

Селицкий А.И., Бакевич В.Н.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Синило С.Б.

*Кафедра хирургических болезней с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Синдром Мириззи (СМ) встречается достаточно редко (0,1–1,4%) и вызывает большие трудности для дооперационной диагностики и выбора метода лечения.

Цель: изучить частоту встречаемости, особенности диагностики и варианты хирургического лечения СМ в учреждении здравоохранения (УЗ), оказывающую экстренную помощь населению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находящихся на лечении в УЗ ГК БСМП за период с 01.01.2020 по 31.12.2025.

Результаты и их обсуждение. На лечении находилось 7955 пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Из них было оперировано 6560 (82,5%) пациентов. СМ был выявлен в 8 случаях, что составило 0,12% от оперированных и 0,1% от всех пациентов с ЖКБ. Необходимо отметить, что анализ пациентов с ЖКБ за указанный выше период совпал с эпидемией коронавирусной инфекции, что могло повлиять на обращаемость пациентов с ЖКБ в стационар и перепрофилирование УЗ. Среди пациентов с СМ было 5 (62,5%) женщин и 3 (37,5%) мужчин. Средний возраст составил 61 год в интервале от 30 до 83 лет.

При анализе клинических данных необходимо отметить, что с синдромом внепеченочного холестаза (ВПХ) без холангита было 4 (50%) пациента.

Все пациенты с ЖКБ были обследованы согласно национальному клиническому протоколу. В анализах крови был выявлен умеренный воспалительный синдром со средним увеличением лейкоцитов $14,7 \times 10^9/\text{л}$, СРБ – до 18,3 мг/л. В биохимическом анализе крови билирубин был повышенным в среднем до 82,1 мкмоль/л (от 6,1 до 291,6). Увеличение трансаминаз колебалось в пределах от 72,1 до 266 Ед/л АЛТ и от 100,3 до 414,5 Ед/л АСТ, от нормы до 938 Ед/л ЩФ.

Из специальных методов диагностики всем пациентам выполнено УЗИ брюшной полости в приемном отделении с последующим УЗИ-мониторингом. Признаками, позволяющими заподозрить СМ считаем выявленные: плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря, наличие крупного камня в кармане Гартмана, наличие билиарной гипертензии с вовлечением протоков выше впадения пузырного протока (расширение долевых и внутрипеченочных протоков); отсутствие четкой дифференцировки гепатодуоденальной связки. КТ с контрастированием было выполнено 3, МРТ с контрастированием – 5 пациентам. Признаки возможного СМ были аналогичны УЗИ данным, однако информативность их была на порядок выше. Дополнительно выявлено наличие конкремента в шейке желчного пузыря с вовлечением в процесс гепатикохоледоха. Интраоперационная холангиография была выполнена в 2, интраоперационная холедохоскопия – 2 случаях.

Все пациенты с СМ были оперированы. До операции возможный СМ был заподозрен у 4 (50%), во время операции: I тип – 1, II тип – 5, III тип – 1, IV тип – 1 случаях. Выполнены холецистэктомии с гепатикоюноанастомозом на петле по Ру – 2, бигепатикоюноанастомоз на петле по Ру – 1, холедоходуоденоанастомоз по типу Юраша-Виноградова – 3, пластика общего печеночного протока на дренаже Кера – 2.

В послеоперационном периоде было 2 осложнения. Пациенты провели в стационаре до операции в среднем 3, а после операции – 27 койко-дней. Летальности не было.

Выводы. СМ встречался в 0,12% от оперированных и 0,1% от всех пациентов с ЖКБ. Оптимальным методом дооперационной диагностики является МРТ с контрастированием, интраоперационно – холедохоскопия и/или холангиография. В случае выявления СМ необходимо участие хирурга, имеющего опыт работы в реконструктивной желчной хирургии.