

Ысмайылов К.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКИХ БИЛИДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

K.S. Ysmailov

THE EFFICIENCY OF HIGH BILIODIGESTIVE ANASTOMOSES IN THE SURGICAL TREATMENT OF MIRIZZI SYNDROME

УДК:615/15

Проанализированы первые результаты применения высоких билиодигестивных анастомозов при сложных формах синдрома Мирицци с локализацией холецисто-билиарного свища в области конfluence.

Ключевые слова: синдром Мирицци, конfluence, субтотальная холецистэктомия.

The first results of the application of high biliodigestive anastomoses for complex forms of Mirizzi syndrome with localization cholecysto-biliary fistula in confluence area analyzed.

Key words: Mirizzi syndrome, confluence, subtotal cholecystectomy.

Актуальность

В научной литературе последних лет все чаще фигурирует термин «синдром Мирицци» как осложнение желчнокаменной болезни, развивающееся при распространении воспалительного процесса с желчного пузыря на желчные протоки, вследствие чего происходит его компрессия или формирование холецисто-билиарного свища, через который конкременты желчного пузыря мигрируют в магистральные желчные протоки [1-8]. Распространенность этого осложнения желчнокаменной болезни не велика и варьирует от 0,2 до 2,7% среди пациентов с холелитиазом [5-8], однако серьезные трудности адекватной дооперационной диагностики, а также технические проблемы реконструктивно-восстановительного этапа операции, тем более у пациентов старших возрастных групп, заставляют неоднократно возвращаться к этой проблеме, вынося ее в разряд остроактуальных проблем билиарной хирургии.

В клинической практике существуют различные классификации синдрома Мирицци и по существу все они отражают различные варианты формирования патологического холецисто-билиарного свища и степень разрушенности внепеченочных желчных протоков [4,6,7]. В доступной литературе мы не встретили описания случаев синдрома Мирицци с локализацией холецисто-билиарного свища в области конfluence с поражением его передней стенки и, соответственно, способов хирургической коррекции этой сложной формы синдрома Мирицци. В связи с этим мы решили поделиться небольшим опытом хирургического лечения синдрома Мирицци 2 типа с локализацией холецисто-билиарного свища в

области конfluence.

Материал и методы

С 1998 года нами пролечено 139 больных с синдромом Мирицци. Преобладали лица женского пола – 103 (74,1%) больных, мужчин было – 36 (25,9%). Возраст больных колебался от 25 до 87 лет. Из всех больных преобладали пациенты пожилого – 58 (41,7%) и старческого возраста – 68 (48,9%).

Согласно классификации McSherry (1982), больных с синдромом Мирицци типа было 65 (46,7%), II типа – 74 (53,3%). Хронический калькулезный холецистит был установлен у 104 (74,8%) больных, острый калькулезный холецистит – у 35 (25,2%), в том числе острый катаральный холецистит имел место у 17 больных, флегмонозный – у 8, гангренозный – у 7, эмпиема желчного пузыря – у 2 и водянка желчного пузыря – у 1. Холедохолитиаз сопутствовал 80 (57,5%) больным. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась явлениями холангита.

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 Мирицци мы рутинно применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), которое проводилось на сканерах «Voluson 530D», «AlokaSSD 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.

Результаты и обсуждение

Из всех 139 наблюдений синдрома Мирицци у 4 (2,8%) холецисто-билиарный свищ с наличием конкремента локализовался в области конfluence с полным разрушением его передней стенки. Все больные – женщины в возрасте от 52 до 77 лет. У троих больных имели место острый обтурационный калькулезный холецистит (2) и острый гангренозный перфоративный калькулезный холецистит с разлитым желчным перитонитом (1). В одном наблюдении обнаружен хронический калькулезный

холецистит. Следует отметить, что дооперационная диагностика такой сложной формы синдрома Мириizzi 2 типа крайне затруднительна и истинная анатомическая ситуация была констатирована только интраоперационно.

В хирургическом лечении синдрома Мириizzi 2 типа с высокой локализацией холецисто-билиарного свища создается трудная тактическая ситуация, возникшая вследствие образования дефекта в результате пролежня желчным камнем передней стенки конfluence. После холецистэктомии в таких случаях образуется значительный дефект передней стенки конfluence, который практически невозможно закрыть различными способами пластики (рис. 1). Сложившаяся ситуация диктует необходимость выполнения сложной реконструктивной операции, а именно закрытия дефекта передней стенки конfluence.



Рисунок 1. Вид дефекта передней стенки конfluence после холецистэктомии.

В тематической научной литературе мы не встретили описания случаев синдрома Мириizzi 2 типа с поражением внепеченочных желчных протоков в области конfluence и, тем более, способов оперативной коррекции восстановления билиарного пассажа в таких ситуациях. У 2 больных нами выполнена одноэтапно субтотальная холецистэктомия и холецистобигепатикоюностомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки (подана заявка на изобретение). Методология данной операции выглядит следующим образом. После осуществления лапаротомии и ревизии в подпеченочном пространстве обнаруживали сморщенный, деформированный желчный пузырь с широкой холецисто-билиарной фистулой с наличием конкремента в области конfluence. Первым этапом рассекали стенку желчного пузыря от дна по продольной его оси, продолжая разрез через его шейку, которая представляет собой свищевое соустье с внепеченочными желчными протоками. Извлекали желчный камень, фиксированный в зоне холецисто-билиарной фистулы, санировали просвет желчных протоков и убеждались в проходимости и отсутствии камней в протоках. При ликвидации холецисто-билиарного

свища образуется значительный дефект передней стенки зоны конfluence. Задняя стенка внепеченочных желчных протоков при этом остается не пораженной. С учетом этого, желчный пузырь иссекали с оставлением его переднелатеральной стенки, которая изначально в течение хронического воспалительного процесса и при формировании холецисто-билиарного свища была спаяна с долевыми печеночными протоками и как бы представляет собой «готовую площадку» для закрытия образовавшегося дефекта передней стенки проксимальных внепеченочных желчных путей и анастомозирования с тонкой кишкой. Необходимо учитывать размеры дефекта стенки желчных протоков и соответственно формировать лоскут из стенки желчного пузыря, достаточный для закрытия дефекта. Общий печеночный проток пересекали дистальнее места впадения пузырного протока, выполняли субтотальную холецистэктомию. Дистальный конец общего печеночного протока ушивается герметично непрерывным швом нерассасывающимися шовным материалом.

Вторым этапом формировали холецистобигепатикоюноанастомоз с использованием оставленного лоскута стенки желчного пузыря. «Дигестивным партнером» билио-дигестивного соустья служила выключенная по Ру петля тонкой кишки длиной 80-100 см, проведенная позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени. Формировали холецистобигепатикоюноанастомоз прецизионными швами. На этом этапе соблюдали основные принципы формирования билио-дигестивного анастомоза: иссечение рубцовой ткани, прецизионная адаптация слизистых оболочек печеночных протоков и кишки, создание широкого соустья без натяжения, длина «отключенной» по Ру кишки не менее 80 см, использование в качестве шовного материала монофиламентной нити на основе полидиоксанона (Биосин, Monocol, Monocryl, PDS-II). Завершенный вид этой операции приведен на рисунке 2.

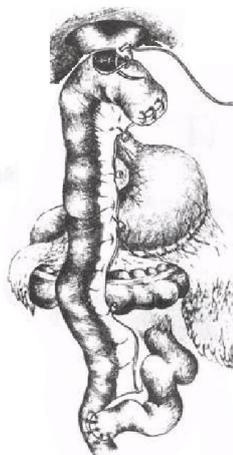


Рисунок 2. Формирование бигепатикоюноанастомоза по Ру.

Клинический пример 1. Б-ная А, 52 года, №и.б. 677, поступила 24.12.2004 г. в хирургическое отделение Ошской межобластной объединенной клинической больницы с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Склерозированный желчный пузырь. Хронический билиарный панкреатит. Механическая желтуха». Из анамнеза выяснено, что желчнокаменной болезнью страдает в течение 10 лет.

По данным эхографии, визуализируется сморщенный, деформированный желчный пузырь с наличием одного крупного конкремента размером 2x1,5 см, фиксированного в области шейки желчного пузыря. Внутривнутрипеченочные желчные протоки не расширены. Выявлено расширение гепатикохоледоха и правого печеночного протока.

В плановом порядке больная была оперирована. После выполнения верхне-срединной лапаротомии и ревизии в подпеченочной области был обнаружен массивный перифокальный спаечный процесс. Желчный пузырь уменьшен в размере, сморщен, интимно окутан салынком. Пальпаторно определяется фиксированный крупный конкремент в области шейки желчного пузыря. При диссекции области шейки желчного пузыря обнаружено широкое свищевое соустье желчного пузыря с конfluenceсом. По вышеописанной методике произведена операция субтотальная холецистэктомия, бескаркасная холецистобигепатикоеноностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки. После дренирования подпеченочной области операционная рана послойно ушита. Послеоперационное течение гладкое. Обе дренажные трубки из подпеченочной области удалены на 6 сутки. Больная была выписана на амбулаторное лечение. Осложнений не было. Осмотрена через 2 месяца: чувствует себя хорошо, жалоб нет, работает по специальности, желтухи нет. Общий билирубин крови - 17 мкмоль/л.

Приведенный пример наглядно демонстрирует сложность клинической ситуации и здесь бесспорно можно согласиться с утверждением ряда хирургов о том, что хирургическая операция при синдроме Мириizzi очень сложна и упоминается как «капкан в хирургии желчных протоков» [1,4]. Повторно оперирована одна больная. Через 2 года после операции у нее развились стриктура холецистобигепатикоеноанастомоза, внутривнутрипеченочный литиаз и механическая желтуха. В данном случае первая операция была выполнена в условиях острого деструктивного воспаления желчного пузыря. Больной была проведена операция разобщение билиодигестивного анастомоза, рассечение правого и левого печеночных протоков по Керу, литотомия, формирование бигепатикоеноанастомоза по Ру. Больная была выписана через 12 дней с выздоровлением. После этого случая мы отказались от одномоментного формирования высокого

билиодигестивного анастомоза по вышеизложенной методике и считаем это тактической ошибкой, так как даже в случае успешного заживления анастомоза у больных развивается стриктура бигепатикоеноанастомоза. В последующем в условиях острого воспалительного процесса мы планируем выполнить операцию в два этапа.

В 2 остальных наблюдениях была проведена двухэтапная операция: 1) субтотальная холецистэктомия, ликвидация холецисто-билиарного свища, наружное дренирование правого и левого печеночных протоков, 2) бигепатикоеноностомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки (подана заявка на изобретение). Показаниями для двухэтапного лечения в этих двух случаях были тяжелое состояние больных, наличие деструктивного калькулезного холецистита с разлитым желчным перитонитом в одном из них и краевой некроз стенки конfluenceса в области образовавшегося дефекта во втором наблюдении. Мы считаем, что двухэтапное оперативное лечение главным образом показано при невозможности наложить первичный билиодигестивный анастомоз, что бывает при остром воспалении, наличии деструктивного процесса, инфильтрации стенки желчных протоков, рыхлость тканей. В качестве демонстрации приводим второй клинический пример.

Клинический пример 2. Б-ная 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 Мириizzi». 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 внутривнутрипеченочных 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 размер 17 мм. Данные за камень холедоха, механическую желтуху, синдром Мириizzi. 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 склерозирован, плотно спаян с гепатико-холедохом. 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. После устранения механического препятствия начала поступать застойная желчь. Желчный пузырь удален по способу Прибрама с мукоклазией слизистой, была оставлена стенка желчного пузыря спаянная с передней стенкой конfluence. Произведено раздельное наружное дренирование обеих долевых 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.

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 бигепатикоюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки.

В послеоперационном периоде каких-либо тяжелых осложнений и летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, операция субтотальная холецистэктомия, холецистобигепатикоюностомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки, выполненной одно- и двухэтапно в зависимости от наличия

противопоказаний к первичному восстановлению билиодигестивного пассажа, является наиболее оптимальным и эффективным способом хирургической коррекции синдрома Мирizzi 2 типа с локализацией холецисто-билиарного свища в области конfluence. Данная операция приводит к выздоровлению больных, возвращая их к полноценной жизни и труду, и может быть рекомендована в практике билиарной хирургии.

Литература

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Самратов Т.У. и др. Синдром Мирizzi - диагностика и хирургическое лечение // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - Том 11. - № 3. - С.64.
2. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечения // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - Том 11. - № 3. - С. 7-10.
3. Грязов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирizzi // Хирургия. – 2008. - № 11. – С. 31-34.
4. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирizzi (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. - С. 112
5. 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.
6. Beltran M.A., Csendes A., Cruces K.S. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification // http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/6715/Beltran_Marcelo_A.pdf?sequence=1.
7. McSherry C., Ferstenberg H., Virshup M. The Mirizzi syndrome: suggested classifications and surgical therapy // Surg.Gastroent. – 1982. - №1. - P. 219-225.
8. 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 Белеков Ж.О.