

УДК 616.366–003.7–089
DOI: 10.24061/1727-0847.17.2.2018.12

І.О. Козак, С.Р. Микитюк*, В.П. Мосійчук, Л.І. Козак*

*Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, *Хмельницька обласна лікарня*

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ (ВЛАСНЕ КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ З ОГЛЯДОМ ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. У статті наведені огляд літератури та власне клінічне спостереження щодо діагностики і хірургічного лікування синдрому Міріззі – рідкісного ускладнення жовчнокам'яної хвороби. Клінічна картина цього захворювання не має характерних симптомів. Основними клінічними ознаками СМ є періодична жовтяниця (84%), біль у правому підребер'ї (75%) і холангіт (56%), явища гострого холециститу і панкреатиту. Найбільш інформаційним методом передопераційної діагностики синдрому є магнітно-резонансна томографія, яка, на жаль, малодоступна для широкого використання. Діагностична чутливість МРТ при СМ становить 97,6%, інтраопераційної холангіографії – 94%, ЕРХПГ – 86%, ЧЧХГ – 5%, фіброхолангіоскопії – 77%, УЗД – 46%. Найбільш часто трапляється І тип СМ (10,5–51%), рідше II тип (15–41%), ще рідше типи III (3–44%), IV (7,4%) та V (2,9%). Провідна роль в лікуванні синдрому належить відкритим хірургічним втручанням. Лапароскопічна холецистектомія може бути показана тільки окремим пацієнтам з СМ І типу. Конверсія при цьому відбувається в 31–100 %, ускладнення – у 60 %, пошкодження гепатикохоледоха – у 22 %. Відкрита холецистектомія залишається стандартом. При II і III типах СМ виконують холецистектомію, зберігаючи частину кишені Hartmann з подальшою пластикою СЖП на дренажі Кера. При СМ IV типу показана гепатикоеюностомія. Зміна послідовності етапів операції, у власному спостереженні, із виконанням холангіографії перед холецистектомією дала можливість діагностувати та встановити тип синдрому Міріззі, визначити оптимальний обсяг хірургічного втручання, запобігти інтра- та післяопераційні ускладненням.

Ключові слова: синдром Міріззі; діагностика; хірургічне лікування; ускладнення.

Синдром Міріззі (СМ) трапляється в 0,2–2,7%, є важким ускладненням жовчнокам'яної хвороби [1, 2].

У 1948 році аргентинський хірург Pablo Luis Mirizzi описав синдром, при якому відзначається локальний спазм м'язового шару спільної жовчної протоки (СЖП) у відповідь на вклинення каменю в шийку жовчного міхура. Дослідження основані на результатах аналізу інтраопераційних холангіограм у 7 хворих із жовчнокам'яною хворобою. Спочатку Р. Mirizzi пояснював описаний феномен наявністю фізіологічного сфінктера СЖП. Пізніше Р. Mirizzi пояснив розвиток цього ускладнення обструкцією СЖП конкрементом, що вклинився в ділянку шийки жовчного міхура або міхурової протоки, відзначаючи помилковість попередньої думки про спазм м'язового сфінктера. У подальшому описаний Міріззі синдром названий на його честь [3].

Стиснення СЖП трансформується у стриктуру за умови, коли хірургічне лікування відкладається

і захворювання набуває затяжного перебігу, а періоди благополуччя змінюються загостреннями. З часом стінки жовчного міхура і гепатикохоледоха наближуються, дотикаються. Під дією маси конкременту порушується трофіка тканин, виникає пролежень стінок жовчного міхура і жовчної протоки з наступним формуванням міхуровохоледохеальної норичі [4].

Хірург, який стикається із СМ, опиняється у складній ситуації у зв'язку із відсутністю характерних клінічних симптомів захворювання. Основними клінічними ознаками СМ є періодична жовтяниця (84%), біль у правому підребер'ї (75%) і холангіт (56%), явища гострого холециститу і панкреатиту [3,5,6]. Останнім часом до СМ відносять міграцію каменів із жовчного міхура у кишечник та, як її наслідок, – появу симптомів кишкової непрохідності [7].

Із лабораторних даних заслуговують на увагу гіпербілірубінемія, підвищений рівень амінотрансфераз, лейкоцитоз [8].

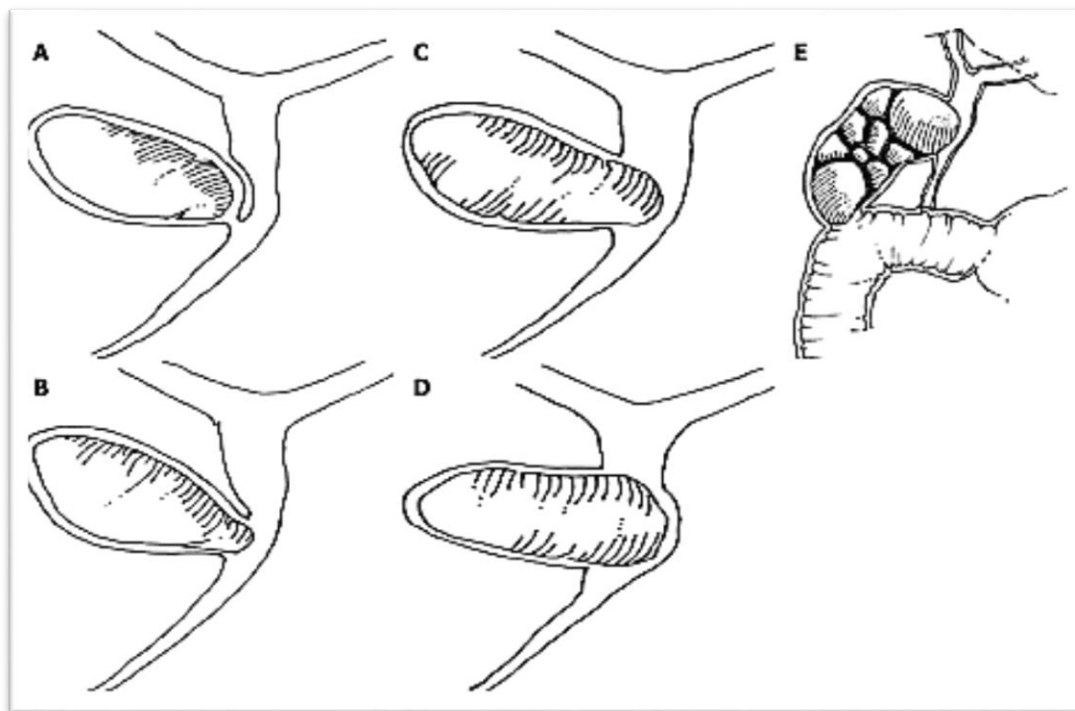


Рисунок. Типи синдрому Мірізі, запозичено у Beltran [4]

Розпізнати в передопераційний період синдром Мірізі доволі важко. Для діагностики застосовують ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію (МРТ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатіографію (ЕРХПГ), черезшкірну черезпечінкову холангіографію (ЧЧХГ). Однак точний діагноз в 62–74% встановлюється тільки під час операції [1,9,10,11,12].

Діагностична чутливість МРТ при СМ становить 97,6% інтраопераційної холангіографії – 94%, ЕРХПГ – 86%, ЧЧХГ – 5%, фіброхолангіоскопії – 77%, УЗД – 46% [13,14].

Розрізняють V типів синдрому Мірізі (Рисунок).

I тип (A) – це стиснення і звуження проксимального відділу гепатикохоледоха зовнішніми факторами – конкрементом, зрощенням між жовчним міхуром і гепатодуоденальною зв'язкою або запальним інфільтратом.

II тип (B) – характеризується наявністю холецистохоледохеальної нориці з дефектом однієї третини окружності стінки спільної жовчної протоки.

III тип (C) – холецистобіліарна нориця з деструкцією двох третин окружності спільної жовчної або печінкової проток.

IV тип (D) – визначається враженням деструкційним процесом усієї окружності гепатикохоледоха.

V тип (E) – відповідає будь-якому синдрому Мірізі і містить наявність холецистоентеральної нориці без кишкової непрохідності (Va тип СМ) або з жовчнокам'яною непрохідністю кишечника (Vb тип СМ) [3, 15].

Найбільш часто трапляється I тип СМ (10,5–51%), рідше II тип (15–41%), ще рідше типи III (3–44%), IV (7,4%) та V (2,9%) [7,16].

Провідна роль у лікуванні хворих із СМ належить хірургічному втручання [17]. Але не діагностований до операції СМ небезпечний ятрогенним пошкодженням гепатикохоледоха [18].

Труднощі перед- та інтраопераційної діагностики, вибору хірургічної тактики під час хірургічного лікування СМ демонструє власне клінічне спостереження.

Хвора М., 56 років поступила до хірургічного стаціонару 20.01.2014 року зі скаргами на загальну слабкість, високу температуру тіла, жовтяницю, свербіж. Хворі протягом 18 років, періодично спостерігались напади жовчної коліки, жовтяниця, лихоманка. За медичною допомогою зверталась рідко. У випадках стаціонарного лікування від рекомендованого хірургічного втручання відмовлялась. Об'єктивно: стан хворої середньої тяжкості, виявлені виразна жовтяничність склер і шкірних покривів, біль у правому підреб'ї при пальпації. Відзначались темний колір сечі та помірно знебарвлений кал. Гемоглобін – 106г/л, еритроцити – 3,36Т/л, кольоровий показ-

ник – 0,58, лейкоцити – 18,4Г/л, ШОЕ – 8мм/год, тромбоцити – 293Г/л, білірубін сироватки крові – 99,1мкмоль/л, білірубін прямий – 46,8мкмоль/л, непрямий – 52,3мкмоль/л, сечовина сироватки крові – 5,57ммоль/л. При УЗД виявлено: спільна жовчна протока 12мм, у середній третині її візуалізується конкремент 15мм. Жовчний міхур деформований, заповнений конкрементами різної величини. При фіброгастродуоденоскопії: Фатерів сосок не візуалізується, у просвіті дванадцятипалої кишки визначаються сліди жовчі. 27.01.2014 року хвора прооперована. Інтраопераційно: печінка дещо збільшена, темно-коричнева. У підпечінковому просторі пальпується інфільтрат, який розповсюджується на печінково-дванадцятипалу зв'язку. Спільна жовчна протока 15мм в поперечному розмірі, у ній пальпується конкремент великих розмірів. Виникла підозра наявності СМ. На жаль, візуальні та пальпаторні дані не дали можливості встановити тип синдрому. Змінена послідовність виконання операції та інтраопераційної холангіографії. Першим етапом виконана холедохотомія в супрадуоденальній частині СЖП безпосередньо над конкрементом. Для цього конкремент зафіксований між двома пальцями лівої кисті хірурга. Другим етапом здійснено зовнішнє дренивання СЖП за методом Вишневського, третім – інтраопераційна холангіографія. Контрастна рідина (тріомбаст) неінтенсивно потрапляє в жовчний міхур та обтікає скупчення каменів жовчного міхура в ділянці його шийки. Міхурова протока не контрастується. Виявлена нориця між жовчним міхуром і СЖП. Стінка СЖП деструктивно змінена на одну третину. Термінальна частина СЖП не розширена, додаткових конкрементів у ній не виявлено. Контраст потрапляє в дванадцятипалу кишку. Наступним етапом операції були: холецистектомія із збереженням 0,7см стінки жовчного міхура, ревізія, санація гепатикохоледоха, пластика дефекту стінки СЖП залишком жовчного міхура, санація, дренивання підпечінкового простору. Післяопераційний перебіг неускладнений. Черездренажна холангіографія виконана на 8-му добу післяопераційного періоду, під час якої встановлена повна прохідність СЖП, відсутність у ній конкрементів. Дренаж СЖП видалено на 12-ту добу. Хвора виписана додому на 23-тю добу стаціонарного лікування. Оглянута через 1,5 роки, скарг не пред'являє.

Наведений у клінічному спостереженні СМ відповідає II типу. Застосування інтраопераційної черездренажної холангіографії перед видаленням жовчного міхура дало можливість своєчасно визначити тип СМ та визначити оптимальний обсяг

хірургічного втручання зі збереженням частки шийки жовчного міхура – виконання субтотальної холецистектомії.

Після верифікації анатомічних структур виконують розтин жовчного міхура в ділянці дна. Розтин продовжують до кишені Hartmann, видаляють фіксований жовчний конкремент. Рефлюкс жовчі вказує на сполучення між жовчним міхуром і СЖП. Міхурова протока при цьому завжди виявляється облітерованою. Холецистектомію виконують, зберігаючи частину кишені Hartmann. Таку операцію виконують при II і III типах СМ. Пластику СЖП здійснюють на дренажі Кера.

Операцію при СМ завершують ревізією, зовнішнім дрениванням СЖП, холангіографією, оскільки при СМ конкременти у жовчному міхурі в 25–40% випадків поєднуються з холедохолітіазом [3].

При СМ II типу залишають 5мм стінки жовчного міхура, при III типі – не менше 1см. Лікування СМ IV типу передбачає застосування операції гепатикоєюностомії на виключеній за Ру петлі порожньої кишки, а при СМ Va типу – роз'єднання білідигестивної нориці з ушиванням органа, на який вона розповсюджується. При СМ Vb типу першим етапом ліквідують гостру непрхідність кишечнику, другим (трьома або більше місяцями постіль) виконують операцію на жовчному міхурі, враховуючи наявність чи відсутність зовнішньої компресії гепатикохоледоха, холецистохоледохеальної нориці [3].

Із власного досвіду лікування 93 пацієнтів із СМ III. Карімов та співавт. рекомендують розбивати операційне втручання на два етапи. Під час першого, яке нерідко виконується як термінове, проводити лише декомпресію жовчних шляхів, а під час другого – відновлювати пасаж жовчі по тонкій кишці [12].

Лапароскопічні операції при СМ не можуть бути рекомендовані у якості стандартної хірургічної процедури [3]. Вони лише показані тільки окремим пацієнтам з СМ I типу, відкрита холецистектомія залишається стандартом [19]. Конверсія при цьому відбувається в 31–100%, ускладнення – у 60%, пошкодження гепатикохоледоха – у 22% випадків, а летальність становить 0–25% [20, 21, 22]. Однак Тамм Т.І. та співавт. [2] при СМ I типу вдалося виконати лапароскопічну холецистектомію у 88,2% пацієнтів. Такої ж думки дотримуються інші автори [1, 13]. У літературі є повідомлення про успішну лапароскопічну холедохопластику при СМ II типу [23].

Отже, представлений огляд літератури та результат власного клінічного спостереження засвідчує, що в діагностиці і хірургічному лікуванні

синдрому Міріззі, як рідкісного і тяжкого ускладнення жовчнокам'яної хвороби, існує багато невирішених питань. Вони відносяться як до визначення оптимальної лікувально-діагностичної тактики, так і застосування альтернативних методів лікування.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Синдром Міріззі рідко трапляється у практиці хірурга. Традиційні методи діагностики є малоінформаційними. Оптимальним методом передопераційної верифікації діагнозу є магнітно-резонансна томографія. Точний діагноз синдрому

Міріззі важко встановити навіть під час операції. Зміна послідовності етапів операції із застосуванням холангіографії перед виконанням холецистектомії дає можливість своєчасно діагностувати та встановити тип синдрому Міріззі, визначити оптимальний обсяг хірургічного втручання, запобігти інтра- та післяопераційним ускладненням. Перспективою подальших досліджень є розробка доступних для широкого використання передопераційних методів діагностики у хворих з підозрою на синдром Міріззі.

Список використаної літератури

1. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение синдрома Мирицци. / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нушанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010. - Т. 4. - С. 67-73.
2. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирицци / Т.И. Тамм, С.Г. Белов, А.Я. Бардюк [и др.] // Український журнал хірургії. - 2013. - Т. 3. - С. 95-98.
3. Beltran MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World J Gastroenterol.* - 2012. - Vol. 18. - P. 4639-4650.
4. 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. - P. 2237-2243.
5. Kumar A, Senthil G, Prakash A, Behari A, Singh R, Kapoor V, et al. Mirizzi's syndrome: lessons learnt from 169 patients at a single center. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.* - 2016. - Vol. 20. - P. 17-22.
6. Kelly MD. Acute mirizzi syndrome. *JLS.* - 2009. - Vol. 13(1). - P. 104-109.
7. Lampropoulos P, Paschalidis N, Marinis A, Rizos S. Mirizzi syndrome type Va: A rare coexistence of double cholecysto-biliary and cholecysto-enteric fistulae. *World J Radiol.* - 2010. - Vol. 2. - P. 410-413.
8. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирицци / В.И. Грязев В.В., Перфильев С.П., Щепкин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2008. - Т. 11. - С. 31-34.
9. Современные возможности диагностики синдрома Мирицци (сообщение 1) / Н.А. Майстренко, С.Б. Шейко, В.В. Стукалов [и др.] // Вестник хирургии. - 2009. - Т. 168(2). - С. 27-33.
10. Pariani D, Zetti G, Galli F, Cortese F. Mirizzi syndrome: from ultrasound diagnosis to surgery—a case report. *Case Rep Surg [Internet].* 2013[cited 2013 Jan 10];2013:268760. Available from: hindawi.com/journals/cris/2013/268760. DOI: 10.1155/2013/268760.
11. Li B, Li X, Zhou WC, He MY, Meng WB, Zhang L, et al. Effect of endoscopic retrograde cholangiopancreatography combined with laparoscopy and choledochoscopy on the treatment of Mirizzi syndrome. *Chin Med J (Engl).* 2013. - Vol. 126(18). - P. 3515-3518.
12. Karimov ShI, Khakimov MSh, Khadjibaev FA, Alidjanov FB, Altiev BK, Tilimisov SO, et al. Surgical tactics for Mirizzi's syndrome. *Int J Biomed.* - 2014. - Vol. 4(2). - P. 85-88.
13. Синдром Мирицци: диагностика и хирургическая тактика / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин, Е.Л. Комарь [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2012. - Т. 2(17). - С. 115-118.
14. Wani NA, Khan NA, Shah AI, Khan AQ. Post-cholecystectomy Mirizzi's syndrome: magnetic resonance cholangiopancreatography demonstration. *Saudi J Gastroenterol.* - 2010. - Vol. 16(4). - P. 295-298.
15. Faridi MS, Pandey A. Mirizzi syndrome type II with cholecystoduodenal fistula: an infrequent combination. *Malays J Med Sci.* - 2014. - Vol. 21(1). - P. 69-71.
16. Lao WT, Chan WP. Mirizzi syndrome. *Intern Med.* - 2013. - Vol. 52(12). - P. 1419.
17. Гоч Е.М. Хирургическое лечение синдрома Мирицци / Е.М. Гоч, В.В. Михневич, А.С. Толстокоров // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2010. - Т. 6(2). - С. 458-460.
18. Ахаладзе Г.Г. Синдром Мирицци – причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха. / Г.Г. Ахаладзе, А.Е. Котовский, Т.В. Унгурияну, Э.И. Гальперин // Хирургия. - 2009. - Т. 7. - С. 21-23.
19. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, et al. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience. *J Am Coll Surg* 2011. - Vol. 213. - P. 114-119.
20. Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. *Surg Endosc* 2010. - Vol. 24. - P. 33-39.
21. Mithani R, Schwesinger WH, Bingener J, Sirinek KR, Gross GW. The Mirizzi syndrome: multidisciplinary management promotes optimal outcomes. *J Gastrointest Surg* 2008. - Vol. 12. - P. 1022-1028.
22. Aydin U, Yazici P, Ozsan I, Ersöz G, Ozütemiz O, Zeytinlu M, Coker A. Surgical management of Mirizzi

syndrome. *Turk J Gastroenterol.* 2008. – Vol. 19. – P. 258–263.

23. Hiraki M, Ueda J, Kono H, Egawa N, Saeki K, Tsuru Y et al. A case of Mirizzi syndrome that was successfully treated by laparoscopic choledochoplasty using a gallbladder patch. *J Surg Case Rep [Internet].* 2017 Nov [cited 2017 Nov 7];2017(11): rjx212. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5691864> DOI: 10.1093/jscr/rjx212.

References

1. Nazyrov FG, Akbarov MM, Nishanov MSh. Diagnostika i lecheniye sindroma Mirizzi [Mirizzi syndrome diagnostic and treatment]. *Pirogov Russian Journal of Surgery.* 2010;4:67-73. (in Russian).
2. Tamm TI, Belov SG, Bardyuck AY, Kramarenko KA, Mamontov IN, Abud Khamam, et al. Diagnostika i khirurgicheskaya korrektsiya sindroma Mirizzi [Diagnosis and Surgical Treatment of Mirizzi Syndrome]. *Ukrainian Journal of Surgery.* 2013;3:95-8. (in Russian).
3. Beltran MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World J Gastroenterol.* 2012;18:4639-50.
4. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg.* 2008;32:2237-43.
5. Kumar A, Senthil G, Prakash A, Behari A, Singh R, Kapoor V, et al. Mirizzi's syndrome: lessons learnt from 169 patients at a single center. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2016;20:17-22.
6. Kelly MD. Acute mirizzi syndrome. *JLS.* 2009;13(1):104-9.
7. Lampropoulos P, Paschalidis N, Marinis A, Rizos S. Mirizzi syndrome type Va: A rare coexistence of double cholecysto-biliary and cholecysto-enteric fistulae. *World J Radiol.* 2010;2:410-13.
8. Grevasov VI, Perfil'yev VV, Shchepkin SP, Sivokon' NI, Petrichenko AV, Chuguyevskiy VM. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирizzi [Diagnosis and surgical tactics for Mirizzi syndrome]. *Pirogov Russian Journal of Surgery.* 2008;11:31-4. (in Russian).
9. Maystrenko NA, Sheyko SB, Stukalov VV, Ratnikov VA, Basos SF, Kazakevich GG, et al. Sovremennyye vozmozhnosti diagnostiki sindroma Miritstsi (soobshcheniye 1) [Modern possibilities of diagnosis of the syndrome Miritstsi (Post 1)]. *Vestnik Khirurgii Imeni I.I.Grekova.* 2009;168(2):27-33. (in Russian).
10. Pariani D, Zetti G, Galli F, Cortese F. Mirizzi syndrome: from ultrasound diagnosis to surgery—a case report. *Case Rep Surg [Internet].* 2013[cited 2013 Jan 10];2013:268760. Available from: hindawi.com/journals/cris/2013/268760. DOI: 10.1155/2013/268760.
11. Li B, Li X, Zhou WC, He MY, Meng WB, Zhang L, et al. Effect of endoscopic retrograde cholangiopancreatography combined with laparoscopy and choledochoscopy on the treatment of Mirizzi syndrome. *Chin Med J (Engl).* 2013;126(18):3515-18.
12. Karimov ShI, Khakimov MSh, Khadjibaev FA, Alidjanov FB, Altiev BK, Tilimisov SO, et al. Surgical tactics for Mirizzi's syndrome. *Int J Biomed.* 2014;4(2):85-8.
13. Kolkin YG, Khatsko VV, Dudin AM, Komar EL, Fominov VM. Sindrom Mirizzi: diagnostika i khirurgicheskaya taktika [Mirizzi's syndrome: diagnostics and surgical approach]. *Ukrainian Journal of Surgery.* 2012;2:115-8. (in Russian).
14. Wani NA, Khan NA, Shah AI, Khan AQ. Post-cholecystectomy Mirizzi's syndrome: magnetic resonance cholangiopancreatography demonstration. *Saudi J Gastroenterol.* 2010;16(4):295-8.
15. Faridi MS, Pandey A. Mirizzi syndrome type II with cholecystoduodenal fistula: an infrequent combination. *Malays J Med Sci.* 2014;21(1):69-71.
16. Lao WT, Chan WP. Mirizzi syndrome. *Intern Med.* 2013;52(12):1419.
17. Goch EM, Mikhnevich VV, Tolstokorov AS, Borisov VA, Kovalenko YuV, Akchurina DR. Khirurgicheskoye lecheniye sindroma Mirizzi [Surgical Treatment Of Mirizzi Syndrome]. *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2010;6(2):458-60. (in Russian).
18. Akhaladze GG, Kotovskiy AY, Unguryanu TV, Gal'perin EI. Sindrom Mirizzi – prichina yatrogennykh povrezhdeniy gepatikokholedokha [Mirizzi syndrome - the cause of iatrogenic lesions of the hepatocholus]. *Khirurgiya.* 2009;7:21-3. (in Russian).
19. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, et al. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience. *J Am Coll Surg* 2011;213:114-19.
20. Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. *Surg Endosc* 2010;24:33-9.
21. Mithani R, Schwesinger WH, Bingener J, Sirinek KR, Gross GW. The Mirizzi syndrome: multidisciplinary management promotes optimal outcomes. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1022-8.
22. Aydin U, Yazici P, Ozsan I, Ersöz G, Ozütemiz O, Zeytinlu M, Coker A. Surgical management of Mirizzi syndrome. *Turk J Gastroenterol.* 2008;19:258-63.
23. Hiraki M, Ueda J, Kono H, Egawa N, Saeki K, Tsuru Y et al. A case of Mirizzi syndrome that was successfully treated by laparoscopic choledochoplasty using a gallbladder patch. *J Surg Case Rep [Internet].*

2017 Nov [cited 2017 Nov 7];2017(11): rjx212. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5691864> DOI: 10.1093/jscr/rjx212.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА МИРИЗЗИ (СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С ОБЗОРОМ ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. В статье приведены обзор литературы и собственное клиническое наблюдение по диагностике и хирургическому лечению синдрома Мириizzi - редкого осложнения желчнокаменной болезни. Клиническая картина этого заболевания не имеет характерных симптомов. Основными клиническими признаками СМ является периодическая желтуха (84%), боль в правом подреберье (75%) и холангит (56%), явления острого холецистита и панкреатита. Наиболее информативным методом предоперационной диагностики синдрома является магнитно-резонансная томография, которая, к сожалению, мало доступна для широкого использования. Диагностическая чувствительность МРТ при СМ составляет 97,6%, интраоперационной холангиографии - 94%, ЭРХПГ - 86%, ЧЧХГ - 5%, фиброхолангиоскопии - 77%, УЗИ - 46%. Наиболее часто встречается I тип СМ (10,5-51%), реже II тип (15-41%), еще реже типы III (3-44%), IV (7,4%) и V (2,9%). Ведущая роль в лечении синдрома принадлежит открытым хирургическим вмешательствам. Лапароскопическая холецистэктомия может быть показана только отдельным пациентам с СМ I типа. Конверсия при этом происходит в 31-100%, осложнения - у 60%, повреждения гепатикохоледоха - в 22%. Открытая холецистэктомия остается стандартом. При II и III типах СМ выполняют холецистэктомию сохраняя часть кармана Hartmann с последующей пластикой СЖП на дренаже Кера. При СМ IV типа показана гепатикоjejunостомия. Изменение последовательности этапов операции, в собственном наблюдении, с выполнением холангиографии перед холецистэктомией дала возможность диагностировать и установить тип синдрома Мириizzi, определить оптимальный объем хирургического вмешательства, предупредить интра- и послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: синдром Мириizzi; диагностика; хирургическое лечение; осложнения.

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF MIRIZZI SYNDROME (OWN CLINICAL OBSERVATION WITH LITERATURE REVIEW)

Abstract. The article presents the review of the literature and own clinical observations concerning the diagnosis and surgical treatment of Mirizzi syndrome - a rare complication of cholecystolithiasis. The clinical features of the disease has no specific symptoms. The main clinical signs of MS are periodic jaundice (84%), pain in the right hypochondrium (75%) and cholangitis (56%), the phenomenon of acute cholecystitis and pancreatitis. The most informative method of preoperative diagnosis is magnetic resonance imaging, which, unfortunately, is not readily available for a wide public use. The diagnostic sensitivity of MRI with MS is 97,6%, intraoperative cholangiography - 94%, ERCP - 86%, PTC - 5%, fibrocholangioscopy - 77%, ultrasound - 46%. The most common type of MS is I type (10,5-51%), less often type II (15-41%), even more rare types III (3-44%), IV (7,4%) and V (2,9%). The leading role in the treatment of syndrome belongs to open surgery. Laparoscopic cholecystectomy can only be indicated to individuals with type I MS. In this case conversion occurs in 31-100%, complications - 60%, damage to common bile duct - 22%. Open cholecystectomy remains the standard. For Type II and III types of MS, cholecystectomy is performed while retaining part of Hartmann pocket with the subsequent plastics of CBD at Kehr drainage. For type IV of the MS hepaticojejunostomy is indicated. Changing the stages of surgery in our own study including cholangiography performed before cholecystectomy made it possible to diagnose and determine the type of Mirizzi syndrome, an optimal surgery approach and to prevent intra- and postoperative complications.

Key words: Mirizzi syndrome, diagnosis, surgical treatment, complications.

Відомості про авторів:

І.О. Козак, В.П. Мосійчук – співробітники кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

С.Р. Микитюк, Л.І. Козак – співробітники Хмельницька обласна лікарня;

Information about author:

I.O. Kozak, V.P. Mosiychuk – employee of the surgery department of the post degree faculty of the M.I. Pirohoh Vinnytsa National Medical University;

S.R. Mykytiuk, L.I. Kozak – employee of the Khmelnytskyi region hospital.

Надійшла 01.03.2018 р.

Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)