

о важности деонтологии в деятельности врача: «Врачебная деонтология — это самая суть, сердцевина, душа, или самая вершина врачевания, вершина врачебной подготовки медика-профессионала, она является центральным, стержневым, заветным фактором, определяющим уровень и конечный успех врачебной деятельности, успех врачевания».

Представленный клинический случай преследует цель обратить внимание на возможность развития состояния типа синдрома Морганьи–Адамса–Стокса, обусловленного гемодинамически вызванной ишемией головного мозга. Эта ишемия была обусловлена преходящим шунтированием ударного выброса крови через остро возникший гнореродный свищ между аортой и пищеводом. К сожалению, большое значение в развитии летального исхода у пациента Г. имели деонтологический аспект и недостаточный профессионализм врачей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Ф.И., Лисовский В.А., Борисов В.Г. *Острый живот и желудочно-кишечные кровотечения в практике терапевта и хирурга. Библиотека практического врача*. М.: Медицина. 1971; 239 с. [Komarov F.I., Lisovskiy V.A., Borisov V.G. *Ostryy zhivot i zheludochno-kishhechnye krovotecheniya v praktike terapevta i khirurga. Biblioteka prakticheskogo vracha*. (Acute abdomen and gastrointestinal bleeding in the physician and surgeon practice.

Practitioner's Library.) Moscow: Meditsina. 1971; 239 p. (In Russ.)]

2. Бородулин В.И., Бруенок А.В., Венгеров Ю.Я. и др. *Медицинский энциклопедический словарь*. Под ред. В.И. Бородулина. М.: ОНИКС 21 век. 2002; 704 с. [Borodulin V.I., Bruenok A.V., Vengerov Yu.Ya. et al. *Meditsinskiy entsiklopedicheskiy slovar'*. (Medical encyclopedic dictionary.) Ed. by V.I. Borodulina. Moscow: ONIKS 21 vek. 2002; 704 p. (In Russ.)]

3. Коэн М., Линдсей Б. *Пristуты Морганьи–Эдемса–Стокса*. <http://www.medefect.ru/cardiology/cardioinf-0079.shtml> (дата обращения: 10.12.2015). [Koen M., Lindsey B. <http://www.medefect.ru/cardiology/cardioinf-0079.shtml> (access date: 10.12.2015). (In Russ.)]

4. Милославский Я.М., Ходжаева Д.К., Нефёдова А.И., Ослопов В.Н. *Основные инструментальные методы исследования сердца*. Учебное пособие. Казань: Издательство Казанского университета. 1983; 143 с. [Miloslavskiy Ya.M., Khodzhaeva D.K., Nefedova A.I., Oslopov V.N. *Osnovnye instrumental'nye metody issledovaniya serdtsa*. Uchebnoe posobie. (Principal instrumental methods of heart examination. Textbook.) Kazan: Izdatel'stvo Kazanskogo universiteta. 1983; 143 p. (In Russ.)]

5. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В., Милославский Я.М., Ахунова С.Ю. *Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы*. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012; 624 с. [Oslopov V.N., Bogoyavlenskaya O.V., Miloslavskiy Ya.M., Akhunova S.Yu. *Instrumental'nye metody issledovaniya serdechno-sosudistoy sistemy*. Uchebnoe posobie. (Instrumental methods of the cardiovascular system examination. Textbook.) Moscow: GEOTAR-Media. 2012; 624 p. (In Russ.)]

6. Adams–Stokes Disease 2000 AHA. *Ann. Intern. Med.* 1999; 131: 492–501.

УДК 616.366-003.7: 616.367-003.7: 616.36-008.5: 616.36-002

## ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Дмитрий Владиславович Пикулев\*, Ольга Николаевна Воробьёва

Городская клиническая больница №30, г. Нижний Новгород, Россия

Поступила 26.02.2016; принята к печати 01.03.2016.

**Реферат**

**DOI: 10.17750/KMJ2016-439**

Хорошо известно многообразие клинических проявлений желчнокаменной болезни, серьёзно затрудняющих своевременную постановку диагноза. Это обусловлено множественными нарушениями межорганных взаимоотношений при холелитиазе. Наиболее сложной формой желчнокаменной болезни, как для выявления, так и для лечения, является холедохолитиаз. Диагностику камней в общем жёлчном протоке основана на совокупности клинико-лабораторных и инструментальных данных. Типичными для холедохолитиаза считают появление механической желтухи на фоне абдоминального болевого синдрома и выявление признаков билиарной гипертензии при инструментальном обследовании. Особые трудности для диагностики представляют случаи холедохолитиаза с атипично протекающим болевым синдромом, отсутствием желтухи и нерасширенными жёлчными протоками. Одна из причин вариативности болевого синдрома при желчнокаменной болезни — полиморбидность этих пациентов. Относительно часто камни в желчевыводящих путях сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, что патогенетически взаимообусловлено. Клинические проявления в таких случаях зависят от того, какой синдром из составляющих доминирует. Нерасширенные жёлчные протоки среди больных с доказанным холедохолитиазом обнаруживают у 5,8% пациентов. В подобной ситуации наличие биохимических маркёров холестаза и цитолиза при отсутствии инструментальных признаков билиарной гипертензии может имитировать внутрипечёночный холестаз. Представлено клиническое наблюдение, демонстрирующее трудности диагностики холедохолитиаза. В приведённом клиническом наблюдении представлена больная с холецистэктомией в анамнезе по поводу желчнокаменной болезни; с интенсивными абдоминальными болями, первично расценёнными как проявление фиксированной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; выраженным безжелтушным холестатическим синдромом. Отсутствие признаков билиарной гипертензии при стандартном трансабдоминальном ультразвуковом исследовании брюшной полости потребовало исключения внутрипечёночных причин холестаза. Углублённое инструментально-лабораторное обследование позволило диагностировать у больной холедохолитиаз. Предложено выделить вариант течения

желчнокаменной болезни с локализацией камней в общем жёлчном протоке под маской холестатического гепатита.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холестатический гепатит.

### CHOLESTATIC HEPATITIS AS A CLINICAL MASK OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

*D.V. Pikulev, O.N. Vorob'eva*

*Municipal Clinical Hospital №30, Nizhny Novgorod, Russia*

The variety of cholelithiasis clinical manifestations, seriously impeding the timely diagnosis, are well known. This is determined by multiple impairment of interorgan communication in cholelithiasis. The most difficult form of cholelithiasis both for identification, and for treatment is choledocholithiasis. Diagnosis of stones in the common bile duct is based on a complex of clinical, laboratory and instrumental data. The appearance of jaundice amid the abdominal pain and revealing signs of biliary hypertension during instrumental examination are considered typical for choledocholithiasis. Particular difficulties for the diagnosis are choledocholithiasis cases with atypical pain syndrome, the absence of jaundice and non-dilated bile ducts. One of the reasons for the variability of pain syndrome in cholelithiasis is polymorbidity of these patients. Relatively frequently, bile duct stones are combined with a hiatal hernia, which is pathogenetically interdependent. Clinical manifestations in such cases depends on what syndrome is the dominant. Non-dilated bile ducts in patients with proven choledocholithiasis was detected in 5.8% of patients. In this situation, the presence of cholestasis and cytotoxic biochemical markers in the absence of instrumental signs of biliary hypertension can simulate intrahepatic cholestasis. Clinical case demonstrating the difficulty of choledocholithiasis diagnosis is presented. In a given clinical observation the patient with a history of cholecystectomy for cholelithiasis; with intense abdominal pain, primarily appraised as a manifestation fixed hiatal hernia; pronounced anicteric cholestatic syndrome, was presented. No signs of biliary hypertension in the standard transabdominal ultrasound examination of the abdomen required exclusion of intrahepatic causes of cholestasis. In-depth instrumental and laboratory examination allowed to diagnose in patient choledocholithiasis. It is proposed to mark out variant of the cholelithiasis course with the stones localization in the common bile duct under the guise of cholestatic hepatitis.

**Keywords:** cholelithiasis, choledocholithiasis, cholestatic hepatitis.

Разнообразие клинической картины, множественные нарушения межорганных взаимоотношений при желчнокаменной болезни (ЖКБ) определяют высокую частоту своеобразных клинических «масок» этого заболевания, затрудняющих своевременную постановку диагноза.

Наиболее сложная как для диагностики, так и для лечения форма ЖКБ — холедохолитиаз, встречающийся у 10–35,5% больных [7].

*Клиническая диагностика холедохолитиаза.* Характеристики абдоминального болевого синдрома при ЖКБ в зависимости от локализации камней в желчевыводящих путях позволяют выделить так называемую «холедохеальную» колику. Для неё типичны «центральная» локализация боли (в зоне Шоффара или эпигастральной области) и триада Шарко — иррадиация боли влево (вследствие нарушения оттока панкреатического секрета), озноб и потемнение мочи. Кроме того, если ЖКБ протекает без периодов полного отсутствия боли, то также следует думать о камне в общем жёлчном протоке [3].

Большинство исследователей не придают серьёзного значения особенностям болевого синдрома при холелитиазе, так как его значительная изменчивость известна ещё со времен С.П. Боткина: «...боли в форме приступов держатся не постоянно в одном и том же месте, а переходят то в левое, то в правое подреберье, то в подложечную область... Вы имеете целый ряд изменений в двигательном аппарате желудочно-кишечного тракта, вы наблюдаете эти изменения и в желудке, и в *colon*, и в прямой кишке, и на диафрагме, и брюшином прессе, и всё это сопровождается жесткими болями...» [1].

Одна из причин вариативности болевого синдрома при ЖКБ — полиморбидность этих больных. Относительно часто ЖКБ сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), что выявляют у 12% больных. Несколько

реже встречаются триады Сейнта (ЖКБ, ГПОД и дивертикулёз толстой кишки — до 5% больных) и Кастена (ЖКБ, ГПОД и язвенная болезнь — в 7,2% случаев).

Считают, что ЖКБ и ГПОД — взаимообусловленные заболевания. Раздражение блуждающего нерва конкрементами жёлчного пузыря приводит к снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, сокращению продольных мышц пищевода и вызывает в конечном итоге формирование скользящей ГПОД. Клинические проявления в подобных случаях зависят от того, какой синдром из составляющих доминирует [6].

Из дополнительных симптомов при холедохолитиазе наиболее типична механическая желтуха как проявление обструктивного холестаза. Классическое сочетание болевого синдрома с последующим развитием желтухи при наличии желчнокаменного анамнеза позволяет с уверенностью говорить о наличии холедохолитиаза [3, 7]. Об этом писал ещё С.П. Боткин в 1883 г.: «... мы имеем основания для определения того места, где камень остановился. Если это происходит в *ductus cysticus*, вы желтухи иметь не будете, ибо жёлчь может свободно изливаться через общий жёлчный проток и кишки. Если закупорка произойдет в *ductus hepaticus* или *choledochus*, то вы всегда будете иметь желтуху» [1].

Распространённость обструктивного холестаза среди всех случаев холестатического синдрома составляет около 17%, из них на долю ЖКБ и постхолестатического синдрома приходится 81,1% [2].

Остальные комбинации симптомов не являются специфичными для холедохолитиаза и носят лишь ориентировочный характер.

*Лабораторно-инструментальная диагностика холедохолитиаза.* Основными лабораторными маркерами холестаза служат повышенные уровни щелочной фосфатазы (ЩФ),

$\gamma$ -глутамилтранспептидазы и билирубина. При холедохолитиазе большинство авторов придают диагностическое значение сочетанному повышению уровня ЩФ,  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы и аминотрансфераз не менее чем в 2 раза.

Решающий этап при холедохолитиазе — инструментальная диагностика. Для обнаружения камней общего жёлчного протока обычное трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) имеет невысокую диагностическую ценность, что связано с глубоким расположением холедоха. В случаях развития обструктивного холестаза обнаруживают эхографический синдром «билиарной гипертензии»: расширение общего жёлчного протока (более 8–10 мм), а также расширение внутривенных жёлчных ходов.

Большой арсенал других методов, в том числе инвазивных, привёл к появлению многочисленных попыток прогнозировать вероятность наличия холедохолитиаза у пациентов с ЖКБ на основании совокупности клинико-лабораторных и ультразвуковых данных (Taylor T.V., 1988; Huguier M., 1991; Palazzo L., 1997; Pratt F., 1999; Seneg M., 2003 и др.). При этом все предлагаемые методики обязательно включают такой УЗИ-критерий, как степень увеличения диаметра общего жёлчного протока [7].

Среди больных с доказанным холедохолитиазом нерасширенные жёлчные протоки обнаруживают у 5,8% пациентов [4]. В таких случаях поражение внепечёночных протоков может имитировать внутривенный холестаз. Желтуха в подобных случаях развивается не всегда, так как встречается так называемая диссоциированная форма холестаза, при которой не происходит нарушения выделения билирубина с жёлчью. Обнаружение биохимических признаков холестаза и цитолиза при отсутствии инструментальных признаков билиарной гипертензии может приводить к ошибочной диагностике холестатического гепатита. В подтверждение существования подобного клинического варианта ЖКБ приводим собственное наблюдение.

*Клинический пример.* Больная М. 60 лет поступила в клинику 01.09.2015 с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, возникающие после приёма любого вида пищи, длительностью до 3–4 ч, постоянную изжогу.

*В анамнезе* — в течение многих лет частая изжога. В 2014 г. была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ после впервые возникшего приступа жёлчной колики. Биохимические печёночные пробы на момент операции — без патологических отклонений. Через 4 мес после операции появились вышеописанные боли в животе.

*При объективном обследовании:* больная избыточного питания, при пальпации живота — болезненность в эпигастриальной области по средней линии, «пузырные» симптомы отрицательные, определяется вентральная грыжа.

*Лабораторно* обнаружены синдромы цитолиза и холестаза: уровень общего билируби-

на 12,4 мкмоль/л, холестерина — 4,6 ммоль/л, аланинаминотрансферазы — 187 ед./л, аспаратаминотрансферазы — 119 ед./л,  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы — 924 ед./л, ЩФ — 1226 ед./л. Концентрация амилазы в крови и моче не повышена. Маркёры вирусных гепатитов А, В и С — отрицательные.

*Эзофагогастродуоденоскопия.* Слизистая оболочка пищевода в нижней трети белёсая, отёчна, кардия не смыкается, находится на 3 см выше диафрагмального жома. Слизистая оболочка желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки с лёгкой гиперемией. Заключение: «ГПОД, гастродуоденит без признаков атрофии».

*Рентгеноскопия пищевода и желудка.* Рельеф слизистой оболочки пищевода в нижней трети грубый, перестроен за счёт фиксированной кардиофундальной ГПОД. Желудок расположен высоко, деформирован в кардиальном отделе за счёт стойкого каскадного перегиба и ротации тела. Перистальтика по большой кривизне едва прослеживается.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень не увеличена, внутривенные жёлчные протоки не расширены, диаметр холедоха 6 мм, поджелудочная железа лоцируется неотчётливо.

Для исключения аутоиммунных заболеваний печени (первичного билиарного цирроза и аутоиммунного гепатита) проведено исследование титра аутоантител: антимитохондриальные антитела (АМА М2) — 0,7 МЕ/мл (в норме менее 10 МЕ/мл), антинуклеарные антитела (АНА) — отрицательно.

С учётом «желчнокаменного» анамнеза для визуализации общего жёлчного протока была выполнена *холангиография с использованием магнитно-резонансной томографии:* холедох 8 мм, в дистальном сегменте общего жёлчного протока визуализируется единственный округлый гипointенсивный в режиме Т2 и гиперинтенсивный на Т1-взвешенном изображении конкремент размерами 0,3×0,3 см.

Установлен окончательный диагноз: «ЖКБ, одиночный камень нижней трети общего жёлчного протока, постхолецистэктомический синдром. Холестатический гепатит. Фиксированная ГПОД».

На фоне приёма ингибитора протонной помпы, спазмолитических средств и урсодезоксихолевой кислоты болевой синдром уменьшился, отмечалась положительная динамика маркёров холестаза и цитолиза: ЩФ — 589 ед./л,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза — 243 ед./л, аспаратаминотрансфераза — 55,7 ммоль/л, аланинаминотрансфераза — 101 ммоль/л. Больной при выписке рекомендовано оперативное лечение.

*Заключение.* Представленное наблюдение демонстрирует атипичность клинической картины и сложность диагностики холедохолитиаза. Течение заболевания у описанной больной характеризовалось следующими особенностями.

1. Болевой синдром был расценён как проявление ГПОД.

2. Наличие холестаза в отсутствие УЗИ-признаков билиарной гипертензии потребовало исключения его внутрипечёночных причин.

3. Особенности холестатического синдрома заключались в отсутствии желтухи, гипербилирубинемии и кожного зуда.

4. Уже на начальном этапе была налицо вовлечённость желчевыводящих путей в виде желчнокаменного анамнеза, что в сочетании с «необъяснимым» холестазом стало поводом для проведения углублённого обследования.

Аналогичные случаи ведения пациентов с холедохолитиазом как больных с безжелтушным холестатическим гепатитом встречаются не так уж редко [5]. Таким образом, мы считаем закономерным выделение варианта течения ЖКБ, свойственного холедохолитиазу, протекающего под маской холестатического гепатита.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С.П. *О жёлчной колике. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции.* М.: Медгиз. 1950; : 467–505. [Botkin S.P. *O zhelchnoy kolike. Kurs kliniki vnutrennikh bolezney i klinicheskie lektsii.* (On biliary colic. Course of internal medicine clinic and clinical lectures.) Moscow: Medgiz. 1950; 2: 467–505. (In Russ.)]

2. Бурдина Е.Г., Сергеева Е.А., Юринова С.В. и др. Дифференциальная диагностика синдрома холестаза в амбулаторно-поликлинической практике. *Кремлёвская медицина. Клин. вестн.* 2012; (1): 42–48. [Burdina E.G., Sergeeva E.A., Yurina S.V. et al. Differential diagnostics of cholestasis syndrome in polyclinical and outpatient practice. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik.* 2012; (1): 42–48. (In Russ.)]

3. Лейшнер У. *Практическое руководство по заболеваниям жёлчных путей.* М.: ГЭОТАР-МЕД. 2001; 264 с. [Leyshner U. *Prakticheskoe rukovodstvo po zabolevaniyam zhelchnykh putey.* (Practical guideline on biliary diseases.) Moscow: GEOTAR-MED. 2001; 264 p. (In Russ.)]

4. Нечай А.И., Стукалов В.В., Нечай И.А. Распознавание камней в нерасширенных жёлчных протоках. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова.* 1998; (3): 4–6. [Nechay A.I., Stukalov V.V., Nechay I.A. Diagnosis of stones in the non-dilated bile ducts. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 1998; (3): 4–6. (In Russ.)]

5. Спиридонов А.В., Абсальмова Л.Р., Гималетдинова И.А., Тухватуллина Г.В. Диагностика и лечебная тактика холедохолитиаза у пациентов с ПХЭС в условиях гастроэнтерологического отделения. *Вестн. соврем. клин. мед.* 2013; 6 (прил. 1): 41–44. [Spiridonov A.V., Absalyamova L.R., Gimalletdinova I.A., Tuhvatullina G.V. Diagnosis and treatment policy choledocholithiasis patients with PHES in gastroenterology department. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny.* 2013; 6 (Suppl. 1): 41–44. (In Russ.)]

6. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Мелентьев А.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни, сочетанной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. *Врач.* 2012; (10): 2–7. [Chernousov A.F., Khorobrykh T.V., Vetshev F.P., Melentyev A.A. Surgical treatment for cholelithiasis concurrent with hiatal hernia. *Vrach.* 2012; (10): 2–7. (In Russ.)]

7. Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.Б., Фрейдович Д.А. и др. Проблемы современной диагностики холедохолитиаза. *Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2011; (2): 22–29. [Shapoval'yants S.G., Ardasenov T.B., Freydovich D.A. et al. The problems of modern diagnostics of choledocholithiasis. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii.* 2011; (2): 22–29. (In Russ.)]

**Правила для авторов —**

**на сайте «Казанского медицинского  
журнала»:**

**[www.kazan-medjournal.ru](http://www.kazan-medjournal.ru)**