

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ**

© С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Д.О. Тюленев, А.А. Копейкин

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия

Синдром МириZZи – редкое и тяжелое следствие холецистохоледохолитиаза, лечение и диагностика которого вызывает большие трудности. Вопрос выбора способа хирургического лечения холедохолитиаза, осложненного синдромом МириZZи, сегодня остается окончательно нерешенным. В статье приводится описание клинического случая холедохолитиаза, осложненного синдромом МириZZи, и оригинальная методика его оперативного лечения. Описанный клинический случай интересен демонстрацией разработанной нами техники эндовидеоскопического лечения данного заболевания.

Ключевые слова: синдром МириZZи, холедохолитиаз, литэкстракция, антеградно-ассистированная папиллосфинктеротомия, холедохолитотомия.

**CLINICAL CASE OF ENDOVIDEOSCOPIC TREATMENT
OF CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED WITH MIRIZZI'S SYNDROME**

S.V. Tarasenko, O.V. Zaitsev, D.O. Tyulenev, A.A. Kopeikin

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Mirizzi's syndrome is a rare and severe consequence of cholecystocholedocholithiasis, the treatment and diagnosis of which presents significant difficulties. The question of selection of the method of surgical treatment of choledocholithiasis, complicated with Mirizzi's syndrome, still remains open today. The article describes a clinical case of choledocholithiasis, complicated with Mirizzi's syndrome, and the original technique of its surgical treatment. The described clinical case is interesting from the point of view of demonstration of the original technique of endovideoscopic treatment of this disease.

Keywords: Mirizzi's syndrome, choledocholithiasis, lithoextraction, antegrade-assisted papillosphincterotomy, choledocholithotomy.

Синдром МириZZи впервые был описан P.L. Mirizzi в 1948 г. Это достаточно редкое, но тяжелое следствие длительно текущего холецистохоледохолитиаза, которое даже сегодня, несмотря на технический прогресс в медицине, вызывает большие трудности в диагностике и лечении.

Первоначальным патоморфологическим признаком синдрома МириZZи явля-

ется сдавление крупным конкрементом, расположенным в шейке желчного пузыря или пузырного протока, общего желчного протока, которое завершается формированием стриктуры гепатикохоледоха, с последующим образованием пузырно-билиарного свища [1].

С.К. McSherry, et al. (1982) выделил две разновидности синдрома МириZZи:



I тип – сдавление гепатикохоледоха камнем, который располагается в шейке или протоке желчного пузыря;

II тип – это пузырно-билиарный свищ.

Сегодня наиболее востребованной является классификация С.К. McSherry с дополнениями А. Csendes et al. Согласно этой классификации, синдром Мириizzi делится на четыре типа:

I тип – сдавление общего желчного протока конкрементом шейки желчного пузыря или пузырного протока;

II тип – холецисто-холедохеальный свищ, который занимает менее 1/3 окружности общего желчного протока;

III тип – холецисто-холедохеальный свищ, который занимает 2/3 окружности общего желчного протока;

IV тип – холецисто-холедохеальный свищ, который занимает всю окружность общего желчного протока, при этом происходит полное разрушение стенки гепатикохоледоха [1].

По данным литературы, встречаемость синдрома Мириizzi колеблется от 0,2 до 6%. Наиболее часто синдром Мириizzi встречается у пациентов старше 60 лет, которые страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в течение длительного времени. Среди всех билиодигестивных свищей синдром Мириizzi выходит на первое место с частотой встречаемости до 70% [2].

На дооперационном этапе диагностировать синдром Мириizzi достаточно трудно, т.к. при этом заболевании специфические клинические симптомы отсутствуют. Диагностическая значимость ультразвукового исследования оказывается слишком низкой, а чувствительность метода составляет от 8 до 22% [3], чувствительность эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии также остается невысокой – от 20 до 75% [4]. Поэтому, очень часто данный синдром диагностируется только интраоперационно [4], что приводит к значительным трудностям, с которыми сталкивается хирург во время лапароскопического вмешательства. Лапароскопическая

холецистэктомия в случае обнаружения синдрома Мириizzi чревата повреждением гепатикохоледоха, т.к. его узкая дистальная часть, располагающаяся ниже конкремента, часто принимается за пузырный проток, а расширенная часть выше конкремента – за Гартманов карман [2].

Опыт хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi указывает на отсутствие достоверных и надежных методов диагностики данной патологии во время операции. Признаками, косвенно указывающими на синдром Мириizzi, могут быть:

- спаечный процесс между гепатикохоледохом и шейкой желчного пузыря,
- инфильтрат в области шейки желчного пузыря,
- широкий гепатикохоледох,
- склеротически измененный желчный пузырь.

Вопрос выбора способа хирургического лечения холедохолитиаза, осложненного синдромом Мириizzi, сегодня является открытым и не решенным окончательно. Мнения авторов по этому вопросу неоднозначны. Ряд специалистов настаивает на открытой операции как в случае диагностирования синдрома Мириizzi во время лапароскопической операции, так и при диагностировании или подозрении на синдром Мириizzi во время предоперационного обследования [1]. Другие авторы отмечают возможность лапароскопической операции при синдроме Мириizzi I и II типов (согласно классификации А. Csendes), а III и IV типы синдрома Мириizzi относят к абсолютному показанию к открытой операции [1].

В качестве предоперационной подготовки пациента с целью снижения послеоперационных осложнений ряд авторов предлагают предоперационное эндопротезирование желчных протоков или назобилиарное дренирование, облегчая при этом дифференцировку протоковых структур во время оперативного вмешательства [5].

Таким образом, вопрос выбора методики лечения холедохолитиаза в соче-

тании с синдромом Мириizzi остается окончательно нерешенным. Учитывая все описанное выше, приводим клинический случай эндовидеоскопического лечения холедохолитиаза, осложненного синдромом Мириizzi.

Пациент К., 62 лет, поступил в ГБУ РО ГКБСМП г. Рязани 15.06.2017 с клиническим диагнозом: Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ).

При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в правом подреберье постоянного ноющего характера, потемнение мочи, иктеричность склер. Данные жалобы беспокоят в течение полугода, лечился амбулаторно – без эффекта, последнее ухудшение состояния в течение недели. Камненосительство – в течение 15 лет. Госпитализирован.

При осмотре состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы субиктеричны, склеры желтушной окраски. В легких и сердце без патологических изменений. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд./мин. Язык влажный. Живот мягкий, не вздут, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отсутствуют. Моча темная, кал обычной окраски.

В общеклинических анализах можно отметить незначительный лейкоцитоз – $10,2 \times 10^9$ /л. В биохимическом анализе крови – повышение уровня общего билирубина до 44,1 мкмоль/л, прямого – до 38,2 мкмоль/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено расширение общего печеночного протока до 18 мм, с группой конкрементов в ТОХ от 6 до 12 мм; желчный пузырь 45x21 мм, содержит мелкие конкременты. При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии выявлена желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, синдром Мириizzi. Во время выполнения эндоскопического исследования большой дуоденальный сосок расположен в дивертикуле, манипуляции недоступен, желчь поступает порционно в небольшом количестве.

С учетом полученных данных решено после предоперационной подготовки прооперировать больного лапароскопическим доступом. Операция была выполнена 19.06.2017. В зоне печеночно-двенадцатиперстной связки выявлен выраженный спаечный процесс, склеротически измененный желчный пузырь. Адгезиолиз. С техническими трудностями выделен желчный пузырь. Во время выделения последнего вскрыт холедох, из которого выделилась застойная желчь и несколько конкрементов. Холедох санирован через получившееся холедохотомическое отверстие. Большая часть конкрементов была удалена путем инструментальной пальпации холедоха. Два конкремента 8 и 10 мм удалены с помощью набора инструментов для литэкстракции, разработанного на кафедре госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Данное устройство для литэкстракции представляет собой набор эластичных трубок-аспираторов различного диаметра с внутренней фаской в виде конуса на рабочем конце. Размер аспиратора подбирается в каждом конкретном случае индивидуально в зависимости от предполагаемого размера извлекаемых конкрементов. Посредством постоянной аспирации электроотсосом, подключенным к дистальному концу устройства, конкременты благодаря особой форме присасываются к наконечнику аспиратора и извлекаются.

После того как все конкременты были извлечены, проведена холедохоскопия, во время которой конкрементов мы не обнаружили. ТОХ был значительно сужен и провести холедохоскоп в двенадцатиперстную кишку не представлялось возможным. Решено выполнить антеградно-ассистированную папиллосфинктеротомию. Д

анная методика также была разработана на кафедре госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России и, по нашему мнению, является разумной альтернативой антеградной папиллосфинктеротомии. Ее суть заключа-

ется в том, что в двенадцатиперстную кишку проводится не папиллотом, а направляющая металлизированная струна. Рассечение большого дуоденального соска проводится ретроградно, установленным на струну папиллотомом, проведенным через рабочий канал дуоденоскопа. Мы считаем, что антеградно-ассистированная папиллосфинктеротомия обладает определенными преимуществами перед антеградной папиллосфинктеротомией: во-первых, тонкую жесткую направляющую струну легче провести через стенозированный большой дуоденальный сосок, нежели папиллотом; во-вторых, ориентирование режущей части папиллотом производится через рабочий канал дуоденоскопа, что технически проще.

После устранения холедохолитиаза и стенозирующего дуоденального папиллита была выполнена холедохография непрерывным обвивным атравматическим эн-

дошвом Vicryl 4/0 с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока по Холстеду-Пиковскому.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент был выписан на 6 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. На момент выписки лабораторные показатели пришли к возрастной норме, самочувствие пациента было удовлетворительным, каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Заключение

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует возможность успешного лечения холедохолитиаза в сочетании с синдромом Мириizzi лапароскопическим доступом с использованием эндоскопических технологий.

Подобное вмешательство можно рекомендовать как операцию выбора в лечении больных с синдромом Мириizzi.

Литература

1. Лупальцев В.И., Хворостов Е.Д., Гринев Р.Н. Современные методы диагностики и лечения синдрома Мириizzi // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. Т. 11, №3. С. 99-106.
2. Шейко С.Б., Майстренко Н.А., Стукалов В.В., и др. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мириizzi (сообщение 2) // *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2009. Т. 168, №4. С. 25-29.
3. Кузнецов Ю.Н. Эндохирургические технологии в лечении острого холецистопанкреатита // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2004. №1-2. С. 138-142.
4. Тарасенко С.В., Брянцев Е.М., Мараховский С.Л., и др. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных доброкачественными заболеваниями желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. 2010. Т. 15, №1. С. 21-26.
5. Тарасенко С.В., Богомолов А.Ю., Зайцев О.В., и др. ERAS – современная концепция ведения хирургических больных. Собственный опыт // *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016. Т. 25, №3. С. 67-71.

References

1. Lupaltsev VI, Khvorostov ED, Grinev RN. *Sovremennyye metody diagnostiki i lecheniya sindroma Mirizzi. Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2006; 11(3):99-106. (In Russ).
2. Sheiko SB, Majstrenko NA, Stukalov VV, et al. *Tactical and technical aspects of current treatment of patients with Mirizzi syndrome (communication 2). Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*. 2009; 168(4):25-9. (In Russ).
3. Kuznetsov UN *Endosugical technologies in acute cholecystopancreatitis treatment. I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2004;(1-2):138-42. (In Russ).
4. Tarasenko SV, Briantsev EM, Marakhovtsev SL, et al. *Complications of Endoscopic Transpapillary Interventions Complications of Endoscopic Transpapillary Interventions in Bile Duct Benign Disease Patients in Bile Duct Benign Disease Patients. Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2010;15(1):21-6. (In Russ).
5. Tarasenko SV, Bogomolov AY, Zaytsev OV, et al. *ERAS is modern concept of treatment of surgical patients. It is own experience. Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2016;25(3):67-71. (In Russ).

Дополнительная информация [Additional Info]

Источник финансирования. Бюджет ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России. [Financing of study. Budget of Ryazan State Medical University.]

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи. [Conflict of interests. The authors declare no actual and potential conflict of interests which should be stated in connection with publication of the article.]

Участие авторов. Тарасенко С.В. – автор концепции данного хирургического вмешательства, Зайцев О.В. – оперативное вмешательство, Тюленев Д.О. – анализ и перевод литературного материала, написание текста, Копейкин А.А. – редактирование. [Participation of authors. S.V. Tarasenko – the author of the concept of the presented surgical intervention, O.V. Zaitsev – surgery, D.O. Tyulenev – analysis and translation of literary material, writing the text, A.A. Kopeikin – editing.]

Информация об авторах [Authors Info]

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия. [Sergey V. Tarasenko – MD, PhD, Professor, Head of Hospital Surgery Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia.]
SPIN: 7926-0049, ORCID ID: 0000-0002-0032-6831, Researcher ID: E-8173-2018.

Зайцев Олег Владимирович – д.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия. [Oleg V. Zaitsev – MD, PhD, Associate Professor of Hospital Surgery Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia.]
SPIN: 4556-7922, ORCID ID: 0000-0001-7766-2043, Researcher ID: R-6830-2016.

***Тюленев Даниил Олегович** – аспирант кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия. [Daniil O. Tyulenev – PhD student of Hospital Surgery Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia.]
SPIN: 6459-4322, ORCID ID: 0000-0001-5919-2180, Researcher ID: E-8172-2018. E-mail: dtyulenev@yandex.ru

Копейкин Александр Анатольевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия. [Aleksandr A. Kopeikin – MD, PhD, Assistant of Hospital Surgery Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia.]
SPIN: 4011-8705, ORCID ID: 0000-0002-3994-3909, Researcher ID: E-8178-2018.

Цитировать: Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Тюленев Д.О., Копейкин А.А. Клинический случай эндовидеоскопического лечения холедохолитиаза, осложненного синдромом Мириizzi // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 26, №4. С. 533-537. doi:10.23888/PAVLOVJ2018264533-537

To cite this article: Tarasenko SV, Zaitsev OV, Tyulenev DO, Kopeikin AA. Clinical case of endovideoscopic treatment of choledocholithiasis complicated with Mirizzi's syndrome. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2018;26(4):533-7. doi:10.23888/PAVLOVJ2018264533-537

Поступила/Received: 18.03.2018
Принята в печать/Accepted: 12.12.2018