



Случаи из практики / Cases from practice

© ПРИВАЛОВ Ю. А., ХАДАНОВ А. А., ЕГОРОВ И. А., МИХАЙЛОВ А. Л., ВАСИЛЬЕВА Н. Б.

УДК 616.362-007.271-008.6-02:616.366-003.7

DOI: 10.20333/2500136-2019-1-75-79

СИНДРОМ МИРИЗЗИ III ТИПА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ю. А. Привалов¹, А. А. Хаданов¹, И. А. Егоров², А. Л. Михайлов², Н. Б. Васильева².

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск 664001, Российская Федерация

²Дорожная клиническая больница на станции Иркутск-Пассажирский, Иркутск 664001, Российская Федерация

Резюме. Приведен патогенез и классификация синдрома Мириizzi (СМ). Отмечено, что диагностика пузырно-холедохоальной свища на дооперационном этапе является сложной проблемой. С внедрением в клиническую практику магнитнорезонансной холангиопанкреатикографии (МРХПГ) возможности диагностики СМ улучшились. Приведенный клинический случай демонстрирует комплексную диагностику СМ и этапный подход в лечении.

Ключевые слова: Синдром Мириizzi, холецисто-холедохоальная фистула, механическая желтуха, холедохолитиаз, УЗИ, МСКТ, ЭРХПГ, МРХПГ, Эндоскопия.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Привалов ЮА, Хаданов АА, Егоров ИА, Михайлов АЛ, Васильева НБ. Синдром Мириizzi III типа. Клинический случай *Сибирское медицинское обозрение*. 2019;(1):75-79. DOI: 10.20333/2500136-2019-1-75-79

TYPE III MIRIZZI SYNDROME. CLINICAL CASE

Y. A. Privalov¹, A. A. Khadanov¹, I. A. Egorov², A. L. Mikhailov², N. B. Vasileva²

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk 664001, Russian Federation

²Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy, Irkutsk 664001, Russian Federation

Abstract. The pathogenesis and classification of Mirizzi syndrome (MS) is presented. It is noted that the diagnosis of cystic choledochal fistula at the preoperative stage is a difficult problem. With the introduction of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) into clinical practice, diagnostic capabilities for MS have been improved. The given clinical case demonstrates a comprehensive diagnosis of MS and a stage approach to treatment.

Key words: Mirizzi syndrome, cholecysto-choledochal fistula, obstructive jaundice, choledocholithiasis, US, MSCT, ERCP, MRCP, EUS.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Privalov YuA, Khadanov AA, Egorov IA, Mikhailov AL, Vasileva NB. Type III Mirizzi syndrome. Clinical case. *Siberian Medical Review*. 2019;(1):75-79. DOI: 10.20333/2500136-2019-1-75-79

Синдром Мириizzi (СМ) – это одно из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) и представляет собой нарушение проходимости желчных путей вследствие развившихся воспалительно-дегенеративных изменений между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом. Первое упоминание данной патологии приходится на 1948 год, автором которого является аргентинский хирург Pablo Luis Mirizzi (1893-1964). Этиология заболевания остается до конца неизученной. Основной причиной развития болезни принято считать хронический калькулезный холецистит, при котором конкременты мигрируют в карман Хартмана, шейку пузыря или пузырный проток, плотно прилегая к стенке и формируя пролежень. Различают две формы синдрома Мириizzi: острую и хроническую. При остром воспалении происходит сужение печеночного протока с проявлением яркой клинической картины острого холецистита в сочетании с механической желтухой. Хроническое течение

болезни характеризуется наличием свища между желчным пузырем и проксимальной частью гепатикохоледоха.

Основными предрасполагающими факторами являются близкое анатомическое расположение желчного пузыря, пузырного протока и гепатикохоледоха по отношению друг к другу. Наиболее вероятные следующие анатомические варианты:

Низкая бифуркация, когда уровень слияния пузырного и общего печеночного протоков локализуется дистальнее обычного;

Параллельное расположение протоков на значительном протяжении;

Наличие единой серозной или серозно-мышечной оболочки, покрывающей оба протока. По данным И. Литтманна такой анатомический вариант встречается до 20 % случаев.

Согласно классификации А. Csendes, (1989 г.) выделяют четыре типа (стадии) синдрома Мириizzi:

1 тип - сдавление общего печеночного протока конкрементом, расположенном в кармане Хартмана или пузырном канале;

2 тип - между пузырным протоком или желчным пузырем и общим протоком печени формируется свищ, который занимает менее трети окружности протока;

3 тип - свищ охватывает 2/3 окружности печеночного протока;

4 тип - стенка проксимальной части гепатикохоледоха разрушена, холецистохоледохеальный свищ занимает всю окружность протока.

Согласно литературным данным, при холецистэктомии синдром Мириizzi выявляется в 1-5 % случаев и является одной из важных причин ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков [1]. Дооперационная диагностика пузырно-холедохеального свища является сложной диагностической проблемой и не превышает 12,5-22 % [2].

У пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) среди всех диагностических методов наиболее доступным и безопасным является ультразвуковое исследование (УЗИ) однако предположить наличие синдрома Мириizzi при УЗИ удается в довольно небольшом количестве случаев [3]. По мнению большинства авторов, самым эффективным методом диагностики СМ является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чувствительность которого варьирует в пределах 62-75 % [4]. Недостатком ЭРХПГ является её инвазивность и вероятность развития таких жизни угрожающих состояний, как кровотечения, панкреатита, механического повреждения желчных протоков и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время арсенал способов диагностики при обследовании больных с механической желтухой дополнен высокоинформативными методами: эндоскопическое ультразвуковое исследование (Эндо-УЗИ) и магнитнорезонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). Следует отметить, что МРХПГ характерно минимальное количество противопоказаний и отсутствует риск развития осложнений. Однако, сохраняет актуальность правильная интерпретация данных, полученных при помощи этих методов. На сегодняшний день сложность представляет не только диагностика, но и о выбор лечебной тактики при СМ [5].

На базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО РЖД» за последние пять лет выполнено более 1600 холецистэктомий. Синдром Мириizzi встретился в пяти случаях, что составило 0,3 %. В трех наблюдениях из пяти синдром Мириizzi был заподозрен до оперативного вмешательства на основании результатов комплексного обследования, включающего МРХПГ в дополнение к традиционным методам диагностики.

Приводим наше клиническое наблюдение. Пациентка N., 1965 г.р., поступила в хирургическое отделение 07.05.2018 г. с жалобами на боль в животе, желтушность кожного покрова. Из анамнеза: заболела остро, в середине апреля 2018г., когда впервые появились опоясывающего боли в животе ноющего характера, в последующем отметила потемнение мочи и желтушность кожи. Пациентка обследована в поликлинике по месту жительства и Иркутском областном онкологическом диспансере. При первичном ультразвуковом исследовании выявлены признаки острого калькулезного холецистита, диффузные изменения печени.

При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В общем анализе крови выявлен умеренный нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 119,64 мкмоль/л, АЛТ – 74,5 ед/л, АСТ – 89,9 ед/л, щелочная фосфатаза – 831,6 ед/л, ГГТП – 1577 ед/л. При УЗИ: желчный пузырь размером 41 x 26 мм, стенка 4 мм, неровная, двухслойная. Холедох расширен до 16-18 мм, в просвете конкремент 11x23 мм, долевые протоки расширены до 6 мм. Заключение: Острый калькулезный холецистит. Признаки холедохолитиаза. Билиарная гипертензия. Диффузные изменения в поджелудочной железе. При ФЭГДС: область большого дуоденального сосочка не изменена, в просвет ДПК желчь не поступает, смешанный гастрит.

Для уточнения диагноза выполнена магнитнорезонансная холангиопанкреатография (рис. 1).

При МРХПГ: внутрипеченочные протоки в проксимальных отделах расширены. Правый главный долевой проток до 8 мм, левый - до 9 мм, общий желчный - до 16 мм, в просвете МР-позитивные конкременты до 13 мм. Желчный пузырь расположен несколько атипично, наполнен однородным содержимым, размерами до 57 x 24 мм., пузырный проток не определяется. Заключение: признаки калькулезного холецистита, холедохолитиаз, билиарная гипертензия (блок на уровне общего желчного протока).

На основании результатов обследования выставлен клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Синдром Мириizzi? Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

На фоне консервативной терапии, включающей инфузионную, спазмолитическую терапию, гепатопротекторы, на 7-е сутки пациентке произведена ЭРХПГ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитэкстракция. Устье БДС катетеризировано по струне-проводнику. При контрастировании холе-

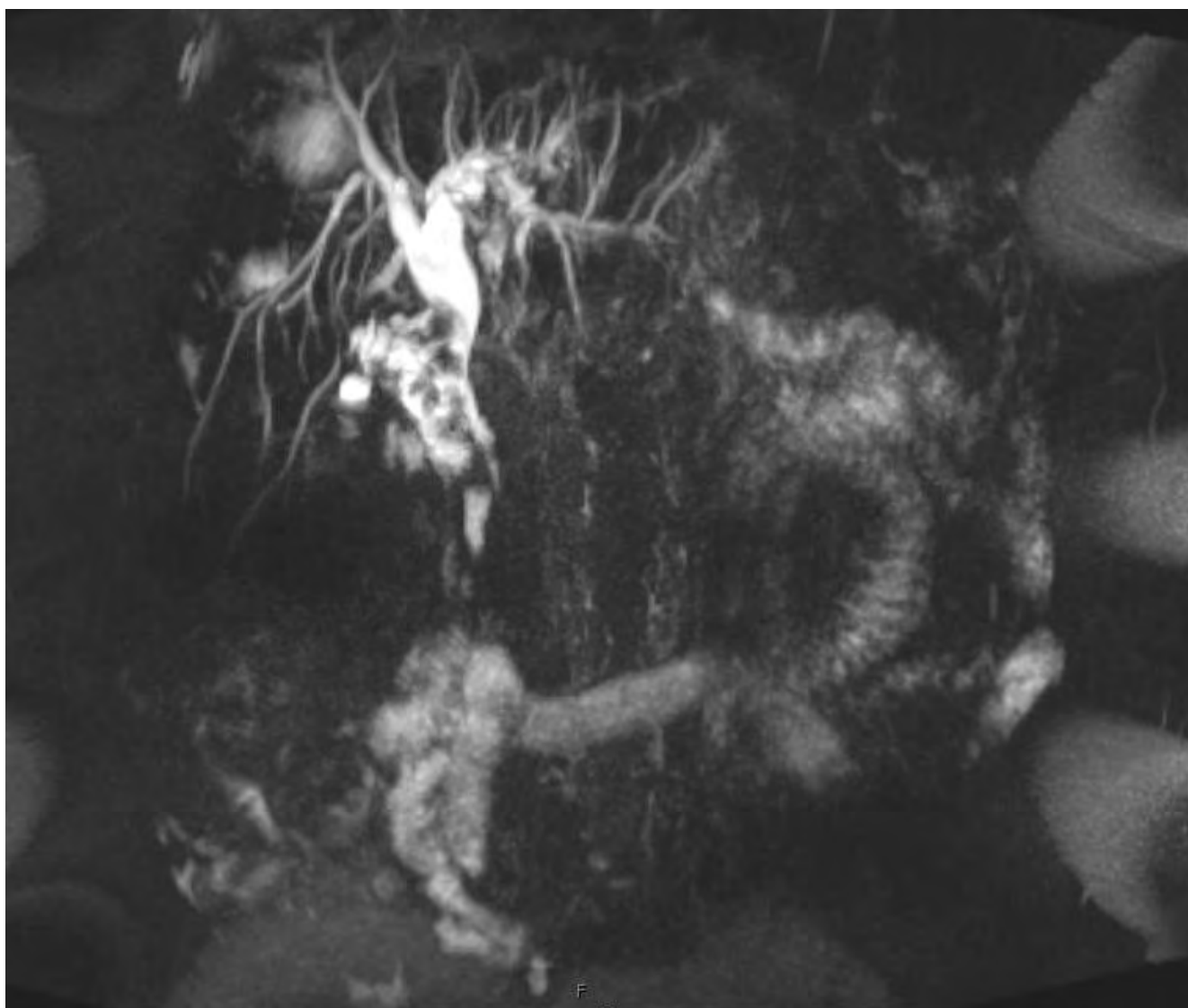
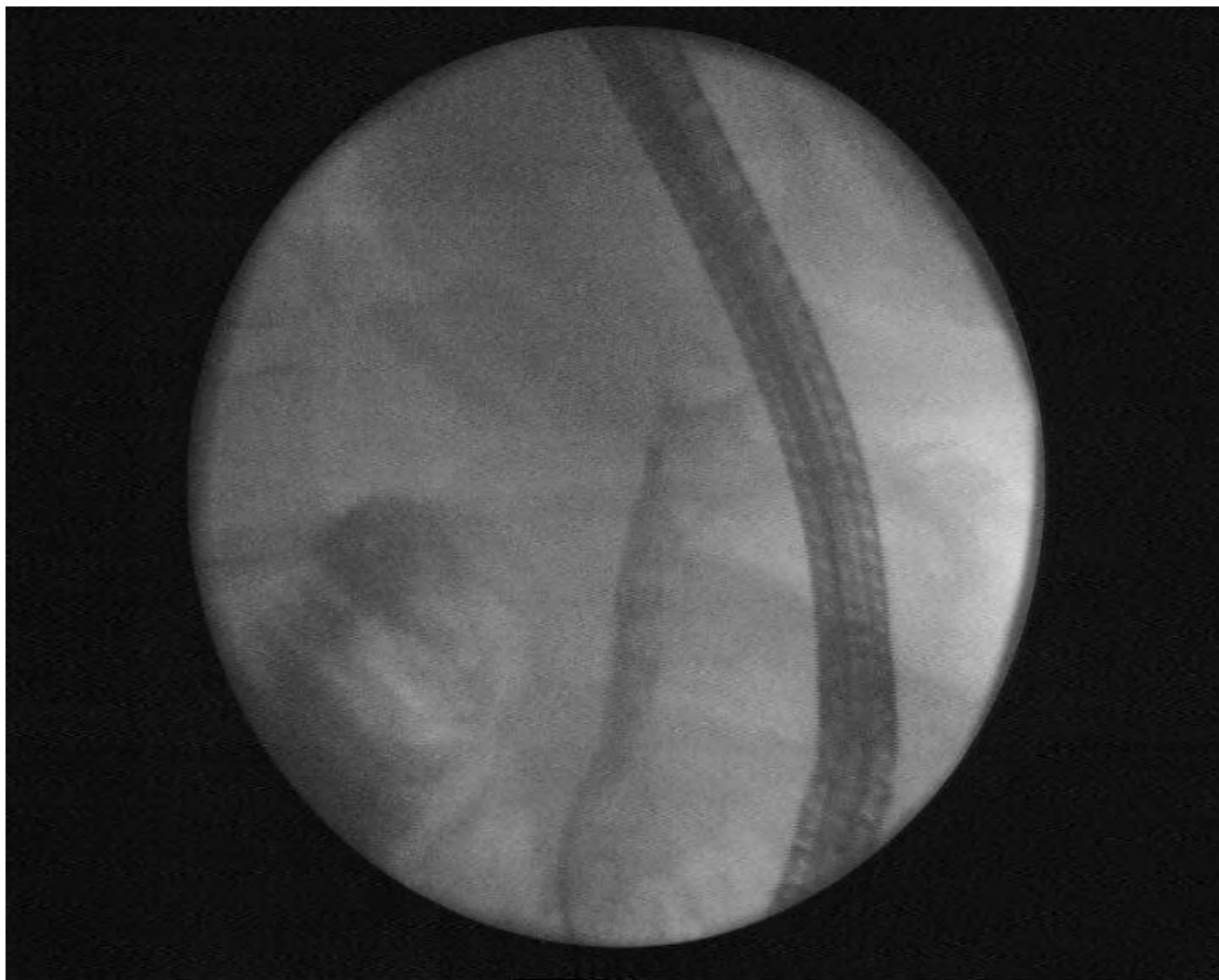


Рисунок 1. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография.
Figure 1. Magnetic resonance cholangiopancreatography.

дох расширен на всем протяжении до 18-22 мм, практически на всем его протяжении определяются овальной формы конкременты от 8 до 15-20 мм. Произведена папиллосфинктеротомия до 14 мм, не доходя 2-3 мм до циркулярной складки. Получена умеренная порция прозрачной желчи с крошковидными массами и мелкими конкрементами. Произведена многократная ревизия холедоха нитиноловой корзинкой Dormia, конкременты последовательно захвачены с небольшими техническими трудностями раздроблены и фрагментами удалены в просвет двенадцати перстной кишки, за исключением самого крупного камня, вклиненного в гепатикохоледохе за который не удалось завести инструмент. При контрольном контрастировании определяется единичный конкремент 15x20 мм. в стенке гепатикохоледоха. Просвет холедоха уменьшился. Контраст свободно поступает в просвет двенадцатиперстной кишки.

Данные РХПГ подтвердили предположение о наличии синдрома Мириззи с вклинением камня в области свища (рис. 2). Учитывая необходимость выполнения холецистэктомии и открытой холедохолитэкстракции, стентирование холедоха не проводилось. После эндоскопического вмешательства уровень общего билирубина снизился в два раза. Вторым этапом через трое суток выполнена операция: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитэкстракция, пластика гепатикохоледоха, дренирование холедоха по Керу. При интраоперационной ревизии: Печень плотная, край закруглен. Желчный пузырь небольших размеров с выраженными явлениями перихолецистита, стенка утолщена. Холедох расширен до 2,0 см, толстостенный, напряжен. Пузырный проток не определяется. Желчный пузырь вскрыт в области дна. Со стороны его просвета произведено удаление вклиненного конкремента. Выявлено пузырно-холедохеальное соустье в диаметре 1,5 см. Че-



*Рисунок 2. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография.
Figure 2. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography.*

рез свищ произведена ревизия холедоха – конкрементов нет, буж № 6 свободно проходит в просвет ДПК. Стенки желчного пузыря экономно иссечены. Произведена пластика дефекта участком стенки желчного пузыря, дренирование холедоха по Керу.

На седьмые сутки после операции выполнена фистулохолангиография через холедохостому: желчные протоки проходимы, контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку.

На 22 сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения амбулаторно.

Заключение

На сегодняшний день синдром Мириizzi является одним из тяжелых осложнений калькулезного холецистита и представляет собой трудную диагностическую и тактическую проблему. В представленном клиническом наблюдении предположение о наличии СМ основывается на результатах комплексной лучевой диагностики. С нашей точки зрения, при билиарной гипертензии, как первый этап лечения, целесообразно

применять эндоскопические методы декомпрессии билиарного тракта. Операцией выбора при СМ 3 типа следует считать открытую холецистэктомию, пластику гепатикохоледоха на дренаже Кера.

Литература/ References

1. Гальперин ЭИ. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечение. *Анналы хирургической гепатологии*. 2006;(3):7-10. [Galperin EI. Mirizzi's syndrome: diagnosis and treatment features. *Annals of Surgical Hepatology*. 2006;(3):7-10. (In Russian)]
2. Брехов ЕИ, Брыков ИВ, Аксенов ИВ, Андрианов ГА. Лапароскопическая холецистэктомия и коррекция некоторых ее осложнений. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2000;(2):13-16. [Brekhov EI, Brykhov IV, Aksenov IV, Andrianov GA. Laparoscopic cholecystectomy and some complications correction. *Kremlin Medicine. Clinical Bulletin*. 2000;(2):13-16. (In Russian)]
3. Кулезнева ЮВ, Плюсин БИ, Люосев СВ. Современные технологии в диагностике и лечении

синдрома Мириззи. *Российский медицинский вестник*. 2008; 13(4):61-65 [Kuleznyeva YV, Plyusnin BI, Lyuosev CV. Modern technology in the diagnosis and treatment of Mirizzi's syndrome. *Russian Medical Bulletin*. 2008; 13(4):61-65. (In Russian)]

4. Lee K. A minimally invasive strategy for Mirizzi syndrome: the combined endoscopic and robotic approach. *Surgical Endoscopy*. 2014;(9):2690-2694.

5. Савельев ВС, Ревякин ВИ. Синдром Мириззи (диагностика и лечение). М.: Медицина. 2003;112с. [Savelyev VS, Revyakin VI. Mirizzi's syndrome (diagnosis and treatment). Moscow: Medicine. 2003;112p. (In Russian)]

Сведения об авторах

Привалов Юрий Анатольевич, д.м.н., доцент, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, д. 100; тел.: +7(3952)465326; e-mail: privalovigmapo@mail.com

Хаданов Алексей Александрович, аспирант, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, д. 100; тел.: +79500710413; e-mail: hadanov_aleksei@mail.ru

Егоров Иван Александрович, врач, Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский, адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, ул. Академика Образцова, д. 27; тел.: +7(3952)465326

Михайлов Александр Леонидович, врач, Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский, адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, ул. Академика Образцова, д. 27; тел.: +7(3952)465326

Васильева Надежда Борисовна, врач, Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский, адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, ул. Академика Образцова, д. 27; тел.: +79025677667

Author information

Yuri A. Privalov, Dr.Med.Sci, Professor, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address: 100, M/r Yubileyny, Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +7(3952)465326; e-mail: privalovigmapo@mail.com

Aleksei A. Khadanov, graduate student, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address: 100, M/r Yubileyny, Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +79500710413; e-mail: hadanov_aleksei@mail.ru

Ivan A. Egorov, doctor, Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy; Address: 27, Akademika Obrazcova Str., Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +79025667765

Alexander L. Mikhaylov, doctor, Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy; Address: 27, Akademika Obrazcova Str., Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +79501445163

Nadezhda B. Vasileva, doctor, Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy; Address: 27, Akademika Obrazcova Str., Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +79025677667

Поступила 02.09.2018 г.

Принята к печати 06.12.2018 г.

Received 02 September 2018
Accepted for publication 06 December 2018