

СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

A CASE OF COMPLEX DIAGNOSIS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS WITH MECHANICAL JAUNDICE

Бондарев Г.А.

Доктор медицинских наук

Bondarev G.A.

Doctor of Medical Sciences

Волкова А.Е.

Volkova A.E.

Кунаков Д.В.

Kunakov D.V.

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

E-mail: bondarevga@kursksmu.net

Резюме

Описан случай длительной и сложной диагностики механической желтухи, вызванной холедохолитиазом у мужчины 32 лет. Конкременты в общем желчном протоке у больного при многократном УЗИ в различных лечебных учреждениях не обнаруживались, что в очередной раз свидетельствует о том, что данный метод в значительной степени является оператор-зависимым. Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансная холангиография, выполненные с интервалом в 4 сут., выявив конкремент шейки желчного пузыря, не обнаружили признаков холедохолитиаза. Вероятно, это может быть связано как с особенностями химического состава и плотности конкрементов, так и с адекватностью, тщательностью соблюдения рекомендуемых режимов выполнения данных методик исследования. В приведенном случае окончательным методом диагностики причины МЖ и, одновременно, лечебным методом оказалась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Это отчасти противоречит современным установкам большинства экспертов, считающих данный метод достаточно инвазивным, рискованным для диагностики, и требует дальнейшего совершенствования алгоритма и режима неинвазивных лучевых методов нозологической диагностики МЖ.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, неинвазивные лучевые методы диагностики, папиллотомия, литоэкстракция.

Summary

A case of prolonged and complex diagnosis of mechanical jaundice caused by choledocholithiasis in a 32-year-old man is described. Concretions in the common bile duct of the patient with repeated ultrasound in various medical institutions were not detected, which once again indicates that this method is largely operator-dependent. Multispiral computed tomography with intravenous contrast and magnetic resonance cholangiography performed at intervals of 4 days, revealing a concretion of the neck of the gallbladder, did not show signs of choledocholithiasis. Probably, this may be due both to the peculiarities of the chemical composition and density of concretions, and to the adequacy, thoroughness of compliance with the recommended modes of implementation of these research methods. In this case, endoscopic retrograde pancreatocholangiography turned out to be the final method of diagnosing the cause of MJ and, at the same time, the therapeutic method. This partly contradicts the modern attitudes of the majority of experts who consider this method to be quite invasive, risky for diagnosis, and requires further improvement of the algorithm and mode of non-invasive radiation methods of nosological diagnosis of MJ.

Key words: choledocholithiasis, mechanical jaundice, noninvasive radiation diagnostic methods, papillotomy, lithoextraction.

Библиографическая ссылка на статью

Бондарев Г.А., Волкова А.Е., Кунаков Д.В. Случай сложной диагностики холедохолитиаза с механической желтухой // Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.6-13.

References to the article

Bondarev G.A., Volkova A.E., Kunakov D.V. A case of complex diagnosis of choledocholithiasis with mechanical jaundice // Innova. - 2022. - No. 3 (28). - P.6-13

DOI:

Введение. Дифференциальная диагностика механической желтухи (МЖ) в настоящее время остаётся актуальной проблемой абдоминальной хирургии, учитывая

её полиэтиологичность, значительную частоту, позднее обращение пациентов за медицинской помощью, необходимость дифференциальной диагностики характера желтухи (механическая,

паренхиматозная или гемолитическая) [1, 2, 3, 4].

Частота диагностических ошибок при МЖ составляет от 10% до 42%, что может привести к развитию печёночной недостаточности, при этом у половины больных могут развиваться тяжёлые осложнения (энцефалопатия, гнойный холангит, желудочно-кишечные кровотечения, абсцессы печени, билиарный сепсис), при этом летальность может достигать 14-27% [5].

Диагностика МЖ в настоящее время во многом регламентирована утверждёнными Министерством здравоохранения РФ «Клиническими рекомендациями», разработанными для желчнокаменной болезни [6] и острого холецистита [7].

В 2020 году были опубликованы материалы российского консенсуса по МЖ [8], явившегося важной вехой в достижении договорённости об оптимальном алгоритме диагностики и лечения этого синдрома.

Между тем, разработанный ещё в 2018 году проект национальных рекомендаций «Механическая желтуха» [9] до сих пор не утверждён Министерством здравоохранения РФ, что может свидетельствовать об отсутствии общепринятого алгоритма обследования и лечения в зависимости от причины и уровня билиарного блока.

В целом алгоритм диагностики МЖ в литературе освещён достаточно полно и однозначно. По мнению большинства современных экспертов, обнаруживаемые при традиционных лабораторных методах исследования крови повышение общего билирубина за счёт прямой фракции (а при длительном существовании – и не прямой), щелочной фосфатазы [ЩФ], трансаминаз (АЛТ и АСТ), гамма-глутамилтранспептидазы [ГГТП] являются индикаторами холестаза и с высокой достоверностью помогают исключить паренхиматозный и гемолитический характер желтухи [6, 7, 9]. Однако абсолютно точных патогномичных лабораторных признаков МЖ нет [8].

Решающая роль в топической и нозологической диагностике МЖ принадлежит неинвазивным лучевым методам [6, 7, 8, 9].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) считается в настоящее время методом скрининга при подозрении на МЖ [1, 2, 6, 7]. УЗИ обладает целым рядом преимуществ: доступность, неинвазивность, возможность многократного повторения полипозиционного исследования, возможность выполнения других диагностических и лечебных процедур (тонкоигольная аспирационная биопсия, чрескожная холецистостомия, чрескожная чреспечёночная холангиостомия, установка стентов, дренажей), относительно невысокая стоимость, безопасность. Чувствительность данного метода при МЖ вследствие

холедохолитаза достигает 70-90%, специфичность – 85-90% [8, 9]. Однако её слабой стороной является субъективность, определяемая высокой зависимостью от опыта и квалификации врача, выполняющего исследование, а также класса аппаратуры, подготовки больного [1, 7, 8, 9]. Главными предикторами МЖ при УЗИ является обнаружение камней желчного пузыря и расширения желчного дерева, выраженность и распространённость которого коррелирует с величиной внутрипротокового давления и определяется уровнем обструкции желчного дерева и его длительностью [1, 6, 7]. В целом чувствительность этого метода при холедохолитиазе значительно ниже, чем при холецистолитиазе [6, 7, 9].

Компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием значительно превосходит УЗИ в диагностике осложнённых форм острого холецистита, в том числе, холедохолитиаза, имея чувствительность 85% против 68% [3]. Предлагается выполнение КТ и без контрастирования, она позволяет обнаружить камни гепатихоледохолита размерами 1-2 мм, однако «мягкие», не содержащие солей кальция билирубиновые или холестериновые конкременты могут обнаруживаться только при внутривенном контрастировании [6, 7].

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), особенно с внутривенным контрастированием имеет преимущества перед обычной КТ. Чувствительность МСКТ при диагностике МЖ достигает 96%, а при КТ она составляет 74%, специфичность соответственно – 94% и 90% [9].

Наиболее чувствительным из неинвазивных методов современной диагностики МЖ признана магнитно-резонансная холангиография (МРХГ). Она выполняется при недостаточной информативности УЗИ и КТ. Большинство современных экспертов считают МРХГ методом «выбора» при диагностике МЖ, сопоставимым по точности с эндо-УЗИ [6, 7, 9]. Одним из её несомненных достоинств является отсутствие необходимости введения контрастного вещества.

Эндо-УЗИ пока не получило в нашей стране очень широкого распространения вследствие дороговизны. Этот метод используется как альтернатива МРХГ, когда холедохолитаз не выявлен, но имеются его косвенные признаки: расширение внепечёночных желчных протоков, повышение АСТ, АЛТ, билирубина, ЩФ, ГГТП [6, 9]. Эндо-УЗИ обладает исключительно высокой точностью диагностики причины МЖ.

Гепатобилисцинтиграфия с иминодиуксусной кислотой (HIDA-сканирование) обладает самой высокой чувствительностью и специфичностью, но её применение

ограничивают крайне низкая доступность, длительность исследования и ионизирующая радиация [6, 7].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее время рекомендуется не для диагностики МЖ, а перед планируемой литоэкстракцией или эндоскопическим назобилиарным дренированием, хотя чувствительность в выявлении конкрементов внепечёночных желчных протоков очень высокая [7, 8]. Это объясняется её инвазивностью, риском осложнений.

Лапароскопия в настоящее время может диагностировать лишь косвенные признаки МЖ и не является методом «выбора» при диагностике этой патологии [9].

Чрескожные методы диагностики МЖ остаются в ряду диагностических технологий ввиду их высокой чувствительности и специфичности, но частота неудач (15-20%) и осложнений (до 5%) оставляют для них достаточно узкую «нишу» в настоящее время [9, 10]. Особенно опасны эти методы при отсутствии значимого расширения внутрипечёночных желчных протоков и недостаточной квалификации специалиста [9]. Они должны применяться только в момент декомпрессии и непосредственно перед операцией [8, 10].

Таким образом, применение современных неинвазивных методов лучевой диагностики позволяет с высокой точностью поставить топический и нозологический диагноз при МЖ. Однако в реальной клинической практике продолжают встречаться случаи сложной диагностики МЖ различной этиологии.

Цель исследования: провести анализ клинического случая трудной диагностики МЖ, вызванной холедохолитиазом.

Больной Т., 1989 года рождения (32 лет) заболел 6 апреля 2022 года, когда впервые стал отмечать умеренные постоянные боли в эпигастральной области и правом подреберье, после чего появились довольно интенсивное желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тёмная моча, обесцвеченный кал, склонность к жидкому стулу, нарастание слабости, недомогания, снижение аппетита. Тошноты, рвоты, повышения температуры тела не было. Боли в животе периодически стихали, но снова возобновлялись. Начало заболевания связывает с алиментарным фактором: после приёма алкоголя употреблял несвежую колбасу. Принимал самостоятельно дома спазмолитики, анальгетики в таблетках. Улучшения состояния не было, желтуха нарастала.

8 апреля при ультразвуковом исследовании (УЗИ) в лечебном учреждении по месту жительства (ОБУЗ «Октябрьская ЦРБ») амбулаторно конкрементов в желчном пузыре, признаков желчной гипертензии, острого

холецистита или панкреатита не было обнаружено.

При лабораторном обследовании в этот день обнаружено повышение уровня общего билирубина до 166,6 мкмоль/л (при норме менее 20,5), (в том числе, прямой – 94,0, непрямой – 72,6), АЛТ до 352,1 Е/л (при норме менее 50), АСТ до 213,5 Е/л (при норме менее 50), ЩФ до 163,8 Е/л (при норме 30-120); при этом амилаза крови была 45 Е/л (референтное значение менее 53).

В общем анализе крови и мочи существенной патологии не было.

Результаты исследования крови на наличие вирусов гепатита В и С отрицательные.

13 апреля был осмотрен в ООО «Медассист» гастроэнтерологом высшей квалификационной категории, был диагностирован «неспецифический реактивный гепатит», что было подтверждено повышением общего билирубина до 256 мкмоль/л (в том числе, прямой билирубин – 142 мкмоль/л), АСТ, АЛТ при отсутствии клинических и ультрасонографических данных об острой хирургической патологии. Было назначено соответствующее лечение.

В связи с усилением болевого синдрома и сохранением желтухи больной 18 апреля был госпитализирован в хирургическое отделение ОБУЗ «Октябрьская ЦРБ», где начата терапия, назначенная гастроэнтерологом, а также превентивное лечение по поводу предположительного острого панкреатита (инфузионная терапия в объёме 1,5 л, анальгетики, спазмолитики, антациды, гордокс 300 тыс. ЕД внутривенно капельно).

Ночью и утром 19 апреля боли в верхних отделах живота стали резкими, при УЗИ в Октябрьской ЦРБ новой информации не получено.

Был экстренно осмотрен хирургом ЦРБ совместно с находящимся в это время на выезде в районной больнице профессором кафедры хирургических болезней ИНО КГМУ Г.А. Бондаревым. Констатированы выраженный болевой синдром в правом подреберье и эпигастральной области, отчётливая желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия (пульс 104), умеренное вздутие живота на фоне алиментарного ожирения, болезненность при пальпации в эпигастральной зоне. Признаков раздражения брюшины не было. Учитывая отрицательную клиническую динамику, неэффективность проводившегося амбулаторного и стационарного лечения, нарастание желтухи, заподозрено развитие острого панкреатита на фоне некупированного неспецифического гепатита. Рекомендовано срочное направление в Курскую областную клиническую многопрофильную больницу (КОКМБ) для уточнения диагноза и

решения вопроса о месте и характере дальнейшего лечения.

Был осмотрен в тот же день в приемном отделении КОКМБ хирургом, терапевтом и гастроэнтерологом. С учётом острого начала заболевания, указания в анамнезе на факты употребления суррогатов алкоголя и недоброкачественных продуктов, появления желтухи, субфебрильной температуры тела, отсутствия ультразвукографических данных, позволяющих заподозрить механический характер желтухи, коллегиально было принято решение о необходимости исключения вирусного гепатита А. Пациент был направлен в ОБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Н.А. Семашко».

В этом лечебном учреждении больной пробыл с 19 по 21 апреля 2022 г. (история болезни № 1762-434), проводилась соответствующая поставленному предварительному диагнозу консервативная терапия (диета 5, гептрал внутривенно с последующим переходом на пероральный приём, метадоксил, нольпаза и фильтрум СТИ рег ос).

При лабораторном обследовании АТ к ковидной инфекции не обнаружено. Исследование сыворотки крови методом ИФА на типичные инфекции было отрицательным. Показатели билирубина крови в это время колебались от 114,1 мкмоль/л (прямой – 82,1) до 59,1 мкмоль/л (прямой 41,1), АЛТ – 428 - 246 Ед/л, АСТ – 157 - 62 Ед/л, ГГТП – 464 Ед/л (норма до 10); показатели АЧТВ, МНО, ПТИ, фибриногена и Д-димера были в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Исследование крови методом ИФА на СПИД и

вирусы гепатита А показало отрицательный результат.

В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз $16,8 - 19,6 \times 10^9$ без палочкоядерного сдвига лейкоформулы влево. В общем анализе мочи патологии не было.

При УЗИ 20 апреля отмечены диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия, диффузные изменения ткани поджелудочной железы, метеоризм. Конкрементов в желчном пузыре и протоках нет.

21 апреля выполнена МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с внутривенным усилением) (рис. 1 – 3). Размеры печени не увеличены, плотность паренхимы её не изменена, структура однородная, контуры чёткие, ровные. Очагов патологического накопления контраста не выявлено. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь расположен обычно, наполнен туго. В шейке желчного пузыря визуализируется рентген-контрастный конкремент размерами 9 x 8 x 7 мм, плотностью 1082 ед. Н. Селезёнка увеличена (148 x 59 x 114 мм), расположена обычно, контуры чёткие, бугристые, плотность паренхимы не изменена, структура паренхимы однородная. Парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована. На этом фоне поджелудочная железа увеличена (передне - задний размер: головка около 33 мм, тело около 36 мм, хвост около 49 мм), контуры её нечёткие, структура дольчатая, плотность паренхимы 37 ед. Н (норма 30 – 50 ед. Н). Заключение: КТ-признаки острого панкреатита. ЖКБ. Холецистолитиаз. Спленомегалия.

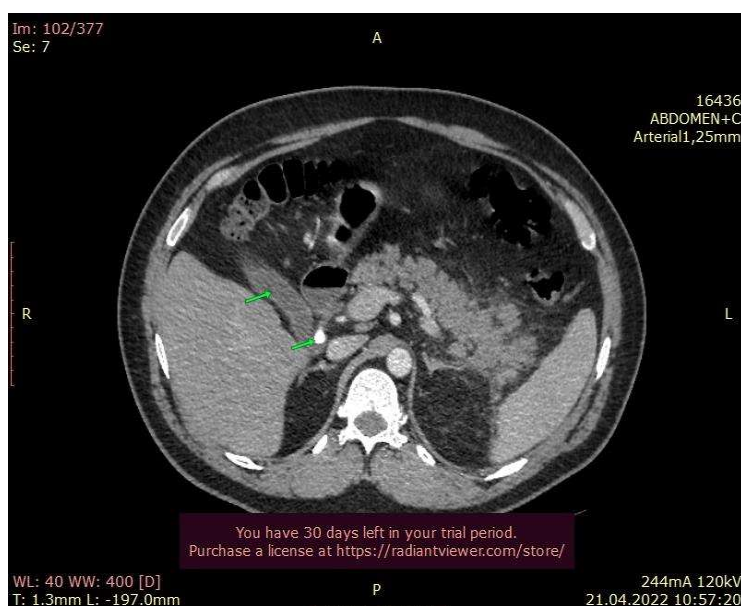


Рис. 1. МСКТ больного Т. с внутривенным усилением (21.04.2022). Гомогенно окрашенный желчный пузырь (верхняя стрелка). Конкремент шейки желчного пузыря (нижняя стрелка) размерами 9 x 8 x 7 мм

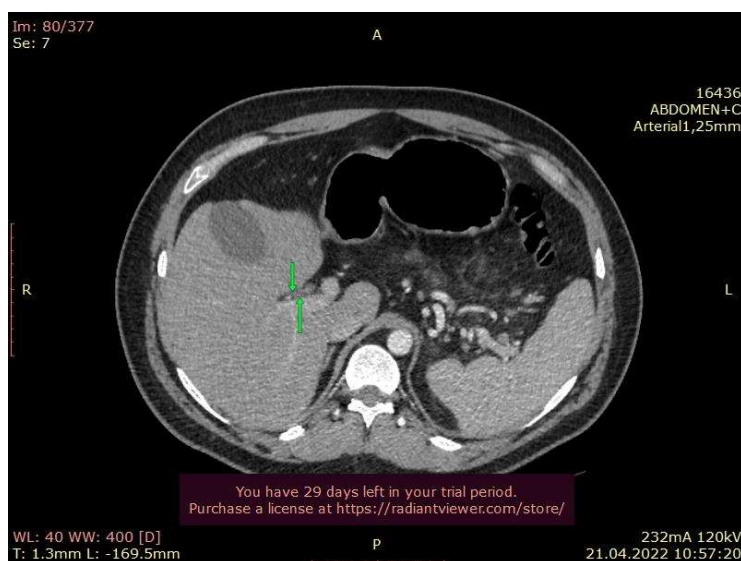


Рис. 2. МСКТ больного Т. с внутривенным усилением (21.04.2022). Общий печёночный проток (стрелки) диаметром 4-5 мм

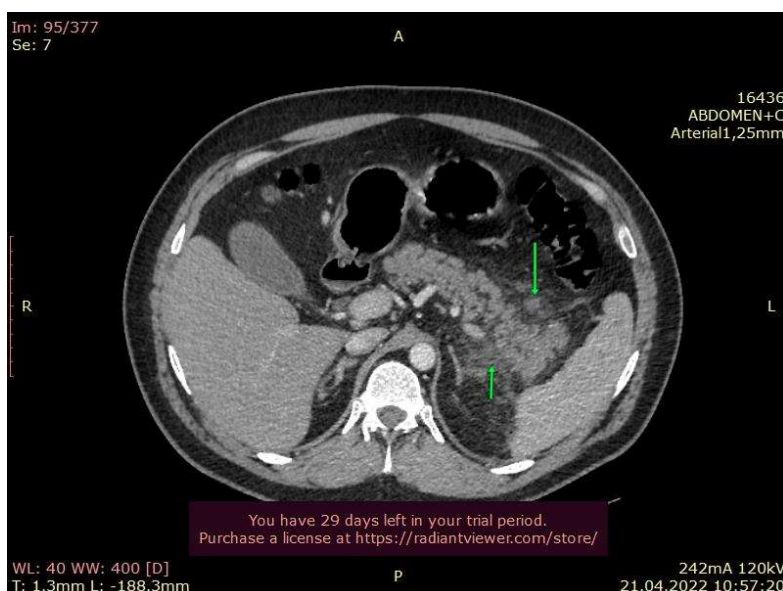


Рис. 3. МСКТ больного Т. с внутривенным усилением (21.04.2022). Отёк забрюшинной клетчатки в области хвоста и тела поджелудочной железы (стрелки) – признаки острого панкреатита.

После осмотра хирургом КОКМБ пациент, в соответствии с существующей маршрутизацией больных, был переведен в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» с диагнозом: «ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз? Вентильный камень холедоха? Механическая желтуха. Острый билиарный панкреатит».

В этом лечебном учреждении пациент находился с 21 апреля по 1 мая 2022 г. (история болезни № 3279/685). Проводилось соответствующее поставленному диагнозу консервативное лечение и комплексное обследование. При рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости патологии нет. ЭКГ – без патологии.

При УЗИ (21.04, 23.04, 25.04 и 01.05.22):

печень не увеличена, однородная, повышенной эхогенности, сосудистый рисунок не изменён, среднезернистая, холедох 6 мм, внутрипротоковые желчные ходы не расширены. Желчный пузырь 82 x 26 мм, толщина его стенки 2 мм, в просвете мелкие единичные конкременты. Поджелудочная железа увеличена за счёт головки, контуры неровные, нечёткие, повышенной эхогенности. Главный панкреатический проток 2 мм. Селезёнка не увеличена. Свободной жидкости в забрюшинной клетчатке и брюшной полости не выявлено.

При ФГДС (22.04.22): поверхностный гастрит, выраженный гастродуоденит.

Билирубин в динамике: 57,1 мкмоль/л (прямой – 33,3) – 43,0 (прямой – 14,2) – 31,2 (прямой – 11,2) – 29,0 (прямой – 11,0) – 24,4

мкмоль/л (прямой – 8,6), остальные исследованные биохимические показатели крови были в пределах нормы. Число лейкоцитов крови в динамике: 20,6 – 20,3 – 17,3 – 19,6 – 20,6 – 14,7 – 10,4 $\times 10^9$. Амилаза мочи в динамике: 1228 Ед. – 1333 Ед. – 1728 Ед. – 3472 Ед. – 254 Ед.

АТ к вирусам гепатита А, В и С, ВИЧ не обнаружены. РНК коронавируса 2019-nCov не обнаружена.

25 апреля в этой больнице выполнена МР-холангиография. Желчный пузырь размерами 87 x 34 мм, сигнал от содержимого однородный, без видимых дефектов наполнения. Пузырный проток расширен до 9 мм, в просвете определяется единичный конкремент диаметром 8,5 мм. Холедох 5,2 мм, в дистальном отделе 5,5 мм, содержимое неоднородное, без видимых на момент исследования дефектов наполнения. Общий печёночный проток 5,5 мм, правый печёночный проток 3,2 мм, левый – 4,0 мм, без видимых дефектов наполнения. Проток поджелудочной железы диаметром 2,5 мм, имеет нормальное расположение, дефектов наполнения в нём не определяется. Аномалий развития, дефектов наполнения, участков расширения не выявлено. Селезёнка размерами 137 x 55 мм (несколько увеличена). Заключение: МР-картина единичного конкремента в пузырном протоке.

Состояние больного улучшилось, от дальнейшего лечения он отказался и был выписан с соответствующими рекомендациями.

Через 2 нед., в связи с повторным появлением болевого синдрома в верхних отделах живота и желтухи, снова поступил в это лечебное учреждение, где находился с 8 по 15 мая 2022 г. (история болезни № 3651/771). Проводилось консервативное лечение (инфузионная терапия, антибиотики, анальгетики, спазмолитики) и обследование.

При рентгенографии органов грудной клетки патологии нет. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости данных за острое хирургическое заболевание также нет. ЭКГ – без патологии.

При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, повышенной эхогенности, мелкозернистая, однородная. Холедох 8 мм, желчной гипертензии не выявлено. Желчный пузырь 78 x 26 мм, толщина стенки 2 мм, в области пузырного протока конкремент 8 мм. Поджелудочная железа не увеличена, однородная, повышенной эхогенности, контур чёткий, ровный. Головка 22 мм, тело 18 мм, хвост 20 мм. Главный панкреатический проток не расширен (2 мм). Свободной жидкости и экссудации в забрюшинной клетчатке и брюшной полости не выявлено.

Амилаза крови 646 Ед. СОЭ 31 мм/ч. Билирубин в динамике: 110 мкмоль/л (прямой – 19) – 68 мкмоль/л (прямой – 47), 38 мкмоль/л

(прямой – 15), 35 мкмоль/л (прямой – 15), 63 мкмоль/л (прямой – 35); АСТ – 489 Ед/л, АЛТ – 700 Ед/л. Остальные исследованные биохимические показатели были в норме. Амилаза мочи в динамике: 2385 Ед. – 562 Ед.

В общем анализе крови и мочи патологии не было.

С диагнозом: ЖКБ, обострение хронического холецистита, транзиторная желтуха, гипертрансаминаземия, по согласованию с коллегами, был переведен в КОКМБ для дальнейшего лечения.

В КОКМБ (история болезни № 12087/940) больной находился с 16 по 26 мая 2022 года. Поступил в плановом порядке с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, горечь во рту, тёмный цвет мочи.

При УЗИ (16.05.22): внутривенные желчные ходы расширены до 2-го порядка. Диаметр холедоха 11 мм. Желчный пузырь не напряжён, в его просвете достоверно конкремент не определяется. Поджелудочная железа без признаков отёка. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: дистальный блок холедоха. Желчная гипертензия II.

При ФГДС (16.05.22) данных за вклиненный конкремент БСДК на момент осмотра нет.

Общие анализы крови и мочи были в пределах нормы. Показатели общего билирубина крови были повышенными – 94-129 мкмоль/л (фракция прямого билирубина составляла около 50%), показатели печёночных ферментов были также повышенными: АЛТ – 455,4 Е/л, ЩФ – 905 Е/л, ГГТП – 905,5 Е/л; амилазы крови – 184,7 Е/л. Остальные биохимические показатели крови были нормальными.

Был поставлен заключительный клинический диагноз: «ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха».

После коллегиального обсуждения, больному были рекомендованы ЭРПХГ, ЭПСТ и литоэкстракция. Следует обратить внимание, что, по мнению многих современных экспертов, при нечётко документированном холедохолитиазе, перед проведением такой рискованной хирургической технологии показано проведение эндоскопического УЗИ.

17 мая выполнены ЭРПХГ, ЭПСТ и литоэкстракция. При ЭРПХГ был контрастирован общий желчный проток диаметром до 9 мм, содержащий тени конкрементов. С целью разрешения холедохолитиаза выполнена ЭПСТ классическим папиллотомом по продольной складке после предварительной его визуализации в холедохе, протяжённостью до 7 мм (режим «эндо» 37 ед.), кишка хорошо раздувается воздухом, кровотечения нет. Корзинкой Dormia извлечён конкремент до 10 мм, округлый, плотный. Других конкрементов не

выявлено.

После этого уровень билирубина крови стал снижаться: 71,9 – 43,0 мкмоль/л, показатели печёночных ферментов, амилазы также стали постепенно нормализоваться.

18 мая при контрольном УЗИ органов брюшной полости: внутрипечёночные желчные пути не расширены, имеется умеренная пневмобилия, диаметр холедоха 8 мм, желчный пузырь спавшийся, в просвете имеется конкремент до 8 мм; паренхима ПЖ структурна, её отёка нет, выпота в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве также нет.

23 мая была выполнена операция видеолaparоскопическая холецистэктомия, проходившая стандартно, без особенностей.

25 мая при УЗИ: внутрипечёночные желчные пути не расширены, имеется умеренная пневмобилия, диаметр холедоха 7 мм, ложе желчного пузыря со скудным экссудативным компонентом. Паренхима ПЖ структурна, ПЖ сонографически без особенностей, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Общеклинические и биохимические лабораторные показатели нормализовались. Был выписан в удовлетворительном состоянии.

В июне и июле текущего года был трижды осмотрен амбулаторно, никаких жалоб пациент не предъявляет, все биохимические показатели крови в пределах нормы.

Заключение.

Данный случай демонстрирует, что диагностика, казалось бы, достаточно распространённой и «банальной» хирургической патологии – холедохолитиаза, сопровождающегося МЖ, эпизодами рецидивировавшего острого отёчного панкреатита далеко не всегда проста. В нашем случае эта диагностика заняла более 1 мес., больному пришлось обратиться в 5 лечебных учреждений различного уровня, перенести два осложнения (МЖ и острый панкреатит), 5 госпитализаций, прежде чем окончательный клинический диагноз был уверенно поставлен.

Трудности диагностики можно объяснить индивидуальными особенностями клинического течения патологического процесса (быстрое развитие интенсивной МЖ при отсутствии первоначальных убедительных данных о наличии холецистолитиаза и длительном отсутствии ультрасонографических признаков внутрипечёночной гипертензии).

Затрудняли дифференциальную диагностику особенности анамнеза (употребление суррогатов алкоголя и алиментарная погрешность), потребовавшие исключения вирусного гепатита А. Определённые трудности нозологической диагностики привносило наличие существенного повышения не только прямой фракции билирубина и печёночных ферментов (ЩФ,

ГГТП), свидетельствующих о механическом характере желтухи и холестаза, но и АСТ, АЛТ, свидетельствующих о выраженном цитолитическом компоненте, что, учитывая особенности анамнеза и образа жизни пациента, можно объяснить наличием вероятного фона в виде «скомпроментированной» печени.

Конкременты в общем желчном протоке у больного имелись, вероятно, с самого начала заболевания, однако при многократном УЗИ в различных лечебных учреждениях они не обнаруживались, что в очередной раз свидетельствует о том, что данный метод в значительной степени является субъективным, оператор-зависимым.

Возникает закономерный вопрос: почему МСКТ с внутривенным контрастированием и МР-холангиография, выполненные с интервалом в 4 сут., считающиеся методами «выбора» в диагностике МЖ, обнаружив конкремент шейки желчного пузыря, не обнаружили признаков холедохолитиаза? Категорически ответить на этот вопрос трудно. Вероятно, это может быть связано как с особенностями химического состава и плотности конкремента, так и с адекватностью, тщательностью соблюдения рекомендуемых режимов выполнения данных методик исследования.

В приведенном случае окончательным методом диагностики причины МЖ и, одновременно, лечебным методом оказалась ЭРПХГ. Это отчасти противоречит современным установкам большинства экспертов, считающих данный метод достаточно инвазивным, рискованным для диагностики, что требует дальнейшего совершенствования алгоритма и режима неинвазивных лучевых методов нозологической диагностики МЖ.

Литература.

1. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей под ред. проф. В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2017. – 924 с.
2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – Т. II. – 832 с.
3. Охотников О.И., Лазаренко В.А., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Интервенционная радиология в лечении холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой. – Курский научно-практический вестник, 2011. - № 3. – С. 115 – 121.
4. Натальский А.А. Современные принципы диагностики и лечения синдрома механической желтухи. Дисс. ... д.м.н. (специальность 14.01.17 – хирургия). – Рязань, 2015. – 248 с. – Адрес ссылки: NatalskDis.pdf.
5. Майоров М.М., Дряженков И.Г. Механическая желтуха калькулёзной этиологии: патогенез, осложнения и лечебная тактика. -

Клиническая медицина, 2012, № 5. – С. 12 – 15.

6. Клинические рекомендации - Желчнокаменная болезнь – Утверждены Минздравом РФ 31.08.2021. – 35 с. – Адрес ссылки: 1056_kr21K80MZ.pdf.

7. Клинические рекомендации – Острый холецистит – Утверждены Минздравом РФ 03.09.2021. – 41 с. Адрес ссылки: 1057_krK80K82MZ.pdf.

8. Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г., Бебуришвили А.Г., Буланов А.Ю., Быков М.И., Виршке Э.Г., Габриэль С.А., Гранов Д.А., Дарвин В.В., Долгушин Б.И., Дюжева Т.Г., Ефанов М.Г., Коробко В.Л., Королев М.П., Кулабухов В.В., Майстренко Н.А., Мелехина О.В., Недолужко И.Ю., Охотников О.И., Погребняков В.Ю., Поликарпов А.А., Прудков М.И., Ратников В.А., Солодинина Е.Н., Степанова Ю.А.,

Субботин В.В., Федоров Е.Д., Шабунин А.В., Шаповальянц С.Г., Шулутко А.М., Шишин К.В., Цвиркун В.Н., Чжао А.В., Кулезнева Ю.В. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020; 6:5-17.

<https://doi.org/10.17116/hirurgia20200615>.

9. Клинические рекомендации – Механическая желтуха – проект. – 2018. – 206 с.

10. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе. Анналы хирургической гепатологии, 2011, № 16 (1). – С. 58 - 62.