УДК 616.367-007.253-007.272]-089.163-073
DOI https://doi.org/10.32782/2415-8127.2026.74.2

Бичков Сергій Олександрович,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургічних хвороб,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
sergey.o.bychkov@karazin.ua
https://orcid.org/0000-0001-5413-3536
м. Харків, Україна

Савельєв Владислав Віталійович,
аспірант кафедри хірургічних хвороб,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
vlad1997saveliyev@gmail.com
https://orcid.org/0009-0000-3557-0423
м. Харків, Україна

Мартинів Олег Олегович,
аспірант кафедри хірургічних хвороб,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
oleh09170@gmail.com
https://orcid.org/0009-0007-1716-3999
м. Харків, Україна

Герасимов Геннадій Миколайович,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургічних хвороб,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
gennady1606@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-7376-9628
м. Харків, Україна

Захарченко Юрій Броніславович,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургічних хвороб,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
zaharchenko.yri@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-7577-5068
м. Харків, Україна

Субтотальна холецистектомія з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура при синдромі Міріззі IIA типу: порівняння трьох хірургічних доступів

Вступ. Синдром Міріззі II типу є рідкісним ускладненням жовчнокам'яної хвороби, що характеризується формуванням холецистохоледохеальної нориці з частковим дефектом стінки загальної жовчної протоки. Виражені запально-рубцеві зміни в ділянці гепатодуоденальної зв'язки ускладнюють хірургічне лікування, підвищують ризик інтраопераційних і післяопераційних ускладнень, збільшують тривалість стаціонарного лікування та вираженість післяопераційного больового синдрому.

Мета дослідження. Оцінити ефективність та безпечність субтотальної холецистектомії з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура при синдромі Міріззі IIA типу залежно від виду оперативного доступу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 56 пацієнтів із синдромом Міріззі IIA типу за запропонованою нами класифікацією (наявність холецистобіліарної нориці з дефектом стінки жовчної протоки, що не перевищував 1/3 її окружності), які перебували на лікуванні у 1997-2025 роках. До I групи увійшли 26 хворих, яким виконано мінілапаротомічну субтотальну холецистектомію з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура; до II групи – 11 пацієнтів після лапароскопічного варіанта цього втручання; до III групи – 19 хворих після лапаротомного доступу. Оцінювали частоту інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень, тривалість госпіталізації, інтенсивність післяопераційного болю за візуально-аналоговою шкалою та потребу в наркотичних анальгетиках. Загальна частота інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень становила 11,5% у I групі, 9,1% у II групі та 26,3% у III групі. Різниця за частотою ускладнень між трьома групами мала описовий характер і не досягала статистичної значущості (χ^2=2,27; p=0,321). Середня тривалість госпіталізації становила 8,1±1,6 доби у I групі, 7,2±1,4 доби у II групі та 12,6±2,8 доби у III групі; різниця між мінілапаротомічною і лапаротомною групами, а також між лапароскопічною і лапаротомною групами була статистично значущою (p<0,001). Найменшу інтенсивність післяопераційного болю спостерігали після лапароскопічного втручання, помірну – після мінілапаротомічного доступу, найбільшу – після лапаротомії. Потреба в наркотичних анальгетиках була найвищою у III групі (42,1%) порівняно з I групою (11,5%) та II групою (9,1%).

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати свідчать, що вибір оперативного доступу при синдромі Міріззі IIA типу має базуватися на інтраопераційній оцінці анатомічних умов, вираженості запального інфільтрату та можливості безпечної пластики дефекту холедоха. Лапароскопічний доступ асоціювався з меншою післяопераційною травматичністю, тоді як мінілапаротомія може бути доцільним проміжним варіантом у складних випадках. Лапаротомію доцільно розглядати як резервний доступ при неможливості безпечного завершення втручання менш інвазивними способами.

Висновки. Авторами встановлено, що субтотальна холецистектомія з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура є технічно можливим методом лікування синдрому Міріззі IIA типу, а мінілапаротомічний доступ може бути доцільним проміжним варіантом між лапароскопічним та лапаротомним доступом у складних анатомічних умовах.

Ключові слова: синдром Міріззі IIA типу, жовчнокам'яна хвороба, холецистохоледохеальна нориця, субтотальна холецистектомія, мінілапаротомія, лапароскопічна холецистектомія, лапаротомія, пластика дефекту жовчної протоки, задня стінка жовчного міхура, післяопераційний больовий синдром, післяопераційні ускладнення, тривалість госпіталізації.

Serhiy Oleksandrovych Bychkov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, sergey.o.bychkov@karazin.ua, https://orcid.org/0000-0001-5413-3536, Kharkiv, Ukraine

Vladyslav Vitaliyovych Saveliyev, PhD Student at the Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, vlad1997saveliyev@gmail.com, https://orcid.org/0009-0000-3557-0423, Kharkiv, Ukraine

Martyniv Oleh Olehovych, PhD Student, Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, oleh09170@gmail.com, https://orcid.org/0009-0007-1716-3999, Kharkiv, Ukraine

Herasymov Hennadii Mykolaiovych, PhD, Associate Professor at the Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, gennady1606@gmail.com, https://orcid.org/0000-0001-7376-9628, Kharkiv, Ukraine

Zakharchenko Yurii Bronislavovych, PhD, Associate Professor at the Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, zaharchenko.yri@gmail.com, https://orcid.org/0000-0002-7577-5068, Kharkiv, Ukraine

Subtotal Cholecystectomy with Repair of a Choledochal Defect Using the Posterior Wall of the Gallbladder in Mirizzi Syndrome Type IIA: Comparison of Three Surgical Approaches

Introduction. Mirizzi syndrome type II is a rare complication of gallstone disease characterized by the formation of a cholecystocholedochal fistula with a partial defect of the common bile duct wall. Pronounced inflammatory and fibrotic changes in the hepatoduodenal ligament area complicate surgical treatment, increase the risk of intraoperative and postoperative complications, prolong hospital stay, and intensify postoperative pain syndrome.

Objective. To evaluate the efficacy and safety of subtotal cholecystectomy with repair of a choledochal defect using the posterior wall of the gallbladder in Mirizzi syndrome type IIA, depending on the type of surgical approach.

Materials and methods. A retrospective analysis was conducted of the treatment outcomes of 56 patients with Mirizzi syndrome type IIA according to our proposed classification, defined as the presence of a cholecystobiliary fistula with a bile duct wall defect not exceeding one-third of its circumference. The patients were treated between 1997 and 2025. Group I included 26 patients who underwent mini-laparotomic subtotal cholecystectomy with repair of the choledochal defect using the posterior wall of the gallbladder; Group II included 11 patients who underwent the laparoscopic variant of this procedure; and Group III included 19 patients treated through a laparotomic approach. The frequency of intraoperative and early postoperative complications, duration of hospital stay, intensity of postoperative pain according to the visual analogue scale, and the need for narcotic analgesics were assessed.

The overall frequency of intraoperative and early postoperative complications was 11.5% in Group I, 9.1% in Group II, and 26.3% in Group III. The difference in complication rates among the three groups was descriptive and did not reach statistical significance (χ^2=2.27; p=0.321). The mean duration of hospital stay was 8.1±1.6 days in Group I, 7.2±1.4 days in Group II, and 12.6±2.8 days in Group III; the differences between the mini-laparotomic and laparotomic groups, as well as between the laparoscopic and laparotomic groups, were statistically significant (p<0.001). The lowest intensity of postoperative pain was observed after laparoscopic surgery, moderate pain intensity after the mini-laparotomic approach, and the highest pain intensity after laparotomy. The need for narcotic analgesics was highest in Group III (42.1%) compared with Group I (11.5%) and Group II (9.1%).

Results and discussion. The obtained results indicate that the choice of surgical approach in Mirizzi syndrome type IIA should be based on intraoperative assessment of anatomical conditions, the severity of the inflammatory infiltrate, and the feasibility of safe repair of the choledochal defect. The laparoscopic approach was associated with lower postoperative trauma, whereas mini-laparotomy may be an appropriate intermediate option in complex cases. Laparotomy should be considered a reserve approach when safe completion of the procedure by less invasive methods is not possible.

Conclusions. The authors established that subtotal cholecystectomy with repair of a choledochal defect using the posterior wall of the gallbladder is a technically feasible method for the treatment of Mirizzi syndrome type IIA, while the mini-laparotomic approach may be an appropriate intermediate option between laparoscopic and laparotomic approaches in complex anatomical conditions.

Key words: Mirizzi syndrome type IIA, gallstone disease, cholecystocholedochal fistula, subtotal cholecystectomy, mini-laparotomy, laparoscopic cholecystectomy, laparotomy, bile duct defect repair, posterior wall of the gallbladder, postoperative pain syndrome, postoperative complications, duration of hospital stay.

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) залишається однією з найпоширеніших патологій органів гепатобіліарної системи та посідає важливе місце у структурі абдомінальної хірургічної захворюваності. Незважаючи на значний розвиток лапароскопічної хірургії, ускладнені форми ЖКХ й надалі становлять серйозну клінічну проблему, оскільки супроводжуються вираженими запально-рубцевими змінами, порушенням нормальної анатомії жовчних шляхів та підвищеним ризиком інтраопераційних ускладнень [1]. Одним

із найбільш складних ускладнень ЖКХ є синдром Міріззі (СМ), який виникає внаслідок тривалого перебування конкремента в шийці жовчного міхура або міхуровій протоці з подальшою компресією загальної жовчної протоки, розвитком запалення, рубцевих змін і, в окремих випадках, формуванням холецистобіліарної нориці. Особливу хірургічну складність становить СМ II типу, для якого характерне утворення холецистохоледохеальної нориці з частковим дефектом стінки загальної жовчної протоки [2]. Традиційно при складних формах СМ застосовувалися відкриті оперативні втручання, які забезпечують широку ревізію зони ураження та можливість виконання реконструктивного етапу [3,4]. Водночас лапаротомний доступ супроводжується більшою хірургічною травмою, вираженішим післяопераційним больовим синдромом, тривалішим перебуванням пацієнтів у стаціонарі та вищим ризиком ранових ускладнень [5,6]. Лапароскопічний підхід, навпаки, має переваги щодо меншої травматичності, швидшої реабілітації та меншої інтенсивності післяопераційного болю, однак його застосування при СМ II типу потребує ретельного відбору пацієнтів, достатнього досвіду хірурга та чіткої візуалізації зони холецистобіліарної нориці [7].

У зв'язку з цим особливий інтерес становить мінілапаротомічна субтотальна холецистектомія з пластикою дефекту жовчної протоки задньою стінкою жовчного міхура. Такий підхід може розглядатися як компроміс між малоінвазивністю та безпекою відкритого контролю операційного поля [10].

Мета дослідження. Оцінити ефективність та безпечність субтотальної холецистектомії з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура при синдромі Міріззі IIA типу залежно від виду оперативного доступу.

Методологія та методи дослідження. Дослідження виконано на основі ретроспективного аналізу результатів хірургічного лікування 56 хворих із СМ II А типу за запропонованою нами класифікацією. СМ IIA типу визначали як наявність холецистобіліарної нориці з дефектом стінки жовчної протоки, що не перевищував 1/3 її окружності. Патологію діагностували на доопераційному або інтраопераційному етапі. У пацієнтів, у яких за даними ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) вдавалося запідозрити СМ, на доопераційному етапі виконували ендоскопічну санацію гепатикохоледоха та встановлення назобіліарного зонда для біліарної декомпресії. Це дозволяло уникнути дренування загальної жовчної протоки на інтраопераційному етапі. Назобіліарний зонд видаляли переважно на 4-5-ту добу після оперативного втручання за відсутності ознак жовчотоку та біліарної гіпертензії. Усі пацієнти перебували на лікуванні на базі Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 2 філії «Центр охорони здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця» у 1997-2025 роках.

У дослідження включено 56 пацієнтів із СМ IIA типу. Серед них було 38 жінок (67,9%) та 18 чоловіків (32,1%). Вік пацієнтів коливався від 34 до 79 років, середній вік становив 59,1 ± 10,2 року. Найбільшу частку становили пацієнти віком 51–70 років – 37 хворих (66,1%). Критеріями включення були: наявність СМ IIA типу, виконання субтотальної холецистектомії з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура, вік пацієнтів понад 18 років та наявність достатніх клінічних даних для аналізу безпосередніх результатів лікування. Критеріями виключення були: інші типи СМ, виконання первинного біліодигестивного анастомозу без пластики задньою стінкою жовчного міхура, злоякісні новоутворення гепатопанкреатобіліарної зони та неповні медичні дані.

Залежно від виду оперативного доступу пацієнтів розподілено на три групи. До I групи увійшли 26 хворих, яким виконано мінілапаротомічну субтотальну холецистектомію з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура. Операцію розпочинали з лапароскопічної ревізії. За наявності щільного інфільтрату, ознак СМ (рис. 1) та неможливості безпечного досягнення critical view of safety виконували проєкційний мінілапаротомний доступ довжиною близько 5 см під лапароскопічним контролем. Подальший етап передбачав мобілізацію жовчного міхура від дна, субтотальну холецистектомію із залишенням задньої стінки жовчного міхура та використанням її для пластики дефекту холедоха шовним матеріалом PDS 3.0.

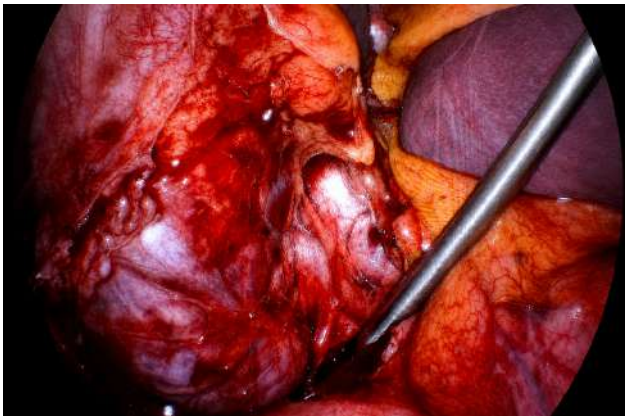


Рис. 1. Синдром Міріззі тип IIA

До II групи включено 11 пацієнтів, яким виконано лапароскопічну субтотальну холецистектомію з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура. Втручання здійснювали через стандартний лапароскопічний доступ. За наявності виражених змін у ділянці шийки жовчного міхура та трикутника Кало (рис. 2), виконували субтотальну холецистектомію від дна із залишенням мобільної стінки жовчного міхура. Після ідентифікації холецистобіліарної нориці з дефектом жовчної протоки не більше 1/3 її окружності виконували пластику дефекту мобільною задньою стінкою жовчного міхура.

До III групи увійшли 19 хворих, яким виконано субтотальну холецистектомію з пластикою дефекту холедоха лапаротомним доступом. Операцію розпочинали з лапароскопічної ревізії. За неможливості безпечної мобілізації жовчного міхура, виражених рубцево-запальних змін, недостатньої тракції та контртракції виконували конверсію з переходом на верхньосередину лапаротомію. Подальше втручання включало

мобілізацію жовчного міхура від дна, ідентифікацію холецистобіліарної нориці та пластику дефекту холедоха мобільною задньою стінкою жовчного міхура. Від мінілапаротомного доступу у даній групі відмовлялися через значну вираженість місцевого запально-рубцевого процесу та потребу в більш широкій експозиції гепатодуоденальної ділянки.

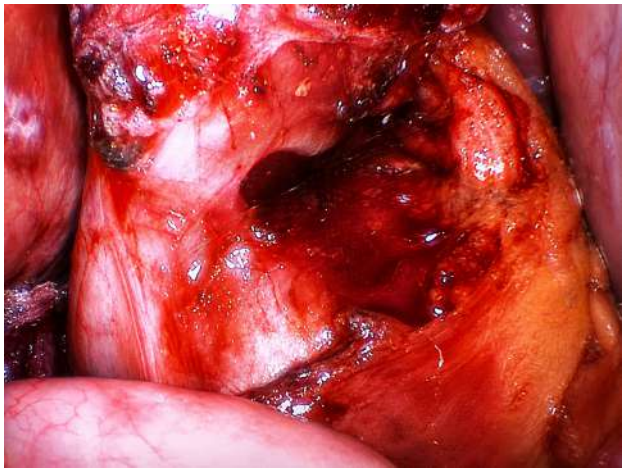


Рис. 2. Щільний запальний інфільтрат при синдромі Міріззі ІІА типу

У всіх групах операцію завершували контролем гемостазу та дренуванням підпечінкового простору. За наявності назобіліарного зонда додаткове дренування холедоха не проводили; за його відсутності виконували дренування загальної жовчної протоки за Кером. Під час аналізу оцінювали інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення, тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі, строки відновлення перистальтики, термін повернення до повсякденної та трудової активності, а також інтенсивність післяопераційного больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) на 1-шу, 3-тю та 5-ту добу після операції, потребу в наркотичних анальгетиках і середню тривалість знеболення.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA 10.0. Кількісні показники залежно від характеру розподілу наведено як середнє значення ± стандартне відхилення (M ± SD) або як медіану з міжквартильним інтервалом – Me [Q1; Q3]. Якісні показники подано як абсолютну кількість спостережень та частку у відсотках – n (%). Для порівняння частот використовували χ^2-критерій або точний критерій Фішера при малих очікуваних частотах. Для порівняння кількісних показників між двома незалежними групами застосовували t-критерій Велча або U-критерій Манна-Вітні, а для порівняння трьох незалежних груп – однофакторний дисперсійний аналіз або критерій Краскела-Волліса з подальшими попарними порівняннями. Відмінності вважали статистично значущими при $p<0,05$.

Виклад основного матеріалу дослідження. У дослідження включено 56 хворих із синдромом Міріззі ІІ А типу. Найбільш технічно складні випадки, пов'язані з вираженими рубцево-запальними змінами, щільним інфільтратом у зоні трикутника Кало та неможливістю безпечної мобілізації жовчного міхура, частіше потребували переходу до лапаротомного доступу. Це необхідно враховувати при інтерпретації результатів. Проведено аналіз частоти інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень залежно від виду оперативного доступу (табл.1).

За наведеними даними найнижчу частоту інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень спостерігали у ІІ групі – 9,1%. У І групі цей показник становив 11,5%, у ІІІ групі – 26,3%. Різниця між групами за сумарною частотою ускладнень не досягала статистичної значущості ($\chi^2=2,27$; $p=0,321$), що може бути пов'язано з невеликою кількістю спостережень, нерівномірним розподілом пацієнтів між групами та різною початковою складністю клінічних випадків. Водночас клінічно простежувалася тенденція до більшої частоти ускладнень після лапаротомного доступу.

У І групі не було зафіксовано ураження магістральних жовчних проток, підпечінкового абсцесу, післяопераційного холангіту. Ускладнення були представлені поодинокими випадками інтраопераційної кровотечі, жовчотоку, біломи та інфікування післяопераційної рани. У ІІ групі зареєстровано один випадок підтікання жовчі з підпечінкового дренажу >100 мл жовчі за добу. У ІІІ групі ускладнення траплялися частіше та включали ураження жовчних шляхів, інтраопераційну кровотечу, жовчотік, підпечінковий абсцес, інфікування післяопераційної рани, білому та післяопераційний холангіт. Окремі пацієнти могли мати більше одного ускладнення, тому сумарна кількість ускладнень за окремими категоріями не є тотожною кількості пацієнтів з ускладненнями [7].

Також оцінювали інтенсивність післяопераційного больового синдрому та потребу в анальгетиках у пацієнтів залежно від виду оперативного доступу (табл. 2).

Інтенсивність післяопераційного больового синдрому суттєво відрізнялася залежно від виду оперативного доступу. Найнижчі показники болю за ВАШ у всі терміни спостереження відзначали у пацієнтів ІІ групи після лапароскопічного втручання: у 1-шу добу – 3,0 [2,5; 3,5] бала, на 3-тю добу – 2,0 [1,5; 2,0] бала, на 5-ту добу – 1,0 [0,5; 1,0] бала. У І групі після мінілапаротомного доступу больовий синдром був помірно вираженим і займав проміжне положення між лапароскопією та лапаротомією: відповідно 4,0 [3,5; 5,0], 2,5 [2,0; 3,0] та 1,5 [1,0; 2,0] бала. Найвищу інтенсивність болю спостерігали у ІІІ групі після лапаротомного доступу: 6,5 [5,5; 7,0] бала у 1-шу добу, 4,0 [3,5; 4,5] бала на 3-тю добу та 2,5 [2,0; 3,0] бала на 5-ту добу. Міжгрупові відмінності за інтенсивністю болю були статистично значущими в усі терміни спостереження. У 1-шу добу відмінності між І-ІІ групами становили $p=0,002$, а між І-ІІІ та ІІ-ІІІ групами – $p<0,001$. На 3-тю добу статистично значущі відмінності зберігалися між І–ІІ групами ($p=0,004$), І-ІІІ групами ($p<0,001$) та ІІ-ІІІ групами ($p<0,001$). На 5-ту добу відмінності між усіма групами також залишалися значущими – $p<0,001$. Потреба в наркотичних анальгетиках також була найвищою у ІІІ групі – 8 пацієнтів, або 42,1%, тоді як у І групі вона становила 3 випадки, або 11,5%, а у ІІ групі –

Таблиця 1

Частота інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень залежно від виду оперативного доступу

Ускладнення	I група: мінілапаротомія, n=26	II група: лапароскопія, n=11	III група: лапаротомія, n=19	Усього, n=56
Інтраопераційний період				
Ураження жовчних шляхів	0	0	1 (5,3%)	1 (1,8%)
Інтраопераційна крововтрата ≥200 мл, n (%)	1 (3,8%)	0	1 (5,3%)	2 (3,6%)
Ранній післяопераційний період				
Жовчотік ≥100 мл жовчі по підпечінковому дренажу за добу, n (%)	1 (3,8%)	1 (9,1%)	2 (10,5%)	4 (7,1%)
Підпечінковий абсцес	0	0	1 (5,3%)	1 (1,8%)
Інфікування післяопераційної рани	1 (3,8%)	0	2 (10,5%)	3 (5,4%)
Білома	1 (3,8%)	0	1 (5,3%)	2 (3,6%)
Післяопераційний холангіт	0	0	1 (5,3%)	1 (1,8%)
Усього пацієнтів з ускладненнями	**3 (11,5%)**	**1 (9,1%)**	**5 (26,3%)**	9 (16,1%)

Таблиця 2

Інтенсивність післяопераційного больового синдрому та потреба в анальгетиках залежно від виду оперативного доступу

Показник	I група, n=26	II група, n=11	III група, n=19	Загальна та попарна статистична значущість
Біль у 1-шу післяопераційну добу, ВАШ, бали, Me [Q1; Q3]	4,0 [3,5; 5,0]	3,0 [2,5; 3,5]	6,5 [5,5; 7,0]	H=41,91; p<0,001; I–III: p<0,001; II–III: p<0,001; I–II: p=0,002
Біль на 3-тю післяопераційну добу, ВАШ, бали, Me [Q1; Q3]	2,5 [2,0; 3,0]	2,0 [1,5; 2,0]	4,0 [3,5; 4,5]	H=38,07; p<0,001; I–III: p<0,001; II–III: p<0,001; I–II: p=0,004
Біль на 5-ту післяопераційну добу, ВАШ, бали, Me [Q1; Q3]	1,5 [1,0; 2,0]	1,0 [0,5; 1,0]	2,5 [2,0; 3,0]	H=30,21; p<0,001; I–II: p<0,001; I–III: p<0,001; II–III: p<0,001
Потреба в наркотичних анальгетиках, n (%)	3 (11,5%)	1 (9,1%)	8 (42,1%)	χ^2=7,33; p=0,026
Середня тривалість знеболення, доби, M ± SD	3,2 ± 0,8	2,4 ± 0,6	5,1 ± 1,2	I–III: p<0,001; II–III: p<0,001; I–II: p=0,012

1 випадок, або 9,1% (χ^2=7,33; p=0,026). Середня тривалість знеболення була найбільшою після лапаротомії – 5,1±1,2 доби, порівняно з 3,2±0,8 доби у групі мінілапаротомії та 2,4±0,6 доби після лапароскопічного втручання.

Оцінювали тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі та післяопераційне відновлення залежно від виду оперативного доступу (табл. 3).

Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі та темпи післяопераційного відновлення залежали від виду оперативного доступу. Найкоротший термін госпіталізації спостерігали у пацієнтів II групи після лапароскопічного втручання – 7,2±1,4 доби. У I групі після мінілапаротомного доступу середня тривалість перебування у стаціонарі становила 8,1±1,6 доби, що не мало статистично значущої різниці порівняно з лапароскопічною групою (p=0,101). Найдовший термін госпіталізації відзначено у III групі після лапаротомного доступу – 12,6±2,8 доби; відмінності між I-III та II-III групами були статистично значущими (p<0,001). Відновлення перистальтики відбувалося найшвидше у II групі – 1,3±0,4 доби, порівняно з 1,8±0,5 доби у I групі та 2,6±0,7 доби у III групі. Різниця була статистично значущою між усіма групами: I-II – p=0,004, I-III та II–III – p<0,001. Термін повернення до повсякденної діяльності також був найкоротшим після лапароскопії – 8,6±2,1 доби, проміжним після мінілапаротомії – 13,5±3,2 доби та найдовшим після лапаротомії – 24,3±5,8 доби. Аналогічну тенденцію спостерігали щодо реінтеграції у трудову діяльність: 14,2±3,6 доби у II групі, 21,4±4,8 доби у I групі та 35,6±8,2 доби у III групі. Для обох показників відмінності між усіма групами були статистично значущими.

Отримані результати свідчать, що лапароскопічний доступ забезпечував найменшу післяопераційну травматичність, проте його застосування при синдромі Міріззі II А типу можливе лише за умов достатньої візуалізації, контрольованої мобілізації та чіткої ідентифікації холецистобіліарної нориці [8]. Мінілапаротомічний доступ демонстрував дещо більшу післяопера-

Таблиця 3

Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі та післяопераційне відновлення залежно від виду оперативного доступу

Показник	I група, n=26	II група, n=11	III група, n=19	Порівняння між групами
Середня тривалість перебування у стаціонарі, доби, M ± SD	8,1 ± 1,6	7,2 ± 1,4	12,6 ± 2,8	I–III: p<0,001; II–III: p<0,001; I–II: p=0,101
Відновлення перистальтики, доби, M ± SD	1,8 ± 0,5	1,3 ± 0,4	2,6 ± 0,7	I–III: p<0,001; II-III: p<0,001; I-II: p=0,004
Термін повернення до повсякденної діяльності, доби, M ± SD	13,5 ± 3,2	8,6 ± 2,1	24,3 ± 5,8	I–III: p<0,001; II-III: p<0,001; I-II: p=0,002
Термін реінтеграції у трудову діяльність, доби, M ± SD	21,4 ± 4,8	14,2 ± 3,6	35,6 ± 8,2	I–III: p<0,001; II-III: p<0,001; I-II: p=0,001

ційну травматичність порівняно з лапароскопією, але забезпечував кращий мануальний контроль у складних анатомічних умовах і дозволяв уникнути лапаротомії у частини пацієнтів [10].

Лапаротомний доступ асоціювався з більшою частотою ускладнень, тривалішою госпіталізацією, довшим відновленням та більш вираженим больовим синдромом. Водночас ці дані потребують обережної інтерпретації, оскільки лапаротомію виконували переважно у найскладніших клінічних ситуаціях, коли лапароскопічне або мінілапаротомічне завершення втручання було технічно небезпечним [11].

Висновки з дослідження**.** Субтотальна холецистектомія з пластикою дефекту холедоха задньою стінкою жовчного міхура є технічно можливим варіантом хірургічного лікування синдрому Міріззі IIA типу при дефекті стінки загальної жовчної протоки, що не перевищує 1/3 її окружності. Мінілапаротомічний доступ може розглядатися як доцільний проміжний варіант між лапароскопічним та лапаротомним доступами у випадках, коли лапароскопічне завершення операції є технічно небезпечним, але зберігаються умови для контрольованої пластики дефекту холедоха. Лапароскопічний і мінілапаротомічний доступи супроводжувалися меншою післяопераційною травматичністю, швидшим відновленням та менш вираженим больовим синдромом порівняно з лапаротомією, однак результати лапаротомної групи слід інтерпретувати з урахуванням більшої складності клінічних випадків.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.
Інформація про фінансування. Автори не отримували фінансової підтримки для проведення дослідження.
Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:
Бичков Сергій Олександрович – ідея та дизайн дослідження, остаточне затвердження статті;
Савельєв Владислав Віталійович – дизайн дослідження, написання тексту, аналіз та обговорення;
Мартинів Олег Олегович – аналіз статистичних даних, огляд літератури;
Герасимов Геннадій Миколайович – збір матеріалу дослідження, огляд літератури;
Захарченко Юрій Броніславович – збір матеріалу дослідження; аналіз отриманих результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Koo JGA, Tham HY, Toh EQ, Chia C, Thien A, Shelat VG. Mirizzi Syndrome – The Past, Present, and Future. Medicina. 2024;60(1):12. doi:10.3390/medicina60010012.
2. González HFN, Ramirez L, Torres M, et al. Endoscopic Management of Mirizzi Syndrome. *World J Gastrointest Endosc*. 2025;17:1–10. https://doi.org/10.3748/wjge.2025.17.1
3. Gulla A, Patel R, Singh P, et al. Mirizzi Syndrome: Is There a Place for Minimally Invasive Surgery? A Systematic Review. *Dig Surg*. 2023;40(2):145–155. https://doi.org/10.1159/dig.2023.40.2.145
4. Zhao J, Fan Y, Wu S. Safety and feasibility of laparoscopic approaches for the management of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surgical Endoscopy, 2020;34:4717–4726, DOI 10.1007/s00464-020-07785-0**.**
5. Klekowski J, Nowak A, Kowalski M, et al. The Current Approach to the Diagnosis and Classification of Mirizzi Syndrome. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(9):1657. https://doi.org/10.3390/diagnostics11091657
6. Gómez D, Martinez F, Alvarez R, et al. Minimally Invasive Management of Mirizzi Syndrome: Case Series and Narrative Review of the Literature. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2022;100(7):404–409. https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.12.003
7. Pawa R, Johnson T, Lee A, et al. Endoscopic Management of Cystic Duct Stones and Mirizzi's Syndrome. *VideoGIE*. 2022;7:123–131. https://doi.org/10.1016/j.vgie.2022.01.004
8. Cadili L, Thompson S, Patel V, et al. Management of Complex Acute Biliary Disease for the Acute Care Surgeon. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2024;9:e001234. https://doi.org/10.1136/tsaco-2024-001234
9. Mauro A, Rossi G, Bianchi L, et al. The Role of Cholangioscopy in Biliary Diseases. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(4):567. https://doi.org/10.3390/diagnostics13040567

10. Grubnik VV, Shevchenko O, Ivanov A, et al. Minimally Invasive Interventions for Mirizzi Syndrome. *Surgery of Ukraine / Khirurhiya Ukrainy*. 2025;31(2):45–55. https://doi.org/10.37773/suk.2025.31.2.45
11. Yahia Y, Mohamed E, Afzal M, Ahmed A, Vincent PK, Qasem M, et al. Mirizzi syndrome: Mastering the challenge, characterization and management outcomes in a retrospective study of 60 cases. Curr Probl Surg. 2024;61:101626. doi:10.1016/j.cpsurg.2024.101626.

Дата першого надходження статті до видання: 15.06.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 20.07.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 09.11.2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0