

Hernia Repair Using Biosynthetic Absorbable Mesh: The COBRA Study //Annals of Surgery. – 2016.

8. Vargo J.D., Larsen M.T., Pearson G.D. Component Separation Technique for Repair of Massive Abdominal Wall Defects at a Pediatric Hospital //Annals of Plastic Surgery. – 2015.

УДК 617-089

**Е.С. Елфимова, Е.П. Шурыгина**

**СИНДРОМ МИРИЗЗИ**

Кафедра общей и факультетской хирургии  
Уральский Государственный Медицинский Университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**ES Elfimova, EP Shurygina**

**MIRIZZI'S SYNDROME**

Department of General surgery and the faculty  
Ural state medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный e-mail: [elenaelfimova@mail.ru](mailto:elenaelfimova@mail.ru)**

**Аннотация.** В статье описаны два клинических случая тяжелых осложнений желчнокаменной болезни – синдром Мирizzi II–III типа.

**Annotation.** This article describes two clinical cases of severe complications of gallstones - Mirizzi syndrome type II-III.

**Ключевые слова:** синдром Мирizzi

**Keywords:** Mirizzi's syndrome

Синдром Мирizzi (СМ) – одно из осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), включающий в себя формирование холецисто–билиарных и/или холецисто–дигестивных свищей. Это наиболее редкий вариант патологических изменений желчевыводящей системы наблюдается у 1–5% больных ЖКБ. Летальность при этом заболевании составляет 11–14%. Стриктуры гепатикохоледоха и резидуальный холедохолитиаз в отдалённом послеоперационном периоде выявляется у 13–14% пациентов [1]. СМ I типа подразумевает сдавление желчного протока вклиненным в шейку желчного пузыря или пузырьный проток желчным конкрементом. Тип II состоит из холецистобилиарного свища, образующегося в результате эрозии стенки желчного протока посредством желчного конкремента.

Фистула должна включать менее одной трети окружности желчного протока. Тип III состоит из холецистобилиарного свища, вовлекающего до двух третей окружности желчного протока. Тип IV представляет холецистобилиарный свищ

с разрушением стенки желчного протока с желчным пузырем, полностью сливающимися в один желчный проток, образуя единую структуру без каких-либо узнаваемых ориентиров между обеими структурами желчного дерева. V тип включает в себя холецистотонкокишечный свищ вместе с любым другим типом CM. Тип Va представляет собой холецистотонкокишечный свищ без желчнокаменной непроходимости кишечника, Vb — холецистотонкокишечный свищ, осложненный желчнокаменной кишечной непроходимостью [2].

**Цель исследования** – продемонстрировать два клинических наблюдения течения синдрома Мириззи.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследовано два пациента с предварительным диагнозом «Острый калькулезный холецистит», госпитализированных в неотложном порядке в хирургическое отделение МБУ ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Клиническое наблюдение №1. Пациент С. Поступил в неотложном порядке с жалобами на боли в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов. Желтуха около недели. Тяжелая сопутствующая сердечная патология. 07.10.2004 произведена эндоскопическая ретроградная папиллотомия, назобилиарное дренирование и ретроградная холангиопанкреатография, на которой отчетливо виден крупный конкремент. Назобилиарный зонд разгрузил желчные пути, желтуха купирована. 26.10.2004 на операции синдром Мириззи подтвердился, произведена холецистэктомия, T-образный дренаж введен через дефект в стенке холедоха, послеоперационное течение гладкое. Контрольная фистулография 11.11.2004 – без патологии, дренаж удален на 17 сутки, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Клиническое наблюдение №2. Пациентка З. Дата поступления: 13.10.15г 09:17 Диагноз при поступлении: ЖКБ: острый калькулезный холецистит. Жалобы: на умеренные боли в эпигастрии, тошноту, рвоту без облегчения. Заболела 12.10.15 в 21:00, когда появились умеренные боли в эпигастрии, больше справа, тошнота, однократно рвота. Самостоятельно принимала но-шпу, баралгин – без эффекта. В связи с ухудшением самочувствия 13.10.15 сама обратилась в ЦГБ № 7. Состояние средней степени тяжести, положение активное. Сознание ясное. Кожа, видимые слизистые оболочки бледные, нормальной температуры и влажности. ЧДД 16 в минуту, ЧСС 82 в минуту, АД 120 и 80мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, болезненна при пальпации в эпигастрии, правом подреберье. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Перистальтика равномерная. Кал коричневого цвета. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Симптомы Керте, Кера, Ортнера – положительные; симптомы Щеткина–Блюмберга, Менделя – отрицательные. Количество лейкоцитов в крови –  $7,4 \times 10^9/\text{л}$ , Общий билирубин 10,0ммоль/л, прямого нет. Глюкоза – 6,5ммоль/л. Мочевина – 3,8ммоль/л. Амилаза –

67мкг/л/ч. УЗ–признаки острого калькулезного холецистита, умеренная гепатомегалия. Диагноз: ЖКБ, острый калькулезный холецистит. Больной показано оперативное лечение после предоперационной подготовки. В 16:45 13.10.15г Типичная лапароскопия из верхней параумбиликальной точки с наложением карбоксипневмоперитонеума. При осмотре: печень, желудок, ДПК, кишечник-без патологии. Желчный пузырь 10×5см, напряжен, стенка утолщена, инфильтрирована, гиперемирована, в спаечном процессе с большим сальником.

Дополнительно установлены 2 порта. Спайки рассечены. Пузырный проток отчетливо не дифференцируется. Решено продолжить операцию из минилапаротомного доступа. Пневмоперитонеум снят. Швы на раны. Типичная трансректальная минилапаротомия в правом подреберье длиной до 5см. Выпота, фибрина нет. Печень, ДПК визуально не изменены. Желчный пузырь пунктирован, получен гной. В просвете 8 конкрементов от 0,5 до 1,5 см. Выявлено, что имеется синдром Мириззи – пузырный проток практически отсутствует. Шейка желчного пузыря с вклиненным камнем переходит в гепатикохоledох. Хоledох визуально до 0,6-0,7 см. Субсерозная электрохирургическая холецистэктомия комбинированным способом, с перевязкой а. Cysticus. При этом имеется дефект в хоledохе 0,5см. При ревизии конкрементов в хоledохе не выявлено. Установлен дренаж Кера. Швы на хоledох до дренажа герметичны. Дренаж под печень. Послойно швы на рану. Повязка. 14.10.15 – 1е сутки. Состояние стабильное, средней тяжести. Боли в животе не выражены. Тошноты нет. Кожа бледно-розового цвета. Дыхание свободное, пульс – 80 в мин., АД 130 и 80мм рт ст. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационных ран. Симптомов раздражения брюшины нет. Повязки сухие, диурез достаточный.

### **Выводы**

Несмотря на то, что частота встречаемости синдрома Мириззи не велика и составляет всего 1–5%, хирурги, оказывающие помощь пациентам с urgentными заболеваниями желчевыводящей системы должны помнить об этом грозном патологическом процессе.

### **Литература:**

1. Шишкин А. А. Клинические вопросы экстремального течения синдрома Мириззи / А. А. Шишкин, Н. А. Пострелов, Ю. В. Плотников // — Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 108 (8):91-95
2. Beltran M.A. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. / . M.A. Beltran, A. Csendes, K.S. Cruces // World J Surg, 2008, vol. 32, pp. 2237-2243.

УДК 616.346.2-089.87

**А.А. Зеленин, А.И. Серков, А.В. Спирин, В.А.Козлов**  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ 347749 БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ**