

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Бондарев Г.А., Лукашов М.М., Саломатина А.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России», Курск, e-mail: gennadiy_bondarev@mail.ru

Описан случай сложной диагностики механической желтухи у мужчины 55 лет. Острое начало развития желтухи без выраженного болевого синдрома, быстрое нарастание и выраженная интенсивность желтухи, темная моча, светлый кал, преобладание прямой фракции билирубина, существенное повышение щелочной фосфатазы при умеренном повышении уровня трансаминаз свидетельствовали о механическом характере желтухи. Наиболее вероятной причиной представлялась злокачественная опухоль головки поджелудочной железы. Об этом во многом говорили данные ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и фиброгастроуденоскопии. В то же время при УЗИ, МРТ и эндо-УЗИ не было обнаружено главного признака опухоли головки ПЖ – внутрипротоковой желчной гипертензии. Окончательный диагноз: «Обострение хронического панкреатита, очаговый стерильный панкреонекроз; острый токсический гепатит на фоне стеатогепатита». Приведенный клинический случай иллюстрирует вариант трудной диагностики желтухи. Ни один из современных методов инструментальной (не говоря о лабораторной) диагностики не может со 100%-ной уверенностью установить причину желтухи, особенно в случаях сочетанной патологии. Лишь мультидисциплинарный подход, тщательный анализ данных лучевых, эндоскопических, лабораторных методов исследования, учет данных анамнеза и клиники позволяют с большой долей вероятности поставить правильный диагноз.

Ключевые слова: механическая желтуха, неинвазивные лучевые и эндоскопические методы диагностики, дифференциальная диагностика, токсический гепатит, острый панкреатит.

TO THE QUESTION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MECHANICAL JAUNDICE

Bondarev G.A., Lukashov M.M., Salomatina A.V.

FSBEE HE «Kursk state medical university of Ministry of Public health of Russia», Kursk, e-mail: gennadiy_bondarev@mail.ru

A case of complex diagnosis of mechanical jaundice in a 55-year-old man is described. Acute onset of jaundice without pronounced pain syndrome, rapid increase and pronounced intensity of jaundice, dark urine, light feces, predominance of direct bilirubin fraction, a significant increase in alkaline phosphatase with a moderate increase in transaminase levels testified to the mechanical nature of jaundice. The most probable cause of it was a malignant tumor of the head of the pancreas. This was largely confirmed by the data of ultrasound (ultrasound), magnetic resonance imaging (MRI) and fibrogastroduodenoscopy. At the same time, ultrasound, MRI and endo-ultrasound did not reveal the main sign of a tumor of the head of the pancreas – intra-flow biliary hypertension. Final diagnosis: «Exacerbation of chronic pancreatitis, focal sterile pancreatic necrosis; acute toxic hepatitis on the background of steatohepatitis». The given clinical case illustrates a variant of the difficult diagnosis of jaundice. None of the modern methods of instrumental (not to mention laboratory) diagnostics can establish the cause of jaundice with 100% certainty, especially in cases of combined pathology. Only a multidisciplinary approach, a thorough analysis of not only the data of radiation, endoscopic, laboratory methods of research, but also taking into account the data of the anamnesis and the clinic make it possible to make the correct diagnosis with a high degree of probability.

Keywords: mechanical jaundice, noninvasive radiation and endoscopic diagnostic methods, differential diagnosis, toxic hepatitis, acute pancreatitis.

Дифференциальная диагностика механической желтухи (МЖ) остается в настоящее время актуальной проблемой абдоминальной хирургии, учитывая ее значительную частоту, полиэтиологичность, необходимость дифференциальной диагностики характера желтухи (механическая, паренхиматозная или гемолитическая), значительный процент диагностических ошибок, что может приводить к развитию фатальных осложнений [1-4].

Диагностика МЖ в настоящее время во многом регламентирована утвержденными Министерством здравоохранения РФ «Клиническими рекомендациями», разработанными для желчнокаменной болезни [5] и острого холецистита [6].

Между тем разработанный еще в 2018 г. проект национальных рекомендаций «Механическая желтуха» [7] до сих пор не утвержден Министерством здравоохранения РФ, что может свидетельствовать об отсутствии общепринятого алгоритма обследования и лечения в зависимости от причины и уровня билиарного блока.

Решающая роль в топической и нозологической диагностике МЖ принадлежит неинвазивным лучевым методам [5, 6, 7].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) считается в настоящее время методом скрининга при подозрении на МЖ [3, 5, 6]. УЗИ обладает целым рядом преимуществ, однако слабой стороной является субъективность, определяемая высокой зависимостью от опыта и квалификации врача, выполняющего исследование, а также класса аппаратуры, подготовки больного [3, 6, 7].

Компьютерная томография без контрастирования позволяет обнаружить достаточно плотные камни гепатикохоледоха размерами 1–2 мм, однако «мягкие», не содержащие солей кальция билирубиновые или холестериновые конкременты могут обнаруживаться только при внутривенном контрастировании, которое значительно превосходит УЗИ в диагностике осложненных форм острого холецистита, в том числе холедохолитиаза [4, 5, 6].

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), особенно с внутривенным контрастированием, имеет преимущества перед обычной КТ. Чувствительность МСКТ при диагностике МЖ достигает 96%, специфичность – 94%, а при КТ эти показатели соответственно 74% и 90% [7].

Самым 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 [5, 6, 7]. Одним из ее главных достоинств является отсутствие необходимости введения контрастного вещества, что очень важно при опасности аллергических реакций и риске токсического действия контрастного препарата на «скомпрометированную» желтухой печень.

Эндо-УЗИ пока не получило в нашей стране очень широкого распространения вследствие дороговизны, между тем эндо-УЗИ обладает исключительно высокой точностью диагностики причины МЖ УЗИ [4, 6, 7].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее время рекомендуется не для диагностики МЖ, а перед планируемой литоэкстракцией или эндоскопическим назобилиарным дренированием, что объясняется ее инвазивностью, риском осложнений [6, 7].

Чрескожные методы диагностики МЖ остаются в ряду диагностических технологий ввиду их высокой чувствительности и специфичности, но частота неудач (15–20%) и осложнений (до 5%) оставляет для них достаточно узкую «нишу» в настоящее время [7, 8, 9]. Особенно опасны эти методы при отсутствии значимого расширения внутрипеченочных желчных протоков и недостаточной квалификации специалиста [7, 10]. Они должны применяться только в момент декомпрессии и непосредственно перед операцией [8, 9, 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: анализ клинического случая трудной диагностики МЖ, вызванной обострением хронического панкреатита с формированием очагового стерильного панкреонекроза с одновременным развитием острого токсического гепатита на фоне стеатогепатита.

Больной М., 1967 года рождения (55 лет), поступил в хирургическое отделение Курской областной многопрофильной клинической больницы (КОМКБ) 17 сентября 2022 г. (история болезни № 24201) с жалобами на ноющие боли в животе (преимущественно в эпигастриальной области и правом подреберье), вздутие живота, тошноту, слабость, желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, темную мочу, обесцвеченный кал. Считает себя больным в течение 1 недели, когда впервые появились дискомфорт в брюшной полости, вздутие живота, задержка стула, плохое отхождение кишечных газов; через 5 дней отметил желтушность кожных покровов и склер.

Из анамнеза жизни: 20 лет назад перенес флебэктомию по поводу варикозного расширения вен обеих нижних конечностей, 4 года назад – эндопротезирование правого тазобедренного сустава. В течение 10 лет отмечает гипертоническую болезнь и остеохондроз. Работает водителем. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически.

Обратился в центральную районную больницу по месту жительства к терапевту, было назначено амбулаторное обследование.

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) без контрастирования (рис. 1) печень не увеличена, структура паренхимы диффузно неоднородна. Воротная вена и холедох не расширены. Желчный пузырь размерами 37 x 25 мм, контуры ровные, четкие, изогнут,

содержимое неоднородное. Поджелудочная железа (ПЖ) размерами 24 x 22 x 20 мм, структура диффузно неоднородна. Проток ее не расширен. В проекции головки ПЖ имеется объемное образование с неровными контурами, с гипо-изоинтенсивным сигналом по T1 и T2, размером 66 x 73 мм. Селезенка не увеличена, структура ее однородная. Имеется свободная жидкость в брюшной полости. Множественные парапанкреатические лимфатические узлы до 10–14 мм. Заключение: признаки диффузных изменений ПЖ (хронический панкреатит). МР-признаки хронического холецистита. Диффузные изменения паренхимы печени. Объемное образование головки ПЖ (злокачественная опухоль?). Лимфаденопатия. Асцит. Данные МРТ были консультированы заведующим отделением рентгеновской компьютерной томографии КОМКБ, профессором И.С. Пискуновым.

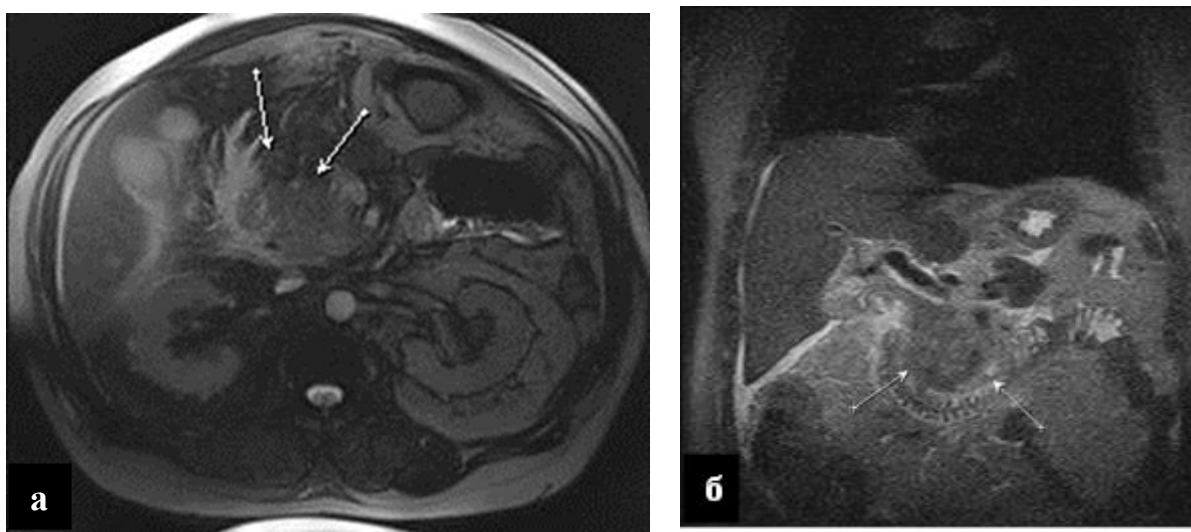


Рис. 1. МРТ органов брюшной полости больного М.: аксиальная (а) и фронтальная (б) плоскости. Опухоль головки ПЖ (показана стрелками) Хронический панкреатит. Лимфаденопатия. Асцит

При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в пищеводе и желудке патологии нет. Просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) сужен за счет сдавления медиальной стенки. В просвете кишки скудное количество желчи. Заключение: опухоль головки ПЖ, гастродуоденит.

При поступлении в стационар состояние пациента удовлетворительное. Слегка заторможен, на вопросы отвечает несколько замедленно, адекватно. Повышенного питания. Рост 172 см, вес 86 кг. Кожные покровы и склеры интенсивно желтушные (рис. 2):



Рис. 2. Интенсивное окрашивание склер больного М.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Гемодинамические показатели в норме. Температура тела нормальная. Язык влажный. Живот несколько увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перкуторно асцит не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Признаков раздражения брюшины нет. Стул был накануне, газы отходят.

Был поставлен предварительный клинический диагноз: Рак головки ПЖ, механическая желтуха, асцит.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в КОМКБ в день поступления обнаружено, что внепеченочные желчные ходы не расширены, диаметр холедоха 7 мм. По ходу гепатодуоденальной связки имеется гидрофильная инфильтрация. Желчный пузырь атоничен, в просвете конкрементов нет. Паренхима ПЖ структурна, в основании головки железы лоцируется гипэхогенная инфильтрация паренхимы диаметром 50 мм. Экссудации в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве нет. В брюшной полости свободная жидкость не определяется. Целесообразно эндо-УЗИ. На момент исследования показаний для чрескожной чреспеченочной микрохолангиостомии нет.

20 сентября было проведено повторное (экспертное) УЗИ органов брюшной полости. Сагиттальный размер левой доли печени 140 мм. Косой вертикальный размер 170 мм. Паренхима печени «перистая», средне-крупнозернистая, неоднородная. Желчный пузырь не напряжен, 72 x 31 мм, на 2/3 заполнен эхопозитивной взвесью. Внепеченочные желчные ходы не расширены. Стенка второго отдела ДПК циркулярно инфильтрирована. Паренхима по задней поверхности головки ПЖ и крючковидного отростка гипэхогенна на площади 45 x 46 x 60 мм. Отмечается диффузный парез тонкой кишки, петли ее до 22 мм. В подпеченочном пространстве свободная жидкость с толщиной до 8 мм. Отмечается

нелокализованная щелевидная экссудация в правом центральном забрюшинном пространстве. Заключение: объемно-инфильтративное поражение крючковидного отростка, парапанкреатической и парадуденальной клетчатки без признаков актуальной желчной гипертензии на фоне выраженных диффузных изменений печеночной паренхимы.

В тот же день выполнено эндоскопическое УЗИ. Эндоскоп свободно проведен в пищевод и далее – в ДПК. При осмотре в желудке – очаговая гиперемия слизистой оболочки и отек. Присутствуют признаки нарушения эвакуации в виде большого количества застойного содержимого. В ДПК – выраженное выбухание медиальной стенки и ее отек. Слизистая оболочка ДПК рыхлая, отечная, контактно ранимая, мягкая, «не кускуется». Выполнена биопсия. Большой сосочек ДПК не визуализируется в инфильтрате. Выполнено эхосканирование из стандартных позиций. Отмечается выраженный гидрофильный отек головки ПЖ и крючковидного отростка, который распространяется на парапанкреатическую клетчатку, печечно-двенадцатиперстную связку и стенку ДПК. Текстура ткани ПЖ в головке сохранена. ПЖ значительно увеличена в размерах, контур ее неровный, нечеткий. Главный панкреатический проток и холедох не расширены. Воротная вена до 12 мм, не расширена, просвет ее не сужен. ПЖ в теле и хвосте не изменена. Лимфаденопатии нет. Заключение: отечно-инфильтративные изменения головки и крючковидного отростка ПЖ, парапанкреатической клетчатки и ДПК, вероятнее, воспалительного генеза.

В общем анализе крови анемии, лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево нет. СОЭ 45 мм/ч. В общем анализе мочи удельный вес 1020, белок 0,11 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 6–8 в поле зрения, эритроциты – 2–3 в поле зрения, цилиндры – до 40 в поле зрения, ураты – небольшое количество.

В биохимическом анализе крови глюкоза – 5,0 ммоль/л, общий белок – 52,8 г/л, креатинин – 73,5 мкмоль/л, мочевины – 8,8 ммоль/л, амилаза – 48,0 ммоль/л, АСТ – 145,0 ммоль/л (при норме менее 50), АЛТ – 142,7 ммоль/л, (при норме менее 50), щелочная фосфатаза – 1386 Ед/л (при норме 30–120).

Билирубин в динамике: 264,6 (прямой – 218,5, непрямой – 46,1) мкмоль/л (17.09.2022) – 210,0 (прямой – 180,0, непрямой – 30,0) мкмоль/л (20.09.2022) – 66,1 (прямой – 49,3, непрямой – 16,8) мкмоль/л (23.09.2022) – 29,0 (прямой – 6,5, непрямой – 22,5) мкмоль/л (27.09.2022).

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатиты В и С – отрицательные.

Биопсия слизистой оболочки ДПК – признаки хронического воспаления с элементами деструкции ткани.

Таким образом, на основании полученной информации однозначно высказаться в пользу конкретного диагноза было затруднительно. С одной стороны, у больного были

многочисленные признаки механического характера желтухи: острое начало развития желтухи без выраженного болевого синдрома, быстрое нарастание и выраженная интенсивность желтухи, темная моча, преобладание прямой фракции билирубина, существенное повышение щелочной фосфатазы, умеренное повышение трансаминаз. Наиболее вероятной причиной механической желтухи представлялась злокачественная опухоль головки ПЖ. В ее пользу во многом свидетельствовали данные УЗИ, МРТ, ФГДС. С другой стороны, при УЗИ, МРТ и эндо-УЗИ не было обнаружено главного признака опухоли головки ПЖ – внутрипротоковой желчной гипертензии.

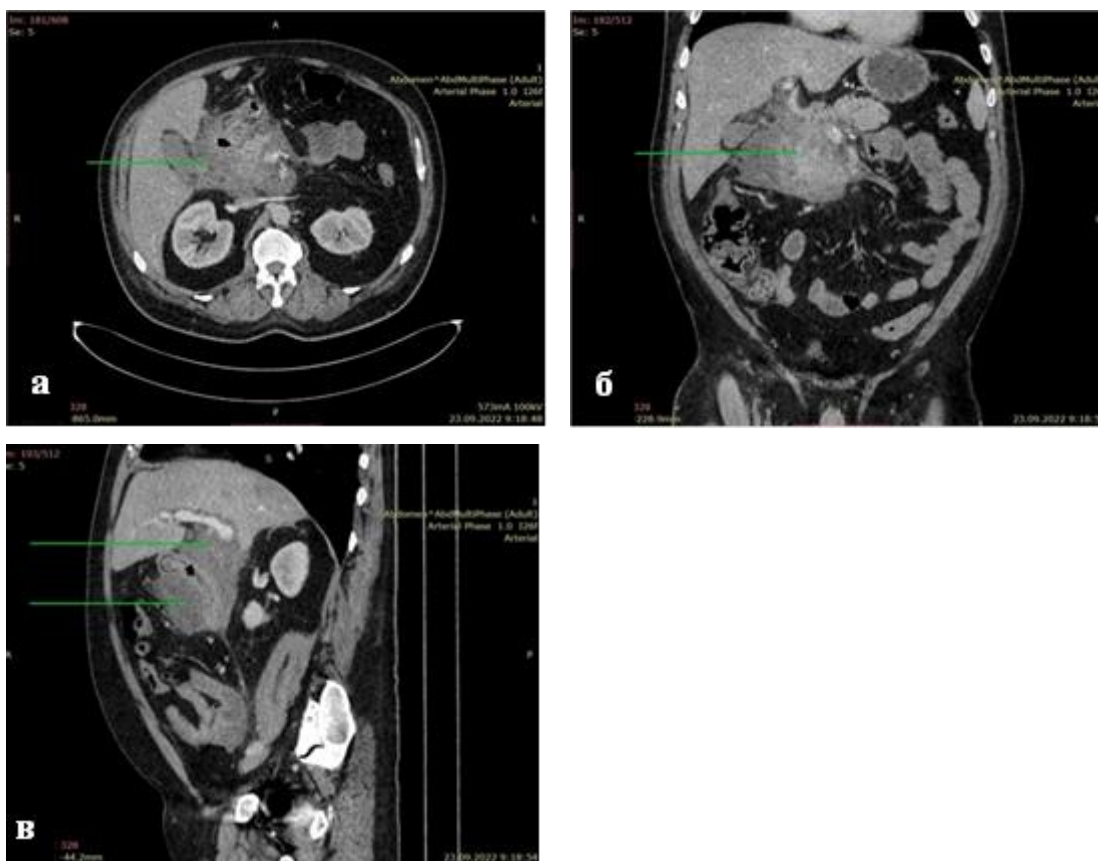
21 сентября 2022 г. состоялся консилиум с участием хирургов, эндоскописта, специалистов по лучевой диагностике и гастроэнтеролога. При тщательном целенаправленном дополнительном расспросе было установлено, что накануне начала заболевания пациент употреблял спиртные напитки, в прошлом он также употреблял алкоголь и его суррогаты. Перед госпитализацией в течение 2–3 суток отмечал умеренные боли в верхних отделах живота (которым он не придал значения при первоначальном расспросе), принимал самостоятельно анальгетики и спазмолитики.

Коллегиально был поставлен диагноз: острый токсический гепатит на фоне стеатогепатита. Степень выраженности воспалительных изменений в ПЖ нуждается в уточнении.

Было назначено консервативное лечение: диета, преднизолон 60 мг х 2 раза внутривенно с постепенным снижением дозы; омепразол 20 мг х 2 раза внутривенно; гептрал 400 мг х 2 раза внутривенно капельно на 200,0 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия; пентоксифиллин 5,0 мл на 200 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия; декстроза 5% 400,0 мл; тиамин 2,0 мл, пиридоксин 2,0 мл внутримышечно через 1 день; аскорбиновая кислота 5% 5,0 мл внутривенно; ремаксол 500,0 мл внутривенно капельно; продолжить антибиотикотерапию (цефотаксим), спазмолитики, ингибиторы протеаз, инфузионную детоксикационную терапию.

23 сентября 2022 г. была проведена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением (ультравист 370,0 – 50,0 мл). Печень умеренно увеличена, плотность ее диффузно снижена, однородной структуры. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь не изменен, рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. ПЖ: тело – 25 мм, хвост – 21 мм. Головка и крючковидный отросток отчетливо не дифференцируются на фоне экссудативных изменений, распространяющихся в область корня брыжейки тонкой кишки, по ходу переднего листка фасции Героты в переднее параренальное пространство, по ходу печеночно-желудочной и печеночно-двенадцатиперстной связки в область ворот печени, а

также в предаортальное пространство. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена, структура ее не изменена. Надпочечники без патологии. Почки расположены обычно, не увеличены, структура и плотность паренхимы не изменены. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Мочеточники не расширены. Конкрементов по ходу мочевыводящих путей не выявлено. Визуализируются парапанкреатические лимфатические узлы до 8 мм. В брюшной полости определяется небольшое количество выпота. Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, КТ-признаки панкреонекроза с поражением головки ПЖ, экссудативные изменения забрюшинной клетчатки, регионарная лимфаденопатия, малый асцит (рис. 3). Данные КТ были консультированы заведующим отделением рентгеновской компьютерной томографии КОМКБ, профессором И.С. Пискуновым.



*Рис. 3. КТ органов брюшной полости больного М. с внутривенным контрастированием:
а) аксиальная плоскость, реконструкции во фронтальной (б) и сагиттальной (в) плоскостях.
Опухоль головки ПЖ (показана стрелками). Лимфаденопатия. Хронический панкреатит*

После проведения соответствующей комплексной консервативной терапии состояние пациента нормализовалось. Был выписан 30 сентября 2022 г. в удовлетворительном состоянии в районную больницу по месту жительства для окончательной реабилитации.

Заключительный клинический диагноз: обострение хронического панкреатита, очаговый стерильный панкреонекроз; острый токсический гепатит на фоне стеатогепатита.

Заключение. Таким образом, приведенный клинический случай иллюстрирует вариант трудной диагностики желтухи. Ни один из современных методов инструментальной (не говоря о лабораторной) диагностики не может со 100%-ной уверенностью установить причину желтухи, особенно в случаях сочетанной патологии. Лишь мультидисциплинарный подход, тщательный анализ данных лучевых, эндоскопических, лабораторных методов исследования, учет данных анамнеза и клиники позволяют с большой долей вероятности поставить правильный диагноз.

Список литературы

1. Самсон А.А. Дифференциальная диагностика желтух // Медицина неотложных состояний. 2013. № 5 (52). С. 10-19.
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. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей под ред. проф. В.А. Лазаренко. Курск: КГМУ, 2017. 924 с.
4. Натальский А.А. Современные принципы диагностики и лечения синдрома механической желтухи: дис. ... докт. мед. наук. Рязань, 2015. 248 с.
5. Клинические рекомендации - Желчнокаменная болезнь. Утверждены Минздравом РФ 31.08.2021. 35 с.
6. Клинические рекомендации – Острый холецистит. Утверждены Минздравом РФ 03.09.2021. 41 с.
7. Клинические рекомендации – Механическая желтуха – проект. 2018. 206 с.
8. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе // Анналы хирургической гепатологии. 2011. № 16 (1). С. 58-62.
9. 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.

10. Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Резниченко А.М., Самарин С.А. Современные аспекты хирургического лечения синдрома механической желтухи // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 3. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28755> (дата обращения: 27.11.2022).