

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ НА ФОНЕ ХОЛЕЛИТИАЗА ПРИ АФУНКЦИОНИРУЮЩЕМ ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ

Широбокова С.С.<sup>1</sup>, Камышева А.Д.<sup>2</sup>, Чермных М.Д.<sup>3</sup>, Стяжкина С.Н.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Широбокова Светлана Сергеевна – студент Ижевской государственной  
медицинской академии

<sup>2</sup>Камышева Анна Дмитриевна - студент Ижевской государственной  
медицинской академии

<sup>3</sup>Чермных Михаил Дмитриевич - студент Ижевской государственной  
медицинской академии

<sup>4</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - профессор кафедры факультетской  
хирургии Ижевской государственной медицинской академии

Ижевск, Российская Федерация

**Аннотация:** в данной статье приведен пример диагностики, ведения и лечения пациента желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi и механической желтухой при афункциональном желчном пузыре. Представлены этиология, патогенез, морфология, патологическая анатомия, клиническая картина, диагностика и лечение холелитиаза с синдромом Мириizzi при афункциональном желчном пузыре. Осуществлен обзор научной литературы и представлен клинический случай по данной теме.

**Ключевые слова:** синдром Мириizzi, холелитиаз, афункциональный желчный пузырь.

## CLINICAL CASE OF MANAGEMENT OF A PATIENT WITH MIRIZZI SYNDROME ON THE BACKGROUND OF CHOLELITIASIS WITH AFFUNCTIONAL GALL BLADDER

Shirobokova S.S.<sup>1</sup>, Kamysheva A.D.<sup>2</sup>, Chermnykh M.D.<sup>3</sup>, Styazhkina S.N.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Shirobokova Svetlana Sergeevna - student of the Izhevsk State Medical Academy

<sup>2</sup>Kamysheva Anna Dmitrievna - student of the Izhevsk State Medical Academy

<sup>3</sup>Chermnykh Mikhail Dmitrievich - student of the Izhevsk State Medical Academy



<sup>4</sup>*Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Professor of the Department of Faculty Surgery,  
Izhevsk State Medical Academy  
Izhevsk, Russian Federation*

**Abstract:** *this article provides an example of diagnosis, management and treatment of a patient with cholelithiasis complicated by Mirizzi's syndrome and obstructive jaundice with an afunctional gallbladder. The etiology, pathogenesis, morphology, pathological anatomy, clinical picture, diagnosis and treatment of cholelithiasis with Mirizzi syndrome with an afunctional gallbladder are presented. A review of the scientific literature is carried out and a clinical case on this topic is presented.*

**Keywords:** *Mirizzi syndrome, cholelithiasis, afunctioning gallbladder.*

**УДК 617-089.844**

В настоящее время замечено увеличение частоты патологии гепатобилиарной системы. По данным патологоанатомических исследований, у каждой пятой женщины и каждого десятого мужчины, умерших от различных причин, в желчном пузыре находятся камни. Также наблюдается рост заболеваемости желчнокаменной болезнью в детском возрасте.

Синдром Мириizzi – редкое, тяжелое осложнение желчнокаменной болезни, характеризующееся нарушением проходимости желчевыводящих путей вследствие возникших воспалительно-дегенеративных процессов между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом. Среди пациентов, которым была выполнена холецистэктомия, данный синдром встречается в 1-5% случаев. В дооперационном периоде синдром Мириizzi удаётся выявить лишь в 12,5-22% случаев [1, 2].

Классификация синдрома Мириizzi по степени поражения стенки общего печеночного протока пузырно-холедохеальным свищем (1989 г.):

I тип - наличие вколоченного в шейку желчного пузыря или пузырного протока камня, сдавливающего общий печеночный или общий желчный протоки

II тип – наличие пузырно-холедохеальный свища (между шейкой желчного пузыря и общим желчным протоком или общим печеночным протоком), занимающего не менее 1/3 окружности протока



III тип – пузырьно-холедохеальный свищ занимает 2/3 окружности протока

IV тип – полное разрушение стенки общего желчного протока или общего печеночного протока.

Этиология осложнения не известна, однако многие ученые предполагают, что причиной развития является хронический калькулезный холецистит, при котором происходит миграция конкремента в карман Хартмана, шейку пузыря или пузырьный проток, плотно прилегая к стенке и формируя пролежень. Немаловажную роль играет близкое анатомическое расположение желчного пузыря, пузырьного протока и гепатикохоледоха [3].

Клиническая картина синдрома Мириззи напоминает проявления острого или хронического холецистита с развитием механической желтухи. В анамнезе заболевания больных отмечается длительное течение желчнокаменной болезни с частыми обострениями и признаками механической желтухи.

Клиника представлена 3 основными симптомами:

1. Боль в правой подреберной области;
2. Механическая желтуха;
3. Симптомы холангита (озноб, повышение температуры).

Диагностика осложнения основана на инструментальных методах исследования: ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков, МР-холангиография, чрескожно-чреспеченочная холангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Основное лечение синдрома Мириззи – оперативное.

### *Клинический случай*

На клинической базе БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» было проведено описание клинического случая, за основу которого взята история болезни одного из пациентов.

Пациентка Н., 78 лет, находилась на лечении с 20.01.2020 года в хирургическом отделении 1 Республиканской больницы города Ижевска. В стационар поступил экстренно.



На момент поступления предъявляла жалобы на постоянные боли в области эпигастрия и области правого подреберья, на пожелтение кожных покровов, общую слабость.

Развитие заболевания: Желчнокаменная болезнь в течение 15 лет. Частые желчные колики в течение полугода. Последнее обострение 20.12.2020, когда появился выраженный болевой синдром в области правого подреберья. Затем 05.01.2020 вновь обострение желчнокаменной болезни, пожелтение кожных покровов, стационарное лечение в городской клинической больнице. 14.01.2020 – по инициативе пациентки лечение прервано, пациентка выписана с нарастающей желтухой. 20.01.2020 поступила в 1 РКБ.

Объективное исследование: Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и склеры желтушные. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. Тоны сердца ритмичные, ясные. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. ЧСС 56 уд/мин. ЧДД 16 в мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в областях эпигастрия и правого подреберья. Желчный пузырь не пальпируется, безболезненный. Пузырные симптомы Мерфи, Лепене положительные. В эпигастрии пальпируется болезненный инфильтрат размерами 6x8 см. симптом Мейо-Робсона отрицательный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Молочные железы, лимфатические узлы, щитовидная железа без особенностей. Ректальное исследование: объемные образования не пальпируются. Кал коричневого цвета.

Лабораторно-инструментальная диагностика:

Общий (клинический) анализ крови (от 20.01.2020 г.):

- Лейкоциты (WBC) –  $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$
- Эритроциты (RBC) –  $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$
- Гемоглобин – 120,00 г/л
- Гематокрит (HCT) – 38,50%



— Тромбоциты (PLT) – 295,00\*109/Л

Биохимический анализ крови (от 20.01.2020 г.):

— Билирубин общий – 34,6 мкмоль/л

— Билирубин прямой – 30 мкмоль/л

Ультразвуковое исследование: от передней стенки желчного пузыря исходит сплошная акустическая тень – 47 мм, холедох 12 мм, конкременты в нем не определяются. В с/3 холедох деформирован, перегиб под углом 90 градусов.

#### Лечение:

— Консервативная терапия: физиологический раствор, гептор, триналгин, дротаверин, омепразол, кеторол, фуросемид, урсодезоксихолевая кислота.

— Оперативное лечение: лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

Рекомендации при выписке:

— Диета;

— Ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев, бандаж – 6 месяцев;

— Уход за дренажом;

— Принимать Урсодезоксихолевую кислоту;

— Наблюдение хирурга поликлиники, консультация онколога РКОД.

#### *Список литературы*

1. Абакумов, М.М. 80 лекций по хирургии / «Абакумов М.М., Адамян А.А., Акчурин Р.С., Алексеев М.С.; Под общей ред. С.В. Савельева» - Москва: Литтерра, 2008. – 912с.
2. Гальперин, Э.И. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечение // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - № 3. - С. 7-10.
3. Кулезнева Ю.В., Плюснин Б.И., Люосев С.В. и соавт. Современные технологии в диагностике и лечении синдрома Мирizzi // Рос. мед. вестник. - 2008. - Т 13, №4. - С. 61-66.
4. Аджисалиев, Р. Синдром Мирizzi. Хирургическое лечение // Медицинские науки. – 2018.

