

УДК 616.366-003.7-06-07-08

Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин, Е.Л. Комарь, В.М. Фоминов

СИНДРОМ МИРИЗЗИ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

В статье приведен обзор литературы по диагностике и хирургическому лечению синдрома Мириizzi – редкого и трудно диагностируемого осложнения жёлчнокаменной болезни. Клиническая картина этого заболевания не имеет характерных симптомов. Оптимальными методами его диагностики до операции являются магнитно – резонансная томография и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Выбор операции зависит от типа синдрома Мириizzi. При I типе возможна лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха. При II-IV типах применяют традиционную холецистэктомию с пластикой холедоха на дренаже Кера или гепатикоюностомии по Ру. Хирург должен быть готов к выявлению синдрома Мириizzi и иметь представление об основных принципах реконструктивно-восстановительной операции на желчных протоках.

Ключевые слова: синдром Мириizzi, диагностика, хирургическое лечение.

Синдром Мириizzi (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-холедохеального свища [2]. Впервые патология описана аргентинским хирургом P.L. Mirizzi в 1948 г.

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, 7-9, 14, 16, 17, 21]. До оперативного вмешательства он правильно диагностируется с использованием всего комплекса современных методов лишь в 12,5-22% случаев [3, 4, 6]. Неудовлетворительными остаются и отдаленные результаты: 12-20% больных нуждаются в повторной операции по поводу рубцовых стриктур проксимального отдела гепатикохоледоха [1, 7].

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, особен-

но у пациентов старших возрастных групп, позволяет считать эту проблему очень актуальной [15].

Среди заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной области СМ занимает особое место. Это объясняется следующими факторами: противоречиями в определении различными авторами морфологической сущности патологических изменений, составляющих основу синдрома; причинами его развития, помимо ЖКБ, являются бескаменный холецистит, функциональные изменения билиарных протоков и опухолевые заболевания; до настоящего времени остаются не вполне выясненными основные этапы развития патологического процесса.

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 [12].

По данным Ревякина В.И., основными этапами патогенеза синдрома являются:

- 1) сдавление просвета общего желчного протока извне, появляющееся чаще всего на фоне острого калькулезного холецистита;

2) стриктура внепеченочного желчного протока;

3) перфорация гепатикохоледоха при наличии стриктуры;

4) формирование пузырно-холедохеального свища с одновременной ликвидацией стриктуры.

Разными авторами предложено несколько классификаций СМ. С. McSherry [10, 23], А. Csendes [25], Т. Nagakava [24] выделяли от 2 до 8 форм этого синдрома. А. Csendes 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 $\frac{1}{3}$ окружности протока;

III – свищ занимает $\frac{2}{3}$ окружности протока;

IV – полное разрушение стенки ОЖП или ОПП.

В исследованиях последних лет [16, 17] принято различать две основных формы СМ, которые по сути отражают основу синдрома:

I. *острую*, морфологической основой которой является сужение просвета проксимального отдела гепатикохоледоха;

II. *хроническую* – с наличием свища между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком.

Клиническая картина заболевания складывается из симптомов, характерных для острого и хронического холецистита с развитием механической желтухи. Наиболее характерными и часто встречающимися симптомами являются тупая боль в верхнем правом квадранте живота, желтуха и симптомы холангита (озноб, повышение температуры тела). 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 наблюдаются в 60-100% наблюдений, при пузырно-холедохеальном свище желтуха более частый признак заболевания [12, 14]. В анализах крови – повышение прямого и общего билирубина, а также аспартат- (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ), щелочной фосфатазы.

Распознать в предоперационном периоде

СМ довольно трудно, его диагностика остается одной из нерешенных проблем хирургии. Для диагностики используют 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% устанавливается только во время операции [6, 16].

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 локации стенки пузыря в области прилегания к гепатикохоледоху [2, 15, 22, 26].

ЭРХПГ позволяет получить наибольшую информацию об изменении архитектоники желчевыводящих протоков и выявить признаки холедохолитиаза. Патогномичным для СМ является характерное сдавление извне общего желчного протока либо наличие холецистохоледохеального свища [28]. Диагностическая чувствительность МРТ при СМ составляет 97,6% [27], интраоперационной холангиографии – 94%, ЭРХПГ – 86%, ЧЧХГ – 56%, фиброхолангиоскопии – 77%, УЗИ – 46% [5, 7, 12, 15, 26, 28]. Компьютерная томография более чувствительна при наличии холецистохоледохеального свища [26]. Значительно выше оценивается разрешающая способность магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, однако опыт ее применения при СМ пока не велик [16, 17].

Методы лечения при СМ могут быть эндоскопические и открытые хирургические. Вариант оперативного вмешательства, как правило, определяется в зависимости от типа СМ. При I типе методом выбора может быть лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), ЛХЭ с дренированием холедоха или без него [6]. Другие авторы считают, что наличие СМ является противопоказанием к выполнению ЛХЭ, одной из причин конверсии и ятрогенных повреждений желчных протоков [6, 11, 20]. Ведущая роль в лечении больных с СМ принадлежит открытым хирургическим вмешательствам. Операция при данной патологии очень сложна и упоминается в литературе как «кап-

кан в хирургии желчных протоков» [4, 12]. В этих ситуациях желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Calot. Кроме того, анатомия желчных протоков очень искажена и весьма легко принять общий печеночный проток за пузырный, что может привести к неизбежной травме печеночного протока [13, 22]. Фиксированный в гартмановском кармане конкремент, сдавливающий желчные протоки, усложняет доступ к треугольнику Calot.

При II типе СМ основными видами оперативного пособия являются: лапаротомная холецистэктомия с пластикой общего желчного протока стенкой желчного пузыря на дренаже Кера (при наличии дефекта не более чем на $\frac{1}{3}$ окружности желчного протока); гепатико-еюноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки (при полном пересечении протока) [6, 8, 18, 19].

Основные хирургические приемы оперативных вмешательств при СМ III-IV типов не имеют принципиальных отличий от операций, связанных с другими причинами повреждения внепеченочных желчных протоков [7, 20]. Предпочтение отдается наложению гепатико-еюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки [19].

По данным разных авторов, послеоперационная летальность при I типе составляет 1-3%, а при II типе и осложненном течении заболевания – 9-14% [12, 16, 25].

Таким образом, дооперационная диагностика СМ крайне сложна из-за отсутствия характерной клинической картины. Наиболее оптимальными методами до операции диагностики являются МРТ и ЭРХПГ. Диагностика должна продолжаться и во время операции, с применением холангиографии и фиброхолангиоскопии. Хирург, оперирующий на желчных протоках, должен быть готовым к выявлению СМ и иметь представление об основных принципах реконструктивно-восстановительной операции на желчевыводящих протоках. При СМ III-IV типов предпочтение следует отдавать традиционной холецистэктомии с пластикой холедоха на дренаже Кера либо гепатико-еюноанастомозу по Ру. Применение такой оптимальной диагностики и лечебной тактики позволяет избежать опасных осложнений и достичь благоприятных результатов.

СИНДРОМ МІРІЗІ: ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА

Я.Г. Колкін, В.В. Хацко, О.М. Дудін, Є.Л. Комар, В.М. Фомінов

У статті приведений огляд літератури по діагностиці і хірургічному лікуванню синдрому Мірізі – рідкого ускладнення жовчнокам'яної хвороби, що важко діагностується. Клінічна картина цього захворювання не має характерних симптомів. Оптимальними методами його діагностики, до операції є магнітно – резонансна томографія і ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. Вибір операції залежить від типу синдрому Мірізі. При I типі можлива лапароскопічна холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха. При II – IV типах застосовують традиційну холецистектомію з пластикой холедоха на дренажі Кера або гепатикоєюностомію за Ру. Хірург має бути готовий до виявлення синдрому Мірізі і мати уявлення про основні принципи реконструктивно – відновлювальної операції на жовчних протоках.

Ключові слова: синдром Мірізі, діагностика, хірургічне лікування.

MIRIZZI'S SYNDROME: DIAGNOSTICS AND SURGICAL APPROACH

Y.G. Kolkin, V.V. Khatsko, A.M. Dudin, E.L. Komar, V.M. Fominov

The survey of literature on diagnostics and surgical treatment of Mirizzi's syndrome which is a rare and difficult diagnosed complication of cholelithiasis is given in the article. Clinical presentation of this disease does not have any typical symptoms. Magnetic resonance imaging and endoscopic retrograde cholangiopancreatography are considered to be optimal diagnostic methods. Choice of surgical procedure depends on Mirizzi's syndrome type. Laparoscopic cholecystectomy with external choledoch draining is possible in Type I. Conventional cholecystectomy with choledochoplasty on Kehr's drainage or hepaticojejunostomy is applied in Types II-IV. The surgeon must be ready to reveal Mirizzi's syndrome and know about the basic principles of restorative surgery of bile ducts.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджанов Ф.Б. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Миризи, обусловленного холецистобилиарным свищом / Ф.Б. Алиджанов, К.С. Ризаев, И.Х. Бойназаров // *Анналы хир. гепатологии.* – 2006. – Т. 11. – № 3. – С. 63.
2. Синдром Миризи – причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха / Г.Г. Ахаладзе, А.Е. Котовский, Т.В. Унгуряну, Э.И. Гальперин // *Хирургия.* – 2009. – № 7. – С. 21-23.
3. Брехов Е.И. Лапароскопическая холецистэктомия и коррекция некоторых ее осложнений / Е.И. Брехов, И.В. Брыков, И.В. Аксенов, Г.А. Андрианов // *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* – 2000. – № 2. – С. 13-16.
4. Вакулин Г.В. Опыт лечения больных с синдромом Миризи / Г.В. Вакулин, А.Е. Новосельцев, Г.Г. Гвинишвили // *Анналы хир. гепатологии.* – 2006. – Т. 11. – № 3. – С. 74.

5. Гринев Р.Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирizzi / Р.Н. Гринев // *Вісн. Харк. нац. університету*. – 2004. – Вып. 614. – С. 52-54.
6. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирizzi / В.И. Грязов, В.В. Перфильев, С.П. Щепкин [и др.] // *Хирургия*. – 2008. – № 11. – С. 31-34.
7. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечения / Э.И. Гальперин, Г.Г. Ахаладзе, А.Е. Котовский [и др.] // *Анн. хир. гепатологии*. – 2006. – Т. 11., № 3. – С. 7-10.
8. Дутка Я.Р. Особливості діагностики і хірургічного лікування хворих на синдром Міріцці II / Я.Р. Дутка // *AML XIV*. – 2008. – № 1-2. – С. 89-91.
9. Кондратюк О.П. Лапароскопічна корекція синдрому Міріцці / О.П. Кондратюк // *Шпитальна хірургія*. – 2001. – № 2. – С. 67-68.
10. Современные возможности диагностики синдрома Мирizzi (сообщение 1) / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов, С.Б. Шейко [и др.] // *Вестник хирургии*. – 2009. – № 2. – С. 27-33.
11. Магомедов М.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / М.С. Магомедов, В.И. Ревякин, В.А. Петухов // *Анналы хирургии*. – 2007. – № 2. – С. 60-64.
12. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов // *Хирургия*. – 2010. – № 4. – С. 67-73.
13. Ничитайло М.Ю. Лапароскопічна корекція окремих типів синдрому Міріцці / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, І.І. Булик // *Клін. хірургія*. – 2003. – № 4. – С. 72.
14. Діагностика та хірургічне лікування синдрому Міріцці / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, О.М. Литвиненко [и др.] // *Клінічна хірургія*. – 2000. – № 10. – С. 33-35.
15. Охотников О.И. Рентгенохирургическое лечение синдрома Мирizzi у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // *Анналы хир. гепатологии*. – 2009. – Т.14. – № 3. – С. 22-29.
16. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi / В.И. Ревякин, В.С. Савельев // *50 лекций по хирургии*, под. ред. В.С. Савельева. – М. : Медиа Медика, 2006. – С. 413-422.
17. Савельев В.С. Синдром Мирizzi (диагностика и лечение) / В.С. Савельев, В.И. Ревякин. – М.: Медицина. – 2003. – 112 с.
18. Хворостов Е.Д. Синдром Мирizzi: диагностика и хирургическое лечение / Е.Д. Хворостов, Р.Н. Гринев // *Врачебная практика*. – 2004. – № 6. – С. 30-32.
19. Хворостов Е.Д. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома Мирizzi при остром холецистите / Е.Д. Хворостов, Р.Н. Гринев, С.А. Бычков, В.С. Шевченко // *13-й Моск. межд. конгресс по эндоск. хирургии*, 22-24.04. 2009 г. : сб. тез. под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 2009. – С. 330-332.
20. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков / С.И. Емельянов, Д.Н. Панченков, Л.А. Мамалыгина [и др.] // *Анналы хир. гепатологии*. – 2005. – Т. 10. – № 3. – С. 55-61.
21. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мирizzi (сообщение 2) / С.Б. Шейко, Н.А. Майстренко, А.С. Прядко [и др.] // *Вестник хирургии*. – 2009. – № 4. – С. 25-29.
22. Шор Н.А. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирizzi / Н.А. Шор // *Клінічна хірургія*. – 2008. – № 6. – С. 18-19.
23. McSherry C.K. Mirizzi syndrome: classification and surgical therapy / C.K. McSherry, H. Ferstehberg, M. Verhep // *Surg. Gastroenterol.* – 1982. – Vol. 1. – P. 219-225.
24. A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic view points / T. Nagakawa, T. Ohta, M. Kayahara [et al.] // *Hepatogastroent.* – 1997. – Vol. 44. – № 13. – P. 63-67.
25. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification / A. Csendes, J.C. Diaz, P. Burdiles [et al.] // *Brit. J. Surg.* – 1989. – Vol. 76. – № 11. – P. 1139-1143.
26. Gomez D. Mirizzi's syndrome – results from a large western experience / D. Gomez, S.H. Rahman // *HPB*. – 2006. – Т. 8. – P. 474-479.
27. Diana Kaya MRCP diagnosis of Mirizzi syndrome in a paediatric patient: importance of TL-weighted gradient echo images for diagnosis / Kaya Diana, Karcaaltincaba Musturay // *Pediatr. Radiol.* – 2006. – Vol. 36. – P. 980-982.
28. Yeh C.N. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome / C.N. Yeh, Y.Y. Jan, M.F. Chen // *Surg. Endosc.* – 2003. – Т. 17. – P. 1573-1578.

Стаття надійшла 06.09.2011