

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ



Курбонов Низом Азизович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Набиев Бобир Баходирович², Хамдамов Илхом Бахтиёрович²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ МИРИЗЗИ СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯЛАШГАН ХИРУРГИК ТАКТИКА

Курбонов Низом Азизович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Набиев Бобир Баходирович², Хамдамов Илхом Бахтиёрович²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

2 – Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

DIFFERENTIATED SURGICAL MANAGEMENT IN MIRISZI SYNDROME IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Kurbonov Nizom Azizovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich², Nabiyev Bobir Bakhodirovich², Khamdamov Ilkhom Bakhtiyorovich²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Bukhara

e-mail: salim.davlatov@mail.ru

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади Мириззи синдромининг турига қараб дифференциациялашган хирургик тактикани ишлаб чиқиш орқали даволаш натижаларини яхшилаш. Тадқиқот материали. Тадқиқот иши Мириззи синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бўлган 62 нафар Республика ихтисослаштирилган шошилинч тиббий ёрдам илмий – амалий Марказ Самарканд филиали хирургия бўлимларида 2016 йилдан 2021 йилгача даволанган беморларда олиб борилди. Тадқиқот натижалари. Муваффақиятли радикал холецистэктомия кўп жиҳатдан хирургик тактикани тўғри танлашга боғлиқ бўлиб, бу операция жараёнига сезиларли таъсир қилади ва хирургик даволаш натижаларида маълум аҳамиятга эга ва реабилитация даврининг боришига таъсир қилади. Хулоса. Мириззи синдроми билан асоратланган ўт тош касаллиги бўлган беморларни хирургик даволаш тактикасини танлаш бўйича ишлаб чиқилган дастур комплекс ёндашувни ҳисобга олган ҳолда, операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотасини 3,2% га камайтириш ва операциядан кейинги кечки даврда асоратлар кескин нолгача камайди ва тиббий ёрдам сифати яхшиланди.

Калим сўзлар: Мириззи синдроми, хирургик тактика, таснифи, баллар шкаласи.

Abstract. The aim of the study is to improve the results of the treatment of Mirizzi syndrome by developing rational surgical tactics depending on its type. Research material. The work is based on an assessment of the results of surgical treatment of 62 patients with cholelithiasis complicated by Mirizzi syndrome, who were hospitalized in the surgical departments of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Emergency Medical Care of the Samarkand Branch for the period from 2016 to 2021. Research results. Successful radical cholecystectomy largely depends on the correct choice of surgical tactics, which significantly affects the course of the operation and is of some importance in the outcome of surgical treatment, and affects the course of the rehabilitation period. Conclusions. The developed program for choosing the tactics of surgical treatment of patients with cholelithiasis complicated by SM, taking into account an integrated approach to choosing access, improved the quality of care by reducing the frequency of immediate postoperative complications to 3.2%, and in the late postoperative period, complications were reduced to zero.

Key words: Mirizzi syndrome, surgical tactics, classification, scoring scale.

Несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения СМ

в экстренной билиарной хирургии сохраняет свою актуальность. При этом несмотря на более полу-

вековую историю изучения СМ, он является одной из наименее изученных проблем в хирургии желчных протоков. До настоящего времени нет единого мнения в вопросах морфологической сущности патологических изменений, составляющих основу синдрома, стадий течения и типов, диагностики, вида и объема операции при данном грозном осложнении ЖКБ. Так, в исследованиях Республиканского специализированного научно-практического Центра хирургии им. Акад. В.Вахидова основное внимание было уделено выявлению СМ в дооперационном периоде. Данные клиники Keck Medical Center (Los Angeles), университетской клиники Alexandroupolis (Greece) также говорят об увеличении количества интраоперационных ятрогенных повреждений у больных с СМ.

До недавнего времени СМ считался одним из противопоказаний для выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Однако, в последнее время появляются работы, свидетельствующие об эффективности лапароскопической коррекции при некоторых типах СМ.

Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении СМ: традиционные и миниинвазивные оперативные вмешательства. «Однако наиболее доступным направлением в повседневной практике остаются открытые оперативные вмешательства при СМ» [2, 5, 9]. На основании полученных результатов, было решено пересмотреть вопросы подготовки специалистов, как в плане ранней дооперационной диагностики СМ, так и повышения технического мастерства хирургов, проводящих подобные операции [10]. В то же время, следует отметить, что до настоящего времени в диагностической программе СМ окончательно не установлена роль и место современных лучевых методов (МСКТ, МРТ-холангиография). Наряду с этим, не до конца разработаны конкретные показания к применению различных эндобилиарных вмешательств в коррекции, имеющихся у этих больных явлений механической желтухи и гнойного холангита, не установлены роль и место в лечебной схеме лапароскопических вмешательств. Между тем, в настоящее время имеется настоятельная необходимость «...разработки надежного лапароскопического способа лечения больных ЖКБ, осложненной СМ...». Наконец, не разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения больных СМ с указанием четких стандартов действия в конкретных клинических случаях.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при СМ относится к одной из актуальных и до конца нерешенных

проблем современного здравоохранения. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при СМ в зависимости от информативности неинвазивных методов медицинской визуализации, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности клинического течения заболевания и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

Целью исследования является улучшение результатов лечения синдрома Мирizzi путем разработки рациональной хирургической тактики в зависимости от его типа.

Материал и методы исследования. Работа основана на оценке результатов хирургического лечения 62 больных с желчекаменной болезнью (ЖКБ) осложненной синдромом Мирizzi, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Республиканского специализированного научно-практического Центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала (РСНПЦЭМПСФ) за период с 2016 по 2021 годы.

Кроме клиничко-лабораторных исследований, в плане диагностики и дифференциальной диагностики синдрома Мирizzi проводили ультразвуковое исследование, ФГДС, ЭРХПГ, МРХПГ.

В процессе стандартизации хирургической тактики при синдроме Мирizzi возникла необходимость пересмотра существующих классификаций с учетом уровня локализации холестобилиарного свища, т.к. в классификациях А. Csendes, С.К. McSherry, Т. Nagakawa и их различных модификациях не представлена уровневая локализация свища, а также возможность расположение его в области конfluence. В нашей практике мы в 5 наблюдениях сталкивались со сложными формами II типа синдрома Мирizzi, когда холестобилиарный свищ локализовался в области конfluence с полным разрушением передней его стенки. К сожалению, в доступной литературе мы не встретили описания подобных сложных случаев синдрома Мирizzi и, соответственно, способов их хирургической коррекции. В этой связи в последние годы (с 2016 г.), чтобы четко отработать тактику лечения в зависимости от уровня поражения гепатикохоледоха нами предлагается классификация синдрома Мирizzi идентично терминологии, принятой при стриктурах желчных протоков (классификация стриктур печеночных протоков по Э.И. Гальперину, 2002 г.):

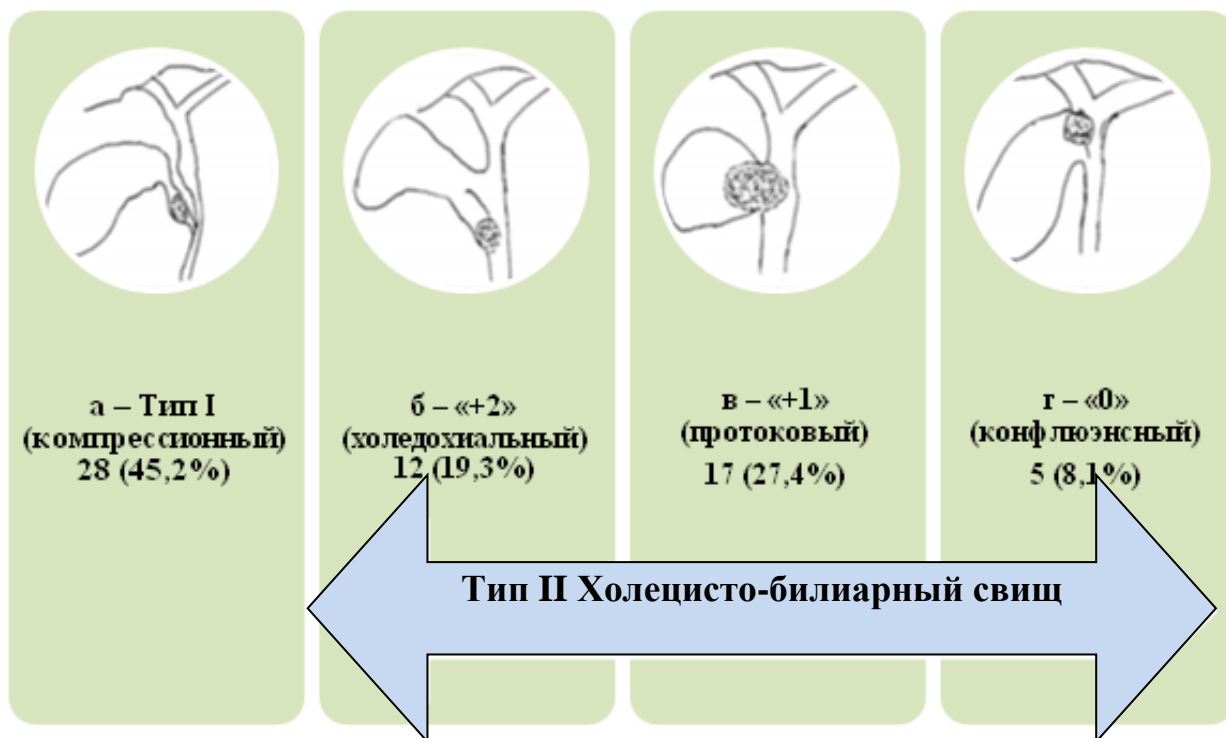


Рис. 1. Классификация синдрома Мириizzi (идентично терминологии, принятой при структурах гепатикохоледоха)

Тип I – свищ отсутствует; имеется компрессия общего желчного или печеночного протока конкрементом, фиксированным в шейке желчного пузыря или пузырном протоке (в наших наблюдениях – 28 больных, или 45,2%);

Тип II:

«+2» тип – холецистохоледохеальный: локализация холецистобилиарного свища дистальнее впадения пузырного протока в холедох (12 больных, или 19,3%);

«+1» тип – протоковый: локализация холецистобилиарного свища на уровне пузырного протока с его разрушением; имеется широкое сообщение желчного пузыря с гепатикохоледохом (17 больных, или 27,4%);

«0» тип – конфлюэнсный: локализация холецистобилиарного свища на уровне конфлюэнса (5 больных, или 8,1%) (рис. 1).

Представленная классификация, на наш взгляд, структурно проста и практична в выборе тактико-технических решений при синдроме Мириizzi.

Результаты исследования. Успешная радикальная холецистэктомия во многом зависит от правильно выбранной хирургической тактики, которая существенно влияет на ход операции и имеет определенное значение в исходе хирургического лечения, отражается на течении реабилитационного периода.

Основываясь на данные дооперационного обследования больных, которые описаны в главе III, больные основной группы были подразделены на 3 подгруппы степени вероятности синдрома Мириizzi.

В связи с чем в основной группе выбор хирургического лечения был более дифференцированным. Учитывали факторы, влияющие на выбор способа лечения, как было указано в главе III. Эти факторы, которые повлияли на результаты лечения мы оценили по балльной шкале (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 09487, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан).

Исходя, из сравнительных результатов хирургического лечения больных в группе сравнения разработана программа действий хирурга при желчекаменной болезни осложненной синдромом Мириizzi. Разработанная программа позволило выбрать оптимальный способ операции с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения (табл. 1).

Пациентам набравших до 2 баллов выполняли ЛХЭ. В этой группе больных с синдромом Мириizzi I типа хирургическое лечение имеет свои технические особенности, связанные с трудностью удаления вклинившегося конкремента в шейку желчного пузыря. Так, лапароскопически производилось вскрытие кармана Гартмана и удаление камня через его просвет с последующей холецистэктомией, что было выполнено в 5 (8,1% из 62 больных основной группы) наблюдениях.

При невозможности лапароскопического удаления вклинившегося в шейку желчного пузыря камня мы производили переход на минилапаротомную холецистэктомию в 18 (29,0%) наблюдениях.

Таблица 1. Балльная система выбора хирургической тактики при синдроме Мирizzi

№	Факторы влияющие на выбор операции	Характеристика факторов		Баллы
1	Симптомы интоксикации	Нет симптомы		0
		Есть симптомы		1
2	Клинические признаки синдрома Мирizzi	Нет клиники		0
		Механическая желтуха		1
		Холангит		2
3	Тип синдрома Мирizzi согласно предложенной классификации	I тип		0
		II тип	«+2»	1
			«+1»	2
			«0»	3
4	Клиническое течение желчекаменной болезни, которая осложнилась синдромом Мирizzi	Хронический калькулезный холецистит		0
		Острый калькулезный холецистит		1
5	Размер диаметра гепатикохоледоха	До 1 см		0
		1,1 – 1,5 см		1
		1,6 и более см		2
6	ИМТ	Норма		0
		Ожирение 1-2 ст.		1
		Ожирение 3 ст.		2
7	Сопутствующая патология жизненно важных органов	Есть		0
		Нет		1

Таблица 2. Варианты хирургических операций в зависимости от типа синдрома Мирizzi у больных основной группы (n=62)

Виды операций	Типы синдрома Мирizzi (согласно предложенной классификации)			
	Тип I	Тип II		
		«+2»	«+1»	«0»
ЛХЭ	5 (17,8%)	-	-	-
МЛХЭ	18 (64,3%)	-	-	-
МЛХЭ с дренированием ОЖП	5 (17,8%)	3 (25,0%)	2 (11,8%)	-
Субтотальная ХЭ с пластикой стенки холедоха лоскутом желчного пузыря и дренированием ОПП	-	9 (75,0%)	15 (88,2%)	-
ХЭ + ГепЕА по Ру	-	-	-	5 (100%)
Всего	28 (100%)	12 (100%)	17 (100%)	5 (100%)

Они составили вторую подгруппу основной группы больных, которые были с суммарным количеством набранных баллов до 4.

В 3-й подгруппе больные в количестве 34 (54,8%) человек имели высокий риск повреждения магистральных желчных протоков, они были с суммарным количеством до 7 набранных баллов. Из них 10 (29,4%) больным произведена минилапаротомная холецистэктомия с наружным дренированием гепатикохоледоха. 24 (70,6%) больным произведено вскрытие желчного пузыря через дно, извлекли с его просвета конкременты и производили субтотальную холецистэктомию с наружным дренированием гепатикохоледоха, так как они поступили механической желтухой и холангитом.

5 (8,1%) больным в четвертой подгруппе набравшим до 9 баллов и с «0» уровнем разрушения гепатикохоледоха произвели реконструктив-

ную операцию. Предпочтение отдавали высоким билиодигестивным анастомозам, на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

Согласно вышеизложенному, хирургическое лечение синдрома Мирizzi представлено в таблице 2.

В 52 (83,9%) случаях холецистэктомия была выполнена по способу Прибрама (холецистэктомия кускованием или «на пальце» с мукоклазией слизистой). Это подчеркивает мнение о том, что хирургическая операция при синдроме Мирizzi сложна, и упоминается как «капкан в хирургии желчных протоков». При данном синдроме анатомия желчных протоков весьма искажена, желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Кало. Способ Прибрама позволяет избежать повреждений желчных протоков и с минимальным риском завершить операцию.

Выводы:

1. Разработанная классификация синдрома Мирizzi, основанная на выделении типов и при типе II в зависимости от уровня поражения магистральных желчных протоков, идентичной терминологии, принятой при стриктурах желчных протоков уточняет клинко-патоморфологические аспекты синдрома Мирizzi, что позволяет выбрать хирургическую тактику.

2. Предложенная программа выбора хирургической тактики у больных с ЖКБ осложненной СМ позволила в 8,1% и 29,0% случаев выполнить лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из минидоступа соответственно и тем самым позволила избежать повреждений желчных протоков и с минимальным риском завершить операцию.

3. Разработанная программа выбора тактики хирургического лечения больных с ЖКБ осложненной СМ, с учетом комплексного подхода к выбору доступа позволила улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений до 3,2%, а в отдаленном послеоперационном периоде осложнения удалось свести к нулю.

Литература:

1. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.Ю., Гармаев Б.Г. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков // Хирургия. 2005. № 8. С. 64-70.
2. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №4. – С.67- 73.
3. Нишанов М.Ш. Особенности диагностики и хирургической тактики при синдроме Мирizzi. Автореферат дис. канд. мед. наук. Ташкент. 2018;20-21.
4. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi // Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97). - С. 131-135.
5. Рахманов К. Э. и др. Причины и пути предупреждения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 93-97.
6. Сипливый В. А. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Mirizzi / В. А. Сипливый, Д. В. Евтушенко, Г. Д. Петренко, С. А. Андреещев, А. В. Евтушенко // Клінічна хірургія. – 2016. - №8. – С.8-11.
7. Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П. Возможности лапароскопического

хирургического лечения больных с синдромом Мирizzi // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2016. – Т. 20, №1 (ч. 2). – С. 32-35.

8. Хаджибаев А. М. и др. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии // Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 5.

9. Kamalesh, N. P., Prakash, K., Pramila, K., George, T. D., Sylesh, A., & Shaji, P. (2015). Laparoscopic approach is safe and effective in the management of Mirizzi syndrome. Journal of minimal access surgery, 11(4), 246.

10. Prudkov M. I. et al. Acute cholecystitis. Results of multicenter research and ways to further improvement of surgical tactics // Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery. – 2020. – Т. 25. – №. 3. – С. 32-47.

11. Shah O.J. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach // ANZ J. Surg. 2001. V. 71, N 7. P. 423–427.

12. Valderrama-Treviño, A. I., Granados-Romero, J. J., Espejel-Deloiza, M., Chernitzky-Camaño, J., Mera, B. B., Estrada-Mata, A. G., ... & Argüero-Sánchez, R. (2017). Updates in Mirizzi syndrome. Hepatobiliary surgery and nutrition, 6(3), 170.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИZZИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Курбанов Н.А., Давлатов С.С., Набиев Б.Б.,
Хамдамов И.Б.

Резюме. Целью исследования является улучшение результатов лечения синдрома Мирizzi путем разработки рациональной хирургической тактики в зависимости от его типа. Материал исследования. Работа основана на оценке результатов хирургического лечения 62 больных с ЖКБ осложненной синдромом Мирizzi, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях РСНПЦЭМПФ за период с 2016 по 2021 годы. Результаты исследования. Успешная радикальная холецистэктомия во многом зависит от правильно выбранной хирургической тактики, которая существенно влияет на ход операции и имеет определенное значение в исходе хирургического лечения, отражается на течении реабилитационного периода. Выводы. Разработанная программа выбора тактики хирургического лечения больных с ЖКБ осложненной СМ, с учетом комплексного подхода к выбору доступа позволила улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений до 3,2%, а в отдаленном послеоперационном периоде осложнения удалось свести к нулю.

Ключевые слова: синдром Мирizzi, хирургическая тактика, классификация, балльная шкала.