

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ И КЛАССИФИКАЦИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Ф.А. ХАДЖИБАЕВ^{1,2}, Ф.Б. АЛИДЖАНОВ², К.С. РИЗАЕВ³, Ф.К. ГУЛОМОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз

³Ташкентский фармацевтический институт, Ташкент, Узбекистан.

Проанализированы литературные данные, посвященные синдрому Мирizzi. Аргументировано определение понятия «синдрома Мирizzi I-типа», а также представлена оптимальная с практической точки зрения классификация синдрома Мирizzi. На большом литературном материале обсуждены определения, исторические данные происхождения данного синдрома, критически оценены имеющиеся различные классификации в зависимости от морфологического характера и размеров свища.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, синдром Мирizzi, холецистобилиарный свищ, холедохолитиаз, механическая желтуха.

DEFINITIONS OF THE CONCEPT AND CLASSIFICATION OF THE MIRIZZI SYNDROME

F.A. KHADJIBAYEV^{1,2}, F.B. ALIDJANOV², K.S. RIZAEV³, F.K. GULOMOV¹

¹Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

³Tashkent Pharmaceutical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

The literature data on Mirizzi syndrome are analyzed. The definition of the concept of "type I Mirizzi syndrome" is argued, and the classification of Mirizzi syndrome, which is optimal from a practical point of view, is presented. Based on a large material, the definitions and historical data on the origin of the syndrome are discussed. The various available classifications, depending on the morphological nature and size of the fistula, are critically evaluated.

Key words: gall stone disease, Mirizzi's syndrome, cholecystobiliary fistula, choledocholithiasis, obstructive jaundice.

На сегодняшний день желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, выявляемым, по данным литературы, у 10-15% взрослого населения [25,27,30,32]. Одним из редких осложнений ЖКБ является синдром Мирizzi (СМ), который по данным разных авторов встречается в широких пределах – от 0,2 до 5% среди больных с ЖКБ [1,10,11,18,21,23,31,32]. Число наблюдений СМ за последние годы увеличивается, что связано с ростом заболеваемости ЖКБ, появлением высо-

коинформативных методов обследования, прогрессом хирургии желчных путей [21]. Частота послеоперационной летальности при этой патологии достаточно высока и составляет в среднем 11-14% [1,2,8,10,16,19,41,44] соответственно.

Также неутешительны отдаленные результаты хирургических вмешательств, обусловленные развитием послеоперационной стриктуры гепатикохоледоха [2,3,5,6,13]. Поэтому в отдалённом послеоперационном периоде от 7,5% до 20,8% больных с данной патологией нуждаются в про-

ведении сложных реконструктивных оперативных вмешательств [7,14,22,28,29,34,39,40].

Вместе с тем, до сих пор среди различных школ хирургов отсутствует единое мнение в определении самого понятия СМ, его классификации, а также в выборе метода его лечения [31,34,52,53].

Название СМ связано с именем талантливого аргентинского хирурга Pablo Luis Mirizzi – основоположника интраоперационной холангиографии. Первая в мире интраоперационная холангиография им была выполнена 18 июня 1931 года. Основываясь на данных выполненных и интраоперационных холангиографий, он в статье «Физиологический сфинктер печеночного желчного протока» (1940) описал сфинктер общего печеночного протока, расположенный у места соединения общего печеночного протока с пузырным протоком [47]. Справедливости ради следует отметить, что дальнейшие исследования установили отсутствие сфинктера в печеночном протоке. Наиболее известное и цитируемое описание СМ (СМ I типа) было опубликовано Mirizzi в 1948 году в статье «Синдром печеночного протока» [48]. Данный синдром состоял в механической желтухе(!), вызванной обструкцией общего печеночного протока желчным камнем, находящемся в кармане Гартмана (шейке желчного пузыря или пузырном протоке), а также связанным с ней воспалительным процессом [37,53]. Mirizzi считал, что в обструкции общего печеночного протока имеет место и функциональный компонент, заключающийся в спазме описанного им ранее «мышечного сфинктера» вследствие воспалительного процесса.

Наконец, в 1952 году Mirizzi, описывая пациентов со спонтанными внутренними желчными свищами, отдельно остановился в случаях билио-билиарных свищей [50], в дальнейшем названным СМ II типа и высказал предположение о связи их с ранее описанным им синдромом. Все же предложение объединить указанные патологические состояния в «Синдром Мириizzi» принадлежит С.К. McSherry с соавторами, которые в 1982 году предложили разделить этот синдром на 2 типа [45].

Справедливости ради следует отметить, что данное патологическое состояние было известно задолго до Mirizzi. Так, первое описание пузырно-холедохоальной фистулы (СМ II типа) принад-

лежит В. Naunyn, который в 1896 году, задолго до P.L. Mirizzi, описал 8 случаев пузырно-холедохоальной свищи на 178 случаев внутренних свищей. В 1905 г. Н. Kehr и в 1908 г. E. Ruge описали наблюдения частичной обструкции общего желчного протока вследствие вклиненного в шейку желчного пузыря конкремента и воспаления в области печеночно-двенадцатиперстной связки [цит. 40]. В 1942 году С.В. Puestow сообщил о 16 пациентах со свищем между желчным пузырем и холедохом в серии больных со «спонтанными внутренними желчными свищами», связанными с желчнокаменной болезнью [51].

Определение понятия синдрома Мириizzi. До недавнего времени определение понятия СМ оставалось дискуссионным. Ряд авторов считали, что главным морфологическим признаком синдрома является сужение просвета общего печеночного протока [38,44,52,53]. В наиболее развернутой формулировке этот синдром предлагали рассматривать как форму обструкции общего печеночного протока, вызванного конкрементом в пузырном протоке или в гартмановском кармане и сращениями, сопровождающимися воспалением желчного пузыря и проявляющегося желтухой и холангитом [53].

Существенно различались мнения тех авторов, которые предполагали, что морфологической основой синдрома является только пузырно-холедохоальный свищ [35,42].

Современная патофизиологическая концепция развития СМ включает в себя внешнее сдавление желчных протоков и последующее развитие холецистобилиарного свища как различные стадии одного и того же патологического процесса [34,46]. Острое или хроническое воспаление желчного пузыря, вызванное вклинением в карман Гартмана (или пузырный проток) в непосредственной близости с желчным протоком, может привести к слиянию тканей стенок между собой, воспалению и отеку, постепенно сдавливающим желчные протоки, вызывая клинику механической желтухи [32,34,43].

По мнению ряда авторов [20,22,23,31], развитие СМ I типа в классическом варианте состоит из четырех компонентов:

- близкое параллельное расположение пузырного и общего печеночного протока;
- фиксированный камень в пузырном протоке или шейке желчного пузыря;

– обструкция общего печеночного протока, обусловленная фиксированным конкрементом в пузырном протоке и воспалением вокруг него;

– желтуха с холангитом или без него.

Образование холецистобилиарного свища (СМ II типа) объясняют двумя механизмами. Первый механизм предполагает, что давление желчного камня и его вторичный воспалительный процесс вызовет полное разрушение пузырного протока с постепенным развитием свища между общим желчным протоком, которое в конечном счете приведет к уменьшению размера желчного пузыря [34,37,40]. Второй механизм предполагает, что вклинение камня в шейку желчного пузыря постепенно расширяет пузырный проток, ведущий к сокращению желчного пузыря, в результате чего образуется свищ между желчным пузырем и желчным протоком [32,34,37], иногда расплавляя желчный пузырь и прилегающие желчные протоки [43,53].

При остром калькулезном холецистите с фиксированным камнем у шейки или в кармане Гартмана воспалительный инфильтрат переходит на тесно примыкающую стенку общего желчного протока. Фиксированный камень постепенно вызывает пролежень между желчным пузырем и общим желчным протоком с образованием свища. Через образовавшееся патологическое отверстие конкремент из желчного пузыря мигрирует в просвет гепатикохоледоха. В итоге желчный пузырь сокращается и уменьшается в объеме, исчезают пузырный проток, гартмановский карман и значительная часть тела [22,36,37,39].

По данным В.С. Савельева [23], К.С. Ысмайлова [31], СМ является осложнением желчно-каменной болезни, основными проявлениями которого в рамках одного процесса считаются стенозирование просвета гепатикохоледоха в проксимальных отделах или наличие свища между внепеченочным протоком и желчным пузырем.

До сих пор СМ I типа остается причиной различных заблуждений, из-за отсутствия консенсуса среди хирургов в определении его критериев. Об этом свидетельствует и соотношение частоты СМ I и II типов. Если СМ II типа имеет конкретный анатомический критерий – билио-билиарный свищ, то СМ I типа не имеет такого

критерия, а установить факт стенозирования гепатикохоледоха без проведения направленных исследований (МРТ, РПХГ) не представляется возможным. Именно это обстоятельство является основной причиной того, что, по данным различных авторов, частота случаев СМ I типа, среди всех выявленных СМ, варьирует от 10,5% до 78% [10,15,17,25,26].

Нередко встречаются сообщения о технических сложностях и даже интраоперационных повреждениях желчных протоков, где причиной их указывается СМ без какого-либо на это основания [3,4,5,12,16,21,33]. Видимо, следует определить, что наличие фиксированного камня в кармане Гартмана или шейке желчного пузыря и (или) воспалительные изменения в этой области без стенозирования (точнее обструкции) гепатикохоледоха и механической желтухи не следует трактовать как СМ I типа.

В связи с изложенным, следует определить, что обязательным составляющим СМ (особенно I типа) является механическая желтуха. Тем более, данный синдром был описан P.L. Mirizzi (1948) как объяснение причины механической желтухи [48].

Анализ классификаций синдрома Мириizzi. В настоящее время предложено множество классификаций СМ. Первую классификацию билио-билиарных свищей приводит в своей работе «Les fistules bilio-biliares internes spontanees» (1952) «родоначальник» синдрома. P.L. Mirizzi [49] высказывает мысль о делении фистул между желчным пузырем и холедохом на следующие типы:

I тип – свищ между желчным пузырем и холедохом выше места впадения пузырного протока в общий желчный;

II тип – который автор назвал «ordinaire» (перев. франц. – «обычный») – ниже слияния пузырного протока и холедоха;

III тип – пузырно-гепатико-холедохеальный свищ – протяженный дефект, захватывающий области как проксимальнее, так и дистальнее впадения пузырного протока в холедохи.

Однако с точки зрения выбора метода лечения наиболее важными являются классификации, в основе которых лежит наличие или отсутствие свища между желчным пузырем и гепатикохоледохом, а также степень разрушения периметра гепатикохоледоха свищем.

Одной из первых классификаций, отвечающих требованиям практической медицины, является широко распространенная классификация McSherry [45], согласно которой CM разделяют на 2 типа:

I тип – сдавление гепатикохоледоха камнем, находящимся в шейке желчного пузыря или пузырного протока;

II тип – образование пузырно-холедохеального свища.

Другими авторами [8,23] предложена классификация CM, которые также различают две формы синдрома и практически повторяют McSherry:

1) острую, морфологической основой которой является сужение проксимального отдела холедоха. Заболевание начинается, как правило, с приступа острого холецистита;

2) хроническую, проявлением которой является наличие свища между пузырным и общим печеночным протоком.

В.С. Савельев, В.И. Ревякин [23], располагая опытом лечения 86 пациентов с CM, считают, что выделение подобных типов синдрома не раскрывает сущности патологического процесса. Полная же классификация, предложенная авторами, отражая суть патогенетических процессов, лежащих в основе синдрома, представляется довольно громоздкой и поэтому широкого распространения не получила:

1. Стеноз проксимальных отделов гепатикохоледоха:

а) функциональный, вызванный внешними факторами;

б) органический, обусловленный необратимыми нарушениями трофики;

в) локализующийся в области общего печеночного протока;

г) выходящий за пределы общего печеночного протока и распространяющийся на общий желчный проток;

д) ограниченный пределами холедоха;

е) на фоне острого калькулезного холецистита;

ж) на фоне хронического калькулезного холецистита;

з) в сочетании с холедохолитиазом;

и) в сочетании со стенозом дуоденального соска;

к) сопровождающийся механической желтухой;

л) протекающий без внепеченочного холестаза.

2. Холецистохоледохеальный свищ:

а) с разрушением 1/3 окружности гепатикохоледоха, предлежащей к желчному пузырю;

б) с разрушением 2/3 окружности стенки желчного протока;

в) с разрушением стенки гепатикохоледоха по всей окружности;

г) локализующийся в пределах общего печеночного протока;

д) занимающий среднюю треть гепатикохоледоха;

е) находящийся в супрастенотическом отделе холедоха;

ж) сочетающийся с холедохолитиазом;

з) сочетающийся со стенозом большого дуоденального соска;

и) сочетающийся с калькулезным холециститом;

к) сочетающийся с бескаменным холециститом;

л) сопровождающийся механической желтухой.

В дальнейшем А. Csendes и соавт. [39], учитывая степень разрушения стенки общего желчного протока пузырно-холедохеальным свищом, предложили собственную классификацию:

I тип – сдавление гепатикохоледоха камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока;

II тип – пузырно-холедохеальный свищ, занимающий менее 1/3 окружности общего печеночного протока;

III тип – пузырно-холедохеальный свищ, занимающий до 2/3 окружности общего печеночного протока;

IV тип – пузырно-холедохеальный свищ, занимающий более 2/3 вплоть до всей окружности общего печеночного протока (стенка протока полностью разрушена).

Вместе с тем широкое применение классификаций, предложенных McSherry и А. Csendes и соавт., создали путаницу в трактовке CM II типа. Тем более, разделение CM II, III и IV типов по А. Csendes и соавт., как правило, проводится интраоперационно, а до операции их дифференциация не представляется возможным.

В связи с этим, рядом авторов предложены классификации, основанные на разделении СМ на 2 типа (как McSherry), второй тип, в свою очередь, разделен в зависимости от степени разрушения окружности гепатикохоледоха (как А. Csendes).

Позже М. Beltran А. Csendes et al. (2008) [34] предпринимая попытку уточнить классификацию и добавляют следующие типы:

V тип – любой тип СМ, сочетающийся со свищом между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой;

Va тип – без желчнокаменной кишечной непроходимости;

Vb тип – с желчнокаменной кишечной непроходимостью.

В дальнейшем М. Beltran [35] предложил собственную классификацию, перефразируя типы предыдущей классификации и впервые приводя ее в соответствие с классификацией McSherry.

I тип – внешняя компрессия общего желчного протока;

IIa тип – пузырно-холедохеальный свищ с вовлечением стенки общего желчного протока < 50%;

IIb тип – пузырно-холедохеальный свищ с вовлечением стенки общего желчного протока > 50%;

IIIa тип – пузырно-холедохеальный свищ + холецисто-дуоденальный свищ без обструкции оттока в кишечник;

IIIb – пузырно-холедохеальный свищ + холецисто-дуоденальный свищ + обструкция оттока желчи в кишечник.

Попытки включения в понятие СМ сочетания СМ II типа и холецистодуоденальных свищей [24,34,44,50] не получили общего признания. Тем более, диагностика билио-билиарного свища не всегда представляется возможным. Например, в случае билиарного илеуса методом выбора, по мнению тех же авторов, является выполнение вмешательства, направленное на ликвидацию кишечной непроходимости (энтеротомия, резек-

ция кишки) без устранения билиодуоденального свища, когда выявление билио-билиарного свища не представляется возможным и не имеет практического значения.

Коханенко Н.Ю., Глебова А.В. [9,16], располагая опытом лечения 71 пациента с СМ, предлагали свою классификацию:

Тип I – сдавление общего желчного протока извне конкрементом, вклиненным в шейку желчного пузыря или пузырьный проток;

Тип IIa – холецисто-билиарный свищ с вовлечением до 1/5 окружности желчного протока;

Тип IIb – холецисто-билиарный свищ с разрушением 1/2 стенки желчного протока.

Тип IIc – холецисто-билиарная фистула с вовлечением более половины окружности холедоха.

Исходя из вышеизложенного, нам представляется логичным применение следующей модификации классификации А. Csendes:

I тип – сдавление гепатикохоледоха камнем шейки желчного пузыря или пузырьного протока;

II a тип – пузырно-холедохеальный свищ, занимающий менее 1/3 окружности общего печеночного протока;

II в тип – пузырно-холедохеальный свищ, занимающий до 2/3 окружности общего печеночного протока;

II с тип – пузырно-холедохеальный свищ, занимающий более 2/3 вплоть до всей окружности общего печеночного протока (стенка протока полностью разрушена).

Основными преимуществами данной модификации классификации СМ является:

- Разделение СМ на I и II типы полностью согласуется с классификацией McSherry и должно применяться до оперативного вмешательства;

- Разделение 2 типа СМ на подтипы в зависимости от степени разрушения гепатикохоледоха уточняется интраоперационно и позволяет стандартизировать хирургическую тактику.

В упрощенном виде алгоритм хирургической тактики при СМ представляется следующим образом [30].

Тип	Подтип	Описания	Выбор метода вмешательства
I		Сдавление гепатикохоледоха камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока	Традиционная или лапароскопическая холецистэктомия
II	A	Пузырно-холедохеальный свищ, занимающий менее 1/3 окружности общего печеночного протока	Традиционная или лапароскопическая холецистэктомия с ушиванием свища или субтотальная холецистэктомия с пластикой свища стенкой желчного пузыря
	B	Пузырно-холедохеальный свищ, занимающий до 2/3 окружности общего печеночного протока	Традиционная или лапароскопическая субтотальная холецистэктомия с пластикой свища стенкой желчного пузыря
	C	Пузырно-холедохеальный свищ, занимающий более 2/3 вплоть до всей окружности общего печеночного протока (стенка протока полностью разрушена)	Традиционная холецистэктомия с формированием билио-дигестивного анастомоза

Таким образом, резюмируя вышеописанные данные, можно заключить, что СМ является достаточно распространенной, тяжелой патологией, сопровождающейся глубокими патоморфологическими изменениями в наружных желчных протоках в виде МЖ и гнойного холангита, которые отличаются тяжестью и разнообразием клинического течения, а также высокими показателями летальности.

Представленное разнообразие классификаций показывает насколько неоднозначно как само анатомическое понятие СМ, так и сущность патологического процесса, лежащего в основе данной проблемы, что влечет за собой трудности диагностики и выбора хирургической тактики в лечении данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Ризаев К.С., Бойназаров И.Х. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мириizzi, обусловленной холецисто-билиарным свищем. *Анн. хир. гепатол.* 2006; 11(3):63-64.
2. Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А. Восстановительные и реконструктивные операции при повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков. *Анналы хирургической гепатологии.* 2006; 11(3):64-65.
3. Арипова Н.У., Назыров Ф.Н. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей. *Анналы хирургической гепатологии.* 2006; 11(3):66-67.
4. Аскерханов Г.М. Редкие осложнения желчнокаменной болезни и их хирургическое лечение. Автореферат дис. канд. мед. наук. Москва. 2008; 20-21.
5. Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Унгурияну Т.В., Гальперин Э.И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при синдроме Мириizzi. *Анн. хир. гепатол.* 2006; 11(3):68.
6. Балалыкин А.С., Хабурзания А.К., Гвоздик В.В. и др. Синдром Мириizzi в свете современной эндоскопической хирургии. *Анн. хир. гепатол.* 2007; 12(3):70-71.
7. Бобоев Б.Д., Махмадов Ф.И., Икромов Б.А. Миниинвазивные методы в диагностике и лечении холедохолитиаза. *Новости хирургии.* 2011; 19(6):59-63.
8. Гальперин Э.А., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечения. *Анн. хир. гепатол.* 2006; 11(3):7-10.
9. Глебова А.В. Синдром Мириizzi: диагностика и дифференцированное хирургическое лечение: диссер. канд. мед. Наук. 2014; 31-32.

10. Гоч Е.М., Михневич В.В., Толстокоров А.С. и др. Хирургическое лечение синдрома Мириizzi. Саратовский научно-медицинский журнал. 2010; 6(2):458-460.
11. Грeясов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мириizzi. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008; 11:31-34.
12. Девятков А.В., Хашимов Ш.Х., Ибадов Р.А., Махмудов У.М. Синдром Мириizzi как причина конверсии при лапароскопической холецистэктомии. Анн. хир. гепатол. 2006; 11(3):81-82.
13. Запороженко Б.С., Бондарец Д.А., Бородаев И.Е., и др. Современные методы диагностики и подходы к хирургическому лечению синдрома Мириizzi. Ukrainian Journal Of Surgery. 2017;4(35).
14. Климов А.Е., Давыдова С.В., Малюга В.Ю., Федоров А.Г. Синдром Мириizzi. Анн. хир. гепатол. 2006;11(3):89-90.
15. Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В. Майзельс Е.Н. Выбор оптимального метода лечения больных с синдромом Мириizzi. Вестник РУДН. серия Медицина. 2010;1:130-132.
16. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. Фундаментальные исследования. 2013;12:573-576.
17. Кулиш В.А., Кулиш П.А., Авакимян С.В., Коровин А.Я. Перспективы хирургического лечения синдрома Мириizzi с применением мини-инвазивных технологий. Кубанский научный медицинский вестник. 2007;4-5:75-79.
18. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi. Врач-аспирант. 2012;51(1-2):135-138.
19. Майзельс Е.Н. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi: Автореф.дис. канд. мед. наук. 2010;17.
20. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010(4):67-73.
21. Нишанов М.Ш. Особенности диагностики и хирургической тактики при синдроме Мириizzi. Автореферат дис. канд. мед. наук. Ташкент. 2018;20-21.
22. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. В кн.: «50 лекций по хирургии». Под. Ред. В.С. Савельева. М.: Media Medical. 2003.
23. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириizzi: диагностика и лечение. М.: Медицина. 2003;2.
24. Санчин У., Сэргэлэн О. Оценка критериев предварительной диагностики синдрома Мириizzi. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2008;4:137-138.
25. Ступин В.А., Лаптев В.В., Михайлузов С.В. и др. Лечебно-диагностические аспекты синдрома Мириizzi. Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (г. Алматы, Казахстан, 27-29 сентября 2006 г.). Анналы хирургической гепатологии. 2006;11(3):114.
26. Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П. Возможности лапароскопического хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2016;12(20):212-215.
27. Ташкинов Н.В., Щуров К.Ю., Даненков А.С. Лапароскопическая холецистэктомия при нестандартных ситуациях. Тихоокеанский медицинский журнал. 2006;1:74-76.
28. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Ходжиев Ф.Б. Результаты хирургической коррекции желчнокаменной болезни, осложненной холецистобилиарным свищем. Анн. хир. 2010;2:19-22.
29. Хаджибаев Ф.А. Роль и место эндобилиарных вмешательств в хирургическом лечении механической желтухи доброкачественного генеза. диссер. док. мед. Наук. 2015;135-145.
30. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Гуломов Ф.К. Лечебно-диагностический алгоритм при синдроме Мириizzi II типа. Методические рекомендации – Ташкент. 2020;28.
31. Ысмаилов К.С. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мириizzi: Автореф. дис. док. мед. наук. 2014;14-15.
32. Ahlawat S.K., Singhania R.A. Case of Type IV Cholecystobiliary Fistula. Gastroenterology and hepatology. 2008;4(12):873-876.
33. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surg. Endosc. 2010;24:33-39.

34. Beltran M.A., Csendes A., Cruces K.S. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J. Surg.* 2008;32:2237-2243.
35. Beltran M.A. Mirizzi syndrome: History, current knowledge and proposal of a simplified classification. *J. Gastroenterol.* 2012;18(34):4639-4650.
36. Chan C.Y., Liau K.H., Ho C.K., Chew S.P. Mirizzi syndrome: a diagnostic and operative challenge. *Surg. J.R. Coll. Surg. Edinb. Irel.* 2003;1(5):273-278.
37. Corlette M.B., Bismuth H., Biliobiliary fistula. A trap in the surgery of cholelithiasis. *ArchSurg.* 1975;110:377-383.
38. Cruz P.O., Barriga P., Tocomal J., Burhenne H.J. Radiology of the Mirizzi syndrome: diagnostic importance of the transhepaticcho-angiogram. *Gastrointest Radiol* 1983;8(3):249-253.
39. Csendes A., Díaz J.C., Burdiles P., Maluenda F., Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J. Surg.* 1989;76:1139-1143.
40. Johnson L.W., Sehon J.K., Lee W.C. Mirizzi's Syndrome: Experience from a Multi-institutional Review. *Am. Surg.* 2001;67(1):11-14.
41. Gomez D., Rahman S.H., Toogood G.J., Prasad K.R., Lodge J.P., Guillou P.J., Menon K.V. Mirizzi's syndrome--results from a large western experience. *HPB (Oxford)*. 2006;8:474-479.
42. Lay E.C., Lau W.Y. Mirizzi syndrome: history, present and future development. *ANZ J. Surg.* 2006;76:251-257.
43. Hsu Y.B., Yu S.C., Lee P.H., Wei T.C. An uncommon cause of biliary obstruction (Mirizzi syndrome): report of five cases. *J. Formos Med. Assoc.* 1994;93(4):314-319.
44. Kwon A.H., Inui H. Preoperative diagnosis and efficacy of laparoscopic procedures in the treatment of Mirizzi syndrome. *J. Am Coll Surg.* 2007;204:409-415.
45. Mc Sherry C. K., Ferstenberg H., Virshup M. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol.* 1982;1:219-225.
46. Martínez M.A., Granero L.E. Pablo Luis Mirizzi. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2009;39:177-178.
47. Mirizzi P.L. Physiologic sphincter of the hepatic bile duct. *Arch Surg.* 1940;41:1325-1333.
48. Mirizzi P.L. Síndrome del conductohepático. *J. IntChir.* 1948;8:731-777.
49. Mirizzi P.L. Internal spontaneous bilio-biliary fistulas. *J. Chir (Paris)*. 1952;68:32-46.
50. Payá-Llorente C., Vázquez-Tarragón A., Alberola-Soler A. et al. Mirizzi syndrome: a new insight provided by a novel classification. *Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* 2017;21(2):67-75.
51. Puestow C.B. Spontaneous internal biliary fistulae. *Ann Surg.* 1942;115:1043-1054.
52. Safioleas M., Stamatakos M., Safioleas P., Smyrnis A., Revenas C., Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. *Int. Semin. Surg. Oncol.* 2008;5:12.
53. Tanaka N., Nobori M., Furuya T. et al. Evolution of Mirizzi syndrome with biliobiliary fistula. *J. Gastroent.* 1995;30(1):117-121.

МИРИЗЗИ СИНДРОМИНИНГ ТУШУНЧАСИ ВА ТАСНИФИ

Ф.А. ХАДЖИБАЕВ^{1,2}, Ф.Б. АЛИДЖАНОВ², К.С. РИЗАЕВ³, Ф.К.ГУЛОМОВ¹

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

²Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент

³Тошкент фармацевтика институти, Тошкент, Ўзбекистон

Мириizzi синдромига бағишланган адабиётлар ўрганиб чиқилди. «Мириizzi синдроминаинг 1 типини» таърифига аргументларга таянган ҳолда тушунча берилган ҳамда Мириizzi синдромига амалий нуқтаи назардан оптимал тасниф берилган. Кўп адабиётларга таянган ҳолда бу синдромнинг

таърифи, таснифи муҳокама қилинган ҳамда билиар оқманинг морфологик характеристикаси ва ўлчамидан келиб чиққан ҳолда мавжуд таснифлар критик баҳоланган.

Калит сўзлар: *ўт-тош касаллиги, Мириззи синдроми, холецистобилиар оқма, холедохолитиаз, механик сариқлик.*

Сведения об авторах

Хаджибаев Фарход Абдухакимович – доктор медицинских наук, руководитель отдела экстренной хирургии РНЦЭМП. E-mail: arhangelsefarim1980@mail.ru.

Алиджанов Фатих Бакиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры экстренной хирургии Ташкентского института усовершенствования врачей. E-mail: f.alidjanov@gmail.com.

Ризаев Камал Саидакбарович – доктор медицинских наук, ректор Ташкентского фармацевтического института. E-mail: rizaev@rambler.ru.

Гуломов Фуркат Каюмович – базовый докторант отдела экстренной хирургии РНЦЭМП. E-mail: furkat_gulomov@mail.ru.

Authors

Farhod Khadjibaev – MD, DSc, Head of the Department of Emergency Surgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. Phone: +998 901850364. Email: arhangelsefarim1980@mail.ru

Fatikh Alidjanov – MD, DSc, Professor of the Department of Emergency Medicine, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan. Phone: +998 977041909, Email: f.alidjanov@gmail.com

Kamal Rizaev – MD, DSc, The Rector of the Tashkent Pharmaceutical Institute, Tashkent, Uzbekistan. Phone: +998 903580212, Email: rizaev@rambler.ru

Furkat Gulomov – MD, PhD, Surgeon at the Department of Emergency Surgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. Phone: +998 903725516, Email: furkat_gulomov@mail.ru.