

СПОСТЕРЕЖЕННЯ МІКОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТА ПРИБЛІЖНО ЖОВЧНОКАМ'ЯНИЙ ХВОРОБИ

М. С. Загрійчук, Ю. І. Масюк, А. В. Гоман, В. В. Присяжнюк, А. В. Колесник

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

OBSERVATION OF THE GALLBLADDER MICOSIS IN A PATIENT, SUFFERING BILIARY CALCULOUS DISEASE

M. S. Zagriyuchuk, Yu. I. Masyuk, A. V. Goman, V. V. Prysazhnyuk, A. V. Kolesnik

Грибкове ураження, чи мікоз жовчного міхура, спостерігають дуже рідко. У вітчизняній літературі таких відомостей ми не виявили. У зарубіжній літературі є 4 повідомлення про грибкове ураження жовчного міхура за останні 15 років [1 – 4]. В усіх пацієнтів грибкове ураження жовчного міхура супроводжувало жовчнокам'яну хворобу, яка була основним захворюванням. Особливостями такого стану є нехарактерні для жовчнокам'яної хвороби клінічні прояви, технічні труднощі під час виконання холецистектомії, небезпека неправильної діагностики, оскільки під час операції жовчний міхур макроскопічно виглядає як при злоякісному його ураженні. Складна диференційна діагностика грибкового ураження жовчного міхура та його злоякісного ураження утруднює вибір тактики хірургічного лікування хворих.

Наводимо власне спостереження.

Хвора Т., 63 років, госпіталізована в клініку 24.04.13 зі скаргами на приступоподібний біль, тяжкість у правій підребровій ділянці, періодичну нудоту, блювання. Подібний приступ виник 6 міс тому, проте, стан покращився після застосування спазмолітичних засобів.

Під час глибокої пальпації відзначали болючість у правій підреберній ділянці. Симптоми Кера, Грекова – Ортнера, Мюсі – Георгієвського позитивні.

Аналіз крові: ер. $4,92 \times 10^{12}$ в 1 л, Нb 141 г/л, л. $4,8 \times 10^9$ в 1 л, еоз. 0,01, лімф. 0,05, п. 0,25, с. 0,63, мон. 0,06, тр. 222×10^9 в 1 л, ШЗЕ 6 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок 74,1 г/л, білірубін загальний 11,7 мкмоль/л, прямих 2,8 мкмоль/л, АлАТ 32 мОд/л, АсАТ 22 мОд/л, сечовина 11 ммоль/л, креатинін 90,1 мкмоль/л, K^+ 4,7 ммоль/л, Na^+ 139 ммоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, амілаза 70 Од/л.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: печінка не збільшена, однорідна. Жовчний міхур розмірами $7,3 \times 3$ см, стінка набрякла, потовщена, в ділянці шийки – до 6 мм, в порожнині конкремент діаметром 3,5 см, в ділянці дна – множинні дрібні конкременти. Міхурова протока діаметром 6 мм, стінка набрякла, просвіт не диференціюється. Спільна жовчна протока діаметром 7 мм.

Діагноз: жовчнокам'яна хвороба, залишкові ознаки гострого калькульозного холециститу; рак жовчного міхура (?).

Зважаючи на результати УЗД, на підставі яких припущено наявність онкологічного процесу, проведені аналіз крові для виявлення онкомаркерів та комп'ютерна томографія (КТ) органів черевної порожнини.

Вміст онкомаркерів: СА 19 – 9 14,6 U/мл (у нормі 2,5 – 19,0 U/мл), РЕА 1,59 нг/мл (у нормі 5,0 – 10,0 нг/мл), альфа-фетопротеїн 2,20 IU/мл (у нормі 0,5 – 10,0 IU/мл). Тобто, вміст маркерів онкологічного процесу в органах гепатопанкреатобіліарної зони у межах норми.

За результатами КТ також припущено наявність раку жовчного міхура.

25.04.13 хвора оперована. Вирішено втручання розпочати з використання лапароскопічного доступу, а за даними лапароскопії та ревізії прийняти рішення про подальший обсяг операції.

За даними лапароскопії жовчний міхур значно збільшений, стінка набрякла, гіперемована, потовщена, легко контактено кровоточить, в шийці міхура вклинений конкремент. Макроскопічно жовчний міхур мав не характерний для флегмонозного чи гангренозного холециститу вигляд, хоча щодо злоякісності процесу повної впевненості не було. Під час подальшої ревізії метастази чи збільшені лімфатичні вузли не виявлені. Прийняте рішення про виконання лапароскопічної холецистектомії. Препарат надісланий на гістологічне дослідження, проведений імуногістохімічний аналіз.

Перевіряючи післяопераційного періоду без ускладнень, хвора виписана на 3-тю добу.

Висновок гістологічного дослідження: активний хронічний склерозуючий холецистит, множинні вогнища грибкового ураження стінки жовчного міхура, еозинофілія.

На підставі такого висновку хворій призначений курс протигрибкової терапії з використанням препарату флюконазол в дозі 400 мг на добу протягом 14 днів.

Незважаючи на те, що грибкове ураження жовчного міхура виявляють досить рідко, при припущенні про наявність злоякісного процесу в ньому необхідно мати на увазі й таке захворювання, як мікоз жовчного міхура, особливо за нехарактерних клінічних ознак, відсутності метастазів, збільшених лімфатичних вузлів та нормального вмісту специфічних онкомаркерів.

На нашу думку, за таких сумнівних ситуацій тактика хірургічного лікування має передбачати виконання

етапних операцій, спочатку — лапароскопічної холецистектомії, а після гістологічного дослідження макропрепарату — повторна резекція ложа жовчного міхура —

при підтвердженні діагнозу раку або проведення курсу протигрибкової терапії — за грибкового ураження жовчного міхура.

ЛІТЕРАТУРА

1. Tuberculosis of gallbladder with candidiasis, a rare entity / B. Leong, K. Chan, P. Ramu [et al.] // *Med. J. Malaysia*. — 2011. Vol. 66, N 2. — P. 146 — 147.
2. Acute calculous cholecystitis caused by *Candida lusitanae*: an unusual causative organism in a patient without underlying malignancy / M. Yildirim, I. Ozaydin, I. Sahin, M. Yasar // *Jap. J. Inf. Dis.* — 2008. — Vol. 61, N 2. — P. 138 — 139.
3. Rodriguez V. Acute cholecystitis and biliary tract infections due to *Candida* / V. Rodriguez, C. Freuler, C. Ezcurra // *Durlach RARev Iberoam Micol.* — 2007. — Vol. 24, N 2. — P. 152 — 154.
4. Acalculous candida cholecystitis: a complication of critical surgical illness / J. Hiatt, M. Kobayashi, J. Doty, K. Ramming // *Am. Surg.* — 1991. — Vol. 57, N 12. — P. 825 — 829.

