

# ХИРУРГИЯ

УДК616.362-007.271-008.6:616.36-008.5]:616.366-002-089.87(045)

Оригинальная статья

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

**Е.М. Гоч** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук; **В.В. Михневич** – ГУЗ ОКБ и ПЦ, заместитель главного врача по хирургии; **А.С. Толстокоров** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС, профессор, доктор медицинских наук; **В.А. Борисов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС, доктор медицинских наук; **Ю.В. Коваленко** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры хирургии ФПК и ППС; **Д.Р. Акчурина** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры хирургии ФПК и ППС.

## SURGICAL TREATMENT OF MIRIZZI SYNDROME

**E.M. Goch** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **V.V. Mikhnevich** – Regional Clinical Hospital and Pathoanatomical Center, Deputy Head Physician in Surgery; **A.S. Tolstokorov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **V.A. Borisov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu.V. Kovalenko** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Assistant; **D.R. Akchurina** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Post-graduate.

Дата поступления – 27.04.10 г.

Дата принятия в печать – 15.06.2010 г.

**Е.М. Гоч, В.В. Михневич, А.С. Толстокоров, В.А. Борисов, Ю.В. Коваленко, Д.Р. Акчурина.** Хирургическое лечение синдрома Мириizzi. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 458-460.

В настоящей работе представлены результаты лечения 53 больных с синдромом Мириizzi в зависимости от формы и типа повреждения гепатикохоледоха. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что только комплексный подход в диагностике осложнений желчнокаменной болезни дает возможность рационального выбора оптимальной хирургической тактики у больных с синдромом Мириizzi.

**Ключевые слова:** синдром Мириizzi, рентгено-эндоскопическое исследование, рентгено-эндоскопическое вмешательство, открытая холецистэктомия.

**E.M. Goch, V.V. Mikhnevich, A.S. Tolstokorov, V.A. Borisov, Yu.V. Kovalenko, D.R. Akchurina.** Surgical Treatment of Mirizzi Syndrome. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 458-460.

The results of treatment of 53 patients with Mirizzi syndrome are presented in the work. The article focuses on the modern classification of syndrome, diagnostics and surgical approach according to the severity of duct damage. Mirizzi syndrome proves to be the complication of cholelithiasis. It is one of the most complicated problems of biliary surgery.

**Key words:** Mirizzi syndrome, roentgeno-endoscopy, roentgeno-endoscopy intervention, open cholecystectomy.

**Введение.** Синдром Мириizzi является осложнением желчнокаменной болезни и в настоящее время является одной из наиболее сложных проблем билиарной хирургии. Общая летальность при этом заболевании составляет 11-14% [1, 2, 3]. Неудовлетворительные результаты отдаленного послеоперационного периода, обусловленные стриктурой гепатикохоледоха и резидуальным холедохолитиазом, отмечены у 13-14% больных [1, 2, 3]. Синдром назван именем аргентинского хирурга П. Мириizzi, который, опираясь на данные интраоперационной холеграфии, описал сдавления общего печеночно-желчного протока извне большим конкрементом, находившемся в кармане Гартмана и/или перивезикальным воспалительным инфильтратом желчного пузыря. В настоящее время под синдромом Мириizzi понимают наличие воспалительных сращений между Гартмановским карманом желчного пузыря и стенкой гепатикохоледоха, вызвавших развитие различной степени его компрессии. При таком сращении нередко камень, находящийся в шейке пузыря, вызывает

некроз стенки, образуя свищ между желчным пузырем и гепатикохоледохом.

В 1889 г. А. Крендес и соавторы [3] предложили 4 типа, или стадии, заболевания :

тип 1 — со сдавлением общего желчного протока из вне;

тип 2 — с дефектом стенки желчного протока на 1/3 его окружности;

тип 3 — с дефектом стенки желчного протока на 2/3 его окружности;

тип 4 — полная деструкция желчного протока.

Основным клиническим симптомом является механическая желтуха. Дооперационная диагностика синдрома Мириizzi затруднительна. Клиническая картина заболевания протекает без симптомов, имеющих дифференциально-диагностическое значение. Применению УЗИ и компьютерной томографии отводится роль предварительного исследования. Значительно выше оценивается роль магнитно-ядерной холангиопанкреатографии. Предпочтение отдается ЭРПХГ, что, в первую очередь, связано с высокими диагностической и лечебной возможностями [4, 5].

**Цель исследования** – разработка оптимальной тактики лечения у больных с синдромом Мириizzi.

**Методы.** Исследования проводились в клинике хирургии ФПК и ППС на базе Областной клинической больницы.

**Ответственный автор** – Гоч Елена Михайловна  
доцент кафедры хирургии и онкологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», кандидат медицинских наук  
410004, г.Саратов, ул. Сакко и Ванцетти, д. 7, кв. 6.  
раб. тел. (845-2) 50-02-93; дом. тел. (845-2) 72-13-91; сотов. тел. 8-903-329-60-73  
E-mail [hirurgiyafpk@mail.ru](mailto:hirurgiyafpk@mail.ru)

В хирургической клинике за период с 1998 по 2008 гг. оперированы 7152 больных с желчнокаменной болезнью, из них у 710 (9,9%) заболевание осложнилось механической желтухой.

Всем больным при поступлении производилось ультразвуковое исследование гепатопанкреатической зоны. На основании косвенных признаков (сморщенный желчный пузырь и наличие большого вколоченного камня в шейке желчного пузыря) подозрение на синдром Мириizzi было констатировано у 6 (11%) больных.

Всем больным с механической желтухой выполнена ретроградная холепанкреатография, при которой диагноз синдрома Мириizzi поставлен у 18 (34%) из 53 больных. У 6 больных было высказано мнение о подозрении на синдром Мириizzi. У остальных 29 пациентов на основании рентгено-эндоскопического исследования поставлен диагноз рак печеночного протока (у 2 больных) и холедохолитиаз (у 27 больных). 4 больным произведена магнитно-ядерная холепанкреатография, по данным которой диагноз синдрома Мириizzi (2 тип) был подтвержден.

**Результаты.** Представлены результаты лечения 53 больных с синдромом Мириizzi. Возраст больных от 45 до 82 лет. Среди пациентов – 38 женщин и 15 мужчин. Ведущий симптом заболевания – механическая желтуха. Обращает на себя внимание то, что сроки поступления больных в стационар с момента появления желтухи колебались от 2 до 40 дней. Позднее поступление больных связано с ошибочной диагностикой на уровне центральных районных больниц области, длительным пребыванием больных в инфекционных стационарах (22 больных) и длительным необоснованным пребыванием больных в хирургических стационарах центральных районных больниц, где им проводилась лишь консервативная терапия (12 больных). У 2 больных с синдромом Мириizzi констатирован билиарный цирроз печени с явлениями гепатоспленомегалии и портальной гипертензии.

С легкой формой желтухи (билирубин в сыворотке крови до 85 мкмоль/л) было 12 больных, со средне-тяжелой (билирубин 86-169 мкмоль/л) – 11, с тяжелой (билирубин свыше 170 мкмоль/л) – 30 (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение больных в зависимости от степени тяжести механической желтухи**

Форма желтухи	Легкая (до 85 мкмоль/л)	Средняя (86-169 мкмоль/л)	Тяжелая (свыше 170 мкмоль/л)
Количество пациентов (абс. / %)	12 22,6%	11 20,8%	30 56,6%

**Обсуждение.** Оценивая результаты лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi, следует выделить два основных метода лечения: рентгено-эндоскопическое вмешательство и хирургическое лечение. Рентгено-эндоскопическое вмешательство как окончательный результат хирургического лечения выполнен лишь 4 больным (7,5%). У 3 больных вмешательство ограничилось эндоскопической папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов из гепатикохоледоха (у двух больных через свищевое отверстие были извлечены камни желчного пузыря); у одного больного использован метод механической литотрипсии.

Впоследствии у больных, которым были удалены все камни из пузыря и протока с широкой папиллос-

финктеротомией, произошло сморщивание желчного пузыря, что не потребовало в дальнейшем выполнения холецистэктомии. Двум другим больным после купирования механической желтухи произведена холецистэктомия с ушиванием дефекта стенки холедоха и дополнительным дренированием гепатикохоледоха Т-образным дренажем.

Открытые хирургические вмешательства выполнены 49 больным (92,5%). Из них 20 больным производились дозированная папиллосфинктеротомия и попытка экстракции конкрементов в течение 10-12 дней с промежутком в 3-4 дня. При этом у больных восстанавливался желчеотток, отходили мелкие конкременты, но окончательной экстракции конкрементов достичь не удалось. Они были оперированы в сроки 12-15 дней со дня поступления.

У 29 больных восстановления желчеоттока после эндоскопической папиллосфинктеротомии достигнуть не удалось. В течение суток у них прогрессировали явления острого холангита, что явилось показанием к срочной операции.

В зависимости от типа повреждения гепатикохоледоха, установленного во время открытой холецистэктомии, все больные разделены на IV группы:

I группа – острая форма синдрома Мириizzi со сдавлением и сегментарным сужением гепатикохоледоха констатирована у 1 больной. На основании рентгено-эндоскопического исследования ей был поставлен диагноз рак печеночного протока. Сегментарное сужение гепатикохоледоха, обусловленное инфильтративными изменениями в желчном пузыре со сдавлением протока, установлено интраоперационно. Ввиду явлений острого гнойного холангита объем операции – холецистэктомия, дренирование гепатика по Вишневскому-Робсону. Впоследствии у больной восстановилась проходимость протока, что не потребовало реконструктивной операции.

2 группа – повреждение протока на 1/3 окружности констатировано у 25 (41%) пациентов. Им произведены холецистэктомия, холедохолитотомия, ушивание стенки гепатикохоледоха, дренирование гепатикохоледоха по Керу или Вишневскому-Робсону через дополнительный разрез ниже билиобилиарного свища. 4 больные из этой группы в сроки от 5 до 15 дней производились релапаротомии в связи с несостоятельностью дренажа Вишневского. Им произведено редренирование протока по Керу. Дренажи удалены в сроки от 20 до 30 дней после предварительной фистулографии, при которой сужения гепатикохоледоха и нарушения пассажа желчи не обнаружено.

3 группа – повреждение протока на 2/3 окружности интраоперационно обнаружено у 18 (34%) больных. Следует отметить, что у всех больных данной группы отмечено сморщивание желчного пузыря, и холецистэктомия производилась после предварительного вскрытия просвета желчного пузыря и пальцевой ревизии шеечной части. Им выполнены субтотальная холецистэктомия, холедохолитотомия с пластикой гепатикохоледоха лоскутом желчного пузыря и дополнительным дренированием холедоха по Керу через разрез ниже свища. Дренажи этой группе больных удалены в сроки от 30 до 60 дней.

4 группа – полная деструкция гепатикохоледоха у 5 (9%) больных. 3 больным произведены холецистэктомия, гепатикоюноанастомоз на каркасном дренаже Фелькера. У 2 больных обнаружены гангренозный холецистит, гнойный холангит, в связи с чем выполнялись холецистэктомия, наружное дренирование гепатикохоледоха.

В послеоперационном периоде умерли 5 больных (7,5%). 3 больных умерли от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. У 2 больных причиной смерти явилась прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность.

С рестенозом гепатикохоледоха в отдаленные сроки госпитализированы 3 больных. 2 из них произведена реконструктивная операция — гепатикоюностомия на транспеченочном дренаже по Прадери-Смиту. Одной больной произведено стентирование гепатикохоледоха.

**Заключение.** Диагностика синдрома Мириizzi в дооперационном периоде сложна. Косвенным УЗИ-признаком синдрома является сморщенный желчный пузырь с расширением печеночной части протока.

Всем больным с подозрением на синдром Мириizzi необходимо выполнение рентгено-эндоскопического исследования, которое по возможности должно закончиться рентгено-эндоскопическим вмешательством. Целью его является восстановление нормального оттока желчи, как первый этап подготовки больного к открытой холецистэктомии.

Открытая холецистэктомия должна выполняться после вскрытия желчного пузыря, тщательной ревизи

и сохранения лоскута пузыря (субтотальной холецистэктомии) для пластики гепатикохоледоха.

При полном разрушении стенки гепатикохоледоха необходимо наложение гепатикоюноанастомоза. В условиях острого холангита — наружное дренирование гепатикохоледоха с последующей реконструктивной операцией через 3 месяца.

#### Библиографический список

1. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // 50 лекций по хирургии: под ред. проф. В.С. Савельева. М.: Триада-Х, 2004. 413-421 с.
2. Гальперин Э.И. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечение // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 3. С. 7-10.
3. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириizzi. Диагностика и лечение. М.: Медицина, 2003. 12 с.
4. Майстренко Н.А. Современные возможности диагностики синдрома Мириizzi (сообщение 1) // Вестник хирургии. 2009. № 2. С. 27-33.
5. Шейко С.Б. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мириizzi (сообщение 2) // Вестник хирургии. 2009. № 3. С. 25-28.
6. Виноградов ВВ., Зима П.И., Кочишвили В.И. Непроходимость желчных путей. М.: Медицина, 1997. 132 с.

УДК617.55-001.45-089:61:355(470.661)(045)

Оригинальная статья

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

**М.С. Громов** — начальник Саратовского военно-медицинского института, генерал-майор, профессор, доктор медицинских наук; **А.З. Керимов** — 9-я городская больница, г. Грозный, врач-хирург.

### SURGICAL TECHNIQUE OF ABDOMINAL GUNSHOT WOUND TREATMENT IN CONDITIONS OF REGIONAL CONFLICT

**M.S. Gromov** — Ministry of Defense of the RF, Head of Saratov Military Medical Institute, Professor, Doctor of Medical Science; **A.Z. Kerimov** — Grozny Municipal Hospital № 9, Surgeon.

Дата поступления — 13.05.2010 г.

Дата принятия в печать — 15.06.2010 г.

**М.С. Громов, А.З. Керимов.** Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях живота в условиях регионального конфликта. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 460-462.

В статье приводятся результаты лечения проникающих огнестрельных ранений живота в экстремальных условиях.

**Ключевые слова:** огнестрельное ранение, опережающая тактика лечения.

**M.S. Gromov, A.Z. Kerimov.** Surgical technique of abdominal gunshot wound treatment in conditions of regional conflict. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 460-462.

The article points out the results of treatment of penetrating gunshot wounds of abdomen in extreme conditions.

**Key words:** gunshot wound, advanced technique of treatment.

**Введение.** Лечение огнестрельных ранений живота относится к одному из сложных разделов абдоминальной хирургии и сохраняет высокую актуальность [1-4]. Данные многих авторов, касающиеся результатов лечения этой патологии, часто несопоставимы из-за разных условий оказания медицинской помощи. Система этапного лечения в военно-полевых условиях при массовом поступлении раненых предусматривает преемственность лечебных мероприятий, выполняемых последовательно в разных местах на пути эвакуации пострадавших. Объем лечебных мероприятий в этой системе зависит от боевой и ме-

дицинской обстановки. В то же время при оказании помощи по поводу огнестрельных ранений в крупных городах имеется возможность быстрой доставки пострадавших в специализированные лечебные учреждения для выполнения одномоментного исчерпывающего хирургического вмешательства с последующим постоянным наблюдением в стационарных условиях.

Современная патогенетическая концепция перитонита любого происхождения рассматривает его как самостоятельный патологический процесс, имеющий фазную программу развития. Реализация этой программы определяется, с одной стороны, выраженностью развивающегося эндотоксикоза, как ведущего звена патогенеза, а с другой, — эффективностью защитно-компенсаторных механизмов [1, 2, 4]. Чем выраженнее эндотоксикоз, чем слабее резистент-

**Ответственный автор** — Керимов Адлан Замбекович, врач-хирург, 9-й гор. больница, г. Грозный 366005, Чеченская республика, Грозненский район, с. Алхан-Кала, ул. Центральная усадьба. Тел.: 88287386514 E-mail: adlan95@rambler.ru