

Селицкий А.И., Бакевич В.Н.

СИНДРОМ МИРИЗЗИ: АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

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

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

Синдром Мирizzi встречается у 0,1–1,4% пациентов с желчнокаменной болезнью. Клиническая значимость обусловлена высоким риском вовлечения внепечёночных желчных протоков при холецистэктомии. В случаях интраоперационного выявления данного осложнения, не верифицированного на дооперационном этапе, частота подобных повреждений достигает 15–25%. Последствиями становятся необходимость многократных реконструктивных вмешательств, снижение качества жизни и длительная инвалидизация.

В рамках настоящей работы проведён анализ литературных данных для определения оптимальных подходов к диагностике и хирургическому лечению синдрома Мирizzi.

В мировой литературе наиболее широко применяются две классификационные системы: McSherry (1982), подразделяющая синдром на два типа в зависимости от наличия свища, и Csendes (1989), которая детализирует второй тип McSherry, выделяя четыре степени поражения стенки холедоха в зависимости от протяжённости свищевого дефекта.

Ультразвуковой скрининг характеризуется чувствительностью ниже 30%, что существенно ограничивает его возможности в дооперационной верификации. Наиболее информативным методом неинвазивной диагностики признана МРХГ, позволяющая определить уровень обструкции и наличие свища. ЭРХГ сочетает диагностику с лечебными возможностями (папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, стентирование). В сложных случаях прибегают к мультиспиральной КТ с контрастированием (дифференциальная диагностика с опухолевой обструкцией) или к интраоперационной холангиографии, уточняющей анатомию во время операции.

Выбор хирургической тактики строго дифференцирован в зависимости от типа синдрома: при I типе допустимо выполнение холецистэктомии с выделением элементов гепатодуоденальной связки, наличие свища (II–IV типы) диктует необходимость вскрытия желчного пузыря, удаления конкремента, холедохотомии, иссечения свищевого отверстия и формирования билиодигестивного анастомоза. Холедоходуоденостомия предпочтительна при небольших дефектах II–III типа, тогда как при IV типе и обширных повреждениях методом выбора является гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле.

Общая частота послеоперационных осложнений достигает 21,3%: раневая инфекция – 10,7 %, эвентрация – 4,6 %, желчеиссечение вследствие несостоятельности анастомоза – 2 %, панкреатит – 4 %. При тяжелых формах (III–IV) стриктуры сформированных билиодигестивных анастомозов развиваются у 25 % пациентов.

Систематизация мировых данных о синдроме Мирizzi обосновывает внедрение предоперационного протокола с применением МРХГ и ЭРХГ для точного определения типа поражения, а также дифференцированный выбор хирургической тактики, что в совокупности позволяет снизить частоту интраоперационных осложнений и улучшить результаты лечения.