

## МЕДИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗДЕЛЕНИЕ СТАДИЙ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

*Усаров Толиб Ахмедович, Қурбонов Низом Азизович, Нарзуллаев Санат  
Иноятович, Рўзибоев Шерали Жўрамуродович, Хасанова Мафтуна  
Эшпулатовна.*

*-РШТЎИМ Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.  
- Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси,  
Самарқанд ш.*

**ВВЕДЕНИЕ** Синдром Мириizzi (СМ) – редкое и тяжелое осложнение желчнокаменной болезни (ЖКБ), первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, завершающееся либо формированием стриктуры, либо образованием холецисто-билиарного свища [1,2,4,5]. В настоящей работе речь пойдет о классификации СМ. Впервые Н. Kehr в 1905 г. и Ruge в 1908 г. описали обструкцию общего печеночного протока, обусловленную конкрементом пузырного протока или печеночно-двенадцатиперстной связи. Холецистохоледохеальная фистула была описана С. Puestov в 1942 году [6,12]. Но это были только описания частных случаев. Аргентинский хирург Pablo Mirizzi, основываясь на 15-летнем опыте применения интраоперационной холеграфии, в 1948 году впервые описал рентгенологическую семиотику «гепатического» синдрома, основными признаками которого явились «стаз желчи и контрактура желчного протока при отсутствии в нем конкрементов» [10,11]. Разными авторами предложено несколько классификаций СМ. Одна из первых классификаций была предложена М. Corlette и Н. Bismuth (1975), которая основывалась на разделении билио-билиарных свищей на два вида, в зависимости от того, где находится патологическое соустье – выше или ниже обычного соединения желчного и пузырного протоков [7]. Но она не имела большого практического значения. Наиболее распространенными на сегодняшний день являются классификации С. McSherry и соавт., А. Csendes и соавт. и Т. Nagakawa и соавт. С. McSherry (1982), основываясь на данных эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, предложил подразделять СМ на два типа [9]: I тип - компрессия общего печеночного протока камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока; II тип - пузырно-холедохеальный свищ. В 1989 году А. Csendes, имея опыт 219 наблюдений СМ и исходя из того, что различные типы синдрома являются стадиями одного процесса предложил собственную классификацию, в основе которой лежит степень разрушенности стенки общего печеночного протока холецисто-холедохеальным свищем [8]: I тип – компрессия общего печеночного протока камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока; II тип – холецисто-холедохеальный свищ, занимающий менее 1/3 окружности

общего печеночного протока; III тип – холецисто-холедохеальный свищ, занимающий 2/3 окружности общего печеночного протока; IV тип – холецисто-холедохеальный свищ, занимающий всю окружность общего печеночного протока (стенка протока полностью разрушена). В 1997 году Т. Nagakawa, основываясь на данных чрескожной чреспеченочной холангиографии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, также предложил собственную классификацию, выделив 4 типа данной патологии [12]. Первый вариант соответствовал I типу СМ по классификации McSherry. Ко II типу СМ автор отнес случаи образования холецисто-холедохеальной фистулы на уровне общего печеночного протока. К III типу СМ были отнесены случаи стеноза общего печеночного протока, вызванного конкрементом, расположенным в области слияния полостей желчного пузыря и желчного протока. К IV типу СМ автор отнес случаи стеноза общего печеночного протока вследствие перехода воспалительного процесса с желчного пузыря на общий желчный проток при отсутствии ущемленных конкрементов в области шейки желчного пузыря или пузырном протоке. В русскоязычной научной литературе различные виды классификаций СМ были предложены В.С. Савельевым и В.И. Ревякиным, Г.Г. Ахаладзе с соавт. [3-5]. Сегодня все представленные классификации СМ сводятся к классификации, предложенной McSherry, то есть, к делению на тип-стриктура и тип-свищ, и дополнены различными вариантами течения заболевания. Цель исследования: унифицировать тактику хирургического лечения СМ на основе анализа клинического материала и разработки новой клинкопатоморфологической классификации.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** Работа базируется на результатах обследования и хирургического лечения 139 больных с СФ РНЦЭМП (2017-2023 гг.). Возраст больных колебался от 25 до 87 лет. Женщин было 103 (74,1%) человек, мужчин – 36 (25,9%). Преобладали пациенты пожилого – 58 (41,7%) и старческого возраста – 68 (48,9%). Хронический калькулезный холецистит был установлен у 104 (74,8%) больных, острый калькулезный холецистит – у 35 (25,2%), в том числе острый катаральный холецистит имел место у 17 больных, флегмонозный – у 8, гангренозный – у 7, эмпиема желчного пузыря – у 2 и водянка желчного пузыря – у 1. Холедохолитиаз диагностирован у 80 (57,5%) больных. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась острым холангитом. Использовали оптимизированную диагностическую программу, включавшую клинко-лабораторное, ультразвуковое исследование (УЗИ) и фиброгастродуоденоскопию. Инструментальным методом диагностики «первой линии» было УЗИ, которое имело не только скрининговое значение, но и оказывалось необходимым и достаточным для синдромальной диагностики

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ** С 2017 года в хирургическом лечении СФ нами были применены различные варианты оперативной коррекции данной

патологии. В процессе стандартизации хирургической тактики при СФ возникла необходимость пересмотра существующих классификаций с учетом уровня локализации холецистобилиарного свища. Существенным поводом к этому явилось то, что в классификациях А. Csendes, С.К. McSherry, Т. Nagakawa и их различных модификациях не представлена уровневая локализация свища и расположение его в области конfluence. В нашей практике мы в 4 наблюдениях сталкивались со сложными формами II типа СФ, когда холецисто-билиарный свищ локализовался в области конfluence с полным разрушением передней его стенки. В качестве демонстрации приводим один из 4 этих

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ** Б-ная И.И.Н., 53 года, № и.б. 16915, госпитализирована в хирургическое отделение Ошской межобластной объединенной клинической больницы 19.08.2018г. с диагнозом «ЖКБ. Камень холедоха. Хронический калькулезный холецистит. Механическая желтуха. Синдром Мириззи». Из анамнеза выяснено, что ЖКБ была установлена 1,5 года назад. За этот период у больной наблюдались неоднократные приступы желчной колики. От оперативного лечения больная воздерживалась. В условиях больницы больная прошла лабораторные и инструментальные обследования. По данным эхографии, печень увеличена, контуры ровные, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности, без очаговых изменений, отмечается расширение внутрипеченочных желчных протоков. Желчный пузырь уменьшен, деформирован, склерозирован, в просвете конкрементов нет, стенки в области шейки не определяется, полость сообщается с просветом общего печеночного протока. Начальные отделы гепатикохоледоха расширены до 2 см, в просвете конкремент размером 17 мм. Данные за камень холедоха, механическую желтуху, синдром Мириззи. Билирубин прямой 188,2 мкмоль/л, билирубин не прямой 106,4 мкмоль/л. 20.08.2018 г. в плановом порядке больная была оперирована. Верхне-срединная лапаротомия, ревизия. Печень несколько увеличена. Желчный пузырь уменьшен в размере, сморщен, склерозирован, плотно спаян с гепатикохоледохом. Пальпаторно в области ворот печени определяется плотное фиксированное образование (конкремент) размером до 1,5 см в диаметре. Острым путем перивезикальный спаечный процесс был устранен. Произведено продольное вскрытие передней стенки желчного пузыря, с техническими трудностями извлечен конкремент, фиксированный в области конfluence. После удаления желчного камня образовавшийся дефект передней стенки конfluence был с некротическими изменениями вследствие длительной компрессии желчным камнем и исключал любые возможности первичного восстановления билиарного пассажа. После устранения механического препятствия начала поступать застойная желчь. Желчный пузырь удален по способу Прибрама с мукоклазией слизистой. Произведено отдельное наружное дренирование обоих долевых печеночных протоков тонкими дренажами. После дренирования подпеченочной области операционная рана послойно ушита. Послеоперационное течение гладкое, без

осложнений. Билирубин прямой 13,3 мкмоль/л, билирубин непрямой 29,2 мкмоль/л от 24.08.18г. На 14 сутки после операции больная была выписана домой с наличием двух дренажей в печеночных протоках. Осложнений не было. Повторно госпитализирована через 2,5 месяца, 18.11.2018г.: чувствует себя хорошо, жалоб нет, желтухи нет, дренажи функционируют. В плановом порядке был проведен второй этап операции – удаление дренажей и формирование бигепатикоеюностомии на выключенной по Roux петле тощей кишки. Вышеприведенное клиническое наблюдение относится к весьма сложным случаям ЖКБ. Мы считаем, что такие особо сложные случаи СФ должны быть отражены в соответствующей печати и широко сообщены медицинской общественности с той целью, чтобы хирург, оперируя на желчных путях, был информирован о возможности таких сложных случаев СФ. В доступной нам научной литературе мы не встретили описания подобных сложных случаев СФ. С учетом наличия таких сложных форм СФ и с целью унификации хирургической тактики лечения нами была разработана и предложена классификация СФ, основанная на локализации холецисто-билиарного свища на разных уровнях внепеченочных желчных протоков: Тип 1 – компрессия общего желчного или печеночного протока конкрементом, фиксированным в шейке желчного пузыря или пузырьном протоке (65 больных, 46,7%); Тип 2 – холецисто-холедохоэальный: локализация холецисто-билиарного свища дистальнее впадения пузырьного протока в холедох (24 больных, 17,2%); Тип 3 – протоковый: локализация холецисто-билиарного свища на уровне пузырьного протока с его разрушением, широкое сообщение желчного пузыря с холедохом (38 больных, 27,3%); Тип 4 – конглоуенсный: локализация холецисто-билиарного свища на уровне гепатикохоледоха и конглоуенса (12 больных, 8,6%). Представленная классификация на наш взгляд структурно проста и практична в выборе тактикотехнических решений в хирургическом лечении СФ. Стандартизация хирургической тактики на основании разработанной классификации позволила нам существенно минимизировать послеоперационные осложнения (10%) и летальность (2,1%). Предложенная классификация систематизирует понятие «синдром Мириizzi» и четко определяет клинические, патоморфологические и лечебно-тактические аспекты этой проблемы, включая основные предложения гепатобилиарных хирургов.

**ВЫВОДЫ** Таким образом, в результате анализа многолетнего опыта хирургического лечения СФ нами выделены особо сложные формы в структуре данной патологии, создающие трудные, нестандартные интраоперационные ситуации.

Синдром Мириizzi — это редкое заболевание, при котором образуется механическая желтуха из-за сдавливания общего желчного протока.

Клинико-патоморфологическая классификация синдрома Мириizzi включает несколько стадий, которые описывают степень поражения и вовлечения окружающих структур:

1. **Стадия I:** Желчный камень сдавливает общий желчный проток, не вызывая его фиброза или воспаления.
2. **Стадия II:** В дополнение к сдавливанию желчного протока, начинается его фиброз и воспаление.
3. **Стадия III:** Развивается фистула между желчным пузырем и общим желчным протоком.
4. **Стадия IV:** Желчный камень полностью блокирует общий желчный проток, и фистула становится более выраженной.

Каждая стадия отражает прогрессирующее ухудшение состояния и усложняет лечение. Врачи используют эту классификацию для определения наилучшего лечебного подхода, который может включать хирургическое вмешательство.

#### Литература:

1. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA //INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.
2. Курбанов Н. А. и др. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
3. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA //INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.
4. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
5. Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.
6. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
7. Турсунов О. А. и др. В условиях экстренной медицинской помощи растворы кристаллических аминокислот для дополнительного парентерального питания в интенсивной терапии больных оперированных на желудочно-кишечном тракте //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 221-228.

8. Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.
9. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
10. Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. ОЖГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
11. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
12. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
13. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
14. Курбонов Н., Давлатов С., Амонов М. Modern methods of diagnosis and treatment of patients with Mirizzi syndrome //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 158-161.
15. QURBONOV N. A. et al. Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 1927-1932.
16. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
17. Курбонов Н. А. и др. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
18. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – №. Supl. ry 2. – С. 1931-1939.
19. Qurbonov N. A., Davlatov S. S., Amonov M. M. MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME.
20. Azizovich Q. N., Axmedovich Y. B., Salim D. MIRIZZI SYNDROME: HISTORY, CURRENT KNOWLEDGE AND PROPOSAL OF A SIMPLIFIED CLASSIFICATION //Surgery. – 1950. – Т. 132. – С. 300.
21. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.

22. Ro'ziyev P. N. et al. XOLETSISTIT VA UNING ASORATLARI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 26-32.
23. Qurbonov N. A. et al. SURUNKALI PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 33-41.
24. Qurbonov N. A. et al. O'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 42-52.
25. Qurbonov N. A. et al. O'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARINI OPTIMALLASHTIRISH //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 53-59.
26. Qurbonov N. A. et al. SURUNKALI VA O 'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY VA YANGI USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 60-67.
27. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. –2023. –Т. 2. –№. 14. –С. 252-257.
28. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. –2023. –Т. 2. –№. 14. –С. 276-286.
29. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. –2023. –Т. 2. –№. 14. –С. 238-251.
30. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. –2023. –Т. 2. – №. 14. –С. 258-265.
31. Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. –2023. –Т. 5. –№. 1. –С. 204-210.
32. Янгиев Б. А., Курбонов Н. А. СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ //Research Focus. –2023. –Т. 2. –№. 2. –С. 59-65.