

УДК 616.366-002.2-06:616.37-002

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА,
ОСЛОЖНЕННЫЙ ПСЕВДОТУМОРОЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ***

Хафизова Д.А.

Студентка 405 группы педиатрического факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Кузнецов Е.Н.

Студент 405 группы педиатрического факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация: статья отражает клинический случай хронического холецистита, осложненный псевдотуморозным панкреатитом. Статья обогащена современными данными о причинах и патогенезе данной патологии. Осуществлен обзор литературы и представлен клинический случай по данной теме. Нам удалось доказать, что при хроническом псевдотуморозном панкреатите происходит сдавление дистальных отделов общего желчного протока, на фоне чего и развивается механическая желтуха.

Ключевые слова: хронический холецистит, псевдотуморозный панкреатит, клинический случай.

***CLINICAL CASE OF CHRONIC CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY
PSEUDOTUMOR PANCREATITIS***

Khafizova D.A.

*Student of 405 group of pediatric faculty,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Kuznetsov E.N.

*Student of 405 group of pediatric faculty,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Styazhkina S.N.

*MD., professor,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Abstract: The article reflects the clinical case of chronic cholecystitis complicated by pseudotumor pancreatitis. The article is enriched with modern data on the causes and pathogenesis of this pathology. A literature review was carried out and a clinical case on this topic was presented. We were able to prove that with chronic pseudotumor pancreatitis, distal sections of the common bile duct are compressed, and against this, obstructive jaundice develops.

Key words: chronic cholecystitis, pseudotumor pancreatitis, clinical case.

Анатомия и физиология желчного пузыря и поджелудочной железы тесно связана между собой. Панкреатический сок и желчь играют важную роль в пищеварении, попадая в двенадцатиперстную кишку через ампулу фатерова

соска при помощи механизма биорегуляции. Двенадцатиперстная кишка, желчевыделительная система и поджелудочная железа составляют триаду пищеварительной системы. Если произойдет нарушение одной из триад, то это приведет к изменению деятельности остальных. В 85% случаев холецистит является индуктором возникновения панкреатита, а на формирование тяжелых форм холецистита могут повлиять ферменты поджелудочного сока [1].

Холецистит чаще всего возникает как осложнение желчнокаменной болезни, но также может протекать и без камней в желчном пузыре, называемом акалькулезным холециститом. В подавляющем большинстве случаев закупорка желчных путей камнями приводит к острому холециститу. Тем не менее, ~ 10% всех случаев холецистита связаны с акалькулезным заболеванием [2]. Как калькулезное, так и акалькулезное заболевание имеют сходную симптоматику, включая боль в животе, тошноту и рвоту. Жалобы на усиление боли после приема пищи с высоким содержанием жира часто присутствуют [3].

Особое место занимают беременные женщины. У беременных может развиваться и так называемый «метаболический» панкреатит. В первую очередь это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток поджелудочной железы [4].

Наиболее распространенным симптомом холецистита является боль в животе, локализованная в правой подреберной области или эпигастрии. Боль может иррадиировать в спину, особенно в правую часть лопатки, и часто связана с тошнотой и рвотой [5]. Может наблюдаться ухудшение состояния после приема пищи с высоким содержанием жиров. Это считается классическим симптомом острого холецистита, однако исследования Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ ЭЛ № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

показывают, что связь боли с приемом пищи присутствует только у 50% всех пациентов с острым заболеванием [6]. В зависимости от степени тяжести пациенты могут предъявлять жалобы на лихорадку, общую слабость, тошноту, рвоту, изменения цвета кожных покровов с преобладанием иктеричных оттенков, а также изменения цвета и характера стула. В данных лабораторных исследований будет наблюдаться лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение общего билирубина за счет повышения уровня прямого, повышается уровень альфа-амилазы, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы. Пациенты могут демонстрировать положительные симптомы “Мерфи”, “Кера”, “Ортнера” “Лепене”, “Курвазье”. Специфичность этих признаков составляет 48%. [7]. Чаще всего пациенты с этими классическими симптомами проходят диагностические исследования для постановки диагноза. Ультразвук (УЗИ) и холесцинтиграфия являются двумя широко используемыми методами визуализации при заболеваниях желчевыводящих путей [3]. У пациентов с классическими признаками и симптомами холецистита диагноз обычно ставится на основании подтверждающих исследований.

Наиболее широко используемым методом визуализации билиарного заболевания являются УЗИ, которое имеет чувствительность и специфичность 80 и 88% соответственно для диагностики острого калькулезного холецистита. Тем не менее, точность этого теста резко падает у пациентов с акалькулезным заболеванием. В этом случае указывается, что чувствительность и специфичность составляют 36 и 17% соответственно [2]. Это свидетельствует о том, что УЗИ является точным методом диагностики наличия или отсутствия камней, но не диагностики холецистита.

Холесцинтиграфия обычно проводится, если диагноз остается неясным после УЗИ. Дискинезия желчевыводящих путей может быть оценена при помощи системного введения холицистокинина. Сцинтиграфии желчного пузыря позволяет обнаружить острое калькулезное заболевание в 95% случаев. Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМЭЛ № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Как и в случае с УЗИ, точность снижается при акалькулезном заболевании, но чувствительность и специфичность данного метода составляет 70 и 90% соответственно [8]. Хотя компьютерная томография (КТ) брюшной полости рассматривается как единственный наиболее информативный инструмент для получения рентгенологических изображений для изучения внутрибрюшной патологии, его общая ценность для оценки желчевыводящих путей низкая. Общая чувствительность и специфичность КТ при билиарной патологии низкая, 55 и 65% соответственно [9]. Основываясь на этих выводах, можно увидеть, что ни один из методов визуализации не является точным и постановка диагноза зависит напрямую от знаний врача.

У пациентов с острым холециститом при выявлении конкремента в желчном пузыре, без достаточной клинической картины панкреатита, имеются дистрофические и некротические процессы в поджелудочной железе в 68% случаев. Но при хроническом холецистите этот показатель возрастает до 88%. Аналогичная история и у пациентов с панкреатитом. У 38,5% пациентов с острым панкреатитом имеются признаки развития холецистита. А при хроническом панкреатите холецистит развивается в 68% случаев [10].

Взаимосвязь развития такого осложнения как хронический панкреатит при хроническом холецистите обусловлена единым эмбриогенезом, их тесной анатомической и физиологической связью, общностью лимфо- и кровообращения, а также и иннервации, едиными механизмами регуляции при помощи гастроинтестинальных гормонов и других биологически активных веществ. Все это создает благоприятные условия для распространения патологического процесса из одного органа в другой [8]. Помощью для клиницистов в выборе правильной диагностической и лечебной тактики при работе с пациентом являются знания частоты и последовательности развития патологического процесса в этих органах. Таким образом, холециститы и панкреатиты являются аутоиммунными агрессивными патологическими

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

процессами, которые являются осложняющими факторами друг для друга. Разница в них заключается только в том, что на определенных этапах развития заболевания могут преобладать те или иные факторы, а также степень их выраженности.

Исходя из вышеперечисленного, лечение холециститов и панкреатитов содержит в себе много общих черт, а если холециститы и панкреатиты возникают как отдельные заболевания, то необходимо иметь в виду вероятность вовлечения в воспалительный процесс рядом расположенного органа.

Рассмотрим клинический случай.

Больной Г., 57 лет, 9 октября 2018 года поступила в 1РКБ города Ижевска с жалобами на пожелтение кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, тошноты, рвоты не отмечает. Болей в животе не было.

Больным себя считает с 04.10.18, когда появилось пожелтение кожных покровов, стул был серого цвета. С 6.10.18 по 9.10.18 находился на стационарном лечении в хирургическом отделении Игринской районной больницы с диагнозом: желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Механическая желтуха. Для дальнейшего лечения был переведен в 1 РКБ города Ижевска, госпитализирован в хирургическое отделение.

Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции, детские инфекции. Аллергический анамнез: не отягощен. Гемотрансфузий не было. Туберкулез, гепатит В и С, венерические заболевания, сахарный диабет отрицает.

Общий осмотр 9.10.18: состояние удовлетворительное, в сознании, адекватен. Кожа и склеры иктеричные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 в минуту, артериальное давление: 120/70 мм. рт. ст., язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный при пальпации.

Печень не выступает из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Лепене, Ортнера отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Опухолевидных образований пальпаторно не определяются. Стул 1 раз в сутки, регулярный. Диурез в норме, сохранен.

По лабораторным данным. Общий анализ крови: лейкоцитоз ($22 \cdot 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз ($435 \cdot 10^9/\text{л}$); общий анализ мочи: гиперпротеинурия (1,2 г/л); биохимический анализ крови: повышение общего билирубина (175 ммоль/л) за счет прямого (140 ммоль/л), повышение АЛТ (2209 ед/л) и АСТ (473 ед/л), увеличение щелочной фосфатазы (382 ед/л), повышение С-реактивного белка (20,2 мг/л).

По инструментальным методам диагностики. По данным ультразвуковой диагностики: холецистолитиаз, умеренное расширение желчевыводящих путей.

Предварительный диагноз: желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Механическая желтуха.

Осложнения: хронический панкреатит

План лечения:

1. Оперативное лечение: лапаротомия, холецистэктомия.

Интраоперационная холедохостомия.

2. Консервативное лечение.

10.10.18 эзофагогастродуоденоскопия: очаговый гастрит, добавочный сосочек, восполнение добавочного сосочка - папиллит.

11.10.18 операция: выполнена лапаротомия доступом по Кохеру в правом подреберье. В брюшной полости выпота нет. Печень не увеличена, обычного цвета. Объемных образований печени визуально и пальпаторно не выявлено. Выделен желчный пузырь размерами 5*6 см, в просвете множество конкрементов. Желчный пузырь без признаков острого воспаления, умеренно напряжен. Выделены пузырный проток (диаметром 2 мм), пузырная артерия, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ ЭЛ № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

поэтапно перевязаны, пересечены. Выделен холедох, шириной 2,0 см, взят на держалки, вскрыт в супрадуоденальной части. Из холедоха выделилась белесоватая желчь. Стенки холедоха уплотнены, утолщены. Головка поджелудочной железы плотная, до 4 см. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру. Ревизованы желчевыводящие пути: конкрементов не выявлено. Катетер диаметром 0,3 мм не проходит в двенадцатиперстную кишку. Через холедохотомную рану установлен ПВХ-дренаж, подшит, рана временно ушита. Выполнена интраоперационная холангиография: контраст в двенадцатиперстную кишку не проходит, не исключается конкремент дистального отдела холедоха. Было решено сделать папиллосфинктеротомию. Снят шов с холедохотомной раны. Двенадцатиперстная кишка вскрыта в продольном направлении на уровне нисходящей части. На металлическом катетере выведена папилла, выполнена папиллотомия длиной, примерно 8 мм: ткань рассекается с хрустом, конкрементов не выявлено. Катетер диаметром 5 мм свободно проведен через папиллу. Дуоденотомическая рана ушита отдельными узловыми двухрядными швами в поперечном направлении. Протоки промыты до появления светло-желтой желчи. Через холедохотомную рану установлен Т-образный дренаж (диаметром 5 мм), подшит и подвязан к холедоху. Рана холедоха ушита отдельными узловыми швами. Дренаж холедоха выведен на кожу через контрапертурное отверстие, подшит к коже. В правое подпеченочное пространство установлен ПВХ-дренаж.

С 12.10.18 и 19.10.18 пациент предоставлял жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Тошноты рвоты нет. Состояние средней степени тяжести. Кожа и склеры иктеричны. Холангиография от 14.10.18: холицистэктомия, дренирование холедоха по Керу, дилатация желчных протоков, дефекты наполнения в холедохе - сгустки желчи. А с 20.10.18 в 9:30 жалобы на боли послеоперационной раны, в эпигастрии, вздутие живота. Язык ярко малиновый. Дренаж брюшной полости - мутное отделяемое с желчью, по Дневник науки | www.dnevnikaui.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Керу значительный сброс желчи. В 12:30 в брюшной полости 100 мл темной желчи, по Керу - 1000 мл темной желчи. Клиника не исключает послеоперационный панкреонекроз. Возможен дефект задней стенки холедоха. Показана спиральная компьютерная томография брюшной полости, вопрос о релапаротомия не снят. Спиральная компьютерная томография: признаки панкреонекроза в области головки поджелудочной железы. Показаний к экстренному оперативному лечению не выявлено, продолжается консервативное лечение.

21.10.18 - улучшение состояния по брюшной полости - 100 мл темной желчи, по Керу 200 мл темной желчи. С 22.10.18 – 25.10.18 - из брюшной полости 100 мл темной желчи, по Керу - 100 мл темной желчи. Спиральная компьютерная томография от 22.10.18 органов брюшной полости: КТ-признаки панкреатита, вероятнее всего псевдотуморозного, с наличием скопления жидкости в сальниковой сумке, панкреато-дуоденальном пространстве, в забрюшинной клетчатке ниже головки железы.

26.10.18 - по дренажу - 500 мл темной желчи с примесью дуоденального под вопросом. 27.10.18 - 400 мл темной желчи с примесью дуоденального, по Керу - 200 мл темной желчи. 28.10.18 замена дренажа с меньшим диаметром. Рекомендовано продолжить консервативное лечение, динамическое наблюдение, при увеличении сброса дуоденального отделяемого - оперативное лечение. 29.10.18 динамика положительная.

Магнитно-резонансная томография от 29.10.18 холангиопанкреатография: признаки псевдотуморозного панкреатита с формированием парапанкреатического абсцесса под вопросом в забрюшинном пространстве. Отек забрюшинной клетчатки.

30.10.18 по Керу отделяемого нет, из брюшной полости 400 мл с примесью дуоденального содержимого. 31.10.18 - из брюшной полости 550 мл темной желчи с примесью дуоденального (нарушает рекомендации - выпил 550 мл).
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

мл воды ночью), по Керу застой зеленой желчи. 1.11.18 из брюшной полости 600 мл дуоденального отделяемого, по Керу 50 мл застойной зеленой желчи. 2.11.18 из брюшной полости 200 мл, по Керу 50 мл. 3.11.18 из брюшной полости 600 мл дуоденального, по Керу 150 мл зеленой застойной желчи. 4.11.18 из брюшной полости 500 мл темной желчи, по Керу 100 мл желчи. 5.11.18 из брюшной полости 1000 мл темной желчи. Рекомендована эзофагогастродуоденоскопия. 6.11.18 из брюшной полости - 950 мл темной желчи, по Керу 50 мл.

Эзофагогастродуоденоскопия: данных за несостоятельность дуоденотомной раны не выявлено. Заключение: у пациента имеется блок дистального отдела холедоха, не исключается некорректное стояние дренажей по Керу, в связи с этим решено удалить дренаж по Керу с переходом на запланированный наружный желчный свищ; умеренный очаговый гастрит, реактивный дуоденит. Сдавление в проекции головки поджелудочной железы. Косвенные признаки патологии поджелудочной железы

7.11.18 из брюшной полости 1000 мл темной желчи, по Керу 20 мл за сутки. 8.11.18 из брюшной полости 1300 мл темной желчи. 9.11.19 100 мл зеленой желчи. 10.11.18 - 50 мл желчи, кожные покровы и слизистые субиктеричны. 11.10.18 - 20 мл желчи, а с 13.11.18 отделяемого из дренажа нет.

Рассмотрим динамику концентрации билирубина в крови.

От 15.10.18: общий билирубин 418 ммоль/л, прямой 283 ммоль/л, непрямой 135 ммоль/л.

От 16.10.18: общий билирубин 353 ммоль/л, прямой 246 ммоль/л, непрямой 107 ммоль/л.

От 20.10.18: общий билирубин 266 ммоль/л, прямой 166 ммоль/л, непрямой 100 ммоль/л.

От 21.10.18: общий билирубин 383 ммоль/л, прямой 250 ммоль/л, непрямой 133 ммоль/л.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

От 22.10.18: общий билирубин 309 ммоль/л, прямой 209 ммоль/л, непрямой 100 ммоль/л.

От 24.10.18: общий билирубин 173 ммоль/л, прямой 102 ммоль/л, непрямой 71 ммоль/л.

От 5.11.18: общий билирубин 85 ммоль/л, прямой 58 ммоль/л, непрямой 27 ммоль/л.

От 10.11.18: общий билирубин 97,8 ммоль/л, прямой 51 ммоль/л, непрямой 46,8 ммоль/л.

От 11.11.18: общий билирубин 69 ммоль/л, прямой 40 ммоль/л, непрямой 29 ммоль/л.

От 14.11.18: общий билирубин 57 ммоль/л, прямой 34 ммоль/л, непрямой 23 ммоль/л.

От 18.11.18: общий билирубин 53 ммоль/л, прямой 28 ммоль/л, непрямой 25 ммоль/л.

На осмотре 19.11.18. состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, лимфатические узлы не увеличены, кожные покровы и слизистые субиктеричны, частота дыхательных движений 16, дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 79 в минуту, артериальное давление 125/80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненность в области послеоперационной раны, не вздут. Стул 1 раз в сутки, диурез в норме, сохранен.

Лабораторные методы. Полный анализ крови: лейкоцитоз ($9,39 \cdot 10^9/\text{л}$), сниженный уровень гемоглобина (108 г/л), эритропения ($3,88 \cdot 10^{12}/\text{л}$); биохимический анализ крови: общий билирубин повышен (53 ммоль/л) за счет прямого (28,3 ммоль/л).

Окончательный клинический диагноз: Хронический панкреатит. Механическая желтуха.

В результате проведенного лечения нам удалось доказать, что при хроническом псевдотуморозном панкреатите происходит сдавление дистальных отделов общего желчного протока, на фоне чего и развивается механическая желтуха.

Библиографический список:

1. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / С.Ф.Багненко, А.А.Курыгин, Н.В.Рухляда, [и др.].– СПб. «Питер», 2000. – 403 с.
2. Barie PS. Acute acalculous cholecystitis. / Barie PS, Fischer E. // J Am Coll Surg 1995; Vol. 180:232
3. Diejl AK, Clinical evaluation for gallstone disease: usefulness of symptoms and signs in diagnosis. / Diejl AK, Sugarek NJ, Todd KH. // Am J Med 1990. Vol. 89:29
4. Стяжкина С.Н. Хронический панкреатит – причина панкреонекроза у беременных и в послеродовом периоде / Стяжкина С.Н., Максимов С.Ю., Кабанова Е.П., Акимов А.А. // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 66-67.
5. Festi D. Clinical manifestations of gallstone disease: evidence from the multicenter Italian study on cholelithiasis (MICOL). / Festi D, Sottili S, Colecchia A. // Hepatology 1999; Vol. 30:839.
6. Bellow CF. Management of gallstones. / Bellow CF, Berger DH, Crass RA. // Am Fam Physician 2005; Vol. 72:637. p. 42.
7. Singer AJ. Correlation among clinical, laboratory and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute cholecystitis. / Singer AJ, McCracken G, Henry MC, thode HC, Cabahug CJ. // Ann Emerg Med 1996; Vol. 28:267.
8. Shea JA. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specificity in suspected biliary tract disease. / Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ. // Arch Intern Med 1994; Vol. 154:2573
9. Breen DJ. The clinical utility of spiral CT cholangiography. / Breen DJ, Nicholson AA. // Clin Radiol 2000; Vol. 55:733.
10. Дудченко М.А. Тактика ведения и лечения больных холецистопанкреатитом / М.А. Дудченко // «Мир Медицины и Биологии». – 2013. - №1(36). –С.40-42

Оригинальность 80%