



Б. С. Запороженко,
Д. А. Бондарец,
И. Е. Бородаев,
И. В. Шарапов,
А. Ю. Шарапова

Одесский национальный
медицинский университет

Одесский областной
клинический медицинский
центр

© Коллектив авторов

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕГО ПРОТОКА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Резюме. *Цель.* Проанализировать возможности ранней диагностики и профилактики интраоперационных повреждений желчевыводящего протока при синдроме Мириizzi.

Материалы и методы исследования. В основу исследования взят анализ 968 историй болезни пациентов с острым калькулезным холециститом. Соотношение больных с синдромом Мириizzi к больным с калькулезным холециститом составило — 38 (3,9 %). Женщин было — 716 (74 %), мужчин — 252 (26 %). Возраст больных колебался от 25 до 92 лет.

Все больные с синдромом Мириizzi были разделены на 4 группы (согласно классификации А. Csendes). Количество больных с СМ 1 типа - составила 27 (72 %); 2 типа — 6 (18 %); 3 типа — 2 (6 %); 4 типа — 1 (3 %).

Результат. Оценен результат лечения 35 больных с синдромом Мириizzi. При 1 типе выполняли ЛХЭ у 27 (72 %) больных. При 2 типе выполняли открытые оперативные вмешательства. У 4 (12 %) больных этой группы выполнена лапаротомия холецистэктомия с пластикой общего желчного протока на дренаже по Керу. У 2 (6 %) выполнена субтотальная холецистэктомия с последующей установкой дренажа в просвет оставшейся части пузыря с фистулой. При наличии синдрома Мириizzi 3 и 4 типа выполняли «открытое» хирургическое вмешательство с последующим наложением гепатикоюноанастомоза на выключенной по Ру петле у 3 (9 %) больных. Наиболее информативным не инвазивным методом дооперационной диагностики синдрома Мириizzi, является МРТ в режиме холангиографии, которая позволяет диагностировать все типы данного синдрома с высокой долей вероятности.

Ключевые слова: синдром Мириizzi, лапароскопия, холецистэктомия, ЖКБ.

Введение

Синдром Мириizzi (СМ) Ч это осложнение острого холецистита, характеризующееся наличием конкремента в пузырном протоке или мешке Гартмана, что может привести к нарушению оттока желчи или разрушению стенки пузыря с последующим формированием свища [1, 2, 3, 6].

До сих пор остаются спорными вопросы в определении морфологических признаков данной патологии. Одни исследователи понимают под этой проблемой сужение общего печеночного протока или общего желчного протока, другие рассматривают этот синдром, как образование свища между желчным пузырем и внепеченочными желчевыводящими протоками вследствие давления конкремента на фоне хронического холецистита [4, 5, 6, 7]. По нашему мнению все эти патоморфологические признаки являются этапами одного процесса

и конечные изменения ведут к разрушению и формированию свища. Все это объясняет различия в определении самого СМ, создании нескольких классификаций, что создает определенные трудности в диагностике и определении тактики лечения СМ. В нашей работе использовали классификацию А. Csendes (1989), где предложено делить синдром Мириizzi на 4 типа, что позволит более четко определить тактику лечения. В 2012 г. классификация А. Csendes, была обновлена Белтраном, которая в зависимости от степени поражения желчных путей различает 5 типов синдрома Мириizzi. В его основе лежит СМ с наличием холецистоэнтерогенной и холецистохоледохальной фистулы. В нашем исследовании больных с данным типом не встречалось [7, 8, 9]. Клиническая картина СМ не имеет специфичных симптомов и схожа с симптомами острого холецистита. Дооперационная диагностика остается крайне

сложна из-за отсутствия специфичной клинической картины, что делает данную патологию актуальной в настоящее время.

Материалы и методы исследований

В клинике кафедры хирургии № 2 с 2014 по 2019 г. проведен анализ лечения и диагностики больных острым калькулезным холециститом, осложненным синдромом Мириizzi. В основу исследования взят анализ 968 историй болезни пациентов с острым калькулезным холециститом.

Соотношение больных с синдромом Мириizzi к больным с калькулезным холециститом составило — 38 (3,9 %). Женщин было — 716 (74 %), мужчин — 252 (26 %). Возраст больных варьировал от 25 до 92 лет.

Все больные были поделены на две основные группы. Первую группу составили больные с ЖКБ и острым холециститом. Вторую группу — больные с острым холециститом, осложненным синдромом Мириizzi. Всем пациентам выполнен общепринятый диагностический алгоритм обследования, включающий в себя ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, группа крови и RW, исследование крови на гепатиты, онкомаркеры.

Результаты исследований и их обсуждение

Все больные второй группы с синдромом Мириizzi были разделены на 4 группы (согласно классификации A. Csendes).

Количество больных с СМ 1 типа составила 27 (72 %); 2 типа — 6 (18 %); 3 типа — 2 (6 %); 4 типа — 1 (3 %). Пациентам обеих групп были выполнены ФГДС и УЗИ гепатобилиарной зоны. Ультразвуковой диагноз острого калькулезного холецистита установлен при наличии (рис. 1):

1. Увеличения продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров желчного пузыря.
2. Утолщения стенки желчного пузыря, более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры (слоистость и неоднородность, «двойной контур»).
3. Наличие блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря.
4. Наличие перивезикального жидкостного скопления.

Ультразвуковые признаки СМ, такие как, наличие конкремента пузырного протока с незначительным расширением общего печеночного протока; расширенный пузырный проток с низким впадением; расширенный пузырный проток с конкрементом были отмечены у пациентов с 1 типом СМ — 27 (72 %).

При наличии сморщенного желчного пузыря, расширения внутрипеченочных протоков, вклиненного конкремента в шейке желчного

пузыря, что было отмечено, заподозрен свищ между пузырем, пузырным протоком и магистральными желчевыводящими путями.



Рис. 1. УЗИ картина 1 типа СМ

Данная ситуация потребовала применения дополнительных инструментальных методов исследования. Магнитно-резонансная томография в режиме холангиографии выполнена 23 (60,5 %) пациентам. По данным МРТ исследования при СМ, выявляли «сморщенный» желчный пузырь, выраженное расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков, содержащих конкременты и стриктуры у 11 (28 %) больных (рис. 2). Прямым признаком деструкции стенки желчного пузыря, формирование билиодигестивного свища с полым органом явилось наличие аэрохолии у 1 (3 %) пациента. МРТ в режиме холангиографии обладает наибольшей чувствительностью по сравнению с другими не инвазивными диагностическими методами.



Рис. 2. МРТ картина СМ 2 и 3 типов



Прибегали к различным методам оперативного лечения при синдроме Мириizzi — открытым и лапароскопическим. Вариант оперативного вмешательства определялся в зависимости от типа синдрома Мириizzi. При 1 типе выполняли ЛХЭ у 27 (72 %) больных, при отсутствии противопоказаний (выраженный инфильтрат в области треугольника Кало, невозможность идентификации пузырного протока и пузырной артерии). При 2 типе выполняли открытые оперативные вмешательства. У 4 (12 %) больных этой группы выполнена лапаротомия холецистэктомия с пластикой общего желчного протока на дренаже по Керу (при условии разрушения свищом стенки желчевыводящих протоков не более 1/3 окружности). У 2 (6 %) выполнена субтотальная холецистэктомия с последующей установкой дренажа в просвет оставшейся части пузыря с фистулой. Ввиду наличия воспалительных тканей, остатки пузыря вокруг дренажа заваривались с помощью аппарата Liga Sure. (Патент № 136292 от 12.08.2019). На 8-е сутки у этих больных наблюдалось подтекание желчи по улавливающему дренажу в количестве до 20–30 мл, что потребовало задержки дренажа до 8–10 суток. Дренаж из оставшейся части пузыря удаляли на 2-е сутки после удаления улавливающего дренажа.

При синдроме Мириizzi 3 и 4 типа выполняли «открытое» хирургическое вмешательство с последующим наложением гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле у 3 (9 %) больных.

Количество больных с СМ неуклонно растет. Сложность диагностики и лечения требует выполнение оперативного вмешательства в специализированном хирургическом центре. Всем больным с подозрением на СМ, показано выполнение МРТ в режиме холангиографии. Данный метод наиболее оптимальный в дооперационной диагностике. При подозрении наличия свищевой формы СМ во время ЛХЭ, требует выполнения конверсии, что позволяет предупредить возможные ятрогенные повреждения.

Выводы

МРТ в режиме холангиографии наиболее информативный неинвазивный метод дооперационной диагностики синдрома Мириizzi, позволяющий диагностировать все типы данного синдрома с высокой долей вероятности.

Правильный подход к виду и тактике оперативного вмешательства, в зависимости от типа СМ позволяет предупредить возможные ятрогенные повреждения внепеченочной желчной протоковой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бордин Д. С. Рекомендации научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. 2012. № 4. С. 114–123.
2. Калимуллина Д. С. Магнитно-резонансная томография в определении отграниченных гнойно-воспалительных изменений после операций на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны // Врач-аспирант. 2013. № 4.1 (59). С. 169
3. Singla L. S., Long Ch., Lai H., Macura K. J. Imaging Strategies for Right Lower Quadrant Pain in Pregnancy // AJR J. 2011. V. 196 No 1. P. 4–12. DOI: 10.2214/AJR.10.4323.
4. Kim T. U., Kim S., Lee N. K., Roh J., Seo H. I. Diffusion-weighted MR imaging for non-neoplastic conditions in the hepatobiliarypancreatic region: pearls and potential pitfalls in imaging interpretation. ECR 2014. Poster C-1051. DOI: 10.1594/ecr2014/C-1051.
5. Desai D. C. and Smink R. D. Jr. Mirizzi syndrome type II: is laparoscopic cholecystectomy justified? / Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, Vol. 1, no. 3, pp. 237–239, 1997.
6. Alidzhanov F. B., Rizayev K. S., Boynazaro I. Kh. (2006) Rol endoskopicheskoy retrogradnoy pankreatokholangiografii v diagnostike sindroma Mirizzi, obuslovlennogo kholestsistobiliarnym svishchom / Annaly khir. Gepatologii, vol. 11, no 3, pp. 63.
7. Smirenskaya T. O. (2000) Kliniko- anatomicheskoye obosnovaniye sindroma Mirizzi. [Clinico-anatomical substantiation of Mirizzi syndrome]. PhD Thesis, Tomsk.
8. Beltrán M. A. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification / World Journal of Gastroenterology, vol. 18, no. 34, pp. 4639–4650, 2012.
9. Yetişir F., Şarer A. E., Acar H. Z., Parlak O., Basaran B., Yazıcıoğlu O. Laparoscopic resection of cholecystocolic fistula and subtotal cholecystectomy by tri-staple in a type V mirizzi syndrome / Case Reports in Hepatology, Vol. 2016, Article ID 6434507, 4 pages, 2016.

МОЖЛИВОСТІ РАННЬОЇ
ДІАГНОСТИКИ І
ПРОФІЛАКТИКИ
ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ
ПОШКОДЖЕНЬ
ЖОВЧОВИВІДНОЇ
ПРОТОКИ ПРИ СИНДРОМІ
МІРІЗІ

*Б. С. Запорожченко,
Д. А. Бондарець, І. Е. Бородаєв,
І. В. Шаранов,
Г. Ю. Шаранова*

Резюме. *Мета.* Проаналізувати можливості ранньої діагностики та профілактики інтраопераційних пошкоджень жовчовивідної протоки при синдромі Міріззі.

Матеріали і методи дослідження. В основу дослідження взято аналіз 968 історій хвороб пацієнтів з гострим калькульозним холециститом. Співвідношення хворих з синдромом Міріззі до хворих з калькульозним холециститом склало — 35 (3,9 %). Жінок було — 716 (74 %), чоловіків Ч 252 (26 %). Вік хворих варіював від 25 до 92 років.

Усі хворі з синдромом Міріззі були розділені на 4 групи (згідно класифікації А. Csendes). Кількість хворих з СМ 1 типу склала 27 (72 %); 2 типу — 6 (18 %); 3 — 2 (6 %); 4 — 1 (3 %).

Результат. Оцінено результат лікування 35 (3,9 %) хворих на синдром Міріззі. При 1 типі виконували ЛХЕ у 27 (72 %) хворих. При 2 типі виконували відкриті оперативні втручання. У 4 (12 %) хворих цієї групи виконано лапаротомію, холецистектомію з пластикою загальної жовчної протоки на дренажі по Керу. У 2 (6 %) виконана субтотальна холецистектомія з подальшою установкою дренажу в просвіт частини міхура з фістули. За наявності 3 і 4 типу синдрому Міріззі виконували «відкриті» хірургічне втручання з наступним накладенням гепатикоєюноанастомоза на виключеній по Ру петлі у 3 (9 %) хворих. Найбільш інформативним неінвазивним методом доопераційної діагностики синдрому Міріззі є МРТ у режимі холангіографії, яка дозволяє діагностувати всі типи даного синдрому з високою часткою ймовірності.

Ключові слова: *синдром Міріззі, лапароскопія, холецистектомія, ЖКХ*

POSSIBILITIES OF
EARLY DIAGNOSIS
AND PROPHYLAXIS OF
INTRAOPERATIVE BILE
DUCT LESIONS IN MIRIZZY
SYNDROME

*B. S. Zaporozhchenko,
D. A. Bondarets,
I. E. Borodaev,
I. V. Sharapov,
A. Yu. Sharapova*

Summary. *Goal.* To analyze the possibilities of early diagnosis and prevention of intraoperative injuries of the bile duct in the Mirizzi syndrome.

Materials and research methods. The study is based on an analysis of 968 case histories of patients with acute calculous cholecystitis. The ratio of patients with Mirizzi syndrome to patients with calculous cholecystitis was 38 (3.9 %). There were 716 women (74 %), and 252 men (26 %). The age of patients ranged from 25 to 92 years.

All patients with Mirizzi syndrome were divided into 4 groups (according to the classification of A. Csendes). The number of patients with type 1 SM was 27 (72 %); 2 types — 6 (18 %); 3 types — 2 (6 %); 4 types — 1 (3 %).

Result. The treatment outcome of 35 patients with Mirizzi syndrome was evaluated. In type 1, LCE was performed in 27 (72 %) patients. In type 2, open surgery was performed. In 4 (12 %) patients of this group, a laparotomy was performed for cholecystectomy with plastic surgery of the common bile duct on Keru drainage. In 2 (6 %), subtotal cholecystectomy was performed with subsequent installation of drainage into the lumen of the remaining part of the bladder with fistula. In the presence of types 3 and 4 of Mirizzi's syndrome, an "open" surgical intervention was performed, followed by hepaticojejunoanastomosis on the Loop-off loop in 3 (9 %) patients. The most informative non-invasive method of preoperative diagnosis of Mirizzi syndrome is MRI in cholangiography, which allows you to diagnose all types of this syndrome with a high degree of probability.

Key words: *Mirizzi syndrome, laparoscopy, cholecystectomy, cholelithiasis.*