

СИНДРОМ МИРИЗЗИ-I (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ю. Винник¹, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Серова^{1,2}, кандидат медицинских наук,
Д. Стратович²,
И. Прусов³

¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

²Красноярская межрайонная клиническая больница №4

³Краевая клиническая больница, Красноярск

E-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

Синдром Мириззи (СМ) – редкое, тяжелое осложнение желчнокаменной болезни, первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, завершающееся либо формированием стриктуры, либо образованием холецисто-билиарного свища. Для предварительной диагностики СМ необходимо помнить его основные и дополнительные критерии (клинические, инструментальные, в том числе ультрасонографические, и лабораторные). Диагностика СМ на дооперационном этапе – весьма трудная задача для врачей-хирургов и врачей ультразвуковой диагностики; ее решение позволяет выбрать адекватную лечебно-диагностическую тактику и избежать осложнений во время операций по поводу осложненного калькулезного холецистита.

Ключевые слова: хирургия, желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит, синдром Мириззи, механическая желтуха, ультрасонографическая диагностика, лечебно-диагностическая тактика.

Синдром Мириззи (СМ) – редкое и тяжелое осложнение холелитиаза, первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, завершающееся формированием стриктуры или образованием холецисто-билиарного свища [1, 3, 4].

Предложено несколько классификаций СМ. Одна из первых классификаций, предложенная М. Corlette и Н. Bismuth (1975), основывалась на выделении 2 видов билио-билиарных свищей в зависимости от их локализации: 1) холецисто-холедохеальный свищ, занимающий $< \frac{1}{3}$ окружности общего печеночного протока; 2) свищ, занимающий $\frac{2}{3}$ окружности общего печеночного протока; 3) свищ, занимающий всю окружность общего печеночного протока (стенка протока полностью разрушена) [2, 7].

Наиболее распространены классификации С. McSherry и соавт., А. Csendes и соавт. и Т. Nagakawa и соавт. С. McSherry (1982), основываясь на данных эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), предложил выделить 2 типа СМ [2, 8]: 1-й – компрессия общего печеночного протока камнем шейки желчного пузыря (ЖП) или пузырьного протока; 2-й – пузырьно-холедохеальный свищ.

Есть классификации, предложенные В.С. Савельевым и В.И. Ревякиным, Г.Г. Ахаладзе и соавт., но в настоящее время все классификации СМ сводятся к классификации McSherry, т.е. к выделению типа-стриктуры и типа-свища, дополненной разными вариантами течения заболевания [2, 4, 6].

Проблема диагностики и оперативного лечения СМ остается актуальной. Диагностировать СМ до операции весьма сложно; решение этой задачи позволяет выбрать адекватную лечебно-диагностическую тактику и избежать осложнений во время операций по поводу калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, с наличием или отсутствием холедохолитиаза, а также стриктур желчевыводящих протоков.

Под нашим наблюдением находилась больная 29 лет с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), острым калькулезным холециститом и СМ-I.

Больная С., 29 лет, была доставлена 28.10.15 в приемно-диагностическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы №4 бригадой скорой медицинской помощи с болями в эпигастральной области, правом и левом подреберьях, тошнотой, кожным зудом и иктеричностью склер через 7 дней от начала заболевания, проявившегося без видимой причины. Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом ЖКБ, холедохолитиаза (?), механической желтухи без сопутствующей соматической патологии. Длительность анамнеза ЖКБ – 3 года.

При физикальном осмотре: состояние средней тяжести. В сознании, адекватна. Положение активное. Телосложение нормостеническое, умеренного питания (индекс массы тела – 24,22 кг/м²). Кожный покров субиктеричный, чистый, умеренно влажный. Склеры иктеричные. Видимые слизистые оболочки обычной влажности, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 82 в минуту. АД – 120/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный, умеренно напряженный в эпигастральной области, правом и левом подреберьях. Симптом Щеткина–Блюмберга – отрицательный во всех отделах. Симптомы Кера, Мерфи, Грекова–Ортнера, Керте – положительные. Перкуторно печеночная тупость сохранена, печень – на уровне реберной дуги. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости не определяется. Симптом XII ребра – отрицательный с обеих сторон. Перистальтика сохранена. Стул был утром, кашицеобразный, желтого цвета. Газы отходят. Дизурии нет.

Ультрасонография брюшной полости

Печень: косой вертикальный размер (КВР) – 140 мм (норма – 120–150 мм), краниокаудальный размер (ККР) – 100 мм (норма – 80–100 мм).

Толщина правой доли – 118 мм (норма – 120–125 мм), левой доли – 54 мм (норма – 40–60 мм); контур ровный, четкий; структура однородная, средней эхогенности; край острый;

внутрипеченочные желчные протоки не расширены – 4–6 мм (норма – 4–6 мм).

Общий желчный проток: в проксимальной части – 19 мм, затем конусовидно сужается: в средней трети – 15 мм, в терминальном отделе – 8 мм (норма – 5–8 мм, после холецистэктомии – не более 10 мм)

В просвете общего желчного протока дополнительные образования не визуализируются (рис. 1).

Печеночные вены: 6–8 мм (норма – 6–10 мм), кровоток трехфазный; воротная вена – 10 мм (норма – 9–13 мм), ход не изменен.

Кровоток монофазный.

Нижняя полая вена: 15 мм (норма – до 28,9 мм). Коллабирование в норме.

Брюшной отдел аорты: 14 мм (норма – 10–23 мм). Прослеживается не полностью. Стенки не изменены.

ЖП: 8,9×3,5 см (норма – 6–10×2–3 см), толщина стенки: 4–5 мм (норма – 2–3 мм), расположен типично, форма – грушевидная.

В просвете ЖП – дополнительные образования: визуализируются несколько округлых гиперэхогенных образований от 1,0 до 2,5 см. Желчь в просвете ЖП определяется. Конкремент 2,5 см расположен в шейке ЖП, по эхо-признакам – со сдавлением проксимальной части общего желчного протока и с дугообразной деформацией последнего (рис. 2).

Поджелудочная железа: головка – 28 мм (норма – 11–30 мм), тело – 17 мм (норма – 4–21 мм), хвост – 25 мм (норма – 7–28 мм); контур ровный, четкий; структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности.

Вирсунгов проток не визуализируется (норма – 2–3).

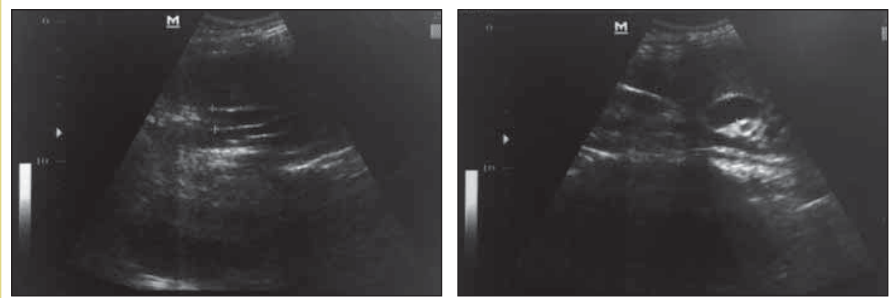


Рис. 1. Ультрасонограмма расширенного общего желчного протока с его дугообразной деформацией и конусовидным сужением в терминальном отделе при отсутствии конкрементов

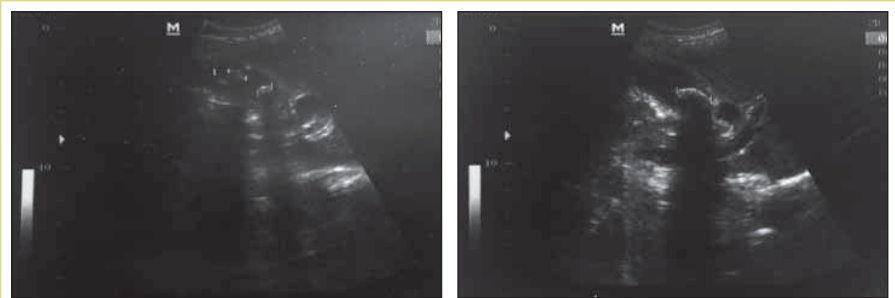


Рис. 2. Ультрасонограмма ЖП с конкрементами и признаками сдавления общего желчного протока конкрементом, расположенным в кармане Гартмана

Селезенка — 12,0×4,4×4,8 см (норма — 7–11×3–4 см); контур ровный, четкий; структура однородная; селезеночная вена — 6 мм (норма — 5–8 мм); свободная жидкость не визуализируется, лимфатические узлы не визуализируются.

Заключение: множественные конкременты, увеличение поперечного размера, утолщение стенки ЖП; билиарная гипертензия. Конкременты в просвете общего желчного протока не визуализируются; вероятнее всего стриктура терминального отдела общего желчного протока. Подозрение на СМ-1. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: диффузный поверхностный гастрит.

В анализах при поступлении: общий билирубин — 92,0 мкмоль/л, прямой билирубин — 88,9 мкмоль/л, непрямой билирубин — 3,1 мкмоль/л, амилаза — 72,0 ЕД/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 336,2 ЕД/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) — 219,2 ЕД/л, фибриноген — 8,84 г/л, фибриноген по Клаусу — 8,63 г/л, активированное частичное тромбиновое время — 37,5 с, растворимые фибрин-мономерные комплексы (качественно) положительные, протромбиновое время — 15,4 с, протромбиновый тест по Квику — 61,0%, амилаза мочи — 1766,0 ЕД/л. Другие показатели биохимического и развернутого анализе крови без патологических изменений. Маркеры к вирусным гепатитам А, В, С отрицательные.

01.11.15 выполнена ЭРХПГ: канюляция общего желчного протока не удалась.

После ЭРХПГ отмечены повышение уровня амилазы крови до 446,0 ЕД/л, амилазы мочи — до 2819,0 ЕД/л, общего билирубина — до 97,7 мкмоль/л, прямого билирубина — до 89,9 мкмоль/л, непрямое билирубина — до 7,8 мкмоль/л, АЛТ — до 1114,8 ЕД/л, АСТ — до 576,6 ЕД/л.

Магнитно-резонансная томо-

графия (МРТ) с холангиографией: внутривеночные желчные протоки неравномерно расширены (правый и левый — до 0,5–0,6 см). ЖП неправильной овальной формы (8,2×3,3 см) с наличием перегиба в пришеечной области. В просвете ЖП определяются разнокалиберные конкременты (4 четко визуализируются), диаметром от 0,5 до 1,8 см. Стенка ЖП неравномерно утолщена до 0,4 см. Общий желчный проток расширен до 1,3 см, конусовидно сужается в дистальном (интрапанкреатическом) отделе; там же определяется единичный мелкий дефект наполнения, имеющий гипоинтенсивный сигнал по T2 на фоне гиперинтенсивной желчи, диаметром до 0,2 см (вероятно, конкремент). Поджелудочная железа обычных размеров (2,5×1,8×2,1 см), имеет несколько неоднородную структуру. Вирсунгов проток не расширен (0,2 см). Заключение: МР-картина конкрементов в просвете ЖП, признаки холедохолитиаза с явлениями билиарной гипертензии; несколько неоднородная структура поджелудочной железы (по типу начальных проявлений хронического панкреатита).

Больная получала инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, секретолитическую, гепатопротективную, симптоматическую терапию. Была предложена операция — лапаротомия, холецистэктомия, ревизия общего желчного протока, от которой больная отказалась.

08.11.15 повторно выполнена ЭРХПГ. При дуоденоскопии — большой дуоденальный сосок выступающей формы, устье смыкается. Пассаж желчи сохранен. Вирсунгов проток — до 0,2 см. Контрастированы общий желчный проток (1,5 см), общий печеночный проток (1,5 см), правый (1,0 см), левый (0,8 см), долевы и сегментарные протоки (0,4–0,6 см). Визуализировано сужение терминального отдела общего желчного протока с замедленным опорожнением контрастного вещества. Конкременты не определяются. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, длина разреза — до 1,5 см. Заключение: стриктура терминального отдела общего желчного протока (рис. 3).

Ультрасонография брюшной полости 10.11.15

Печень: КВР — 140 мм (норма — 120–150 мм), ККР — 98 мм (норма — 80–100 мм).

Толщина правой доли — 116 мм (норма — 120–125 мм), левой — 55 мм (норма — 40–60 мм); контур ровный, четкий; структура однородная, средней эхогенности; край острый; внутривеночные желчные протоки не расширены — 4–6 мм (норма — 4–6 мм).

Общий желчный проток: в проксимальной части — 12 мм, затем конусовидно сужается: в средней трети — 11–10 мм, в терминальном отделе — 5 мм (норма — 5–8 мм, после холецистэктомии — не более 10 мм).

В просвете общего желчного протока дополнительные образования не визуализируются (рис. 4).

Печеночные вены — 6–8 мм (норма — 6–10 мм). Кровоток трехфазный; воротная вена — 10 мм (норма — 9–13 мм). Ход не изменен; кровоток монофазный; нижняя полая вена — 15 мм (норма —



Рис. 3. Результат ЭРХПГ, отражающий отсутствие конкрементов в желчных протоках

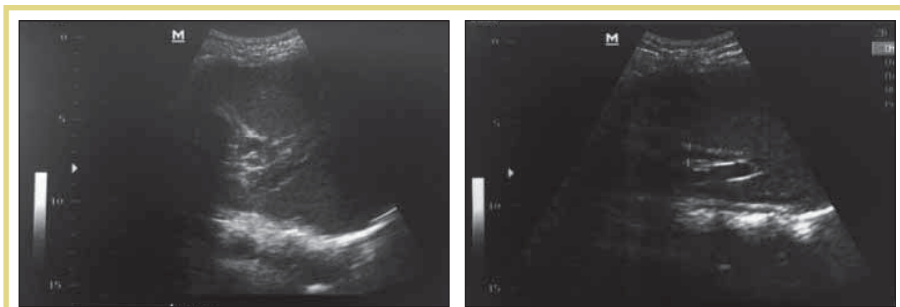


Рис. 4. Ультрасонограмма общего желчного протока пограничного диаметра при отсутствии конкрементов

до 28,9 мм). Коллабирование в норме; брюшной отдел аорты — 14 мм (норма — 10–23 мм); прослеживается не полностью. Стенки не изменены.

ЖП: 7,6×2,8 см (норма — 6–10×2–3 см); толщина стенки — 4 мм (норма — 2–3 мм); расположен типично; форма грушевидная.

В просвете ЖП — дополнительные образования: визуализируется несколько округлых гиперэхогенных образований от 1,0 до 2,5 см. Желчь в просвете ЖП определяется. Конкремент 2,5 см расположен в шейке ЖП, по эхо-признакам — со сдавлением проксимальной части общего желчного протока и с дугообразной деформацией последнего.

Поджелудочная железа: головка — 27 мм (норма — 11–30 мм), тело — 18 мм (норма — 4–21 мм), хвост — 29 мм (норма — 7–28 мм); контур ровный, четкий; структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности; вирсунгов проток не визуализируется (норма — 2–3).

Селезенка: 12,0×4,4×4,7 см (норма — 7–11×3–4 см); контур ровный, четкий; структура однородная; селезеночная вена — 6 мм (норма — 5–8 мм); свободная жидкость не визуализируется; лимфатические узлы не визуализируются.

Заключение: множественные конкременты; утолщение стенки ЖП; билиарная гипертензия с положительной динамикой — уменьшение диаметра общего желчного протока; подозрение на СМ-I; диффузные изменения поджелудочной железы.

Необходимо отметить, что в литературе встречаются основные и дополнительные критерии предварительной диагностики СМ [5]. К основным относятся жалобы — проявления болезни в сроки >3 лет, боли продолжаются >1 ч или являются частыми, локализация болей — в верхней части или по всему животу; общее исследование — болезненность в верхней и правой части живота, желтуха; ультразвукографические признаки — утолщение стенки и двойной контур стенки ЖП, клиновидный камень в шейке ЖП, воспалительный инфильтрат в области шейки ЖП и невозможность определения (хорошей визуализации) его шейки. Дополнительные критерии: жалобы — отрыжка кислым, зуд кожи; пальпация — болезненность в правом подреберье; положительные симптомы Курвуазье и Боаса–Свирского; лабораторные исследования: АЛТ>130,0 ЕД/л, АСТ>116,0 ЕД/л, СОЭ>17 мм/ч, гипербилирубинемия разной степени выраженности (в зависимости от типа СМ), повышение уровня щелочной фосфатазы.

У данной больной наблюдались все основные и 7 из 10 дополнительных критериев предварительного диагноза СМ.

На фоне консервативного лечения отмечалась положительная динамика — болевой синдром и диспепсия купированы, температура тела нормальная, функция желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) восстановлена. Лабораторные показатели были нормализованы, исключение — умеренное повышение уровня трансаминаз. Больная выписана в удовлетворительном состоянии со стандартными рекомендациями и рекомен-

дацией оперативного лечения (холецистэктомия) в плановом порядке.

Через 1 нед после выписки после погрешности в диете повторно госпитализирована в хирургическое отделение в экстренном порядке с болевым синдромом и диспепсией.

В анализах при поступлении: л. — 11,22•10⁹/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (п. — 8%), общий билирубин — 30,0 мкмоль/л, прямой билирубин — 28,4 мкмоль/л, непрямого билирубин — 1,6 мкмоль/л, амилаза — 255,0 ЕД/л, АЛТ — 425,6 ЕД/л, АСТ — 273,3 ЕД/л, С-реактивный белок — 178,73 мг/л, амилаза мочи — 4455,0 ЕД/л.

Проводилась дифференциальная диагностика с панкреонекрозом. Аргументов в пользу панкреонекроза не выявлено.

Ультрасонография брюшной полости

Печень: КВР — 168 мм (норма — 120–150 мм), ККР — 117 мм (норма — 80–100 мм).

Толщина правой доли — 136 мм (норма — 120–125 мм), левой — 67 мм (норма — 40–60 мм).

Контур ровный, четкий.

Структура однородная, средней эхогенности.

Край острый.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены — 4–6 мм (норма — 4–6 мм).

Общий желчный проток: в проксимальной части — 11 мм, затем конусовидно сужается: в средней трети — 10 мм, в терминальном отделе — 5 мм (норма — 5–8 мм, после холецистэктомии — не более 10 мм).

В просвете общего желчного протока дополнительные образования не визуализируются.

Печеночные вены: 6–8 мм (норма — 6–10 мм); кровотоки трехфазный.

Воротная вена — 12 мм (норма 9–13 мм); ход не изменен; кровотоки монофазный.

Нижняя полая вена — 16 мм (норма — до 28,9 мм), коллабирование в норме.

Брюшной отдел аорты — 14 мм (норма — 10–23 мм), прослеживается не полностью, стенки не изменены.

ЖП: 8,7×4,1 см (норма — 6–10×2–3 см); толщина стенки — 10–11 мм (норма — 2–3 мм), слоистая, с двойным контуром; расположен типично; форма грушевидная.

В просвете ЖП — дополнительные образования: визуализируется несколько округлых гиперэхогенных

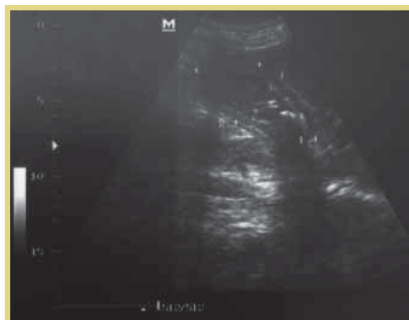


Рис. 5. Ультрасонограмма ЖП с конкрементами и деструкцией стенки



Рис. 6. Ультрасонограмма поджелудочной железы нормальных размеров с диффузными изменениями ее структуры

образований от 1,0 до 2,5 см. Желчь в просвете ЖП определяется. Конкремент 2,5 см расположен в шейке ЖП, по эхо-признакам — со сдавлением проксимальной части общего желчного протока и с дугообразной деформацией последнего (рис. 5).

Поджелудочная железа (рис. 6): головка — 24 мм (норма — 11–30 мм), тело — 10 мм (норма — 4–21 мм), хвост — 24 мм (норма — 7–28 мм); контур ровный, четкий; структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности; вирсунгов проток не визуализируется (норма — 2–3).

Селезенка: 13,7×5,3×5,8 см (норма — 7–11×3–4 см); контур ровный, четкий; структура однородная; селезеночная вена — 8 мм (норма — 5–8 мм); свободная жидкость не визуализируется; лимфатические узлы не визуализируются.

Заключение: гепатоспленомегалия; эхо-признаки острого обтурационного калькулезного холецистита (вколоченный конкремент в шейке ЖП) с признаками деструкции стенки; пограничный диаметр общего желчного протока; подозрение на СМ-I; диффузные изменения поджелудочной железы; пограничный диаметр селезеночной вены.

МРТ с холангиографией: печень несколько увеличена. Воротная вена — 1,3 см. ЖП неправильной формы (9,4×4,0 см) с наличием в его просвете дефектов наполнения (конкременты) размерами до 1,8×2,3 см. Пузырный проток четко не дифференцируется. Стенка ЖП неравномерно значительно утолщена до 1,1 см, интенсивность сигнала от стенки неоднородная, отмечают также признаки отека паравезикальной клетчатки. Общий желчный проток минимально расширен до 0,8 см, без видимых дефектов наполнения. Поджелудочная железа имеет несколько диффузно неоднородную структуру за счет усиления стромального компонента. Вирсунгов проток не расширен (0,2 см). Селезенка умеренно увеличена (14,0×5,6 см). Селезеночная вена расширена до 1,0 см.

Заключение: МР-картина выраженного обострения хронического калькулезного холецистита; минимально выраженная холедохостазия; гепатоспленомегалия; признаки портальной гипертензии; умеренные диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита.

20.11.16 в экстренном порядке по жизненным показаниям под тотальной внутривенной анестезией с автоматической искусственной вентиляцией легких выполнена лапароскопия. При ревизии брюшной полости в правом подреберье обнаружено до 100 мл серозно-фибринозного выпота — взят на посев, осушен. Печень умеренно увеличена. ЖП с электрокоагуляцией выделен из сращений. ЖП — 9,0×4,7 см, увеличен, напряжен, заполнен конкрементами, в шейке определяется вколоченный конкремент, стенка утолщена, отечная, гиперемирована, инъецирована сосудами. ЖП пунктирован, получено 50 мл гноя — взят на посев. ЖП расположен типично, с «низким» расположением кармана Гартмана, содержащим вколоченный конкремент — на холедохе. Визуализирована печеночно-двенадцатиперстная связка — в выраженном инфильтрате, с серозным пропитыванием. Пузырный проток не расширен, лигирован, пересечен. Пузырная артерия магистрального типа — лигирована, отсечена. Об-

наружены 2 дополнительных сосуда ближе к ложу ЖП — отсечены после клипирования. Общий желчный проток визуализирован, пограничного диаметра 10 мм. ЖП отделен от ложа с выраженным инфильтратом, кровотечение обильное. Гемостаз. Санация, дренирование брюшной полости. Диагноз после операции: ЖКБ; острый обтурационный флегмонозный калькулезный холецистит; эмпиема ЖП; перивезикальный инфильтрат; местный серозно-фибринозный перитонит; СМ-I; острый билиарно-зависимый панкреатит средней степени тяжести.

В послеоперационном периоде больная получала стандартную консервативную терапию, профилактику тромбозомболических осложнений.

Течение послеоперационного периода гладкое. На 4-е сутки отделяемого по дренажам нет, удалены. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 7-е сутки. Температура тела нормализовалась с 3-х суток послеоперационного периода. Функция ЖКТ восстановлена. Лабораторные показатели полностью нормализовались. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, терапевта-гастроэнтеролога амбулаторно.

Таким образом, представленный клинический случай и анализ литературы позволили сделать следующие выводы:

- при обследовании и лечении urgentных хирургических больных с острыми заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны необходимо помнить о возможных редких состояниях и с целью их ранней диагностики применять полный комплекс доступных диагностических мероприятий;
- для предварительной диагностики СМ необходимо помнить основные и дополнительные критерии (клинические, инструментальные и лабораторные);
- при ультрасонографии брюшной полости у больных с ЖКБ необходимо обращать большее внимание на сочетание нескольких признаков, по которым можно заподозрить наличие СМ: наличие холедохолитиаза в сочетании со «сморщенным» ЖП и расширением желчных протоков в правой доле печени; наличие «вклиненного» камня в шейке ЖП в сочетании с расширением гепатикохоледоха, желчных протоков, преимущественно в правой доле печени; расположение крупного конкремента в кармане Гартмана с его интимным прилеганием к гепатикохоледоху в сочетании с расширением внутрипеченочных желчных протоков преимущественно в правой доле печени; утолщение стенки и двойной контур стенки ЖП; клиновидный камень в шейке ЖП; воспалительный инфильтрат в области шейки ЖП и невозможность ее определения (хорошей визуализации);
- в случае подозрения на СМ при выполнении ультрасонографии целесообразна ЭРХПГ.

Диагностика СМ на дооперационном этапе — весьма сложная задача для врачей-хирургов и врачей ультразвуковой диагностики; ее решение позволяет выбрать адекватную лечебно-диагностическую тактику и избежать осложнений во время операций по поводу калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, с наличием или отсутствием холедохолитиаза, а также стриктур желчевыводящих протоков.

Литература

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Самратов Т.У. Синдром Мириizzi – диагностика и хирургическое лечение. Сборник тезисов XII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27–29 сентября 2006 г.) // Анн. хирургич. гепатол. – 2006; 11 (3): 64.
2. Белеков Ж.О., Ысмайылов К.С., Маманов Н.А. Клинико-патоморфологическая классификация синдрома Мириizzi // Клин. медицина Казахстана. – 2013; 3 (29): 38–41.
3. Винник Ю.С., Репина Е.В., Серова Е.В. и др. Значение ультразвукового исследования в диагностике синдрома Мириizzi // Кубанский научный мед. вестн. – 2013; 3 (138): 39–40.
4. Ревяки В.И. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. В кн.: 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева // М.: Media Medica, 2003.
5. Санчин У., Сэргэлэн О. Оценка критериев предварительной диагностики синдрома Мириizzi // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2008; 4: 137–8.
6. Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е., Унгуриян Т.В. и др. Синдром Мириizzi – причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха // Consilium Medicum. – 2008; 10 (8): 106–8.
7. Corlette M., Bismuth H. Biliobiliary fistula: a trap in the surgery of cholelithiasis // Arch. Surg. – 1975; 110: 377–85.
8. Mirizzi P. Fisiologia del hepatocolodoco el vaciamiento y replecion de la vesicula // La Prensa Medica Argentina. – 1945; 16 (11).

MIRIZZI SYNDROME-I: A CLINICAL CASE

Professor **Yu. Vinnik**¹, MD; **E. Serova**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **D. Stratovich**²; **I. Prusov**³

¹Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

²Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital Four

³Territorial Clinical Hospital

Mirizzi syndrome (MS) is a rare, severe complication of cholelithiasis, the original morphological sign of which is the compression of the proximal part of the hepaticocholedochus, which culminates in the formation of either a stricture or a cholecystobiliary fistula. For the preliminary diagnosis of MS, it is necessary to remember its basic and additional criteria (clinical, instrumental, including ultrasonographic and laboratory). The preoperative diagnosis of MS is a very difficult task for surgeons and ultrasonic diagnosticians; its solution makes it possible to choose adequate diagnostic and treatment tactics and to avoid complications during surgery for complicated calculous cholecystitis.

Key words: cholelithiasis, calculous cholecystitis, Mirizzi syndrome, obstructive jaundice, ultrasonographic diagnosis, treatment and diagnostic tactics.