

## ОБМІН ДОСВІДОМ

DOI 10.31718/2077-1096.23.2.1.156

УДК 616.366-003.7-089.8

Зезекало Є.О., Дудченко М.О., Кравців М.І., Іващенко Д.М., Шевчук М.П.

**ВАРІАНТ ЗАКІНЧЕННЯ ОПЕРАЦІЇ У ПАЦІЄНТА ІЗ СИНДРОМОМ МІРІЗІ**

Полтавський державний медичний університет

Синдром Мірізі являється одним із найтяжчих ускладнень жовчнокам'яної хвороби і найскладнішим патологічним процесом в біліарній хірургії взагалі. Синдром Мірізі являє собою стиснення загальної жовчної або печінкової протоки жовчним конкрементом, який, зазвичай, знаходиться в кармані Гартмана, та подальшим формуванням холецисто-холедохіальної фістули[4]. Даний синдром названий на честь аргентинського хірурга який за допомогою інтраопераційної холангіографії описав відсутність конкрементів в жовчних протоках при наявності її контрактури та явищ холестазу. На сьогоднішній день найпопулярніше класифікація включає в себе 4 типи синдрому Мірізі: I тип – наявність стиснення загальної печінкової протоки конкрементом зі сторони жовчного міхура; II тип – наявність холецисто-холедохіальної фістули на 1/3 діаметру холедоха; III тип – на 2/3 діаметру; IV тип – повна деструкція стінки загальної печінкової протоки з формуванням повної біліобіліарної нориці[5]. Не дивлячись на те, що синдром Мірізі не має власної, специфічної клініки, а скринінгові методи, такі як ультразвукове дослідження черевної порожнини, чітко не вказують на дану патологію, найбільшу ефективність в діагностиці даного захворювання на доопераційному етапі показує ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) жовчовивідних шляхів, що можуть дати змогу, до проведення хірургічного доступу, встановити діагноз та визначити правильний об'єм операції[4, 5, 6]. В статті представлений клінічний випадок Пацієнтки М. 29 років, яка поступила в ургентному порядку в хірургічне відділення. Визначається невідповідність даних магнітно-резонансної томографії жовчних шляхів та виявлених змін анатомічної будови гепатобіліарного тракту при діагностичній лапароскопії, але незважаючи на всю складність ситуації, завдяки навичкам та знанням хірургів, повному дотриманні правил безпечної холецистектомії вдалося успішно завершити операцію мініінвазивним способом, без переходу на середину лапаротомію.

Ключові слова: Синдром Мірізі, холецистохоледохіальна фістула, безпечна холецистектомія, ЕРХПГ, МРТ жовчовивідних шляхів.

Синдром Мірізі являється одним із найтяжчих ускладнень жовчнокам'яної хвороби і найскладнішим патологічним процесом в біліарній хірургії взагалі. Синдром Мірізі являє собою стиснення загальної жовчної, або печінкової протоки, жовчним конкрементом, який, зазвичай, знаходиться в кармані Гартмана[4].

Даний синдром названий на честь аргентинського хірурга, який в 1948 році на інтраопера-

ційній холангіографії описав відсутність конкрементів в жовчних протоках при наявності її контрактури та явищ холестазу. В подальшому багатьма авторами було запропоновано безліч класифікацій даного захворювання, але на сьогоднішній день найпопулярнішою вважається класифікація А. Csendes. Звучить вона наступним чином [5]:

Класифікація синдрому Мірізі	
I тип	стиснення загальної жовчної або печінкової протоки конкрементом зі сторони шийки жовчного міхура, або жовчної протоки;
II тип	утворення холецисто-холедохіальної нориці, що охоплює 1/3 окружності загальної печінкової протоки;
III тип	утворення холецисто-холедохіальної нориці, що охоплює 2/3 окружності загальної печінкової протоки;
IV тип	утворення повної холецисто-холедохіальної нориці з деструкцією стінки загальної печінкової протоки на весь діаметр просвіту

Середня частота виникнення синдрому Мірізі серед усіх хворих із жовчнокам'яною хворобою близько 1.7-2.0%. Доопераційна його діагностика, при використанні всіх методів дослі-

дження, складає не більше 13-20%. Післяопераційна летальність при I типі складає близько 1-3%; при «» типі – 8-13%[5,6].

Основними клінічними симптомами синдрому

Міріззі є механічна жовтяниця, симптоматика хронічного/гострого холециститу, що характеризується тупим або вираженим болем в правій епігастральній області, клінічна картина, що характерна для гострого холангіту, який зазвичай і розвивається з прогресуванням хвороби. На основі цієї симптоматики, диференційну діагностику синдрому Міріззі проводять з такими станами та захворюваннями, як холедохолітиаз, злаякісні новоутворення жовчовивідних шляхів, жовчного міхура. Головки підшлункової залози, псевдотуморозного панкреатиту, метастатичних уражень холедоха, що спричиняються його компресією, склерозуючий холангіт, тощо[5].

В загальноклінічних аналізах – ознаки запального процесу (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, С-реактивного білка і тд.), холестази (підвищення лужної фосфатази, ГГТП).

Діагностика синдрому Міріззі розвивається відносно розвитку технологічного процесу в медицині. В той час, як на початку описання синдрому Міріззі його діагностика була обмежена лише інтраопераційною холангіографією, то на сьогоднішній спектр обстежень куди більший. Основним, скринінговим, методом діагностики є ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, так як цей метод дослідження є найбільш доступним та неінвазивним. Однак, хоча б запідозрити синдром Міріззі при виконанні ультразвукового дослідження вдається вкрай рідко, оскільки прямих ознак, що вказують на дану патологію, немає, а наштовхнути на цю патологію можуть наступні дані – зморщений жовчний міхур, розширення внутрішньопечінкових жовчних проток, при нормальному дистальному просвіті холедоха. Чутливість ультразвукової діагностики до даного захворювання варіює від 4 до 36%[4,6]. Найбільш інформативними способами дослідження при синдромі Міріззі є ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія та магнітно-резонансна томографія жовчних шляхів. Що стосується першого методу дослідження, то його чутливість до синдрому Міріззі вкрай висока – більше 75%. Однак, треба враховувати і вкрай серйозні ускладнення, що може спровокувати ендоскопічна холангіографія, такі як розвиток гострого панкреатиту, травматизація жовчних шляхів та дванадцятипалої кишки, кровотечі, сепсис, тощо. Перевагами магнітно-резонансної томографії жовчних шляхів є відсутність інвазивності наряду з високою ефективністю методу. Однак багато авторів ведуть дебати стосовно того, який з методів більш ефективний у верифікації діагнозу синдрому Міріззі на дообстеженні[6].

Окрім методу верифікації діагнозу, спори йдуть і за вибір найбільш оптимального способу хірургічного лікування. Більшість авторів наголошують на протипоказанні лапароскопічної холецистектомії при синдромі Міріззі. Антоніу С.А. та співавт. (2010) в своєму обзорі літератури про використання лапароскопічних методів лікуван-

ня синдрому Міріззі вказують, що 40% - закінчується конверсією, 20% - ускладнень та 6% - повторних операцій; однак існують багато публікацій про перспективні можливості та переконливі позитивні результати після виконання мініінвазивного видалення жовчного міхура при I-му та II-му типах синдрому Міріззі. У випадку, коли вже сформована біліобіліарна нориця на 1/3 окружності загальної печінкової протоки, слід розділити стінки фістули для подальшого закриття дефекту, або виконати пластику дефективної стінки залишковими тканинами жовчного міхура. Однак деякі автори вважають, що такі дії призведуть до утворення конкрементів у загальній жовчній протоці. Що стосується ситуації, коли фістула утворена на 2/3 окружності протоки, або з повною деструкцією її стінки з формуванням нориці на весь просвіт загальної печінкової протоки, то на сьогоднішній день перевага надається накладанню білідигестивних анастомозів[4,5].

Як висновок, можна стверджувати, що на сьогоднішній день синдром Міріззі залишається актуальною проблемою як на етапі діагностики, так і на етапі безпосереднього лікування проблеми, оскільки під час операції зберігається високий ризик розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень. Найбільш частими серед них є розвиток стриктури загальної жовчної протоки. На думку Г.І. Дряженкова та І.Г. Дряженкова, серед оперованих пацієнтів із синдромом Міріззі, стриктура холедоха розвивається у близько 6.5% пацієнтів.

### Мета

Удосконалення тактики хірургічного лікування, у зв'язку з відсутністю єдиного способу вирішення проблеми.

### Матеріали і методи

В даному дослідженні проводиться аналіз клінічного випадку в хірургічному відділенні № 2 КП «2-га МКЛ ПМР» м. Полтава.

Пацієнтка М 29 років, поступила в х/в № 2 КП «2-га МКЛ ПМР» зі скаргами на виражені болі в правому підребер'ї, пожовтіння шкіри та склер, нудоту, виражену загальну слабкість.

При обстеженні у стаціонарі: в загальноклінічному аналізі крові помірно виражений лейкоцитоз –  $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ; в біохімічному аналізі крові – гіпербілірубінемія за рахунок прямої фракції (заг. білірубін – 95 мкмоль/л, прямий білірубін – 73 мкмоль/л).

На УЗД ОЧП – ознаки гострого калькульозного холециститу із вклиненням жовчного конкременту, до 23 мм і діаметрі, в шийці жовчного міхура; розширенням загальної жовчної протоки до 13 мм в діаметрі.

Хвора дообстежена в об'ємі: ФГДС – еритематозна гастродуоденопатія, відсутність жовчі в ДПК, пролабування великого сосочка дванадцятипалої кишки; МРТ ОЧП з холангіографією – ознаки гострого калькульозного холециститу,

холедохолітазу (жовчний конкремент до 9 мм в діаметрі в дистальній частині холедоха).

На основі клінічної картини, анамнезу, даних фізикальних та інструментально-лабораторних методів дослідження встановлено попередній діагноз «ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця». Прийнято рішення про виконання лапароскопічного методу лікування.

Хвора була підготовлена до оперативного втручання. Виконана діагностична лапароскопія. При ревізії виявлено жовчний міхур розмірами близько 9\*4 см., стінка його потовщена до 10 мм., набрякла, гіперемована, з множинними петехіями, злуковий процес запального характеру між великим сальником та жовчним міхуром, шийка жовчного міхура та елементи гепатодуоденальної зв'язки не визначалися через інфільтрацію тканин. При розділенні інфільтрату встановлено вклинення жовчного конкременту в шийці міхура, а стінка в області кармана Гартмана щільно спаяна із загальною печінковою протокою. Виділити шийку жовчного міхура не вдалося, у зв'язку з великим ризиком травмування холедоха, тому прийнято рішення, для виконання безпечної холецистектомії, відділити жовчний міхур субсерозно від дна для повної візуалізації трубчатих структур[1,2,3]. Тільки після того, як відділили міхур від дна, вдалося встановити, що міхурова протока на всьому протязі щільно спаяна із загальною печінковою протокою і відділити її, не пошкодивши останню, неможливо. Тому жовчний міхур перев'язаний вище його зрощення із печінковою протокою та відсічений. З шийки вилучений вклинений жовчний конкремент до 20 мм в діаметрі, після чого вдалося візуалізувати наявність норицевого ходу між жовчним міхуром та загальною печінковою протокою. Ревізія позапечінкових жовчних протоків за допомогою зонда Фогарті, кошика Дорміа та бужа через куксу міхура виконати не вдалося. Виділена загальна жовчна протока, розсічена – виділилася темна, мутна жовч з домішками гною. При ревізії ЗЖП в напрямку ДПК завести буж та зонд Фогарті не вдалося. Процес розцінений як стенозуючий гнійний холангіт. Холедох герметично ушитий. Позапечінкові жовчні протоки дреновані через куксу жовчного міхура. Норицевий дефект закритий за допомогою пластики тканинами жовчного міхура. Дренування підпечінкового простору.

### Результати дослідження

Незважаючи на складність ситуації під час виконання оперативного втручання, розбіжність даних інструментальних методів досліджень та реальної ситуації в черевній порожнині, що могло б призвести до ятрогенних ускладнень, таких

як пошкодження позапечінкових жовчних протоків, завдяки навичкам та знанням хірургів, повноцінному дотриманні правил безпечної холецистектомії, вдалося завершити оперативне втручання мініінвазивним способом та без травмизації життєво важливих структур.

Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Рівень загального білірубіну при виписці – 19 мкмоль/л.

Через 2 тижні після оперативного втручання хворій виконано ПСТ з вилученням жовчного конкременту та ретроградним стентуванням ЗЖП.

Через 2 тижні після ПСТ дренаж із ЗЖП вилучений.

Стент вилучений через 2 місяці після його встановлення. Кінцевий стан хворої після проведення всього курсу лікування – задовільний.

На контрольному УЗД ОЧП – вільної рідини в черевній порожнині та будь якої органічної патології органів черевної порожнини не виявлено.

### Висновки

У зв'язку з тяжкістю та варіабельністю ускладнень, виділити єдиний, правильний метод хірургічного лікування на сьогоднішній день не має можливості і саме тому, тактику завершення операції обирає кожен хірург індивідуально, в залежності від своїх хірургічних навичок та анатомічних змін, викликаних основним захворюванням[1,2]. Наявність синдрому Міріззі у пацієнта під час операції збільшує ризик інтра- та післяопераційних ускладнень, один із яких є ризик пошкодження загальної жовчної протоки[2,3], а використання більш сучасних методів обстеження на доопераційному етапі дозволить розробити раціональну хірургічну тактику в залежності від типу захворювання, що надасть змогу покращити результати лікування пацієнтів з цим ускладненням.

### Літератури

1. Berci G, Hunter J, Morgenstern L, et al. Laparoscopic cholecystectomy: first, do no harm; second, take care of bile duct stones. *Surg Endosc.* 2013;27:1051–1054.
2. Pucher PH, Brunt LM, Davies N, et al. SAGES Safe Cholecystectomy Task Force. Outcome trends and safety measures after 30 years of laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and pooled data analysis. *Surg Endosc.* 2018;32:2175–2183.
3. Hugh TB. New strategies to prevent laparoscopic bile duct injury--surgeons can learn from pilots. *Surgery.* 2002;132:826–835.
4. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecysto-biliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989;76:1139–1143.
5. Schäfer M, Schneiter R, Krähenbühl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc Other Interv Tech.* 2003;17(8):1186–1190.
6. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol.* 1982;1:219–225.

## Summary

### OPTION TO FINISH SURGICAL OPERATION IN PATIENT WITH MIRIZZI SYNDROME

Zezekealo Ye., Dudchenko M., Kravtsiv M., Ivaschenko D., Shevchuk M.

Key words: Mirizzi syndrome, cholecysto-choledochal fistula, safe cholecystectomy, ERCP, MRI of biliary tract.

Mirizzi syndrome is a rare condition caused by the obstruction of the common bile duct or common hepatic duct by external compression from multiple impacted gallstones or a single large impacted gallstone in Hartman's pouch.

Mirizzi syndrome is one of the most severe complications of cholelithiasis and the most complex pathological process in biliary surgery in general. Mirizzi syndrome is a compression of the common hepatic bile duct by a gallstone, which is usually located in Hartmann's pouch, and the subsequent formation of a cholecysto-choledochal fistula. This syndrome is named after the Argentinean surgeon, who described the obstruction of the common bile duct or common hepatic duct by external compression from multiple impacted gallstones or a single large impacted gallstone; the phenomenon was observed during the intraoperative cholangiography. Mirizzi syndrome is conventionally classified into four types: type I is described as the compression of the common hepatic duct by a stone from the gallbladder side; type II is characterized by the presence of a cholecysto-choledochal fistula that involves one-third of the choledochus diameter; type III is similar to type II but involves two-thirds of the choledochus diameter; type IV represents complete destruction of the wall of the common hepatic duct, resulting in the formation of a complete biliobiliary fistula. Mirizzi syndrome does not have its own specific clinical manifestations, and screening methods like abdominal ultrasonography may not always provide a clear indication of this pathology. In such cases, diagnostic procedures such as endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and magnetic resonance imaging (MRI) of the biliary tract can help establish an accurate diagnosis and determine the appropriate surgical approach prior to the operation. The article presents the clinical case of a 29-year-old patient M., who was admitted to the surgical department. Although there was a discrepancy between the findings of magnetic resonance imaging of the biliary tract and the identified anatomical changes during diagnostic laparoscopy of the hepatobiliary tract, the surgeons' expertise and adherence to safe cholecystectomy guidelines enabled the successful completion of the operation using a minimally invasive approach.

DOI 10.31718/2077-1096.23.2.1.159

УДК 617.72-006.03-08

**Олефір І.С.**

## НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ОСТЕОМИ ХОРІОІДЕЇ

Полтавський державний медичний університет

*Остеома хоріоїдеї – це досить рідкісне, доброякісне утворення судинної оболонки, що найчастіше зустрічається у жінок працездатного віку та характеризується утворенням неоваскуляризації в 31-47 % випадків, описується навіть розвиток двосторонньої атрофії зорового нерву. Етіологія захворювання залишається невідомою, стійких асоціацій з іншими очними або системними захворюваннями, а також з будь-якими порушеннями обміну кальцію або фосфору не було описано в літературі. У роботі наведено клінічний випадок діагностики та лікування остеоми хоріоїдеї, що була поєднана з вторинним серозним відшаруванням сітківки. Пацієнту 1993 р. народження була проведена закрита субтотальна вітректомія з ендотампонадою силіконовою олією 1300сс у зв'язку з наявною остеомою хоріоїдеї, що ускладнювалась вторинним відшаруванням сітківки. Перебіг раннього післяопераційного періоду був без особливостей, але через 2 тижні після хірургічного лікування у хворого були відмічені появу ознак запалення переднього відділу судинного тракту з формуванням преципітатів, вторинної офтальмогіпертензії, ефекту Тіндаля та зниження гостроти зору, що поступово призвело до утворення пігментованого ексудату в передній камері. Проведена протизапальна та гіпотензивна терапія дозволила мінімізувати прояв запальних змін та відновити нормотонію. У результаті проведеного комплексного лікування вдалось досягти покращення гостроти зору та відновлення морфологічної структури сітківки, однак функціональні результати після проведеного лікування залишились низькими, що на нашу думку може бути пов'язано з топографічним розташуванням остеоми, так як локалізація в парамакулярній зоні не є позитивним прогностом в післяопераційному періоді. Також, наявне тривале відшарування сітківки і ускладнення в ранньому післяопераційному періоді могли вплинути на низькі функціональні результати після проведеного оперативного лікування.*

Ключові слова: остеома хоріоїдеї, сітківка, відшарування сітківки, пухлина, оптична когерентна томографія

Робота в планову НДР кафедри: «Розробка діагностичних критеріїв змін очної поверхні та гангліозного шару сітківки за даними інтерферометрії та оптичної когерентної томографії» 0119 U102848

### Вступ

Остеома хоріоїдеї — рідкісна доброякісна пухлина, що характеризується формуванням зрілої

кісткової тканини у власне судинній оболонці ока, що може входити в симптомокомплекс деяких спадкових захворювань, наприклад синдрому Гарднера, що проявляється формуванням