

© Є.Д. Хворостов, Р.М. Гриньов, С.О. Бичков, О.І. Цівенко, Д.П. Куценко, 2016

УДК 616.367-089

Є.Д. ХВОРОСТОВ, Р.М. ГРИНЬОВ, С.О. БИЧКОВ, О.І. ЦІВЕНКО, Д.П. КУЦЕНКО  
*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків*

### МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА МІНІІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ МІРІЗІ

Описано результати хірургічного лікування 255 хворих із різними типами синдрому Мірізі. Найбільш інформативними в діагностиці синдрому Мірізі були ультрасонографічне дослідження (72,2%) і ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатікографія (67,5%). При підозрі на синдром Мірізі всім пацієнтам виконувалася лапароскопічна інтраопераційна холангіографія, при цьому діагностична цінність даного методу наближалася до 100%. Операцією вибору у хворих при синдромі Мірізі I типу була лапароскопічна холецистектомія. При неможливості лапароскопічного оперативного втручання і при синдромі Мірізі II типу перевага віддавалася традиційній холецистектомії з дренуванням холедоха або гепатікоєюноанастомозу за методом Ру.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, синдром Мірізі, ультрасонографічне дослідження, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатікографія, лапароскопічна інтраопераційна холангіографія, лапароскопічна холецистектомія, гепатікоєюноанастомоз за методом Ру

**Вступ.** В еру лапароскопічної хірургії актуальним залишається питання – наскільки можлива повноцінна до- й інтраопераційна діагностика і подальша лапароскопічна корекція значних анатомо-топографічних порушень, що виникають при різних типах синдрому Мірізі (СМ).

За даними літератури, СМ діагностується у 0,3-6% хворих з різними формами жовчнокам'яної хвороби [2].

Робота виконана згідно з комплексною науково-дослідною роботою кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Розробка малоінвазивних оперативних втручань з використанням низьких температур в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу і виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки» № 0100U005308.

Останнім часом велика увага приділяється класифікації СМ, методам доопераційної діагностики, а також різним методам хірургічної корекції, в тому числі з використанням відеолапароскопічної техніки. До того ж різними авторами запропоновано кілька класифікацій СМ. Є істотні розбіжності в ефективності різних методів обстеження для виявлення СМ [1, 2, 3].

У наукових роботах недостатньо висвітлена проблема комплексного дослідження можливостей сучасних методів діагностики – ультрасонографічного дослідження (УСД), ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатікографії (ЕРХПГ), лапароскопічної інтраопераційної холангіографії (ЛІХГ) і підходів до хірургічної корекції СМ з використанням відеолапароскопічної техніки. Дуже важливим питанням є доопераційна діагностика синдрому Мірізі, яка дозволяє попередити ятрогенне пошкодження жовчних проток і кровоносних судин під час операції [2, 3].

**Мета дослідження.** Розробити ефективний комплекс до- й інтраопераційного обстеження пацієнтів на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) для діагностики

СМ із зазначенням його типу. На підставі отриманої інформації запропонувати оптимальні оперативні втручання в залежності від типу виявленого СМ, а також оцінити їх ефективність.

**Матеріали та методи.** У хірургічній клініці Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна на базі Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №2 з квітня 1994 року по травень 2016 року виконано 9984 лапароскопічні холецистектомії (ЛХЕ) при різних формах ЖКХ. СМ встановлений у 255 хворих, що склало 2,56%. Жінок було 183 (71,8%), чоловіків – 72 (28,2%). Вік хворих становив від 25 до 80 років.

Розподіл хворих залежно від форми запалення жовчного міхура був таким: хронічний холецистит – 137 (53,7%) хворих, гострий холецистит – 118 (46,3%) хворих, в тому числі: гострий катаральний холецистит – 52, гострий флегмонозний холецистит – 47 і гострий гангренозний холецистит – 19 хворих.

Всім хворим проводилися загальноклінічні обстеження, стандартно виконувалося ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. За показами виконувалися комп'ютерна томографія (TOSHIBA Aquilion CXL 64), магнітно-резонансна томографія (PHILIPS Achieva 1.5T) з можливістю 3-D реконструкції, іригографія, ректороманоскопія, колоноскопія. УСД жовчного міхура, внутрішньо- і позапечінкових жовчних проток, печінки і її воріт, підшлункової залози виконували з використанням апарату експертного класу PHILIPS HDI 4500 і апарату TOSHIBA XARIO 200 в режимі реального часу.

В анамнезі у 184 пацієнтів із СМ були епізоди механічної жовтяниці. Слід зазначити, що в результаті запалення в жовчному міхурі відбувається стиснення і порушення прохідності загальної печінкової протоки або спільної жовчної протоки. Всім хворим, які в анамнезі мали епізоди механічної жовтяниці була проведена ЕРХПГ. При цьому у 22 (8,6%) паці-

ентів дослідження виконати не вдалося внаслідок анатомічних варіантів будови дванадцятипалої кишки і великого сосочка дванадцятипалої кишки. Ще у 17 (6,7%) пацієнтів ЕРХПГ виявилася неінформативною для встановлення остаточного діагнозу. Тому в клініці була прийнята тактика з обов'язковим виконанням ЛПХГ у пацієнтів з механічною жовтяницею при шпиталізації або в анамнезі, розширенні спільної жовчної протоки за даними УСД понад 10 мм, підвищенні рівня загального білірубину і його фракцій, підвищених показниках АСТ, АЛТ і ЛФ.

ЛХЕ виконували за загальноприйнятою методикою в умовах пневмоперитонеуму. Діагноз СМ встановлювали інтраопераційно при ревізії шийки жовчного міхура, елементів трикутника Кало, печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки і її елементів. Також діагноз верифікували за результатами ЛПХГ, яку виконували через надсічену міхурову протоку або стінку жовчного міхура до виконання холецистектомії. Ґрунтуючись на даних УСД і ЕРХПГ, отриманих до операції, а також інтраопераційних даних, визначали подальшу тактику лікування.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Оцінюючи результати УСД, слід зазначити, що використання ультразвукового сканера експертного рівня PHILIPS HDI 4500 дозволило у 184 (72,2%) пацієнтів до операції встановити діагноз СМ. При оцінці ехограм нами надавалося значення розмірам і розташуванню конкременту в жовчному міхурі, інтимному приляганню гартмановської кишені з розташованим у ній конкрементом до правої печінкової протоки або загальної печінкової протоки, ознаками стиснення конкрементом спільної жовчної протоки, наявності розширення внутрішньо- і позапечінкових жовчних проток. При оцінці результатів ЕРХПГ патогномічним для СМ вважали характерне стиснення ззовні загальної жовчної протоки або наявність холецисто-холедохеальної нориці, що було встановлено у 172 (67,5%) хворих.

Нами виділено два типи СМ, відповідно до класифікації McSherry (1982). СМ I типу – камінь, який вклинений у міхурову протоку і в шийку жовчного міхура викликає стиснення загальної печінкової або спільної жовчної протоки був діагностований у 199 (78%) пацієнтів. СМ II типу був представлений сформованим холецистохоледохеальною норицею у 56 (22%) хворих. Встановлений діагноз був підтверджений інтраопераційно, причому остаточним методом діагностики ми вважали ЛПХГ, ефективність якої в нашому дослідженні досягала 100%.

При СМ I типу ми виконували ЛХЕ. При цьому під час операції були значні морфологічні зміни тканин в зоні оперативного втручання, проте при добрій орієнтації в топографо-анатомічних варіантах будови структур в ділянці печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки і ретельних, дбайливих маніпуляціях, ЛХЕ виявилася успішною у 201 (78,8%) хворого.

У 22 пацієнтів після лапароскопічної ревізії підпечінкового закрутка виконання ЛХЕ було визнано

ризикованим без спроб виділення міхурової протоки і жовчоніхурової артерії (щільний інфільтрат, великий спайковий процес в зоні трикутника Кало). У цих хворих була здійснена конверсія до традиційної (відкритої) холецистектомії.

У 56 випадках сформованої холецисто-холедохеальної нориці (СМ II типу) виконувалася холецистектомія з інтраопераційною холангіографією, санація холедоха. Оперативне втручання завершували пластикою спільної жовчної протоки на T-подібному дренажі при наявності дефекту не більше ніж на 1/3 окружності спільної жовчної протоки (17 випадків). При великих розмірах дефекту перевагу віддавали накладенню білідігестивного анастомозу. У 8 випадках на ранніх етапах лікування СМ виконали накладення холедоходуоденоанастомозу за Юрашем-Виноградовим і 31 хворому виконали гепатікоєюноанастомоз на вимкненій за методикою Ру петлі тонкої кишки. Слід зазначити, що при оцінці віддалених результатів виконаних оперативних втручань найкращі результати були отримані у пацієнтів, яким проводилося виконання гепатікоєюностомії за методикою Ру.

У пацієнтів, яким виконувалася ЛХЕ, не спостерігалось післяопераційних ускладнень. У разі виконання оперативного втручання через лапаротомний доступ в післяопераційному періоді спостерігалися такі ускладнення: внутрішньочеревне жовчовитікання – 2, інфільтрат підпечінкового закутка – 2, гематома в ямці жовчного міхура – 2, внутрішньочеревна кровотеча – 1, у 7 пацієнтів відзначалося нагноєння операційної рани і у 9 – післяопераційна пневмонія. Летальних випадків не було.

Подальша розробка алгоритмів діагностичних і лікувальних заходів при виявленні СМ дозволить уникнути великої кількості травм жовчних шляхів та інших важливих анатомічних структур, зменшити частоту переходів на лапаротомію при ускладнених формах холециститу і виключити ускладнення, пов'язані з порушеннями жовчовідтоку. Перспективним напрямком подальших досліджень є широке впровадження повністю лапароскопічних методик для лікування даної патології.

**Висновки.** 1. Наявність в анамнезі у пацієнтів з ЖКХ механічної жовтяниці, розширення спільної жовчної протоки за даними УСД понад 10 мм, підвищення рівня загального білірубину і його фракцій, підвищених показниках АСТ, АЛТ і ЛФ є показанням до проведення додаткового обстеження для встановлення СМ.

2. При діагностиці СМ найбільшу цінність мають УСД (72,2%) і ЕРХПГ (67,5%).

3. При підозрі на СМ всім пацієнтам показано виконання ЛПХГ, при цьому діагностична цінність даного методу наближається до 100%.

4. Операцією вибору у хворих при СМ I типу є ЛХЕ. При неможливості лапароскопічного оперативного втручання і при СМ II типу перевагу слід віддавати традиційній холецистектомії з дренажуванням холедоха або гепатікоєюноанастомозу за методикою Ру.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Грубник В.В. Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях // В.В. Грубник, А.И. Ткаченко, М.В. Прикупенко [и др.] // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 1 (61). — С. 32—35.
2. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi // Т.И. Тамм, С.Г. Белов, А.Я. Бардюк [и др.] // Украинский журнал хирургии. — 2013. — № 3 (22). — С. 95—98.
3. Дутка Я.Р. Сучасні методи хірургічної корекції механічної жовтяниці у хворих на холедохолітіаз / Я.Р. Дутка, С.М. Чуклін // Шпитальна хірургія. — 2014. — № 2. — С. 82—87.

E.D. KHVOROSTOV, R.N. HRYNIOV, S.A. BYCHKOV, A.I. TSIVENKO, D.P. KUTSENKO

*V.N. Karazin Kharkiv National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical Diseases, Kharkiv*

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND MINI-INVASIVE SURGICAL CORRECTION OF MIRIZZI SYNDROME

Authors provide data of surgical treatment of 255 patients with different types of Mirizzi syndrome. The most informative methods in the diagnosis of Mirizzi syndrome are ultra-sound scanning (72,2%) and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (67,5%). When Mirizzi syndrome was suspected intraoperational laparoscopic cholangiography was applied to all patients. The diagnostic value of this method reached 100%. Laparoscopic cholecystectomy was an option of surgical treatment of patients with Mirizzi syndrome type I. Because of impossibility of laparoscopic surgery or the presence of Mirizzi syndrome type II, traditional open cholecystectomy with common bile duct drainage or Roux-en-Y hepaticojejunostomy was performed.

**Key words:** cholelithiasis, Mirizzi syndrome, ultra-sound scanning, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, intraoperational laparoscopic cholangiography, laparoscopic cholecystectomy, Roux-en-Y hepaticojejunostomy

Стаття надійшла до редакції: 29.04.2016 р.