

© Д.А. Береговенко, 2018

студент

© А.Ю. Горова, 2018

студент

Научный руководитель

Г.Р. Аджисалиев

*старший преподаватель кафедры топографической
и оперативной хирургии*

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

г. Симферополь, Россия

СИНДРОМ МИРИЗЗИ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В данной статье предоставлен анализ синдрома Мириizzi, а также установлены причины, дана классификация. Исследован метод хирургического лечения синдрома Мириizzi.

Ключевые слова: Синдром Мириizzi, диагностика, симптомы, причины, хирургическое лечение, осложнение.

Синдром Мириizzi - деструктивно-воспалительный процесс в области хартмановского кармана, пузырного протока или шейки желчного пузыря, вызванный конкрементом и приводящий к сужению печеночного канала или формированию пузырно-холедохоэального свища. Патология названа в честь аргентинского хирурга П.С. Мириizzi, который в 1948 году детально описал симптомокомплекс осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ). Заболевание является редким и тяжело распознаваемым. В предоперационном периоде оно диагностируется у 13-22% пациентов. Заболевание в равной степени встречается у лиц обоих полов. Распространенность патологии среди пациентов с желчнокаменной болезнью составляет 0,25-6%. Подавляющее большинство пациентов составляют люди пожилого и старческого возраста.

Синдром Мириizzi (СМ) - это осложнение калькулезного холецистита, при котором конкременты, расположенные в пузырном протоке или кармане Хартмана, сдавливают общий печеночный проток с образованием его стриктуры, а затем и фистулы. Заболевание проявляется болезненными ощущениями в подреберье справа различной интенсивности, иктеричностью склер и кожи, лихорадкой, тошнотой, ухудшением общего состояния больного. Диагностика основывается на данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) желчного пузыря и билиарных путей, ЭРПХГ, ЧЧХГ. Лечение оперативное. Выполняют холецистэктомию с экстракцией камней и дренированием желчных протоков эндоскопическим или открытым способом. При возникновении свища проводят его ушивание или пластику [1].

Этиология заболевания до конца не изучена. Основной причиной развития болезни принято считать хронический калькулезный холецистит, при котором конкремент мигрирует в карман Хартмана, шейку пузыря или пузырный проток, плотно прилегая к стенке и формируя пролежень [7]. Иногда причиной патологического процесса являются новообразования желчевыводящих путей, приводящие к сдавлению магистрального протока печени.

Основными предрасполагающими факторами являются близкое анатомическое расположение желчного пузыря, пузырного протока и гепатохоледоха. Вероятность возникновения болезни возрастает при параллельном расположении пузырного и печеночного протоков, при наличии единой оболочки, покрывающей оба канала. Некоторые авторы выделяют врожденную аномалию развития желчевыводящей системы, при которой пузырный проток имеет большую длину и впадает в нижнюю треть гепатохоледоха. В этом случае, при наличии конкремента в пузырном канале, увеличивается риск сдавления общего протока печени и развития патологического синдрома.

Механизм формирования болезни проходит ряд сложных патоморфологических реакций. Развитие синдрома Мириizzi включает несколько этапов. На первом этапе в результате наличия билиарного конкремента, опухоли, воспалительного инфильтрата, повышения внутрипузырного давления происходит сужение просвета проксимального отдела печеночного канала. Следующая патогенетическая фаза обусловлена длительным сдавлением протока и отсутствием хирургической декомпрессии. Формируется стриктура проксимальной части гепатохоледоха. Скорость развития стеноза зависит от размеров и лабильности камня. При неподвижном конкременте больших размеров, находящемся в зоне сдавления, скорость развития стриктуры резко возрастает [13].

На третьем этапе происходит перфорация внепеченочного билиарного канала. Длительное воздействие конкремента на стенку протока приводит к нарушению ее питания, формируется пролежень с дальнейшим образованием свища между печеночным протоком и желчным пузырем или пузырным каналом. На четвертом этапе через образовавшееся отверстие в просвет печеночного канала поступают конкременты, происходит увеличение размеров фистулы. Стриктура нивелируется, желчный пузырь уменьшается в объеме и напоминает дивертикулообразную полость, сообщающуюся с внепеченочным билиарным каналом через широкое соустье.

Различают две формы синдрома Мириizzi: острую и хроническую. При остром воспалении происходит сужение печеночного протока с проявлением яркой клинической картины [10]. Хроническое течение болезни характеризуется наличием свища между желчным пузырем и проксимальной частью гепатохоледоха. По степени поражения стенки печеночного протока образовавшейся фистулой выделяют четыре типа (стадии) синдрома:

- 1 тип. Возникает стойкое сдавление общего печеночного протока конкрементом, расположенном в кармане Хартмана или пузырном канале.
- 2 тип. Между пузырным протоком или желчным пузырем и общим протоком печени формируется свищ, который занимает менее трети окружности протока.
- 3 тип. Свищ увеличивается в размере, охватывая 2/3 окружности печеночного протока.
- 4 тип. Стенка проксимальной части гепатохоледоха разрушена, холецистохоледохеальный свищ занимает всю окружность протока.

Клиническая картина заболевания схожа с симптомами холецистита, протекающего с явлениями печеночного холестаза. В анамнезе пациентов отмечается длительное течение ЖКБ с частыми обострениями. Основными проявлениями болезни служат боль в правой половине живота, кожный зуд. Интенсивность боли может варьировать от тупой ноющей до резкой колющей. У пациентов появляется желтоватый оттенок склер, кожных покровов, который чаще возникает на фоне формирования свища [9]. По мере нарастания симптомов болезни появляется озноб, повышением температуры тела, слабость, головная боль. Для болезни характерны диспепсические явления: тошнота, в редких случаях рвота, снижение аппетита. Пациенты отмечают темный цвет мочи, обесцвечивание и послабление стула.

Чем продолжительнее протекает заболевание, тем вероятнее развитие осложнений. Механическая желтуха при отсутствии экстренных мер приводит к симптомам интоксикации, нарушению антитоксической функции печени, развитию ДВС-синдрома и почечно-печеночной недостаточности. Данные состояния относятся к жизнеугрожающим и могут привести к летальному исходу. Длительное сдавление печеночного протока способствует его перфорации, излитию желчи в брюшную полость и развитию билиарного перитонита. Образование холецисто-холедохоальной фистулы может привести к изъязвлению стенки выводного канала или желчного пузыря, возникновению кровотечения. При позднем обнаружении синдрома Мириззи, даже после проведенного хирургического вмешательства, летальность может достигать 14% [12].

Ввиду отсутствия патогномичных симптомов, позволяющих заподозрить осложнение ЖКБ, диагностика синдрома значительно затруднена. Консультация гастроэнтеролога заключается в тщательном изучении анамнеза заболевания и сопутствующей патологии, физикальном осмотре. Специалист обращает внимание на частоту приступов ЖКБ и анатомические особенности желчевыводящих путей пациента. При подозрении на синдром Мириззи проводят следующие инструментальные обследования:

- УЗИ гепатобилиарной системы. При исследовании печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей визуализируется расширение внутрипеченочных протоков при нормальном желчном протоке, неподвижный камень в области шейки или пузырного протока, измененный и уменьшенный в размерах желчный пузырь.

- КТ желчевыводящих путей. Относится к современным способам диагностики, позволяет оценить дефекты стенки желчного пузыря или печеночного канала, наличие конкрементов, степень сужения протока. Исследование часто проводится с контрастным усилением.

- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРПХГ). На сегодняшний день является наиболее информативным методом обследования. Позволяет оценить степень стриктуры внепеченочного билиарного протока, локализацию и тип пузырно-холедохоального свища.

- Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Данный метод помогает получить информацию о выраженности обтурации желчных протоков, локализации конкрементов. Ввиду инвазивности применяется реже вышеперечисленных методов диагностики [5].

При появлении признаков механической желтухи выполняют ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, копрограмму. Дифференциальную диагностику следует проводить с другими заболеваниями ЖКТ: острым бескаменным холециститом, острым панкреатитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстой кишки, острым гепатитом, синдромом Вестфаля-Бернхарда. Сдавление гепатохоледоха конкрементом следует дифференцировать с опухолевидным разрастанием.

Прогноз синдрома Мириззи зависит от стадии патологии, сроков проведения диагностики и лечения. После операций при 1 и 2 типах заболевания прогноз благоприятный. Через 2-3 недели пациент может вернуться к привычному образу жизни. На 3, 4 этапах или при отсутствии своевременного лечения могут возникать жизнеугрожающие осложнения (кровотечение, желчный перитонит), которые значительно ухудшают прогноз болезни. Профилактика синдрома предполагает тщательное наблюдение за пациентами с патологией желчевыводящих путей (острым и хроническим холециститом, ЖКБ). С целью предупреждения развития осложнений больным необходимо 1-2 раза в год проводить плановое УЗИ брюшной полости [11].

Открытая хирургическая операция. Лапаротомия может применяться на любых стадиях заболевания. При 1 типе выполняют холецистэктомия и ревизию билиарных каналов с установкой Т-образного дренажа. При 2 и 3 типах проводят резекцию желчного пузыря, удаление

конкрементов, ушивание свищевого дефекта и дренирование. В некоторых случаях осуществляют пластику свища тканью желчного пузыря [8]. При 4 типе операцией выбора является наложение гепатикоюноанастомоза между гепатикохоледохом и отключенной по Ру петлей тощей кишки.

Разработана и предложена классификация СМ:

- Тип 1 - компрессия общего желчного или печеночного протока конкрементом, фиксированным в шейке желчного пузыря или пузырьном протоке;
- Тип 2 - холецисто-холедохеальный: локализация холецисто-билиарного свища дистальнее впадения пузырьного протока в холедох;
- Тип 3 - протоковый: локализация холецисто-билиарного свища на уровне пузырьного протока с его разрушением, широкое сообщение желчного пузыря с холедохом;
- Тип 4 - конфлюенсный: локализация холецисто-билиарного свища на уровне гепатикохоледоха и конфлюенса [16].

Анализируя представленные в таблице виды, можно констатировать, что при типе I СМ выполнялась холецистэктомия. При II типе СМ, т.е. при наличии холецисто-холедохеального свища, у больных была производится пластика дефекта холедоха оставленным лоскутом стенки желчного пузыря. В остальных случаях проводились наружное дренирование холедоха через свищ и холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову. При III типе холецистэктомия сопровождается наружным дренированием, формированием холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову, пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря. При IV типе СМ холецистэктомия завершалась наружным дренированием протоков, пластикой дефекта лоскутом желчного пузыря с наружным дренированием, гепатикоюноностомией по Ру и холецистобигепатикоюноностомией по Ру.

На сегодняшний день синдром Мириззи, классификация, диагностика, лечение которого описаны в данной статье, медициной рассматривается как одно из осложнений желчнокаменной болезни. Однако в области диагностики и оперативного вмешательства остается ряд нераскрытых вопросов.

Несмотря на то, что существует широкий спектр различных видов хирургического вмешательства, результаты лечения не всегда соответствуют ожидаемым.

Во время операции повышается уровень интра- и послеоперационного осложнения. Трудности при проведении диагностических мероприятий, опасность повреждения желчного протока, небольшое количество наблюдений, а также богатый спектр методов оперативного вмешательства является предпосылкой для более углубленного изучения проблемы. Внедрение современных принципов диагностики и разработка оптимальной тактики в хирургии в зависимости от стадии развития заболевания дает возможность оптимизировать терапию пациентов с этим осложнением ЖКБ.

Список литературы

1. Глебова А.В. Синдром мириззи: диагностика и дифференцированное хирургическое лечение. Санкт-Петербург. 2014. С. 132 с.
2. Курбаниязов З.Б. Давлатов С.С. Нишанов М.Ш. Рахманов К.Э. Синдром мириззи (определение, классификация, диагностика и лечение). 2014, . - С. 40
3. Коханенко Н.Ю. Выбор хирургической тактики у больных с синдромом Мириззи при помощи МРТ диагностики / Н.Ю. Коханенко, К.В. Павелец, А.В. Глебова, Т.В. Корякина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. Медицина. - 2014. - Вып. 2. - С.130-137.
4. Коханенко Н.Ю. Хирургическая тактика при "свежих" повреждениях желчных протоков / Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, Ю.Н. Ширяев, С.В. Петрик, М.А. Бернштейн, А.В. Глебова // Ак-

туальные проблемы гепатопанкреато-билиарной хирургии. Материалы конгресса. 9-12 сентября. Пермь. - 2014. - С. 127-128.

5. Ahlawat, S. K. Mirizzi syndrome / S. K. Ahlawat, R. Singhanian, F. H. Al-Kawas // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. - 2014. - Vol. 10, № 2. - P. 102-110.

6. 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. - 2014. - Vol. 36. - P. 980-982

7. Chang-Hwan, P. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Post Gastrectomy Patients / P. Chang-Hwan // Clin Endosc. - 2016. - Vol. 49. - P. 506-509.

8. Gomez D. Mirizzi's syndrome - results from a large western experience / D. Gomez, S.H. Rahman // HPB. - 2016. - T. 8. - P. 474-479

9. Kelly M.D. Acute Mirizzi syndrome // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. - 2014. - Vol. 13. - P. 104-109.

10. Kwon A-H., Inui H. Preoperative diagnosis and efficacy of laparoscopic procedures in the treatment of Mirizzi syndrome // J. Am. Coll. Surg. - 2014. - Vol. 204, № 3. - P. 409-415.

11. Lai E.C.H., Lau W.Y. Mirizzi syndrome: history, present and future development // ANZ J. Surg. - 2013. - Vol.76. - P. 251-257.

12. 15. The Mirizzi Syndrome: multidisciplinary management promotes optimal outcomes/ R. Mithani, W.H. Schwesinger, J. Bingener et al. // J. Gastrointest. Surg. - 2014. - Vol.12. - P.1022-1028.

13. Combination of magnetic resonance cholangiopancreatography and computed tomography for preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome / E.J. Yun, C.S. Choi, D.Y. Yoon et al. // J. Comput. Assist. Tomogr. - 2015. - Vol. 33, № 4. - P. 636-640

14. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome / B. J. Sánchez, S. R. Cabezali, L. E. Monsalve [et al.] // An. Med. Interna. - 2007. - Vol. 24, № 6. - P. 281-284.

15. Pedrosa, I. MR imaging in abdominal emergencies / I. Pedrosa, N. M. Rofsky // Radiol. Clin. N. Am. - 2014. - Vol. 41. - P. 1243-1273.

16. Yeh C.N. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome / C.N. Yeh, Y.Y. Jan, M.F. Chen // Surg. Endosc. - 2014. - T. 17. - P. 1573-1578.

Статья поступила в редакцию 06.10.2018 г.

Статья рекомендована к публикации 09.10.2018 г.

© D.A. Beregoenko, A.Yu. Gorova, 2018

Research supervisor

G.R. Adzhisaliyev

THE MIRIZZI SYNDROME. SURGICAL TREATMENT

This article presents an analysis of The Mirizzi syndrome, as well as the causes, the classification. The method of surgical treatment of Mirizzi syndrome was investigated.

Keywords: The Mirizzi syndrome, diagnostics, symptoms, reasons, surgical treatment, complication.

Received for edition on 06.10.2018

Recommended for publication on 09.10.2018