

Е. Г. Молодой, А. Е. Чирков

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

Учреждение здравоохранения

«Гомельская государственная клиническая больница № 3»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА И ХОЛАНГИОЛИТИАЗА

Введение

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) – это хроническое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, основным проявлением которого является негнойное деструктивное воспаление, облитерирующий склероз и дилатации холедоха, приводящее к прогрессирующему холестазу, развитию вторичного билиарного цирроза печени, портальной гипертензии и печеночной недостаточности.

Частота данного заболевания варьирует от 6 до 10 случаев на 100 тыс. населения. В 70% случаев страдают мужчины в возрасте от 25 до 40 лет, и в 70% случаев первичный склерозирующий холангит ассоциирован с другими хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, так называемый OVERLAP-синдром или «Синдром перекреста» (с язвенным колитом в 60–70% случаев, болезни Крона в 10–13% случаев, аутоиммунным гепатитом в 2%) [1, 2].

Желчнокаменная болезнь в виде холангиолитиаза и холедохолитиаза является причиной развития и диагностическим критерием вторичного билиарного холангита и практически не встречаются одновременно с первичным склерозирующим холангитом [1]. В нашей практике представлено редкое одновременное сочетание холангиолитиаза и первичного склерозирующего холангита у одного пациента.

Цель

Представление редкого клинического наблюдения сочетания первичного склерозирующего холангита и осложнений желчнокаменной болезни.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Б., 58 лет, находилась на лечении в Гомельской городской клинической больницы № 3 с приступом рецидивирующего холангита.

Из анамнеза известно, что 12.03.2016 г. поступила в хирургическое отделение № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» для проведения планового оперативного вмешательства по поводу желчнокаменной болезни. 13.03.2016 г. проведена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без особенностей. На седьмые сутки пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Через две недели после выписки появились периодические приступообразные боли в правом подреберье, купировала самостоятельно приемом спазмолитиков. В августе 2019 г. приступы болей повторились, появилась слабость, вялость, снижение аппетита, через 1 год к вышеперечисленным симптомам присоединилась желтушность кожи и склер. 20.08.2020 г. госпитализирована в ГУЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с подозрением на острый вирусный гепатит. Была дообследована, диагноз гепатита был исключен. Пациентка консультирована хирургом, с диагнозом холедохолитиаза с механической желтухой переведена для лечения в ГУЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница».

С 07.09.2020 по 23.09.2020 г. находилась на стационарном лечении и обследовании в отделении хирургической гепатологии. На момент госпитализации предъявляла жалобы на слабость, кожный зуд, иктеричность кожных покровов и гипертермию до фебрильных значений. Из сопутствующих заболеваний имели место язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, двусторонний нефроптоз, миома матки больших размеров, хроническая анемия.

При лабораторном исследовании отмечены гипербилирубинемия (прямой билирубин – 282, непрямой – 123), гипертрансаминаземия (АЛТ – 59,8, АСТ – 46,2), повышение уровня печеночных ферментов (щелочная фосфатаза – 562, ГГТП – 256), анемический синдром (гемоглобин – 116 г/л), гиперхолестеринемия (общий холестерин – 6,58) и гипокалиемия (калий – 2,6). Маркеры вирусных гепатитов отрицательные.

При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании выявлены: холангиоэктазия с холангиолитиазом (левый долевой до 6 мм, правый долевой до 10 мм с эхопозитивным включением до 12 мм), стриктура холедоха и утолщение его стенок на протяжении 20 мм, а также лимфаденопатия в области ворот печени. При эндоскопии по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки выявлен деформирующий ее просвет рубец.

Учитывая наличие у пациентки явных признаков механической желтухи, нарастание уровня билирубина и трансаминаз, после кратковременной предоперационной подготовки проведена операция: лапаротомия, резекция гепатикохоледоха, бигепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле с интраоперационной холангиографией. Послеоперационный период осложнился желчеистечением по дренажу из брюшной полости. Желчеистечение прекратилось на 4 сутки, гипертермии не наблюдалось. По данным динамического контроля УЗИ ОБП патологии и ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено, дренаж удален. Швы сняты на 10-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями контрольного осмотра хирурга отделения хирургической гепатологии с результатами магнитно-резонансной томографии через 1 мес. По результатам гистологического исследования операционного (МРТ) материала выставлен диагноз: «Первичный склерозирующий холангит». МРТ было выполнено. Имеются признаки билиарной гипертензии, сужения внутрипеченочных протоков, стриктуры бигепатикоеюноанастомоза и разобщения долевых протоков, что подтверждает патогистологическое заключение.

В связи с возобновлением жалоб 27.11.2020 г. проведена консультация в МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии. Диагноз прежний, реконструктивная операция не показана. При возникновении признаков желтухи было рекомендовано решение вопроса о чрескожной чреспеченочной холангиостомии, а в случае прогрессирования печеночной недостаточности – решение вопроса о проведении трансплантации печени.

В связи с возобновлением клиники и приступом печеночной колики 20.09.2021 г. повторно госпитализирована в отделение хирургической гепатологии. Проводилось дообследование. На контрольной МР-холангио-панкреатографии без существенной динамики по сравнению с результатами МРТ от 13.11.2020 г., за исключением находки конкремента в правом долевого протоке. Проводился курс консервативной терапии (инфузионная терапия, спазмолитическая терапия, гепатопротекторы, препараты урсодезоксихолевой кислоты). После купирования воспаления, пациентка 23.09.2021 г. оперирована, выполнены литоэкстракция, дренирование правого долевого протока, общего печеночного протока и гепатикоеюноанастомоза для декомпрессии желчных протоков. Послеоперационный период без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии.

На протяжении 2022–2023 гг. ввиду рецидивирующей желтухи трижды проходила курсы лечения в условиях Гомельской городской клинической больницы № 3. Проводились ультразвуковое исследование, компьютерная томография, колоноскопия. Отрица-

тельной динамики со стороны гепатобилиарной системы и патологии ободочной кишки выявлено не было.

Выводы

Несмотря на то, что в доступной литературе желчнокаменная болезнь относится к исключаяющим первично-склерозирующий холангит критериям, в клинической практике подобные случаи все же могут встретиться. Решающими методами дифференциальной диагностики будут гистологическое исследование и магнитно-резонансная томография.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Холедохолитиаз, имитирующий первичный склерозирующий холангит / М. П. Королев [и др.] // Вестник хирургии. – 2017. – № 4(176). – С. 93–96.
2. Федорова, М. Г. Некоторые особенности склеротических процессов в стенках желчных протоков и желчного пузыря при хронических заболеваниях желчевыводящих путей (обзор литературы) / М. Г. Федорова, Е. В. Комарова, Н. О. Цыплихин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2022. – № 2. – С. 143–155.

УДК 616.27-006

Н. М. Пырх, М. А. Цыкунов

Научный руководитель:

ассистент кафедры хирургических болезней № 2 М. И. Астапенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГИГАНТСКОЕ ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ

Введение

Гигантские новообразования средостения в клинической практике встречаются довольно редко. В настоящее время, за опухоли средостения принимают те новообразования, которые развиваются из тканей, эмбриогенетически принадлежащих этой анатомической области, либо же из тех тканей, которые по той или иной причине были дислоцированы в средостение. Новообразования средостения из нервной, лимфоидной, сосудистой, соединительной, мезенхимальной и жировой ткани принято относить к первичным неорганным опухолям. Наиболее высокий риск заболеваемости у лиц молодого и среднего возраста, одинаков для женщин и мужчин [1, 2, 3].

Цель

Представлено клиническое наблюдение пациента с гигантской опухолью средостения. Обсудить вопросы диагностики на основе визуализирующих технологий, выявить оптимальные методы диагностики.

Материал и методы исследования

Данные медицинских карт стационарного пациента; данные рентген-архива; данные гистологического исследования операционного материала.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Л., 59 лет. Госпитализирована первично в терапевтическое отделение стационара с жалобами на одышку, появляющуюся при небольшой физической нагрузке, удушье, общую слабость, быстрое насыщение при сохранении аппетита. Со слов, данные жалобы появились в течение нескольких месяцев, быстро прогрессировали, особенно в летнее время. РФО проходит ежегодно. Работала инженером, профессиональные вред-