



## КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Шишкин А. А., Пострелов Н. А., Плотников Ю. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова».

## CLINICAL QUESTIONS OF EXTREMAL PROCESSING OF MIRIZZI SYNDROME

Shishkin A. A., Postrelov N. A., Plotnikov Y. V.

North-Western State Medical University n. a. I. I. Mechnikov.

*Шишкин А. А.* — ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова И. И., кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Опделя, очный аспирант;

*Пострелов Н. А.* — ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова И. И., кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Опделя, профессор, доктор медицинских наук;

*Плотников Ю. В.* — ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова И. И., кафедра госпитальной хирургии им. В. А. Опделя, профессор, доктор медицинских наук.

*Shishkin A. A.* — North-Western State Medical University n. a. I. I. Mechnikov, Department of hospital surgery n. a. V. A. Oppel, Post-graduate;

*Postrelov N. A.* — North-Western State Medical University n. a. I. I. Mechnikov, Department of hospital surgery n. a. V. A. Oppel, Professor, Doctor of Medical Science;

*Plotnikov Y. V.* — North-Western State Medical University n. a. I. I. Mechnikov, Department of hospital surgery n. a. V. A. Oppel, Professor, Doctor of Medical Science.

**Шишкин  
Андрей Андреевич**  
Shishkin Andrey A.  
E-mail:  
shishkin.aa@mail.ru

## Резюме

**Цель исследования.** Продемонстрировать два клинических наблюдения неблагоприятного течения синдрома Мириizzi.

**Материалы и методы.** В настоящей работе представлены два клинических наблюдения экстремального течения синдрома Мириizzi.

**Результаты.** В первом наблюдении рассмотрено реактивное течение синдрома Мириizzi I с выраженной общей системной реакцией организма на эндогенную инфекцию. Во втором наблюдении рассмотрены данные, характеризующие вариант течения синдрома Мириizzi V b.

**Заключение.** Своевременная диагностика синдрома Мириizzi и определение оптимального метода дальнейшего лечения может уменьшить риск интраоперационных повреждений.

**Ключевые слова:** синдром Мириizzi, синдром Мириizzi 5 тип, осложнение желчнокаменной болезни, желчнокаменная непроходимость

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 108 (8):91–95

## Summary

In this article two clinical cases of Mirizzi syndrome is presented. In the observation examined reactive processing of Mirizzi syndrome I with severe overall system reaction to endogenous infection. The data characterizing the current version of Mirizzi syndrome V b is considered in the second observation. Timely diagnosis of Mirizzi syndrome and determination of the most appropriate method of treatment can reduce the risk of intraoperative injury.

**Keywords:** Mirizzi syndrome, Mirizzi syndrome type 5, a complication of gallstone disease, gallstone ileus

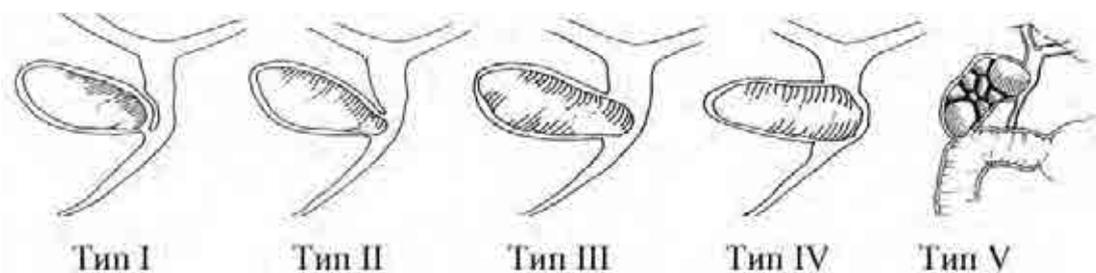
Ekspериментal'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 108 (8):91–95

## Введение

Синдром Мириizzi (СМ) — одно из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), включающее в себя формирование билибилиарных и билиодигестивных свищей. СМ встречается у 0,2–5,0% больных [1,2,4,5]. В развитых западных странах синдром встречается менее чем у 1% больных, в слабо развитых странах — от 4,7 до 5,7% [6]. Летальность при этом заболевании составляет 11–14% [2,3,4]. Стриктуры гепатикохоледоха и резидуальный холедохолитиаз в отдаленном послеоперационном периоде отмечены у 13–14% пациентов [2,3,4].

СМ I типа подразумевает сдавление желчного протока вклиненным в шейку желчного пузыря или пузырный 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 холецисто-билиарного свища, вовлекающего до двух третей окружности желчного протока. Тип IV представляет холецисто-билиарный свищ с полным разрушением стенки желчного протока с желчным пузырем, полностью сливающимися в один желчный проток, образуя единую структуру без каких-либо узнаваемых ориентиров между обоими структурами желчного дерева. V тип включает в себя холецисто-тонкокишечный свищ вместе с любым другим типом СМ [7,8]. Тип Va представляет собой холецисто-тонкокишечный свищ без желчнокаменной непроходимости кишечника, Vb — холецисто-тонкокишечный свищ, осложненный желчнокаменной кишечной непроходимостью [6].



## Материал и методы исследования

Описаны наблюдения двух умерших больных, страдавших СМ. Материал предоставлен СПб ГБУЗ «БСМЭ».

## Результаты исследования и их обсуждение

**Клиническое наблюдение № 1.** Больная К. поступила 29.10.2013 г. в ГБУЗ НСО «НЦГБ» с диагнозом «Вирусный гепатит средней тяжести». Жалобы на желтушность склер, кожный зуд, тупые боли

в эпигастрии, темный цвет мочи. Больна более 2 недель, когда появился кожный зуд, желтушность склер. Обследована амбулаторно. В крови гипербилирубинемия 82,9 мкмоль/л за счет прямой

фракции, АЛТ 212 ед/л. Соматически здорова. Лекарственный и аллергоанамнез неотягощены. Контакт с инфекционными больными и гемотрансфузии отрицает. Состояние средней степени тяжести. Кожный покров иктеричный, склеры глаз желтые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: общий билирубин — 62,3 мкмоль/л; АЛТ-179 ед/л, СОЭ-32 мм/ч. Предварительный диагноз: «Вирусный гепатит, желтушная форма?» УЗИ брюшной полости 05.11.13 — печень: визуализация нечеткая, незначительно увеличена, экзогенность незначительно повышена. Повышенная экзогенность стенок сосудов в воротах печени (сосуды в воротах печени дифференцируются нечетко). Визуализация воротной вены нечеткая, диаметр 12 мм. Желчный пузырь: визуализация нечеткая, контуры неровные. Перегиб верхней трети. Размеры 102x44. Верхняя треть визуализируется нечетко. Содержимое неомогенное, шейка не дифференцируется. Стенки неравномерно утолщены. Экзогенность стенок повышена. Нечетко лоцируется смещаемая группа конкрементов с максимальным размером 18 мм, и один фиксированный в проекции верхней трети шейки размером 20 мм. Внутрипеченочные протоки не расширены, расширены долевые протоки, холедох четко не дифференцируется. Поджелудочная железа: контуры неровные, нечеткие, головка увеличена незначительно, экзогенность умеренно повышена, структура диффузно неоднородна. Селезенка в пределах нормы. Диагноз: «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Хронический панкреатит, обострение. Механическая желтуха». 05.11.13 переведена в хирургическое отделение для дальнейшего лечения. После предоперационной подготовки и улучшения состояния больной 08.11.13 произведена лапароскопия. Обнаружен желчный пузырь багровой окраски, стенки утолщены, напряжены. Выполнена пункция — из просвета эвакуировано около 100 мл светлой жидкости, без желчи. В области шейки определяется хрящевой плотности инфильтрат, стенки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) плотно сращены с шейкой желчного пузыря, печеночно-дуоденальной связкой. Выполнена конверсия. Пальпаторно в области шейки желчного пузыря, ворот печени определяется плотное, мало смещаемое образование около 10 см диаметром. В инфильтрат вовлечены антральный отдел желудка, ДПК. В просвете пузыря пальпируются множественные конкременты около 0.5 см диаметром, стенки желчного пузыря хрящевой плотности, багровой окраски. Шейка желчного пузыря плотно сращена со стенкой двенадцатиперстной кишки. Острым путем кишка отделена от стенки желчного пузыря. Во время рассечения спаек стенка кишки вскрылась, дефект ушит двухрядным непрерывным швом. В горизонтальную ветвь ДПК введен зонд. Желчный пузырь выделен из инфильтрата. В проекции бифуркации протоков пальпаторно определяется округлое, плотное образование около 3,0 см диаметром. Выделение элементов ворот печени невозможно из-за выраженной плотности тканей, высокого риска повреждения основных

структур ворот печени. Холецистэктомия от шейки. Гемостаз. Дренаж к зоне операции. Послойные швы на рану. Диагноз после операции: «ЖКБ, эмпиема желчного пузыря, СМ I, рак желчного пузыря, ворот печени, опухоль Клацкина с прорастанием в стенку ДПК (?)». В послеоперационном периоде с 09.11.13 по 10.11.13 состояние средней тяжести. Жалобы на боли в области послеоперационного шва, в животе справа, одышку. Гемодинамика стабильная, язык чистый, влажный, живот симметричный, подвздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. По дренажу отделяемое серозно-геморрагическое. Показатели анализов крови в пределах нормы, за исключением гипертрансаминаземии (АлАТ — 137 ед/л; АсАТ — 98 ед/л). 11.11.13 — состояние тяжелое, пульс 103 уд/мин., ЧДД 27, АД 110/60 мм рт. ст. На фоне проводимой терапии без существенной положительной динамики, гемодинамика нестабильная. На рентгенограмме грудной клетки высокое стояние купола диафрагмы справа. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой чистый. По назогастральному зонду — светло-мутное отделяемое. Повязки сухие, в области дренажа повязка слабо промокла отделяемым с примесью желчи. Рядом с дренажом из подкожной клетчатки при надавливании поступает отделяемое желтой окраски, с кишечным запахом. По дренажу отделяемое светлое. Учитывая состояние больной, не исключалась несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки. Больная переведена в ОРИТ. При УЗИ: определяется жидкость в правом подпеченочном пространстве, кишечник умеренно раздут, перистальтика вялая. Имеются признаки начинающейся флегмоны передней брюшной стенки, диффузного перитонита. Анализ крови 11.11.13: Нт -37,1; тромбоциты —  $137 \times 10^9$ ; лейкоциты —  $1,5 \times 10^9$ ; СОЭ — 37 мм/ч.; мочевины — 15,9 ммоль/л; креатинин — 194,2 мкмоль/л; билирубин общий — 19,8 мкмоль/л; АЛТ — 107 ед/л, АСТ — 76 ед/л. Общий анализ мочи 11.11.13 — белок 1,0, эритроциты 4–8, цилиндры гиалиновые 3–5, бактерии +. 11.11.13 при осмотре в 17:00: пульс — 130, ЧДД — 22, ЦВД — 50 мм водного столба, АД — 98/60, SpO<sub>2</sub>–92%. Температура — 36,7. Состояние больной оценено как тяжелое, нестабильное, обусловлено SIRS, тяжелым сепсисом, синдромом полиорганной недостаточности на фоне основного заболевания и послеоперационного периода, вторичными водно-электролитными и метаболическими расстройствами. 11.11.13 выполнена экстренная операция: релапаротомия, резекция пилорического отдела желудка, с разобщением ДПК, гастроэнтероанастомоз конец в бок, энтероэнтероанастомоз бок в бок, санация, дренирование брюшной полости, дренирование клетчатки передней брюшной стенки. Диагноз: Несостоятельность швов ДПК, диффузный желчный перитонит, флегмона передней брюшной стенки. 12.11.13 — состояние крайне тяжелое, АД не определяется, пульс 128 уд/мин., температура 39,5. Состояние с отрицательной динамикой (прогрессирование сердечно-сосудистой, почечной недостаточности, обусловлено течением рефрактерного септического шока). ИВЛ. Медикаментозный сон (ГОМК). Фебрильно лихорадит (антипиретики неэффективны).

По дренажам геморрагическое отделяемое. Живот не вздут, мягкий. Повязка сухая. Перистальтика не выслушивается. Мочеиспускание по катетеру отсутствует (на фоне стимуляции салуретиками). В 02.45 констатирована смерть.

**Заключительный клинический диагноз:** Желчнокаменная болезнь. Эмпиема желчного пузыря. Синдром Мириizzi I. Рак желчного пузыря (?). Рак ворот печени (?). Опухоль Клацкина с прорастанием в стенку 12 п. кишки (?). Несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, диффузный желчный перитонит, флегмона передней брюшной стенки. При аутопсии обнаружены признаки септического шока, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

В наблюдении рассмотрено острое течение формирования билиодигестивного свища с выраженной общей системной реакцией организма на эндогенную инфекцию.

**Во втором наблюдении** изучены особенности, характеризующие вариант течения CM Vb. Больная Ч., 72 лет, поступила в приемный покой городской больницы 20.07.12 с жалобами на тупые боли между лопатками, появившиеся 11.07.12 после погрешности в диете. С 2007 по 2012 года больная лечилась амбулаторно по поводу ИБС, ГБ II ст., атеросклеротического кардиосклероза. В 2009 году при УЗИ выявлена желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, вне обострения. УЗИ брюшной полости при поступлении: признаки хронического панкреатита, желчнокаменной болезни. Обзорная рентгенография брюшной полости: свободного газа и жидкости в брюшной полости нет. Анализ крови: лейкоцитоз ( $11,3 \times 10^9$ ), остальные показатели в пределах нормы. Ан мочи: удельная плотность — 1030, белок — 0,2 г/л, лейкоциты 6–10 в поле зрения, эр — 0. Показаний для госпитализации не выявлено. 21.07.12 повторно доставлена в приемный покой городской больницы и госпитализирована с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит». На момент поступления состояние средней степени тяжести, жалобы на постоянные боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту, рвоту. Кожные покровы обычного цвета и влажности, иктеричности склер нет. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, не вздут, болезненный в эпигастрии. Желчный пузырь не определяется. Симптом Ортенера нечеткий. На обзорной рентгенографии брюшной полости: уровней жидкости, свободного газа нет. Конкремент желчного пузыря. Назначена консервативная терапия. УЗИ брюшной полости (23.07.12): печень, рапсгеас, селезенка, почки — без особенностей. Желчный пузырь — 8,6x3,9 см, стенки 0,4 см, инфильтрованы. В полости густая желчь, множественные конкременты до 2,8 см. К шейке пузыря прилежит гипозоногенное образование 2,7x2,0 см — абсцесс? Больной дан барий. На Rg-графии брюшной полости через 5 часов определяется наполнение барием желчного пузыря, холедоха, желудка. Частично барий поступает в тонкую кишку в небольшом количестве, имеется перепад диаметра кишки на уровне вертикальной части ДПК. Диагноз «Желчнокаменная болезнь. Высокая тонкокишечная желчнокаменная непроходимость». Экстренная

операция 24.07.12: под ЭТН произведена верхне-срединная лапаротомия. Желчный пузырь не определяется. Выпота нет. Между правой долей печени и ДПК плотный инфильтрат из рубцовой ткани. Признаков воспаления нет. В вертикальной ветви ДПК определяется плотный конкремент размером 5x3,5 см. Диагностирована острая высокая тонкокишечная желчнокаменная обтурационная непроходимость. Гастротомия в антральном отделе желудка. Произведена попытка сместить камень в желудок. При многократных попытках это не удалось. Затем произведена попытка сместить камень в тонкую кишку, но в области связки Трейца из-за несоответствия диаметром кишки и камня это не удалось. Десерозированный участок начального отдела тощей кишки 1–2 см ушит серо-серозными швами. Вновь камень смещен проксимально. После мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру с большими техническими трудностями из-за большого размера камня удалось зажимом удалить камень из гастротомического отверстия. При ревизии двенадцатиперстной кишки в верхней трети ее вертикальной ветви выявлен дефект латеральной стенки диаметром 1,5–2 см. С техническими трудностями дефект ДПК ушит двухрядным швом. Учитывая факт повреждения двенадцатиперстной кишки, после ушивания гастротомического отверстия сформирован позадиободочный гастро-энтероанастомоз с энтеро-энтероанастомозом по Брауну. В конце операции выявлено скудное подтекание желчи в области предполагаемого внутреннего пузырно-кишечного свища. Установить источник технически не возможно. Размещены дренажи к месту желчеистечения, вдоль правого бокового канала и в малый таз. Послойный шов раны. Диагноз: Желчнокаменная болезнь. Синдром Мириizzi Vb. Острая желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. После операции больная переведена в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР). В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная терапия. С 25.07.12 по 29.07.12 г. общее состояние средней тяжести, стабильное. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационных ран. При перевязках — срединная рана, повязка местами синевато-зеленого цвета, по дренажам выделялся скудный серозный выпот. Состояние расценено, как формирующийся желчный свищ. С 30.07.12 г. по 03.08.12 г. при ежедневном осмотре: жалобы на умеренные боли в послеоперационной области, состояние тяжелое, стабильное. С 31.07.12 вокруг дренажа появилось гнойное отделяемое в небольшом количестве из малого таза. В средней трети срединной раны снят шов. Выделилось до 20 мл геморрагической жидкости. При исследовании зондом обнаружен дефект апоневроза — фиксированная эвентрация. Через верхний дренаж — от двенадцатиперстной кишки отходит мутное, с геморрагическим компонентом, отделяемое, до 100 мл/сутки. 03.08.12–10.08.12 — улучшение состояния. Боли в животе уменьшились. Состояние средней степени тяжести. Функционирует дренаж от двенадцатиперстной кишки — до 350 мл/сутки. Дренаж из малого таза удалён. Повязки чистые, сухие, послеоперационная рана без признаков

воспаления. Стула не было. Газы отходят. 12.08.12 г. была рвота после приёма пищи. Общее состояние тяжёлое. Через желудочный зонд промыт желудок, удалено до 500 мл застойного содержимого. Катетером удалено 100 мл мочи, окрашенной кровью. У больной гематурия неясного генеза. 13.08.12 состояние пациентки тяжёлое, в сознании, адекватна, кожные покровы сероватые, АД 100/160 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин.; ЦБД отрицательное; живот мягкий. По дуоденальному свищу поступает кишечное отделяемое. В клинико-биохимических показателях лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, гипопроотеинемия, умеренная гиперкалийемия, гипонатриемия, азотемия. 15.08.12 пациентке проведено лазерное облучение крови, без осложнений. ФЭГС 15.08.12.: через гастроэнтероанастомоз (отечный с налетами фибрина) аппарат заведен

на 25 см в тощую кишку. Оставлен проводник. 15.08.12 г. в 18:00 у больной в связи с нарастающей полиорганной недостаточности наступила остановка сердечной деятельности. Переведена на ИВЛ. Смерть констатирована 15.08.12 г. в 18:30. Диагноз. Основное заболевание. Желчнокаменная болезнь. Синдром Мириizzi Vb. Состояние после лапаротомии, гастротомии, удаления камня из двенадцатиперстной кишки, формирования гастроэнтероанастомоза от 24.07.12 г. Сопутствующие заболевания. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Мерцательная аритмия, постоянная форма. СН II. Осложнение основного заболевания. Наружный дуоденальный свищ. ТЭЛА. Прогрессирующая полиорганная недостаточность: сердечно-сосудистая, печеночная, почечная недостаточность.

## Заключение

В обоих представленных наблюдениях продемонстрировано экстремальное течение синдрома Мириizzi, закончившееся летальными исходом.

## Литература

1. Ахмедов Р. М., Мирходжаев И. А., Очилов У. Б. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме 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. 68.
2. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г., Котовский А. Е., Унгурияну Т. В., Чевокин А. Ю. 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.
3. Ревякин В. И., Савельев В. С. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. // 50 лекций по хирургии, под ред. В. С. Савельева. — М.: Медиа Медика. — 2006. — С. 413–422.
4. Савельев В. С., Ревякин В. И. Синдром Мириizzi (диагностика и лечение). — М.: Медицина. — 2003. — 112 с.
5. Тимербулатов В. М., Гарипов Р. М., Хунафин С. Н., Нурмухамедов А. А. Внутренние желчные свищи. — М.: Триада-Х. — 2003. — 158 с.
6. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. // *Am J Gastroenterol*. — 2002. — vol. 97. — pp. 249–254.
7. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg*, 2008, vol. 32, pp. 2237–2243.
8. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76: 1139–1143.