

Ысмайлов К.С.

**РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

K.S. Ysmaiyllov

**THE RARE COMPLICATIONS OF GALLSTONE DISEASE
AND THEIR SURGICAL TREATMENT**

УДК 615/75

В работе обсуждаются результаты хирургического лечения 139 больных с синдромом Мириззи - редкого и тяжелого осложнения желчнокаменной болезни. Основные направления работы: выделены сонографические критерии диагностики, разработана классификация и стандартизирована хирургическая тактика при синдроме Мириззи.

Ключевые слова: синдром Мириззи, классификация, хирургическая тактика.

This paper the result of surgical treatment of 139 patients with Mirizzi syndrome - a rare and severe complication of cholelithiasis discusses. The basic areas of work: sonographic criteria for the diagnosis marked, classification developed and the surgical policy for Mirizzi syndrome is standardized.

Key words: Mirizzi syndrome, classification, surgical tactics.

Актуальность

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остается серьезной проблемой современной хирургии. Интерес к этой проблеме обусловлен растущей распространенностью этого заболевания, его возможным тяжелым и осложненным течением у пациентов старшей возрастной группы, а также неудовлетворительными результатами лечения осложненных форм [1,3,6,8]. Течение ЖКБ, особенно в период атаки острого приступа, характеризуется развитием целого комплекса осложнений в системе "желчный пузырь - желчные протоки - поджелудочная железа" [4,7]. Такие факторы как длительное бессимптомное течение, отказ больных от операции, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний пожилого и старческого возраста, риск общей анестезии приводят к возникновению редких осложнений ЖКБ [2,5].

Среди редких осложнений ЖКБ важное место занимает "синдром Мириззи" (СМ), который развивается при генерализации инфильтративно-воспалительного процесса с желчного пузыря на желчные протоки, следствием чего является стриктура желчных протоков или формирование холецистобилиарного свища, через который конкременты из желчного пузыря мигрируют в магистральные желчные протоки [1-7]. Распространенность СМ варьирует в пределах от 0,2 до 5 % [4-6]. Сегодня в лечении СМ традиционную актуальность сохраняет проблема дооперационной диагностики и оптимизация хирургическая тактика. Остаются неразрешенными частные аспекты, относящиеся к хирургической реабилитации этих больных, что представляет собой непре-

стую медико-социальную проблему. Несмотря на утвердившуюся в билиарной хирургии тенденцию выполнения открытых операций, целесообразность эндовидеохирургических вмешательств при I типе СМ продолжает обсуждаться [1,2]. Наряду с применением инновационных хирургических технологий, это требует научно-обоснованной оценки показаний к данным вмешательствам. Несмотря на стандартизацию, коснувшуюся всех разделов современной хирургии, послеоперационная летальность и послеоперационные осложнения продолжают определяться персональным опытом хирургической бригады, мощностью клиничко-лабораторной базы. Все перечисленное определяет необходимость совершенствования хирургической тактики при СМ, поиск объективных диагностических и оперативно-тактических критериев лечения при данной патологии наряду с дальнейшей оптимизацией уровня существующих способов лечения.

Материал и методы

В Ошской межобластной объединенной клинической больнице (1998-2013 гг.) и Национальном Госпитале МЗ КР (2009-2013 гг.) были пролечены 139 больных ЖКБ, осложненной СМ. Возраст больных: 25-87 лет. Из них женщин было 103 (74,1%), мужчин - 36 (25,9%) человек. Преобладали пациенты пожилого - 58 (41,7%) и старческого возраста - 68 (48,9%).

Структура ЖКБ выглядела следующим образом: 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 диагностирован у 80 (57,5%) больных. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась острым холангитом.

Сопутствующая соматическая патология была выявлена у 84 (60,4%) больных. Тяжесть состояния больных при поступлении оценивалась по системе ASA. При этом к классу II отнесены 64 (76,2%) больных, к классу III - 17 (20,2%), к классу IV - 3 (3,6%).

У всех больных проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и перенесенных ранее вмешательств на желчных протоках, данных физикального обследования, лабораторных методов исследования: гемо-

грамма, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма.

Результаты и обсуждение

Основным методом диагностики было ультразвуковое исследование, которое имело не только скрининговое значение, но и оказывалось достаточным для синдромальной диагностики. Анализируя результаты многочисленных эхограмм мы выделили патогномичные для СМ следующие сонографические критерии:

- сморщенный (склероатрофический) и "отключенный" желчный пузырь, заполненный одним или множеством камней;
- фиксированный в области шейки или пузырного протока конкремент;
- расширение внутривенных протоков и общего печеночного протока в сочетании с нерасширенным холедохом;
- отсутствие локации стенки желчного пузыря в области прилегания к гепатикохоледоху.

На дооперационном этапе СМ нам удалось установить у 106 (76,2%) больных. Мы считаем, что детальный анализ клинических проявлений ЖКБ и ее осложнений (длительный анамнез калькулезного холецистита, частые приступы желчных коликов, билиарная гипертензия с транзиторной тенденцией, высокие показатели фракций билирубина и трансaminaз) в комбинации с вышеуказанными сонографическими критериями вполне достоверно может констатировать о наличии СМ в каждом конкретном случае.

В 7 (5,0%) случаях СМ комбинировался еще одним редким осложнением ЖКБ - развитием холецисто-дуоденального свища. У 3 из них данное осложнением было при I типе СМ и у 4 - при II типе, т.е. при холецисто-холедохеальном свище.

Были проведены следующие виды операций. Лапароскопическое лечение было предпринято у 8 (5,7%) больных. Из них лапароскопическую холецистэктомию удалось выполнить у 3 больных. В остальных 5 случаях были вынуждены конвертировать и продолжить операцию открытым путем. Причинами конверсии явились наличие холецисто-холедохеального свища в одном случае и обнаружение плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря по типу "пузырь-наездник" у 4 больных.

С 1998 года в процессе стандартизации хирургической тактики при СМ для нас возникла необходимость пересмотра существующих классификаций А. Csendes, С.К. McSherry, Т. Nagakawa и их различных модификациях, так как в них не представлено распределение типов СМ по уровню локализации холецисто-билиарного свища и расположение его в области конfluence. В нашей практике мы в 4 наблюдениях сталкивались со сложными формами СМ, когда холецисто-билиарный свищ локализовался в области конfluence с полным разрушением передней его стенки. В доступной литературе мы не встретили описания подобных сложных случаев СМ. В этой связи нами разработана и предложена новая класси-

фикация СМ, основанная на локализации холецисто-билиарной фистулы на разных уровнях внепеченочных желчных протоков:

- Тип 1 - компрессия общего желчного или печеночного протока конкрементом, фиксированным в шейке желчного пузыря или пузырном протоке (65 больных, 46,7%);
- Тип 2 - холецисто-холедохеальный: локализация холецисто-билиарного свища дистальнее впадения пузырного протока в холедох (24 больных, 17,2%);
- Тип 3 - протоковый: локализация холецисто-билиарного свища на уровне пузырного протока с его разрушением, широкое сообщение желчного пузыря с холедохом (38 больных, 27,3%);
- Тип 4 - конfluenceный: локализация холецисто-билиарного свища на уровне гепатикохоледоха и конfluence (12 больных, 8,6%).

Представленная классификация на наш взгляд структурно проста и оказалась практичной в выборе тактико-технических решений при СМ. Согласно этому хирургическое лечение СМ выглядело следующим образом. При типе I СМ выполнялась холецистэктомия (в т.ч. лапароскопически у 3). Из них в 31 (47,7%) случае она комбинировалась с наружным дренированием холедоха, в 10 (15,4%) - внутренним дренированием, а в 24 (36,9%) - завершена без дренирования.

При II типе СМ, т.е. при наличии холецисто-холедохеального свища, у 11 (45,8%) больных была произведена пластика дефекта холедоха оставленным лоскутом стенки желчного пузыря. В остальных случаях проводилось наружное дренирование холедоха через свищ (6 больных) и холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (7 больных).

При III типе холецистэктомия сопровождалась наружным дренированием в 20 (52,6%) наблюдениях, в 17 (44,7%) - формированием холедоходуоденостомии по Юрашу-Виноградову и в 1 (2,6%) пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря.

При IV типе СМ холецистэктомия завершалась наружным дренированием протоков (41,6%), пластикой дефекта лоскутом желчного пузыря с наружным дренированием (8,3%), гепатикоюностомией по Ру (33,3%) и холецистобигепатикоюностомией по Ру (16,6%). В качестве шовного материала использовали монофиламентные нити на основе полидиоксанола (Биосин, Monocol, Monocyl, PDS-II), имеющих декретированные сроки рассасывания.

Оперативные вмешательства при комбинации СМ с холецистодуоденальным свищем дополнялись одно- и двухрядным ушиванием свищевого отверстия двенадцатиперстной кишки атравматическим рассасывающимся шовным материалом.

В 117 (84,1%) случаях холецистэктомия была выполнена по способу Прибрама (холецистэктомия кускованием или "на пальце" с мукоклазией слизистой). Это обусловлено тем, что анатомия желчных протоков при СМ искажена, желчный пузырь сморщен, фиброзирован, с плотным инфильтратом в об-

ласти треугольника Кало. Способ Прибрама позволяет избежать поврежденных желчных протоков и с минимальным риском завершить операцию. В 71 (51%) случае операции были комбинированы холедохолитотомией.

У оперированных больных отмечены следующие осложнения: нагноение раны (11), формирование подпеченочного абсцесса (2). Подпеченочные абсцессы были ликвидированы чрескожным дренированием под контролем УЗИ. Повторно оперирована одна больная, у которой через 2 года развился внутрипеченочный литиаз со стриктурой холецистобигепатикоюноанастомоза. Была произведена операция разобщение холецистобигепатикоюноанастомоза, рассечение правого и левого печеночного протока по Керу, формирование бигепатикоюноанастомоза по Ру. Летальность составила 2,1% (3). Причинами летального исхода: острая кардиореспираторная недостаточность (1 больной), острая печеночная недостаточность (2 больных).

Выводы

Таким образом, СМ относится к числу сложных и тяжелых осложнений ЖКБ с разнообразием морфологической структуры. Основным методом, позволяющим заподозрить СМ, является ультразвуковое исследование. Детальный анализ клинических проявлений ЖКБ и ее осложнений в каждом конкретном случае в комбинации с вышеуказанными сонографическими критериями вполне достоверно может констатировать о наличии СМ, но без указания его типов. Применение в клинической практике предложенной классификации синдрома Мирizzi, характе-

ризуясь структурной простотой, позволяет оптимально стандартизировать хирургическую тактику.

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.