

## Особливості перебігу спонтанних внутрішніх біліарних нориць

В.І. Русин<sup>1</sup>, К.Є. Румянцев<sup>1</sup>, Ф.М. Павук<sup>1</sup>, О.І. Петричко<sup>2</sup>

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, <sup>1</sup>кафедра хірургічних хвороб, <sup>2</sup>кафедра анатомії людини та гістології, Ужгород*

### Реферат

Спонтанні внутрішні біліарні нориці (СВБН) – одне із ускладнень жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), а також запальних, дегенеративно-дистрофічних і онкологічних захворювань органів, які розташовані близько до гепатобіліарної зони – таких як шлунок, дванадцятипала кишка, тонка і товста кишки, інші органи. Холецисто-холедохельні нориці спостерігалися у 84 пацієнтів (43,6%), з яких синдром Міріззі (СМ) I та II типу становить відповідно у 76 (91,5%) та у 8 (8,5%) пацієнтів. Механічна жовтяниця та холедохолітіаз спостерігалися найчастіше у хворих з СВБН – відповідно у 86 (44,7%) та у 80 (41,6%) пацієнтів. Гнійний холангіт діагностовано у 9 (4,6%) та гострий панкреатит у 6 (3,1%) пацієнтів. Основним вибором оперативного втручання є холецистектомія 132 (69%) пацієнтів, у поєднанні з холедохотомією та літоекстакцією 107 (56%) пацієнтів.

**Ключові слова:** спонтанні внутрішні біліарні нориці, синдром Міріззі, механічна жовтяниця, холедохолітіаз

### Features of of spontaneous internal biliar fistulas

Rusyn V.I., Rumiantsev K.Ie., Pavuk F.M., Petrychko O.I.  
Uzhhorod National University, Uzhhorod

### Abstract

Spontaneous internal biliary fistulas (SIBF) is one of the complications of gallstone disease (GD), as well as inflammatory, degenerative-dystrophic and oncological diseases of organs located close to the hepatobiliary zone – such as the stomach, duodenum, small intestine and small intestine, other organs. The frequency of cholecystial cholecystectomy was 84 patients (43.6%), of which 76 (91.5%) and 8 (8.5%) patients had Myrizzi (SM) type I and type II syndrome. Mechanical jaundice and choledocholithiasis was observed most frequently in patients with SIBF -86 (44.7%) and 80 (41.6%) patients. In the second place purulent cholangitis in 9 (4.6%) and acute pancreatitis was found in 6 (3.1%). The main choice of surgical intervention is cholecystectomy 132 (69%), along with choledochotomy and late extraction 107 (56%).

**Key words:** Spontaneous internal biliary fistulas, Myrizzi syndrome, mechanical jaundice, choledocholithiasis

**Вступ.** Спонтанні внутрішні біліарні нориці (СВБН) між жовчними шляхами і травним каналом є рідкісними патологічними утвореннями. Здебільшого вони виникають між жовчним міхуром або термінальним відділом спільної жовчної протоки і дванадцятипалою кишкою (ДПК) при жовчнокам'яній хворобі [1]. Рідше причиною нориць є пенетруючі пептичні виразки спільної жовчної протоки і дванадцятипалої кишки [1,2] або неопластичний процес з розпадом.

За даними Stagnitti F. зі співавторами [1], найчастіше трапляються холецистодуоденальні нориці (68%), рідше трапляються холецисто-товстокишкові (13,6%), холедоходуоденальні (8,6%), холецистошлуноківі (4,9%) та нориці між лівою печінковою протокою і ДПК (4,9%). Важливо також відзначити, що 89,5% хворих з холецистоентеральними норицями мали обструкцію спільної жовчної протоки внаслідок синдрому Міріззі [1,5].

Синдром Міріззі (СМ) – це незвичайна форма холецистолітіазу, при якій конкременти, фіксовані в міхуровій протоці або в кишені гартмана жовчного міхура, можуть здавлювати загальну печінкову протоку, викликаючи механічну жовтяницю; це запально-деструктивний процес в ділянці шийки жовчного міхура (ЖП) і загальної печінкової протоки, викликаний конкрементом, приводить до стенозу загальної печінкової протоки та утворення міхурово-холедохельної нориці [1].

За даними літератури, він трапляється в середньому у 0,25–6% хворих з різними формами жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) [1,2,3,4,5,6,7,8]. До оперативного втручання синдром Міріззі правильно діагностується з використанням всього комплексу сучасних методів лише в 12,5–22% випадків [1,2,3].

**Мета дослідження.** Проаналізувати частоту виникнення та особливості перебігу спонтанних внутрішніх біліарних нориць на базі хірургічного відділення ЗОКЛ ім. Андрія Новака.

**Матеріали та методи.** Нами проведено аналіз даних 12000 холецистектомій, виконаних в хірургічному відділенні ЗОКЛ ім. Андрія Новака з 1997 по 2017 роки. Серед цієї кількості у 192 пацієнтів спостерігали СВБН та СМ. Частота спонтанних внутрішніх біліарних нориць склала 1,6%.

При дослідженні пацієнтів розподілено на групи за статтю таким чином: чоловіків – 61 (31,7%); жінок – 131 (68,3%). Середній вік пацієнтів коливається в межах від 37 до 80 (в середньому – 66,4 року).

Етіологія СВБН, встановлена за даними анамнезу та клінічних проявів, а також інтраопераційно: у 184 (96%) – результат ЖКХ, у 8 (4%) – результат виразкової хвороби шлунку або ДПК.

**Результати досліджень та їх обговорення.** За локалізацією СВБН розподілились таким чином (табл. 1):

Розподіл спонтанних внутрішніх біліарних нориць за локалізацією

Локалізація спонтанних внутрішніх біліарних нориць	Кількість, (n=192)	%
Холецисто-холедохеальні нориці:	84	43,6%
- синдром Міррізі I типу	76	91,5%
- синдром Міррізі II типу	8	8,5%
Холедохо-дуоденальні нориці	22	11,4%
Холецисто-печінкові нориці	5	2,6%
Комбіновані нориці	6	3,1%
Холецисто-дуоденальні нориці	57*	29,6%
Холецисто-гастральні нориці	23*	11,9%
Холецисто-товстокишкові нориці	12*	6,2%

\* Враховано повторюваність пацієнтів.

Як показано в таблиці 1, холецисто-холедохеальні нориці спостерігалися у 84 пацієнтів (43,6%), з яких СМ I та II типу встановили відповідно у 76 (91,5%) та у 8 (8,5%) пацієнтів. Холецисто-дуоденальну норицю діагностовано у 57 пацієнтів, холецисто-гастральну норицю – у 23 пацієнтів, холецисто-товстокишкову норицю – у 12 пацієнтів та у 22 пацієнтів діагностовано холедоходуоденальну норицю. Холецисто-печінкові та комбіновані нориці склали відповідно 5 та 6 пацієнтів.

Серед захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної ділянки СМ займає особливе місце. Це пояснюється такими факторами: протиріччями у визначенні різними авторами морфологічної сутності патологічних змін, що становлять основу синдрому; причинами його розвитку, крім ЖКХ, є безкам'яний холецистит, функціональні зміни жовчних протоків та пухлинні захворювання; до теперішнього часу залишаються не цілком з'ясованими основні етапи розвитку патологічного процесу.

За даними літератури, частота холецистокишкових нориць складає від 0,27% до 0,9% [1], причому, найбільш часто трапляється нориця між

жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою. При цьому ХТН нориця стоїть на 2 місці [19,1]. При порівняльному аналізі 10588 послідовно виконаних холецистектомій Х.У. Li et al. (2017) було лише 5 хворих з ХТН (0,05%) [18]. Проведений аналіз літератури, опублікованої з 1950 по 2006 рік, показав частоту даної патології в 0,06–0,14%, в середньому публікується 5–9 випадків у рік [1].

Клінічна картина захворювання складається із симптомів, характерних для гострого і хронічного холециститу з розвитком механічної жовтяниці. Частішими та характерними симптомами були біль, жовтяниця і симптоми холангіту (озноб, підвищення температури тіла). Характерним є також тривалий анамнез ЖКХ. Ступінь вираженості больового синдрому, поява жовтяниці (транзиторної або стійкої) та диспепсії варіює в широких межах. Постійний помірний біль і жовтяниця спостерігаються у 60-100% спостережень, при міхурово-холедохеальній нориці – жовтяниця більш часта ознака захворювання [1,2].

Клінічні особливості спонтанних внутрішніх біліарних нориць розподілились таким чином (рис. 1).



Рис. 1. Розподіл пацієнтів за клінічними проявами

Як видно на рисунку 1, напади холециститу з проявами жовчної коліки спостерігались у 184 (96%) пацієнтів. Гострий холецистит супроводжувався болем в ділянці правого підбер'я, підвищенням температури, позитивними с-мами Ортнера, Мюссі-Георгієвського, лейкоцитозом із зсувом лейкоцитарної формули спостерігались у 8 (4,1%) пацієнтів. Прояви механічної жовтяниці виявлено у 86 (44,7%) хворих. Гнійний холангіт спостерігали у 9 (4,6%) пацієнтів. Гострий панкреатит встановлено у 6 (3,1%) пацієнтів. Холедохолітиаз встановлено у 80 (41,6%) пацієнтів та

у 1 пацієнта виявлена пухлина жовчного міхура, що становить 0,5% від загальної кількості хворих з СВБН.

При I типі СМ операцією вибору є холецистектомія, яка завершується зовнішнім дрениванням холедоxa або без нього [1]. При II типі оптимальним методом є субтотальна холецистектомія з пластикою дефекту холедоxa клаптом жовчного міхура, з холедоходуоденальним анастомозом або зовнішнім дрениванням холедоxa. Вибір оперативних втручань із приводу СВБН проілюстровано в таблиці 2.

Таблиця 2

## Види оперативних втручань із приводу СВБН

Вид оперативного втручання	Кількість (n, %)
Холецистектомія	132 (69%)
Ліквідація нориці	46(24%)
Холедохотомія, холедохолітоекстракція	107(56%)
Папілосфінктеротомія	38(20%)
Дренивання холедоxa за Кером	103(54%)
Ендоскопічна ліквідація супрадуоденальної нориці	18(9,3%)

\* Враховано повторюваність оперативних втручань

Як видно з таблиці 2, основним вибором оперативного втручання є холецистектомія 69% у поєднанні з холедохотомією та літоекстакцією 107 (56%). Ліквідацію нориці виконано у 46 пацієнтів, що склало 24% від загальної кількості. Папілосфінктеротомія була виконана у 38 пацієнтів (20%), у 10 з них надалі виконана холецистектомія у поєднанні з холедохотомією та літоекстакцією. У 103 пацієнтів (54%) оперативне втручання включало дренивання холедоxa за методом Кера. Ендоскопічна ліквідація супрадуоденальної нориці (холедоходуоденальна) була виконана у 18 пацієнтів (9,3%).

**Висновки.** 1. Частота холецисто-холедохельних нориць склала 84 пацієнти (43,6%) з яких СМ I

та II типу становить відповідно 76 (91,5%) та 8 (8,5%) пацієнтів.

2. Серед клінічних проявів механічна жовтяниця та холедохолітиаз спостерігалась найчастіше у хворих з СВБН – 86 (44,7%) та 80 (41,6%) пацієнтів. На другому місці гнійний холангіт у 9 (4,6%), гострий панкреатит встановлено у 6 (3,1%).

3. Основним вибором оперативного втручання є холецистектомія 132 (69%) у поєднанні з холедохотомією та літоекстакцією 107 (56%). Часто оперативні втручання з приводу СВБН закінчуються дрениванням холедоxa за методом Кера – 54% пацієнтів. Пацієнтам з холедоходуоденальними норицями 18 (9,3%) виконувалась ендоскопічна ліквідація супрадуоденальної нориці.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

**Інформація про фінансування.** Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород в будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

**Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:**

**Русин В.І.** – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування;

**Румянцев К.Є.** – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних;

**Павук Ф.М.** – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті;

**Петричко О.І.** – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних.

**Список використаної літератури**

1. Tanwar S, Mawas A, Tutton M, Riordan D. Successful Endoscopic Management of Bouverets Syndrome in a Patient with Cholecystoduodenocolic Fistulae. Case Reports in Gastroenterology. 2008;2(3):346-350.
2. Misra C. Spontaneous choledochoduodenal fistula complicating peptic ulcer disease – a case report. Surgery Today. 1989;19:3.
3. Shah P. Choledochoduodenal fistula complicating duodenal ulcer disease (a report of 3 cases). J. Postgrad. Med. 1990;36:167.

4. Stagnitti F. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnostic and therapeutic considerations. Our experience. *Giornale di Chirurgia - Journal of Surgery*. 2014;.
5. Beltran M, Csendes A, Cruces K. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification. *World Journal of Surgery*. 2008;32(10):2237-2243.
6. Akhaladze G.G., Kotovskiy A.Ye., Unguryanu T.V., Gal'perin E.I. Синдром Mirizzi - причина ятрогенных повреждений гепатокхоledokha. *Хирургия*. 2009;7:21-3. [In Russian].
7. Alidzhanov FB, Rizayev KS, Boynazarov IKH. Rol' endoskopicheskogo retrogradnaya pankreatokholangiografii v diagnostike sindroma Mirizzi, obuslovlennyy kholestsistolichnyy svishch. *Annaly khir. gepatologii*. 2006;11:3. [In Russian].
8. Gal'perin EI, Akhaladze GG, Kotovskiy Aye. Синдром Mirizzi: osobennosti diagnostiki i lecheniya. *Ann. khir. gepatologii*. 2006;11(3):7-10. [In Russian].
9. Dutka YaR. Osoblyvosti diahnozyky y khirurhichnoho likuvannya Khvorov na syndrom Miritstsi II. *AML XIV*. 2008;1(2):89-91. [In Ukrainian].
10. Kondratyuk OP. Laparoskopichen korektsiya syndrom Mirizzi. *Shpytal'na khirurhiya*. 2001;2:67-8. [In Ukrainian].
11. Nychytaylo MYu, Kondratyuk OP, Lytvynenko OM. Diahnozyka ta khirurhichna likuvannya syndrom Miritstsi. *Klinichna khirurhiya*. 2000;10:33-5. [In Ukrainian].
12. Revyakin VI, Savel'yev VS. Diagnostika i lecheniye sindroma Mirizzi. 50 lektsiy po khirurgii, pod. red. V.S. Savel'yeva. 2006:413-22. [In Russian].
13. Savel'yev VS, Revyakin VI. Синдром Mirizzi (diagnostika i lecheniye). *Meditsina*. 2003:112. [In Russian].
14. Sheyko SB, Maystrenko NA., Pryadko AS. Takticheskiye i tekhnicheskiye aspekty sovremennogo lecheniya bol'nykh s sindromom Miritstsi (soobshcheniye 2). *Vestnik khirurgii*. 2009;4:25-9. [In Russian].
15. Brekhi YeI, Brykov IV, Aksenov IV, Andrianov GA. Laparoskopicheskaya kholestsistektomiya i korektsiya nekotoryaya yeye oslozhneniya. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskyy vestnik*. 2000;2:13-6. [In Russian].
16. Vakulin GV, Novosel'tsev AYe, Gviniashvili G.G. Opyt lecheniya bol'nykh s sindromom Mirizzi. *Annalyz khir. gepatologii*. 2006;11. [In Russian].
17. Greyasy VI, Perfil'yev VV, Shchepkin SP. Diagnostika i khirurgicheskaya taktika pri syndrome Mirizzi *Хирургия*. 2008;11:31-4. [In Russian].
18. Li XY, Zhao X, Zheng P, Kao XM, Xiang XS, Ji W. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistula: A single-center experience. *J Int Med Res*. 2017 Jun;45(3):1090-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28417651> DOI: 10.1177/0300060517699038.
19. Antonacci N, Taffurelli G, Casadei R, Ricci C, Mori F, Mimmi F. Asymptomatic cholecystocolonic fistula: a diagnostic and therapeutic dilemma. *Case Rep Surg*. 2013 March 25; Volum 2013: 1- 3. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cris/2013/754354/> DOI: 10.1155/2013/754354.
20. Reddy AK, Dennett ER. Cholecystocolonic fistula: a rare intraluminal cause of large bowel obstruction. *BMJ Case Rep*. 2016 Aug 31. Available from: <http://casereports.bmj.com/content/2016/bcr-2016-217141.extract> DOI: 10.1136/bcr-2016-217141.
21. Costi R, Randone B, Violi V, Scatton O, Sarli L, Soubrane O, et al. Cholecystocolonic fistula: facts and myths. A review of the 231 published cases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2009;16(1):8- 18. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00534-008-0014-1> DOI: 10.1007/s00534-008-0014-1.
22. Nazyrov FG, Akbarov MM, Nishanov MSH. Diagnostika i lecheniye sindroma Mirizzi. *Хирургия*. 2010;4:67-73. [In Russian].
23. Nychytaylo MYu, Kondratyuk OP, Lytvynenko O.M. Diahnozyka ta khirurhichne likuvannya syndromu Miritstsi. *Klinichna khirurhiya*. 2000;10:33-35. [In Ukrainian].
24. Rusyn VI, Rusyn AV, Rum'yantsev KYe. Khirurhichne likuvannya syndromu Mirizzi. *Shpytal'na khirurhiya*. 2000;3:132-134. [In Ukrainian].

**Стаття надійшла до редакції: 29.01.2018 р.**