

Тактика хирургического лечения синдрома Мирizzi

Е. Д. Хворостов, С. А. Бычков, В. В. Дериколенко, Р. Н. Гринёв

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина. Медицинский факультет. Кафедра хирургических болезней.
Corresponding author. E-mail: derikolenkovv@gmail.com.

Paper received 23.01.21; Accepted for publication 11.02.21.

<https://doi.org/10.31174/SEND-NT2021-250IX31-06>

Аннотация. Проанализировано лечение 159 пациентов с синдромом Мирizzi (СМ). Особое внимание уделялось дооперационной диагностики СМ. Диагноз формировался на основе разработанной нами классификации. Что позволяет спланировать и стандартизировать хирургическую тактику, улучшить результаты оперативного вмешательства и сократить вероятность осложнений. Правильная оценка данных УЗИ позволяет с высокой степенью вероятности установить наличие СМ. СМ I А и I Б типов не являются противопоказанием к проведению операции лапароскопическим методом.

Ключевые слова: синдром Мирizzi, лапароскопическая холецистэктомия, холецисто-холедохоэальный свищ.

Введение. СМ - это осложненная форма желчекаменной болезни (ЖКБ), которая характеризуется частичным сужением общего печеночного протока в результате воспалительно-деструктивных процессов за счет сдавления извне желчным конкрементом, расположенным в пузырном протоке или шейке желчного пузыря, что приводит к стенозу печеночного протока и образованию билиобилиарного свища. По данным литературы СМ развивается у 0,25-6% больных с различными формами ЖКБ [1,11].

СМ остаётся одним из наименее изученных и наиболее грозных осложнений холелитиаза, не смотря на то что первое его описание произведено более полувека назад [6]. В современной практике отсутствует единое мнение в вопросах морфологической сущности патологических изменений, составляющих основу синдрома, стадий течения и типов, диагностики, вида и объема операции при данной патологии. Трудности дооперационной диагностики в большой степени определяют затруднения в выборе тактики лечения.

Ведущее значение в диагностике и определении дальнейшей хирургической тактики при ЖКБ и её осложнениях имеет ультразвуковая диагностика. Данный метод обладает высокой степенью информативности, неинвазивен, не обладает противопоказаниями, возможностью выполнения в короткие сроки без предварительной подготовки в независимости от тяжести состояния больного. Так же недооценено значение ультразвуковой диагностики в решении проблемы такого грозного осложнения ЖКБ как СМ.

Краткий обзор публикаций по теме. Долгое время наличие СМ исключало применение лапароскопической техники входе оперативного вмешательства. Сейчас же появляется всё больше работ, свидетельствующих об эффективности лапароскопической коррекции при различных типах СМ[1,3,7].

P.L. Mirizzi (автор впервые описавший данный синдром), в своей работе «Les fistules bilio-biliares internes spontanees» (1952) разделил свищи на следующие типы[10]: 1) свищ между желчным пузырем и холедохом выше места впадения пузырного протока в общий желчный; 2) свищ расположен ниже слияния пузырного протока и холедоха; 3) пузырно-гепатико-холедохоэальный свищ – протяженный дефект, захватывающий области как проксимальнее, так и дистальнее впадения пузырного протока в холедох. Большинство ав-

торов выделяют два типа СМ, которые были предложены С.К. McSherry в 1982 г.[9]: 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.

Классификация Csendes (1989): I. Внешняя компрессия общего желчного протока. II. Свищ между желчным пузырем и гепатикохоледохом с разрушением 1/3 окружности гепатикохоледоха. III. Свищ до 2/3 окружности общего печеночного протока. IV. Свищ на весь просвет гепатикохоледоха[5].

В. С. Савельев и В. И. Ревякин выделяет две формы СМ: 1) острую, морфологической основой которой является сужение просвета проксимального отдела гепатикохоледоха и 2) хроническую — свищ между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком[2].

В своей практике мы используем классификацию собственной разработки[4]:

I тип – вколоченный в шейку желчного пузыря или в пузырный проток конкремент, сдавливающий гепатикохоледох:

А) плотное прилегание стенок желчного пузыря и гепатикохоледоха с сохранением структуры их двух стенок;

Б) сращение стенок желчного пузыря и гепатикохоледоха с формированием единой стенки между ними, стадия «общей стенки»;

II тип – между желчным пузырем и гепатикохоледохом имеется свищ:

А) свищ занимает менее 1/2 окружности протока;

Б) свищ занимает более 1/2 окружности протока;

III тип – свищ между желчным пузырем и гепатикохоледохом, холедохолитиаз, дистрофические изменения желчного пузыря, приведшие к его гипоплазии.

К сожалению СМ по сути остаётся интраоперационным диагнозом[3]. Что ведёт к увеличению времени операции, неоправданному расширению объёма вмешательства, развитию грозных инвалидизирующих осложнений или даже летальному исходу[10]. Хирургу зачастую сложно принять решение о необходимости перехода на лапаротомный доступ. В случае, когда диагноза СМ установлен дооперационно удаётся в полном объёме спланировать лечебную тактику и объём оперативного вмешательства[7,8].

Цель. Систематизация хирургической тактики при СМ, с целью улучшения результатов лечения данного

осложнения ЖКБ.

Материалы и методы. Исследование основано на опыте лечения 159 больных с СМ (7,4% из всех больных ЖКБ). Возраст от 32 до 84 лет, женщин 103 (64,8%), мужчин - 56 (35,2%). Из них: хронический холецистит - 98 (61,6%) больных, острый холецистит - 61 (38,4%) (катаральный - 36, флегмонозный - 18, гангренозный - 7). У 39 (24,5%) больных отмечалась клиника механической желтухи (уровень общего билирубина колебался от 34 до 286 мкмоль/л). 108 (67,9%) – имели механическую желтуху в анамнезе. Лишь у 8 (5,0%) не удалось установить достоверных данных о наличии желтухи.

Пациенты были подвергнуты полноценному обследованию, включавшему: клинко-лабораторное обследование, УЗИ, ФЭГДС, по показаниям эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХПГ).

Первым этапом инструментального обследования пациентов с ЖКБ являлось УЗИ, при котором помимо установления факта холелитиаза, определения состояния стенки жёлчного пузыря и определения признаков билиарной гипертензии определялись следующие признаки свидетельствующие о наличии СМ: размеры и расположение конкремента в желчном пузыре, интимное прилегание шейки желчного пузыря с расположенным в ней конкрементом к правому либо общему печеночным протокам, признакам сдавления конкрементом общего желчного протока, наличие расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Диагноз формировался на основе разработанной нами классификации. Особое внимание уделялось возможности дооперационной диагностики СМ.

Результаты и их обсуждение. СМ I типа выявлен у 124 (78,0%) больных, СМ II типа - 33 (20,8%) больных, СМ III типа - 2 (1,2%) больных.

По данным УЗИ у 116 (73,0%) пациентов удалось дооперационно установить диагноз СМ, по следующим критериям: наличие холецисто-холедохеального свища - 4(2,5%) больных, визуализация «общей» стенки - 36(22,6%) больных, вклиненный крупный конкремент в шейку желчного пузыря - 123 (77,4%), расширение гепатикохоледоха выше места прилегания желчного пузыря - 37 (23,3%), деформация стенки гепатикохоледоха в месте прилегания желчного пузыря - 23 (14,5%), „сморщенный” желчный пузырь - 12 (7,5%), не лоцируется желчный пузырь - 3 (1,9%). У 43(27,0%) больного не было выявлено ультразвуковых признаков СМ или присутствовал один из косвенных, которому не придали должного внимания.

ЭРХПГ была выполнена всем больным с наличием механической желтухой, с желтухой в анамнезе, при диаметре холедоха, по данным УЗИ, более 8 мм, и при наличии косвенных эхопризнаков СМ. При этом холецистохоледохеальный свищ был обнаружен у 11 больных, у 75 больных было выявлено сдавление извне общего желчного протока или общего печеночного протока на уровне желчного пузыря или пузырного протока. При этом у 35 больных был выявлен холедохолитиаз. При наличии холедохолитиаза и явлений желчной гипертензии без признаков холедохолитиаза (17 больных) при транспиллярном вмешательстве выполнялась эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) и у больных с холедохолитиазом максимально

возможная литоэкстракция, у большинства больных с применением механического литотриптора. Полная литоэкстракция из гепатикохоледоха выполнена у 28 больных (у 4 из них выполнена поэтапная литоэкстракция в несколько приемов) и у 7 больных частичная. У 19 пациентов установлен назобилиарный дренаж с целью обеспечения адекватного пассажа желчи, санации желчных путей и профилактики миграции в желчные протоки конкрементов из желчного пузыря. У 3 больных успешно выполненные рентгенэндоскопические транспиллярные вмешательства явились окончательным методом лечения: у 1 больного с СМ III типа после адекватной эндоскопической санации желчного дерева и не визуализации при УЗИ и ЭРХПГ желчного пузыря и у 2 больных с СМ II типа с тяжелой сопутствующей патологией (сморщенный желчный пузырь не содержал конкрементов, что послужило причиной отказа от холецистэктомии).

При СМ I A типа (100 (62,9%) больных) считаем рациональным выполнение ЛХЭ. При этом хирург сталкивается со значительными морфологическими изменениями тканей в зоне оперативного вмешательства, вследствие рубцовых изменений, однако при хорошем знании топографо-анатомических вариантов строения образований в зоне гепатодуоденальной связки и тщательных, бережных манипуляциях, ЛХЭ оказывается успешной.

У пациентов с СМ I B типа (стадия «общей стенки») (24 (15,1%) больных) при возникновении технических трудностей выделения задней стенки желчного пузыря выполняется субтотальная холецистэктомия по разработанной нами технологии лапароскопического удаления желчного пузыря с сохранением фиксированной к гепатикохоледоху его стенки.

В случае СМ II A типа (наличии дефекта гепатикохоледоха не более чем на 1/2 его окружности) (23(14,5%) больной) выполняется субтотальная холецистэктомия, холедохолитотомия, при остаточном холедохолитиазе после эндоскопической санации холедоха. Далее следует пластика гепатикохоледоха участком стенки желчного пузыря на Т-образном дренаже.

При больших размерах дефекта (10(6,3%) больных с СМ II B типа) и у больной с травмой холедоха предпочтение отдаётся созданию билиодигестивного анастомоза. В 2 случаях было выполнено наложение холедоходуоденоанастомоза (при благоприятном расположении дефекта), а в 8 - гепатикоюноанастомоза на выключенной петле тонкой кишки по Ру.

При наличии СМ III типа (2(1,2%) пациентка) целесообразно ограничить оперативное вмешательство холедохолитотомией с обязательной контрольной интраоперационной холангиографией.

На этапе лапароскопической ревизии у 25 (15,7%) больных были обнаружены плотные рубцовые сращения в подпеченочном пространстве в данной ситуации дальнейшие лапароскопические манипуляции нецелесообразны, из-за высокого риска осложнений. Этих больных мы не относим к числу конверсий, так как попытки выделения желчного пузыря из сращений не производились. У 18 из этих пациентов в ходе лапаротомного вмешательства было установлено наличие холецистохоледохеального свища.

Конверсия производилась в следующих ситуациях:

у 1 больного при выявлении СМ II типа, у 4 - из-за непреодолимых технических трудностей холецистэктомии лапароскопическим методом (плотный инфильтрат, обширный спаечный процесс в зоне треугольника Кало) и у 1 больной при травме холедоха (так же на фоне выраженного спаечного процесса).

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: внутрибрюшное желчеистечение - 2, инфильтрат подпеченочного пространства - 2, гематома ложа желчного пузыря - 2, внутрибрюшное кровотечение - 1.

Выводы.

1. Установление наличия СМ до операции позволяет правильно спланировать хирургическую тактику, довести её до ведома пациента, что уменьшает психологическую нагрузку на оперирующую бригаду. Что

приводит к улучшению результатов оперативного вмешательства и сокращению вероятности осложнений.

2. Правильная оценка данных УЗИ позволяет с высокой степенью вероятности установить наличие СМ, сокращая использование инвазивных и затратных методик.
3. СМ I А и I Б типов не являются противопоказанием к проведению операции с использованием лапароскопической техники.
4. Стандартизация хирургической тактики на основании разработанной классификации позволила нам существенно минимизировать послеоперационные осложнения и летальность.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Комарь Е.Л., Фоминов В.М. Синдром Мирizzi: диагностика и хирургическая тактика// Украинский журнал хирургии, 2012. №2 (17) (<http://www.mif-ua.com/archive/article/35358>)
2. Савельев В.С., Ревакин В.И. Синдром Мирizzi (диагностика и лечение)// М.: Медицина, 2003. 112 с.
3. Сипливый В.А., Евтушенко Д.В., Петренко Г.Д., Андреещев С.А., Евтушенко А.В. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Mirizzi// Клінічна хірургія, 2016. №8, С. 8-11.
4. Хворостов Е.Д., Дериколенько В.В., Бычков С.А., Цивенко А.И., Гринёв Р.Н. Классификация, диагностика и современные подходы хирургической коррекции синдрома Мирizzi// Харківська хірургічна школа, 2020. №1(100), С. 89-93.
5. Csendes A., Diaz J.C., Burdiles P. [et al.] Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification// Br. J. Surg, 1989. № 76 (11), P. 1139–1143.
6. El Hanafy E., Atef E., El Nakeeb A., Hamdy E., Elhemaly M., Sultan A.M. Mirizzi syndrome: how it could be a challenge// Hepato-Gastroenterology, 2014. vol. 61, no. 133, P. 1182–118.
7. Lacerda P.S., Ruiz M.R., Melo A., Guimaraes L.S., Silva-Junior R.A., Nakajama G.S. Mirizzi syndrome: a surgical challenge// Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 2014. Is. 27 (3), P.226.
8. Lee K-F, Chong C-N, Ma K-W, Cheung E., Wogn J., Cheung S., Lai P. A. Minimally invasive strategy for Mirizzi syndrome: the combined endoscopic and robotic approach// Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques, 2014. Is. 28(9), P. 2690–2694.
9. McSherry C. K., Ferstenberg H., Virshup M. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy// Surg. Gastroenterol, 1982. № 1, P. 219–225.
10. Mirizzi P. L. Les Fistules biliobiliares internes spontanees// J Chir, 1952. №68, P. 23–28.
11. Payá-Llorente C., Vázquez-Tarragón A., Alberola-Soler A. et al. Mirizzi syndrome: a new insight provided by a novel classification. Ann. Hepatobiliary// Pancreat. Surg, 2, P. 67–75.

REFERENCES.

1. Kolkin YA.G., Hacko V.V., Dudin A.M., Komar' E.L., Fominov V.M. Mirizzi syndrome: diagnosis and surgical tactics // Ukrainskij zhurnal hirurgii, 2012. №2 (17) (<http://www.mif-ua.com/archive/article/35358>)
2. Savel'ev V.S., Revyakin V.I. Mirizzi syndrome (diagnosis and treatment)// М.: Medicina, 2003. 112 p.
3. Syplyvyi V.A., Ievtushenko D.V., Petrenko G.D., Andreyeshchev S.A., Ievtushenko A.V. Diagnosis and surgical treatment of mirizzi syndrome // Klinichna khirurgiia, 2016. №8, P. 8-11.
4. Khvorostov Y.D., Derykolenko V.V., Bychkov S.A., Tsivenko O.I., Hrynov R.N. Classification, diagnosis and modern approaches to the surgical correction of Mirizy syndrome// Kharkivska khirurgichna shkola, 2020. №1(100), P. 89-93.

Tactics of surgical treatment of Mirizzi syndrome

Y. D. Khvorostov, S. A. Bychkov, V. V. Derykolenko, O. I. Tsivenko, R. N. Hrynov

Abstract. The treatment of 159 patients with Mirizzi syndrome (MS) was analyzed. Specific attention was paid to preoperative diagnosis of MS. The diagnosis was formed on the basis of the classification developed by us. This allows you to plan and standardize surgical tactics, improve the results of surgical treatment and reduce the probability of complications. Proper evaluation of the ultrasound data makes it possible to diagnose the presence of MS with a high degree of probability. MS I-A and I-B types are not a precautions to the surgical treatment by the laparoscopic method.

Keywords: *Mirizzi syndrome, laparoscopic cholecystectomy, cholecysto-choledecal fistula.*