

Т. И. Тамм, И. Н. Мамонтов,
К. А. Крамаренко,
С. Г. Белов, А. П. Захарчук,
А. Я. Бардюк, Абуд Хамам

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Резюме. В работе представлены результаты лечения 21 больного с синдромом Мириizzi. Проанализированы значимость УЗИ и ЭРХПГ в диагностике I и II типа синдрома. Рассмотрены варианты хирургического лечения. При I типе в 5 из 6 случаев выполняли холецистэктомию. Первым этапом лечения 16 больных со II типом были эндоскопические вмешательства — литотрипсия с литоэкстракция или назобилиарное дренирование. На втором этапе выполняли оперативное вмешательство: парциальную холецистэктомию с пластикой гепатикохоледоха (11), холецистофистулолитотомию (2), гепатикоеюностомию (1). Рациональное использование эндоскопических и хирургических вмешательств СМ позволило сохранить физиологический пассаж желчи в 95,2 % случаев синдрома Мириizzi.

Ключевые слова: синдром Мириizzi, УЗИ, ЭРХПГ, хирургическое лечение.

Введение

Синдром Мириizzi (СМ) является тяжелым осложнением желчекаменной болезни (ЖКБ) и представляет собой нарушение проходимости желчных путей вследствие воспалительно-дегенеративных изменений между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом. Среди больных ЖКБ это осложнение встречается в 0,2–5,0 % случаев [3, 4, 5].

Синдром носит имя аргентинского хирурга Pablo Luis Mirizzi, который в 1948 г. описал нарушение проходимости гепатикохоледоха при его сдавлении камнем, находившимся в шейке желчного пузыря [2].

Существует несколько классификаций СМ: McSherry (1982), Csendes (1989), М. Е. Нечитайло (2005) [1, 7, 8]. Основным фактором, лежащим в их основе, является наличие или отсутствие фистулы между желчным пузырем и желчевыводящими путями. Это явилось принципом в создании первой и наиболее распространенной классификации McSherry (1982): I тип — сдавление гепатикохоледоха камнем, находящимся в самом пузыре, его шейке или пузырном протоке; II тип — образование свища между желчным пузырем и гепатикохоледохом с его обструкцией конкрементом [2]. Такая классификация удобна для диагностики и в повседневной работе хирурга — она позволяет выбирать адекватную тактику лечения в зависимости от наличия или отсутствия фистулы [3, 4, 5].

Среди визуализирующих методов исследования, ведущее место в диагностике СМ отводится эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), при которой одновременно возможно выполнение и лечебных манипуляций — стентирования холедоха, установки назобилиарного дренажа (НБД),

литотрипсии и литоэкстракции [3, 4, 5, 9]. Хирургическое лечение предполагает устранение причины обструкции гепатикохоледоха — холецистэктомию при I типе и холедохолитотомию с пластикой дефекта гепатикохоледоха при II типе. Спорным остается целесообразность использования наружного дренажа холедоха [1, 3]. При значительном дефекте гепатикохоледоха некоторые авторы рекомендуют завершать операцию гепатикоеюностомией, что значительно усложняет вмешательство и повышает риск развития осложнений как в раннем, особенно у пожилых пациентов с выраженной сопутствующей патологией, так и в отдаленном послеоперационном периоде (стриктуры, холангит) [1, 3, 4]. В связи с этим описаны случаи нестандартных вмешательств при СМ, целью которых является уменьшение объема вмешательства наряду с устранением причины обструкции гепатикохоледоха [9].

Материалы и методы исследований

Проведен анализ лечения 21 больного с СМ, что составило 6,4 % от 328 с нарушением проходимости желчных путей на почве ЖКБ. Тип I СМ был у 6 (28,6 %) больных, тип 2 — у 15 (71,4 %). Возраст больных варьировал от 49 до 86 лет и в среднем составил $(65,7 \pm 4,3)$ года. Мужчин было 7 (33,3 %), женщин — 14 (66,7 %). Наряду с общеклиническими исследованиями, всем больным вначале выполняли УЗИ брюшной полости, при котором оценивали состояние желчного пузыря (объем, толщина и четкость контура стенок), а также состояние внутри- и внепеченочных желчных протоков. Расширение гепатикохоледоха ≥ 8 мм служило признаком желчной гипертензии и показанием для выполнения ЭРХПГ. В случаях подозрения на неопластический процесс



и для уточнения анатомического взаимоотношения гепатикохоледоха и желчного пузыря выполняли КТ с внутривенным болюсным контрастированием.

Результаты исследований и их обсуждение

При поступлении в стационар во время УЗИ установлено, что у всех больных с СМ независимо от типа отмечено расширение общего печеночного протока, но лишь в 15 (71,4 %) случаях имелись клинические проявления желтухи. Диаметр общего печеночного протока в среднем составил $(11,4 \pm 2,1)$ мм, дистальнее желчного пузыря холедох не определялся. Содержание билирубина в сыворотке крови составило $(76,6 \pm 10,5)$ мкмоль/л. У 6 (28,6 %) больных в клинической картине преобладал болевой синдром, но гипербилирубинемии не отмечено, хотя 4 из них перенесли в ближайшем прошлом эпизоды желтухи.

При анализе данных УЗИ в случаях I типа СМ установлены следующие характерные признаки: расширение общего печеночного протока, отсутствие визуализации холедоха, признаки острого калькулезного холецистита. Однако специфичность данной триады была невелика и составила 43 %.

Более информативным исследованием было ЭРХПГ, при которой у больных с I типом СМ выявляли характерное сегментарное сужение просвета внепеченочных желчных протоков на уровне расположения желчного пузыря и проксимальнее (рис. 1).



Рис. 1. Холангиограммы больной с синдромом Мирицци I типа: а) определяется сегментарное сужение начального отдела общего печеночного протока с вовлечением слияния долевых протоков; б) инструмент (корзина Дормиа) в пузырном протоке. Отмечается низкое впадение пузырного протока по левому контуре гепатикохоледоха

Эндоскопическое исследование завершали назобилиарным дренированием (2 больных) и стентированием холедоха (1 больных). В 3 случаях в связи с отсутствием синдрома желтухи декомпрессию желчных путей не проводили. Наличие желтухи и сужение желчного протока на протяжении $> 1,5$ см у 2 больных позволило заподозрить неопластический про-

цесс, который позволила исключить компьютерная томография с внутривенным контрастированием (рис. 2).

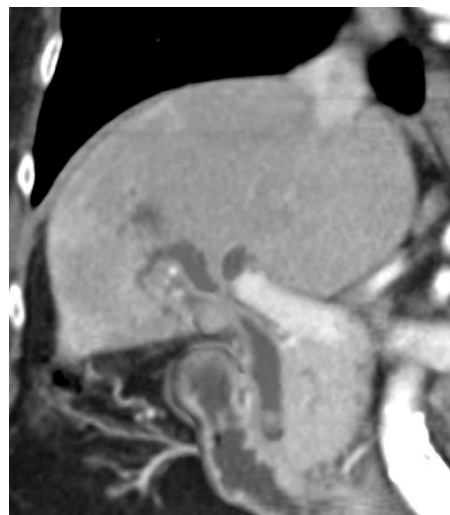


Рис. 2. Реконструкция компьютерной томограммы той же больной с синдромом Мирицци I типа. Сдавление начального отдела общего печеночного протока и слияния правого и левого печеночных протоков камнем шейки желчного пузыря. В дистальном отделе холедоха определяется конкремент

Лапароскопическая холецистэктомия была предпринята у 5 (89,5 %) больных с СМ I типа. Наличие плотных рубцовых сращений в зоне гепатикохоледоха и шейки желчного пузыря послужило причиной перехода к открытому способу вмешательства у 2 (23,5 %) из них. В одном случае, в связи с отсутствием клиники желтухи и купированием явлений острого холецистита, наличием выраженной сопутствующей патологии холецистэктомия не выполнялась.

При УЗИ у 15 больных со II типом СМ в 8 случаях (53,3 %) были выявлены конкременты в просвете гепатикохоледоха. По косвенным признакам, таким как расширение общего печеночного протока при отсутствии визуализации дистального отдела холедоха и наличие сморщенного желчного пузыря, II тип синдрома Мирицци был заподозрен у 11 (66,7 %) больных. С помощью метода УЗИ визуализировать фистулу между желчным пузырем и гепатикохоледохом удалось лишь у 2 (13,3 %) больных.

В это же время с помощью ЭРХПГ, выполненной 15 больным с II типом СМ, во всех случаях был обнаружен холедохолитиаз и подтверждено наличие патологического сообщения между желчным пузырем и гепатикохоледохом. В 8 случаях была предпринята попытка механической литотрипсии, которая была успешной лишь у 3 (20 %) больных. У двух пациентов это было завершающим этапом лечения, так как сморщенный желчный пузырь конкре-

ментов больше не содержал, а выраженная сопутствующая патология ставила под сомнение целесообразность выполнения плановой холецистэктомии. У 11 пациентов эндоскопическое исследование завершено НБД.

Из 15 больным со II типом СМ оперированы 12. В ходе операции пальпаторная идентификация НБД в холедохе помогает ориентироваться в этой зоне, что может быть затруднительно в условиях воспалительно- дегенеративных изменений гепатодуоденальной связки. У 9 (75,5 %) больных выполняли лапаротомию, субтотальную холецистэктомию с пластикой дефекта холедоха участком стенки желчного пузыря. Наружное дренирование холедоха в этих случаях не проводили, так как его роль выполнял НБД. В одном случае размеры дефекта гепатикохоледоха не позволили выполнить его пластику, что послужило показанием для гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру.

Еще у двух пациентов пожилого возраста с целью минимизации операции выполнено альтернативное вмешательство — холецистофистулолитотомия (рис. 3, 4) [5], заключающееся в удалении камней из желчного пузыря и гепатикохоледоха, через разрез стенки желчного пузыря продленный при необходимости на область фистулы. При этом разрез был ушит, а желчный пузырь таким образом, не удаляется. Вмешательство выполнили в одном случае лапароскопически, в другом из минидоступа в правом подреберье, и в обоих случаях с установленным до этого НБД. Это позволяло, во-первых облегчить ориентацию во время операции — после удаления камня из области фистулы визуализировался НБД, во-вторых избежать наружного дренирования желчных путей.

С целью контроля состоятельности желчных протоков в послеоперационном периоде всем больным со 2 типом СМ на 4-5 сутки выпол-

няли контрольную холангиограмму через НБД после чего, при состоятельности зоны вмешательства его удаляли. Частичная несостоятельность имела место лишь в одном случае после субтотальной холецистэктомии с пластикой гепатикохоледоха, что проявлялось желчеистечением в объеме до 100 мл в сутки, через дренаж брюшной полости в течение 8 суток. У этого больного НБД удален на 10 день после контрольной холангиограммы.

Среди других послеоперационных осложнений у 3 с II типом СМ отмечено нагноение послеоперационной раны. У оперированных больных с I типом СМ послеоперационных осложнений не наблюдалось. Летальных случаев среди больных с СМ не было.

Таким образом, первым этапом инструментальной диагностики СМ является выявление признаков нарушения проходимости желчных путей с помощью УЗИ. Затем пациентам выполняют эндоскопическое исследование с ЭРХПГ, при котором уточняется характер обструкции гепатикохоледоха, тип синдрома, и, кроме того, осуществляют коррекцию желчеоттока посредством стентирования или установки НБД. В ряде случаев II типа СМ возможно осуществить литотрипсию и литоэкстракцию. Для исключения опухолевой природы обструкции гепатикохоледоха выполняли КТ. После этого больные были оперированы: при I типе СМ в 89,5 % случаев выполняли холецистэктомию. Частота конверсий при этом высока и составила 23,5 %, что связано с выраженным рубцовым процессом в зоне вмешательства. Варианты оперативных вмешательств при II типе СМ включают субтотальную холецистэктомию с пластикой гепатикохоледоха, холецистофистулолитотомию и холецистэктомию с гепатикоеюноанастомозом на выключенной по Ру петле. Недостатком последнего

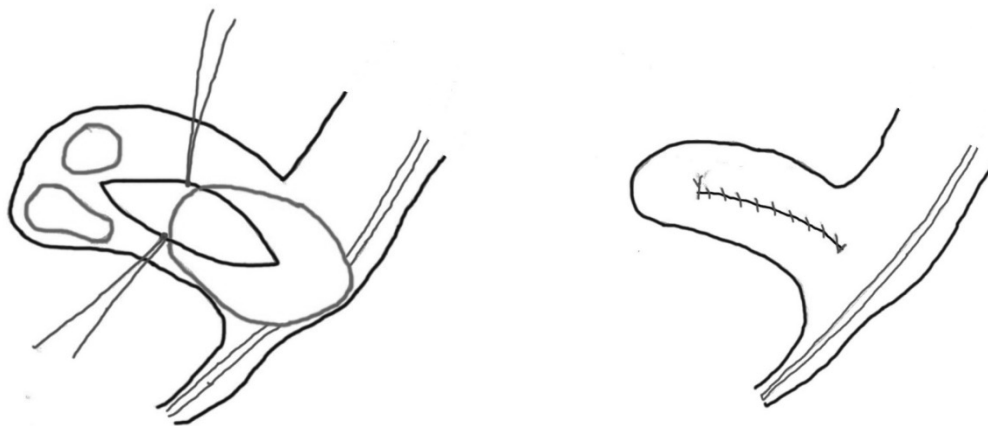


Рис. 3. Схема выполнения холецистофистулолитотомии



является относительная сложность вмешательства и исключение двенадцатиперстной кишки из пассажа желчи. Преимуществами первых двух видов оперативного вмешательства является сохранение физиологического пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. При этом холецистофистулолитомия является малотравматичной не требующей реконструктивного этапа операцией. Использование НБД установленного при ЭРХПГ позволяет не

только ликвидировать холестаза, но и помогает в анатомической ориентации в ходе операции, является альтернативой наружному дренированию желчных путей и, кроме того, используется в раннем послеоперационном периоде для контрольных холангиограмм.

Рациональное использование эндоскопических и хирургических вмешательств при I и II типе СМ позволило сохранить физиологический пассаж желчи в 95,2 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Холедохолитиаз диагностика и оперативное лечение / В. В. Бойко, Г. А. Клименко, А. В. Малюштан. — Харьков : Новое слово, 2008. — 214 с.
2. Патент на корисну модель № 97379 Україна МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування синдрому Міріззі з холецистохоледохіальною фістулою / Т. І. Тамм, І. М. Мамонтов, К. О. Крамаренко, О. Я. Бардюк (Україна). — заявл. 07.10.2014; опубл. 10.03.2015; Бюл. № 5.
3. Савельев В. С. Синдром Мириizzi. Диагностика и лечение / В. С. Савельев, В. И. Ревякин. — М. : Медицина, 2003. — 203 с.
4. Синдром Мириizzi, диагностика, лечение / Б. С. Запорожченко, А. В. Снисаренко, И. Е. Бородаев, А. А. Горбунов // *Анналы хир. гепатол.* — 2006. — № 11. — С. 86.
5. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечения / Э. И. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе, А. Е. Котовский [и др.] // *Анналы хир. гепатол.* — 2006. — № 11. — С. 7–10.
6. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature / Michael Safioleas, Michael Stamatakos, Constantinos Revenas [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — Sep 14, 2006. — 12 (34). — P. 5579–5581.
7. McSherry C. K. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy / C. K. McSherry, H. Ferstenberg, M. Virshup // *Surg. Gastroenterol.* — 1982. — № 1. — P. 219–225.
8. Mirizzi P. L. Syndrome del conducto hepatico / P. L. Mirizzi // *J. Int. Chir.* — 1948. — № 8. — P. 731–777.
9. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification / A. Csendes, J. C. Diaz, P. Burdiles [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1989. — № 76 (11). — P. 1139–1143.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ

*Т. І. Тамм, І. Н. Мамонтов,
К. О. Крамаренко, С. Г. Белов,
О. П. Захарчук, О. Я. Бардюк,
Абуд Хамам*

Резюме. У роботі наведено результати лікування 21 хворого із синдромом Міріззі. Проаналізовано значимість УЗД й ЕРХПГ у діагностиці I і II типу синдрому. Розглянуто варіанти хірургічного лікування. При I типі в 5 з 6 випадків виконували холецистектомію. Першим етапом лікування 16 хворих із II типом були ендоскопічні втручання, літотріпсія з літоекстракцією. На другому етапі виконували оперативне втручання: парціальну холецистектомію з пластикою гепатикохоледоху (11), холецистофістулолітотомію (2), гепатикоєюностомію (1). Рациональне використання ендоскопічних і хірургічних втручань СМ дозволило зберегти фізіологічний пасаж жовчі в 95,2 % випадків синдрому Міріззі.

Ключові слова: синдром Міріззі, УЗД, ЕРХПГ, хірургічне лікування.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SYNDROME MIRIZZI

*T. I. Tamm, I. N. Mamontov,
K. A. Kramarenko, S. G. Belov,
A. P. Zaharchuk, A. J. Barduk,
Abud Hamam*

Summary. The paper presents the results of treatment of 21 patients with the syndrome Mirizzi. Analyzes the significance of ultrasound and ERCP in the diagnosis of type I and II syndrome. In 5 of 6 cases of I type cholecystectomy was performed. The first stage of treatment of 16 patients with type II was endoscopic intervention - lithotripsy with lithoextraction or transnasal biliar drainage. The second stage was surgery: partial cholecystectomy with plastic closure of bile duct (11), holecystofistulolitotomy (2), hepaticojejunostomy (1). Rational use of endoscopic procedures and surgery helps to save the physiological passage of bile in 95,2 % of cases Mirizzi syndrome.

Key words: Mirizzi syndrome, ultrasound, ERCP, surgical treatment.