

Р. С. Шило¹, Э. В. Могилевец¹, В. Г. Богдан², К. С. Белюк¹, К. В. Солонец¹

СИНДРОМ МИРИЗЗИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»²

Синдром Мириizzi – это редкое осложнение желчнокаменной болезни, общая летальность при которой достигает 11–14%.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с синдромом Мириizzi.

Материалы и методы. В 2016 году из выполненных 475 операций на желчевыводящих путях синдром Мириizzi был диагностирован в 2 случаях, которые и подверглись ретроспективному анализу.

Результаты и обсуждение. Синдром Мириizzi у пациентов с желчнокаменной болезнью выставлен по результатам УЗИ и МРТ. В обоих случаях диагноз был подтвержден в ходе лапароскопии, в последующем производилась конверсия и гепатикоюностомия на выключенной по Ру петле.

Выводы. 1. Заподозрить синдром Мириizzi позволяет визуализация «сморщенного желчного пузыря» с расширенной проксимальной частью гепатикохоледоха при выполнении ультразвукового исследования, уточнению диагноза до операции помогает магнитно-резонансная томография. При необходимости выполняют магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, ретроградную холангиопанкреатографию, холангиоскопию, интраоперационную холангиографию.

2. Гепатикоюностомия на выключенной по Ру петле является одной из приемлемых операций, позволяющих достичь благоприятного результата при хирургическом лечении синдрома Мириizzi.

3. Своевременная диагностика синдрома Мириizzi позволяет избежать интраоперационных ятрогенных повреждений желчевыводящих путей.

Ключевые слова: Синдром Мириizzi, желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия.

R. S. Shyla, E. V. Mogilevets, V. G. Bogdan, K. S. Belyuk, K. V. Solonets

MIRIZZI SYNDROME

Introduction. Mirizzi syndrome is a rare complication of cholelithiasis, the general lethality at which reaches up to 11–14%.

Goal. Analysis of the results of treatment of patients with Mirizzi's syndrome.

Materials and methods. In 2016, from 475 operations performed on the biliary tract, Mirizzi's syndrome was diagnosed in 2 cases, which were retrospectively analyzed.

Results and discussion. Mirizzi's syndrome in patients with cholelithiasis was diagnosed with ultrasound and MRI. The diagnosis was confirmed during laparoscopy in both cases, followed by a conversion and Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

Conclusions. 1. Visualization of the «wrinkled gallbladder» with an enlarged proximal part of the d. hepaticocholedohus allows one to suspect Mirizzi syndrome when performing an ultrasound, magnetic resonance imaging helps to clarify the diagnosis before surgery. If necessary, perform magnetic resonance cholangiopancreatography, retrograde cholangiopancreatography, cholangioscopy, intraoperative cholangiography.

2. Roux-en-Y hepaticojejunostomy is one of the acceptable operations that allow to achieve a favorable result in the surgical treatment of Mirizzi syndrome.

3. Timely diagnosis of Mirizzi's syndrome can prevent intraoperative iatrogenic lesions of the bile ducts.

Key words: Mirizzi syndrome, cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy.

Синдром Мириizzi (СМ) в хирургической практике считается редким и тяжелым осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ). Начальным морфологическим признаком этого синдрома является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, а завершается этот патологический процесс либо формированием стриктуры, либо образованием холецисто-билиарного свища.

В связи с ростом заболеваемости населения ЖКБ, увеличением числа осложнённых форм холецистита и несвоевременностью хирургического вмешательства при данном заболевании увеличилась и частота случаев СМ [1]. По данным различных авторов, частота встречаемости синдрома Мириizzi среди пациентов, которым была выполнена холецистэктомия, составляет 1–5%, а общая летальность достигает 11–14% [4]. На дооперационном этапе у пациентов с ЖКБ данный

синдром верно диагностируется лишь в 12–22% случаев, а у 13–14% пациентов в отдалённом послеоперационном периоде выявляются стриктуры гепатикохоледоха и резидуальный холедохолитиаз [3, 5].

При описании данного патологического процесса основным пусковым механизмом Мириizzi считал нарушение продвижения желчи по желчевыводящим путям, в частности, по общему печеночному протоку [11]. В патогенезе стаза автор выделял два основных компонента – анатомический и функциональный. Анатомический компонент связан с аномальным расположением составляющих гепатобилиарного тракта: дислокация пузырной артерии, кармана Гартмана. Так же сюда можно отнести местные рубцовые изменения, наличие конкремента в шейке желчного пузыря либо в месте впадения пузырного протока в холедох. Функциональный же

компонент заключается в спазме гладкой мускулатуры пузырного протока. Это подтверждается гистологическими исследованиями, которые доказали, что на протяжении всего общего желчного протока имеются циркулярные и спиральные мышечные волокна.

Со времён первого упоминания данного патологического состояния было предложено множество классификаций, но, несмотря на их разнообразие, ни одна не отражает в полной мере все клинические и патоморфологические особенности данного синдрома.

Так как клинические проявления синдрома Мириizzi могут встречаться при других заболеваниях желчевыводящего тракта и прилегающих к нему органов, дифференциальную диагностику стоит проводить с раком желчного пузыря, холедохолитиазом, раком холедоха, псевдотуморозным панкреатитом, раком поджелудочной железы, склерозирующим холангитом, механическим воздействием лимфоузлов на холедох.

Наиболее точным методом исследования желчевыводящих путей является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). В диагностике синдрома Мириizzi данный метод обладает чувствительностью около 62–75%, и, по мнению ряда авторов, считается «золотым» стандартом диагностики СМ [9, 10]. Однако недостатком ЭРХПГ является его инвазивность и небезопасность, заключающаяся в способности вызывать ряд осложнений, таких как панкреатит, кровотечение, перфорация желчных путей и двенадцатиперстной кишки.

К наиболее перспективным неинвазивным и высокочувствительным методам визуализации желчевыводящих путей относят магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ). МРХПГ – это разновидность МРТ, суть которой заключается в визуализации стационарной жидкости в желчевыводящих путях и панкреатических протоках как гиперинтенсивного сигнала на T2 взвешенных изображениях [12].

Что касается лечения синдрома Мириizzi, до сих пор не внесена ясность в тактику хирургического пособия при различных его типах. При этом разнятся не только виды предлагаемых операций, но и способы оперативного доступа. Многие авторы считают синдром Мириizzi противопоказанием к выполнению лапароскопической операции [2,6], а некоторые же, напротив, выполняют данную операцию при дефекте холедоха не более 1/3 диаметра протока [7].

Для хирургического лечения синдрома Мириizzi предложены различные виды операций: холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока, его пластика оставленной стенкой желчного пузыря, билиодигестивные анастомозы, пластика гепатикохоледоха на, так называемом, «потерянном» дренаже [8].



Рис. 1. МРТ пациента с Синдромом Мириizzi. Камень желчного пузыря пролабирует в гепатикохоледох выше впадения пузырного протока

На данный момент СМ является актуальной проблемой в хирургии. В отечественной и зарубежной литературе, за неимением достаточного числа наблюдений, эта патология скудно описана и вызывает множество спорных вопросов у практикующих хирургов.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с синдромом Мириizzi.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» (ГОКБ) в 2016 году выполнено 475 операций на желчевыводящих путях, при этом синдром Мириizzi был диагностирован в 2 случаях.

Приводим наше клиническое наблюдение. Пациентка С., 66 лет, поступила в хирургическое отделение ГОКБ с диагнозом «ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, холедохолитиаз?» для дообследования и оперативного лечения с жалобами на периодические ноющие боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту. Из анамнеза – болевая желчнокаменная болезнь длительное время, за неделю до поступления пожелтела, лечилась в хирургическом стационаре по месту жительства.

При поступлении в ГОКБ состояние пациентки оценивалось как удовлетворительное. Видимой желтухи кожных покровов и склер не было, живот при пальпации был мягкий, чувствительный в правом подреберье. По данным общего анализа крови повышения уровня лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов выявлено не было. В биохимическом анализе наблюдалось незначительное увеличение трансаминаз крови, уровень общего билирубина – 28 мкмоль/л, прямого – 10 мкмоль/л. Из описания ультразвукового исследования: «Желчный пузырь: сморщен, в его проекции конкремент 15 мм, внутривенные протоки не расширены». Далее пациентке было выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости. Печень на этом исследовании была правильной формы, нормальных размеров, без очаговой патологии. Внутривенные желчные протоки не расширены, желчный пузырь значительно уменьшен в размерах, склерозирован, просвет его занимает неправильной формы конкремент размером до 15,5 на 11 мм. Последний пролабирует в холедох выше впадения пузырного протока. Общий желчный проток не расширен, до 3,3 мм диаметром, без видимых дополнительных образований в просвете. Поджелудочная железа обычно расположена, с чёткими неровными контурами, без очаговой патологии; головка – 23 мм; тело – 18 мм; хвост – 16,7 мм. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Заключение: МР – признаки ЖКБ, синдрома Мириizzi? (рисунок 1).

На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных физического осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, был выставлен диагноз «ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит. Синдром Мириizzi?».

Результаты и обсуждение. Было принято решение начать оперативное пособие с лапароскопии для уточнения диагноза с дальнейшей корректировкой его по результатам оперативной находки.

В ходе операции выявлено, что желчный пузырь фиброзно-измененный, размерами 7×3×2,5 см, плотно сращен в области дна с 12-типерстной кишкой. В области шейки желчного пузыря инструментально пальпируется конкремент 1,5 см в диаметре. Также установлено интимное сращение шейки желчного пузыря с правой полуокружностью общего печеночного протока. Интраоперационный диагноз – «ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит. Склероатрофический (сморщенный) желчный пузырь. Синдром Мириizzi 1 типа». Решено выполнить конверсию. После лапаротомии желчный пузырь отделен от плотно сращенной с ним 12-типерстной кишкой. Установлено наличие камня в шейке желчного пузыря с развитием пролежня между карманом Гартмана и

общим печеночным протоком. При отделении шейки пузыря от печеночного протока, вследствие пролежня, констатировано наличие дефекта более 2/3 окружности печеночного протока, с пролабированием в него конкремента 1,5×1 см. Диаметр общего печеночного протока и расположенного ниже пролежня общего желчного протока составляет 0,5 см. Зондами Долиотти ревизированы правый и левый долевыми протоки – проходимы, без конкрементов. Учитывая установленную картину сформирован гепатикоеноаноаномоз на выключенной по Ру петле отдельными швами монофиламентным длительно рассасывающимся шовным материалом 5.0 с использованием микрохирургического инструментария.

Послеоперационный период пациентки протекал гладко, послеоперационных осложнений не было. Пациентка была активной со 2 суток после операции, желтухи и повышения температуры у нее не было. По улавливающему дренажу отделяемого не было, последний был удален на 3 сутки. Пациентка выписана в удовлетворительной состоянии на 13 сутки после операции.

Наличие синдрома Мирizzi в нашем случае предполагалось по результатам УЗИ и МРТ (сморщенный желчный пузырь с наличием сплошной эхотени камня в его проекции по данным УЗИ и подозрение на наличие данного синдрома по МРТ) и было подтверждено при лапароскопии.

Данный клинический случай демонстрирует возможности неинвазивной дооперационной диагностики синдрома Мирizzi. В случае необходимости дополнительно могут применяться магнитно-резонансная холангиография, ретроградная холангиопанкреатография, интраоперационная холангиография и холангиоскопия. Данная патология требует от хирургов настороженности при проведении оперативных вмешательств в гепатобилиарной зоне, а также осведомленности о методах реконструкции желчевыводящих протоков.

Выводы. 1. Синдром Мирizzi – это тяжелое осложнение желчнокаменной болезни, сложно диагностируемое на дооперационном этапе из-за отсутствия патогномоничных для данного синдрома клинических проявлений. Необходимо уделять большее внимание косвенным признакам синдрома Мирizzi при скрининговом УЗИ, таким как сморщенный желчный пузырь с расширенной проксимальной частью желчного протока. Информативными методами выявления данного синдрома считаются магнитно-резонансная холангиопанкреатография и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Диагностика синдрома может быть продолжена на этапе операционного пособия, для этого могут применяться холангиография и фиброхолангиоскопия.

2. Наложение гепатикоеностомы на выключенной по Ру петле является приемлемой операцией в хирургическом лечении синдрома Мирizzi. Такой вид оперативного пособия способствует скорейшей реабилитации пациентов и возвращению их к трудовой деятельности.

3. Всестороннее обследование с использованием наиболее информативных методов верификации, интраоперационная диагностика, настороженность оперирующих хирургов по отношению к такой редкой патологии как синдром Мирizzi, а также оптимальное хирургическое пособие позволяют избежать ятрогенных повреждений гепатобилиарной системы и ускоряют темпы реабилитации оперированных пациентов.

Литература

1. Абдуллоев, Д. А. Хирургическое лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни / Д. А. Абдуллоев, К. М. Курбонов и др. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2007. – Т. 1 66, № 2. – С. 68–71.
2. Борисов, А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А. Е. Борисов. – СПб.: «Скифия», 2003 – Т. 1. – С. 448.
3. Вакулин, Г. В. Опыт лечения больных с синдромом Мирizzi / Г. В. Вакулин, А. Е. Новосельцев, Г. Г. Гвиниашвили // Анналы хир. гепатологии. – 2006. – Т. 11. – № 3. – С. 74.
4. Гальперин, Э. А. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечения / Э. А. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе, А. Е. Котовский и соавт. // Анн.хир. гепатол. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 7–10.
5. Грясов, В. И. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирizzi / В. И. Грясов, В. В. Перфильев, С. П. Шепкин и соавт. // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 11. – С. 31–34.
6. Дряженков, Г. И. Хирургия печеночных протоков / Г. И. Дряженков, И. Г. Дряженков. – Ярославль: Рыбинск: Рыбинский дом печати, 2009. – С. 232.
7. Егиев, В. Н. Лапароскопическая холедохолитомия при синдроме Mirizzi и холедохолитиазе / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, А. И. Валетов, М. В. Семенов // Эндоскоп.хир. – 1997. – № 2. – С. 36–37.
8. Тимербулатов, В. М. Внутренние желчные свищи. Современные технологии в диагностике и лечении / В. М. Тимербулатов, Р. М. Гарипов, С. Н. Хунафин, А. А. Нурмухаметов. – М.: Триада-Х, 2003. – С. 160.
9. Chan, C. Y. Mirizzi syndrome: a diagnostic and operative challenge / C. Y. Chan, K. H. Liao et al // Surg. J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel. – 2003 – Vol. 1, N 5. – P. 273–278.
10. Kwon, A. H. Preoperative diagnosis and efficacy of laparoscopic procedures in the treatment of Mirizzi syndrome / A. H. Kwon, H. Inui. // J. Am. Coll. Surg. – 2007. – Vol. 204, N 3. – P. 409–415.
11. Mirizzi, P. L. Syndrome delconduco hepatico / P. L. Mirizzi // J. Int. Chir. – 1948. – N 8. – P. 731–777.
12. Pedrosa, I. MR imaging in abdominal emergencies / I. Pedrosa, N. M. Rofsky // Radiol. Clin. N. Am. – 2003. – Vol. 41. – P. 1243–1273.