

СИНДРОМ МИРИЗЗИ ПЕРВОГО ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫЙ «КЛАЦКИН-МИМИКРИРУЮЩЕЙ» РУБЦОВО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ СТРИКТУРОЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Д.М. Кадыров¹, З.В. Табаров¹, Ф.Д. Кодиров¹, Ш.Ш. Сайдалиев², С.Х. Абдуллоев³

¹ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

²Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

³Кафедра хирургических болезней №2, ГОУ «Таджикский национальный университет», Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить особенности диагностики и результаты этапного хирургического лечения синдрома Мириizzi I типа с воспалительно-рубцовым поражением гепатикохоледоха.

Материал и методы: представлен анализ двух клинических случаев. Случай №1: Пациент Х., 67 лет, с тяжелым коморбидным фоном и механической желтухой (билирубин 587 мкмоль/л). По данным ЧЧХГ и КТ визуализировалась протяженная обструкция гепатикохоледоха (тип I по Bismuth-Corlette), подозрительная на неопластический процесс. Случай №2: Пациентка С., 48 лет, с острым калькулезным холециститом, CM I типа и сопутствующим билиарным панкреатитом.

Результаты: в обоих случаях интраоперационно выявлен плотный воспалительный инфильтрат и протяженная (более 5см) стриктура гепатикохоледоха, обусловленная давлением крупного конкремента в кармане Гартмана. В первом наблюдении реализована двухэтапная тактика: чрескожное чреспеченочное холангиодренирование (билиарная декомпрессия) с последующей радикальной операцией. Из-за выраженных склеротических изменений стенок протоков, исключающих возможность наружного дренирования, в обоих наблюдениях выполнена резекция гепатикохоледоха с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру на выключенной петле (70см). Доброкачественный характер стриктур подтвержден экспресс-биопсией и окончательным гистологическим исследованием (обнаружена гиалинизированная соединительная ткань с воспалительной инфильтрацией без признаков атипии).

Выводы: Синдром Мириizzi I типа может осложняться протяженными воспалительно-рубцовыми стриктурами гепатикохоледоха, имитирующими опухолевый процесс. Использование комплексной диагностики позволяет обосновать объем операции. При выраженных стриктурах оптимальным методом реконструкции является гепатикоеюноанастомоз по Ру, а этапная декомпрессия желчных путей способствует снижению хирургических рисков.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, синдром Мириizzi, механическая желтуха, опухоль Клацкина, дифференциальная диагностика, гепатикоеюноанастомоз по Ру.

Контактное лицо: Сайдалиев Ширинджон Шарифович, тел.: +992918673601, E-mail: Aka.74@mail.ru

Для цитирования: Кадыров Д.М., Табаров З.В., Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Абдуллоев С.Х. Синдром Мириizzi первого типа, осложненный «Клацкин-мимикрирующей» рубцово-воспалительной стриктурой гепатикохоледоха. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2026;370(3):129-136. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-370-3-129-136>

TYPE I MIRIZZI SYNDROME COMPLICATED BY "KLATSKIN-MIMICKING" CICATRICIAL-INFLAMMATORY STRICTURE OF THE COMMON BILE DUCT

D.M. Kadyrov¹, Z.V. Tabarov¹, F.D. Kodirov¹, Sh.Sh. Saydaliev², S.Kh. Abdulloev³

¹SI "Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Republic of Tajikistan

²Department of Surgical Diseases No.1, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan

³Department of Surgical Diseases No. 2, SEI "Tajik National University", Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: to study the diagnostic features and results of staged surgical treatment of type I Mirizzi syndrome with cicatricial-inflammatory stricture of the common bile duct.

Material and methods: this work presents an analysis of two clinical cases. Case No.1: Patient H., 67, with severe comorbidities and obstructive jaundice (bilirubin 587 $\mu\text{mol/L}$). Percutaneous transhepatic cholangiography and CT revealed extensive obstruction of the common bile duct (Bismuth-Corlette type I), suspicious for neoplasia. Case No.2: Patient S., 48, with acute calculous cholecystitis, type I Mirizzi syndrome, and concomitant biliary pancreatitis.

Results: in both cases, intraoperative findings revealed a dense inflammatory infiltrate and an extensive (more than 5cm) stricture of the common bile duct caused by pressure from a large calculus in Hartmann's pouch. In the first case, a two-stage approach was implemented: percutaneous transhepatic cholangiodrainage (biliary decompression) followed by radical surgery. Due to pronounced sclerotic changes in the duct walls, precluding external drainage, resection of the common bile duct with formation of a Roux-en-Y hepaticojejunostomy on a defunctionalized (excluded) loop (70 cm) was performed in both cases. The benign nature of the strictures was confirmed by rapid biopsy and final histological examination (detection of hyalinized connective tissue with inflammatory infiltration without signs of atypia).

Conclusion: type I Mirizzi syndrome can be complicated by extensive cicatricial-inflammatory strictures of the common bile duct, mimicking a tumor process. A comprehensive diagnostic approach helps to determine an appropriate surgical procedure. For severe strictures, the optimal reconstruction method is a Roux-en-Y hepaticojejunostomy, while staged biliary decompression helps reduce surgical risks.

Keywords: cholelithiasis, Mirizzi syndrome, obstructive jaundice, Klatskin tumor, differential diagnosis, Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

Corresponding author: Shirinjon Sharifovich Saidaliyev, tel.: +992918673601, E-mail: Aka.74@mail.ru

For citation: Kadyrov D.M., Tabarov Z.V., Kodirov F.D., Saydaliev Sh.Sh., Abdulloev S.Kh. Type I Mirizzi syndrome complicated by "Klatskin-mimicking" cicatricial-inflammatory stricture of the common bile duct. Journal Healthcare of Tajikistan. 2026;370(3):129-136. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-370-3-129-136>

СИНДРОМИ МИРИЗЗИИ НАВЪИ ЯКУМ, КИ АЗ СОХТОРИ «КЛАТСКИН-МИМИКРИКУНАНДА»-И ХАДШАЙ-ИЛТИХОБИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХ ОРИЗАДОР ШУДААНД

Д.М. Қодиров¹, З.В. Табаров¹, Ф.Д. Қодиров¹, Ш.Ш. Сайдалиев², С.Х. Абдуллоев³

¹МД «Пажуҳишгоҳи гастроэнтерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Душанбе, Тоҷикистон

²Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии рақами 1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

³Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии рақами 2, МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон», Душанбе, Тоҷикистон

Мақсад: омӯзиши хусусиятҳои ташхис ва натиҷаҳои муолиҷаи марҳалавии ҷарроҳии синдрома Мириззии навъи I бо иллатноқшавии илтиҳобӣ-хадшаии гепатикохоледох.

Мавод ва усулҳо: таҳлили ду ҳодисаи клиникӣ пешниҳод мегардад. Ҳодисаи якум: бемор Х.-и 67-сол аз заминаи вазнини коморбидӣ ва зардпарвини механикӣ (билирубин 587ммол/л) ранҷ мекашад. Мувофиқи маълумотҳои ЧХГ ва ТК бандшавии фосиладори гепатикохоледох (навъи I тибқи Bismuth-Corlette) визуализатсия шудааст, ки аз раванди неопластикӣ гумонбар менамояд. Ҳодисаи дуюм: зани бемори 48-солаи ба холетситити шадиди калкулёзӣ, СМ-и навъи ва панкреатити ҳамроҳи билиарӣ мубтало аст.

Натиҷаҳо: дар ҳар ду ҳолат дар дохили ҷарроҳӣ инфилтратаи сахти илтиҳобӣ ва стриктураи дароз (зиёда аз 5 см)-и гепатикохоледох зоҳир карда шуд, ки бо фишори санги калон дар кисаи Гартман пайдо шудааст. Зимни мушоҳидаи аввалӣ тактикаи думарҳилагӣ амалӣ татбиқ гардид: холангиодренажкунӣ (декомпрессияи билиар) -и ба воситаи пӯст ва тавасути чигар бо амалиёти ҷарроҳии қатъии баъдина. Бо сабаби тағйироти тасаллубии ошкорои девораҳои маҷро, ки дренажкунӣ беруниро рад мекунад, дар ҳар ду ҳодисаҳо буриши гепатикохоледох бо ташаккул додани гепатикоеюноанастомоз тибқи Ру дар ҳалқаи баста (70 см) амалӣ карда шуд. Хусусияти хушфат доштани стриктураро экспресс-биопсия ва таҳқиқи ниҳони гистологӣ тасдиқ намуданд (бофтаи пайвастандандаи гиалинизишуда бо инфилтратсияи илтиҳобӣ бе нишонаҳои атипия мушоҳида гардид).

Ҳулоса: Синдроми Мириззии навъи I метавонад бо стриктураи дарози илтиҳобӣ-хадшаии гепатикохоледох, ки раванди омосро такрор мекунад, оризадор гардад. Ба қор бурдани маҷмуи ташхис ҳаҷми амалиётро асоснок карда метавонад. Гепатикоеюноанастомоз тибқи Ру, ҳангоми стриктураҳои ошкоро усули оптималӣ ба ҳисоб рафта, декомпрессияи марҳалавии талхараҳа бошад, ба қоҳиш ёфтани хатарҳои ҷарроҳӣ мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: бемории санги талха, синдроми Мириззи, зардпарвини механикӣ, омоси Клатскин, ташхиси тафриқавӣ, гепатикоеюнономия тибқи Ру.

Введение. Синдром Мириззи (СМ) - редкое, первоначальным морфологическим признаком тяжелое осложнение желчнокаменной болезни, которого является сдавление проксимального

отдела гепатикохоледоха, завершающееся либо формированием стриктуры, либо образованием холецисто-билиарного свища [6]. Это заболевание, как правило, сопровождается механической желтухой [7], и нередко холангитом [4]. При этом методом выбора являются этапные антеградные вмешательства [4].

Различают острую и хроническую формы синдрома Мириззи [5]. При остром воспалении происходит сужение печеночного протока с проявлением яркой клинической картины острого холецистита в сочетании с механической желтухой. Хроническое течение болезни характеризуется наличием свища между желчным пузырем и проксимальной частью гепатикохоледоха с миграцией и ущемлением конкремента. Основной причиной развития СМ считают сдавление гепатикохоледоха конкрементом, мигрирующим из желчного пузыря в карман Гартмана, шейку пузыря или пузырного протока при близком анатомическом их расположении. Однако существуют и другие механизмы возникновения СМ [7].

При первом типе СМ наблюдается преимущественно сдавление печеночно-желчного протока [7], крайне редко описываются случаи, когда распространение деструктивного процесса из желчного пузыря способствует развитию протяженной стриктуры ОПП. Под нашим наблюдением находились пациенты, у которых острая форма СМ первого типа способствовала развитию протяженной стриктуры гепатикохоледоха, которая напоминала картину стриктуры при опухоли Клацкина и затрудняла их дифференциальную диагностику. Приводим краткие выписки из истории болезни пациентов.

Пациент Х., 67 лет, госпитализирован 01.08.2024 г. с жалобами на выраженную желтушность кожных покровов, кожный зуд, анорексию. Около 20 дней тому назад наблюдались приступы боли в правом подреберье, кратковременная лихорадка. Через 2 дня появились нарастающая желтушность кожных покровов, периодически-озноб без лихорадки, кожный зуд. По поводу гипертонической болезни и ишемической болезни сердца наблюдался кардиологом, принимал гипотензивные препараты. При поступлении общее состояние тяжелое, выраженная желтушность кожных покровов. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье, слабо положительные симптомы Ор-тнера и Кохера, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Консультация кардиолога. ИБС. Стенокардия напряжения 2-ФК. ПИКС неизвестной давности. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3-й степени, риск 4. Недостаточность кровообращения 2 ФК по NYHA. Общий анализ крови: лейкоциты - 22,7 тыс., нейтрофилы - 79%, Нв - 138 г/л, Эр. - 4,7, Нт - 41%, тромбоциты - 306 тыс., СОЭ - 20 мм/ч. Биохимические анализы: билирубин общ. - 587,8 ммоль/л, прямой - 363,2 ммоль/л, непрямой - 224,6 ммоль/л, АсАт - 73 ед, АлАт - 108 ед, ЩФ - 582 ед, общий белок - 59 г/л, альбумин - 26 г/л, ами-лаза - 116 моль/л, мочевины - 9,0 ммоль/л, креа-тинин - 118 ммоль/л, остаточный азот - 34 мг%. Свертывающая система крови: протромбиновый индекс - 80%, фибриноген - 2,2, фибрин - 10 мг, МНО - 1,8, АЧТВ - 28, время рекальцификации - 120 сек.

УЗИ: острый обтурационный холецистит, об-струкция на уровне общего печеночного протока, внутрпеченочная билиарная гипертензия, общий желчный проток диаметром 7 мм.

02.08.2024 г. Выполнена чрескожная чреспече-ночная холангиостомия леводолевого печеночного протока под ультразвуковой навигацией. В течение 24 дней функционировала наружная холангио-стомия. При этом билирубин крови снизился с 587,8 ммоль/л до 52,2 ммоль/л. Перед операци-ей выполнена антеградная холангиография через холангиостомический дренаж леводолевого пече-ночного протока. Представим серию антеградных холангиограмм (рис. 1 а, б, в).

КТ без дополнительного в/в контрастирова-ния. Протяженная обструкция общего печеночного протока, возможно, проксимальная холангиокар-цинома.

24.09.2024 г. под общим эндотрахеальным обе-зболиванием выполнена операция верхнесрединная лапаротомия. Интраоперационно диагностирован острый обтурационный холецистит, синдром Ми-риззи I-типа со сдавлением крупным конкрементом в кармане Гартмана и прорастанием гепатикохоле-доха с протяженным фиброзно-инфильтративным изменением и стриктурой протяженностью 5 см, напоминающих проксимальную холангиокарцино-му. Выполнена технически сложная холецистэкто-мия. Гепатикохоледох на протяжении более 5 см воспалительно-склеротически изменена стенки утолщены, просвет сужен, выше которого общий печеночный проток расширен до 16-18 см. Из-за выраженной воспалительной инфильтрации и про-тяженной стриктуры гепатикохоледоха, холедохото-мия с наружным дренированием не представляется

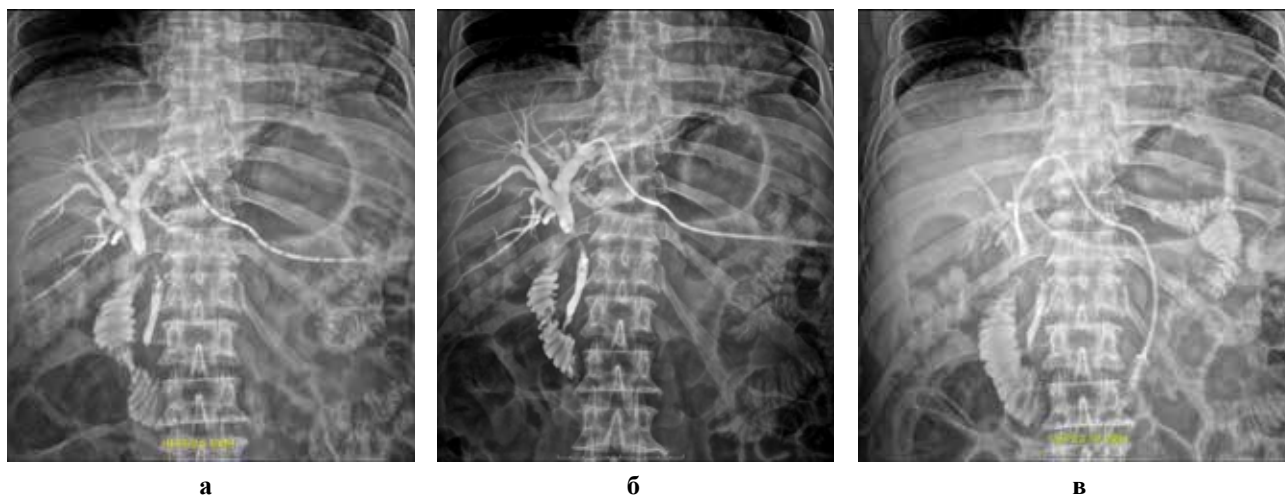


Рис. 1. Холангиография через декомпрессионный дренаж леводолевого протока: а) выраженная внутриспеченочная билиарная гипертензия, общий печеночный проток расширен, в средней части на значительном протяжении сужен, желчный пузырь не контрастируется, через узкую струю контрастируются дистальные отделы холедоха; б) через 6 мин., картина остается прежней; в) через 15 мин значительное количество контрастного вещества задерживается во вне-и внутриспеченочных протоках. «Клацкин – мимикрирующая» проксимальная стриктура гепатикохоледоха, тип I по Bismuth-Corlette (1984).
Fig. 1. Cholangiography through decompression drainage of the left lobe duct: a) severe intrahepatic biliary hypertension, the common hepatic duct is dilated, narrowed in the middle part over a significant length, the gallbladder is not contrasted, the distal parts of the common bile duct are contrasted through a narrow stream; b) after 6 minutes, the picture remains the same; c) after 15 minutes, a significant amount of contrast agent is retained in the extra- and intrahepatic ducts. "Klatskin-mimicking" proximal stricture of the hepaticocholedochus, type I according to Bismuth-Corlette (1984).

возможным. Для дифференциальной диагностики (рубцовая стриктура vs. холангиокарцинома) была выполнена экспресс-биопсия тканей перихоледохельной области. Результат морфологического исследования: в материале признаков опухолевого роста не обнаружено. Выполнена резекция гепатикохоледоха на 15 мм ниже конfluence с формированием гепатикоеюноанастомоза конец в бок на выключенной петле по Ру (70 см) шириной 20 мм однорядным непрерывным швом (PDS 4/0). Послеоперационное течение гладкое, по подпеченочному дренажу выделений не было, заживление раны первичным натяжением. Гистологически достоверных элементов злокачественного опухолевого роста не выявлено. Обнаружена гиалинизированная соединительная ткань с воспалительной инфильтрацией и с прилежащим гнойно-некротическим детритом. На 10 сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан домой. Осмотрен через 6 месяцев, состояние удовлетворительное, жалоб нет. Таким образом, течение ЖКБ многообразно по своим клиническим проявлениям и развившимся осложнениям - от простого сдавления до более редких форм, в виде протяженной стриктуры гепатикохоледоха, напоминающей картину хиларной

карциномы. Клинический случай был интересен тем, что острый обтурационный холецистит вызвал синдром Мириззи первого типа с развитием протяженной стриктуры гепатикохоледоха. По данным КТ и антеградной холангиографии у пациента подозревалась протяженная стриктура вследствие холангиокарциномы. Подозрения развеяны при интраоперационной ревизии и гистологическом исследовании.

Приводим второе клиническое наблюдение. Пациентка С., 1976 г.р., поступила в хирургическое отделение 07.11.2024 г. с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, желтушность кожного покрова, лихорадку с ознобом. Из анамнеза: заболела остро, за 8 дней до госпитализации, в конце ноября 2024 г., когда впервые появились приступообразные боли в правом подреберье, в последующем отметила потемнение мочи, желтушность кожи, лихорадку с ознобом. Пациентка обследована в поликлинике по месту жительства в районных условиях. При первичном УЗИ выявлены признаки острого калькулезного холецистита и диффузные изменения печени. Предложена госпитализация и традиционное хирургическое лечение от которых она отказалась. Через 5 дней она обратилась в хирургическое отделение ЦРБ

другого близко расположенного района, где также предложена традиционная операция и отказано в лапароскопической холецистэктомии, так как к тому времени у больной нарастала желтушность кожных покровов. От хирургического лечения она отказалась, на 8-й день заболевания обратилась в клинику Института гастроэнтерологии.

При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Живот умеренно вздут, при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительны симптомы Ортнера, Мерфи, Кохера. Пальпируется дно желчного пузыря, сливающееся с инфильтратом в подпечёчной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В общем анализе крови выявлен выраженный нейтрофильный лейкоцитоз (17000) и ускоренная СОЭ (45 мм/ч). В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 121,6 мкмоль/л, АЛТ - 78,5 ед/л, АСТ - 91,9 ед/л, щелочная фосфатаза - 783,6 ед/л, ГГТП - 1757 ед/л. При УЗИ: желчный пузырь размером 84x46 мм, стенка 5 мм, неровная, двухслойная. В кармане Гартмана определяется крупный камень размером 28x22 мм. Инфильтрация стенки желчного пузыря распространяется на гепатодуоденальную связку. Общий печеночный проток расширен до 17 мм, долевые протоки расширены до 5 мм, в просвете конкремента нет. Общий желчный проток не расширен, его диаметр 5-6 мм. Хоledох расширен до 16-18 мм, в просвете конкремент 11x23 мм, долевые протоки расширены до 6 мм. Заключение: острый обтурационный, калькулезный холецистит. Крупный конкремент в кармане Гартмана. Внутрпеченочная билиарная гипертензия. Диффузные изменения в поджелудочной железе. При ФЭГДС: область большого дуоденального сосочка не изменена, в просвет ДПК желчь не поступает, смешанный гастрит. На основании результатов обследования выставлен клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный обтурационный холецистит. Механическая желтуха.

На фоне консервативной терапии, включающей инфузионную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, болевой синдром сохранялся, желтушность кожных покровов и интоксикация нарастали. 08.11.2024 г., по отсроченным показаниям, под эндотрахеальным общим обезболиванием, пациентке произведена операция лапаротомия. При интраоперационной ревизии: печень плотная, край закруглен, острый обтурационный калькулезный холецистит с околопузырным воспалительным

инфильтратом, в кармане Гартмана крупный ущемленный камень, сдавливающий общий печеночный и желчный протоки с переходом воспалительной инфильтрации, вызвавшей протяженную воспалительную стриктуру внепеченочных желчных протоков от конfluence (+2 см) до ретродуоденальной части ОЖП. Печеночно-двенадцатиперстная связка с ее элементами и головка поджелудочной железы вовлечены в воспалительный инфильтрат. Выполнена холецистэктомия от дна с перевязкой культи пузырного протока и пузырной артерии, выделением кармана Гартмана с крупным конкрементом в просвете, сдавливающим и вовлеченном в воспалительно-инфильтративный процесс гепатикохоledоха на протяжении более 6-7 см. Операционная находка расценена как синдром Мириззи I типа с протяженной стриктурой гепатикохоledоха воспалительно-инфильтративного характера и «высокая» обструкция общего печеночного протока. Учитывая невозможность и заведомую неэффективность наружного дренирования желчных протоков, выполнена резекция гепатикохоledоха с формированием гепатикоюноанастомоза однорядным непрерывным прецизионным швом (PDS 4/0) на изолированной петле (70 см) по Ру. Морфологическое исследование: слизистая оболочка желчного протока с перибиллярной гиперплазией и гиалинизированной соединительной ткани с воспалительной инфильтрацией, достоверных элементов злокачественного опухолевого роста не найдено.

Течение послеоперационного периода осложнилось острым панкреатитом, на девятые сутки появилось массивное аррозивное внутрибрюшное кровотечение. 17.11.2024 г., по жизненным показаниям, выполнена релапаротомия, обнаружено аррозивное кровотечение из ствола *a.pancreatoduodenalis anterior*. Кровотечение остановлено прошиванием ствола сосуда. Предположено, что аррозивное кровотечение возникло вследствие послеоперационного панкреатита. 20.11.2024 г. произведено чрескожное миниинвазивное дренирование гематомы левой поддиафрагмальной области под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде анемия скорректирована путем гемо-плазмотрансфузии, продолжена антисекреторная и антибактериальная терапия. На 22 сутки пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Обсуждение. На сегодняшний день синдром Мириззи остается одним из тяжелых осложнений калькулезного холецистита и представляет собой трудную диагностическую и тактическую про-

блему. Одним из главных проявлений СМ является механическая желтуха [7]. Поэтому наиболее ценными диагностическими методами является антеградная или ретроградная холангиография, особенностью которых является возможность превращения их диагностических преимуществ в лечебные путем наружного или наружновнутреннего холангиодренирования папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией и стентированием [1]. При традиционном подходе наиболее распространенной операцией при первом типе СМ является холецистэктомия, дополненная дренированием холедоха. Некоторые хирурги [8], считают возможным применение лапароскопических операций. Однако при СМ, осложненном рубцовой или воспалительно-склеротической стриктурой гепатикохоледоха потребуется сложная реконструктивная операция с послеоперационной летальностью до 14% [5, 8, 10].

Тяжесть механической желтухи, преклонный возраст пациентов с коморбидностью одномоментные операции у таких пациентов сопряжены с высоким риском развития послеоперационных осложнений в старших возрастных группах [2, 3]. У таких пациентов самой распространенной и эффективной (75-93%) считается этапная тактика лечения: малоинвазивная ретроградная и антеградная декомпрессия и санация желчных протоков с последующей радикальной операцией лапароскопическим или традиционным способом [2, 9, 11].

Представленные клинические наблюдения свидетельствуют, что СМ первого типа, развившийся при остром калькулезном холецистите с крупным ущемленным конкрементом в кармане Гартмана, вследствие распространения деструктивного воспалительного процесса, может способствовать развитию билиарной обструкции вследствие воспалительно-инфильтративной стриктуры гепатикохоледоха. При этом восстановление пассажа желчи путем холецистэктомии, холедохотомии и наружного дренирования ОЖП представляется невозможным. Для восстановления желчеоттока потребовалось выполнение сложных реконструктивных операций-гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру. При первом клиническом наблюдении преклонный возраст пациента и коморбидность стали причиной развития тромбоэмболии легочной артерии с летальным исходом. Во втором наблюдении послеоперационный панкреатит способствовал развитию жизнеугрожающего послеоперационного осложнения - профузного аррозивного внутрибрюшного кровотечения.

Заключение. Развитие СМ первого типа при остром холецистите создает трудную диагностическую ситуацию, когда сдавление ущемленного в кармане Гартмана конкремент и распространение инфильтративного процесса способствует возникновению рубцово-воспалительной стриктуры гепатикохоледоха. СМ часто диагностируется интраоперационно, как во втором клиническом наблюдении. Иногда при дооперационной холангиографии стриктура гепатикохоледоха напоминает картину опухолевой обструкции. Ситуация проясняется при СКТ с внутривенным контрастированием или интраоперационным морфологическим исследованием. Как в первом, так и втором клиническом наблюдениях обструкция гепатикохоледоха была устранена путем резекции стриктуры и гепатикоеюноанастомоза по Ру. Причем, в первом случае применена двухэтапная тактика хирургического лечения, которая имеет несомненные преимущества перед традиционной операцией, примененной во втором клиническом наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Генердукаев Л.Л. Эндоскопическое лечение желчнокаменной болезни. Осложненный синдромом Мирizzi. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2024;1:4-8.
Generdukaev L.L. Endoscopic treatment of cholelithiasis. Complicated by Mirizzi syndrome. Bulletin of surgical gastroenterology. 2024;1:4-8 (In Russ.).
2. Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в учреждениях здравоохранения Москвы. Под ред. А.В. Шабунина. 2-е изд., доп. М.: Московские учебники. 2019:64.
Diagnosis and Treatment of Acute Surgical Diseases of the Abdominal Organs in Moscow Healthcare Institutions. Edited by A.V. Shabunin. 2nd edition, supplemented. Moscow: Moscow Textbooks. 2019:64. (In Russ.).
3. Хрупкин В.И. Радикальное лечение осложненной желчнокаменной болезни у пациентов старческого возраста: описание трех клинических случаев. Сеченовский вестник. 2021;12(3):76-84.
Khrupkin V.I. Radical treatment of complicated cholelithiasis in elderly patients: description of three clinical cases. Sechenov Bulletin. 2021; 12(3): 76-84. (In Russ.).
4. Осипов А.В. Синдром Мирizzi, осложненный острым холангитом у беременной. Анналы хирургической гепатологии. 2020;25(1):124-128.
Osipov A.V. Mirizzi syndrome complicated by acute cholangitis in a pregnant woman. Annals of surgical hepatology. 2020; 25(1):124-128. (In Russ.).

5. Привалов ЮА. Синдром Мириizzi III типа. Клинический случай. Сибирское медицинское обозрение. 2019;1:75-79.
Privalov YuA. Mirizzi syndrome type III. Clinical case. Siberian Medical Review. 2019;1:75-79. (In Russ.).
6. Пугаев А.В. Лечение синдрома Мириizzi. Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова.2019;3(1):42-47.
Pugaev A.V. Treatment of Mirizzi syndrome. Surgery. Journal im.N.I. Pirogov. 2019;3(1):42-47. (In Russ.).
7. Хаджибаев Ф.А. Определения понятия и классификации синдрома Мириizzi. Вестник экстренной медицины. 2020;13(6):86-94.
Khadzhibayev F.A. Definitions of the concept and classification of Mirizzi syndrome. Bulletin of Emergency Medicine. 2020;13(6):86-94. (In Russ.).
8. Хаджибаев Ф.А. Лапароскопическое лечение синдрома Мириizzi. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2021;10(3):567-574.
Khadzhibayev F.A. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome. N.V. Sklifosovsky Journal of Emergency Medicine. 2021;10(3):567-574. (In Russ.).
9. Bradley A. Decision analysis of minimally invasive management options for cholecysto-choledocholithiasis. Surg Endosc. 2020;34(12):5211-5222.
10. Palermo M. Laparoscopic common bile duct exploration using a single-operator cholangioscope. J.Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2020;30(9):989-992.
11. Kimura J. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for Mirizzi syndrome: A report of a case. Int J Surg Case Rep. 2019;55:32-34.

Информация об авторах

Кадыров Давронжон Мухамеджанович - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0000-0002-7752-8853

E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

Табаров Зафар Валиевич - кандидат медицинских наук, заведующий отделения хирургии желудка и кишечника ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0000-0002-6848-6786.

E-mail: Z_tabarov@mail.ru

Кодиров Фарход Давронджонович - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0000-0002-7107-6155.

E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

Сайдалиев Ширинджон Шарифович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0000 -0002-9819-8531

E-mail: Aka.74@mail.ru

Абдуллоев Сулаймон Халифаевич - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 ГОУ «Таджикский национальный университет», Душанбе, Таджикистан.

ORCID: 0009-0004-9774-2963

E-mail: A-sulaimon@mail.ru

Information about the authors

Kadyrov Davronjon Mukhamedzhanovich - MD, PhD, Senior Researcher, Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0002-7752-8853.

E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

Tabarov Zafar Valievich - MD, PhD, Head of the Department of Stomach and Intestinal Surgery, Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan. ORCID ID: 0000-0002-6848-6786.

E-mail: Z_tabarov@mail.ru

Kodirov Farkhod Davronjonovich - MD, PhD, Senior Researcher, Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0002-7107-6155.

E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

Saidaliev Shirinjon Sharifovich - MD, PhD, Associate Professor, Department of Surgical Diseases No. 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0002-9819-8531.

Email: Aka.74@mail.ru

Abdulloev Sulaymon Khalifaevich - candidate of medical sciences, assistant of the department of surgical diseases No. 2 of the State Educational Institution "Tajik National University", Dushanbe, Tajikistan.

ORCID: 0009-0004-9774-2963

E-mail: A-sulaimon@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов.

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

ВКЛАД АВТОРОВ

Д.М. Кадыров - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование, общая ответственность

З.В. Табаров - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка текста

Ф.Д. Кодиров - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка текста

Ш.Ш. Сайдалиев – разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование

С.Х. Абдуллоев - анализ полученных данных, статистическая обработка данных

AUTHOR CONTRIBUTIONS

D.M. Kadyrov - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article, overall responsibility.

Z.V. Tabarov - data collection, statistical data processing, writing the article.

F.D. Kodirov - data collection, statistical data processing, writing the article.

Sh.Sh. Saidaliev - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article

S.Kh. Abdulloev - analysis and interpretation, statistical data processing

Поступила в редакцию / Received: 11.03.2026

Принята к публикации / Accepted: 27.07.2026