

DIFFERENTIATED SURGICAL APPROACH FOR MIRIZZI SYNDROME **Kurbonov N.A.¹, Ismatullaev F.H.² (Republic of Uzbekistan)**

¹Kurbonov Nizom Azizovich – Assistant,
DEPARTMENT OF SURGERY, FACULTY OF POSTGRADUATE EDUCATION,
SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY, SAMARKAND;

²Ismatullaev Farrukhjon Hikmatullaevich – Doctor,
KARSHI MILITARY HOSPITAL, KARSHI,
REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: despite numerous scientific studies, the problem of diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome in emergency biliary surgery remains relevant. 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. 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. 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. The proposed program for the choice of surgical tactics in patients with cholelithiasis complicated by Mirizzi syndrome allowed in 8.1% and 29.0% of cases to perform laparoscopic cholecystectomy and cholecystectomy from a mini-access, respectively, and thus avoided damage to the bile ducts and completed the operation with minimal risk. The developed program for choosing the tactics of surgical treatment of patients with cholelithiasis complicated by Mirizzi Syndrome, taking into account an integrated approach to the choice of 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.

Keywords: Mirizzi syndrome, computed tomography, retrograde cholangiopancreatography, cholecystectomy.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Курбонов Н.А.¹, Исмагуллаев Ф.Х.² (Республика Узбекистан)

¹Курбонов Низом Азизович – ассистент,
кафедра хирургии, факультет постдипломного образования,
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд;

²Исмагуллаев Фаррухжон Хикматуллаевич – врач,
Каршинский военный госпиталь, г. Карши,
Республика Узбекистан

Аннотация: несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения синдрома Мирицци в экстренной билиарной хирургии сохраняет свою актуальность. Целью исследования является улучшение результатов лечения синдрома Мирицци путем разработки рациональной хирургической тактики в зависимости от его типа. Работа основана на оценке результатов хирургического лечения 62 больных с желчекаменной болезнью, осложненной синдромом Мирицци, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Республиканского специализированного научно-практического Центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала за период с 2016 по 2021 годы. 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. Предложенная программа выбора хирургической тактики у больных с желчекаменной болезнью, осложненной Синдромом Мирицци, 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. Разработанная программа выбора тактики хирургического лечения больных с желчекаменной болезнью, осложненной Синдромом Мирицци, 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 Мирицци, компьютерная томография, ретроградная холангиопанкреатография, холецистэктомия.

Введение. Несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения синдрома Мириizzi (СМ) в экстренной билиарной хирургии сохраняет свою актуальность. При этом, несмотря на более полувековую 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» (Хаджибаев А.М.). 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 (Prudkov M.I.). 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.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при СМ относится к одной из актуальных 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 Мириizzi 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 Мириizzi, 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 Мириizzi проводили ультразвуковое исследование, ФГДС, ЭРХПГ, МРХПГ.

В процессе стандартизации хирургической тактики при синдроме Мириizzi возникла необходимость пересмотра существующих классификаций с учетом уровня локализации холецистобилиарного 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 Мириizzi, когда холецистобилиарный свищ локализовался в области конfluence с полным разрушением передней его стенки. К сожалению, в доступной литературе мы не встретили описания подобных сложных случаев синдрома Мириizzi 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 Мириizzi идентично терминологии, принятой при стриктурах желчных протоков (классификация стриктур печеночных протоков по Э.И. Гальперину, 2002 г.):

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 – конглоуэнный: локализация холецистобилиарного свища на уровне конглоуэнса (5 больных, или 8,1%).

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).

Таблица 1. Балльная система выбора хирургической тактики при синдроме Мириizzi

Л	Факторы влияющие на выбор операции	Характеристика факторов	Баллы	
1	Симптомы интоксикации	Нет симптомы	0	
		Есть симптомы	1	
2	Клинические признаки синдрома Мириizzi	Нет клиники	0	
		Механическая желтуха	1	
		Холангит	2	
3	Тип синдрома Мириizzi согласно предложенной классификации	I тип	0	
		II тип	«+2»	1
			«+1»	2
			«0»	3
4	Клиническое течение желчекаменной болезни, которая осложнилась синдромом Мириizzi	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	

Пациентам, набравшим до 2 баллов, выполняли ЛХЭ. В этой группе больных с синдромом Мириizzi I тип хирургического лечения 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. 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 реконструктивную операцию. Предпочтение отдавали высоким билиодигестивным анастомозам, на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Согласно вышеизложенному, хирургическое лечение синдрома Мириizzi представлено в таблице 2.

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

Виды операций	Типы синдрома Мириizzi (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%)

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 Мириizzi 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. Разработанная классификация синдрома Мириizzi, 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 Мириizzi, что позволяет выбрать хирургическую тактику. 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. 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.

Список литературы / References

1. Давлатов С.С., Жураева Ф.Ф., Юсупалиева К.Б.К. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy, 2017. № 7 (22). С. 92-94.
2. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мириizzi // Academy, 2017. № 2 (17). С. 95-98.
3. Курбаниязов З.Б. и др. Хирургический подход к лечению больных со "свежими" повреждениями магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 2. С. 14-15.
4. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова, 2010. № 4. С.67- 73.
5. Davlatov S.S., Rakhmanov K.E., Abdurakhmanov D.S. Tactics of managing patients with bile leakage after cholecystectomy // Problems of Science and Education, 2020. № 13. С. 97.
6. Gafurovich N.F., Babajanovich K.Z., Salim D. Modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis // European science review, 2018. № 7-8. С. 142-147.
7. Ruhullaevich T.O. et al. Improved results of treatment of purulent wounds with complex use of photodynamic therapy and CO2 laser in the experiment // European science review, 2016. № 3-4. С. 185-189.
8. Shamsiyev A., Davlatov S. A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.
9. Shukurullaevich A.D. et al. Analysis of surgical treatment options for different types of Mirizzi syndrome // Bulletin of science and education, 2021. № 5-1 (108). P. 71-76.
10. Shukurullaevich A. D. et al. Clinical questions extreme currents syndrome Mirizzi // Bulletin of science and education, 2021. № 5-1 (108). С. 65-70.
11. Ziyadullaev S. et al. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma // European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020. Т. 7. № 2. С. 1760-1766.