© Гресько М.М.
УДК: 616.361-089-06:616-007.253-08

Гресько М. М.
Вищий Державний навчальний заклад України "Буковинський Державний медичний університет", кафедра хірургії №1 (Театральна пл., 2. м. Чернівці, Україна, 58000)

ЯТРОГЕННІ ПОШКОДЖЕННЯ ЖОВЧНО-ВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ТА СИНДРОМ МІРРІЗІ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Резюме. *Проведено аналіз лапароскопічних втручань у 8245 хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією і встановлено покази для конверсії, а також ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів та зв'язок з синдромом Міррізі. Своєчасний перехід на конверсію - надзвичайно важливий момент упередження поранення жовчно-вивідних шляхів у технічно складних випадках, а відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки тоді, коли в операційну бригаду буде включений досвідчений фахівець, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій.*
Ключові слова: *жовчнокам'яна хвороба, ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів, синдром Міррізі.*

Вступ

Сьогодні досить широко в практику впроваджена лапароскопічна холецистектомія (ЛХ), яка є основою хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу і стала "золотим" стандартом впродовж останніх 20 років [1, 3, 9]. Однак запровадження лапароскопічної методики сприяло суттєвому (в 2-5 разів) збільшенню частоти пошкоджень магістральних жовчних протоків у порівнянні з відкритою технікою операції - до 0,3-2% [6, 7]. В останні роки в літературі з'явилися рекомендації щодо безпеки виконання (ЛХ) при хронічному та гострому калькульозному холециститі. Появились описи характерних ознак, які вказують на так звані субопераційні ускладнення. Це такі терміни, як: "важкий жовчний міхур","операційний ризик ЛХЕ", "нестандартні ситуації при ЛХЕ", "підвищений операційний ризик при ЛХЕ" [2, 5, 6]. Окрім того, у практиці хірурга зустрічається синдром Міррізі, який є ускладненням жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), в розумінні порушення прохідності загальної жовчної протоки, внаслідок запально-дегенеративних змін між ним та стінкою жовчного міхура. Даний синдром вперше був описаний у 1948 році у Аргентині хірургом Fabio Luis Mirizzi, який опублікував випадок із практики порушення прохідності загальної жовчної протоки при його здавлені конкрементом, щознаходився у шийці жовчного міхура. Існує декілька класифікацій синдрому Міррізі: C.K. Mcsherry (1982); A. Csendes (1989); М.Є. Нечитайло (2005) [10, 11, 12, 15], які основані на наявності або відсутності нориці між жовчним міхуром та загальною жовчною протокою. Найбільш розповсюдженою класифікацією синдрому Міррізі є C.K. Mcsherry (1982) згідно якої СМ I типу це - здавлення загальної жовчної протоки конкрементом, що знаходився у жовчному міхурі, його шийці або у міхурові протоці. СМ II типу це - утворення нориці між жовчним міхуром та загальною жовчною протокою з обструкцією останньої конкрементом [13, 14]. Дана класифікація допомагає хірургу у виборі адекватної тактики лікування в залежності від наявності або відсутності нориці. Результати лікування таких пацієнтів не можна вважати задовільними через стабільно високий відсоток післяопераційних ускладнень і летальності [4, 8].

Мета - узагальнити досвід використання лапароскопічних втручань у 8245 хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією і встановити критерії, які

спричиняють конверсію. Поліпшення результатів лікування хворих з синдромом Міррізі шляхом оптимізації діагностичної та лікувальної програми.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом знаходилось 8245 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок-6987 (84,74%), чоловіків - 1258 (13,26%). Хронічний холецистит був у 4905 (59,45%) хворих; поліпоз жовчного міхура - 33(0,04%); гострий холецистит - у 3307 (40,51%), (гангренозний - у 576 хворих, флегмонозний - у 1114 хворих, катаральний - у 1650 хворих). Повторно лапароскопічні втручання виконані у 53 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 36 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки та серповидної зв'язки.

Результати. Обговорення

Серед 4905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 3307 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біляміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56хворих.Причини конверсії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоху - 19 хворих (синдром Міррізі мав місце у 13 хворих); інфільтрація тканин - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора.

Особливий аналіз проведений серед 19 хворих з пошкодженням міхурової протоки або холедоху - (синдром Міррізі мав місце у 13 хворих).

У групі хворих із синдромом Міррізі гострий калькульозний холецистит мав місце у 8 випадках, а хронічний калькульозний холецистит - у 5 хворих (у всіх випадках констатовано зменшення в розмірах жовчного міхура "зморщений").

Локалізація пошкоджень була наступною: загальна жовчна протока (I тип по H. Bismuth) - у 8 хворих; загальна печінкова протока (II тип по H. Bismuth) - у 6 хворих; загальна жовчна протока разом із біфуркацією (III тип по H. Bismuth) - у 4 хворих; загальна жовчна протока з пошкодженням конфлюенс (IV тип по H. Bismuth) - у 1 хворого.

У 5 хворих ятрогенні пошкодження жовчно виводних шляхів виявлені субопераційно: гострий калькульозний холецистит мав місце у 3 випадках, а хронічний калькульозний холецистит - у 2 хворих. Основними критеріями, які вказували на пошкодження були:

1. Виникнення жовчі в операційному полі;
2. Потовщення прогнозованої міхурової протоки в процесі її виділення;
3. Виникнення по ходу операцій додаткових трубчатих структур;
4. Просочення жовчі через прогнозовану куксу міхурової протоки;
5. Використання під час проведення оперативного втручання більше кліпс ніж звичайно.

Наявність хоча би однієї із вище перерахованих ознак спонукає до негайної конверсії або до проведення інтраопераційної холангіографії.

У 14 хворих ятрогенні пошкодження жовчно виводних шляхів виявлені у ранньому після операційному періоді. Гострий калькульозний холецистит мав місце у 6 випадках, а хронічний калькульозний холецистит - у 8 хворих. Основними критеріями, які вказували на пошкодження були:

1. Виникнення обтураційної жовтяниці;
2. Внутрішньо черевне або зовнішнє витікання жовчі;
3. Поєднання симптомів жовчної гіпертензії та витікання жовчі.

Все це призводило до вирішення надзвичайно важких та складних проблем в подальшому, так як послідовність використання діагностичних прийомів не однакова у всіх хворих. Слід відмітити, що більш задовільні результати зустрічались тоді коли ятрогенні пошкодження жовчно виводних шляхів були виявлені субопераційно.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Своєчасний перехід на конверсію - надзвичайно важливий момент упередження поранення жовчновивідних шляхів у технічно складних випадках.

2. Своєчасне відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки тоді, коли в операційну бригаду буде включений досвідчений фахівець, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій.

Все це вимагає подальшого осмислення, аналізу і адекватної корекції з метою зменшення кількості негативних наслідків і більш широкого застосування цих щадних методик як в плановій, так і в ургентній хірургії.

Список літератури

1. Бондарев Р. В. Оценка результатов лапароскопической холецистектомии при остром холецитите и его осложнениях / Р.В. Бондарев, А.И. Сопко, В.М. Иванцок // Мат. XXIII з'їзду хірургів України. - Київ, 2015. - С. 54-55.
2. Гудилин А. А. Оптимизация лечения больных острым холециститом с повышенным операционным риском / А.А. Гудилин, А.Ю. Некрасов, С.А. Касулин // Эндоскопическая хирур-

гия. - 2014. - № 20:1. - С. 116-117.
3. Дудченко М. О. Лапароскопічна холецистектомія у лікуванні гострого калькульозного холециститу / М.О. Дудченко, М.І. Кравців, В.І. Ляховський // Матеріали XXIII з'їзду хірургівУкраїни. - Київ, 2015. - С. 91-92.
4. Комбинированное анте- и ретроградное восстановление непрерывности общего печеночного протока после сочетанного ятрогенного повреждения // Вестник хирургии. - 2016. - Т. 175, № 2. - С. 105-107.
5. Махмадов Ф. Н. Возможности лапароскопической коррекции желчекаменной коррекции при "трудном желчном пузыре" / Ф.Н. Махмадов, С.Р. Рафиков, Ф.Х. Кудритов // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - № 20:1. - С. 259-60.
6. Никоненко О. С. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії та хірургічні методи їх корекції / О.С. Никоненко, М.Г. Головко, Є.І. Гайдаржі // Мат. XXIII з'їзду хірургів України. - Київ, 2015. - С. 146-147.
7. Ничитайло М. Ю. Пошкодження жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії / М.Ю. Ничитайло, А.В. Скумс, О.І. Литвин // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. - Київ, 2015. - С. 153-154.
8. Результаты лечения больных по поводу синдрома MIRIZZI // Клінічна хірургія. - 2016. - № 9. - С. 25-27.
9. Сажин В.П., Юдин В.А., Сажин И.В. Операционныет риски и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии / В.П. Сажин, В.А. Юдин, И.В. Сажин // Хирургия. - 2015. - № 6. - С. 17-20.
10. Синдром Миризzи: особенности диагностики и лечения / Э. И. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе, А. Е. Котовский [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. - 2006. - № 11. - С. 7-10.
11. Холедохолитиаз: диагностика и оперативное лечение / Бойко В.В., Клименко Г.А., Малоштан А.В. - Х.: Новое слово, 2008. - 214 с.
12. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature / M. Safioleas, M. Stamatakos, C. Revenas [et al.] // World J. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 12, № 34.- P. 5579-5581.
13. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification / A. Csendes, J. C. Diaz, P. Burdiles [et al.] / / Br. J. Surg. - 1989. - Vol. 76, № 11. - P. 1139-1143.
14. Mirizzi P. L. Syndrome del conducto hepatico / P.L. Mirizzi // J. Int. Chir. - 1948. - № 8. - P. 731-777.
15. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy / C.K. McSherry, H. Ferstenberg, M. Virshup // Surg. Gastroenterol. - 1982. - № 1. - P. 219-225.

Гресько М.М.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНО-ВЫВОДНЫХ ПУТЕЙ И СИНДРОМ МИРРИЗИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме. *Проанализированы лапароскопические вмешательства у 8245 больных с ургентной и плановой хирургической патологией и определены показания для конверсии, а также ятрогенные ранения желчно-выводных путей и синдром Мирризи. Своевременный переход на конверсию - исключительно важный момент предупреждения ранений желчно-выводных путей в технически сложных случаях, а восстановление оттока желчи может быть достигнуто только тогда, когда в операционную бригаду будет включен специалист, который владеет различными методиками восстановительных и реконструктивных вмешательств.*

Ключевые слов: *желчекаменная болезнь, ятрогенные повреждения желчно-выводных путей, синдром Мирризи.*

Gresko M.M.

IATROGENIC INJURIES OF THE BILE TRACT AND MIRRIZII SYNDROME IN SURGICAL PRACTICE

Summary. *The analysis of laparoscopic surgeries in 8,245 patients with urgent and plan surgical pathology was conducted and indications for the conversion were established. The iatrogenic injuries of the common bile tract and their connection with the Mirrizzi syndrome were also analyzed. Timely transition to the conversion is an extremely important aspect of preventing bile tract injury in technically difficult cases. Recovery of bile outflow can be achieved only when the operating crew includes a highly experienced specialist who knows a variety of restoration methods and reconstruction operations.*

Key words: *gallstone disease, iatrogenic injury of bile tract, Mirrizzi syndrome.*

Рецензент - д.мед.н, проф. Полянський І.Ю.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016 р.

Гресько Михайло Михайлович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №1 Вищий Державний навчальний заклад України "Буковинський Державний медичний університет"; +38(050)5700691; maryna.gresko@gmail.com