

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.362/367-003.7-002-089

С.Б.Шейко, Н.А.Майстренко, В.В.Стукалов, А.С.Прядко, С.Ф.Басос, Г.Г.Казакевич

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЦЦИ. СООБЩЕНИЕ 2*

Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. — чл.-кор. РАМН проф. Н.А.Майстренко)
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: синдром Мирицци, лапароскопия, повреждение желчных протоков, стент, отдаленные результаты.

Введение. Объективные трудности клинико-инструментальной диагностики, о которых мы упоминали в сообщении 1, и неудовлетворительные результаты лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной синдромом Мирицци (СМ), определяют актуальность этой проблемы. Так, послеоперационная летальность при СМ может достигать 13,6% [5]. Отдаленные результаты лечения СМ также нельзя считать удовлетворительными: у 12,4% больных диагностируется резидуальный холедохолитиаз, до 20% больных подвергаются повторным операциям в связи с послеоперационной стриктурой гепатикохоледаха [6, 7]. Причинами неудовлетворительных результатов считаются значимые топографоанатомические изменения в гепатобилиодуоденальной зоне, обусловленные воспалительным, спаечным и рубцовым процессами, затрудняющими идентификацию не только пузырного протока и пузырной артерии, но и желчного пузыря с гепатикохоледохом [2, 5]. Как результат, высокая вероятность повреждения желчных протоков, неадекватные по объему операции [8].

Отношение хирургов к выбору вариантов хирургического лечения в зависимости от типа СМ неоднозначно. Широкое распространение получило мнение, что диагностированный перед операцией СМ следует считать относительным противопоказанием к лапароскопическим операциям [3, 9]. В то же время, ряд хирургов отмечают возможность и целесообразность выполнения эндовидеохирургических и внутрипросветных эндоскопических операций [1, 2].

Таким образом, до сих пор остаются спорными и нерешенными вопросы обоснования вариантов

хирургического лечения, в том числе с учетом использования современных медицинских технологий.

Материал и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 29 больных с СМ за последние 15 лет. Мужчин было 8, женщин — 21. Средний возраст составил $(56,6 \pm 6,4)$ года.

В соответствии с классификацией А.Сendes и соавт. [5], I тип синдрома имелся у 14 больных, II тип — у 4, III тип — у 8, IV тип — у 3.

Осложнения ЖКБ, сочетающиеся с СМ, на момент операции представлены в табл. 1.

Таблица 1

Осложнения желчнокаменной болезни при синдроме Мирицци

Характер осложнения	Число больных
Синдром Мирицци I типа	
Механическая желтуха	11
Острый калькулезный холецистит	9
Холедохолитиаз	5
Острый холангит	2
Абсцессы печени	1
Абдоминальный сепсис	1
Рубцово-воспалительный процесс в области гепатодуоденальной связки	4
Разлитой серозно-фибринозный перитонит	1
Синдром Мирицци II–IV типа	
Механическая желтуха	15
Острый калькулезный холецистит	2
Острый холангит	4
Рубцово-воспалительный процесс в области гепатодуоденальной связки	14

Примечание. У 23 больных имелось сочетание 2 осложнений и более.

* См. Сообщение 1. Современные возможности диагностики синдрома Мирицци // Вестн. хир.—2009.—№ 2.—С. 27–33.

Традиционными способами оперировано 17 человек из 29, с использованием эндовидеохирургических методик — 11 (у 17 — операция начата лапароскопически, с последующей конверсией — у 6). У 1 больной как окончательный вариант лечения выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с назобилиарным дренированием.

13 больных оперированы в плановом порядке, 16 — по неотложным и срочным показаниям. У всех операции заканчивались дренированием гепатикохоледоха.

Отдаленные результаты лечения СМ прослежены у всех больных в сроки от 1,5 до 9 лет.

Результаты и обсуждение. Выбор вида операции зависел от типа СМ (табл. 2).

При СМ I типа (n=14) операции начинались лапароскопически у 9 пациентов, закончены — у 7, у 2 — при остром холецистите, для предотвращения повреждения желчных протоков из-за выраженного воспалительного процесса в области печеночно-двенадцатиперстной связки и трудностями мобилизации желчного пузыря была осуществлена конверсия. У 5 больных объем операции был ограничен лапароскопической холецистэктомией с дренированием общего желчного протока по Холстеду. Еще у 2 пациентов при расположении конкремента в интрамуральной части пузырного протока выполнялась лапароскопическая холедохотомия, так как извлечение

конкремента через пузырный проток оказалось невозможным. Холедохотомия завершалась пластикой гепатикохоледоха на Т-образном дренаже тканями пузырного протока. С учетом отсутствия выраженных рубцовых изменений гепатикохоледоха длительность дренирования составляла 2 нед.

У 1 больного после лапароскопической холецистэктомии и дренирования по Холстеду был выявлен резидуальный холедохолитиаз, устраненный ЭПСТ на 7-е сутки после операции.

Традиционные операции при СМ I типа выполнялись 6 больным из 14 (с учетом 2 конверсий, о которых говорилось выше). У 4 из них операции были изначально традиционными. Такой выбор доступа был обусловлен: холангитом и фиксированным конкрементом терминального отдела общего желчного протока (у 1); признаками выраженных инфильтративно-воспалительных изменений в области шейки желчного пузыря, по данным дооперационного УЗИ, при остром калькулезном холецистите в сочетании с холедохолитиазом (у 2), у 1 — показанием для открытой операции явился флегмонозный калькулезный холецистит, осложненный разлитым серозно-фибринозным перитонитом.

Таблица 2

Виды хирургических вмешательств, выполненных при синдроме Мирицци

Виды операций	Число больных
Синдром Мирицци I типа	
Холецистэктомия, холедохолитомия, Т-дренирование общего желчного протока	3
Холецистэктомия, холедохотомия, пластика гепатикохоледоха на Т-дренаже	1
Холецистэктомия, дренирование по Холстеду	2*
Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование по Холстеду, послеоперационная ЭПСТ	1
Лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия, Т-дренирование общего желчного протока	2
Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование по Холстеду	4
ЭПСТ, назобилиарное дренирование	1
Синдром Мирицци II типа	
Лапароскопическая холецистэктомия, литэкстракция через свищ, пластика гепатикохоледоха на Т-дренаже	4
Синдром Мирицци III типа	
Холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика гепатикохоледоха на Т-дренаже	4 (1*)
Холецистэктомия, литэкстракция через свищ, пластика гепатикохоледоха на Т-дренаже	3 (1*)
Холецистэктомия, литэкстракция, пластика гепатикохоледоха на сходящихся дренажах	1 (1*)
Синдром Мирицци IV типа	
Холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика гепатикохоледоха на Т-дренаже	1
Холецистэктомия, литэкстракция через свищ, пластика гепатикохоледоха на Т-дренаже	1
Холецистэктомия, литэкстракция, пластика гепатикохоледоха на чреспеченочном дренаже	1 (1*)

* Операции начинались лапароскопически, с последующей конверсией.

Выбор операции и метода дренирования зависел от сопутствующих изменений. При отсутствии холедохолитиаза и выраженных воспалительных и рубцовых изменений в области гепатикохоледоха операцию завершали дренированием по Холстеду (у 2 пациентов).

Сопутствующий холедохолитиаз у 3 больных потребовал выполнения холедохолитотомии, дренирования общего желчного протока Т-образным дренажем длительностью 10, 18 и 29 дней.

В 1 наблюдении при СМ I типа и отсутствии холедохолитиаза выполнялась традиционная холецистэктомия, пластика общего печеночного протока на Т-образном дренаже, установленном в общий желчный проток частично через устье пузырного протока. Это было обусловлено конкрементом, располагавшимся в пузырном протоке, интимно спаянном с общим печеночным протоком, выраженными рубцовыми изменениями в области печеночно-двенадцатиперстной связки. В последующем дренаж был заменен на временный пластиковый стент, проведенный в правый печеночный проток, проксимальнее места сужения. В послеоперационном периоде у больной в течение 3 мес отмечался рецидивирующий холангит. Временное стентирование продолжалось в общей сложности 7 мес. В течение 2 лет, прошедших с момента удаления стента и окончания лечения, состояние больной хорошее, рецидивов холангита не отмечалось.

Показанием к ЭПСТ (у 1 пациентки) при СМ I типа как окончательному варианту лечения послужило ее тяжелое состояние, обусловленное холедохолитиазом, гнойным холангитом, множественными холангиогенными абсцессами печени, абдоминальным сепсисом. ЭПСТ в сочетании с назобилиарным дренированием и адекватной антибактериальной терапией позволили добиться разрешения абсцессов печени и абдоминального сепсиса. Через 15 дней после ЭПСТ была осуществлена механическая литотрипсия с литэкстракцией петель Дормиа. После проведенного комплексного лечения пациентка была выписана домой с рекомендацией плановой холецистэктомии.

Оперативная тактика при СМ II–IV типа зависела от степени разрушения гепатикохоледоха и местных изменений.

При хроническом калькулезном холецистите и СМ II типа выполнение лапароскопических операций оказалось возможным у всех 4 больных. Умеренно выраженный воспалительно-рубцовый процесс в области печеночно-двенадцатиперстной связки, небольшой свищевой дефект гепатикохоледоха, возможность извлечения конкрементов желчных протоков через свищ позволили выпол-

нить пластику гепатикохоледоха на Т-образном дренаже лапароскопически. Технические особенности лапароскопической операции заключались во вскрытии желчного пузыря непосредственно над конкрементом, с переходом разреза на переднюю стенку общего желчного протока, установкой Т-образного дренажа через свищ и последующей пластикой гепатикохоледоха стенкой желчного пузыря. Через 4 нед дренаж заменяли временным пластиковым стентом на сроки от 6 до 8 мес.

При III типе СМ все 8 операций выполнялись открытым способом. У 5 больных операции первоначально начинались открытым способом, у 3 — лапароскопически, с последующей конверсией. Причиной конверсии послужили: выраженные рубцовые и воспалительные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки (у 2), технические трудности в лапароскопическом закрытии дефекта общего печеночного протока (у 1).

В 7 наблюдениях пластику гепатикохоледоха выполняли на Т-образном дренаже: в 4 — Т-образный дренаж вводили через разрез, выполненный ниже билиобилиарного свища; в 3 — непосредственно через свищ, так как дополнительное рассечение гепатикохоледоха вело к излишней травме и создавало трудности в пластике холецистобилиарного свища. Основной целью Т-дренирования было предупреждение формирования послеоперационной стриктуры внепеченочных желчных протоков. В последующем производили замену Т-дренажа на временный пластиковый стент, проведенный проксимальнее места пластики. Общая длительность временного стентирования составляла от 6 до 9 мес.

У 3 больных при оперативном лечении III типа СМ развились осложнения. У 1 из них — ятрогенное тангенциальное ранение гепатикохоледоха протяженностью 1 см. Операцию завершили временным стентированием на сходящихся стентах. Такой вид стентирования был обусловлен значительным дефектом стенки общего печеночного протока, возникшего в результате сочетания самого заболевания и операционной травмы. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде был выявлен резидуальный холедохолитиаз, устраненный неоперативным путем через дренаж до выписки из клиники.

Хирургическая тактика при СМ IV типа (n=3) не отличалась от таковой при III типе. Все операции выполняли открытым способом: у 2 больных — изначально, у 1 — после диагностической лапароскопии. Пластику гепатикохоледоха также выполняли на Т-образном дренаже, введенном как через свищ (у 1), так и через дополнительный

разрез общего желчного протока. У 1 больной имело место тангенциальное повреждение общего печеночного протока на протяжении 5 мм, которое было устранено пластикой протока на транспеченочном дренаже, с последующим временным стентированием в течение 6 мес. У этой же больной в ходе операции в терминальном отделе общего желчного протока был выявлен конкремент диаметром 6 мм. Оставленный камень был удален в послеоперационном периоде с помощью петли Дормиа.

Оценка отдаленных результатов лечения, помимо изучения клинико-лабораторных показателей, включала УЗИ и магнитно-резонансную холангиографию. Хорошими результатами считали отсутствие признаков заболеваний органов брюшной полости, удовлетворительными — наличие диспепсических расстройств и(или) болей в животе, не имеющих отношения к желчевыводящей системе, с учетом их выраженности, частоты и длительности. У 23 больных отдаленные результаты признаны хорошими, у 6 — удовлетворительными.

При изучении отдаленных результатов у больных с СМ I типа 12 респондентов из 15 не предъявляли вообще каких-либо жалоб со стороны органов брюшной полости, у 2 — после открытых операций результаты расценены как удовлетворительные. Больная после внутрипросветного эндоскопического лечения от плановой холецистэктомии отказалась. Через 1,5 года после окончания лечения рецидивов печеночной колики и холангита у нее не было.

У всех 4 пациентов, оперированных по поводу СМ II типа, результаты расценены как хорошие.

У 8 больных, оперированных по поводу СМ III типа, результаты лечения у 6 из них признаны хорошими, у 2 — удовлетворительными. У больных, имевших СМ IV (n=3) типа, хорошие результаты получены у 2, удовлетворительные — у 1.

Необходимо подчеркнуть, что ни у одного больного из 29 признаков холангита и стриктуры желчных протоков за время наблюдения не выявлено.

Полученные нами данные убедительно подтверждают тезис о необходимости обоснованного формирования показаний к оперативному лечению, выбору вида вмешательства и оптимального операционного доступа.

Выводы. 1. Выполнение лапароскопических операций допустимо при СМ I и II типа. При возникновении затруднений во время операции, для профилактики повреждения желчных протоков показана конверсия.

2. Пациенты с СМ III–IV типа должны оперироваться только открытым способом. В отличие от ряда авторов [1, 4], мы не считаем необходимым выполнять билиодигестивные анастомозы при холецистобилиарных свищах. При формировании анастомоза в условиях хронического воспалительного процесса имеется высокая вероятность развития послеоперационной стриктуры и функциональных нарушений в виде рефлюкс-холангита, что подтверждается нашими данными и исследованиями других авторов [5, 10].

3. Пластику гепатикохоледоха при СМ II–IV типа лучше осуществлять на Т-образном дренаже, введенном через отдельный разрез ниже билиобилиарного свища. При выполнении лапароскопических операций, а также при свищевом дефекте более $\frac{2}{3}$ диаметра протока и широких желчных протоках, имеющемся «запасе» стенки желчного пузыря, для того, чтобы не увеличивать дефект гепатикохоледоха, допустима установка Т-образного дренажа через свищ. Для пластики могут использоваться как стенка желчного пузыря, так и ткани пузырного протока.

4. Вид дренирования и продолжительность временного стентирования определяются выраженностью рубцово-воспалительных изменений гепатикохоледоха, методикой их выполнения, развившимися интраоперационными и послеоперационными осложнениями, сроками купирования холангита. Необходимость временного стентирования обуславливается тем, что патогенез формирования СМ II–IV типа можно рассматривать как естественную модель повреждения желчных протоков.

5. При значительном дефекте желчных протоков (СМ IV типа) или их ятрогенном повреждении в условиях дефицита тканей, необходимых для пластики внепеченочных желчных протоков, показано длительное временное стентирование, лучше — на сходящихся стентах. Данная методика позволяет сохранить непрерывность гепатикохоледоха и избежать развития рубцово-воспалительной стриктуры без первичного адаптирования проксимального и дистального концов протока, являясь альтернативой билиодигестивным анастомозам.

6. Очевидно, что реализация тактических и технических решений при СМ адекватно может быть выполнена только в специализированных лечебных учреждениях.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирицци: особенности диагностики и лечения // Анн. хир. гепатол.—2006.—№ 3.—С. 7–10.

2. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирицци (диагностика и лечение).—М.: Медицина, 2003.—112 с.
3. Absill B., Mendes da Costa P. Cholecystectomies: from laparotomy to laparoscopy // *Acta chir. Belg.*—1994.—№ 3.—P. 180–184.
4. Al-Akeely 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.
5. Csendes A., Diaz J.C., Burdiles P. et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification // *Brit. J. Surg.*—1989.—Vol. 76, № 11.—P. 1139–1143.
6. Ibrarullah M., Saxena R., Sikora S.S. et al. Mirizzi's syndrome: indentification and management strategy // *Aust. N.Z.J. Surg.*—1993.—Vol. 63, № 10.—P. 802–806.
7. Jimenez O., Palacios J.M., Correa R. et al. Mirizzi syndrome: experiencia en 77 cases // *Rev. Med. Chil.*—1989.—Vol. 117, № 5.—P. 501–507.
8. Kaker L.K., Ravindra K.V., Sikora S.S. et al. Transcholedochal cholecystolithotomy for a variant of Mirizzi's syndrome // *Trop. Gastroent.*—1994.—Vol. 15, № 2.—P. 105–109.
9. Rust K.R., Clancy T.V., Warren G. et al. Mirizzi's syndrome: a contraindication to coelioscopic cholecystectomy // *J. Laparoendosc.*—Surg.—1991.—Vol. 1, № 3.—P. 133–137.
10. 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.

Поступила в редакцию 22.10.2008 г.

S.B.Sheiko, N.A.Majstrenko, V.V.Stukalov, A.S.Pryadko, S.F.Basos, G.G.Kazakevich

TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF CURRENT TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME (COMMUNICATION 2)

The results of treating 29 patients with Mirizzi syndrome are analyzed: 17 patients underwent traditional surgery, 11 patients — laparoscopic procedures, and endoscopic sphincterotomy with nasobiliary drainage was performed in a type I patient. Laparoscopic operations were performed in patients with types I and II syndrome, patients with types III and IV had only open surgery. In 2 cases operations were complicated by iatrogenic injury to the hepaticocholedochus, in 4 cases — by residual bile duct stones. Pronounced inflammatory alterations and scarring of the hepaticocholedochus, III and IV types of the syndrome were considered as indications for prolonged temporary stenting with plastic stents in 12 patients. Long-term results were studied with follow-up from 1.5 to 9 years. No patients out of 29 suffered cholangitis or biliary strictures.