

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

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

Запороженко Б.С., Бондарец Д.А., Бородаев И.Е., Качанов В.Н., Шарапов И.В., Зубков О.Б. Кравец К.В.

Одесский Национальный Медицинский университет

Одесский областной клинический медицинский центр

Резюме

В основу работы положен анализ историй болезни и клинических наблюдений 85 больных с ЖКБ осложненной синдромом Мирizzi 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) у 36 (42,3%), ЛХЭ с дренированием холедоха у 10 (11,7%) больных. Ятрогенных повреждений желчных протоков и конверсии в данной группе не было. Ведущую роль в лечении больных с СМ отдавали открытым хирургическим вмешательствам у 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.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, хронический холецистит, синдром Мирizzi

Summary

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 years. There were 63 women (74%), men were 22 (26%). The age of patients ranged from 24 to 97 years. Among the studied patients prevailed elderly patients – 50 (69.3%) and of 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 seizures were noted more often in 32 (38%) patients. The clinical picture of the disease consisted of symptoms characteristic to 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 SM was diagnosed, in 29 (34.1%) – type II, in 8 (9.4%) – type III, in – 7 (8.2%) patients – type IV SM. In type I, the choice method was laparoscopic cholecystectomy (LHE) in 36 (42.3%), LHE 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 SM was given to open surgical interventions in 39 (45.8%). In type II, the main types of surgical intervention were: "open" cholecystectomy with plasty of the common bile duct on the Kera drainage (in the presence of a defect of not more than 1/3 of the bile duct circumference) in 25 (29.4%); hepatico-jejunal anastomosis (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 SM III-IV types do not differ in principle from the above operations.

Key words: cholelithiasis, acute cholecystitis, chronic cholecystitis, Mirizzi syndrome

Вступление

Синдром Мирizzi (СМ) – это необычная форма холецистолитиаза, при которой конкременты, фиксированные в пузырном протоке либо в гартмановском кармане желчного пузыря, могут сдавливать общий печеночный проток, вызывая механическую желтуху; это воспалительно-деструктивный процесс в области шейки желчного пузыря (ЖП) и общего печеночного протока, вызванный конкрементом, приводящий к стенозу печеночного протока и образованию пузырно-холедохоального свища [2]. СМ относится к редким и трудно диагностируемым осложнениям желчнокаменной болезни. По данным литературы,

он встречается в среднем у 0,25-6% больных с различными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ) [1,2,3]. До оперативного вмешательства он правильно диагностируется с использованием всего комплекса современных методов лишь в 12,5-22% случаев [3,4]. Неудовлетворительными остаются и отдаленные результаты: 12-20% больных нуждаются в повторной операции по поводу рубцовых стриктур проксимального отдела гепатикохоледоха [1, 5]. Впервые патология описана аргентинским хирургом P.L. Mirizzi в 1948 г.

До настоящего времени СМ является одной из наиболее сложных проблем билиарной хирургии. Отсутствие

единого мнения в вопросах его этиопатогенеза затрудняет выработку единой лечебной тактики. Серьезные трудности дооперационной диагностики, а также технические сложности реконструктивно-восстановительного этапа операции, особенно у пациентов старших возрастных групп, позволяет считать эту проблему очень актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты предоперационной диагностики и лечения больных с синдромом Мириizzi.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ историй болезни и клинических наблюдений 85 больных с ЖКБ осложненной синдромом Мириizzi в клинике хирургии №2 ОНМедУ с 2006 по 2018 гг. По отношению к числу больных с калькулезным холециститом – 4569 – составляет 1,86%. 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%). Характерный также длительный анамнез ЖКБ. Степень выраженности болевого синдрома, появление желтухи (транзиторной или стойкой) и диспепсии варьирует в широких пределах. Постоянные умеренные боли и желтуха наблюдались в 60-100% наблюдений, при пузырно-холедо-хеальном свище желтуха более частый признак заболевания.

При сравнительном анализе литературных и наших данных, по частоте встречаемости болевого синдрома при синдроме Мириizzi, холедохолитиазе и при остром холецистите, существенных различий не выявлено.

Классическое описание СМ включает четыре компонента:

- близкое параллельное расположение пузырного и общего печеночного протоков;
- фиксированный камень в пузырном протоке или шейке желчного пузыря;
- обструкция общего печеночного протока, обусловленная фиксированным конкрементом в пузырном протоке и воспалением вокруг него;
- желтуха с холангитом или без него.

В работе использовали классификацию А. Csendes (1989), который распределил СМ на 4 типа:

I – наличие вколоченного в шейку желчного пузыря или пузырного протока камня, сдавливающего общий печеночный (ОПП) или общий желчный (ОЖП) протоки;

II – наличие свища между шейкой желчного пузыря и ОПП или ОЖП, занимающего не менее 1/3 окружности протока;

III – свищ занимает 2/3 окружности протока;

IV – полное разрушение стенки ОЖП или ОПП.

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.

Распознать в предоперационном периоде СМ довольно трудно, его диагностика остается одной из нерешенных проблем хирургии. Для диагностики использовали комплекс современных методов – ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ). Однако, точный диагноз в 62-74% устанавливали только во время операции.

При оценке результатов УЗИ придается значение следующим признакам: наличию крупного конкремента в шейке желчного пузыря, расширению гепатикохоледоха выше места прилегания пузыря, деформации стенки гепатикохоледоха в месте прилегания пузыря, отсутствию локализации стенки пузыря в области прилегания к гепатикохоледоху (рис. 1).

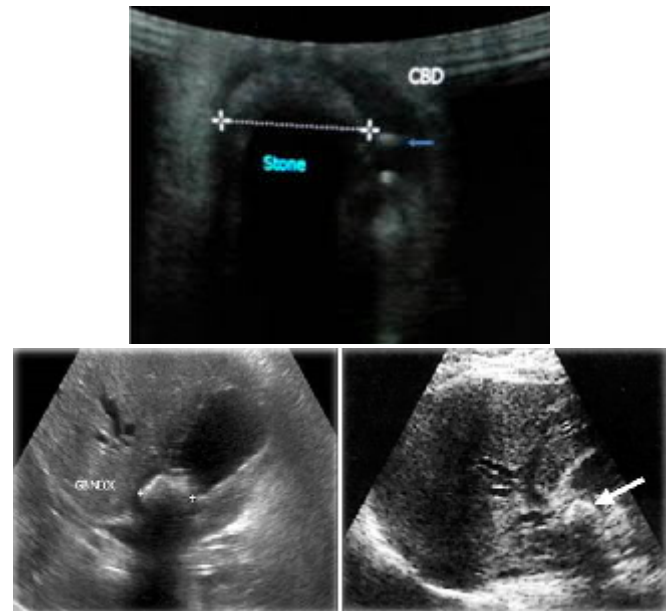


Рисунок 1. УЗИ картина СМ

Ультразвуковое исследование было проведено всем исследуемым больным.

Синдром Мириizzi по данным УЗИ был заподозрен у 21 (24,7%) больных на основании признаков, представленных в таблице 1. Такие характеристики по результатам УЗИ, как сморщенный желчный пузырь при наличии расширенных внутрипеченочных протоков при нормальном размере дистального отдела холедоха позволяют уже на начальном этапе обследования заподозрить СМ.

Таблица 1

Ультразвуковые признаки синдрома Мириizzi

УЗИ признаки	Количество больных n=21
Камень пузырного протока с незначительным расширением ОПП	3
Расширенный пузырный проток с конкрементом	5

Расширенный пузырный проток с низким его впадением	2
Сморщенный желчный пузырь + расширение внутрипеченочных протоков + нерасширенный ОЖП	1
Вклиненный камень шейки желчного пузыря + расширение желчных протоков + холедохолитиаз	3
Сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз	3
Сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз + сужение в области ОПП	3

У 49 больных было выполнена МРТ в режиме холангиографии. Диагноз поставлен на основании выявленных признаков как: наличие сморщенного желчного пузыря, вклиненного камня в шейку желчного пузыря, расширение внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков без и с наличием холедохолитиаза. Обращает внимание на сочетание нескольких признаков, при наличии которых можно заподозрить наличие синдрома Мириizzi: сморщенный желчный пузырь с расширением желчных протоков выявлен у 10 (20,4%) больных из 49, в сочетании с холедохолитиазом у 8 больных из них; у 19 (38,7%) – вклиненный камень шейки желчного пузыря в сочетании с расширением желчных протоков; у 12 (24,5%) – вклиненный камень шейки желчного пузыря в сочетании с расширением желчных протоков и наличием холедохолитиаза; у 8 (16,3%) – наличие билиодигестивного свища (рис. 2).

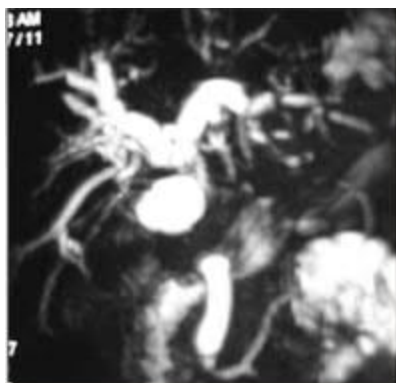


Рисунок 2. МРТ картина СМ в режиме холангиографии. Диагностическая чувствительность составила 86,6%.

Стандартом в дооперационной диагностике СМ уже на протяжении нескольких десятилетий являются методы прямого контрастирования желчных протоков. Среди них наиболее часто используется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) (рис. 3).



Рисунок 3. ЭРХПГ при синдроме Мириizzi

ЭРХПГ выполнена 11 (12,9%) больным с расширенными желчными протоками и явлениями механической желтухи. Первый тип синдрома Мириizzi диагностирован у 4 больных при наличии сужения общего печеночного протока или общего желчного протока на уровне желчного пузыря или пузырного протока. Второй и третий тип синдрома Мириizzi установлен у 3 больных, четвертый (холедохолитиаз) у 4 больных. Диагноз основывался на: выявлении патологического соустья между желчным пузырем или расширенным пузырным протоком и ОПП или ОЖП, часто с наличием в нём (в соустье) камня; или же наличии холедохолитиаза и расширенного и выпрямленного пузырного протока (рис. 4).

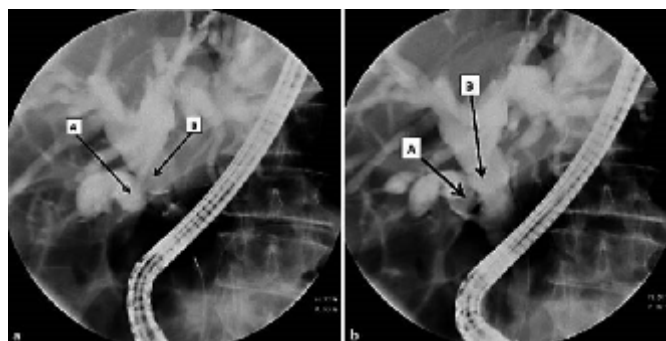


Рисунок 4. ЭРХПГ при III и IV типе СМ

Большое значение для выбора объема операции имеет дифференциальный диагноз между сдавлением проксимального отдела холедоха и его стриктурой. Для исключения опухолевой природы заболевания использовали комплекс приемов, состоящий из эндоскопической папиллотомии, выполняемой с диагностической целью, инструментальной ревизии желчных путей и селективной холангиографии деформированного отдела протока. Другие методы прямого контрастирования желчных протоков, такие как чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), холедохолитиаз, являются менее актуальными в диагностике СМ ввиду более высокой инвазивности. Таким образом, дооперационная диагностика СМ крайне сложна из-за отсутствия характерной клинической картины. Наиболее оптимальными методами до операционной диагностики являются МРТ и ЭРХПГ. Уточняющая диагностика продолжалась и во время операции, с применением холангиографии и фиброхолангиоскопии.

Результаты предоперационной диагностики синдрома Мириizzi позволили определить метод и объем оперативного вмешательства, предупреждая развитие как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений. Показаниями к срочному хирургическому вмешательству явились: неэффективность консервативной терапии острого калькулезного холецистита у 12 (14,1%), из них – в сочетании с механической желтухой – у 6 (7,1%) больных. В плановом порядке оперированы 73 (85,9%) больных.

Методы лечения при СМ были эндоскопические и открытые хирургические. Вариант оперативного вмешательства, как правило, определяется в зависимости от типа СМ. При I типе методом выбора была лапароскопическая холедостэктомия (ЛХЭ) у 36 (42,3%), ЛХЭ с дренированием холедоха у 10 (11,7%) больных. Ятрогенных повреждений желчных протоков и конверсии в данной группе не было.

Ведущую роль в лечении больных с СМ отдавали от-

крытым хирургическим вмешательствам у 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%); гепатикоеюноанастомоз (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. Предпочтение отдавали наложению гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Применение такой оптимальной диагностики и лечебной тактики позволяет избежать опасных осложнений и достичь благоприятных результатов. Послеоперационная летальность при I типе

составила 1,1%, а при II, III, IV типе и осложненном течении заболевания – 5,5%.

Выводы:

1. МРТ и ЭРХПГ методы обладающие большей разрешающей способностью в диагностике синдрома Мирizzi и позволяют определить морфологический тип данной патологии с высокой диагностической чувствительностью 75 % и 95% соответственно.

2. Эндоскопическое вмешательство является методом предоперационной билиарной декомпрессии у больных с синдромом Мирizzi при наличии механической желтухи.

3. Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения больных с синдромом Мирizzi.

Литература

1. Алиджанов Ф.Б. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мирizzi, обусловленного холецистобилиарным свищом / Ф.Б. Алиджанов, К.С. Ризаев, И.Х. Бойназаров // *Анналы хир. гепатологии*. – 2006. – Т. 11. – № 3. – С. 63.
2. Синдром Мирizzi – причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха / Г.Г. Ахаладзе, А.Е. Котовский, Т.В. Унгурияну, Э.И. Гальперин // *Хирургия*. – 2009. – № 7. – С. 21-23.
3. Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Майзельс Е.Н. Выбор оптимального метода лечения больных с синдромом Мирizzi // *Журнал Вестник РУДН*. – Москва. – 2010. – С. 130 – 132.
4. Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П. Возможности лапароскопического хирургического лечения больных с синдромом Мирizzi // *“Вісник Вінницького національного медичного університету”* 2016, №1, Ч.2 (Т.20)