

© В.В. Хацко, С.В. Межаков, В.М. Войтюк, В.М. Фомінов, Є.Л. Комар, В.А. Карапиш, 2011

УДК 616.366-003.7-06-07-08

В.В. ХАЦКО, С.В. МЕЖАКОВ, В.М. ВОЙТЮК, В.М. ФОМІНОВ, Є.Л. КОМАР, В.А. КАРАПИШ
Донецький національний медичний університет імені М.Горького, II медичний факультет,
кафедра хірургії імені К.Т. Овнатаняна, Донецьк

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ СИНДРОМІ МІРІЗЗІ

Проаналізовані результати лікування 53 хворих на синдром Міріззі за останні 6 років, що склало 2,1 % від всіх форм жовчнокам'яної хвороби. Серед них було 36 (68,4 %) жінок і 17 (31,6 %) чоловіків, середній вік пацієнтів становить $58,2 \pm 1,9$ років. Тривалість жовчнокам'яної хвороби склала $6,8 \pm 1,1$ років. Для діагностики синдрому Міріззі СМ застосовані наступні методи дослідження: клініко – лабораторні, ультразвуковий, комп'ютерна або магнітно – резонансна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, інтраопераційна холангіографія, фіброхолангіоскопія.

I тип СМ виявлено у 40 хворих, II тип – у 10, III тип – у 2, IV тип – у 1. Спосіб операції вибирали залежно від типу СМ. При I типі у 40 випадках виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛЕХ). При II-IV типах застосовували традиційну холецистектомію з пластикою холедоха на Т-подібному дренажі (5) або гепатікоєюностомією за Ру (8). Летальних випадків не було.

Таким чином, найбільш точними при діагностиці СМ є МРТ, фіброхолангіоскопія та інтраопераційна холангіографія. Операцією вибору при СМ I типу є ЛЕХ. При СМ II- IV типів перевагу слід віддавати гепатікоєюностомії за Ру.

Ключові слова: синдром Міріззі, діагностика, хірургічне лікування

Вступ. Синдром Міріззі (СМ) – це рідкісне ускладнення жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), що важко діагностується. При СМ конкременти, фіксовані в міхурній протоці або в гартмановській кишені жовчного міхура, можуть здавлювати загальну печінкову протоку (ЗПП), викликаючи обтураційну жовтяницю (ОЖ), приводячи до утворення міхурно-холедохеальної норичі [5, 3, 6, 7].

Серйозні труднощі доопераційної діагностики СМ, а також технічні проблеми реконструктивно-відновлювального етапу операції, особливо у пацієнтів старших вікових груп, дозволяють вважати цю проблему актуальною.

Частота СМ при ЖКХ, за даними літератури, складає 0,25 – 4,7 % [2, 1, 6, 4]. До теперішнього часу залишаються не цілком з'ясованими основні етапи розвитку патологічного процесу, морфологічні особливості, які складають основу синдрому.

Різними авторами запропоновано декілька класифікацій СМ, з виділенням від 2 до 8 його форм залежно від варіантів формування патологічного співустя і міри пошкодження загальної печінкової протоки [5, 3, 7].

Розпізнати в доопераційному періоді СМ дуже важко. Діагностична чутливість МРТ при цьому синдромі складає – 97,6%, інтраопераційної холангіографії – 94 %, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) – 86 %, черезшкірної черезпечінкової холангіографії (ЧЧХГ) – 56 %, фіброхолангіоскопії (ФХС) – 77 %, ультразвукового дослідження (УЗД) – 46 % [5, 2, 1, 4, 7]. Точний діагноз в 62-74 % встановлюють лише під час операції [1, 6, 4].

Методи лікування при СМ можуть бути лапароскопічні і відкриті хірургічні. При I типі СМ метод вибору операція – лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) з дренажуванням або без дренажування холедоха [5, 6]. При II-IV типах цього синдрому частіше виконують гепатікоєюноанастомоз на вимкненій за Ру петлі тонкої кишки [5, 2, 3, 1].

За даними різних авторів, післяопераційна летальність при I типі СМ складає 1-3 %, при II типі і ускладненому перебігу захворювання – 9 – 14 % [5, 6, 4, 7]. Дуже важлива доопераційна діагностика СМ, що дозволяє зменшити вірогідність пошкодження позапечінкових жовчних протоків під час операції.

Мета дослідження. Визначити частоту різних форм СМ, методи діагностики і варіанти хірургічного лікування.

Матеріали та методи. У I хірургічному відділенні Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання з 2005 до 2010 року виконано 2523 оперативних втручання з приводу різних форм жовчнокам'яної хвороби. СМ був виявлений у 53 пацієнтів, що склало 2,1 % від загальної кількості хворих. Серед них було 36 (68,4 %) жінок і 17 (31,6 %) чоловіків, середній вік хворих – $58,2 \pm 1,9$ років. Тривалість жовчнокам'яної хвороби склала $6,8 \pm 1,1$ років. У своїй роботі ми керувалися класифікацією синдрому Міріззі А. Csendes і співавт. [7]. I тип СМ виявлено у 40 (75,1 %) пацієнтів, II тип – у 10 (18,4 %), III тип – у 2 (4,3 %), IV тип – у 1 (2,2 %). Явища гострого холециститу відмічені у 6 (12,1 %) хворих, обтураційної жовтяниці – у 14 (27,5 %), ознаки холангіту – у 7 (13,6%)

Для діагностики СМ застосовані наступні методи дослідження: клініко-лабораторні, ультразвуковий (УЗД), комп'ютерна (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ), інтраопераційна холангіографія, фіброхолангіоскопія, ЕРХПГ.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих на СМ міра виразності больового синдрому, прояви жовтяниці і холангіту варіювали в широких межах. Постійні помірні болі в правому підбер'ї були у 33 (62,4%) пацієнтів, жовтяниця – у 14 (27,5%), явища холангіта – у 7 (13,6 %).

При УЗД у пацієнтів на СМ I – II типів відмічено розширення ЗПП до передбачуваної проекції міхурної протоки, а за ним – розширення немає. Внутрішньопечінкові протоки частіше не розширені. Жовч-

ний міхур у 37 пацієнтів був склеротичним або «відключеним», у 11 – було видно камінь на рівні шийки міхура.

Для СМ ІІІ типу характерним є розширення внутрішньопечінкових жовчних проток з рівнем обструкції в середній третині ЗПП – в проекції міхурної протоки. Як правило, камінь фіксований в середній третині ЗПП.

СМ на підставі даних УЗД був запідозрений у 8 (15,6 %) хворих. Цей діагноз підтверджений під час операції. Наявність жовтяниці, холангіту, а також ультразвукових ознак СМ явилися підставою для проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії. При цьому дослідженні СМ виявлений в 13 (24,2 %) випадках. Літекстракція після ендоскопічної папілосфінктеротомії виявилася успішною у 9 чол. У 5 пацієнтів діагноз встановлений при КТ, у 3 – при МРТ. У останніх 24 (45,3 %) хворих діагноз уточнений під час оперативного втручання.

Спосіб операції визначали залежно від типу СМ. Поранення ЗПП під час операції було в 2 (3,7 %) спостереженнях. При І типі в 40 (75,1 %) випадках вдалося виконати лапароскопічну холецистектомію. У 3 пацієнтів здійснювалася конверсія. При СМ ІІ – ІV типів виконали традиційну холецистектомію, яку доповнювали пластикою холедоха на Т-подібним

дренажі за наявності дефекту не більше ніж на 1/3 кола ЗЖП – 5 випадків. У 8 (15,1 %) пацієнтів виконали гепатікоєюностомію на вимкненій петлі кишки за Ру.

Після лапароскопічних холецистектомій ускладнень не було. У випадках виконання операцій з лапаротомного доступу у 2 хворих спостерігали нагноєння рани і у 1-нижньочасткову пневмонію. Летальних наслідків не було.

Висновки. Синдром Міріззі є рідким захворюванням і таким, що важко діагностується. Поглиблене обстеження для його виявлення показане при розширенні ЗЖП (за даними УЗД) більше 10 мм, підвищенні рівнів загального білірубіну, АСТ, АЛТ, лужної фосфатази. Найбільша діагностична чутливість при діагностиці СМ притаманна, за нашими даними, МРТ (97,6 %), інтраопераційній холангіографії (94 %), фіброхолангіоскопії (77 %). Операцією вибору при СМ І типу є лапароскопічна холецистектомія. При СМ ІІ-ІV типів перевагу слід віддавати традиційній холецистектомії з дрениванням холедоха або гепатікоєюностомії за Ру.

Перспективні подальші розробки у даному напрямку: удосконалення передопераційної діагностики СМ, застосування біосумісних пластичних матеріалів для пластики загальної жовчної протоки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Синдром Миризи-причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха / Г.Г. Ахаладзе, А.Е. Котовский, Т.В. Унгурияну, Э.И. Гальперин // Хирургия.—2009.— № 7.— С. 21—23.
2. Гринёв Р.Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Миризи / Р.Н. Гринёв // Вісн. Харк. нац. ун-ту. — 2004. — Вып. 614. — С. 52—54.
3. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Миризи / В.И. Грязнов, В.В. Перфильев, С.П. Щепкин [и др.] // Хирургия. — 2008.— № 11. — С. 31—34.
4. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение синдрома Миризи / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов // Хирургия. — 2010. — № 4. — С. 67—73.
5. Ничитайло М.Ю. Лапароскопічна корекція окремих типів синдрому Мірізці / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, І.І. Булик // Клін. хірургія. — 2003. — № 4. — С. 72.
6. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома Миризи при остром холецистите / Е.Д. Хворостов, Р.Н. Гринев, С.А. Бычков, В.С. Шевченко; сб. тезисов 13-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии (г. Москва, Российская Федерация, 22-24 апреля 2009г.): под ред. проф. Ю.И. Галлингера. — М., 2009. — С. 330—332.
7. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification / A. Csendes, J. C. Diaz, P. Burdiles [et al.] // Brit. J. Surg. — 1989. — Vol. 76, N 11.— P. 1139 — 1143.

V.V. KHATSKO, S.V. MEZHA KOV, V.M. VOYTYUK, V.M. FOMINOV, E.L. KOMAR, V.A. KARAPISH

Doneck National Medical University by M.Gorky, II Medical Faculty, Department of Surgery by K.T. Ovnatanyan, Doneck

DIAGNOSTICS AND SURGICAL APPROACH PECULIARITIES AT MIRIZZI'S SYNDROME

Treatment results of 53 patients with Mirizzi's syndrome during 6 years were analyzed. It comprised 2.1% of all the types of cholelithiasis. There were 36 (68.4%) women and 17 (31.6%) men among them. The average patients' age was 58.2 ± 1.9 years. Cholelithiasis duration was 6.8 ± 1.1 years. To diagnose Mirizzi's syndrome the following methods of investigation were used: laboratory, ultrasonic, computer or magnetic resonance imaging and endoscopic retrograde cholangiopancreatography, intraoperative cholangiography, fibrocholangioscopy.

Mirizzi's syndrome type I was revealed in 40 patients, type II was found in 10, type III was revealed in 2, type IV was determined in 1. Choice of surgical procedure depended on Mirizzi's syndrome type. In type I laparoscopic cholecystectomy was performed in 40 cases. In types II-IV conventional cholecystectomy with choledochoplasty on T-shaped drainage (5) or hepaticojejunostomy (8) was applied. There wasn't any fatal outcome.

So, magnetic resonance imaging, fibrocholangioscopy, intraoperative cholangiography had the highest level of diagnostic accuracy in Mirizzi's syndrome diagnostics. Operation of choice in Mirizzi's syndrome type I was laparoscopic cholecystectomy. In Mirizzi's syndrome types II-IV hepaticojejunostomy should be preferred.

Key words: Mirizzi's syndrome, diagnostics, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 26.05.2011 р.