

# ХИРУРГИЯ

УДК 616-089;617.5

*Ж.О. Белеков, К.С. Ысмайылов, Н.А.Маманов*  
*Национальный госпиталь Министерства*  
*здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек*  
*Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош,*  
*Кыргызская Республика*

## АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

### ТҰЖЫРЫМДАМА

Бұл мақалада Ош облысаралық біріккен клиникалық ауруханада 1998-жылдарда емделген және 2009-2013 жылдар аралығында Қырғыз Республикасының ДСМ Ұлттық госпиталында емделген Мириizzi синдромы бар 139 науқасты клиникалық бақылаудың нәтижелері жазылған. Науқастардың жасы 25-ден 87 жас аралығында. 139 науқастың 103-і (74,1%) әйел, ал 36 –сы (25,9%) ер адам болды. Барлық науқастардың 58- (41,7%) егде

жастағы және 68 –і (48,9%) кәрі жастағы адамдар болды.

Жұмыстың негізгі бағыттары: Мириizzi синдромының типіне байланысты хирургиялық тактиканы стандарттауды ұсыну, холецисто-билиарлы тесіктің орналасуына байланысты Мириizzi синдромына жіктелу берілді.

**Маңызды сөздер:** Мириizzi синдромы, жіктелуі, хирургиялық емі.

### ABSTRACT

This report is based on an analysis of 139 clinical cases CM were in Osh interregional joint Hospital (1998-2013 gg.) And the National Hospital, Ministry of Health (2009-2013).. The age of patients ranged from 25 to 87 years old. Among the 139 patients were female dominated - 103 (74.1%) patients, and the men were - 36 (25.9%). Of all patients with predominated discussed elderly patients - 58 (41.7%) and senile - 68 (48.9%).

In the pipeline analyzes the results of the various options for surgical procedures performed in 139 patients with Mirizzi syndrome. The main areas of work: standardized surgical approach depending on the type of Mirizzi syndrome, a classification of Mirizzi syndrome proposed, based on the level of damage and localization cholecysto-biliary fistula.

**Keywords:** Mirizzi syndrome, classification, surgical treatment.

### ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мириizzi (СМ) – это тяжелое осложнение желчнокаменной болезни (ЖКБ), обусловленное развитием воспалительно-деструктивного процесса в области шейки желчного пузыря и желчных протоков, вызванный конкрементом, приводящим к

стенозу желчных протоков и образованию холецисто-билиарного свища [1,4,5]. Впервые патология описана аргентинским хирургом Р.Л. Мириizzi в 1948 г.

СМ относится к редким и трудно диагностируемым осложнениям ЖКБ. По данным литературы,

он встречается в среднем у 0,25-6% больных с различными формами ЖКБ [2-6]. До оперативного вмешательства он правильно диагностируется с использованием всего комплекса современных методов лишь в 12,5-22% случаев [1-4,8].

В клинической практике предложены и применяются различные классификации СМ и по существу все они отражают различные варианты формирования патологического холецисто-билиарного свища и степень разрушенности внепеченочных желчных протоков [2,4,6,7].

Неудовлетворительными остаются непосредственные и отдаленные результаты хирур-

гического лечения СМ. Интраоперационные и послеоперационные осложнения, в том числе ятрогенное повреждение желчных протоков, развивающиеся в 15,5% наблюдений, объясняют достаточно высокую послеоперационную летальность, достигающую 11-14% [2,4,6]. 12-20% больных нуждаются в повторной операции по поводу рубцовых стриктур гепатикохоледоха [2,5,7,8]. Такое состояние проблемы констатирует о необходимости дальнейшего ее изучения, поиска и разработки наиболее оптимальной и стандартизированной тактики лечебно-диагностического алгоритма.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Данное сообщение основано на анализе 139 клинических наблюдений СМ, находившихся в Ошской межобластной объединенной клинической больнице (1998-2013 гг.) и Национальном госпитале МЗ КР (2009-2013 гг.). Возраст больных колебался от 25 до 87 лет. Среди 139 больных преобладали лица женского пола – 103 (74,1%) больных, а мужчин было – 36 (25,9%). Из всех обсуждаемых больных преобладали пациенты пожилого – 58 (41,7%) и старческого возраста – 68 (48,9%).

Согласно классификации McSherry (1982), больных с СМ I типа было 65 (46,7%), II типа – 74 (53,3%). Хронический калькулезный холецистит был установлен у 104 (74,8%) больных, острый калькулезный холецистит – у 35 (25,2%), в том числе острый катаральный холецистит имел место у 17 больных, флегмонозный – у 8, гангренозный – у 7, эмпиема желчного пузыря – у 2 и водянка желчного пузыря – у 1. Холедохолитиаз диагностирован у 80 (57,5%) больных. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализиро-

ваны с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась острым холангитом.

Сопутствующая соматическая патология была выявлена у 84 (60,4%) больных. Тяжесть состояния больных при поступлении оценивалась по системе ASA. При этом к классу II отнесены 64 (76,2%) больных, к классу III – 17 (20,2%), к классу IV – 3 (3,6%). У всех больных проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и перенесенных ранее вмешательств на желчных протоках, данных физикального обследования, лабораторных методов исследования: гемограмма, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма.

Для диагностики СМ мы рутинно применяли ультразвуковое исследование (УЗИ). УЗИ проводилось на ультразвуковых сканнерах «Voluson 530D», «Aloka SSD 725» с применением конвексных датчиков с частотой излучения 3,0 МГц, 3,5 МГц и 5 МГц, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все исследуемые больные обратились в стационар на разных этапах развития ЖКБ. У 11 (7,9%) больных острый приступ заболевания отмечен впервые, преимущественно при I типе СМ. Периодически повторяющиеся приступы отмечены чаще у больных со II типом данного синдрома (83 больных, 59,7%). Желтуха, наблюдавшаяся у 90 (64,7%) пациентов, у 74 (53,2%) имела транзиторный характер и только у 16 (11,5%) носила стойкий характер.

Инструментальным методом диагностики «первой линии» было УЗИ, которое имело не только скрининговое значение, но и оказывалось необходимым и достаточным для синдромальной диагностики. При оценке эхограмм патогномичными для СМ считали наличие следующих сонографических критериев: сморщенный (склероатрофический) и «отключенный» желчный пузырь, заполненный одним или множеством камней; фиксированный в области шейки или пузырного протока конкремент; расширение внутривенечных протоков и общего печеночного протока в сочетании с нерасширенным холедохом; отсутствие локации стенки желчного

пузыря в области прилегания к гепатикохоледоху. На дооперационном этапе СМ был установлен у 106 (76,2%) больных. Мы считаем, что детальный анализ клинических проявлений ЖКБ и ее осложнений (длительный анамнез калькулезного холецистита, частые приступы желчных колик, билиарная гипертензия с транзиторной тенденцией, высокие показатели фракций билирубина и трансаминаз) в комбинации с вышеуказанными сонографическими критериями вполне достоверно может констатировать о наличии СМ в каждом конкретном случае.

Мы являемся сторонниками открытых оперативных вмешательств. С 1998 года в хирургическом лечении СМ нами были применены различные варианты оперативной коррекции данной патологии и в последние годы нами отработана четкая тактика лечения в зависимости от типа синдрома. В процессе стандартизации хирургической тактики при СМ возникла необходимость пересмотра существующих классификаций с учетом уровня локализации холецисто-билиарного свища, т.к. в классификациях А. Csendes, С.К. McSherry, Т. Nagakawa и их раз-

личных модификациях не представлена уровневая локализация свища и расположение его в области конfluence. В нашей практике мы в 4 наблюдениях сталкивались со сложными формами II типа CM, когда холецисто-билиарный свищ локализовался в области конfluence с полным разрушением передней его стенки. В доступной литературе мы не встретили описания подобных сложных случаев CM. В этой связи нами была разработана и предложена классификация CM, основанная на локализации холецисто-билиарного свища на разных уровнях внепеченочных желчных протоков:

- Тип 1 – компрессия общего желчного или печеночного протока конкрементом, фиксированным в шейке желчного пузыря или пузырном протоке (65 больных, 46,7%);

- Тип 2 – холецисто-холедохоэальный: локализация холецисто-билиарного свища дистальнее впадения пузырного протока в холедох (24 больных, 17,2%);

- Тип 3 – протоковый: локализация холецисто-билиарного свища на уровне пузырного протока с его разрушением, широкое сообщение желчного пузыря с холедохом (38 больных, 27,3%);

- Тип 4 – конfluenceный: локализация холецисто-билиарного свища на уровне гепатикохоледоха и конfluence (12 больных, 8,6%).

Представленная классификация на наш взгляд структурно проста и практична в выборе тактико-технических решений при CM. Согласно этому хирургическое лечение CM представлено в таблице 1.

**Таблица 1. Варианты хирургических операций в зависимости от типа CM**

№	Виды операций	Типы CM, (согласно предложенной классификации)			
		I	II	III	IV
1	Лапароскопическая холецистэктомия	3			
2	Субтотальная холецистэктомия с прошиванием шейки желчного пузыря	2			
3	Холецистэктомия без дренирования протоков	19			
4	Холецистэктомия, наружное дренирование холедоха	12	3	6	1
5	Холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха	19	3	14	1
6	Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову	6	6	14	
7	Холецистэктомия, холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову	4		2	
8	Субтотальная холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика дефекта холедоха стенкой желчного пузыря без дренирования протоков			1	
9	Холецистэктомия, холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову, наружное дренирование холедоха			1	
10	Субтотальная холецистэктомия, пластика дефекта холедоха стенкой желчного пузыря, наружное дренирование холедоха		6		
11	Субтотальная холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика дефекта холедоха стенкой желчного пузыря, наружное дренирование холедоха		3		1
12	Субтотальная холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика дефекта холедоха стенкой желчного пузыря, холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову		2		
13	Холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову		1		
14	Холецистэктомия, гепатикоеюностомия по Ру				1
15	Холецистэктомия, холедохолитотомия, гепатикоеюностомия по Ру				2
16	Субтотальная холецистэктомия, холецистобигепатикоеюностомия по Ру				2
17	Холецистэктомия, наружное дренирование гепатикохоледоха/ долевого печеночного протока				3
18	Холецистэктомия, холедохолитотомия, гепатикоеюностомия по Ру, наружное дренирование холедоха				1
Всего (n = 139)		65	24	38	12

Анализируя представленные в таблице данные, можно констатировать, что при типе I CM выполнялась холецистэктомия (в т.ч. лапароскопически у 3). Из них в 31 (47,7%) случае она комбинировалась с наружным дренированием холедоха, в 10 (15,4%) – внутренним дренированием, а в 24 (36,9%) - завершена без дренирования.

При II типе CM, т.е. при наличии холецисто-холедогеального свища, у 11 (45,8%) больных была произведена пластика дефекта холедоха оставленным лоскутом стенки желчного пузыря. В остальных случаях проводились наружное дренирование холедоха через свищ (6 больных) и холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (7 больных).

При III типе холецистэктомия сопровождалась наружным дренированием в 20 (52,6%) наблюдениях, в 17 (44,7%) – формированием холедоходуоденостомоза по Юрашу-Виноградову и в 1 (2,6%) пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря.

При IV типе CM холецистэктомия завершалась наружным дренированием протоков (41,6%), пластикой дефекта лоскутом желчного пузыря с наружным дренированием (8,3%), гепатикоюностомией по Ру (33,3%) и холецистобигепатикоюностомией по Ру (16,6%).

В 117 (84,1%) случаях холецистэктомия была выполнена по способу Прибрама (холецистэктомия

кускованием или «на пальце» с мукоклазией слизистой). Это подчеркивает мнение о том, что хирургическая операция при CM сложна и упоминается как «капкан в хирургии желчных протоков» [8]. При данном синдроме анатомия желчных протоков весьма искажена, желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Кало. Способ Прибрама позволяет избежать повреждений желчных протоков и с минимальным риском завершить операцию. В 71 (51%) случае операции были комбинированы холедохолитотомией.

У оперированных больных отмечены следующие осложнения: нагноение раны [11], формирование подпеченочного абсцесса [2]. Подпеченочные абсцессы были ликвидированы чрескожным дренированием под контролем УЗИ. Повторно оперирована одна больная, у которой через 2 года развился внутривнутрипеченочный литиаз со стриктурой холецистобигепатикоюностомоза. Была произведена операция разобщения холецистобигепатикоюностомоза, рассечение правого и левого печеночных протоков по Керу и формирование высокого билиодигестивного анастомоза по Ру. Летальность составила 2,1% [3]. Причинами летального исхода явились острая кардиореспираторная недостаточность с отеком легкого [1], билиарный цирроз печени с печеночной недостаточностью [2].

## ВЫВОДЫ

Таким образом, CM является тяжелым осложнением ЖКБ с разнообразием и сложностью морфологической структуры. Хирург, оперирующий на билиарной системе, должен знать основные принципы реконструктивно-восстановительных операций на желчных протоках и быть готовым к выявлению CM. Предложенная классификация CM позволяет стандартизировать хирургическую тактику и является практически востребованной. При I типе CM операцией выбора является холецистэктомия, завершенная наружным дренированием холедоха или без него. При II и III типе оптимальна субтотальная холецистэктомия с пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря, с холедоходу-

оденостомией или наружным дренированием холедоха через свищ. Различия оперативной тактики в этих двух типах заключаются в преимущественном выполнении при II типе пластики дефекта холедоха, а при III типе – наружном дренировании холедоха через свищ и формировании холедоходуоденостомоза. При IV типе CM операции должны завершаться наложением высоких билиодигестивных анастомозов по Ру (холецистобигепатикоюно- и гепатикоюностомии). Изложенная стандартизированная хирургическая тактика согласно типам синдрома Мирицци обеспечивает удовлетворительные результаты лечения с минимальными значениями послеоперационных осложнений и летальности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Самратов Т.У. и др. Синдром Мирицци - диагностика и хирургическое лечение // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. - Том 11. - № 3. - С. 64.
2. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирицци: особенности диагностики и лечения // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. - Том 11. - № 3. - С. 7-10.
3. Грязнов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирицци // *Хирургия.* – 2008. - № 11. – С. 31-34.
4. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирицци (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. - С. 112.
5. Al-Alkeely M.H., Alam M.K., Bismar H.A. et al. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh // *World J. Surg.* – 2005. - Vol. 29. - № 12. - P. 1687-1692.
6. Beltran M.A., Csendes A., Cruces K.S. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification // [http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/6715/Beltran\\_Marcelo\\_A.pdf?sequence=1](http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/6715/Beltran_Marcelo_A.pdf?sequence=1).
7. McSherry C., Ferstenberg H., Virshup M. The Mirizzi syndrome: suggested classifications and surgical therapy // *Surg.Gastroent.* – 1982. - №1. - P. 219-225.
8. Waisberg J., Corona A., De Abreu I.W. et al. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management // *Arq. Gastroenterol.* – 2005. - Vol.42. - № 1. - P. 13-18.