doi: 10.17116/hirurgia2016411-14

Эндоскопические вмешательства в диагностике и лечении синдрома Мириз

Д.м.н., проф. В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ, к.м.н. А.В. СОЛОШЕНКО, д.м.н. А.А. КАРПАЧЕВ, д.м.н. А.Л. ЯРОШ*, Ю.Ю. ВЛАСЮК

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Синдром Мириз — одно из неблагоприятных осложнений желчнокаменной болезни. **Материал и методы.** Представлены результаты лечения 41 больного с синдромом Мириз. В качестве первого этапа во всех наблюдениях использовали комплекс эндоскопических транспапиллярных вмешательств: холангиографию, папиллосфинктеротомию, литоэкстракцию, назобилиарное дренирование. **Результаты и обсуждение.** В 4 случаях после санации билиарного дерева была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 6 больных преклонного возраста с тяжелой сопутствующей патологией ограничились стентированием общего желчного протока. Открытые операции выполнены 15 (36,6%) больным: холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием общего желчного протока. **Заключение.** Показано, что эндоскопические транспапиллярные методы диагностики и лечения больных с синдромом Мириз позволяют в большинстве случаев добиться адекватной декомпрессии и санации желчных протоков и значительно снизить число открытых оперативных вмешательств.

Ключевые слова: синдром Мириз, холедохолитиаз, эндоскопическая хирургия.

Endoscopic interventions in diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome

V.F. KULIKOVSKY, A.V. SOLOSHENKO, A.A. KARPACHEV, A.L. YAROSH, YU.YU. VLASYUK

Belgorod State National Research University

Aim. To define the role of endoscopic interventions in diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome. **Material and methods.** Results of treatment of 41 patients with Mirizzi syndrome are presented. Endoscopic transpapillary interventions including cholangiography, papillosphincterotomy lithoextraction, nazobiliary drainage were used as a first step in all cases. **Results and discussion.** In 4 cases laparoscopic cholecystectomy was performed after biliary tree sanitation. In 6 advanced age patients with severe comorbidities common bile duct stenting alone was preferred. Open interventions were performed in 15 patients (36.6%) including cholecystectomy, choledocholithotomy with common bile duct drainage. **Conclusion.** It is shown that endoscopic transpapillary methods of diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome provides adequate decompression and sanitation of the bile ducts in most cases and significantly reduces number of open surgical procedures.

Keywords: Mirizzi syndrome, choledocholithiasis, endoscopic surgery.

Введение

До настоящего времени одной из актуальных проблем современной хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны остается диагностика и лечение синдрома Мириз. Исследования последних лет показали, что этот синдром следует считать осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела общего желчного протока, завершающееся либо формированием рубцовой стриктуры, либо образованием холецистохоледохеального свища [4]. Синдром Мириз — одно из наиболее неблагоприятных осложнений желчнокаменной болезни, требующее индивидуального подхода как в диагностике, так и в лечении. Это особенно справедливо в отношении пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих множество сопутствующих заболеваний и относящихся к группе высокого операционно-анестезиологического риска [5]. Как правило, у больных нет патогномоничных клинических симптомов, позволяющих с высокой точностью заподозрить это осложнение, в диагностике используется такой же комплекс мероприятий, что и при других осложнениях ЖКБ, причем при эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ) и чрескожной чреспеченочной холангиостомии он диагностируется всего в 20,4% наблюдений [1].

**А.Л. Ярош* — профессор кафедры госпитальной хирургии Белгородского государственного национального исследовательского университета, д.м.н., доц.; 308007 Белгород, ул. Некрасова, 8/9. БОКБ Святителя Иоасафа, хирургическое отделение №1; e-mail: yarosh_a@bsu.edu.ru

© Коллектив авторов, 2016

В последнее время большое внимание уделяется различным методам хирургической коррекции, в том числе с использованием видеолапароскопической техники. Методы хирургического лечения, применяемые при синдроме Миризи, можно условно разделить на три группы. К первой относятся традиционные хирургические, выполняемые из лапаротомного доступа или с помощью набора «Мини-ассистент» [7], ко второй — видеолапароскопические, являющиеся на сегодняшний день операциями выбора в лечении ЖКБ и ее осложненных форм. Тем не менее некоторые авторы все еще выступают против лапароскопических методик, предпочитая открытые операции и считая их более оправданными [2]. К третьей группе оперативных вмешательств относят миниинвазивные эндоскопические и чрескожные эндобилиарные. Они позволяют не только оценить состояние желчных протоков, но и (что не менее важно) перевести первично диагностическую процедуру в лечебную — дренирование желчных протоков [3, 8, 9]. Так, О.И. Охотников и соавт. [5] указывают, что при отсутствии технической возможности безопасной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (незначительное расширение внутрипеченочных желчных протоков или его отсутствие), а также при синдроме острой блокады большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) эндоскопическое ретроградное пособие является методом выбора. В 9 наблюдениях авторами выполнены этапная механическая и пневматическая литотрипсия и литоэкстракция из модифицированной микрохолецисто- и (или) микрохолангиостомы 24—26 Fr, традиционным способом оперирована всего 1 больная. Те же авторы отмечают, что у больных пожилого и старческого возраста при безуспешности эндоскопических транспапиллярных вмешательств антеградные вмешательства на желчных протоках и БСДПК, включающие контактную литотрипсию и литоэкстракцию, продленное наружно-внутреннее холедоходуоденальное дренирование, антеградную чреспеченочную баллонную дилатацию БСДПК, а также антеградное низведение одиночных конкрементов в двенадцатиперстную кишку, могут быть альтернативой другим методам лечения [6].

Материал и методы

На обследовании и лечении в хирургическом отделении №1 Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа находились 1018 больных с осложненными формами ЖКБ. В работе анализируются результаты лечения 41 больного с синдромом Миризи, в том числе 34 (82,9%) женщины и 7 (17,1%) мужчин. Средний возраст больных 61,7±13,5 года.

Основные биохимические параметры крови больных с синдромом Миризи: общий билирубин 124,4±21,3 мкмоль/л, АСТ 129,9±48,9 ед/л, АЛТ 178,0±39,2 ед/л, амилаза 43,6±8,3 ед/л, креатинин 85,8±12,4 мкмоль/л, мочевина 8,3±2,4 моль/л.

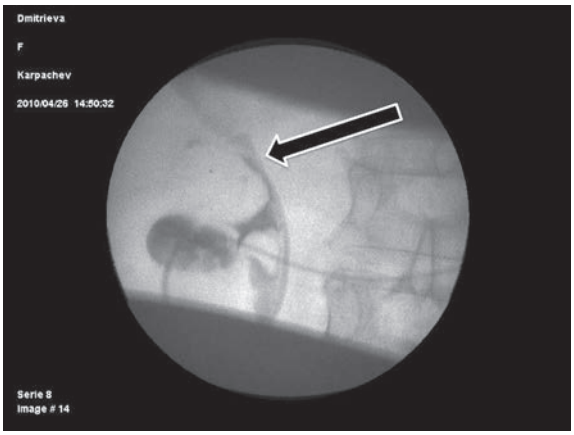
Результаты и обсуждение

В качестве первого диагностического и лечебного мероприятия использовали эндоскопические транспапиллярные вмешательства **(см. таблицу)**.

С течением времени стенки желчного пузыря и гепатикохоледоха сближаются до полного соприкосновения, чему способствует присутствие круп-

Характер оперативных вмешательств при синдроме Миризи

Характер вмешательства	Число больных	
	абс.	%
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	8	10,0
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция	5	6,3
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование	8	10,0
Литоэкстракция	4	5,0
Литоэкстракция в две попытки	3	3,8
Назобилиарное дренирование	15	18,8
Дистанционная ударно-волновая литотрипсия	1	1,3
Билиарное стентирование	6	7,5
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция с последующей лапароскопической холецистэктомией	4	5,0
Литоэкстракция при рецидивном холедохолитиазе	2	2,5
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование общего желчного протока по Холстеду	1	1,3
Лапароскопическая холецистэктомия	5	6,3
Атипичная папиллотомия	3	3,8
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование по Керу	13	16,3
Лапаротомия, холецистэктомия	1	1,3
Лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия по Юрашу	1	1,3
Всего	80	100



Холангиограмма больного с синдромом Миризи. Пролежень конкрементом (стрелка) стенки гартмановского кармана и общего желчного протока.

ного конкремента в гартмановском кармане. Под действием его массы усугубляются уже имеющиеся нарушения трофики, возникает пролежень стенок желчного пузыря и желчного протока с последующим формированием пузырно-холедохеального свища **(см. рисунок)**.

Через это патологическое сообщение из желчного пузыря в просвет общего желчного протока устремляются конкременты, диаметр свища увеличивается за счет потери ткани в зоне компрессии. В итоге сужение проксимального отдела общего желчного протока ликвидируется, желчный пузырь сокращается в объеме, исчезают его шейка, гартмановский карман и значительная часть тела. В итоге желчный пузырь напоминает дивертикулоподобное образование, сообщающееся с просветом внепеченочного желчного протока через широкое соустье. Пузырный проток в большинстве наблюдений отсутствует.

При I типе синдрома Миризи по C. McSherry, который встречается гораздо реже, эндоскопическое вмешательство имеет в основном диагностический характер и направлено на разгрузку билиарного дерева перед выполнением холецистэктомии. Приводим клиническое наблюдение.

Больной *Х.*, 73 лет, поступил в клинику 01.10.10 с жалобами на тяжесть в правом подреберье, желтушность кожи и слизистых оболочек. Болен в течение 2 дней. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, хроническая сердечная недостаточность I степени, функциональный класс II. При ультрасонографии желчные протоки не расширены, желчный пузырь увеличен, в просвете — конкременты, стенки «слоистые», в малом тазу незначительное количество свободной жидкости. В биохимическом анализе крови гипербилирубинемия — 85 мкмоль/л. В экстренном порядке выполнили ЭРХГ, эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), назобилиарное дренирование, что позволило довольно быстро купировать явления желтухи. На 5-е сутки выполнили лапароскопическую холецистэктомию. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Во всех наблюдениях в качестве первого этапа больным проводили ЭРХГ, ЭПСТ и литоэкстракцию, в одном наблюдении потребовалось выполнение дистанционной ударно-волновой литотрипсии. В 4 наблюдениях после санации билиарного дерева выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 6 пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями ограничились стентированием общего желчного протока. При этом с целью профилактики ранней обструкции стента и развития инфекционных осложнений нами использованы оригинальные билиарные стенты с наноразмерным алмазоподобным углеродным покрытием с включением нанокластеров серебра («Эндобилиарный стент», Патент РФ №129397).

В 4 наблюдениях синдром Миризи выявлен во время лапароскопической холецистэктомии, основными его признаками были инфильтрат в подпеченочном пространстве справа, отсутствие пузырного протока с пролабированием конкремента из просвета желчного пузыря в общий желчный проток. Оперативное вмешательство завершали отсечением желчного пузыря от общего желчного протока с запасом тканей, позволившим выполнить пластику.

У 15 (36,6%) из 41 больного с синдромом Миризи были произведены операции из лапаротомного доступа. В 13 наблюдениях выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока по Керу. При холецистэктомии оставляли запас тканей стенок пузыря, чтобы при необходимости выполнить пластику дефекта стенки протока. Эти вмешательства производили только при полной уверенности в адекватном желчеоттоке, обеспеченном эндоскопически, что подтверждали при контрольной ЭРХГ и интраоперационной холангиографии. В одном наблюдении операцию завершили холедоходуоденостомией, в другом после ЭПСТ, механической литотрипсии и литоэкстракции были выполнены лапаротомия, холецистэктомия.

Таким образом, на современном этапе эндоскопические методы диагностики и лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни позволяют в большинстве наблюдений добиться адекватной декомпрессии и санации желчных протоков, а при наличии синдрома Миризи только у 36,6% выполнять открытые лапаротомные вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байчоров Э.Х., Греясов В.И., Хациев Б.Б. и др. Диагностика и лечение внутренних желчных свищей у больных с желчнокаменной болезнью. *Анналы хирургической гепатологии.* 2009;14:4:43-47.
2. Германович Ч.С., Яковлев С.И., Самсонов В.Ю. и др. Влияние рубцово-воспалительного процесса на результаты лечения больных с калькулезным холециститом. *Эндоскопическая хирургия.* 2009;15:3:12-14.
3. Ившин В.Г., Малафеев И.В., Якунин А.Ю. и др. Чрескожное чреспеченочное желчеотведение у больных механической желтухой: 25 лет эволюции метода. Пленум правления ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, Рязань, 20—21 марта 2009 г. *Тезисы научных работ. Анналы хирургической гепатологии (приложение).* 2009;14:1:11.
4. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Миризи. *Хирургия.* 2010;4:67-73.
5. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Рентгенохирургическое лечение синдрома Миризи у больных с высокой степенью операционно-анастезиологического риска. *Анналы хирургической гепатологии.* 2009;14:3:22-29.
6. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе. *Анналы хирургической гепатологии.* 2011;16:1:58-62.
7. Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Соболь В.Н. *Синдром Миризи: диагностика, лечебная тактика. Актуальные проблемы хирургической гепатологии.* XVII международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ, Уфа, 15—17 сентября 2010 г. Тезисы докладов. РАМН, Ассоциация хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Башкирского государственного медицинского университета Росздрава. Уфа. 2010;148.
8. Ahlawat SK, Singhania R, Al-Kawas FH. Mirizzi syndrome. Curr Treat *Options Gastroenterol.* 2007;10:2:102-110.
9. Sánchez BJ, Cabezali SR, Monsalve LE et al. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome. *An Med Interna.* 2007;24:6:281-284.