

DOI: <http://doi.org/10.3978/SU2019-1-80>

УДК 616.36-008.5-036-079.4:[616.342:616.36/37]



К. Ю. Пархоменко¹, К. Е. Паюнов¹, А. Г. Дроздова²,
О. В. Винниченко³, М. В. Супличенко¹

¹ Коммунальное некоммерческое предприятие
Харьковского областного совета «Областная клиническая больница»

² Харьковский национальный медицинский университет

³ ГУ «Специализированная медико-санитарная часть № 13» МЗ Украины, Харьков

НАБЛЮДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЖЕЛТУХОЙ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА

В связи с возрастанием количества пациентов, у которых ведущим синдромом какого-либо заболевания является желтуха, актуальными являются вопросы их дифференциальной диагностики, выбора объема оперативного вмешательства (при необходимости его проведения) и рациональной консервативной терапии в послеоперационный период. Описан случай лечения пациентки с желтухой смешанного генеза, которая была госпитализирована в хирургическое отделение специализированной медико-санитарной части № 13 г. Харькова с жалобами на пожелтение склер и кожных покровов, тошноту, изжогу. Пациентке был установлен диагноз «Желчнокаменная болезнь II. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Остро затянувшаяся механическая желтуха». Выполнено плановое оперативное вмешательство в объеме верхне-срединной лапаротомии, холецистэктомии, интраоперационной холангиографии, холедохотомии, дренирования холедоха по Холстеду, дренирования подпеченочного пространства. В послеоперационный период обращала внимание иктеричность кожи и слизистых оболочек при адекватном функционировании дренажа холедоха. При серологическом исследовании были обнаружены антитела к иерсиниозу и псевдотуберкулезу. На фоне проводимой терапии с учетом рекомендаций смежных специалистов общесоматическое состояние улучшилось. Уровень общего билирубина прогрессивно снижался. Пациентка была выписана с рекомендациями в относительно удовлетворительном состоянии. По нашему мнению, данный клинический пример иллюстрирует многогранность синдрома желтухи и доказывает, насколько сложна иногда бывает дифференциальная диагностика заболеваний, ведущим синдромом которых является желтуха, и как важно своевременно распознать соответствующую патологию и выбрать правильную лечебную тактику.

■

Ключевые слова: желтуха, гепатобилиопанкреатодуоденальная зона, дифференциальная диагностика.

Согласно данным ВОЗ, продолжает увеличиваться количество пациентов, у которых ведущим синдромом какого-либо заболевания является желтуха. Лечение желтухи, основанное на современных достижениях медицины, представляет большой раздел хирургии. Следует помнить, что желтуха — это один из главных симптомов заболеваний гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны [2, 4, 5]. В клинической практике желтуху рассматривают как полиэтиологический синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек вследствие накопления в тканях избыточного количества билирубина. Выявление желтухи не представляет трудностей, так как это хорошо заметный признак, обращающий на себя внимание не только медицинских работников, но и самого больного и окружающих. Значительно сложнее выявить причину желтухи, так как она наблюдается при многих как инфекционных, так и неинфекцион-

ных заболеваниях [5]. Своевременное определение генеза желтухи способствует правильной врачебной тактике при выборе метода оперативного вмешательства (если необходимо) и проведении патогенетической и симптоматической терапии.

Несмотря на изучение проблемы желтухи, остаются актуальными такие вопросы, как дифференциальная диагностика желтух, выбор объема оперативного вмешательства (при необходимости его проведения), рациональная консервативная терапия в послеоперационный период. Социальная значимость проблемы обусловлена большой долей (70 %, по данным отечественных и зарубежных авторов) больных трудоспособного возраста, значительными экономическими затратами на комплексное их лечение [1, 3, 6].

В повседневной практике врача-хирурга преобладают пациенты с механической желтухой. Хотя возможны ситуации, когда из-за наличия

Дроздова Анастасія Геннадіївна, аспірант кафедри хірургії № 2
E-mail: anasteisha.06@gmail.com

© К. Ю. Пархоменко, К. Е. Паюнов, А. Г. Дроздова, О. В. Винниченко, М. В. Супличенко, 2019

у пациента нескольких заболеваний возникают трудности с дифференциальной диагностикой, так как основным синдромом является желтуха. Всегда следует помнить, что наличие у больного одного заболевания (например, желчнокаменной болезни (ЖКБ)) не исключает вероятности наличия другого заболевания (например, инфекционной патологии), причем не всегда речь идет о вирусном гепатите [5]. В подобной ситуации хирург должен показать себя не только опытным оператором, но и грамотным клиницистом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка М., 47 лет, была госпитализирована в хирургическое отделение ГУ «Специализированная медико-санитарная часть № 13» г. Харькова с жалобами на пожелтение склер и кожных покровов, тошноту, изжогу. Заболела за месяц до поступления в стационар, когда впервые появились упомянутые жалобы. За 3 дня до госпитализации в хирургическое отделение находилась на лечении в Харьковской областной инфекционной больнице, где было исключено наличие у пациентки вирусного гепатита.

При госпитализации общее состояние пациентки средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостенический тип телосложения. Температура тела — в норме. Частота сердечных сокращений — 86 в минуту. Артериальное давление — 110/70 мм рт.ст. Дыхание через нос свободное, аускультативно над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, при аускультации перистальтические волны обычной интенсивности, шум плеска не определяется. Печеночная тупость сохранена. Грыжевых выпячиваний нет. Имеется рубец в правой подвздошной области после аппендэктомии. Поясничная область при пальпации безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, эластичные, патологических выпячиваний нет, тонус сфинктера сохранен, на перчатке — следы ахолического кала. План обследования предусматривал проведение общеклинических исследований крови и мочи, биохимического анализа крови, анализа свертывающей системы крови, а также использование инструментальных методов исследования (рентгенография органов грудной клетки (ОГК) и органов брюшной полости (ОБП), ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП).

Результаты лабораторных исследований: эритроциты — $4,59 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин — 142 г/л, лейкоциты — $5,5 \cdot 10^9$ /л, сегментоядерные — 67 %,

палочкоядерные — 3 %, эозинофилы — 2 %, лимфоциты — 24 %, моноциты — 4 %, цветной показатель — 0,92, скорость оседания эритроцитов — 10 мм/ч. Амилаза крови — 8 ЕД (норма — 8—32 ЕД), мочевины — 5,6 ммоль/л, креатинин — 0,089 ммоль/л, общий билирубин — 320,48 мкмоль/л, прямой — 221,02 мкмоль/л, непрямой — 99,46 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза — 2,62 мкмоль/гл, аспартатаминотрансфераза — 1,95 мкмоль/гл, липиды общие — 44 ЕД (норма — 35—55 ЕД), общий холестерин — 5,3 ммоль/л, протромбиновый индекс — 65 %, время рекальцификации плазмы — 88 с, общий фибриноген — 222 мг% (норма — 300—400 мг%).

Рентгенография ОГК: легкие без видимых изменений, диафрагма подвижна, синусы свободны, границы сердца в пределах нормы.

Рентгенография ОБП: патологических образований со стороны ОБП, признаков кишечной непроходимости (чаш Клойбера) и свободного газа нет.

УЗИ ОБП: печень не увеличена, контуры ровные, структура однородная, экзогенность печени повышена за счет выраженных явлений холангита, желчные протоки не расширены, объемных образований не выявлено, воротная вена диаметром 11 мм со скоростью кровотока 18 см/с, желчный пузырь размером $65 \times 34 \times 38$ мм, стенки пузыря уплотнены (6 мм), в просвете — два конкремента размером $30 \times 20 \times 20$ и $25 \times 20 \times 19$ мм, отек в перидуоденальной зоне, асцита нет.

На основании полученных данных установлен диагноз «ЖКБ-II. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Острозатянувшаяся механическая желтуха». Показано плановое оперативное вмешательство. Пациентка была соответствующим образом подготовлена и в плановом порядке прооперирована (верхне-срединная лапаротомия, холецистэктомия, интраоперационная холангиография, холедохотомия, дренирование холедоха по Холстеду, дренирование подпеченочного пространства).

При ревизии в брюшной полости выпота нет, листки брюшины гладкие, блестящие, выраженная желтушность. Матка обычного размера и консистенции, по задней поверхности — несколько фиброматозных узлов, расположенных субсерозно, придатки — без особенностей. Со стороны толстой и тонкой кишки, желудка, селезенки — патологии не выявлено. В правой подвздошной области — спаечный процесс. Печень несколько увеличена в размерах, выражены зернистость и полнокровие. Поджелудочная железа — без патологических изменений. Желчный пузырь размером $7,0 \times 3,0 \times 2,5$ см, стенки уплотнены, содержит два конкремента (до 2 см в диаметре), не напряжен, не опорожняется, интимно спаян со стенкой двенадцатиперстной кишки (ДПК) и прядью большого сальника. Висцеролиз, выделен желчный пузырь, проведена холецистэктомия от шейки с раздельной двойной перевязкой пузырной артерии. Ложе пузыря коагу-

лировано. Холедох до 1 см в діаметрі, не напружений, при пальпації стінки ущільнені, конкременти не пальпируються. Пузырний проток до 0,3 см в діаметрі, облітерований. Последний взят на держалку, розбужирован. Под напором поступає мутна замазкообразна желчь. Пуговчатый зонд до 0,1 см в діаметрі проникає в ДПК. В пузырьний проток введен поліхлорвиниловий дренаж, холедох санірований, поступає густа желчь. Проведена інтраопераційна холангіографія — контраст самотеком поступає в ДПК, теней, підозрливих на конкременти, не виявлено. Холедох дренирований по Холстеду, желчь отримана самотеком. Підпеченочне простір дренировано перчаткою і поліхлорвиниловою трубкою. Гемостаз по ходу операції — сухо. Послойні шви на рани. Йод. Асептичні пов'язки.

Оперативне втручання протікало з технічними труднощами із-за підвищеної кровоточивості тканин. Діагноз після операції — ЖКБ-II. Хронічний рецидивуючий холецистит. Острый гнійний холангіт. Острозатянувшись механічна желтуха.

В післяопераційний період пацієнтка почала консервативну терапію: цефтриаксон — по 1 г 3 рази в сутки внутрішньовенно (в/в), «Клексан» — по 0,2 мл (20 мг) 1 раз в сутки підкожно (п/к), папаверин 2% — 2 мл 4 рази в сутки внутрим'язно, атропіна сульфат 0,1% — 0,5 мл 4 рази п/к, «Гептрал» — 400 мг + 0,9% NaCl — по 200 мл 1 раз в сутки в/в капельно, «Глутаргін» 4% — 10 мл + 0,9% NaCl — по 200 мл 1 раз в/в капельно, «Рео-сорбілакт» — по 200 мл 1 раз в сутки в/в капельно, «Рефортан» — по 500 мл 6% розчину 1 раз в сутки в/в капельно, «Гордокс» — 100 тис. ЕД + 0,9% NaCl — по 200 мл 1 раз в сутки в/в капельно, «Анальгін» 50% — 2 мл 4 рази в сутки. Проводили фізіотерапевтичні процедури, перев'язки.

При патоморфологічному дослідженні резецированого жовчного пузыря виявлені ознаки хронічного холецистита.

В післяопераційний період звернула увагу іктеричність шкіри і слизових оболонок при адекватному функціонуванні дренажа холедоха (отток прозорої желчі, дебіт за сутки близько 1000 мл). Так, на 6-е післяопераційні сутки загальний білірубін — 222,79 мкмоль/л (за рахунок прямого — 160,24 мкмоль/л), а на 8-е — 288,43 мкмоль/л (за рахунок прямого — 238,71 мкмоль/л). На 8-е післяопераційні сутки проведена фистулохолангіографія. Механічного перешкоди для відтоку желчі не виявлено.

Таким чином, на основі клінічних даних, результатів лабораторних і інструментальних методів досліджень на 9-е післяопераційні

сутки встановлено, що у пацієнтки відсутні дані в користь механічної желтухи. Для уточнення характеру желтухи були призначені додаткові методи лабораторних досліджень, а також консультації сусідніх спеціалістів. Виникло припущення про наявність токсичного гепатита. Проведена корекція консервативної терапії: «Гептрал» — 800 мг + 0,9% NaCl — по 200 мл 1 раз в сутки в/в капельно, «Глутаргін» 4% — 10 мл + 0,9% NaCl — по 200 мл 1 раз в сутки в/в капельно, розчин глюкози 5% — 400 мл + вітамін С 5% — 8 мл в/в капельно 1 раз в сутки, «Квамател» — 20 мг + розчин глюкози 5% — 200 мл в/в капельно 2 рази в сутки, «Гастроцепин» — 2 мл + розчин глюкози 10% — 400 мл + 12 ЕД пролонгованого інсуліну в/в капельно 1 раз в сутки, «Реамберин» 1,5% — 400 мл в/в капельно 1 раз в сутки, «Альмагель» — по 1 ложці *per os* 3 рази в сутки, «Дуфалак» — по 30 мл *per os* 2 рази в сутки, строфангін 0,0025% — по 0,5 мл в/в струйно в розведенні на 0,9% NaCl 1 раз в сутки, «Трифас» — по 1 таблетці 2 рази в сутки *per os*.

Шви були зняті в призначені терміни і післяопераційні рани зажили первинним натягненням. На 15-е післяопераційні сутки дебіт по дренажу холедоха склав близько 100 мл/сут.

Пацієнтка була повторно консультирована інфекціоністом. При серологічному дослідженні виявлені антитіла до ієрсиніозу, серовар О₃ в титрі 1 : 800, О₉ в титрі — 1 : 100, антитіла до псевдотуберкульозу в титрі 1 : 200.

Комп'ютерна томографія ОБП: цирротичні зміни печінки, даних об обструктивній билиарній гіпертензії не виявлено.

К терапії додатково був призначений левомицетин натрію сукцинат — по 1 г в розведенні на 5% розчині глюкози в/в струйно 2 рази в сутки.

На фоні проводимої терапії з урахуванням рекомендацій сусідніх спеціалістів загальне стан покращилося. Больна активна. Ахоїї кала не відзначено. Темп діуреза достаточний. Рівень загального білірубіну прогресивно знижувався (на 20-е сутки післяопераційного періоду рівень загального білірубіну склав 99,46 мкмоль/л за рахунок прямого — 83,60 мкмоль/л).

Пацієнтка була виписана з рекомендаціями в відносно задовільному стані.

По нашому мнению, даний клінічний випадок свідчить про багатогранність синдрому желтухи і доводить, якою складною іноді буває диференціальна діагностика захворювань, ведучим синдромом яких є желтуха, і як важливо своєчасно розпізнати відповідальну патологію і вибрати правильну лікувальну тактику.

Конфлікт інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редактування — К. Ю. П.; збір і обробка матеріалів — К. Ю. П., К. Е. П., А. Д., О. В., М. С.; написання тексту — А. Д.

Література

1. Бобоев Б. Д. Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холецистохоледохолитиазом // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2012. — № 17 (4). — С. 80—85.
2. Гальперин Э. И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — № 16 (3). — С. 16—26.
3. Котовский А. Е., Глебов К. Г., Уржумцева Г. А., Петрова Н. А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2010. — № 15 (1). — С. 9—18.
4. Пархисенко Ю. А., Жданов А. И., Пархисенко В. Ю., Калашник Р. С. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения // *Український журнал хірургії*. — 2013. — № 3 (22). — С. 202—214.
5. Самсон А. А. Дифференциальная диагностика желтух // *Медицина неотложных состояний (Минск)*. — 2013. — № 5 (52). — С. 5—10.
6. Rabago L. R., Ortega A., Chico I. et al. Intraoperative ERCP: What role does it have in the era of laparoscopic cholecystectomy? // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. — 2011. — N 3. — P. 248—255.

К. Ю. Пархоменко¹, К. Є. Паюнов¹, А. Г. Дроздова², О. В. Вінниченко³, М. В. Супліченко¹

¹ Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», Харків

² Харківський національний медичний університет

³ ДУ «Спеціалізована медико-санітарна частина № 13» МОЗ України, Харків

СПОСТЕРЕЖЕННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ ІЗ ЖОВТЯНИЦЕЮ ЗМІШАНОГО ГЕНЕЗУ

У зв'язку зі зростанням кількості пацієнтів, у яких провідним синдромом якого-небудь захворювання є жовтяниця, актуальними є питання їх диференційної діагностики, вибору обсягу оперативного втручання (у разі потреби його проведення), раціональної консервативної терапії у післяопераційний період. Описано випадок лікування пацієнтки із жовтяницею змішаного генезу, яку було госпіталізовано до хірургічного відділення спеціалізованої медико-санітарної частини № 13 м. Харкова зі скаргами на пожовтіння склер та шкірних покривів, нудоту, печію. Хворій було встановлено діагноз «Жовчокам'яна хвороба-ІІ. Хронічний холецистит. Холедохолітіас. Гостра механічна жовтяниця, яка затягнулася». Проведено планове оперативне втручання в обсязі верхньо-середньої лапаротомії, холецистектомії, інтраопераційної холангіографії, холедохотомії, дренажування холедоху за Холстедом, дренажування підпечінкового простору. У післяопераційний період звертала увагу іктеричність шкіри та слизових оболонок при адекватному функціонуванні дренажу холедоху. При серологічному дослідженні було виявлено антитіла до ієрсиніозу та псевдотуберкульозу. На тлі терапії, яку проводили з урахуванням рекомендацій суміжних спеціалістів, загальносоматичний стан поліпшився. Рівень загального білірубину прогресивно знижувався. Пацієнтку було виписано з рекомендаціями у відносно задовільному стані. На нашу думку, цей клінічний приклад ілюструє багатогранність синдрому жовтяниці та доводить, наскільки складною іноді є диференційна діагностика захворювань, провідним синдромом яких є жовтяниця, і як важливо своєчасно розпізнати відповідну патологію та вибрати правильну лікувальну тактику.

Ключові слова: жовтяниця, гепатобіліопанкреатодуоденальна зона, диференційна діагностика.

K. Yu. Parkhomenko¹, K. E. Payunov¹, A. G. Drozdova², O. V. Vinnichenko³, M. V. Suplichenko¹

¹ Public Non-Profit Enterprise of Kharkiv Regional Council «Regional Clinical Hospital»

² Kharkiv National Medical University

³ SI «Specialized Medical and Sanitary Department N 13» of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv

JAUNDICE OF MIXED GENESIS TREATMENT: A CASE REPORT

As the number of patients in whom the leading disease syndrome is jaundice continues to increase, the issues of their differential diagnosis, the surgery extension choice (if necessary), rational conservative therapy in the postoperative period remain relevant. A case report of treating management in patient with jaundice of mixed genesis, who was hospitalized in the surgical department with yellowish skin and sclera, complaints of nausea and heartburn, is given. The chronic calculous cholecystitis, choledocholithiasis, acute obstructive jaundice was diagnosed in patient. A planned surgical intervention included upper-median laparotomy, cholecystectomy, intraoperative cholangiography, choledochotomy, Holsted choledochal drainage, and subhepatic space drainage was performed. In the postoperative period the jaundice despite adequate functioning of the choledochal drainage attracted attention. Serological tests revealed antibodies to yersiniosis and pseudotuberculosis. Against the background of therapy, taking into account the recommendations of related specialists, the general somatic condition has improved. Total bilirubin levels have progressively decreased. The patient was discharged with recommendations in a relatively satisfactory condition. In our opinion, this clinical example illustrates the complexity of jaundice syndrome and proves how difficult it is sometimes to differentiate the diagnosis of diseases, the leading syndrome of which is jaundice, and how important it is to identify the appropriate pathology in a timely manner and choose the right therapeutic approach.

Key words: jaundice, hepato-bilio-pancreaticoduodenal zone, differential diagnosis.