

Клиническое наблюдение / Case report

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.20201124-128>**Синдром Мирицци, осложненный острым холангитом у беременной**Осипов А.В.^{1, 2*}, Демко А.Е.^{1, 2}, Суров Д.А.^{1, 2}, Соловьев И.А.²,
Святненко А.В.^{1, 2}, Шумакова Т.А.¹, Цечоева Л.Ш.¹¹ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе; 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, Российская Федерация² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация

Описано клиническое наблюдение пациентки на 21-й неделе беременности с синдромом Мирицци 2 типа, осложненным острым холангитом. При обследовании выявлены уровень и причина билиарного блока — холецистохоледохоальный свищ и конкремент общего желчного протока. Представлено детальное описание оперативного вмешательства — субтотальной лапароскопической холецистэктомии, холедохотомии, холедохоскопии, литэкстракции, дренирования общего желчного протока по Керу. Приведен анализ сведений из литературных источников.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холангит, синдром Мирицци, беременность, холедохоскопия, лапароскопическая холецистэктомия, миниинвазивное лечение.

Ссылка для цитирования: Осипов А.В., Демко А.Е., Суров Д.А., Соловьев И.А., Святненко А.В., Шумакова Т.А., Цечоева Л.Ш. Синдром Мирицци, осложненный острым холангитом у беременной. *Анналы хирургической гепатологии*. 2020; 25 (1): 124–128. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20201124-128>.

Конфликты интересов отсутствуют.

Mirizzi syndrome complicated by acute cholangitis in pregnantOsipov A.V.^{1, 2*}, Demko A.E.^{1, 2}, Surov D.A.^{1, 2}, Soloviev I.A.²,
Sviatnenko A.V.^{1, 2}, Shumakova T.A.¹, Tsechoeva L.Sh.¹¹ Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine; 3, Budapeshtskaya str., Saint-Petersburg, 192242, Russian Federation² Kirov Military Medical Academy; 6, Akademika Lebedeva str., St. Petersburg, 194044, Russian Federation

A case report of the patient at week 21 of pregnancy with Mirizzi type 2 syndrome complicated by acute cholangitis is described. During the examination, the level and cause of the biliary obstruction (cholecystocholechoal fistula and gallstone of the common bile duct) were revealed. A detailed description of the surgical procedure is presented: subtotal laparoscopic cholecystectomy, choledochotomy, choledochoscopy, lithoextraction, drainage of the common bile duct. The analysis of information from literature sources is carried out.

Keywords: gallstone disease, cholangitis, Mirizzi syndrome, pregnancy, choledochoscopy, laparoscopic cholecystectomy, minimally invasive treatment.

For citation: Osipov A.V., Demko A.E., Surov D.A., Soloviev I.A., Sviatnenko A.V., Shumakova T.A., Tsechoeva L.Sh. Mirizzi syndrome complicated by acute cholangitis in pregnant. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2020; 25 (1): 124–128. (In Russian). <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20201124-128>.

There is no conflict of interests.

Проблема осложненной желчнокаменной болезни (ЖКБ) у беременных остается одной из наиболее актуальных в современной хирургии. Одна из 1200 беременностей осложняется холедохолитиазом, при этом до 30% пациенток переносят острый холангит [1]. Данные о частоте синдрома Мирицци во время гестации не обнару-

жены. В литературе есть отдельные упоминания о лечении пациенток указанной категории. При остром холангите доброкачественной этиологии методом выбора являются этапные эндоскопические вмешательства. Однако применение рентгеновского излучения во время беременности недопустимо, что существенно ограничивает

возможности эндобилиарных вмешательств. Рекомендуется, чтобы экспозиция рентгеновского излучения не превышала 1 мЗв в первом триместре и 5 мЗв на протяжении всей беременности [2]. Наибольшая серия, оценивающая дозу облучения плода, была опубликована Kahaleh и соавт. [3]. Ввиду риска радиационного облучения плода и трудностей при расчете дозы излучения, многие авторы опубликовали свой опыт лечения холедохолитиаза без применения рентгеновского излучения. В публикациях, описывающих эти наблюдения, приведены данные об УЗИ-навигации и аспирации желчи при ЭРХПГ, а также о ЭПСТ при вклиненных конкрементах. Большинство исследователей считают обоснованной тактику двухэтапного лечения — декомпрессия билиарного тракта для устранения осложнений и окончательное оперативное лечение после родов.

Приводим клиническое наблюдение.

Беременная 35 лет госпитализирована в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе 05.06.2017 в состоянии средней тяжести. Предъявляла жалобы на боль в эпигастрии, тошноту, пожелтение кожного покрова, повышение температуры тела до 38,6 °С. Обследована в отделении экстренной медицинской помощи. Поставлен предварительный диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, острый холангит. Угроза преждевременных родов на 20–21-й неделе.

В анамнезе у пациентки привычное невынашивание беременности. Страдала ЖКБ на протяжении 3 лет. От проведения манипуляций с применением рентгеновских методов категорически отказалась.

В анализах крови отмечен нарастающий лейкоцитоз до $22,4 \times 10^9/\text{л}$, гипербилирубинемия 128,6 мкмоль/л. Активность АлАТ — 183 Ед/л, АсАТ — 81 Ед/л. При ЭГДС — катаральный бульбит. На момент осмотра данных за вклинение конкремента в устье большого сосочка двенадцатиперстной кишки не обнаружено. По данным УЗИ плода — прогрессирующая беременность 20–21 нед. Выполнена МРТ. Желчный пузырь не увеличен, $6,9 \times 2,3$ см, деформирован перегибами в шейке и дне. Стенка не утолщена. Содержимое неоднородное — густая желчь и множество конкрементов до 9 мм. Паравезикальная клетчатка не изменена (рис. 1). Выполнена МР-холангиография. Внутрипеченочные желчные протоки расширены до 9,8 мм, общий печеночный проток — до 15,2 мм. В проекции шейки желчного пузыря конкремент $9,4 \times 7,4$ мм, выступающий в просвет общего печеночного протока (рис. 2). Общий желчный проток (ОЖП) в дистальных отделах не расширен — 3 мм. Согласно результатам проведенного обследования, диагностирована ЖКБ, хронический калькулезный холецистит; синдром Мириizzi 2 типа (по Csendes), механическая желтуха, острый холангит Grade II (TG-13); привычное невынашивание беременности; угроза преждевременных родов на 21–22-й неделе. С учетом риска преждевременных родов, прогрессирующей гипербилирубинемии, клинической картины острого холангита консилиумом принято решение об одноэтапном лапароскопическом и эндоскопическом лечении. 06.06.2017 пациентка оперирована. Во время операции был выявлен холецистохоледохоальный свищ (синдром Мириizzi 2 типа). Выполнена холецистотомия по передней стенке желчного пузыря (рис. 3), холедохотомия через свищевой ход, холедохоскопия, литэкстракция и санация внепеченочных

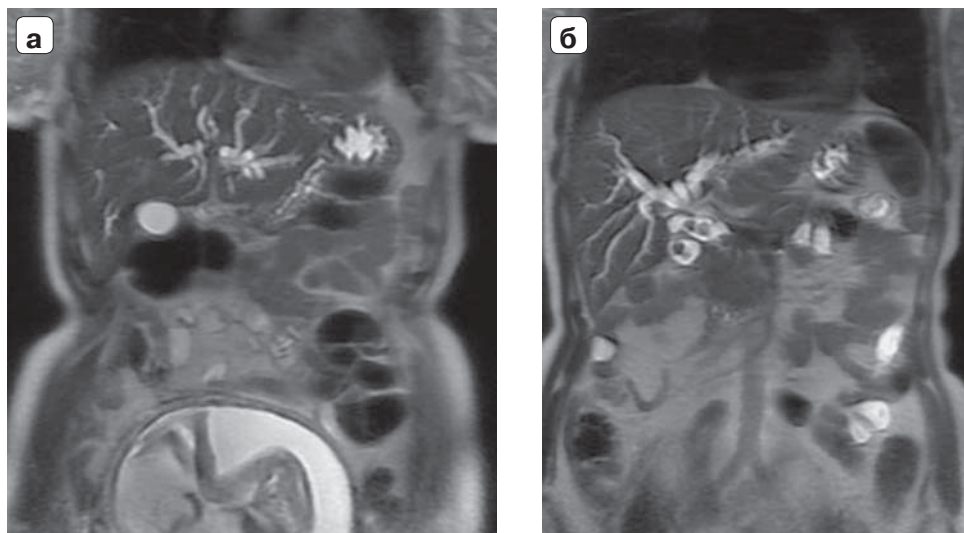


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма. Желчнокаменная болезнь, желчная гипертензия, беременность: а — расширенные желчные протоки и плод в матке без признаков патологических изменений; б — конкремент желчного пузыря пролабирует в ОЖП.

Fig. 1. Magnetic resonance imaging. Gallstone disease, biliary hypertension, pregnancy: a — the expanded bile ducts and the fetus in the uterus are visualized without signs of pathology; b — a gallstone of the gallbladder prolapses into the lumen of the common bile duct.

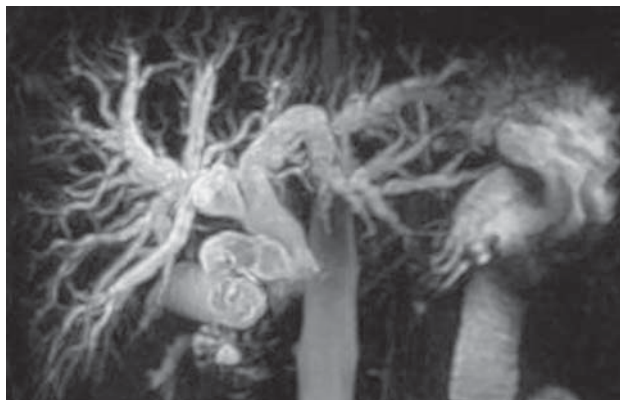


Рис. 2. Магнитно-резонансная холангиограмма. Холецистохоledochoальный свищ.

Fig. 2. Magnetic resonance cholangiogram. Cholecystocholedochcheal fistula.

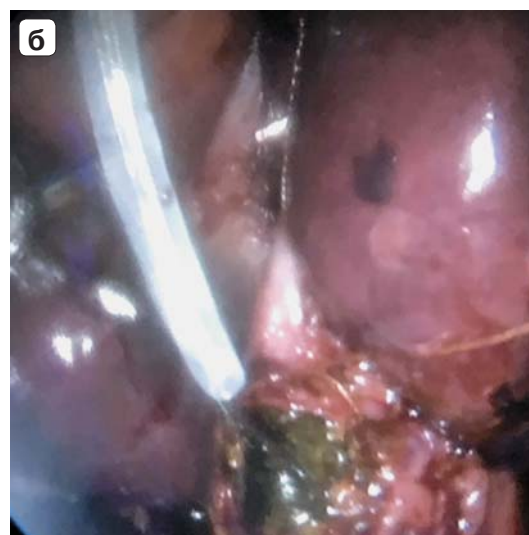
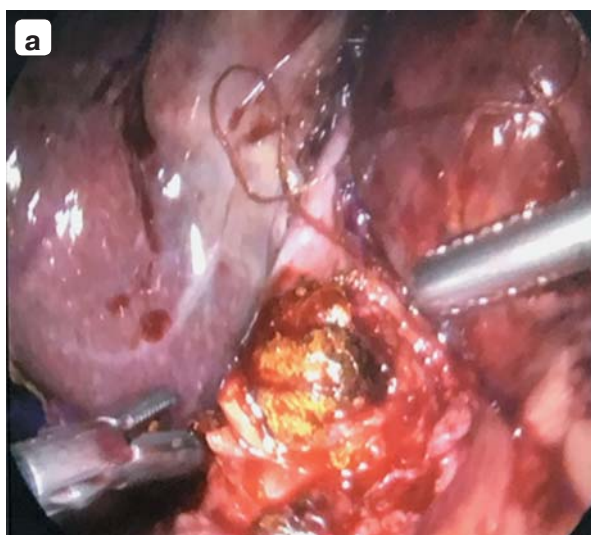


Рис. 3. Интраоперационное фото. Этапы оперативного вмешательства: а — конкремент в свищевом ходе после холецистотомии по передней стенке; б — литэкстракция из ОЖП через свищевой ход, дополненный холедохотомией.

Fig. 3. Intraoperative photo. Stages of surgical procedure: а — gallstone in the fistulous course (cholecystotomy performed on the front wall); б — lithoextraction from the common bile duct lumen is performed through a fistulous passage supplemented by choledochotomy.

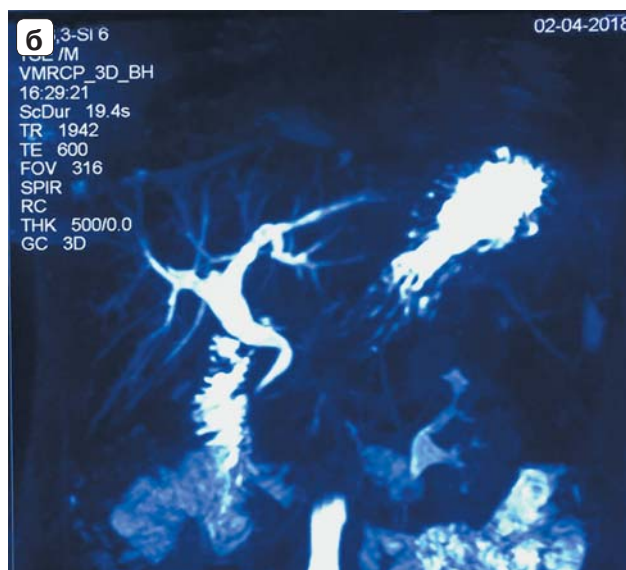
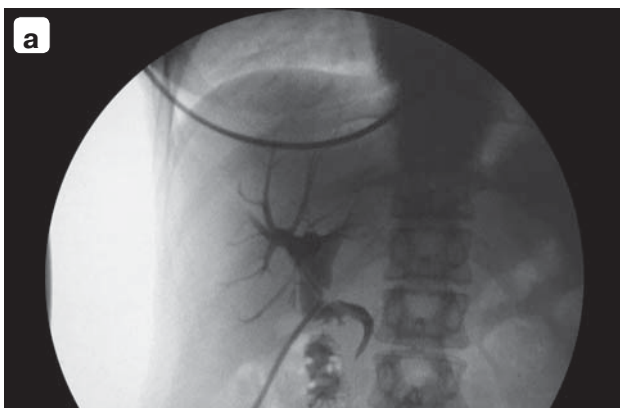


Рис. 4. Результаты контрольных диагностических процедур: а — фистулохолангиограмма через месяц после родоразрешения; б — магнитно-резонансная холангиограмма через 8 мес после оперативного вмешательства.

Fig. 4. Results of control diagnostic procedures: а — fistulocholangiogram one month after delivery; б — magnetic resonance cholangiogram 8 months after surgery.

желчных протоков. Субтотальная лапароскопическая холецистэктомия. Оперативное вмешательство завершено дренированием ОЖП по Керу и контрольным дренированием подпеченочного пространства. В раннем послеоперационном периоде отмечена выраженная положительная динамика; нормализовались показатели клинического и биохимического анализов крови, температура тела. При контрольной МР-холангиографии дефектов наполнения не выявлено, отмечен регресс признаков билиарной гипертензии. Дебит желчи составлял 150–200 мл в сутки. 13.06.2017 дренаж ОЖП был перекрыт. Пациентка выписана на амбулаторное лечение на 10-е сутки послеоперационного периода. На 16-е сутки госпитализирована в многопрофильный стационар в акушерское отделение для оценки состояния плода и профильного лечения. Патологических изменений органов брюшной полости не выявлено. В дальнейшем беременность протекала нормально. Находилась под наблюдением акушеров, хирургов, проводили систематический лабораторный контроль, УЗИ органов живота. На 36-й неделе выполнено кесарево сечение. Родилась доношенная девочка 8/9 баллов по шкале Апгар. Через месяц после родоразрешения пациентка госпитализирована в НИИ скорой помощи для удаления дренажа и контрольного обследования. Выполнена фистулохолангиография (рис. 4), патологических изменений не выявлено. Дренаж был удален. Выписана в удовлетворительном состоянии. МР-холангиография выполнена через 8 мес после вмешательства, дефектов наполнения во внепеченочных желчных протоках, стриктур не выявлено (см. рис. 4).

Таким образом, одноэтапное миниинвазивное лечение при холецистохоледохолитиазе, осложненном синдромом Мириззи и механической желтухой, может применяться у пациенток во втором триместре беременности в качестве альтернативы сложившейся двухэтапной тактике. Требуется дальнейшее накопление опыта для статистической оценки результатов лечения такой категории больных.

Участие авторов

Осипов А.В. — концепция и дизайн статьи, получение, сбор и обработка материала, написание текста, редактирование, ответственность за целостность всех частей статьи.

Демко А.Е. — утверждение окончательного варианта статьи.

Суров Д.А. — редактирование статьи.

Соловьев И.А. — концепция и дизайн исследования.

Святненко А.В. — получение материала исследования.

Шумакова Т.А. — получение материала исследования.

Цечоева Л.Ш. — получение материала исследования.

Authors participation

Osipov A.V. — the concept and design of the article, the receipt of the research material, the collection and processing of material, writing text, editing, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Demko A.E. — approval of the final version of the article.

Surov D.A. — editing.

Solovyev I.A. — research concept and design.

Svyatnenko A.V. — obtaining research material.

Shumakova T.A. — obtaining research material.

Tsechoeva L.Sh. — obtaining research material.

Список литературы [References]

1. McKay A.J., O'Neill J., Imrie C.W. Pancreatitis, pregnancy and gallstones. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1980; 87 (1): 47–50.
2. Pearlman M. Prenatal risks from diagnostic radiations. In: Pearlman M.D., Tintinalli J.E., editors. *Emergency care of the women*. Columbus (OH): McGraw-Hill professional Publishing; 2002. P. 717–728.
3. Csendes A., Díaz J.C., Burdiles P., Maluenda F., Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br. J. Surg.* 1989; 76 (11): 1139–1143.
4. Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *Proceedings of a consensus meeting, 2013, Tokyo, Japan. J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* 2013; 20 (1): 1–7.

Сведения об авторах [Authors info]

Осипов Алексей Владимирович — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела неотложной хирургии НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, доцент кафедры военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. <http://orcid.org/0000-0003-1533-6343>. E-mail: osipov@emergency.spb.ru

Демко Андрей Евгеньевич — доктор мед. наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, профессор второй кафедры хирургии (усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. <http://orcid.org/0000-0002-5606-288x>. E-mail: demkoandrey@gmail.com

Суров Дмитрий Александрович — доктор мед. наук, заместитель начальника кафедры военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. <http://orcid.org/0000-0002-4519-0018>. E-mail: sda120675@mail.ru

Соловьев Иван Анатольевич — доктор мед. наук, профессор, начальник кафедры военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. <http://orcid.org/0000-0003-2150-7284>. E-mail: ivsolvov@yandex.ru

Святненко Андрей Владимирович — младший научный сотрудник отдела неотложной хирургии НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, ассистент кафедры военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. <http://orcid.org/0000-0003-2603-9854>. E-mail: svyatnenkoandrei@mail.ru

Шумакова Татьяна Анатольевна — заведующая отделением МРТ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. <http://orcid.org/0000-0001-8708-7249>. E-mail: tshumakova@rambler.ru

Цечоева Лейла Шахмурзаевна — канд. мед. наук, заведующая отделением гинекологии № 1 НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. <http://orcid.org/0000-0002-8370-9917>. E-mail: doctor-leila@yandex.ru

Для корреспонденции*: Осипов Алексей Владимирович — 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, Российская Федерация. Тел.: +7-921-177-89-24. E-mail: osipov@emergency.spb.ru

Aleksey V. Osipov — Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher of the Department of Emergency Surgery, Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. Associate Professor of the Department of Naval Surgery of the Kirov Military Medical Academy. <http://orcid.org/0000-0003-1533-6343>. E-mail: osipov@emergency.spb.ru

Andrey E. Demko — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Deputy Chief Medical Officer for Surgery, Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. Professor of the Second Department of Surgery (Postgraduate Surgical Education) of the Kirov Military Medical Academy. <http://orcid.org/0000-0002-5606-288x>. E-mail: demkoandrey@gmail.com

Dmitry A. Surov — Doct. of Sci. (Med.), Deputy Head of the Department of Naval Surgery of the Kirov Military Medical Academy. <http://orcid.org/0000-0002-4519-0018>. E-mail: sda120675@mail.ru

Ivan A. Soloviev — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Naval Surgery of the Kirov Military Medical Academy. <http://orcid.org/0000-0003-2150-7284>. E-mail: ivsolv@yandex.ru

Andrey V. Sviatnenko — Junior Researcher of the Department of Emergency Surgery, Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. Assistant of the Department of Naval Surgery of the Kirov Military Medical Academy. <http://orcid.org/0000-0003-2603-9854>. E-mail: svyatnenkoandrei@mail.ru

Tatiana A. Shumakova — Head of the MRI Department of Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. <http://orcid.org/0000-0001-8708-7249>. E-mail: tshumakova@rambler.ru

Leila Sh. Tsechoeva — Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Gynecology № 1, Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. <http://orcid.org/0000-0002-8370-9917>. E-mail: doctor-leila@yandex.ru

For correspondence*: Aleksey V. Osipov — 3, Budapeshtskaya str., Saint-Petersburg, 192242, Russian Federation. Phone: +7-921-933-86-03. E-mail: osipov@emergency.spb.ru

Статья поступила в редакцию журнала 1.02.2019.
Received 1 February 2019.

Принята к публикации 19.02.2019.
Accepted for publication 19 February 2019.

Комментарий редколлегии

Авторами представлено интересное клиническое наблюдение с выбором адекватной лечебной тактики, соответствующей современным возможностям. Хотелось бы напомнить, что установка Т-образного дренажа не требует дополнительной «пластики» окружающими тканями (остатки шейки пузыря). В дальнейшем после

удаления Т-образного дренажа при сохраненной слизистой остатков шейки пузыря может сформироваться стриктура. Альтернативой Т-образному дренажу в рассмотренной ситуации могла быть установка дренажа типа Холстеда—Пиковского с «пластикой» пузырного протока остатками шейки желчного пузыря.