

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

**Давлатов С. С.<sup>1</sup>, Хидиров З. Э.<sup>2</sup>, НАСИМОВ А. М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Давлатов Салим Сулаймонович – старший преподаватель;

<sup>2</sup>Хидиров Зиёдулла Эркинович – магистрант;

<sup>3</sup>Насимов Абдужалил Махмаюнусович – магистрант,

кафедра хирургических болезней № 1 и онкологии,

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** нами было пролечено 4037 пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Синдром Мирizzi диагностировали у 56 больных. Больные с синдромом Мирizzi разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 19 больных, которым произведена лапаротомная холецистэктомия. Основную группу составили 37 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом. Оценка результатов УЗИ, которое было выполнено до операции, позволила установить диагноз синдрома Мирizzi у 37 (67,4%) пациентов. При оценке эхограмм нами выявлены признаки, позволившие заподозрить синдром Мирizzi до операции. При оценке результатов ЭРХПГ патогномичным для синдрома Мирizzi считали характерное сдавление извне общего желчного протока либо наличие холецистохоледохеального свища, что было установлено у 32 (58,3%) больных.

**Ключевые слова:** синдром Мирizzi, холедохолитиаз, холецистохоледохеальный свищ.

**Введение.** С неуклонным развитием техники миниинвазивной хирургии и приобретением коллективного опыта наблюдается необратимый процесс сужения противопоказаний и расширения возможностей миниинвазивных оперативных вмешательств [2]. До недавнего времени синдром Мирizzi считался одним из противопоказаний для выполнения лапароскопической холецистэктомии [4, 6]. По данным литературы, синдром Мирizzi диагностируется у 2,7-5% больных с различными формами желчнокаменной болезни [5, 8]. В последнее время большое внимание уделяется классификации синдрома Мирizzi, методам дооперационной диагностики, а также различным методам хирургической коррекции, в том числе с использованием миниинвазивных технологий [3, 7, 9]. Предложено несколько классификаций синдрома Мирizzi, однако имеются существенные разногласия в эффективности различных методов обследования для выявления синдрома Мирizzi. Основным фактором, лежащим в их основе, является наличие или отсутствие фистулы между желчным пузырем и желчевыводящими путями. По этому в создании первой и наиболее распространенной классификации McSherry (1982): 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 [5]. Такая классификация очень важна для хирургов, особенно в современных условиях эпохи лапароскопических холецистэктомий.

Большинство хирургов предпочитают выполнять у больных с подтвержденным диагнозом синдрома Мирizzi открытую холецистэктомию [1, 4]. Хирургическое лечение предполагает устранение причины обструкции гепатикохоледоха - холецистэктомию при I типе и холедохолитотомию при II типе. При значительном дефекте гепатикохоледоха ряд авторов предлагают наружный дренаж по Керу [1, 6]. Другие выполняют формирование билиодигестивного анастомоза, что значительно усложняет вмешательство и повышает риск развития гнойного холангита и стриктур, которые служат причиной для повторных вмешательств у 11,1–20,8 % больных с синдромом Мирizzi [1, 2, 4].

Таким образом, синдром Мирizzi является не частым, но грозным осложнением ЖКБ, требующим комплексной диагностики и хирургического лечения, которое может варьировать от стандартной холецистэктомии до обширных реконструктивных операций.

Цель исследования. Разработка эффективного комплекса до- и интраоперационного обследования пациентов с желчнокаменной болезнью для диагностики синдрома Мирizzi с указанием его типа и на основании полученной информации предложить оптимальные оперативные вмешательства в зависимости от типа выявленного синдрома Мирizzi, а также оценить их эффективность.

**Материал и методы.** Нами было пролечено 4037 пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Синдром Мирizzi диагностировали у 56 больных, что составило 1,38%. Женщин было 47 (84%), мужчин - 9 (16%). Возраст больных составил от 27 до 80 лет. Распределение больных в зависимости от формы воспаления желчного пузыря было следующим: хронический холецистит - 32 больных, острый холецистит – 24. Больные с синдромом Мирizzi разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 19 больных, которым произведена лапаротомная холецистэктомия. Основную группу составили 37 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом.

Все больные подвергались общеклиническому обследованию, проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. УЗИ брюшной полости, при котором оценивали состояние желчного пузыря (объем, толщина и четкость контура стенок), внутри- и внепеченочных желчных протоков, печени и её ворот, поджелудочной железы. В анамнезе у 28 пациентов с синдромом Мириizzi были эпизоды механической желтухи. Следует отметить, что в результате возникшего воспаления в желчном пузыре происходит сдавление и нарушение проходимости общего печеночного или общего желчного протоков. Всем больным с механической желтухой в анамнезе была произведена ЭРХПГ. У 7 пациентов ЭРХПГ оказалась неинформативной для установления окончательного диагноза. Поэтому в клинике была принята тактика с обязательным выполнением ИОХГ у пациентов с механической желтухой при поступлении или в анамнезе, расширении общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышении уровня общего билирубина и его фракций, повышенных показателях АСТ, АЛТ и ЩФ. Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по общепринятой методике в условиях пневмоперитонеума из 4-х троакарных точек. Диагноз синдрома Мириizzi устанавливали интраоперационно при ревизии шейки желчного пузыря, элементов треугольника Кало, гепатодуоденальной связки и её элементов. Также диагноз верифицировали по результатам ИОХГ, которая выполнялась через надсеченный пузырный проток до проведения холецистэктомии. Основываясь на данных УЗИ и ЭРХПГ, полученных до операции, а также интраоперационных данных, определяли дальнейшую тактику лечения.

**Результаты и их обсуждение.** Оценка результатов УЗИ, которое было выполнено до операции, позволила установить диагноз синдрома Мириizzi у 37 (67,4%) пациентов. При оценке эхограмм нами выявлены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириizzi до операции. К ним относятся камень пузырного протока с незначительным расширением общего печеночного протока (ОПП); расширенный пузырный проток с конкрементом; расширенный пузырный проток с низким его впадением; сморщенный желчный пузырь + расширение внутривнутрипеченочных протоков + нерасширенный общий желчный проток (ОЖП); вклиненный камень шейки желчного пузыря + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз + сужение в области ОПП. При оценке результатов ЭРХПГ патогномичным для синдрома Мириizzi считали характерное сдавление извне общего желчного протока, либо наличие холецистохоледохеального свища, что было установлено у 32 (58,3%) больных. Нами выделено два типа синдрома Мириizzi. Синдром Мириizzi I типа - камень, вклиненный в пузырный проток и в шейку желчного пузыря вызывает сдавление общего печеночного или общего желчного протоков был диагностирован у 42 (75 %) пациентов. Синдром Мириizzi II типа был представлен сформированным холецистохоледохеальным свищом у 14 (25%) больных. Окончательный диагноз был подтвержден интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ИОХГ, эффективность которой в нашем исследовании достигала 100%.

При синдроме Мириizzi I типа мы выполняли лапароскопическую холецистэктомию. При этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, однако при хорошем знании топографо-анатомических вариантов строения образований в зоне гепатодуоденальной связки и тщательных, бережных манипуляциях, лапароскопическая холецистэктомия оказалась успешной у 25 (67,5%) больных с синдромом Мириizzi. У 3 (8,1%) пациентов после лапароскопической ревизии подпеченочного пространства выполнение лапароскопической холецистэктомии было признано рискованным без попыток выделения пузырного протока и пузырной артерии (плотный инфильтрат, обширный спаечный процесс в зоне треугольника Кало). У этих больных была осуществлена конверсия к минилапаротомной холецистэктомии. В 9 (24,3%) случаях сформированного холецистохоледохеального свища (II тип синдрома Мириizzi) выполнялась минилапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и санацией холедоха растворами антисептиков.

Оперативное вмешательство завершали пластикой холедоха на Т-образном дренаже при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока (4 случая). В 5 случаях выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности, производили конверсию на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны. В 2 случаях было произведено наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и 3 больным произвели гепатикоюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру. Следует отметить, что при оценке отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств наилучшие результаты были получены у пациентов, которым производилось выполнение гепатикоюностомии с анастомозом по Ру.

У пациентов, которым выполнялась лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия, не отмечалось послеоперационных осложнений. В случае выполнения оперативного вмешательства из лапаротомного доступа у 2 пациентов отмечалось нагноение операционной раны и у 3 - послеоперационная пневмония. Летальных исходов не было. Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Мириizzi позволит избежать

большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту конверсий при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеоттока. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии.

**Выводы.** 1. Наличие в анамнезе механической желтухи, расширения общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышения уровня общего билирубина и его фракций, повышенных показателей АСТ, АЛТ и ЩФ у пациентов с ЖКБ является показанием к проведению углубленного обследования для установления синдрома Мириizzi. 2. Наибольшей ценностью при диагностике синдром Мириizzi обладают, по нашим данным, УЗИ (67,4%) и ЭРХПГ (58,3%). 3. При подозрении на синдром Мириizzi всем пациентам показано выполнение ИОХГ, при этом диагностическая ценность данного метода приближается к 100%. 4. Операцией выбора у больных при синдроме Мириizzi I типа является лапароскопическая холецистэктомия.

При наличии воспалительного инфильтрата и невозможности лапароскопического оперативного вмешательства необходима конверсия на минилапаротомную холецистэктомию. При подозрении на синдром Мириizzi II типа холецистэктомию рекомендуется начинать из минилапаротомного доступа. В случае выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности рекомендуется переход на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны и предпочтение следует отдавать холецистэктомии с дренированием холедоха либо гепатикоюноанастомозу по Ру.

#### *Список литературы*

1. *Алиев М. А., Боймаханов Б. Б., Самратов Т. У. и др.* Синдром Мириizzi - диагностика и лечение. *Анналы хирургической гепатологии*, 2006. 11: 3: 64.
2. *Коханенко Н. Ю. и др.* Выбор хирургической тактики у больных с синдромом Мириizzi при помощи МРТ диагностики // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина*, 2014. № 2.
3. *Тамм Т. И. и др.* Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi // *Український журнал хірургії*, 2013. № 3. С. 95-98.
4. *Шишкин А. А., Пострелов Н. А., Плотников Ю. В.* Клинические вопросы экстремального течения синдрома Мириizzi // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2014. № 8 (108).
5. *Amin A. et al.* Combined Endoscopic and Laparoscopic Management of Postcholecystectomy Mirizzi Syndrome from a Remnant Cystic Duct Stone: Case Report and Review of the Literature // *Case reports in surgery*, 2016. Т. 2016.
6. *Ahlawat S. K., Singhanian R., Al-Kawas F. H.* Mirizzi syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol*, 2007. 10: 2: 102-110.
7. *Davlatov S. S. et al.* A New method of detoxification plasma by plasmapheresis in the treatment of endotoxemia with purulent cholangitis // *Академический журнал западной Сибири*, 2013. Т. 9. № 2. С. 19-20.
8. *Lee K. et al.* A minimally invasive strategy for Mirizzi syndrome: the combined endoscopic and robotic approach // *Surgical endoscopy*, 2014. Т. 28. № 9. С. 2690-2694.
9. *Tung K. L. M. et al.* Robot-assisted laparoscopic approach of management for Mirizzi syndrome // *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 2013. Т. 23. № 1. С. e17-e21.
10. *Unadkat P. et al.* Mirizzi Syndrome: A Case Report // *IJSS*, 2016. Т. 2. № 10. С. 42.