Лечение синдрома Мириззи применением миниинвазивных хирургических технологий

В.А. Кулиш , А.Я. Коровин

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологииГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, Краснодар

Основным морфологи¬ческим признаком синдрома Мириззи (сМ) является сужение просвета обще¬го печеночного протока [2,3], наличие конкрементов и сращений, сопровождающих воспаление желчного пузыря и проявляющихся холангитом и желтухой [1,4,9], а также сужением правого долевого и общего желчного протоков [7]. Некоторые авторы различают две формы сМ: первую - острую, главным признаком кото¬рой является сужение просвета гепатикохоледоха, вторую - хроническую, при которой имеется свищ между гепатикохоледохом и просветом желчного пузыря [4].Это является свидетельством сложности дифференци¬ального диагноза, тактики, и выбора объема оперативного вмешательства [3,5,6]. При хронической форме сМ причина формирования свища между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком являются конкременты, мигрирующие из желчного пу¬зыря [1,3,7].

Цель работы Показать возможности диагностики и лечения сМ с применением миниинвазивных технологий.

Материал и методы. На дооперационном этапе выявлено 32 случая сМ. Из них выявлен 1 тип у 20 больных, 2 тип - в 3 случаях, 3 тип у 9 пациентов. Клинические особенности данной группы- наличие холецистолитиаза, транзиторная механическая желтуха у 31 пациента, болевой синдром в правом подреберье с гипертермией. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ) – позволяла выявить причину обструкции, наличие фистулы и локализацию камней . УЗИ было малоинформативно. Только в 9 случаях при повторных УЗИ после ЭРХПГ были выявлены достоверные признаки сМ – наличие пролабирования конкремента в просвет холедоха из желчного пузыря. Обсуждение и результаты. Лечебный алгоритм пациентов был этапным. Первым этапом, производилось УЗИ, ЭРХПГ с ЭПСТ. При наличии холедохолитиаза (26 больных) – выполнялась литоэкстракция. При обструкции холедоха устанавливался назобилиарный дренаж для купирования желтухи и холангита, а также сдерживания миграции конкрементов. После эндобилиарной подготовки больного выполнялась лапароскопическая операция. У больных с 1 типом сМ выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с отсечением пузыря на уровне шейки, извлечением из шейки конкремента и глухим швом культи. У 2 пациентов со 2 типом сМ, в одном случае выполнена конверсия с максимально возможной субтотальной резекцией желчного пузыря, извлечением конкремента до 3,5 см в диаметре из оставшейся «воронки» и дренированием холедоха по Керу. Во втором, - выполнена ЛХЭ от дна с отсечением желчного пузыря вместе с камнем диаметром 4 см на расстоянии 12 мм от гепатикохоледоха. Пластика дефекта в стенке желчного протока выполненялась за счет оставшихся стенок желчного пузыря непрерывным атравматическим рассасывающимся швом. У пациентов с 3 типом сМ отмечалось полная или частичная миграция конкрементов в просвет холедоха. У 2 больных выполнена ЛХЭ от дна с оставлением 10 мм участка шейки желчного пузыря на холедохе и извлечением конкрементов из холедоха. Произведена ревизия холедохоскопом, операция закончена пластикой дефекта непрерывным швом на дренаже холедоха по Керу и Вишневскому. У 6 пациентов выявлен выраженный инфильтрат, состоящий из интимно спаянной ДПК с желчным пузырем. Выполнена холецистотомия и холецистолитэкстракция. Рана желчного пузыря ушита на дренаже. При фистулографии - гепатикохоледох гомогенный. Несостоятельности зоны пластики общего желчного протока и летальных исходов не было. Заключение. При комплексном применении миниинвазивных процедур обеспечивается высокая эффективность, малая травматичность и значительная экономичность, при удовлетворительных результатах лечения, сопоставимых с таковыми при традиционных методах хирургической коррекции представленной патологии. Литература

1 Виноградов В.В., Зима П.И., и соавт. Непроходимость желчных путей.- М: Медицина, 1977. 160 с.

2 Раднаев В.У, Загородный В.С., и соавт. Диагностика и лечение синдрома Мириззи / Вестник хирургии 1996.-№2.-С. 103-104.

3 Савельев В.С.,Ревякин В.И.,Синдром Мириззи диагностика и лечение.- М: Медицина,-1999, 220 с.

4 ТимербулатовВ.М.,Гарипов В. М.,и соавт.Внутренние желчные свищи.- М: Триада-Х, 2003, 158 с.

5 Astuni M., Candeloro N., Fran R., Lagana S., Fils M. Mirizzi´s syndrome as the cause of intrahepatic lithiasis // Acta clin. case., Minerva Chir. - 1997.- Vol.52, N 5, May. — P. 639-642.

6 Enzler P., Metzger U., Bruhlman W. et al. The Mirizzi syndrome. Das Mirizzi-Syndrom // Schweiz. med. Wschr.-1984. - Bd. 114, N 44. - S. 1534-1537.

7 Gomez G. Mirizzi Sindrome (Record Supplied By Publsher).Curr Tre