



СИНДРОМ МИРИЗЗИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

¹Акбаров.М.М.,

д.м.н. проф

²Отамуродов Ш.К.

Ташкентская Медицинская Академия

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии

Медико-педагогического факультета

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7800427>

ARTICLE INFO

Received: 27th March 2023

Accepted: 04th April 2023

Online: 05th April 2023

KEY WORDS

Синдром Мириззи, желчные протоки, повреждение желчных протоков, осложнение.

ABSTRACT

В статье описаны современные методы диагностики и лечения Синдрома Мириззи. Несмотря на широкий выбор хирургических методов лечения этого синдрома, результаты лечения на сегодняшний день остаются не совсем удовлетворительными. Наличие Синдрома Мириззи у пациента во время операции увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности в диагностике синдрома Мириззи, риск повреждения желчного протока, несколько наблюдений, а также довольно широкий спектр методов хирургического лечения определяют актуальность изучения этой проблемы.

Синдром Мириззи (СМ) является одним из наименее изученных понятий в хирургии желчных протоков. Это связано с редкостью данной патологии. Это заболевание встречается, согласно литературным данным, от 0,5 до 5% среди всех пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни (желчнокаменная болезнь) [3, 9, 11, 18]. В связи с прогрессом хирургии желчевыводящих путей, ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью, интерес к этой проблеме в последние годы возрос. Однако до сих пор нет единого мнения по поводу диагностики и тактики хирургического лечения [2, 5, 8, 14, 25]. СМ часто диагностируется только во время операции, что увеличивает процент конверсии доступа и риск повреждения желчных протоков [7, 16, 24].

Основными клиническими проявлениями СМ являются боли в правом подреберье, желтуха и лихорадка в результате присоединения к холангиту [2, 6, 10]. Практически трудно отличить клинические симптомы, которые отличают этот синдром от других, возникающих при механической желтухе. Дифференциальная диагностика проводится при таких заболеваниях и состояниях, как холедохолитиаз, рак холедоха, рак желчного пузыря, рак поджелудочной железы, псевдоопухолевый панкреатит, сдавливание холедоха с метастатически пораженными лимфатическими узлами, склерозирующий холангит и др. [17, 23]. Диагностика СМ развивается параллельно с прогрессом технического оснащения в медицине. Если источником



описания синдрома является только интраоперационная холангиография, то в настоящее время на помощь хирургу приходят все новые технологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости является рутинным методом выявления патологии поджелудочно-дуоденальной зоны. Указанный метод является скринингом и по отношению к СМ. Но, по мнению различных авторов, чувствительность этого метода довольно низкая и колеблется от 4 до 46% [5, 9, 15, 20]. Согласно результатам УЗИ, такие признаки, как усохший желчный пузырь при наличии расширенных внутрипеченочных протоков с нормальным размером дистального желчного протока, позволяют заподозрить СМ на начальном этапе обследования [12, 21].

В течение десятилетий стандартом предоперационной диагностики СМ было прямое контрастирование желчных протоков. Среди них наиболее часто используется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) [3, 8, 13, 22]. С.-Н. Да на всех. (2003) указывают на 100% чувствительность этого метода в диагностике СМ. В.С. Савельев В.И. Ревякин (2003) считает, что дифференциальный диагноз между сдавлением проксимальной части общего желчного протока и его стриктурой имеет большое значение для выбора объема операции. Чтобы исключить опухолевую природу заболевания, авторы предлагают использовать комплекс методик, состоящий из эндоскопической папиллотомии, выполняемой в диагностических целях, инструментальной ревизии желчных путей и селективной холангиографии деформированного протока. В то же время авторы подчеркивают, что использование дополнительных диагностических методов обычно повышает инвазивность исследования, и поэтому показания к их применению должны быть ограничены. Другие методы прямого контрастирования желчных протоков, такие как чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), холецистохолангиография, менее актуальны в диагностике СМ из-за более высокой инвазивности. Кроме того, при выполнении ХГЧ возникают трудности при визуализации дистальной части общего желчного протока из-за препятствия, расположенного выше [1, 5].

Несмотря на то, что ЭРХПГ играет ведущую роль в предоперационной диагностике СМ, мы не должны забывать, что примерно у 6-22% пациентов невозможно канюлировать большой дуоденальный сосочек или добиться визуализации всего общего желчного протока [2, 16]. Кроме того, после ЭРХПГ и эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), риск грозных осложнений, таких как панкреатит, холангит, кровотечение и сепсис, вероятен [8, 17]. И хотя их вероятность довольно низкая, тем не менее, риск выполнения ЭРХПГ может быть чреват угрозой для жизни. Все это заставляет исследователей искать новые эффективные и безопасные способы. В последние годы развиваются неинвазивные методы предоперационной диагностики СМ, такие как спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография [10, 14]. С.-Н. Да на всех. (2003) отмечают, что компьютерная томография (КТ) не дает никакой дополнительной информации по сравнению с УЗИ брюшной полости или ЭРХПГ. Только 79% камней, которые определяются в желчном пузыре по данным УЗИ, могут быть визуализированы во время КТ [19]. Однако этот метод исследования играет значительную роль в дифференциальной диагностике холангиокарциномы, рака



желчного пузыря, сдавления общего желчного протока метастазами в воротах печени [13, 21]. Существует еще одна точка зрения на этот метод исследования. А-ч. Kwon и Н. Inui (2007) в своей работе отметили высокую чувствительность, специфичность и точность, соответственно, 93%, 98% и 94% спиральной компьютерной томографии после выполнения инфузионной холангиографии.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является новым и еще мало изученным методом диагностики СМ. Ряд авторов считают этот метод исследования наиболее перспективным для верификации этого синдрома [10, 22]. Е.С.Н. Лай, В.Ю. Lau (2006) рассказывает о пользе лапароскопического УЗИ панкреатодуоденальной области. Во время операции с подозрением на СМ этот метод диагностики позволяет в режиме реального времени создавать многоплоскостное изображение желчных протоков под разными углами, однако в настоящее время оно остается недоступным и недостаточно изученным.

В целом, несмотря на разнообразие методов диагностики, часто невозможно диагностировать КМ перед операцией. Такая ситуация во время операции может дезориентировать хирурга и создать риск травмы общего желчного протока, ошибочно считающегося желчным пузырем или широким пузырьным протоком. Таким образом, отсутствие универсальных предоперационных методов исследования СМ требует разработки оптимальной диагностической тактики. В лечении СМ в современной хирургии выделяются два основных направления: рентгеновские эндоскопические методы, хирургические вмешательства. Рентгенэндоскопические методы могут быть использованы в качестве первого этапа хирургического руководства в качестве предоперационной подготовки или в качестве самостоятельного метода лечения пациентов с СМ в случае высокого анестезиологического риска [6, 17]. Среди недостатков РЗВ авторы выделяют следующие: облучение пациентов и персонала; высокая стоимость эндоскопического и рентгенологического оборудования; невозможность устранения сужения просвета проксимального отдела холедоха [13].

Согласно литературным данным, методы оперативного доступа и варианты хирургического лечения синдрома Мириззи широко варьируются: например, некоторые авторы связывают этот синдром с абсолютными противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии [2, 5, 17]. Антониу С.А. и соавт. (2010) в обзоре литературы об использовании лапароскопических методов при СМ указывают 40% конверсии доступа, 20% осложнений и 6% повторных операций. Однако существует ряд публикаций, авторы которых указывают на возможность использования лапароскопических методов при определенных условиях [10, 18, 27]. Итак, А-Н. Kwon, Н. Inui (2007) указывают на возможность использования лапароскопического доступа опытным хирургом только с первым типом СМ. Наиболее распространенной операцией при первом типе СМ является холецистэктомия, дополняемая дренированием общего желчного протока [1, 5, 17, 26]. При наличии билибилиарного свища его необходимо отсоединить с последующим восстановлением целостности общего желчного протока. В качестве одного из вариантов закрытия дефекта холедоха, используемого большинством хирургов, является устранение дефекта стенки общего желчного протока специально левой частью желчного пузыря [3, 8, 19] Однако О.Ю.



Шах в ал. (2001) предполагают - теоретически логично, что оставленная ткань желчного пузыря может увеличить риск остаточного холедохолитиаза.

С.Б. Шейко и соавт. (2008) при наличии холецистобилиарной фистулы рекомендуют выполнять пластическую операцию общего желчного протока на временных стентах. Авторы объясняют необходимость временного стентирования наличием долговременных воспалительных изменений в области гепатодуоденальной связки, из-за которых СМ можно рассматривать как «модель повреждения желчных протоков». При значительном повреждении стенки общего желчного протока, участвующего в фистуле, ряд хирургов указывают на необходимость формирования билиодигестивного анастомоза: холедоходуоденоанастомоз, холедохоюноанастомоз, холецистохоледохоеюноанастомоз [5, 12, 18, 23].

Во время операций по поводу СМ сохраняется высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений [3, 7, 17]. Наиболее частым осложнением после операции по поводу СМ следует считать стриктуру общего желчного протока. По мнению Г.И. Дряженкова И.Г. Дряженкова (2009) из 46 больных, оперированных с СМ, стриктура общего печеночного протока развилась у 6,5%. Результаты операций по так называемому утраченному дренажу выполнены у четырех пациентов с первой формой СМ («стенозирующая» форма), В.С. Савельев В.И. Ревякин (2003) оценивается как положительный. Однако причины удаления дренажа из протоков, такие как развитие желтухи, закупорка дренажа, вызванные образованием мелких камней, отложение солей на стенках дренажа и накопление шпательочного детрита, которые приводят к повторным приступам холангита, немедленно представлены. Наибольшую трудность при хирургическом лечении имеют пациенты со значительным разрушением стенки желчного протока. Отмечено, что чем выше степень разрушения стенки желчного протока (тип III - IV СМ по данным С.К. McSherry et al., 1982), тем выше уровень послеоперационной смертности [2, 6]. При типе III - IV типа СМ большинство хирургов придерживаются позиции, что необходим холедохоеюноанастомоз.

Таким образом, сегодня СМ является одним из осложнений желчнокаменной болезни, в диагностике и хирургической тактике которого остается ряд нерешенных вопросов. Несмотря на широкий выбор хирургических методов лечения этого синдрома, результаты лечения на сегодняшний день остаются не совсем удовлетворительными. Наличие СМ у пациента во время операции увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности в диагностике синдрома Мирizzi, риск повреждения желчного протока, несколько наблюдений, а также довольно широкий спектр методов хирургического лечения определяют актуальность изучения этой проблемы. Внедрение современных методов диагностики СМ и разработка рациональной хирургической тактики в зависимости от типа синдрома позволит улучшить лечение пациентов с этим осложнением желчнокаменной болезни.

References:

1. Акбаров М.М. и др. Совершенствование хирургического лечения больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков // Шпитальна хірургія, 2014. № 4. С. 39-44.



2. Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И. Гибридные технологии и экстракорпоральные методы сорбционной детоксикации (обзор литературы) // Academy, 2020. № 4 (55).
3. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мириizzi // Научно-методический журнал Academy. №- 2 (17), 2017. С. 95-98.
4. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Выбор дифференцированной тактики лечения больных с синдромом Мириizzi // Завадские чтения, 2017. С. 62-65.
5. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М., Аззамов Ж.А., Алиева С.З. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi// Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017, Москва. ISSN- 2075-6895. С. 394-395.
6. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Хидиров З.Э., Зайниев А.Ф. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi// Медицинский журнал Узбекистана. № 3, 2017. С. 21-24.
7. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Кушмурадов Н.Ё., Ражабов Ж.П., Рахматова Л.Т. Выбор хирургической тактики при синдроме Мириizzi // Вестник врача. Самарканд, 2012. № 3. С. 96-98.
8. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi // Научно-практический журнал Врач-аспирант. № 2,1 (51), 2012. С. 135-138.
9. Курбаниязов З.Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 4. С. 56-57.
10. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Аскарлов П.А. Профилактика билиарных осложнений в хирургическом лечении синдрома Мириizzi // Проблемы биологии и медицины, 2011. - № 4 (67) - С.48-50.
11. Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi// Материалы X международного симпозиума гепатологов Беларуси. Гродно,- 26-27 сентября- 2013.
12. Курбаниязов З.Б., Марданов Б.А. Прогнозирование результатов симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей// Проблемы биологии и медицины. - 2020. №1. Том. 116.
13. Назаров З.Н., Юсупалиева Д.Б.К., Тилавова Ю.М.К. Малоинвазивные технологии в лечении больных с острым деструктивным холециститом // Достижения науки и образования, 2019. № 3 (44).
14. Назыров Ф.Г. и др. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) // Хирургия Узбекистана, 2011. № 4. С. 66-73.
15. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Салимов У.Р. Синдром Мириizzi-вариабельность течения с двойным блоком желчеоттока // Анналы хирургической гепатологии, 2018. Т. 21. № 3. С. 119-123.



16. Назыров Ф.Г. и др. Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой //Новости хирургии, 2011. Т. 19. № 4.
17. Раджабов Ж.П., Аскарлов П.А., Давлатов С.С., Азимов Р.Р. Современные методы диагностики и хирургической коррекции синдрома Мириizzi // Сборник материалов 77-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием. 23-26 апреля 2013 г. Красноярск. С. 772-773.
18. Сулайманов С.У., Юсупалиева Д.Б.К., Тилавова Ю.М.К. Дифференцированный подход к лечению больных острым холангитом //Достижения науки и образования, 2019. № 6. С. 47.
19. Сулаймонов С.У., Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Давлатов С.С. Профилактика и лечение билиарных осложнений при синдроме Мириizzi // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции” посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 221-224.
20. Хашимов Ш.Х., Кабулов Т.М., Махмудов У.М., Хайбуллина З.Р. Совершенствование тактико-технических аспектов лапароскопической рукавной резекции желудка у больных с морбидным ожирением // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 1. Том. 116. С. 149-154. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.L00040>
21. Davlatov S.S., Kasimov S.Z. Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
22. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8. С. 548.
23. Kasimov S.Z. et al. Efficacy of modified hemosorbents user for treatment of patients with multi-organ insufficiency // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. № 3. С. 44-46.
24. Kurbaniyazov Z. et al. Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts // Medical and Health Science Journal, 2012. Т. 10. С. 41-47.
25. Kurbaniyazov Z.B., Saidmuradov K.B., Rakhmanov K.E. Результата хірургічного л^вання хворих з посттравматичними рубцевими стриктурами мапстральних жовчних протошв та бшодтестивних анастомозів // Клшчна анатомія та оперативна хірургія, 2014. Т. 13. № 4.
26. Nazuyrov F.G., Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S. Modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis // European science review, 2018. № 7-8. P. 136-141.
27. Saydullayev Z.Y. et al. Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.