

*Ысмайылов К.С.*

**СИНДРОМ МИРИЗЗИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ  
ДИАГНОСТИКИ (обзор литературы)**

*K.S. Ysmaiyllov*

**SYNDROME MIRRIZI: MODERN STATE OF THE PROBLEM  
OF DIAGNOSTICS**

УДК: 6155:612

*В данной статье рассматриваются синдром Мирриззи современное состояние проблемы диагностики.*

*This article discusses syndrome Mirrizi current state of the problem of diagnostics.*

Синдром Мирриззи - редкое заболевание желчевыводящих протоков и, по данным литературы, диагностируется у 0,5-5% больных с различными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ) [2,5,10-12]. Синдром чаще наблюдается у лиц женского пола, его частота составляет около 16% [11,12,17]. Исследования последних лет показали, что синдром Мирриззи следует считать осложнением ЖКБ, первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, завершающееся либо формированием стриктуры, либо образованием холецистохоледохеального свища [6,9,12,17,19,20].

Синдром Мирриззи протекает без симптомов, имеющих дифференциально-диагностическое значение, поскольку на разных этапах развития синдрома преобладают те или иные симптомы. Наиболее часто диагностируются механическая желтуха – до 92,1% случаев и острый калькулезный холецистит у 45,3% больных [1-5,10,13-16].

Клиническая картина синдрома Мирриззи не дает оснований для выделения характерных признаков, отличающих его от других осложнений калькулезного холецистита, в первую очередь от холедохолитиаза и острого воспаления желчного пузыря [7,8,21,28]. Несмотря на бурное развитие различных методов медицинской визуализации, на сегодняшний день имеются существенные разногласия по поводу их эффективности при обследовании для выявления синдрома Мирриззи [18,22]. Очень важна дооперационная диагностика синдрома, позволяющая предупредить случайное повреждение внепеченочных желчных протоков во время операции. Правильный дооперационный диагноз установить очень сложно, это удается лишь у 12,5-21,9% больных [23,25]. Только единичные авторы отмечают, что ценность ультразвукового исследования (УЗИ) в дооперационной диагностике синдрома достигает 67,1%, магнитно-резонансной томографии (МРТ) - 94,4%, внутривнутрипротоковой эхографии - 97% и эндоскопической ретроградной панкреатохолеангиографии (ЭРПХГ) - 100% [8,14,26]. Все это указывает на то, что современные методы

инструментальной диагностики не всегда позволяют выявить данное заболевание желчных протоков в предоперационном периоде.

Из-за отсутствия характерной клинической картины, дооперационная диагностика синдрома Мирриззи представляет большие трудности, поэтому прогресс инструментальной диагностики, связанный с внедрением в клиническую практику УЗИ, компьютерной томографии (КТ), МРТ, а также чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ) и ЭРХПГ, сыграл большую роль в распознавании синдрома Мирриззи [12,13,27].

Точность УЗИ в диагностике холецистолитиаза превышает 96%. Ценность метода в выявлении камней желчных протоков и желчного пузыря не столь высока: чувствительность составляет 20 - 86%, специфичность 56-95%, точность 71-93% [6,9,12,29,30].

Применение УЗИ билиарного тракта позволяет косвенно устанавливать характерные для синдрома Мирриззи симптомы. Среди последних наибольшее значение придается расширению общего печеночного протока при отсутствии изменений в дистальных отделах желчного протока, а также наличию конкремента, фиксированного в области шейки желчного пузыря [11,19]. Авторы отводят скрининговую роль УЗИ, по данным которого выставляются показания для проведения дополнительных методов исследования [13].

Диагностическая ценность УЗИ при синдроме Мирриззи составляет 12 - 67% [2,7,10], но по данным Э.И. Гальперина [5], УЗИ позволило заподозрить данную патологию в 86% случаев, в последующем диагноз был подтвержден во время операции.

Сочетание сморщенного желчного пузыря с желчной гипертензией и наличие расширенных внутривнутрипеченочных желчных протоков вместе с узким общим желчным протоком при холедохолитиазе, позволяет только заподозрить синдром Мирриззи [13,19]. В литературе имеются единичные сообщения об успешной ультразвуковой диагностике синдрома Мирриззи. Так, В.И. Грязнов описал успешную ультразвуковую диагностику синдрома Мирриззи II типа по наличию небольшого (4,6 на 2,1 см) деформированного желчного пузыря с утолщенными стенками и расширенного до 1,3 см желчного протока с конкрементом [6]. В.А. Ступин сообщает, что синдром Мирриззи был диагностирован у 67% больных с данной патологией: I тип установлен у 78% пациентов, а II тип у – 22% [14].

Представляет трудность дифференциальный диагноз синдрома Мириizzi (при наличии стриктуры или холецистохоледохоальной фистулы на уровне общего печеночного протока) и рака желчного пузыря, прорастающего общий желчный проток, а также первичного рака общего печеночного протока, поскольку в этих случаях наблюдается внутривенная холангиоэктазия при нерасширенном общем желчном протоке, механическая желтуха, наличие УЗ-признаков образования в области общего печеночного протока [5-7].

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) применяется для диагностики холедохолитиаза с начала 80-х годов XX века. В среднем, чувствительность ЭУС в диагностике холедохолитиаза составляет 95-100%, специфичность 95 - 100%, точность 96 - 99% [13,15,19]. Данные о диагностике синдрома Мириizzi при ЭУС в литературе нами не обнаружены.

КТ – неинвазивный высокоэффективный метод топической диагностики при обтурационной желтухе, чувствительность и специфичность которого сопоставима с аналогичными показателями УЗИ. Чувствительность КТ при холедохолитиазе составляет 71%, специфичность 97%, точность 87% [11,13]. К недостаткам КТ обычно относят меньшую доступность, стационарное положение, необходимость в ряде случаев внутривенного контрастирования, лучевую нагрузку, относительно высокую стоимость. Слабым местом КТ, равно как и УЗИ, является диагностика холедохолитиаза, обусловленного холестериновыми или пигментными камнями [7,10,12]. Определенных данных о значении КТ в диагностике синдрома Мириizzi не выявлено.

Еще одним из дооперационных методов исследования желчевыводящих путей является МРТ-холангиография, обладающая высокой точностью в диагностике причин механической желтухи, особенно в оценке характера и протяженности стриктур желчных путей, а также внутривенных образований. Чувствительность исследования в выявлении холедохолитиаза составляет около 81,0 - 100,0%, специфичность 72,7 - 98,0%, точность 82,2 - 94,0% [4]. К сожалению, применение этого метода в значительной степени ограничено из-за высокой стоимости аппаратуры и программного обеспечения. Вместе с тем, этот метод лишен пункционно-дренажных лечебных возможностей. Преимуществом является отсутствие лучевой нагрузки [13,17,30].

Применение ЧЧХГ, при подозрении на холедохолитиаз, крайне ограничено, несмотря на то, что она позволяет установить правильный диагноз в 92,0-98,0% случаев [8,10,14,15]. Обусловлено это, прежде всего тем, что ЧЧХГ достаточно опасный инвазивный метод, чреватый развитием крово- и желчеистечения в брюшную полость [19].

ЭРХПГ - широко и успешно применяемый метод для дифференциальной диагностики обтурационной желтухи [1,4]. В настоящее время ЭРХПГ занимает одно из ведущих мест среди методов диагностики осложнений калькулезного холецистита, связанных с патологическими изменениями внепеченочных желчных протоков. Данный метод позволяет с большой чувствительностью (79,0-95,0%), специфичностью (92,0-100%) и точностью (93,0-97,0%) выявить или отвергнуть наличие конкрементов в желчных протоках [3,9].

Наиболее важное отличие синдрома Мириizzi от других осложнений калькулезного холецистита состоит в том, что при данном синдроме на первый план выходят патологические соотношения между желчным пузырем и внепеченочными желчными протоками, объединенные общей этиологией и патогенезом.

По мнению ряда авторов [12,13,17], основными рентгенологическими симптомами первого типа синдрома Мириizzi, являются:

- сужение просвета желчного протока в любом из его отделов;
- супрастенотическое расширение желчных протоков;
- смещение деформированного участка протока в сторону от обычного направления;
- отсутствие контрастирования желчного пузыря;
- совпадение по форме и локализации контуров сужения желчного протока и дефекта наполнения, в гартмановском кармане желчного пузыря или пузырьном протоке (гладкие внутренние контуры на протяжении сужения протока).

Фактически единственным специфическим признаком первого типа синдрома Мириizzi является расширение просвета желчного протока проксимальнее впадения пузырьного протока с гладкими внутренними контурами на фоне конкремента, находящегося в устье пузырьного протока или в самом пузырьном протоке. Гладкие внутренние контуры протока имеют большое дифференциально-диагностическое значение, поскольку «размытость» указывает на онкологическую природу заболевания [12].

Характерными рентгенологическими симптомами при наличии свища между желчным пузырем и общим печеночным протоком являются:

- патологическое сообщение между желчным пузырем и общим печеночным протоком в обход пузырьного протока;
- сужение просвета общего печеночного протока, обусловленное конкрементом, не полностью вышедшим из желчного пузыря;

- контрастирование желчного пузыря через свищевое отверстие;
- отсутствие контрастирования пузырного протока;
- холедохолитиаз;
- стеноз БСДК.

Специфической особенностью билиарной системы в условиях образования свища между желчным, пузырем и желчным протоком является существенное нарушение динамики желчи чаще всего при холедохолитиазе и стенозе большого дуоденального сосочка [1,3,9,11].

По данным В.С. Савельева, при II типе синдрома Мириizzi чувствительность ЭРХПГ достигает 100% [12]. В исследованиях Э.И. Гальперина, Г.Г. Ахаладзе при II типе синдрома чувствительность данного метода составила всего 20,0%. Однако, при этом не принималось во внимание сочетание таких признаков, как расширение проксимального отдела общего печеночного протока над камнем с нерасширенным дистальным его отделом или нерасширенным общим желчным протоком. Учет таких признаков позволил бы повысить диагностическую чувствительность метода до 68,0% [5].

Высокая диагностическая эффективность ЭРХПГ выгодно сочетается с возможностью получения при эндоскопическом исследовании смывов и гистологического материала (биопсия), а также с выполнением лечебных процедур (папиллосфинктеротомия, дробление конкрементов и их экстракция, назобилиарное дренирование, установка стентов) [1-3,12]. С другой стороны, этот метод достаточно инвазивен и сопряжен с рядом осложнений (холангит, острый панкреатит, повреждения желудочно-кишечного тракта), частота развития которых достигает 1,0 - 19,0% [2,9,24]. Кроме того, в 4,0-8,3% случаев выполнить исследование не удастся из-за анатомических особенностей, среди которых наиболее частыми являются расположение БСДК в дивертикуле, перенесенная резекция желудка по Бильрот-2, стеноз выходного отдела желудка [22,27,30].

Таким образом, диагностика синдрома Мириizzi является одной из сложных и актуальных задач в билиарной хирургии, от решения которой во многом зависит результат лечения.

#### Литература

1. Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Ризаев К.С. и др. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мириizzi, обусловленной холедохолитиазом // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27-29 сентября 2006 г.). *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006.- Том 11.- № 3 - С. 63.
2. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Самратов Т.У. и др. Синдром Мириizzi- диагностика и хирургическое лечение // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27-29 сентября 2006 г.). *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006.- Том 11.- № 3.- С. 64.
3. Васильев Ю.В. Эндоскопическая панкреатохолангиография в диагностике поражений поджелудочной железы, вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 1999.- Том 8.- №3.- С. 18-23.
4. Войтковский А.Е. Неудачи, ошибки и осложнения рентгено эндоскопических методов при заболеваниях билиопанкреатодуоденальной зоны // Автореферат дисс. канд. мед.наук.- М., 2002.- С. 23.
5. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечения // *Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27 - 29 сентября 2006 г.).* *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. - Том 11.- № 3. - С. 7-10.
6. Грязев В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мириizzi // *Хирургия.* – 2008. - № 11. – С. 31-34.
7. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуток А.М. и др. Желчнокаменная болезнь // *Видар.*-М., 2000.- С. 105.
8. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой // *Тула: Гриф и К<sup>0</sup>, 2000. - С. 311.*
9. Колокольцев В.Б. Рентгено эндоскопические методы в диагностике причин механической желтухи // *Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний.*- М., 2000.- С. 239.
10. Клименко Г.А. Холедохолитиаз: Диагностика и оперативное лечение // М.: Медицина, 2000.- С. 224.
11. Лупальцев В.И., Хворостов Е.Д., Гринев Р.Н. и др. Современные методы диагностики и лечения синдрома Мириizzi // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27 - 29 сентября 2006 г.). *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006.- Том 11.- №3.- С. 100.
12. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириizzi (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003 - С. 112.
13. Селиваненко А.В. Диагностика синдрома Мириizzi // Автореферат дис. канд. мед.наук. - М., 2002. - С. 24.
14. Ступин В.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. и др. Лечебно-диагностические аспекты синдрома Мириizzi // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27 - 29 сентября 2006 г.). *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006.- Том 11.- №3.- С. 114.
15. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии // М.: Триада-Х, 2003.- С. 216.
16. Хрусталева М.В. Эндоскопическое транспапиллярное дуодено-билиарное дренирование в лечении механической желтухи // *Анналы РНЦХРАМН.* – 2001.- №10. -С. 45-48.

17. Школенко С.А. Комплексная диагностика при механической желтухе // Новые технологии в здравоохранении г. Челябинска. Выпуск 2.-Челябинск, 2000. - С. 271 - 272.
18. Al-Alkeely M.H., Alam M.K., Bismar H.A. et al. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh // World J. Surg. – 2005. - Vol. 29. - №12. - P. 1687-1692.
19. Buscarini E., Tansini P., Vallisa D. et al. EUS for suspected choledocholithiasis: Do benefits outweigh costs? A prospective, controlled study // Gastrointest. Endoscopy.– 2003. - Vol. 57.- №4. - P. 510-518.
20. Colovic R., Milosavljevic T., Zolovic S. The Mirizzi syndrome - from the first description until today // Acta. Chir. Iugosl. - 2001 - Vol.48, №1 - P. 65 -69.
21. Haritopoulos K., Labruzzo C., Tayar A. et al. Mirizzi Syndrome: a case Report and Review of the Literature // Int. Surg. – 2002. - Vol.87.- P. 65-68.
22. Kinoshita H., Nagashima J., Hashimoto M. et al. A case of benign bile duct stricture causing difficulty in differential diagnosis from bile duct carcinoma // J. Hepatobiliary Pancreat. Surgery.– 2004.–Vol. 11(1)-P. 64-68.
23. Kondratiuk O.P. Aspects of diagnosis and choice of surgical Strategies in patients with Mirizzis syndrome // Klin. Khir. 2001. - Vol. 10. - P. 19-21.
24. Materne R., Van Beers B.E., Gigot J.F. et al. Extrahepatic biliary obstruction: magnetic resonance imaging compared with endoscopic ultrasonography // Endoscopy.– 2000.- Vol.32. - P. 3-9.
25. Mussack T., Ladurner R., Rock C. et al. The value of magnetic resonance cholangiography for the expedient diagnosis of choledocholithiasis // Dtsch. Med. Wschr. – 2002.– Vol. 127.- P. 786-790.
26. Nadir Y., Ufiik K., Mustafa Y. et al. The incidence of Mirizzi syndrome in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography // Hepatobiliary Pancreat Dis. Int. – 2008.- Vol.7 - №5. - P. 520-524.
27. Palazzo L., O'Toole D. EUS in common bile duct stones // Gastrointest. Endosc. – 2002. - Vol.56.- №4 (suppl). - P. 49-57.
28. Van Hoe L. Imaging prior to laparoscopic cholecystectomy: transabdominal US, CT, and MRT // Acta Gastro-Enterologica Bulgica.– 2000.- Vol. XIII.-P. 293.
29. Waisberg J., Corona A., De Abreu I.W. et al. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management // Arq. Gastroenterol. – 2005. - Vol.42. - № 1. - P. 13-18.
30. Zhou P.H., Yao L.Q., Zhang Y.Q. et al. Endoscopic biliary drainage for biliary obstruction // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. – 2003.–Vol. 2. - № 4.- P. 598-601.

**Рецензент: д.м.н., профессор Белеков Ж.О.**