

УДК: 616.366-003.7-06-07-089

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Гайбуллаев Темурбек Зокир угли

Ташкентская медицинская академия

Магистр, Ташкентская медицинская академия, факультет общей хирургия

Узбекистан, Ташкент

Акбаров М.М

44 Профессор, доктор медицинских наук, руководитель отделения

Гепатобилиарная хирургия и трансплантации печени №1

Нишанов М.Ш

Кандидат медицинских наук, заведующий отделением Гепатобилиарная

хирургия и трансплантации печени №1

Усмонов А.А

врач отделения ГБХ и ТП №1.

Аннотация: Синдром Мириззи является редкое и трудно диагностируемое заболевание, вызывающее холестаз из-за внешней компрессии общего желчного протока, вторичной по отношению к закупорке желчных камней в мешке Гартмана. Эта хроническая закупорка приводит к воспалению и изъязвлению с образованием холецистобилиарных и/или желчно-кишечных свищей. Эта патология сама по себе увеличивает риск повреждения желчевыводящих путей, связанного с холецистэктомией, что представляет собой проблему даже для опытных хирургов.

Ключевые слова: синдром Мириззи, гепатикохоледох, цистогепатикобилиарный свищ, компьютерная томография, ретроградная холангиопанкреатография..

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ последних литературы лечения синдром Мириззи.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 17 источников зарубежной литературы по данной теме.

Результат. Несмотря на широкий спектр хирургических методов лечения этого синдрома, результаты лечения на сегодняшний день остаются не совсем удовлетворительными.

Сегодняшний день остаются не вполне удовлетворительными. Наличие синдрома Мириззи у пациента во время операции повышает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности в диагностике синдрома Мириззи, риск повреждения желчного протока, ряд наблюдений, а также достаточно широкий

спектр методов хирургического лечения определяют актуальность изучения данной проблемы. Внедрение современных методов диагностики РС и разработка рациональной хирургической тактики, в зависимости от вида синдрома, позволит улучшить лечение пациентов с данным осложнением желчнокаменной болезни.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мириizzi является довольно редким заболеванием желчных протоков и, по данным литературы, диагностируется у 0,5-5% пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Компрессия общего желчного протока трансформируется в стриктуру, если хирургическое вмешательство откладывается и заболевание становится

затяжным, при котором периоды благополучия чередуются с обострениями.

Со временем стенки желчного пузыря и гепатикохоледоха сближаются ближе к полному контакту, чему способствует наличие большого камня в кармане Гартмана. Под влиянием его массы уже усугубляются уже имеющиеся трофические нарушения, происходит перфорация (пролежень) стенки желчного пузыря и желчного протока, с последующим формированием везикохоледохеального свища. Через это патологическое сообщение

кальцификаты устремляются из желчного пузыря в просвет гепатикохоледоха, диаметр фистулы увеличивается из-за потери тканей в зоне компрессии. В результате происходит сужение проксимального отдела гепатикохоледоха устраняется, желчный пузырь уменьшается в объеме, его шейка, карман Гартмана и значительная часть тела исчезают. В конце концов, желчный пузырь напоминает дивертикулородное образование, сообщающееся с просветом внепеченочного желчного протока через широкий свищ. Кистозный проток отсутствует в подавляющем большинстве наблюдений [1,2,3,4].

В последнее время большое внимание уделяется классификации синдрома Мириizzi синдрома Мириizzi, методам предоперационной диагностики, а также различным методам хирургической коррекции, включая использование видеолапароскопических техники. Различные авторы предложили несколько классификаций синдрома Мириizzi. Наиболее распространенными классификациями на сегодняшний день являются С. McSherry et al., Lai E. C. H., Lau W. Y. и T. Nagakawa et al [5].

А. Csendes et al. [1] в 1989 г. к вышеназванным типам добавили еще два, приняв за основу степень разрушения пузырно-холедохеальным свищем стенки ОПП. Данная классификация основывалась на том, что при I типе синдрома Мириizzi, как и в классификации McSherry, имеется наружное сдавление общего печеночного протока вклиненным в пузырный проток конкрементом. Следующие стадии (II, III и IV) характеризовались наличием холецистохоледохеальной фистулы, причем при II стадии ее размеры не превышали 1/3 окружности гепатикохоледоха, при III стадии размеры фистулы варьировали от 1/3 до 2/3 окружности и при IV стадии

наблюдалось полное разрушение стенки желчного протока. Особенностью данной классификации являлось то, что в зависимости от стадии синдрома Мириizzi авторы предлагали методы коррекции, правда только хирургические (?).

Синдром Мириizzi является сложным осложнением желчнокаменной болезни для

диагностировать и лечить. Холецистэктомия при синдроме Мириizzi часто заканчивается

интраоперационным повреждением общего желчного протока с образованием дефекта в его стенке. Иногда узкую дистальную часть общегожелчного протока (ОЖП), расположенную подкамнем, принимают за пузырьный проток, а расширенную часть ОПП за продолжение кармана Гартмана. Смертность достигает 17%. Долгосрочные результаты также остаются неудовлетворительными - у 20% пациентов возникают стриктуры проксимального гепатикохоледоха [6]. Хирургия при синдроме Мириizzi очень сложна, и в литературе ее называют в литературе как "ловушка желчного протока".

В этих ситуациях желчный пузырь уменьшен, фиброзно изменен, с плотной нфильтрацией в треугольнике Кало Кроме того, анатомия желчного протока очень искажена, и очень

легко перепутать общий печеночный проток с кистозным протоком, что может привести к неизбежной травме печеночного протока [7]. Калькулез, фиксированный в Карман Гартмана, сдавливающий желчные протоки, затрудняет доступ к треугольнику Кало [8,9]. В связи с прогрессом хирургии желчевыводящих путей, увеличением частоты желчнокаменной болезни, интерес к этой проблеме возрос в последние годы. Однако до сих пор нет единого мнения о диагностике и тактике хирургического лечения [10,11]. Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать синдром Мириizzi до операции в 8,6 – 23,8% случаях (Р.М. Ахмедов, 2006; А.Д. Джорбеков, 2006; Э.И. Гальперин, 2006; В.И. Лупальцев, 2006; Е.Н. Майзельс, 2010; В.А. Ступин, 2006; Т. Nagakawa, 1997). При эндоскопической холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) данную патологию выявляют до операции у 33,0 – 58,3% больных, что определяет объем и метод оперативного вмешательства (Б.С. Запорожченко, 2006; В.И. Лупальцов, 2010; О. J. Shah, 2001; J. Waisberg, 2005). По результатам УЗИ выявляются такие признаки, как уменьшенный желчный пузырь при наличии расширенных внутрпеченочных протоков при нормальном размере дистального общего желчного протока, позволяют заподозрить СМ на начальном этапе обследования . В последние годы были разработаны неинвазивные

методы предоперационной диагностики МС, такие как спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, развиваются [13.14]. Nagakawa T. et al. (1997) отмечают, что компьютерная томография (КТ) не дает никакой дополнительной информации по сравнению с абдоминальным УЗИ или ЭРХПГ [10]. Только 79% камней, обнаруженных в желчном

пузыре с помощью УЗИ, могут быть визуализированы с помощью КТ [10]. Тем не менее, этот метод исследования

играет важную роль в дифференциальной диагностике с холангиокарциномой, раком желчного пузыря, сдавлением общего желчного протока метастазами в печеночный холмик [13]. Существует и другая точка зрения на этот метод исследования. Nagakawa T. et al. (1997) в своей работе отметили высокую чувствительность, специфичность и точность, 93%, 98% и 94%, соответственно, спиральной компьютерной томографии после проведения инфузионной холангиографии.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является новым и еще малоизученным методом для диагностики МС[13].

При анализе вариантов лечения синдрома Мириззи I типа авторами предлагались различные операции. Например, A.Scendes et al. (1989) при I типе синдрома Мириззи у 6 больных выполняли холецистэктомию, а у 17 - холецистэктомию в сочетании с дренированием холедоха. H.Baer et al. (1990) при лечении данной патологии выполняли "открытую" холецистэктомию, в ряде случаев сочетая ее с ревизией гепатикохоледоха. Другие авторы (D.Cottier et al. (1991) предлагают при I типе синдрома Мириззи выполнять субтотальную холецистэктомию, стремясь избежать повреждения гепатохоледоха и дополнять ее ревизией общего желчного протока. Другие авторы также отмечают технические сложности при операциях при синдроме Мириззи I типа. Например, T.Nagakawa et al., (1997) при I стадии рекомендовали проведение "открытой" холецистэктомии "от дна". M.Sare et al. (1998) предприняли попытки проведения ЛХЭ у 3 больных с I типом синдрома Мириззи и наблюдали в одном случае развитие желчеистечения из дефекта гепатикохоледоха, который образовался на 3-е сутки в зоне сдавленного общего печеночного протока ущемленным конкрементом шейки желчного пузыря. В.С.Савельев и В.И.Ревякин (2003) рекомендуют хирургическое лечение I типа синдрома Мириззи и наиболее часто выполняли полное удаление желчного пузыря от шейки или от дна, в большинстве случаев в сочетании с дренированием гепатикохоледоха по Керу. При этом авторы отмечали возникновение различной протяженности стриктур общего печеночного протока, осложненных механической желтухой, в сроки от 8 месяцев до 3 лет после операции у 19,5% больных. По данным других авторов, повторные реконструктивные операции по поводу стриктуры гепатикохоледоха в отдаленные сроки после оперативного лечения больных с I типом синдрома Мириззи необходимы у 11,1—20,8% больных (O.Jimenez et al., 1989; A.Scendes et al., 1990).

Данная ситуация заставляет хирургов искать методы операций, позволяющих устранять стриктуру гепатикохоледоха во время первой операции. Так, P.Enzler et al.(1984)., O.Jimenez et al. (1989) предлагают применять гепатикоеюностомию.

В.С.Савельев и В.И.Ревякин (2003) при наличии стенозирующей формы синдрома Мириззи I типа с успехом применяли пластику холедоха на потерянном дренаже.

Во время операции при подозрении на МС этот метод диагностики позволяет в реальном времени построить многоплоскостное изображение желчных протоков под разными углами, но в настоящее время он остается недоступным и в целом, несмотря на разнообразие диагностических методов, часто не удается диагностировать МС до операции. Такая ситуация во время операции может дезориентировать хирурга и создать опасность травмы общего желчного протока, ошибочно принятого за желчный пузырь или широкий кистозный проток. Таким образом, отсутствие универсальных редоперационных методов исследования МС требует разработки оптимальной диагностической тактики. В современной хирургии существует два основных направления в лечении МС в современной хирургии: рентгеноэндоскопические методы, оперативные вмешательства. Рентгеновские эндоскопические методы могут быть использованы как на первом этапе хирургического вмешательства в качестве предоперационной подготовки или как самостоятельный метод лечения пациентов с МС в случае высокого анестезиологического риска [11, 15]. По данным литературы, методы оперативного доступа и варианты операций при синдроме Мириззи существенно различаются: например, некоторые авторы относят этот синдром к абсолютным противопоказаниям к лапароскопической холецистэктомии [1, 2, 13]. Lledó J. B. et al. (2014) в обзоре литературы по использованию лапароскопической техники при РС указывает на 40% конверсию доступа, 20% осложнений и 6% повторных операций [17]. Однако существует ряд публикаций, авторы которых указывают на возможность использования лапароскопической техники

при определенных условиях. Так, Lai E. C. H., Lau W. Y. (2006) указывают на возможность использования лапароскопического подхода опытным хирургом только при первом типе МС [17]. Наиболее распространенной операцией при первом типе МС является холецистэктомия, дополненная дренированием общего желчного протока [11, 17]. При наличии билиарного свища необходимо его разделить с последующим восстановлением целостности общего желчного протока. В качестве одного из вариантов закрытия дефекта общего желчного протока, используемого большинством хирургов, является устранение дефекта стенки общего желчного протока со специально оставленной частью желчного пузыря [10, 11]. Однако, Waisberg J. et al. (2005) предполагают, что теоретически логично, что сохраненная ткань желчного пузыря может увеличить риск развития остаточного холедохолитиаза [28].

Пугаев А.В. и др. (2019) при наличии холецистобилиарного свища рекомендуется выполнять пластику общего желчного протока временными стентами. Авторы объясняют необходимость временного стентирования наличием длительных воспалительных изменений в области гепатодуоденальной связки, благодаря чему

МС можно рассматривать как "модель повреждения желчных протоков". При значительном повреждении стенки общего желчного протока, вовлеченного в свищ, ряд хирургов указывают на необходимость формирования билиодигестивного анастомоза: холедохо-дуоденоанастомоз, холедохо-еюноанастомоз, холецистохоледохо-еюноанастомоз [17].

Во время операций по поводу МС сохраняется высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений [10,11]. Наиболее распространенным осложнением после операции по поводу МС является стриктура общего желчного протока. По данным Zhang J., Perera P., Beard R. (2020) из 46 пациентов, оперированных по поводу МС, стриктура общего печеночного протока развилась у 6,5%. Результаты операций на так называемом потерянном дренаже, выполненных у четырех пациентов с первой формой МС ("стенозирующая" форма), Vorobey A. V. et al. (2018) оцениваются как положительные [17]. Причины для удаления дренажей из протоков указываются сразу же, например, развитие желтухи, обструкция дренажей, вызванная образованием мелких камней, отложение солей на стенках дренажей и накопление гнойного детрита, что приводит к повторным приступам холангита. Наибольшую сложность для хирургического лечения представляют пациенты с значительным разрушением стенки общего желчного протока. Отмечается, что чем выше степень деструкции стенки общего желчного протока (III - IV тип МС по С.К. McSherry et al, 1982), тем выше уровень послеоперационной смертности [11]. При III - IV типе МС большинство хирургов придерживаются позиции о необходимости наложения холедохоеюностомии.

Таким образом, на сегодняшний день МС является одним из осложнений желчнокаменной болезни, в диагностике и хирургической тактике которого существует ряд нерешенных вопросов. Несмотря на широкий спектр хирургических методов лечения этого синдрома, результаты лечения на сегодняшний день не вполне удовлетворительными. Наличие МС у пациента во время операции повышает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности диагностики синдрома Мириззи, опасность

повреждения желчного протока, малое количество наблюдений, а также достаточно широкий спектр методов хирургического лечения определяют актуальность изучения данной проблемы. Внедрение современных методов диагностики МС и разработка рациональной хирургической тактики, в зависимости от вида синдрома, позволит улучшить лечение больных с этим осложнением желчнокаменной болезни.

желчнокаменной болезни.

Таким образом, синдром Мириззи является осложнением желчнокаменной болезни, в

диагностике и хирургическом лечении которой существует ряд нерешенных вопросов, связанных как с определением оптимальной лечебно-диагностической тактики, так и с использованием альтернативных методов лечения:

- на сегодняшний день не существует единой общепринятой тактики в отношении

диагностики и хирургической коррекции синдрома;

- результаты лечения остаются неудовлетворительными;

- высока частота послеоперационных осложнений и летальности;

- нет четких показаний и противопоказания к лапароскопическим операциям;

- в мировой литературе нет данных о дренировании желчных протоков лапароскопическим методом;

- в мировой литературе нет данных о дренировании желчных протоков лапароскопическим методом при синдроме Мирizzi [17].

Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Мирizzi позволит избежать большого количества повреждений желчных протоков и других жизненно важных анатомических структур, снизить частоту перехода к лапаротомии при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушением оттока желчи.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bellamlih H. et al. Mirizzi's syndrome: a rare cause of biliary tract obstruction: about a case and review of the literature //The Pan African medical journal. – 2017. – Т. 27. – С. 45-45.

2. Gafurovich N. F. et al. Analysis of the results of surgical treatment of “fresh” damage to the bile ducts //European science review. – 2018. – №. 11-12.

3. Pugaev A. V. et al. Mirizzi syndrome management (in Russian only) //Khirurgiia. – 2019. – №. 3. – С. 42-47.

4. Xu X. et al. Mirizzi syndrome: our experience with 27 cases in PUMC Hospital //Chinese Medical Sciences Journal. – 2013. – Т. 28. – №. 3. – С. 172-177.

5. Ergashev F. R. et al. Damage to the main bile ducts: the frequency and causes of their occurrence, risk factors, classification, diagnosis and surgical tactics (literature review) //International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – P. 82-96.

6. Tarasenko S. V. et al. Clinical case of endovideoscopic treatment of choledocholithiasis complicated with Mirizzi's syndrome //IP Pavlov Russian Medical Biological Herald. – 2018. – Т. 26. – №. 4. – С. 533-537.

7. Tataria R. D. et al. Mirizzi's syndrome: A scoring system for preoperative diagnosis //Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association. – 2018. – Т. 24. – №. 5. – С. 274.
8. Abkian E. et al. S3326 A Rare Case of Type 1 Mirizzi Syndrome //Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG. – 2020. – Т. 115. – С. S1734
9. Zhang J., Perera P., Beard R. A Case of Mirizzi Syndrome with Erosion into the Common Hepatic Duct //Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2020. – С. 1-2.
10. Abkian E. et al. S3326 A Rare Case of Type 1 Mirizzi Syndrome //Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG. – 2020. – Т. 115. – С. S1734.
11. Akbarov M. M. The analysis of surgical treatment of post-traumatic scar strictures Of magisterial bile ducts and biliodigestive anastomoses //Central Asian Journal of Medicine. – 2018. – Т. 2018. – №. 2. – С. 5-19.
12. Bellamlih H. et al. Mirizzi's syndrome: a rare cause of biliary tract obstruction: about a case and review of the literature //The Pan African medical journal. – 2017. – Т. 27. – С. 45-45. 8. Beltrán M. A. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification //World journal of gastroenterology: WJG. – 2012. – Т. 18. – №. 34. – С. 4639.
13. Chen H. et al. Current trends in the management of Mirizzi Syndrome: A review of literature //Medicine. – 2018. – Т. 97. – №. 4.
14. Ergashev F. R. et al. Damage to the main bile ducts: the frequency and causes of their occurrence, risk factors, classification, diagnosis and surgical tactics (literature review) //International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – P. 82-96.
15. Davlatov, S., Rakhmanov K., Qurbonov N., Vafayeva I., & Abduraxmanov D. (2020). Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review)// International Journal of Pharmaceutical Research, 12, – P. 1931-1939. DOI:<https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.SP2.340>
16. Valderrama-Treviño A. I. et al. Updates in Mirizzi syndrome //Hepatobiliary surgery and nutrition. – 2017. – Т. 6. – №. 3. – С. 170.
17. Khadjibaev A., Khadjibaev F., Tilemisov S. Retrograde and percutaneous transhepatic interventions in benign mechanical jaundice //HPB. – 2019. – Т. 21. – С. S888