

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

А. К. Гагуа, кандидат медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 153012, Россия, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8
ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», 603105, Россия, г. Нижний Новгород, Нижневолжская наб., д. 2

Ключевые слова: синдром Мириizzi, механическая желтуха, хирургическое лечение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: sanata@dsn.ru

Аргентинский хирург Пабло Луис Мириizzi (P. L. Mirizzi) впервые в 1948 г. сообщил о холецистохоледохоальной фистуле при остром калькулёзном холецистите (Mirizzi P. L., 1948). При этом наблюдалась обструкция общего желчного протока (syndromedelconductohepatico) конкрементом, пролабированным из желчного пузыря через его разрушенную шейку и пузырьный проток с возникновением механической желтухи (МЖ). Поэтому эта патология стала обозначаться синдромом Мириizzi (СМ).

Являясь одним из тяжёлых осложнений желчно-каменной болезни, СМ остаётся сложной проблемой билиарной хирургии (Гальперин Э. И. и др., 2006; Yonetc N. et al., 2008; Mithani R. et al., 2008). СМ, как правило, отягощён холангитом, МЖ и печёночной недостаточностью, чаще встречаясь у лиц пожилого и старческого возраста, поэтому результаты его лечения нередко остаются неудовлетворительными.

Целью данной работы стала оценка хирургической тактики при СМ.

Проанализированы результаты лечения 28 больных с СМ, которые составили 0,9% всех оперированных нами больных с МЖ. Среди пациентов было 23 женщины (82,1%) и 5 мужчин (17,9%) в возрасте от 47 до 93 лет (в среднем $68 \pm 1,4$ года). Во всех случаях имела место МЖ, а в 9 (32,1%) желтуха сопровождалась клиническими проявлениями холангита.

Проводилось исследование биохимических показателей крови, подтверждающих наличие холестаза и цитолиза: аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранс-

пептидазы (ГГТП) и др. Прежде всего больным выполнялось УЗИ, а затем компьютерная томография. На основании комплексного клинко-инструментального обследования и статистического анализа оценивалась тяжесть состояния больных по шкале ASA.

Оперативное вмешательство осуществлено у 25 пациентов. При этом у 9 человек операция проводилась в один этап. У 16 больных с уровнем билирубина, превышающим 200 мкмоль/л (критический уровень), и выраженной печёночной недостаточностью как первый этап произведена предоперационная билиарная декомпрессия. При этом с помощью ретроградных эндоскопических технологий она выполнена лишь в 4 случаях. Проводилась эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование. У остальных 13 человек осуществляли чрескожную чреспечёночную холангиостомию сроком до 8 дней. Затем на втором этапе больные были оперированы. 3 человека в возрасте старше 85 лет в связи с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации оперированы не были. Первоначально им проведена чрескожная чреспечёночная холангиостомия. Один из них умер от холангита и полиорганной недостаточности на фоне декомпенсированного цирроза печени. Остальным 2 больным выполнены мини-инвазивные вмешательства: одному установлен пластиковый стент антеградным способом, а второму – чрескожное наружно-внутреннее дренирование.

Осуществлялись следующие виды оперативных вмешательств: холецистэктомия (ХЭ), удаление конкрементов, пластика дефекта общего желчного протока (ОЖП) дезэпителизированным фраг-

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR MIRIZZI SYNDROME

Gagua A. K.

Key words: Mirizzi syndrome, mechanical jaundice, surgical treatment.

ментом стенки желчного пузыря, холедохотомии (вне зоны свища), дренирование ОЖП по Керру – в 13 случаях; ХЭ, ушивание свищевого хода, холедохотомия дренирование ОЖП по Керру – в 7; ХЭ, пластика дефекта ОЖП, наложение холедохоюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки – в 5. Из 25 оперированных умерло 4 (16%). Причины летальных исходов: холангит и холангиогенные абсцессы печени – в 2 случаях, острая печеночная недостаточность – в 1; тромбоэмболия лёгочной артерии – в 1.

При выполнении ХЭ в стенке ОЖП на месте пузырно-холедохоального свища возникает дефект, размеры которого зависят от величины компонента, вызвавшего пролежень. Это определяет вид оперативного вмешательства. При больших дефектах во время ХЭ оставляется фрагмент задней стенки желчного пузыря, который подвергается деэпителизации. Затем этим фрагментом

проводится пластика внепеченочных желчных протоков. При больших дефектах в их стенке после пластики дополнительно выполняется холедохоюноанастомоз с выделенной петлей по Ру. При небольших дефектах проводится ушивание и дренирование ОЖП по Керу.

Следовательно, СМ является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни, а его лечение остается сложной проблемой. Основная причина его возникновения – длительное или атипичное течение желчнокаменной болезни, а также необоснованный отказ от своевременной операции. При госпитализации прежде всего необходима дооперационная диагностика СМ. При холангите, высоких цифрах билирубина показано предоперационное, преимущественно антеградное билиарное дренирование. Вторым этапом проводится оперативное вмешательство.