

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

А.Е. Климов, А.Г. Федоров, С.В. Давыдова

Кафедра факультетской хирургии
Российский университет дружбы народов

Е.Н. Майзельс

Городская клиническая больница № 64
ул. Вавилова, 61, Москва, Россия, 117292

Проведен ретроспективный анализ лечения 53 пациентов с синдромом Мириззи. Диагностический алгоритм у 53 больных включал: УЗИ — 53 (100%) пациентам, ЭРХПГ — в 39 (74,0%) случаях. Оперированы 35 больных, из них 21 (40%) пациент после эндоскопических вмешательств. Осложнения после ЭРХПГ отмечены у 2 (5,1%) пациентов, после хирургических вмешательств осложнения выявлены в 2 (5,7%) случаях. Летальность составила 3 (6,7%).

Ключевые слова: синдром Мириззи, калькулезный холецистит.

Одним из тяжелых осложнений калькулезного холецистита является синдром Мириззи. Частота его варьирует в пределах 0,2—5,0% [1, 2]. Послеоперационная летальность при этом колеблется от 4,8% до 23,8% [1, 2, 3, 6].

Основная роль в развитии синдрома принадлежит острому обтурационному холециститу, который вызывает морфофункциональные изменения [1, 2, 3, 5].

В литературе имеются монографические и диссертационные исследования, посвященные, в основном, хирургическому лечению данного заболевания [1, 5]. Что касается эндоскопического лечения синдрома Мириззи, то этому вопросу посвящены единичные исследования, основанные на небольшом количестве (1—5) наблюдений [5, 6]. Данный метод включает литотрипсию в сочетании с литоэкстракцией, назобилиарное дренирование и стентирование желчных протоков. Значение этого метода возрастает, когда, помимо подготовительного этапа, он может служить окончательным методом лечения [1, 2, 4, 5].

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней больных с калькулезным холециститом, находившихся на лечении в ГКБ № 64 в периоде с 2000-го по 2008 г. Синдром Мириззи установлен у 53 пациентов, что по отношению к числу больных калькулезным холециститом — 5301 — составляет 0,84%. Среди пациентов преобладали женщины — 40 (75%), мужчин было 13 (25%). Возраст больных колебался от 24 до 97 лет, в среднем составил $68,32 \pm \pm 14,92$ года.

По классификации С.Мс. Sherry (1982), выделены две группы больных: I тип — стриктура выявлен у 9 (17,0%) пациентов, II тип — свищ — у 44 (83,0%).

Всем больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ). ЭРХПГ выполнена 39 (74,0%) больному.

Начальным этапом лечения у 30 (88,2%) больных из 34 с механической желтухой и холангитом явилось ЭРХПГ. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с эндоскопической литоэкстракцией выполнили 25 (64,1%) пациентам.

При неудаляемых больших камнях протоков исследование завершали назобилиарным дренированием в 29 (74,4%) случаях или стентированием желчных протоков — в 11 (28,2%).

Оперированы 35 больных, из них 21 (40%) пациент после эндобилиарного вмешательства. Всем выполнена холецистэктомия, из них 1 пациенту — лапароскопическое удаление желчного пузыря, в 2 (6,0%) случаях лапароскопическое вмешательство завершилось конверсией при наличии выраженного инфильтрата в области шейки желчного пузыря.

Холецистэктомия сочеталась с инструментальной ревизией желчных протоков и литоэкстракцией в 29 (83,0%) случаях, из них вместе с холангиографией — у 10 (29,1%) больных, холедохоскопией — у 10 (29,1%) пациентов.

Результаты исследования. Подозрение на синдром Мириizzi на УЗИ у больных с калькулезным холециститом определило показания к эндоскопическому ретроградному исследованию желчных протоков, при котором диагноз был подтвержден.

Синдром Мириizzi на ЭРХПГ установлен в 26 (66,7%) случаях. Первая форма синдрома Мириizzi диагностирована у 5 (19,2%) пациентов, вторая — в 21 (81,0%) случаях. У 2 (5,1%) больных высказано предположение о наличии синдрома, впоследствии подтвердившееся интраоперационно.

Выполнение ЭПСТ в 28 (72,1%) случаях, экстракции конкрементов — 17 (44,1%) больным, назобилиарного дренирования — 18 (64,3%) пациентам, баллонной дилатации — в 2 (5,1%) случаях и эндопротезирования желчных протоков 11 (28,2%) больным дало возможность ликвидировать желчную гипертензию, желтуху, холангит и полноценно подготовить больных к операции. Литоэкстракция без дополнительного дренирования желчных протоков и дальнейшего оперативного вмешательства выполнена 9 (23,1%) больным, из них в сочетании с литотрипсией — у 6 (66,7%). У 1 больного на 4-е сутки после транспапиллярного вмешательства отмечено кровотечение из папиллотомической раны, пациент экстренно оперирован. Окончательным методом лечения явилось эндоскопическое у 18 (46,2%) больных: с I типом — 3 (17,1%) пациентам, со II типом — 15 (83,3%). В 14 (26,4%) случаях ЭРХПГ не выполнялось, диагноз установлен интраоперационно.

Оперированы 35 (66,0%) пациентов, в том числе 21 (60,0%) после ЭРХПГ: 14 (66,7%) больных оперированы в экстренном порядке в связи с невозможностью адекватной литоэкстракции, сохраняющимся холангитом, интоксикацией; 7 (33,3%) пациентов в плановом порядке после эндоскопического разрешения желчной гипертензии. Без предварительной эндоскопической санации желчных протоков оперировано 14 (26,4%) больных. При холецистэктомии «от шейки» (13 пациентов) касательная травма ОПП произошла у 1 пациента со II типом — операция закончена наложением глухого шва. Выделение желчного пузыря начинали от дна при подозрении на синдром Мириizzi у 22 (62,9%).

Пластику желчного протока выполнили у 9 (26,0%) пациентов, у 2 (6,0%) больных формированием гепатикоэнтероанастомоза, дренирование по Керу через свищевое отверстие — в 3 (9,0%) случаях, наложение глухого шва при небольшом дефекте стенки желчного протока — у 4 (11,4%) пациентов.

Специфические послеоперационные осложнения, связанные с вмешательством на протоках, развились у 4 (7,5%) больных.

Летальные исходы наблюдались в 3 (6,7%) случаях. В группе комбинированного лечения умерло 2 (5,9%) пациента, причиной смерти которых явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне соматической патологии. В группе эндоскопического лечения умерла 1 больная в возрасте 79 лет от тяжелых сопутствующих заболеваний.

Выводы.

У больных пожилого возраста и тяжелой сопутствующей патологией необходимо ограничиться эндоскопическим лечением, включающим механическую литотрипсию в сочетании с литоэкстракцией, баллонной дилатацией участка стриктуры желчных протоков и их эндопротезированием.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Савельев В.С.* Синдром Мирizzi (диагностика и лечение). — М.: Медицина, 2003. — 112 с.
- [2] *Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др.* Синдром Мирizzi: Особенности диагностики и лечения // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — 11. — № 3. — 7—10 с.
- [3] *Nagakawa T.* A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints // *Hepatogastroenterology*. — 1997. — Vol. 44. — № 13. — P. 63—67.
- [4] *Shah O., Dar M., Wani M., Wani N.* Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach // *ANZ J. Surg.* — 2001. — Vol. 71. — № 7. — P. 423—427.
- [5] *Щуров К.Ю.* Выбор метода лечения синдрома Мирizzi: Дисс. ... канд. мед. наук. — Хабаровск, 2005. — 96 с.
- [6] *Zhou P.H., Yao L.Q., Zhang Y.Q. et al.* Endoscopic biliary drainage for biliary obstruction // *Hepatobiliary Pancreatit Dis Int.* — 2003. — 2 (4). — P. 598—601.

CHOICE OF THE OPTIMAL METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROM

A.E. Klimov A.G. Fedorov, S.V. Davydova

Department of Surgery
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

E.N. Maizels

Moscoue clinical hospital № 64
Vavilova str., 61. Moscow, Russia, 117292

Retrospective analysis of treatment of 53 patients with Mirizzi syndrome was made. Diagnostic algorithm included transabdominal ultrasound — 53 (100%), ERCP — 39 (74%). Surgery was performed in 35 patients, in 21 (40%) cases — after endoscopic intervention. Post — ERCP complications were observed in 2 (5,1%) patients, complications after surgery — 2 (5,7%) patients. Lethality was 3 (6,7%).

Key word: syndrome Mirizzi, calculus cholecystitis.