. Choice of Mirizzi syndrome patients treatment method. *Vinogradovskie chteniya*. Proceedings of the conference of young scientists. Moscow. Izdatelstvo RUDN 2010: 27-29.

Надійшла 01.06.2017

