

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Сулаймонов Салим Узганбаевич

Самаркандский Государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15813039>

Аннотация: улучшение результатов лечения больных с синдромом Мирizzi (СМ) путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа. В 2019-2024 гг. в хирургическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ прооперированы 72 пациента с диагнозом СМ в возрасте от 28 до 82 лет. При калькулёзном холецистите, осложненным механической желтухой, к методам диагностики добавлена МРПХГ, которая была выполнена 22 больным. Диагностическая чувствительность этого метода исследования оказалась выше и составило 54,5%. При подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление желчного пузыря (ЖП) “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. В зависимости от типа СМ могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще, при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенкой шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, синдром Мирizzi, алгоритм действий, послеоперационные осложнения, профилактика.

CHOICE OF SURGICAL TACTICS FOR CHOLESTONE DISEASE COMPLICATED BY MIRIZZI SYNDROME

Sulaimonov Salim Uzganbaevich

Samarkand State Medical University

Abstract: improving the treatment results of patients with Mirizzi syndrome (MS) by optimizing surgical tactics depending on its type. In 2019-2024, 72 patients with a diagnosis of MS aged 28 to 82 years were operated on in the surgical department of the multidisciplinary clinic of Samara State Medical University. In case of calculous cholecystitis complicated by mechanical jaundice, MRPHG was added to the diagnostic methods, which was performed on 22 patients. The diagnostic sensitivity of this research method was higher and amounted to 54.5%. If SM is suspected, the best results are achieved by removing the gallbladder (GB) “from the bottom” using the Pribram method, which allows assessing the situation “from the inside” of the GB neck. Depending on the type of SM, complete removal of the GB (type I), removal of the bladder with suturing of the duct wall with separate sutures (more often, with type II SM), plastic surgery of the duct wall defect with the wall of the GB neck, suturing of the GB neck over the fistula tract (with types II and III) can be performed.

Keywords: cholelithiasis, Mirizzi syndrome, algorithm of actions, postoperative complications, prevention.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мирizzi (СМ) является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), возникающим вследствие острой или хронической фиксации желчного конкремента в шейке желчного пузыря с нарушением проходимости гепатикохоледоха и формированием билиобилиарных или билиодигестивных свищей. СМ встречается у 0,2 –

5,7% больных ЖКБ. С.К. McSherry и соавт. в 1982 г. выделили два типа синдрома Мириizzi: компрессия ОПП камнем шейки ЖП или пузырного протока (I тип) и пузырно-холедогеальный свищ (II тип). А. Csendes и соавт. в 1989 г. к выше названным типам добавили еще два, приняв за основу степень разрушения пузырно-холедогеальным свищом стенки ОПП. В настоящее время последняя классификация является наиболее распространенной. Т. Nagakawa и соавт. в 1997 г. предложили свою классификацию, согласно которой при IV типе, кроме свища, выделено воспалительное сужение ОПП, нуждающееся в иссечении и гепатикоеюностомии (цит. по Ф.Г. Назырову и соавт.). Синдром Мириizzi – трудное для диагностики и лечения осложнение желчнокаменной болезни. Холцистэктомия при СМ нередко заканчивается интраоперационным повреждением ОПП с образованием дефекта в его стенке. Иногда узкую дистальную часть общего желчного протока (ОЖП), расположенную под камнем, принимают за пузырный проток, а расширенную часть ОПП – за продолжение кармана Гартмана.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с синдромом Мириizzi путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При ретроспективном исследовании, проведенном в хирургическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ в 2019-2024 гг., СМ диагностирован у 72 (2,3%) из 3160 пациентов с желчнокаменной болезнью. Возраст больных от 28 до 82 лет, средний возраст составил $57,8 \pm 2,6$ года. Мужчин было 20, женщин 52. Длительность болезни до поступления в клинику $3,6 \pm 0,2$ года. Клиническая картина болезни была характерной для острого и хронического холецистита, у 41 (56,9%) больных была желтуха, у 11 (15,3%) – холангит. Всем больным проводили УЗИ. При этом обращали внимание на диаметр ОЖП, а также возможные признаки СМ, такие как близкое расположение содержащей камень шейки желчного пузыря к ОПП, сочетание расширенных проксимального отдела ОПП и внутрипеченочных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие сморщенного ЖП.

Из 41 больного с механической желтухой 7 (17,1%) выполнена РПХГ, 22 (53,6%) магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ). Во время исследования учитывались такие признаки, как наличие пузырно-холедогеального свища, короткий и широкий пузырный проток или его отсутствие, размеры желчного пузыря, сочетание расширенных внутрипеченочных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие камней в ЖП и протоках. Больные ретроспективно, включая данные протоколов операций, были разделены на 4 группы в зависимости от степени изменения ОЖП (А. Csendes et al., 1989) [5]: I тип вколоченный в шейку ЖП или в пузырный проток камень, сдавливающий ОПП или ОЖП 45 больных; II тип между шейкой ЖП и ОПП или ОЖП имеется свищ, занимающий менее одной трети окружности протоков, 14 больных; III тип свищ занимает две трети окружности 8 больных; IV тип стенка ОПП или ОЖП полностью разрушена 5 больных. 7 больным с механической желтухой и холангитом лечение начинали с РХПГ, 1 пациенту выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с безуспешной попыткой эндоскопической литоэкстракции, что потребовало конверсии.

При подозрении на СМ во время операции, наличии инфильтрата в области шейки ЖП и отсутствии пузырного протока холцистэктомию начинали от дна. Вскрывали просвет ЖП, удаляли камни и, используя методику Прибрама, осуществляли доступ к шейке ЖП. Прошив в проекции пузырной артерии стенку ЖП, последний отсекали на уровне его шейки и далее производили ревизию пузырно-холедогеального соединения,

чтобы уберечь от повреждения стенку протока. При I типе СМ старались произвести удаление ЖП. При II типе ЖП удаляли, отверстие в стенке протока ушивали отдельными узловыми швами (пролен 5/0 на атравматической игле) или производили пластику протока стенкой шейки ЖП. Во всех случаях предварительно удаляли камни и в ОЖП вводили дренаж Кера дистальнее ушитого свищевого отверстия.

При III и IV типах СМ сначала вскрывали ОЖП, удаляли камни и только после тщательной оценки ситуации решали вопрос о характере пластики свищевого отверстия, то есть дефекта стенки ОПП или ОЖП. Для пластики использовали стенку шейки ЖП или ушивали шейку, закрывая, таким образом, холецисто-холедохоэальный свищ. Дренаж Кера вводили дистальнее свищевого отверстия или через ушитую шейку ЖП и свищевое отверстие в протоке (3). У больных с выраженным разрушением ОПП (IV тип СМ), а также при ятрогенном пересечении ОПП выполняли гепатикоюноостомию (6). Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы не обнаружили зависимости развития различных типов СМ от возраста больных и продолжительности болезни. Диагностическая чувствительность УЗИ была низкая и составила 9,6%. Диагностическая чувствительность РХПГ при СМ составила 14,3% в 1 случае был выявлен пузырьно-холедохоэальный свищ. Однако в заключениях РХПГ не было учтено сочетание таких имеющихся признаков, как расширение проксимального отдела ОПП над камнем с нерасширенным дистальным его отделом или нерасширенным ОЖП. Учет таких признаков позволил бы повысить диагностическую чувствительность метода до 68%. Таким образом, по данным УЗИ и РХПГ СМ до операции был выявлен у 16 из 72 (22,2%) больных, то есть уровень дооперационной диагностики был чрезвычайно низким. В связи с этим нами при калькулезном холецистите, осложненным механической желтухой, к методам диагностики добавлена МРПХГ, которая была выполнена 22 больным. Диагностическая чувствительность этого метода исследования оказалась выше и составила 54,5%. На операции до удаления желчного пузыря СМ был заподозрен у 45 (62,5%) больных, при обнаружении дефекта в стенке ОПП после холецистэктомии – у 9 (12,5%). При холецистэктомии “от шейки” повреждение протока наступило у 4 пациентов. При холецистэктомии “от дна” травматическое повреждение произошло у четырех при IV типе СМ, когда расширенный ОПП был принят за карман Гартмана. При I типе СМ касательная травма ОПП произошла у 4 (у 2 – при лапароскопической холецистэктомии, у 2 – при холецистэктомии из минидоступа). У этих больных при УЗИ ОЖП не был расширен, поэтому МРПХГ не выполнялась. Ни в одном из этих случаев СМ не был диагностирован ни до операции, ни до удаления желчного пузыря. У 19 из 20 больных со II и III типами СМ были пузырьно-холедохоэальный свищ и холедохолитиаз с достоверным расширением ОЖП до $1,5 \pm 0,14$ см ($p < 0,05$) и возросшей до $107,6 \pm 17,7$ ммоль/л билирубинемией. СМ был заподозрен во время операции у 5 больных. Однако наличие плотного инфильтрата в области шейки ЖП заставило хирурга произвести холецистэктомию “от дна” с использованием метода Прибрама у 11 больных, при этом повреждений протока не было. Однако у 2 больных обнаружение бокового дефекта в стенке ОЖП после холецистэктомии было расценено хирургом как ятрогенная травма. На самом же деле, вероятно, произошло разобщение пузырьно-холедохоэального свища. У всех 5 больных с СМ IV типа имелась механическая желтуха (уровень общего билирубина сыворотки крови был равен $137,7 \pm 33,8$ ммоль/л). Диаметр ОЖП по данным УЗИ составил $1,2 \pm 0,07$ см при значительном

расширении внутрипеченочных желчных протоков и наличии сморщенного желчного пузыря (у 4 из 5). У 2 из них в результате УЗИ диагностирована опухоль Клатскина, которая была исключена при МРПХГ. У 4 больных на операции расширенная часть ОЖП была принята за продолжение сморщенного ЖП, а узкая – за пузырьный проток. В результате ОЖП был иссечен вместе с ЖП. Анализ данных показывает, что нет надежных методов диагностики СМ во время операции. О наличии его могут свидетельствовать такие признаки как спайки между шейкой ЖП и ОПП, плотный инфильтрат в области шейки ЖП, сочетание сморщенного ЖП и широкого ОЖП, сочетание широкого ОПП с узким ОЖП у больных холедохолитиазом, чаще при значительном разрушении стенки протоков. При повреждении протоков у больных с СМ I типа применяли следующие операции: 2 больным с небольшим боковым касательным ранением ОЖП на дефект стенки было наложено несколько узловых швов, операцию завершили наружным дренированием протока по Керу (1) или по Вишневному (1). 2 другим произвели гепатикоеюностомию с выключенной по Ру петлей тощей кишки. При II и III типах СМ повреждений протоков не было. Из 5 больных с СМ IV типа ОПП был иссечен у 4. Операции завершены гепатикоеюностомией. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная от тромбоэмболии легочной артерии на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей и мерцательной аритмии. Послеоперационные осложнения развились у 15 (20,8%) больных: желчеистечение по дренажу 5, подпеченочная биллома 3, желчный перитонит потребовавший релапаротомию 3, нагноение раны – 15. Отдаленные результаты прослежены у 59 больных. Из 6 больных, перенесших гепатикоеюностомию по поводу иссечения протока, стриктура анастомоза наступила у 1. Произведена повторная гепатикоеюностомия по Ру на каркасном дренаже. Еще у 1 больной с IV типом СМ без повреждения протока через год после удаления T-образного дренажа развилась стриктура нижней части ОЖП больной наложен высокий гепатикоеюноанастомоз по Ру с хорошим отдаленным результатом. У остальных 57 больных результат был удовлетворительным. Сроки наблюдения колебались от 9 месяцев до 10 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СМ не является частым осложнением желчнокаменной болезни. Опыт хирургов [7,11], чаще не превышает 20-30 наблюдений. Самое большое число больных с СМ (91) представлено В.И. Ревякиным [8], который рассматривает в основном, эндоскопические аспекты этого синдрома. Профилактика ятрогенных повреждений желчных протоков при СМ является основной задачей хирурга. Большую роль при этом играет дооперационная диагностика. По данным литературы [10], поставить правильный диагноз до операции сложно и удается лишь в 21,9% (по нашим данным, до применения МРПХГ в 22,2%, после применения МРПХГ в 54,5% наблюдений), что значительно осложняет проблему хирургического лечения.

УЗИ при СМ малоинформативно. По нашим данным, только 2 признака сочетание сморщенного ЖП с желчной гипертензией и сочетание расширенных внутрипеченочных желчных протоков с узким ОЖП при холедохолитиазе могут помочь хирургу заподозрить СМ.

Информативность РХПГ выше, чем УЗИ. Однако повышение внутрипротокового давления при введении контрастного вещества, вероятно, часто становится причиной отсутствия изображения холецисто-холедохеального свища и ЖП. При проведении исследования R.E. England, D.F. Martin [9] у 4 из 25 больных после эндоскопических

вмешательств при СМ отметили развитие острого холецистита, бронхопневмонии, абсцессов печени. Возможно, повторное контрастирование протоков после экстракции камня увеличило бы частоту выявления соустья между ОПП и ЖП. Эффективность МРПХГ при диагностике СМ оказалась выше и составила 54,5%. МРПХГ метод, обладающий большей разрешающей способностью в диагностике синдрома Мириizzi и позволяющий определить морфологический тип данной патологии с высокой диагностической чувствительностью.

Интраоперационная диагностика СМ также сложна. Инфильтрат или сращения в области шейки ЖП, отсутствие пузырного протока, сочетание сморщенного ЖП с широким ОПП или ОЖП могут насторожить хирурга и заставить его изменить стандартный план холецистэктомии. Нельзя также пренебрегать правилом обязательного выявления элементов треугольника Кало и сравнением диаметров ОПП и ОЖП.

Одним из главных вопросов лечения СМ является выбор метода операции. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что подозрение на СМ до операции является противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии, а выявление признаков синдрома во время операции – показанием к конверсии на открытую операцию.

При подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление ЖП “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. При этом в зависимости от типа СМ могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стеной шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах). После удаления камней следует оставлять Т-образный дренаж, введенный дистальнее свищевого отверстия. Наконец, при IV типе СМ, особенно при широком ОПП, следует закончить операцию гепатикоеюностомией. Основные положения такой тактики поддерживают в своих исследованиях L.W. Johnson и соавт. [10], а также O.J. Shah и соавт. [12].

При ранениях ОПП или ОЖП хирургическая тактика во многом зависела от величины дефекта стенки протока. При небольших касательных ранениях нерасширенного протока, как правило, при I типе СМ, накладывали прецизионный шов на Т-образном дренаже Кера, что давало хорошие отдаленные результаты. Однако если дефект стенки протока был значительным, и пластика на дренаже выполнялась с натяжением, предпочитали гепатикоеюностомию. При II и III типах свищ ушивали за счет оставленной стенки шейки ЖП, дистальнее осуществляли холедохолитотомию, и проток дренировали Т-образным дренажом Кера. При IV типе (с большим диаметром ОПП) хорошие результаты получены после наложения гепатикоеюноаностомоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза // Вестник гигиены и эпидемиологии № 2 2018. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 62-65.
2. Бобоев Б.Д. Современные аспекты диагностики желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом / Б.Д. Бобоев, В.П. Морозов // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2011. – N 1(18). – С. 5-9.

3. Сайдуллаев З.Я., Хайдарова Л.О., Давлатов С.С. Совершенствование малоинвазивных хирургических методов лечения больных острым холециститом //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 164-170.
4. Бойко В.В. и др. Изменение физико-химических свойств желчи в процессе возникновения и манифестации холангита. Острый холангит: возможные механизмы запуска //Новости хирургии. – 2021. – Т. 29. – №. 1.
5. Хужабаев С.Т. и др. Холецистэктомия из мини доступа //Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2010. – №. 1. – С. 24-24.
6. Бурневич Э.З. и др. Вариантная форма аутоиммунного поражения печени (первичный билиарный холангит/аутоиммунный гепатит-перекрест), ассоциированная с генерализованным саркоидозом (клинические наблюдения и обзор литературы) //Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 1.
7. Дусияров М.М., Хайдарова Л.О. Оценка эффективности антиспаечного покрытия из производных целлюлозы на модели образования спаек в брюшной полости в эксперименте //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 171-190.
8. Вайнер, Ю.С. Антеградные эндобилиарные операции в лечении больных механической желтухой / Вайнер Ю.С., Атаманов Г.В., Верятин Л.С., Шидловская Е.В. //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневого. - 2017.- № 1.- С. 664.
9. Хужабаев С. и др. Хирургия желчнокаменной болезни у больных пожилого возраста //Каталог монографий. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-108.
10. Рустамов И. М., Рустамов М. И., Аскарлов П. А. Оптимальные методы хирургического лечения свежих повреждений магистральных желчных протоков //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 4. – №. 1. – С. 121.
11. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивь внутренней медицины. – 2016. – N 3(29). – С. 30-35.