

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.362/.367-003.7-002-005.1-089

Д.А. Гранов, И.И. Дзидзава, С.Я. Ивануса

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЦЦИ, ОСЛОЖНЕННОГО АРРОЗИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. П.Н. Зубарев) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Ключевые слова: синдром Мирицци, аррозивное кровотечение.

Синдром Мирицци — одно из наиболее тяжелых и редких осложнений желчнокаменной болезни. Впервые данный симптомокомплекс был описан аргентинским хирургом P.L.Mirizzi в 1948 г., как локальный спазм общего печеночного протока в ответ на вклинение камня в шейку желчного пузыря [2, 4]. По данным литературы [1, 2, 4], синдром Мирицци диагностируется у 1,4–3,5% больных с различными формами желчнокаменной болезни.

Выделяют два основных типа синдрома Мирицци. Для I типа характерно сдавление или стенозирование общего желчного протока вследствие давления на гепатикохоledох крупного конкремента, фиксированного в шейке пузыря или кармане Гартмана. Для II типа — образование холецистохоledоheального свища с миграцией конкремента в просвет общего желчного протока [3, 4, 7]. В основе III и IV типов синдрома лежит степень разрушения стенки общего печеночного протока (дефект стенки протока составляет $\frac{2}{3}$ окружности и полное разрушение общего желчного протока соответственно) [1, 6, 8].

Мы столкнулись с редким осложнением синдрома Мирицци — аррозивным кровотечением из пузырной артерии, протекавшего под маской опухолевого поражения печени.

Больной П., 62 лет, поступил в клинику 09.12.2008 г. с диагнозом направления: опухоль V–VI сегментов печени, асцит. Из анамнеза — конкремент в желчном пузыре выявлен при плановой ультрасонографии в 2001 г. Впервые боли в правом подреберье и эпигастральной области, сопровождающиеся повышением температуры тела до 37,5–38 °С, стали беспокоить в октябре 2008 г. Однако за медицинской

помощью пациент не обращался, лечился самостоятельно, принимая антацидные и противовоспалительные препараты. 22 ноября этого же года после погрешности в диете почувствовал резкую боль в правом подреберье, тошноту, на следующий день отметил желтушную окраску кожного покрова и иктеричность склер. Бригадой скорой помощи с диагнозом «желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит, механическая желтуха» доставлен в городской стационар, где после выполнения ультразвукового исследования и спиральной компьютерной томографии установлен диагноз: опухоль печени, асцит. Сопутствующий диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Для дальнейшего лечения пациент переведен в клинику кафедры общей хирургии ВМедА им. С.М.Кирова.

При осмотре: общее состояние больного удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые оболочки желтушные. Пульс 76 уд/мин. АД 125/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на уровне реберной дуги. Край печени тупой, несколько болезненный. Селезенка не пальпируется. В анализе крови: эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, л. $7,8 \times 10^9/л$, п. 3%, с. 69%, лимф. 20%, мон. 8%, эоз. 0%, баз. 0%. Биохимический анализ крови: общий билирубин 61 мкмоль/л, прямой билирубин 39 мкмоль/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, АСТ 30 ЕД/л, АЛТ 44 ЕД/л, ЩФ — 212 ЕД/л, креатинин 65 мкмоль/л, мочевины 4,8 ммоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л. Коагулограмма: протромбиновый индекс 85%, фибриноген 3,8 г/л. Маркёры опухолевого процесса: РЭА 1,92 нг/мл, СА 19–9 12,27 ЕД/л. Ультрасонография органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, косовертикальный размер правой доли 17 см, эхоструктура мелкозернистая, по эхоплотности близка к паренхиме правой почки; в правой доле печени в проекции V–VI сегментов визуализируется очаговое образование неоднородной эхоструктуры с участками гипо- и анэхогенной плотности размерами 7×5 см. В проекции IV сегмента печени в области ложа желчного пузыря ткань печени неравномерно уплотнена; внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены; желчный пузырь деформирован, сморщен, стенки его уплотнены, утолщены до 12 мм, не рас-



Рис. 1. Компьютерная томограмма больного П., 62 года.
а — подкапсульное жидкостное образование печени (стрелки);
б — желчный пузырь с конкрементом (стрелки); в — очаговое образование ворот печени (стрелки).

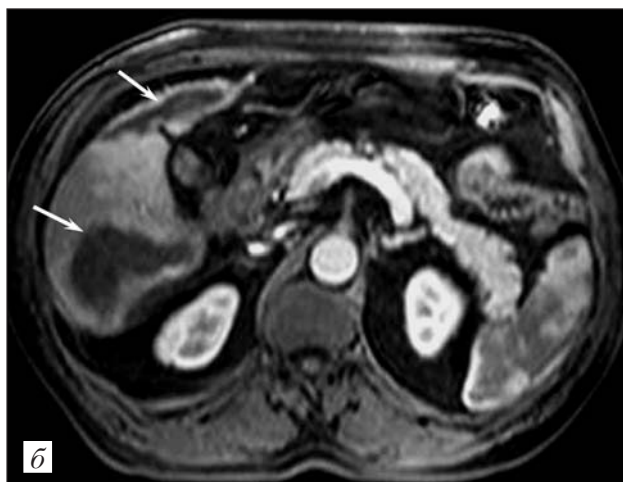
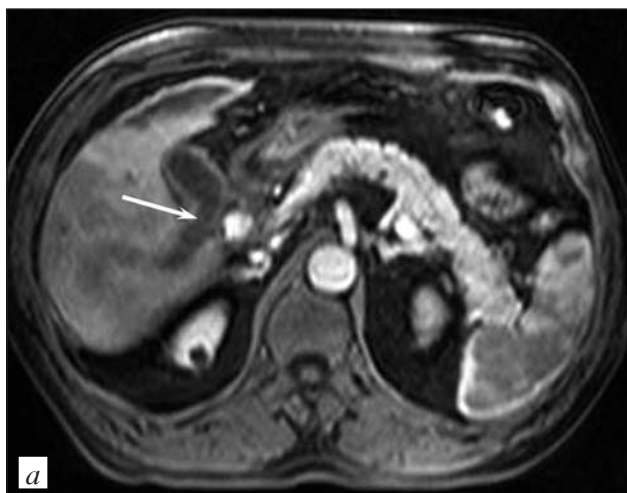
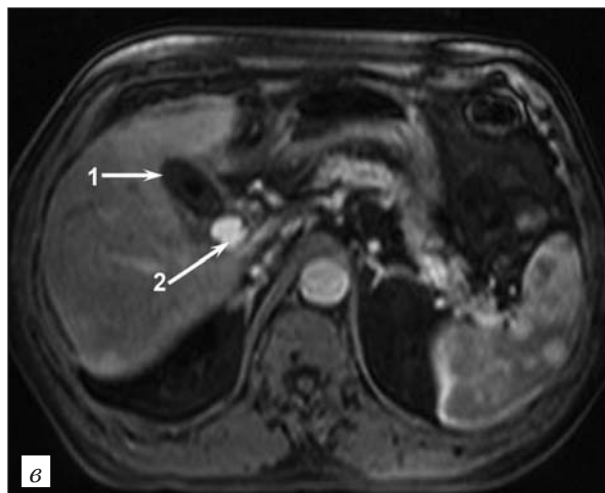


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма того же больного.
а — перфорация стенки желчного пузыря (стрелка); б — жидкостные образования печени (стрелки); в — конкремент желчного пузыря (1), очаговое образование ворот печени (2).



подпеченочном пространстве определяется небольшое количество свободной жидкости; поджелудочная железа умеренно диффузно уплотнена, обычных размеров; селезенка, почки не изменены; в правом плевральном синусе свободная жидкость. *Многофазная спиральная компьютерная томография* с внутривенным контрастированием: в правой плевральной полости определяется свободная жидкость; печень увеличена в размерах, краниокаудальный размер ее составляет 16,6 см, структура паренхимы неоднородная, за счет наличия жидкостного подкапсульного образования неправильной формы, с четким контуром, не накапливающее контраст и тесно связанное с ложем желчного пузыря (рис. 1, а); подпеченочно визуализируется свободная жидкость; желчный пузырь уменьшен в размерах, стенка его неравномерно утолщена, в просвете пузыря визуализируется слоистый конкремент с гиподенсным центром, в шейке пузыря небольшое количество жидкости (см. рис. 1, б), внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены; в области ворот печени, рядом с шейкой желчного пузыря, визуализируется изоденсное образование, в артериальную фазу интенсивно накапливающее контрастное вещество и медленно выводящее его, размером 1,7×1,9 см, вероятнее всего псевдоаневризма (см. рис. 1, в). Заключение: КТ-картина хронического калькулезного холецистита, жидкостное образование печени, связанное с ложем желчного пузыря. Объемное образование в области ворот печени. *Магнитно-резонансная томография*: печень несколько увеличена, высота ее правой доли составляет 18 см; структура органа неоднородная за счет жидкостного образования неправильной формы с достаточно четкими контурами, располагающегося подкапсульно вдоль передней и задней поверхности печени, а также подпеченочно кпереди от поперечной ободочной кишки; отчетливо выявляется связь данного образования с желчным пузырем, стенка которого имеет дефект (рис. 2, а, б); сам желчный пузырь расположен обычно, стенки его неравномерно утолщены, в просвете визуализируется округлый дефект наполнения, имеющий слоистую структуру и преимущественно гипоинтенсивный МР-сигнал — конкремент (?), в воротах печени в области шейки желчного пузыря визуализируется округлое образо-

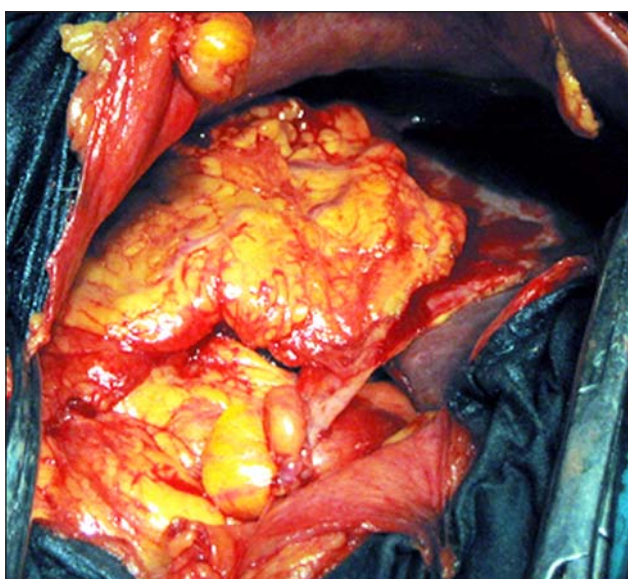


Рис. 3. Интраоперационная фотография. Инфильтрат в правой подреберной области.

вание с достаточно четкими стенками диаметром до 2 см (см. рис. 2, в). При динамическом контрастном усилении после внутривенного введения парамагнитного вещества отмечается раннее однородное и интенсивное накопление его данным образованием уже в артериальную фазу сканирования, после чего начинается постепенное медленное вымывание контраста — псевдоаневризма (?), гиперваскулярное образование (?), внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены; общий желчный проток диаметром 4 мм, дефектов наполнения в нем не определяется. Заключение: МР-картина хронического калькулезного холецистита с признаками перфорации стенки желчного пузыря и формированием холангиогенного абсцесса печени, образование ворот печени (псевдоаневризма?; гиперваскулярное образование?).

В результате обследования был установлен диагноз: желчнокаменная болезнь, хроническая эмпиема желчного пузыря, синдром Мирицци I типа, механическая желтуха, пролежень и перфорация пузырной стенки в области кармана Гартмана, холангиогенные внутрипеченочные и подпеченочные абсцессы, реактивный правосторонний плеврит.

12 декабря 2008 г. пациенту выполнено срочное оперативное вмешательство. Доступ — верхнесрединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости: в правой подреберной области в воротах печени определяется инфильтрат, в который вовлечены пряди большого сальника, печеночный изгиб поперечной ободочной кишки, двенадцатиперстная кишка, гепатодуоденальная связка, желчный пузырь, правая доля печени (рис. 3).

Для дальнейшего выполнения оперативного приема принято решение расширить доступ косым разрезом кожи с пересечением мышц передней брюшной стенки вправо. При разделении спаек прядей большого сальника с диафрагмальной поверхностью и передним краем печени вскрыты полости, содержащие свертки крови и лизированную кровь — поддиафрагмальная и подпеченочная гематомы (рис. 4, а, б).

Лизированная кровь и свертки удалены. Прядь сальника отечна, утолщена, имbibирована кровью, плотно-эластической консистенции — оментит. Выполнена резекция измененной части сальника. При попытке выделить желчный пузырь выявлено, что стенки последнего расплавлены и отсутствуют, сохранена задняя стенка в области кармана Гартмана, где обнаружен свободно лежащий конкремент размером 7,3×3,5 см (см. рис. 4, в; 5).

При извлечении последнего выявлен источник аррозионного кровотечения — культя *arteria cystica*, ушита, гемостаз устойчивый. Для визуализации пузырного протока, после иссечения оставшейся части желчного пузыря, с техническими сложностями выполнена препаровка элементов печеночно-двенадцатиперстной связки. При этом выявлена особенность артериальной архитектоники печени: ствол правой печеночной артерии после раннего деления собственно печеночной артерии располагается впереди гепатикохоледоха. Пузырная артерия исходит из левой печеночной артерии. Выделена культя пузырного протока. Для ее верификации и уточнения состояния желчевыводящей системы печени, исключения холелитиаза выполнена интраоперационная холангиография. Контрастное вещество равномерно заполняет желчное дерево, расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков нет, конкрементов нет, контраст свободно поступает в просвет двенадцатиперстной кишки. Внепротокового затека контрастного вещества нет. Для декомпрессии желчного дерева выполнено дренирование общего желчного протока по Холстеду. Санация и дренирование правого поддиафрагмального и подпеченочного пространств однопросветными полихлорвиниловыми трубками. Послойное

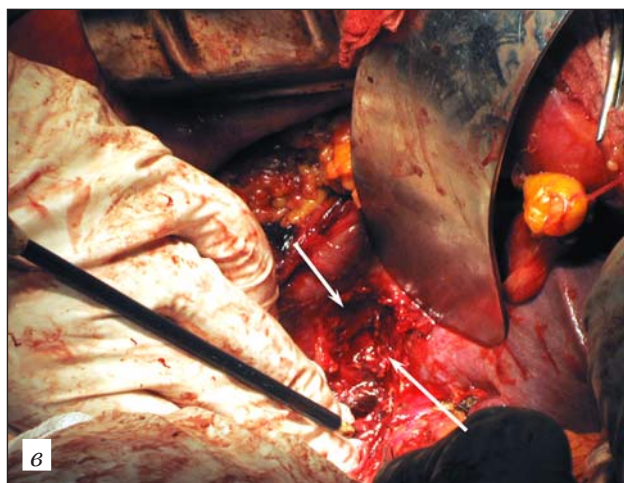
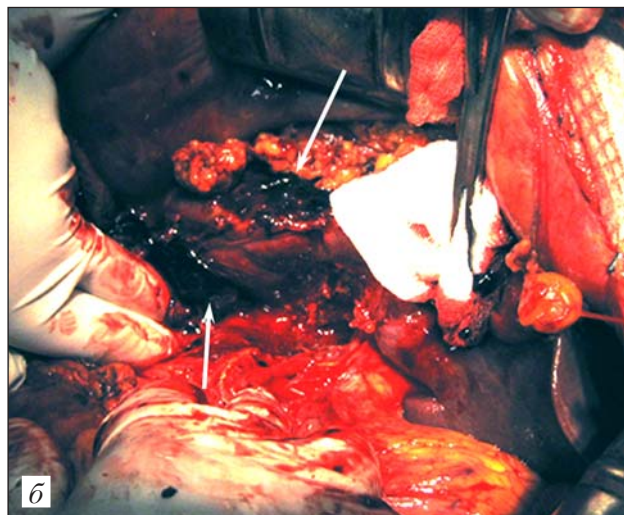
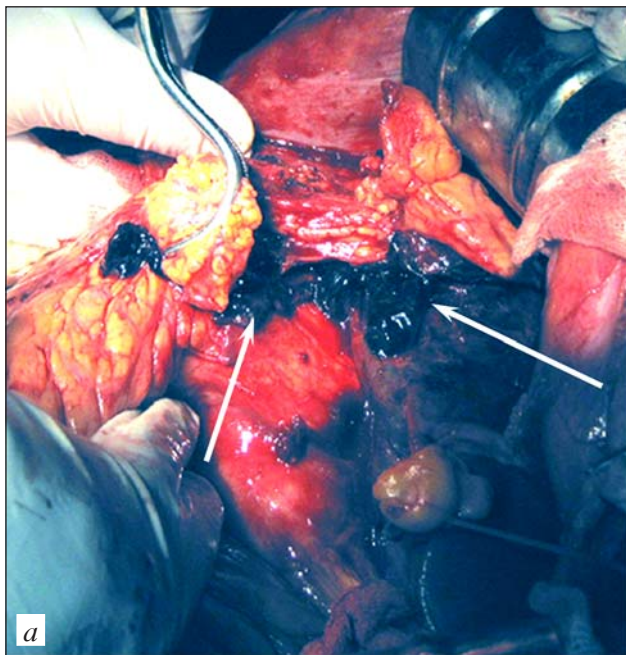


Рис. 4. Интраоперационная фотография.

а, б — подпеченочная гематома (стрелки); в — ложе желчного пузыря (стрелки).

ушивание раны наглухо. Послеоперационный диагноз: желчнокаменная болезнь, хроническая эмпиема желчного пузыря, синдром Мирицци I типа, механическая желтуха, пролежень и перфорация пузырной стенки в области кармана Гартмана, аррозионное кровотечение из пузырной артерии, гематомы подпеченочного и правого поддиафрагмального пространств, оментит, реактивный правосторонний плеврит.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. На 12-е сутки пациент выписан под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. Осмотрен через 3 и 10 мес.

Приведенное наблюдение представляет несомненный интерес в связи с редкостью самого синдрома Мирицци и такого его осложнения, как аррозионное кровотечение из пузырной артерии с образованием подпеченочной и поддиафрагмальной гематом и трудностями дооперационной диагностики.

Диагностика данного синдрома сопряжена со значительными трудностями и требует последовательного применения комплекса современных малоинвазивных технологий [1, 4, 5]. В литературе имеются существенные разногласия в отношении эффективности различных методов обследования для выявления синдрома Мирицци. Между тем

дооперационная диагностика данной патологии крайне важна, так как позволяет выбрать наименее травматичное оперативное вмешательство и избежать тяжелых интраоперационных осложнений.

Основным клиническим проявлением синдрома Мирицци является развитие на фоне острого или хронического калькулезного холецистита механической желтухи. Последняя может



Рис. 5. Конкремент, извлеченный из ложа желчного пузыря.

быть постоянной или носить волнообразный характер. С образованием пузырно-холедохоального свища возможно присоединение клинических признаков холангита [2]. Сонографическими признаками, позволяющими предположить наличие синдрома Мирицци, считаются тесное прилегание гартмановского кармана с расположенным в нем крупным конкрементом к правому либо общему печеночным протокам, наличие расширения внутрипеченочных и проксимальных отделов внепеченочных желчных протоков при узком общем желчном протоке, невозможность визуализации стенки желчного пузыря в месте прилегания к гепатикохоледоху, деформация стенки гепатикохоледоха в месте прилегания желчного пузыря, сморщенный желчный пузырь. Однако в целом чувствительность ультрасонографии по различным данным колеблется от 8 до 47% [1, 8]. Большей разрешающей способностью обладают методы прямого контрастирования желчевыведительной системы. Так, информативность эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии составляет 58–68%. Сходной чувствительностью и специфичностью обладает магнитно-резонансная холангиопанкреатография. Основными рентгенологическими симптомами являются расширение желчных протоков выше места сужения, симптом «обрыва», сдавление извне и отклонение деформированной части протока, наличие конкрементов вблизи от зоны сужения, контрастирование желчного пузыря через патологическое соустье с гепатикохоледохом, отсутствие контрастирования пузырного протока, деформация желчного пузыря [4]. Тем не менее, по данным литературы [2, 8], поставить правильный диагноз до операции удается лишь в 12–25% наблюдений.

В нашем наблюдении ошибочный предварительный диагноз — опухоль печени, по всей

вероятности, был связан с данными, полученными при первичном ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии, когда имеющиеся геморрагическое пропитывание окружающих тканей и свежие гематомы симулировали опухольную инфильтрацию. В дальнейшем лизис излившейся крови с образованием отграниченных жидкостных полостей, а также указание на острое начало, лихорадку и болевой синдром в анамнезе способствовали установке диагноза эмпиемы желчного пузыря и холангиогенных абсцессов. Окончательный диагноз фактически был установлен интраоперационно. Избранная хирургическая тактика способствовала выздоровлению больного.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирицци: особенности диагностики и лечения // *Анн. хир. гепатол.*—2006.—№ 3.—С. 7–10.
2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей.—М.: Издательский дом Видар-М, 2006.—586 с.
3. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь.—М.: Издательский дом Видар-М, 2000.—144 с.
4. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мирицци // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С.Савельева.—М.: Триада-Х, 2004.—С. 413–422.
5. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирицци. Диагностика и лечение.—М.: Медицина, 2003.—112 с.
6. Csendes A., Diaz J.C., Burdiles P. et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification // *Brit. J. Surg.*—1989.—Vol. 76.—P. 1139–1143.
7. McSherry C.K., Ferstenberg H., Vershup M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy // *Surg. Gastroenterol.*—1982.—Vol. 1.—P. 219–225.
8. Nagakawa T., Ohta T., Kayahara M. et al. A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints // *Hepatogastroenterology.*—1997.—Vol. 44, № 13.—P. 63–67.

Поступила в редакцию 23.12.2009 г.