

*Ысмайылов К.С.*

**СПОСОБ ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ  
ХОЛЕЦИСТИТОМ И СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ**

*K.S. Ysmaiyllov*

**METHOD OF TWO-STAGE SURGICAL TREATMENT OF  
GALLSTONE DISEASE COMPLICATED WITH ACUTE DESTRUCTIVE  
CHOLECYSTITIS AND MIRIZZI SYNDROME**

УДК:616/15-618

*В работе излагается первый опыт двухэтапного хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложненной острым деструктивным холециститом и синдромом Мириizzi с высокой локализацией холецистобилиарного свища. Полученные первые результаты позволяют считать целесообразным применение разработанного двухэтапного способа в широкой клинической практике.*

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, синдром Мириizzi, двухэтапный способ операции, холецистэктомия, дренирование желчных протоков.

*In this article the first experience of a two-stage surgical treatment of gallstone disease, complicated by acute destructive cholecystitis and Mirizzi syndrome with high localization of cholecystobiliary fistula, describes. The obtained first results allow to consider useful application of the developed two-step method in the wide clinical practice.*

**Keywords:** cholelithiasis, Mirizzi syndrome, two-stage method of operation, cholecystectomy, draining of bile ducts.

**Актуальность**

Выбор оптимальной хирургической тактики при остром деструктивном течении желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мириizzi 2 типа, представляет собой чрезвычайно сложную проблему [1,3,5]. В решении этой проблемы возникают одновременно несколько тактико-технических вопросов: удаление деструктивно измененного склерозированного желчного пузыря, ликвидация высоко расположенного холецистобилиарного свища, закрытие образовавшегося дефекта передней стенки конfluence. При таком высоком расположении холецистобилиарного свища, но с отсутствием острого деструктивно-воспалительного процесса, предлагаются первичные гепатикоэюностомии на выключенной по Ру петле тонкой кишки [2-4]. В условиях же острого деструктивного воспаления и связанной с этим инфильтрированности тканей, микроциркуляторных сосудистых дисфункций, нарушения нормальной трофики тканей, бактериальной диссеминации, первичное восстановление билиодигестивного пассажа чревато известными грозными фатальными последствиями (несостоятельность анастомоза, желчный перитонит, желчные свищи) [3-5].

В доступной тематической литературе мы не

встретили описания случаев острого деструктивного течения желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мириizzi 2 типа с локализацией холецистобилиарного свища внепеченочных желчных протоков в области конfluence и, соответственно, способов хирургического лечения.

**Целью работы:** разработать двухэтапный способ хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной острым деструктивным холециститом и синдромом Мириizzi с высокой локализацией холецистобилиарного свища, и оценить его эффективность.

**Материал и методы**

С 1998 года по настоящее время в Ошской межобластной объединенной клинической больнице и Национальном Госпитале МЗ КР нами пролечено 139 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi. Возраст больных колебался от 25 до 87 лет. Среди 139 больных преобладали лица женского пола – 103 (74,1%) больных, а мужчин было – 36 (25,9%). Из всех обсуждаемых больных преобладали пациенты пожилого – 58 (41,7%) и старческого возраста – 68 (48,9%).

Согласно классификации McSherry (1982), больных с синдромом Мириizzi I типа было 65 (46,7%), II типа – 74 (53,3%).

У всех больных проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и перенесенных ранее вмешательств на желчных протоках, данных физикального обследования, лабораторных методов исследования: гемограмма, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Для диагностики синдрома Мириizzi применяли ультразвуковое исследование, которое проводилось на ультразвуковых сканнерах «Voluson 530D», «Aloka SSD 725» с применением конвексных датчиков с частотой излучения 3,0 МГц, 3,5 МГц и 5 МГц, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования.

Поставленная цель достигалась путем двухэтапного хирургического лечения, заключающегося в выполнении на первом этапе холецистэктомии, устранении холецистобилиарного свища и наружном

дренировании обоих долевого печеночного протока; вторым этапом производили восстановление билиодигестивного пассажа путем наложения бигепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

**Методология операции.** После лапаротомии и ревизии дают оценку анатомической ситуации в подпеченочном пространстве, где обнаруживают деструктивно измененный, сморщенный, деформированный желчный пузырь с холецистобилиарной фистулой и желчным камнем в области конfluence. Первым этапом рассекают в продольном направлении переднюю стенку желчного пузыря от дна, продолжая разрез через его шейку, которая представляет собой свищевое соустье с внепеченочными желчными протоками. Извлекают желчный камень, фиксируемый в зоне холецистобилиарной фистулы, saniруют просвет желчных протоков и убеждаются в проходимости и отсутствии камней в протоках. При ликвидации холецистобилиарного свища образуется значительный дефект передней стенки конfluence и проксимального отдела гепатикохоледоха, который не представляется возможным закрыть на первом этапе. Задняя стенка внепеченочных желчных протоков при этом остается не пораженной. С учетом наличия острого воспаления желчного пузыря и прилегающих тканей гепатодуоденальной связки, наличии некротических изменений краев дефекта передней стенки конfluence и его обширности, желчный пузырь иссекают с оставлением его передне-латеральной стенки, которая изначально при формировании холецистобилиарного свища спаяна с долевыми печеночными протоками и как бы представляет собой «готовую площадку» для закрытия образовавшегося дефекта передней стенки проксимальных внепеченочных желчных путей. Необходимо учитывать размеры дефекта стенки желчных протоков и соответственно формировать лоскут из стенки желчного пузыря, достаточный для закрытия дефекта. Общий печеночный проток пересекается дистальнее места впадения пузырного протока, выполняется субтотальная холецистэктомия. Дистальный конец общего печеночного протока ушивается герметично непрерывным швом нерассасывающимся шовным материалом. В заключении первого этапа saniруют магистральные желчные пути раствором антисептика, проверяют отсутствие конкрементов и проходимость в желчных путях и производят наружное дренирование обоих долевого печеночного протока раздельными полихлорвиниловыми или силиконовыми дренажами диаметром Fr 10. В послеоперационном периоде проводят общепринятую антибактериальную и дезинтоксикационную инфузионную терапию. После успешного заживления операционной раны и снятия швов больного выписывают с наличием дренажей в желчных путях.

Спустя 2-3 месяца после стихания воспалительного процесса и завершения спаечных процессов в области операционного воздействия выполняют вторую, заключительную часть операции. После адгезиолиза формируют холецистобигепатикоеюноанастомоз. Оставленная на первом этапе стенка желчного пузыря используется для закрытия дефекта передней стенки гепатикохоледоха и области конfluence. «Дигестивным партнером» билиодигестивного соустья служит выключенная по Roux петля тонкой кишки длиной 80-100 см, проведенная позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени. При формировании холецистобигепатикоеюноанастомоза необходимо придерживаться следующих основных принципов: иссечение рубцовой ткани, прецизионная адаптация слизистых оболочек печеночных протоков и кишки, создание широкого соустья без натяжения, длина «отключенной» по Roux кишки не менее 80 см, использование в качестве шовного материала монофиламентной нити на основе полидиоксанона (Биосин, Monocol, Monocryl, PDS-II), имеющей декретированные сроки рассасывания. Равномерная и плотная сопоставимость анастомозируемых тканей при наложении прецизионного шва приводит к повышению герметичности бигепатикоеюноанастомоза и уменьшению вероятности возникновения несостоятельности швов в послеоперационном периоде.

**Клинический пример.** Б-ная И.И.Н., 53 года, № и.б. 16915, госпитализирована в хирургическое отделение Ошской межобластной объединенной клинической больницы 19.08.2008г. с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Камень холедоха. Хронический калькулезный холецистит. Механическая желтуха. Синдром Мирицци». Из анамнеза выяснено, что желчнокаменная болезнь была установлена 1,5 года назад. За этот период у больной наблюдались неоднократные приступы желчной колики. От оперативного лечения больная воздерживалась. В 2006 г. перенесла операцию экстирпацию матки. В условиях больницы больная прошла лабораторные и инструментальные обследования. Клинически значимых сопутствующих патологий не выявлено. По данным эхографии, печень увеличена, контуры ровные, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности, без очаговых изменений, отмечается расширение внутрипеченочных желчных протоков. Желчный пузырь уменьшен, деформирован, склерозирован, в просвете конкрементов нет, стенка в области шейки не определяется, полость сообщается с просветом общего печеночного протока. Начальные отделы гепатикохоледоха расширены до 2 см, в просвете конкремент размером 17 мм. Данные за камень холедоха, механическую желтуху, синдром Мирицци. Билирубин прямой 188,2 мкмоль/л, билирубин не прямой 106,4 мкмоль/л. 20.08.2008 г. в

плановом порядке больная была оперирована. Верхне-срединная лапаротомия, ревизия. Печень несколько увеличена. Желчный пузырь уменьшен в размере, сморщен, склерозирован, плотно спаян с гепатикохоledохом. Пальпаторно в области ворот печени определяется плотное фиксированное образование (конкремент) размером до 1,5 см в диаметре. Острым путем перивезикальный спаечный процесс был устранен. Произведено продольное вскрытие передней стенки желчного пузыря, с техническими трудностями извлечен конкремент, фиксированный в области конfluence. После удаления желчного камня образовавшийся дефект передней стенки конfluence был с некротическими изменениями вследствие длительной компрессии желчным камнем и исключал любые возможности первичного восстановления билиарного пассажа. После устранения механического препятствия начала поступать застойная желчь. Желчный пузырь удален по способу Прибрама с мукоклазией слизистой. Произведено раздельное наружное дренирование обоих долевого печеночных протоков тонкими дренажами. После дренирования подпеченочной области операционная рана послойно ушита. Послеоперационное течение гладкое, без осложнений. Билирубин прямой 13,3 мкмоль/л, билирубин не прямой 29,2 мкмоль/л от 24.08.08г. На 14 сутки после операции больная была выписана домой с наличием двух дренажей в печеночных протоках. Осложнений не было.

Повторно госпитализирована через 2,5 месяца, 18.11.2008г.: чувствует себя хорошо, жалоб нет, желтухи нет. В плановом порядке был проведен второй этап операции – удаление дренажей и формирование холецистобигепатикоюностомии на

выключенной по Roux петле тощей кишки.

Разработанный двухэтапный способ лечения применен нами в клинике у 2 больных. Получен благоприятный результат. Летальных исходов не было.

#### Выводы

Таким образом, применение разработанного двухэтапного способа лечения желчнокаменной болезни, осложненной острым деструктивным холециститом и синдромом Мирицци 2 типа с высокой локализацией холецистобилиарного свища, приводит к выздоровлению больных, возвращая их к полноценной жизни и труду. Полученные первые результаты позволяют считать целесообразным применение разработанного двухэтапного способа в широкой клинической практике.

#### Литература

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирицци: особенности диагностики и лечения // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - Том 11. - № 3. - С. 7-10.
2. Гречесов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирицци // Хирургия. – 2008. - № 11. – С. 31-34.
3. Савельев В.С., Ревакин В.И. Синдром Мирицци (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. - С. 112.
4. Al-Alkeely 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. 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.

Рецензент: д.м.н., профессор Акынбеков К.У.