

## СПОНТАННІ ВНУТРІШНІ ХОЛЕДОХОДУОДЕНАЛЬНІ НОРИЦІ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ МІРІЗІ

Русин В.І., Рум'янцев К.С., Кравчук І.Б., Павук Ф.М.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургії, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород, Україна,  
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3686-4970>,  
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8154-0601>,  
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3861-0499>,  
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6721-9806>,  
 e-mail: [fedjapavuk111@gmail.com](mailto:fedjapavuk111@gmail.com)

**Резюме. Мета дослідження.** Аналіз випадків спонтанних внутрішніх перипапільярних біліарних норичь у хворих із синдромом Мірізі.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз даних 1500 ендоскопічних ретроградних холангіографій, виконаних у Закарпатській обласній клінічній лікарні за період 2008-2018 роки.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Частота спонтанних внутрішніх перипапільярних біліарних норичь складає 0.7 %. Синдром Мірізі Va типу (холедоходуоденальна норичья згідно класифікації Csendes) діагностований у 23 хворих пацієнтів, які надійшли з клінікою гострого холециститу. У клінічній картині цих хворих переважали біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 38–38,5° С. У групі пацієнтів із синдромом Мірізі Va типу, холедоходуоденальні норичи були розташовані над термінальним відділом загальної жовчної протоки на рівні периапулярної складки проксимальніше Фатерового соска на 0.7-1.2см (19 випадків) і поза периапулярною складкою на задній стінці цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК) (3 випадки). 19 хворим виконано ендоскопічну папілофістулотомію з метою надійного дренивання спільної жовчної протоки і протоки підшлункової залози. Ускладнень після ендоскопічних маніпуляцій не було. При локалізації фістули по задній стінці ДПК – виконували папілосфінктеротомію. Виняток становив один пацієнт, не включений у загальну кількість, оскільки йому не вдалось виконати ендоскопічну папілофістулотомію через значну деформацію дванадцятипалої кишки.

**Висновки.** При папілярних холедоходуоденальних норичях оптимальною тактикою є ендоскопічна папілофістулотомія, котра з'єднує обидва отвори на першому етапі лікування, а при супрапапілярних (по задній стінці ДПК) – рекомендована тільки папілосфінктеротомія.

**Ключові слова:** Синдром Мірізі (СМ), механічна жовтяниця, холедохолітаз, холедоходуоденальні норичи.

**Вступ.** В останнє десятиріччя зберігається тенденція до збільшення захворюваності на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) [1]. Одним із грізних ускладнень ЖКХ є утворення спонтанних білідигестивних норичь (БДН) внаслідок пролежнів від конкременту. Частота БДН серед оперованих з приводу ЖКХ, за спостереженнями різних авторів, складає 0.1–4% [1, 2]. Здебільшого вони виникають між жовчним міхуром або термінальним відділом загальної жовчної протоки і дванадцятипалою кишкою (ДПК) при жовчнокам'яній хворобі унаслідок гострого запального процесу з утворенням інфільтрату і пролежнів з виразкуванням [2]. Рідше причиною норичь є пептичні виразки, що пенетрують у жовчні шляхи, або неопластичний процес з розпадом.

**Обґрунтування дослідження:** За даними деяких авторів найчастіше трапляються холецистодуоденальні норичи (68 %), рідше – холецисто-товстокишкові (13.6 %), холедоходуоденальні (ХДН) (8.6 %), холецисто-шлункові

(4.9 %) і норичи між лівою печінковою протокою і ДПК (4.9 %) [3, 4]. Діагностика ХДН є складною, оскільки інформаційність неінвазивних сучасних методів обстеження є недостатньою для точної топічної діагностики, а оцінка їх достовірності та чутливості є неоднозначною [3, 5, 6]. Розміття варіантів розміщення великого дуоденального соска і складна анатомія органів гепатопанкреатодуоденальної зони створюють труднощі при виборі методу хірургічної корекції [7]. У доступній літературі мало спостережень щодо малоінвазивної корекції в хворих на БДН, а саме ХДН.

**Мета дослідження.** Аналіз випадків спонтанних внутрішніх перипапільярних біліарних норичь у хворих із синдромом Мірізі.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз даних 1500 ендоскопічних ретроградних холангіографій, що були виконані в Закарпатській обласній клінічній лікарні ім. Андрія Новака за період з 2008 по 2018 рік. У цій групі хворих у 23 пацієнтів спостерігали СМ в комбінації із спонтанними внутрішніми холедоходуоденальними норичьями. Частота, з якою зустрічали холедоходуоденальні норичи, склала 1,4 %.

Чоловіків було 9 (36.7 %), жінок – 14 (63.3 %). Середній вік пацієнтів – 63.9±9.1 років (від 49 до 86 років).

Розподіл пацієнтів виконували згідно шкали Veltran and Csendes et al. (2008), де виділяють п'ять основних типів синдрому. Для першого типу характерною ознакою є зовнішня компресія жовчної протоки великим конкрементом (або конкрементами), що знаходиться в області кишені Хартмана або міхурової протоки. Для другого – холецистобіліарна норичья як результат ерозії стінки жовчного міхура, до того ж, фістула має бути меншою за третину окружності жовчного протоку. При третьому типі синдрому Мірізі формуються холецистобіліарна норичья і фістула розповсюджується до двох третин окружності жовчного протоку. Четвертий тип синдрому – холецистобіліарна норичья з повною деструкцією стінки жовчного міхура та з повним зрощенням жовчного міхура та холедоха, які формують єдину структуру без чітких анатомічних шарів. П'ятий тип синдрому Мірізі являє собою комбінацію будь-якого типу з першого по четвертий з холецисто-ентеральною норичєю. Тип 5a – холецисто-ентеральна норичья без кишкової непрохідності. Тип 5b – холецисто-ентеральна норичья, ускладнена розвитком кишкової обструкції жовчним конкрементом [6]. Дана класифікація не описує холедохо-ентеральні норичи, в основному лише холецисто-ентеральні. Хворих з холедохо-дуоденальними норичьями ми класифікували як 5a тип, тому що холедох синтопічно розташований поряд з жовчним міхуром.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Синдром Мірізі Va типу (холедоходуоденальна норичья) діагностований у 23 хворих пацієнтів, які надійшли з клінікою гострого холециститу. У клінічній картині цих хворих переважали біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 38–38.5° С. За даними УЗД виявлені

ознаки гострого холециститу: контури жовчного міхура нечіткі, у його проєкції виявляли ехопозитивні тіні різного діаметру. Іншими ознаками були вільна рідина в надпечінковому просторі або порожнина в області дна жовчного міхура. Жовчні протоки були не розширеними або помірно розширеними, з дрібними ехопозитивними тінями. За даними фібродуоденоскопії ми виділили два види нориць залежно від місця розташування:

1 тип – норицевий отвір розташований до повздожної складки, тобто ближче до соска;

2 тип – норицевий отвір розташований вище складки великого дуоденального соска і, ймовірно, обумовлений більшими каменями, проникненням виразки дванадцятипалої кишки, кістозною деформацією жовчних проток або ускладненням лапароскопічної холецистектомії [7].

У групі пацієнтів із CM Va типу холедоходуоденальні нориці були розташовані нижче периапулярної складки на 0.7-1.2 см (19 випадків) і вище складки на задній стінці цибулини ДПК (3 випадки). 19 хворим виконано ендоскопічну папілофістулотомію з метою надійного дренування спільної жовчної протоки і ліквідації внутрішнього отвору нориці. Ускладнень після ендоскопічних операцій не було. При локалізації отвору по задній стінці ДПК вище периапулярної складки виконували тільки папілосфінктеротомію. Розсічення великого дуоденального соска вище складки безпечно перфорацією стінки ДПК.

Один пацієнт із ХДН не був включений у загальну кількість, оскільки йому не вдалось виконати ендоскопічну папілофістулотомію через значну деформацію дванадцятипалої кишки. Як приклад приводимо клінічний випадок.

Хворий К., 1976 року народження, поступив у хірургічне відділення вперше в квітні 2011 року зі скаргами на болі в правому підребер'ї, жовтушність склер. На УЗД виявлено ознаки аеробілії, ж/м був збільшеним до 13.6 x 5.7 см, стінка міхура була потовщеною до 0.8 см, в порожнині його – густий негомогенний вміст з декількома включеннями до 0.5-0.6 см в діаметрі. Холедох був розширеним до 1.0 см, містив у середній частині включення діаметром 1.0 см з нечіткою акустичною доріжкою. Під час фіброзофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) і ендоскопічної ретроградної холангіографії (ЕРПХГ) встановлено, що цибулина ДПК рубцево деформована, по задній її стінці наявний глибокий виразковий дефект до 0.6 см. Дуоденальний сосок набряклий, збільшений в розмірах. Вище великого дуоденального соска на 1.5 см локалізувалась спонтанна холедоходуоденальна нориця, з якої виділялася гнійна жовч. Катетеризувати дуоденальний сосок не вдалось. Отвір холедоходуоденостоми розширено канюляційним папілотомом до 5 мм. В просвіт холедоха через розширений отвір вставлено стент. Загальний стан пацієнта покращав: явища гострого холангіту минули, рівень білірубінемії нормалізувався. У задовільному стані був виписаний під амбулаторне спостереження хірурга.

У жовтні 2011 виконано холецистектомію, холедохолітоекстракцію та зовнішнє дренування холедоха за Кером.

У червні 2018 році пацієнт звернувся знову після появи болювого нападу в правому підребер'ї та появи жовтушності склер. Під час ЕРПХГ вище дуоденального соска на 1.5 см візуалізували спонтанну холедоходуоденальну норицю, з якої вільно виділялася жовч. Через норицю катетеризували та контрастували холедох, який виявився розширеним до 1.5 см, деформованим. У проксимальній частині холедоха візуалізували вентильний конкремент до 0.5 см в діаметрі. Катетеризувати великий дуоденальний сосок та виконати папілосфінктеротомію не вдалось через деформацію ДПК.

У липні 2018 хворому виконали холедохолітоекстракцію із дренуванням холедоха за Кером.

**Обговорення результатів.** Папілофістулотомія у пацієнтів із ХДН є необхідною на першому етапі лікування,

оскільки швидко дозволяє ліквідувати гострий холангіт і гіпербілірубінемію. Після папілофістулотомії можна очікувати спонтанного відходження конкрементів. Навіть якщо такого відходження не відбулось, то у разі виникнення протоково-дуоденальної нориці папілофістулотомія може забезпечити ліквідацію протокової гіпертензії та механічної жовтяниці з покращенням стану пацієнта і зникненням типових симптомів гострого холангіту. Також папілофістулотомія або тільки папілосфінктеротомія дозволяють вирішити проблему недренованої частини спільної жовчної протоки, яка залишається нижче норицевого отвору і в подальшому може стати джерелом літоутворення, рецидиву холангіту та механічної жовтяниці.

Локалізація нориць біля Фатерового соска також вимагає їх диференційної діагностики з роздільним впадінням у ДПК загальної жовчної і головної панкреатичної проток. При огляді ДПК дуоденоскопом з боковою оптикою діагностика нориць полегшується і їх виявляють частіше. У випадку локалізації холедоходуоденальної фістули за межами периапулярної складки – папілосфінктеротомія покращує відтік жовчі і сприяє самостійному закритті фістули.

#### Висновки:

1. Спонтанні холедоходуоденальні нориці зустрічаються у 0.7 % випадків.
2. При папілярних холедоходуоденальних норицях оптимальною тактикою є ендоскопічна папілофістулотомія, котра з'єднує обидва отвори на першому етапі лікування, а при супрапапілярних (по задній стінці ДПК) – рекомендована декомпресійна папілосфінктеротомія.

#### References:

1. Syplyviy V., Levushenko D., Petrenko G., Ievtushenko A. Surgical management of patients with Mirizzi syndrome. HPB [Internet]. 2016;18: 674 - 675. Available from: [https://www.hpbonline.org/article/S1365-182X\(16\)00103-9/fulltext](https://www.hpbonline.org/article/S1365-182X(16)00103-9/fulltext) DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2016.01.033>.
2. Stagnitti F. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnostic and therapeutic considerations. Our experience. Giornale di Chirurgia. Journal of Surgery. 2014.
3. Dutka Y., Chooklin S. The special features of surgical treatment of patients with the Mirizzi syndrome. HPB. 2016; 18: 820.
4. Artyushenko M.Ye., Tumak I.M., Kogut L.M. Biliodigestivni norici i neprohidnist' kishkivnika, sprichinena zhovchevimi kamenyami, v praktici urgentnoї endoskopii: oglyad literaturi i vlasnij dosvid. Ukraїns'kij zhurnal maloinvazivnoї ta endoskopichnoї hirurgii. 2012; Volume 16(2): 20 - 22.
5. Oter V. Surgical outcomes of mirizzi syndrome: a single institution's experience of 34 cases. Laparoscopic Endoscopic Surgical Science. 2017.
6. Zaporozhchenko B., Bondarets D., Borodaev I., Kachanov V., Muravyov P., Zubkov O. et al. Modern diagnostic methods and approaches to the surgical treatment of Mirizzi syndrome. UKRAINIAN JOURNAL OF SURGERY. 2018; 0(4.35): 33 -37.
7. Pavlovs'kij M.P., Kolomijcev V.I., Dutka Ya.R. Spontanni biliodigestivni norici v hvorih na zhovchnokam'yanu hvorobu: osoblivosti diagnostiki i likuvannya. Naukovij visnik Uzhgorod's'kogo universitetu, seriya «Medicina». 2011; 2(41): 194 - 197.

УДК 616.366-003.7-06:616.36-008.5]-007.253

**СПОНТАННЫЕ ВНУТРЕННИЕ ХОЛЕДОХОДУ-  
ОДЕНАЛЬНЫЕ СВИЩИ У БОЛЬНЫХ С СИНД-  
РОМОМ МИРИЗЗИ**

Русин В.И., Румянцев К.Е., Кравчук И.Б., Павук Ф.М.

*Ужгородский национальный университет, кафедра хирургических болезней, г. Ужгород, Украина, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3686-4970>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8154-0601>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3861-0499>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6721-9806>, e-mail: [fedjapavuk111@gmail.com](mailto:fedjapavuk111@gmail.com)*

**Резюме. Цель исследования.** Анализ случаев спонтанных внутренних перипапиллярных билиарных свищей у больных с синдромом Мирizzi.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 1500 эндоскопических ретроградных холангиографий, выполненных в Закарпатской областной клинической больнице за период 2008-2018 годы.

**Результаты и обсуждение.** Частота спонтанных внутренних перипапиллярных билиарных свищей составляет 0.7%. Синдром Мирizzi Va типа (холедоходуоденальные свищи согласно классификации Csendes) диагностирован у 23 больных пациентов, поступивших с клиникой острого холецистита. В клинической картине этих больных преобладали боль в правом подреберье, повышение температуры тела до 38-38,5 °С. У группы пациентов с синдромом Мирizzi Va типа, холедоходуоденальные свищи были расположены над терминальным отделом общего желчного протока на уровне периапулярной складки проксимальнее фатерова соска на 0.7-1.2 см (19 случаев) и за периапулярной складкой на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) (3 случая). 19 больным выполнена эндоскопическая папилофистулотомия с целью надежного дренирования общего желчного протока и протока поджелудочной железы. Осложнений после эндоскопических манипуляций не наблюдали. При локализации фистулы по задней стенке ДПК - выполняли папилосфинктеротомию. Исключение составил один пациент, не включенный в общее количество, поскольку ему не удалось выполнить эндоскопическую папилофистулотомию из-за значительной деформации двенадцатиперстной кишки.

**Выводы.** При папиллярных холедоходуоденальных свищах оптимальной тактикой является эндоскопическая папилофистулотомия, которая соединяет оба отверстия на первом этапе лечения, а при супрапапиллярных (по задней стенке ДПК) - рекомендуемая только папилосфинктеротомия.

**Ключевые слова:** синдром Мирizzi (SM), механическая желтуха, холедохолитиаз, холедоходуоденальные свищи.

UDC 616.366-003.7-06:616.36-008.5]-007.253

**SPONTANEOUS INTERNAL CHOLEDOCHODU-  
ODENAL FISTULAS IN PATIENTS WITH THE  
MIRIZZI SYNDROME**

V.I. Rusin, K.E. Rumiantsev, I.B. Kravchuk, F.M. Pavuk

*Uzhhorod National University, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3686-4970>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8154-0601>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3861-0499>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6721-9806>, e-mail: [fedjapavuk111@gmail.com](mailto:fedjapavuk111@gmail.com)*

**Abstract. The aim of the study.** Analysis of cases of spontaneous internal peripapillary biliary fistulas in patients with Mirizzi syndrome.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of the data of 1500 endoscopic retrograde cholangiography performed in the Transcarpathian Regional Clinical Hospital for the period of 2008-2018 has been carried out.

**Results and discussion.** The frequency of spontaneous internal peripapillary biliary fistulas is 0.7%. Mirizzi Va-type syndrome (choledochoduodenal fistula according to the classification of Csendes) has been diagnosed in 23 patients with acute cholecystitis. The clinical picture of these patients was dominated by pain in the right hypochondrium, an increase in body temperature to 38-38.5 °C. In the group of patients with Mirizzi Va type syndrome, choledochoduodenal fistulae were located above the terminal portion of the common bile duct at the periamapal folds proximal to the wader nipple 0.7-1.2 cm (19 cases) and outside of the periamapular fold on the back wall of the duodenal bulb (DUP) (3 cases). 19 patients have undergone endoscopic papilofystulotomy for the purpose of reliable drainage of the common bile duct and pancreatic duct. Complications after endoscopic manipulation did not appear. Papilosphincterotomy was performed at localization of the fistula on the back of the duodenal wall. The exception was one patient, not included in the total number because it was failed to perform endoscopic pillofystulotomy due to a significant deformity of the duodenum.

**Conclusions.** In papillary choledochoduodenal fistula, optimal tactics is endoscopic papilofystulotomy, which connects both holes in the first stage of treatment, and with suprapapillary (on the back wall of the duodenal wall) - only papilosphincterotomy is recommended.

**Keywords:** Mirizzi Syndrome (MS), mechanical jaundice, choledocholithiasis, choledochoduodenal fistulae.

Стаття надійшла в редакцію 04.09.2018 р.