

УДК 616.367-007.253-02:616.366-003.7]-07-089
DOI: 10.24061/1727-0847.18.1.2019.18

М.Г. Гнатюк, М.В. Лянскорунський, В.Ю. Бодяка*, С.Ю. Шевченко, Д.Ю. Криворучко, Ю.Я. Чупровська*, Ю.П. Петрук, С.І. Райчук

*Відділення хірургії (зав. – к.мед.н. М.Г. Гнатюк) КНП «Старокостянтинівська ЦРЛ» Хмельницької області; *кафедра онкології та радіології (зав. – д.мед.н. В.Ю. Бодяка) ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

ГЕПАТИКО-ХОЛЕДОХО-ДУОДЕНАЛЬНА НОРИЦЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ

Резюме. У даній статті представлено клінічний випадок оперативного лікування гепатіко-холедоходуоденальної нориці, який виник внаслідок можливого утворення та розриву підпечінкового абсцесу після хірургічного лікування синдрому Мірізі. Під час ревізії мав місце виражений спайковий процес у ділянці воріт печінки, у який втягнуто печінково-дванадцятипалокишкову зв'язку та цибулину дванадцятипалої кишки. Після виконання вісцеролізу виявлено дефект стінки дванадцятипалої кишки та підтікання жовчі з позапечінкових жовчних шляхів. Дефект стінки дванадцятипалої кишки зшити дворядним швом та сформовано гепатікоєюноанастомоз на петлі за Ру. Аналізуючи даний клінічний випадок слід зробити певні висновки: у разі розвитку післяопераційних ускладнень при синдромі Мірізі, у вигляді хронічного холангіту, жовтяниці, при яких консервативна терапія малоефективна, слід віддавати перевагу методам хірургічної корекції. При виникненні сумнівів щодо спроможності швів та майбутньої прохідності позапечінкових жовчних шляхів, при хірургічному лікуванні синдрому Мірізі, слід віддавати перевагу гепатікоєюноанастомозу.

Ключові слова: гепатіко-холедоходуоденальна нориця, синдром Мірізі, позапечінкові жовчні шляхи.

Одним із досить рідкісних ускладнень калькульозного холециститу є синдром Мірізі, що характеризується деструктивно-запальним процесом у ділянці кишені Гартмана, міхурової протоки або шийки жовчного міхура, викликаний конкрементом, який призводить до звуження загальної печінкової протоки або формування міхурно-холедохеальної нориці [1, 2].

За даними літератури частота розвитку даного ускладнення, серед хворих на жовчнокам'яну хворобу, становить 0,25-6 %. Переважна більшість пацієнтів це люди літнього та старечого віку [2].

Доопераційна діагностика синдрому Мірізі досить складна, особливо в умовах центральної районної лікарні, оскільки діагностична цінність ультразвукового дослідження становить 67,1 %.

Тому діагностувати дане захворювання у передопераційному періоді вдається лише у 13-22 % пацієнтів [2, 3].

Під час лікування хворих на синдром Мірізі використовуються як ендоскопічні, так і хірургічні методи, зокрема лапароскопічні оперативні втручання. Вибір оперативного втручання залежить від типу синдрому Мірізі [4].

Як зазначено у літературі оперативне втручання при синдромі Мірізі – це «пастка у хірургії жовчних шляхів», оскільки жовчний міхур зморщений, стінки фібрознозмінені, має місце щільний інфільтрат у ділянці трикутника Calot, а також викривлення анатомії позапечінкових жовчних шляхів (ПЖШ), що нерідко є причиною ятрогенного пошкодження останніх [4, 5].

Летальність при синдромі Мірізі досягає

17 %. Залишаються незадовільними віддалені результати лікування, оскільки у 20 % пацієнтів виникають стриктури проксимального відділу загальної печінкової протоки [2].

Отже, синдром Мірізі є ускладненням жовчнокам'яної хвороби, у діагностиці та хірургічному лікуванні якого існує цілий ряд невирішених питань щодо визначення оптимальної діагностично-лікувальної тактики та вибору адекватних методів хірургічного лікування.

Саме тому ми вважаємо за необхідне представити один із клінічних випадків оперативного лікування гепатіко-холедоху-дуоденальної нориці, яка виникла внаслідок хірургічного лікування синдрому Мірізі.

Пацієнтка Л., 1955 року народження (медична картка стаціонарного хворого № 1480) надійшла до хірургічного відділення Старокостянтинівської ЦРЛ 25.02.2020 року зі скаргами на біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 39,0 °С, озноб.

Вважає себе хворою впродовж двох років, з того моменту, як було виконано оперативне втручання – холецистектомія, пластика та зовнішнє дренажування загальної жовчної протоки, з приводу синдрому Мірізі I типу, оскільки мало місце стиснення загальної печінкової протоки втисненням конкрементом у міхурову протоку. Ранній післяопераційний період перебігав досить тяжко – відмічались підвищення температури тіла, тривалі серозні виділення з домішками жовчі по дренажах з під печінкового простору, погано функціонував дренаж із загальної жовчної протоки тощо.

Упродовж двох років пацієнтка неодноразова перебувала на лікуванні у хірургічному відділенні з приводу періодичної появи болю у правому підребер'ї, пожовтіння шкірних покривів та склер, підвищення температури тіла, що зумовлені явищами холангіту. Останнім часом стан суттєво погіршився, тривалість періодів ремісії значно скоротилися. Пацієнтці в іншому лікувальному закладі виконано ретроградну холангіопанкреатографію за результатами якої діаметр загальної жовчної протоки становить 0,6-0,7 см.

Під час останнього звернення пацієнтці, після проведення нижчезазначених обстежень, встановлений попередній діагноз: Рубцева стриктура загальної печінкової протоки. Загострення хронічного холангіту.

Група крові та резус (26.02.2020): А (II) Rh+ (позитивна).

Загальний аналіз крові (26.02.2020): еритроцити – $3,6 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін – 110 г/л; лейкоцити – $10,8 \times 10^9$ /л; ШОЕ – 20 мм/год. Лейкоцита-

рна формула: паличкоядерні нейтрофіли – 15%, сегментоядерні нейтрофіли – 57%, еозинофіли – 0%, лімфоцити – 25%, моноцити – 3%.

Загальний аналіз сечі (26.02.2020): колір – соломино-жовтий, реакція – кисла, білок – 0,06 г/л; лейкоцити – 6-8 у п/з, еритроцити – 12-15 у п/з; епітелій плоский – ++++; слиз – +; бактерії – +.

Біохімічний аналіз крові (26.02.2020): загальний білок – 78,7 г/л; глюкоза – 5,67 ммоль/л; загальний білірубін – 8,8 мкмоль/л; непрямої білірубін – 18,8 мкмоль/л; АлАТ – 1,60 нмоль/(с*л); АсАТ – 1,28 нмоль/(с*л); Тимолова проба – 0,9 Од; сечовина – 4,7 ммоль/л, креатинін – 0,060 ммоль/л, холестерин загальний – 5,67 ммоль/л, бета-ліпопротеїди – 71 Од.

Коагулограма (26.02.2020): протромбінови індекс – 81,6%; фібрин плазми – 7,7 г/л; етанолів тест – негативний; бета-нафтоловий тест – негативний.

УЗД органів черевної порожнини (26.02.2020): Хронічний панкреатит з помірним загостренням. Дифузні зміни печінки. Біліарна гіпертензія. Загальна жовчна протока не візуалізується. У правій частці відмічається гемангіома, розміром до 20,0 мм у діаметрі. Невиражена гепатоспленомегалія.

Після проведення чергової відповідної консервативної терапії стан пацієнтки покращився, явища холангіту зникли, проте виникло питання щодо подальшої тактики лікування, оскільки така ситуація триває впродовж двох років, тривалість ремісії значно скорочується, а клінічні прояви холангіту посилюються.

Враховуючи дану ситуацію, а також бажання пацієнтки, вирішено виконати оперативне втручання, об'єм якого вирішиться після лапаротомії.

Пацієнтці 02.03.2020 року проведено оперативне втручання (протокол операції № 182) – лапаротомія. Гепатікоєюноанастомоз на петлі за Ру. Інцизійна біопсія печінки. Дренажування черевної порожнини.

Виконано верхню серединну лапаротомію з висіченням післяопераційного рубця. При ревізії мав місце виражений спайковий процес у ділянці воріт печінки, у який втягнуто печінково-дванадцятипалокишкову зв'язку та цибулину дванадцятипалої кишки (ДПК). Після відділення тупим та гострим шляхами ДПК від воріт печінки, відмічався дефект у стінці останньої. Після мобілізації ДПК за Кохером дефект стінки кишки зшити дворядним швом. При огляді печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки мали місце численні спайки, ПЖШ не розширений, за винятком проксимальної частини, напевне холедоху, оскільки визначити місце впадіння міхурової протоки не-

можливо. Також, відмічався дефект стінки останньої з підтіканням жовчі.

Тупим та гострим шляхами виділено правий та лівий печінкові протоки у місця їх злиття, також загальну печінкову протоку. Виконано інтраопераційну холангіографію, шляхом введення у загальну печінкову протоку розчину триомбразу 60 %, у напрямку до печінки.

Заключення інтраопераційної холангіографії: Контрастовані внутрішньопечінкові жовчні протоки та початок загальної жовчної протоки. ДПК не контрастована.

Через 30 хвилин ДПК не контрастована. Туго заповнені внутрішньопечінкові жовчні протоки та проксимальна частина загальної жовчної протоки, яка розширена у діаметрі – 1,7x1,7 см, далі контрастування по останній відсутнє.

На відстані 30-40 см від зв'язки Трейца порожню кишку пересікли, сформували куксу дистальної частини та за допомогою дворядних швів наклали гепатікоєюноанастомоз, шляхом розсічення стінки лівої печінкової протоки та додаткової фіксації порожньої кишки до капсули печінки. Відступивши на 60,0 см від гепатікоєюноанастомозу, сформували ентеро-ентероанастомоз по типу «кінець-у-бік». Виконали інцизійну біопсію печінки.

Патогістологічне дослідження біоптату печінки від 06.03.2020 № 1042. Заключення: Спостерігаються вогнища волокнистої сполучної тканини з мононуклеарною інфільтрацією по перипортальним трактам. Місцями відмічаються вогнища жирової дистрофії гепатоцитів.

У підпечінковий простір завели поліхлорвініловий трубчастий дренаж. Лапаротомну рану шарово зашили. Наклали асептичну пов'язку.

Через 3 годин після операції провели екстубацію в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії, через 1 добу пацієнтку переведено у хірургічне відділення.

Проводилася знеболююча, антибактеріальна, інфузійна, профілактична антикоагуляційна, симптоматична терапії та перев'язки, згідно протоко-

лів надання медичної допомоги хворим на хірургічною патологією органів черевної порожнини [6].

Післяопераційний період перебігав без особливостей, пацієнтку на 12-ту добу після операції, у задовільному стані, виписано з лікарні під нагляд хірурга поліклініки. На даний момент пацієнтка почуває себе добре, при черговому огляді болю у правому підребер'ї не відмічала, ознаки холангіту відсутні.

Отже, аналізуючи дане клінічне спостереження слід зробити певні висновки. Розвиток хронічного холангіту після виконання оперативного втручання, а також відсутність вираженої механічної жовтяниці можна пояснити виникненням білідигестивної нориці, внаслідок втягнення цибулини ДПК у запальний процес навколо ПЖШ, можливим утворенням підпечінкового абсцесу та його розривом.

Враховуючи низку вищезазначених чинників синдрому Міріззі, які часто призводять до негативних результатів хірургічного лікування, ми вважаємо за доцільне у разі виникнення сумнівів щодо спроможності швів та майбутньої прохідності ПЖШ, слід віддавати перевагу гепатікоєюностомії, яка переважно застосовується при IV типі синдрому.

Також слід зазначити, що при наявності післяопераційних ускладнень при синдромі Міріззі, у вигляді хронічного холангіту, жовтяниці, при яких консервативна терапія малоефективна, навіть при відсутності ознак рубцевої стриктури ПЖШ, слід віддавати перевагу методам хірургічної корекції.

Висновки. 1. У разі розвитку післяопераційних ускладнень при синдромі Міріззі, у вигляді хронічного холангіту, жовтяниці, при яких консервативна терапія малоефективна, слід віддавати перевагу методам хірургічної корекції. 2. При виникнення сумнівів щодо спроможності швів та майбутньої прохідності позапечінкових жовчних шляхів, у разі хірургічного лікування синдрому Міріззі, слід віддавати перевагу гепатікоєюностомії.

Література

1. Колкин ЯГ, Хацко ВВ, Дудин АМ, и др. Синдром Мириззи: диагностика и хирургическая тактика. *Український Журнал Хірургії.* 2012;2:115-8.
2. Хацко ВВ, Межаков СВ, Войтюк ВМ, та ін. Особливості діагностики і хірургічної тактики при синдромі Міріззі. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина».* 2011;2:263-4.
3. Назыров ФГ, Акбаров ММ, Нишанов МШ. Диагностика и лечение синдрома Мириззи. *Хирургия.* 2010;4:67-73.
4. Береговенко ДА, Горова АЮ, Аджисалиев ГР. Синдром Мириззи. *Хирургическое лечение. Современные исследования.* 2018;10:62-6.
5. Русин ВІ, Рум'янцеv КС, Кравчук ІБ, Павук ФМ. Спонтанні внутрішні холедоходуоденальні нориці у

хворих із синдромом Міріззі. *Art of medicine*. 2018;4:152-4.

6. Березницький ЯС, Фоміна ПД, редактори. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота. Науково-методичне видання. Київ, ТОВ «Доктор-Медіа», 2010. 470 с.

References

1. Kolkin JaG, Hacko VV, Dudin AM, i dr. Sindrom Mirizzi: diagnostika i hirurgicheskaja taktika. *Ukraïns'kij Zhurnal Hirurgii*. 2012;2:115-8. (in Russian).
2. Khatsko VV, Mezhaikov SV, Voitiuk VM, ta in. Osoblyvosti diahnostryky i khirurhichnoi taktyky pry syndromu Mirizzi. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu, seriia «Medytsyna»*. 2011;2:263-4. (in Ukrainian).
3. Nazyrov FG, Akbarov MM, Nishanov MSh. Diagnostika i lechenie sindroma Mirizi. *Hirurgija*. 2010;4:67-73. (in Russian).
4. Beregovenko DA, Gorova AJu, Adzhisalieva GR. Sindrom Mirizzi. *Hirurgicheskoe lechenie. Sovremennye issledovaniia*. 2018;10:62-6. (in Russian).
5. Rusyn VI, Rumiantsev KI, Kravchuk IB, Pavuk FM. Spontanni vnutrishni kholedokhoduodenalni norytsi u khvorykh iz syndromom Mirizzi. *Art of medicine*. 2018;4:152-4. (in Ukrainian).
6. Berезнытский ЯС, Фомина ПД, редакторы. Стандарты организации та профессионально ориентированные протоколы оказания медицинской помощи больным с неотложной хирургической патологией органов живота. *Научно-методическое издание*. Киев, ТОВ «Доктор-Медіа», 2010, 470 с. (in Ukrainian).

ГЕПАТИКО-ХОЛЕДОХО-ДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЩ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Резюме. В данной статье представлено клинический случай оперативно лечения гепатико-холедоходуоденального свища, который возник вследствие возможного образования и разрешения подпеченочного абсцесса после хирургического лечения синдрома Мириizzi. При ревизии имел место выраженный спаечный процесс в области ворот печени, в который втянуто печеночно-двенадцатиперстную связку и луковицу двенадцатиперстной кишки. После выполнения висцеролиза выявлено дефект стенки двенадцатиперстной кишки и подтекание желчи с внепеченочных желчных путей. Дефект стенки двенадцатиперстной кишки зашито двурядным швом и сформировано гепатикоюноанастомоз на петли по Ру. Анализируя данный клинический случай необходимо сделать следующие выводы: в случае развития послеоперационных осложнений при синдроме Мириizzi, виде хронического холангита, желтухи, при которых консервативная терапия малоэффективна, необходимо отдавать предпочтение методам хирургической коррекции. При возникновении сомнений по поводу состоятельности швов та будущей проходимости внепеченочных желчных путей при хирургическом лечении синдрома Мириizzi, необходимо отдавать предпочтение гепаткоюностомии.

Ключевые слова: гепатико-холедоходуоденальный свищ, синдром Мириizzi, внепеченочные желчные пути.

HEPATIC-COLD-DUODENAL FROM AS A COMPLICATION OF MIRAZIS SYNDROME

Abstract. This article presents a clinical case of surgical treatment of hepatico-cholechoal-duodenal fistula, which arose as a result of possible formation and resolution of a hepatic abscess after surgical treatment of Mirizzi syndrome. During the audit, there was a pronounced adhesive process in the area of the liver gate into which the hepatic-duodenal ligament and the duodenum were involved. A defect of the duodenal wall and bile leakage from the extrahepatic bile ducts were revealed after performing viscerolysis. The defect of the wall of the duodenum is sutured with a double row suture and a hepaticoynoanastomosis is formed on the loop behind Ru. Analyzing this clinical case, we should draw some conclusions: In case of development of postoperative complications in Mirizzi syndrome, in the form of chronic cholangitis, jaundice in which conservative therapy is ineffective, methods of surgical correction should be preferred. In case of doubt about the ability of the sutures and the future patency of the extrahepatic biliary tract, the surgical treatment of Mirizzi syndrome should be given preference for hepaticoynoamy.

Key words: hepatico-cholechoal-duodenal fistula, Mirizzi syndrome, extrahepatic biliary tract.

Відомості про авторів:

Гнатюк Микола Григорович – кандидат медичних наук, асистент кафедри онкології та радіології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, завідувач хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області;

Лянскорунський Микола Володимирович – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області;

Бодяка Володимир Юрійович – доктор медичних наук, завідувач кафедри онкології та радіології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Шевченко Сергій Юрійович – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області;

Криворучко Дмитро Юрійович – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області;

Чупровська Юлія Ярославівна – асистентка кафедри онкології та радіології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Петрук Юрій Петрович – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області;

Райчук Сергій Іванович – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області.

Information about authors:

Hnatyuk Mykola H. – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of Oncology and Radiology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Head of Surgery Department, Starokostiantyniv Central Regional Hospital, Khmelnytsky Region;

Lanskorunsky Mykola V. – is a resident doctor of the surgical department of Starokostiantyniv central regional hospital, Khmelnytsky Region;

Bodyaka Volodymyr Yu. – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radiology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

Shevchenko Sergiy Yu. – doctor-resident of the surgical department of Starokostiantyniv central district hospital, Khmelnytsky Region;

Kryvoruchko Dmytro Yu. – is a resident physician at the surgical department of Starokostiantyniv central district hospital, Khmelnytsky Region;

Chuprovskaya Yulia Ia. – Assistant Professor, Department of Oncology and Radiology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

Petruk Yurii P. – is a resident physician at the surgical department of Starokostiantyniv central district hospital, Khmelnytsky Region;

Raychuk Sergiy I. – is a resident doctor of the surgical department of Starokostiantyniv central district hospital, Khmelnytsky Region.

Надійшла 02.01.2020 р.