

Морочковський Руслан Семенович
**СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ
ЖОВТЯНИЦІ**

Кафедра сімейної медицини ФПДО,
Львівський національний медичний університет імені
Д. Галицького,
Волинська обласна інфекційна лікарня, м. Луцьк, Україна

Morochkovskiy Ruslan Semenovich
***DIFFICULT CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF
ICTERUS***

*Department of domestic medicine of FPGE,
Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky,
Volyn Region Hospital of Infection Disease, Lutsk, Ukraine
E-mail: mrs41170@i.ua; Morochkovskiy R. S.*

Актуальність. В процесі роботи лікарям доводиться проводити диференційну діагностику жовтяниць, нерідко потрапляючи у ситуацію, коли чітке проведення розмежування діагнозів викликає певні труднощі. Особливо часто це відбувається при виникненні нетипового перебігу захворювання.

Холангіокарцинома є відносно рідкісною аденокарциномою жовчних протоків, яка складає приблизно 3 % всіх випадків злякисних новоутворів шлунково-кишкового тракту. Характерним є тривалий безсимптомний перебіг хвороби. До моменту встановлення діагнозу, у 85,7 % хворих є метастатичне ураження печінки і лімфатичних вузлів. За статистикою США, розповсюдженість холангіокарциноми 1–2 випадки на 100 000 людей. Ризик захворюваності постійно зростає з віком. Зустрічається у 2–6 разів частіше у жінок. Від 5 % до 10 % випадків раку жовчних протоків – це внутрішньопечінковий рак. З незрозумілих причин за останні два десятиліття відмічено зростання захворюваності на холангіокарциному печінки в

Європі, Північній Америці, Азії, Японії й Австралії – в той же час загальний рівень позапечінкових холангіокарцином падає.

Клінічні ознаки холангіокарциноми залежать від локалізації пухлини. Позапечінкове розташування клінічно проявляє себе, коли пухлина блокує жовчовивідні шляхи, викликаючи безболісну жовтяницю. Внутрішньопечінкова пухлина перебігає з жовтяницею, свербіжем шкіри, болем у животі, гарячкою, втратою ваги, асцитом, прогресуючою слабкістю. Основними у діагностиці є методи візуалізації, біопсія пухлини.

Результати дослідження. Наводимо клінічний випадок власного спостереження. Пацієнтка, 26 років, жителька міста, непрацююча. Госпіталізована 19.01.2016 р. Захворіла на початку січня 2016 р., коли виникли нудота, здуття живота; з 11.01 пацієнтка відмітила потемніння сечі, з 15.01 – розвиток жовтяниці. Госпіталізована у ЦРЛ, звідки переведена у ВОІЛ. Було уточнено початок хвороби: з вересня 2015 р. спостерігався періодичний дискомфорт у животі.

Контакту з інфекційними хворими у пацієнтки не було, влітку 2015 р. приймала для схуднення БАДи, у грудні лікувалась у гінеколога з приводу сальпінгофориту. Два роки назад народила дитину, вагітність та пологи перебігали без ускладнень.

При вступі скаржилась на загальну слабкість, відсутність апетиту, нудоту, відчуття важкості у підребер'ї. Об'єктивно відмічались жовтяниця шкіри та слизових, збільшення печінки; на 4 добу перебування виник дрібнопапульозний рожевого кольору висип на обличчі, грудях. Жовтяниця носила переміжний характер. Від 14.02 розвинулись явища енцефалопатії, сопор. Періодично спостерігалось психомоторне збудження. 22-23.02 розвинулась кома І ст., з а шкалою Глазго 6-7 балів з прогресією, 24.02. виникла носова кровотеча та субфебрильна температура тіла, з 29.02. шлункова кровотеча, а з 01.03. - асцит та анурія.

При обстеженні відмічались нормальний рівень ШОЕ (2-5 мм/год.), лейкоцитів крові (7,6/л) з підвищенням до 12,1/л на тлі гормонотерапії. Через 1,5 місяці від початку захворювання відмічено різке падіння рівня тромбоцитів крові до 0-1 у полі зору. Звертав увагу високий рівень АсАТ (1240,0 Од/л) та АлАТ (1141 Од/л), з досить швидкою нормалізацією показників АсАТ та поступовим зниженням АлАТ до 140 Од/л. Відмічено незначне підвищення ЛФ до 170 Од/л, нормальні показники ГГТП. Рівень білірубину коливався від 356 до 686 мкмоль/мл. Загальний білок крові був на рівні 64-52 г/л, альбумін – 35,6-30,3 г/л, зменшення вмісту фракції α -2 глобуліну (3,19 г/л), β -глобуліну (4,2 г/л), γ -глобуліну (7,74 г/л). Спостерігалось незначне підвищення загальних ІgМ до 4,71 г/л. При обстеженні в ІФА та ПЛР виключені вірусні гепатит А, В, С, D, E, ВІЛ-інфекція. Були негативні маркери аутоагресії ANA, AMA, LKM-1, ASMA, SLA. Рівні церулоплазміну та α -фетопротеїну крові були в нормі (0,21 г/л та 17,6 Од/мл, відповідно).

Сонографія від 20.01. виявила збільшення печінки на 2 см, край її був чіткий, заокруглений, ехогенність підвищена, структура однорідна; жовчний міхур містить детрит, мав потовщені стінки до 8-10 мм. При повторному обстеженні 02.02.: печінка не збільшена, контур рівний, межі чіткі, ехогенність підвищена по ходу перипортальних трактів, звукопровідність фрагментарно підвищена; стінки ворітної вени та перипортальних трактів потовщені, ехогенні; портальна вена 15 мм у діаметрі; внутрішньопечінкові протоки та холедох не розширені; у проекції гепатодуоденальної зв'язки – лімфатичний вузол діаметром 28 мм.

Мультіспіральна комп'ютерна томографія (22.02): печінка не збільшена, дифузно неоднорідна за рахунок гіподенситивних ділянок без чітких меж, жовчні протоки розширені обох долях. Селезінка не збільшена, структура її збережена. Збільшення та ущільнення підшлункової залози, нерівний її контур,

неоднорідна структура. Вірсунгова протока розширена до 3-4 мм. Даних за збільшення лімфатичних вузлів не виявлено. Кістково-деструктивних змін немає. Інфільтрація м'яких тканин бокових ділянок черевної стінки, більше виражена справа. Інфільтрація задньо-нижніх відділів обох легень.

Фіброгастроуденоскопія 27.01.: гостра виразка дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею (FOREST 2a).

Діагноз клінічний: Гострий гепатит ймовірно токсичний. Гостра печінкова недостатність III-IV ст. Синдром поліорганної недостатності. Печінкова енцефалопатія III-IV ст. Печінкова кома. Гепаторенальний синдром. ДВЗ-синдром. Гостра виразка 12-палої кишки, ускладнена кровотечею. Ерозивний езофагіт. Ерозивний гастрит.

Незважаючи на весь комплекс терапевтичних заходів, пацієнтка померла 04.03.2016 р., на тлі зростаючих явищ печінково-ниркової недостатності.

Діагноз патанатомічний: Високодиференційована холангіокарцинома внутрішньопечінкових жовчевих ходів. Паренхіматозна жовтяниця. Анемія змішаного генезу. ДВЗ-синдром. Печінкова енцефалопатія з набряком головного мозку. Анасарка. Уремія. Виражена паренхіматозна дистрофія внутрішніх органів. Асцит. Гостра виразка 12-палої кишки. Ерозивний езофагогастроуденіт. Двобічний апостематозний нефрит.

Висновки. Наведений випадок свідчить, що під час проведення диференційної діагностики жовтяниці слід завжди враховувати можливість виникнення у пацієнтів неопластичного процесу, навіть рідкісних його форм, у будь-якому віці.