

СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОЗА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Стяжкина С. Н.^{1,2}, Яковлев А. А.^{1,3}, Аюбов Р. К.¹, Тахиров Ш. У.¹

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», 426034, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, Россия

²БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница», 426039, ул. Воткинское шоссе, 57, Ижевск, Россия

³БУЗ УР «Городская клиническая больница №2», 426008, ул. Пушкинская, 219, Ижевск, Россия

Для корреспонденции: Аюбов Роман Кемранович, студент ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», e-mail: ayubov.roman@gmail.com.

For the correspondence: Roman K. Ayubov, Izhevsk State Medical Academy, e-mail: ayubov.roman@gmail.com

Information about authors:

Styazhkina S. N., <https://orcid.org/0000-0001-5787-8269>

Yakovlev A. A., <https://orcid.org/0000-0002-1987-2138>

Ayubov R. K., <https://orcid.org/0009-0000-1993-3124>

Takhirov Sh. U., <https://orcid.org/0009-0000-8567-1425>

РЕЗЮМЕ

Опухоль Клатскина представляет собой редкое и агрессивное злокачественное новообразование, которое сложно диагностировать на ранних стадиях из-за пересекающихся симптомов с другими заболеваниями желчевыводящих путей. Современные методы визуализации, включая ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и магниторезонансную томографию, значительно улучшают диагностику, однако на практике диагностические задержки всё ещё встречаются. Это часто приводит к развитию серьёзных осложнений, таких как острый билиарный панкреатит, холангит, сепсис и полиорганная недостаточность. Задержка в установлении диагноза или начале лечения ухудшает прогноз пациентов, что подчёркивает необходимость совершенствования подходов к ранней диагностике, применения комплексного обследования и улучшения лечебной тактики. Обсуждены трудности диагностики и лечения опухоли Клатскина в условиях многопрофильного стационара на примере клинических случаев пациентов с механической желтухой. Представлены два клинических случая пациентов с опухолью Клатскина. Описаны проблемы на этапах дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения. Во всех случаях пациенты поступали с симптомами механической желтухи, что затрудняло постановку раннего диагноза. Промедление с диагностикой приводило к прогрессированию заболевания и развитию осложнений, включая панкреонекроз и полиорганную недостаточность. Хирургическая тактика включала чрескожное дренирование желчных путей, однако выполнение радикальных операций было затруднено из-за запущенности опухолевого процесса. Лечение носило преимущественно паллиативный характер. Ранняя диагностика и своевременная хирургическая коррекция обструкции желчных путей значительно улучшают прогноз пациентов с опухолью Клатскина. Диагностические ошибки и задержка лечения увеличивают риск осложнений и летальности, подчёркивая необходимость строгого соблюдения клинических рекомендаций.

Ключевые слова: опухоль Клатскина, механическая желтуха, диагностика, многопрофильный стационар, дифференциальная диагностика, этиология.

THE DIFFICULTY OF DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL (CLINICAL CASE)

Styazhkina S. N.^{1,2}, Yakovlev A. A.^{1,3}, Ayubov R. K.¹, Takhirov Sh. U.¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

²First Republican Clinical Hospital, Izhevsk, Russia.

³City Clinical Hospital No. 2, Izhevsk, Russia.

SUMMARY

Klatskin tumor is a rare and aggressive malignant neoplasm that is difficult to diagnose in its early stages due to overlapping symptoms with other biliary tract diseases. Modern imaging methods, including ultrasound, CT, and MRI, significantly improve diagnostic accuracy. However, diagnostic delays are still observed in clinical practice, which often leads to serious complications such as acute biliary pancreatitis, cholangitis, sepsis, and multiple organ failure. Delays in diagnosis or initiation of treatment worsen the prognosis for patients, underscoring the need for improved approaches to early diagnosis, comprehensive examination, and better treatment strategies. To assess the challenges of diagnosing and treating Klatskin tumor in a multidisciplinary hospital setting based on clinical cases of patients with obstructive jaundice. Two clinical cases of patients with Klatskin tumor are presented. Diagnostic challenges and treatment strategies at various stages of the disease are described. Results. In all cases, patients presented with symptoms of obstructive jaundice, which complicated early diagnosis. Delays in accurate diagnosis led to disease progression and complications, including pancreonecrosis and multiple organ failure. Surgical tactics included percutaneous biliary drainage, but radical operations were

hindered by the advanced stage of the tumor. The treatment was primarily palliative. Early diagnosis and timely surgical correction of bile duct obstruction significantly improve the prognosis for patients with Klatskin tumor. Diagnostic errors and treatment delays increase the risk of complications and mortality, highlighting the need for strict adherence to clinical guidelines.

Key words: Klatskin tumor, obstructive jaundice, diagnosis, multidisciplinary hospital, differential diagnosis, etiology.

Определение этиологии механической желтухи является сложной задачей, которая затруднена в условиях многопрофильного стационара. Пациенты с механической желтухой могут быть госпитализированы как в хирургическое отделение, например при желчнокаменной болезни (ЖКБ), так и в терапевтическое отделение при подозрении на неспецифический гепатит с явлениями холестаза. В таком случае классические показатели механической желтухи не всегда выявляются, поэтому постановка правильного диагноза является часто сложной задачей для клиницистов [1; 2].

Опухоль Клатскина (ОК) – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток слизистой оболочки желчных протоков печени. Рост опухоли инфильтративный, по ходу желчных протоков, поэтому часто хирургический метод является основным в лечении внепеченочной холангиокарциномы. Первым проявлением злокачественной опухоли у 90% больных является механическая желтуха [3].

Относительно редкое заболевание, встречающееся с частотой 2-5% от всех злокачественных новообразований. Чаще наблюдается у лиц старше 50 лет. Область бифуркации поражается в 20% случаев, правый и левый печеночные протоки – в 10%, проксимальная часть общего желчного протока – в 30%. Дистальная часть общего желчного протока – в 20-25%. В 5% случаев наблюдается мультифокальный рост [4-6].

Классификация Висмута-Корлетта, предложенная в 1975 году, стала важным этапом в изучении холангиокарцином. Она была разработана для классификации ОК по степени вовлеченности бифуркации печеночных протоков [7-9].

ОК может быть трудно отличить от других причин механической желтухи, таких как камни в желчном пузыре или протоках. Следовательно, блокирование желчных протоков приводит к застою желчи и развитию осложнений, таких как механическая желтуха, гипербилирубинемия [10]. Таким образом, ранняя диагностика механической желтухи и правильное определение этиологии развития заболевания является актуальной задачей, которая позволяет выбрать эффективное лечение и улучшить прогноз заболевания.

Клинический случай 1.

Больной П. в возрасте 68 лет обратился 23.12.2023г. в дежурную хирургию городской клинической больницы с жалобами на общую слабость, боли в правом подреберье и пожелтение кожных покровов. По данным физикального обследования и лабораторно-инструментального исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) – диффузные изменения печени, поджелудочной железы по типу жирового гепатоза; аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 130 ед/л; аспаратаминотрансфераза (АСТ) – 124 ед/л; уровень общего билирубина (ОБ) – 58,0 мкмоль/л, острой хирургической патологии не выявлено. В связи с наличием погрешностей в диете и злоупотреблением спиртосодержащими напитками, жалобы соответствуют поставленному диагнозу «Хронический гепатит неуточненный». Был направлен на госпитализацию в терапевтическое отделение по месту медицинского обслуживания.

Заключение общего и биохимического анализа крови: лимфоцитоз (44,0%); значительно повышена СОЭ (23 мм/ч), уровень ОБ (393,0 мкмоль/л), АСТ (126,9 ед/л), АЛТ (101,4 ед/л), активность щелочной фосфатазы (ЩФ) (363,8 ед/л), содержание натрия (145,1 ммоль/л), АЧТВ (39,3 сек). Снижены протромбиновый индекс (46,1 %), протромбиновое время (1,82 сек).

Результаты спиральной компьютерной томографии (СКТ) органов брюшной полости (ОБП) с внутривенным болюсным контрастированием (28.11.2023г.): ЖКБ, хронический калькулёзный холецистит. Образование мягкотканной плотности на уровне правых долевых желчных протоков – ОК (рис.1). Единичный увеличенный медиастинальный лимфоузел на уровне бифуркации – вероятно метастаз.

Выполнено УЗИ органов брюшной полости (28.12.2023г.), на котором наблюдались УЗ-признаки объемного образования в области ворот печени, механического холестаза, блока на уровне общего внутрипеченочного протока; ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, деформации желчного пузыря, симптом Курвуазье, гепатомегалия, умеренных диффузных изменений печени и поджелудочной железы.

С диагностической и декомпрессионной целью пациенту выполнено чрескожное чреспече-

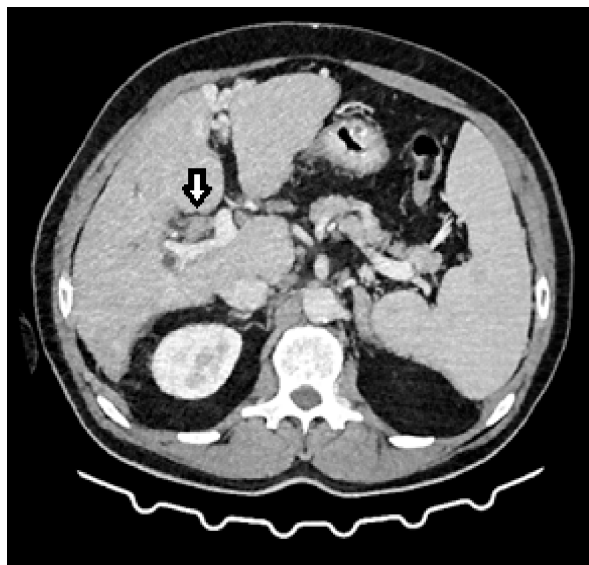


Рис.1. Опухоль Клатскина на уровне правых долевых желчных протоков.

Fig. 1. Klatskin's tumor is at the level of the right lobular bile ducts.

ночное наружное дренирование (ЧЧНД) желчных протоков (29.12.2024 г.).

В ходе процедуры определен 2 тип опухолевого роста, установлен дренаж в правый печеночный желчный проток.

Даже на фоне декомпрессии и функционирования холангиостомы у пациента развилась полиорганная недостаточность с явлениями холестаза и тяжелой гепатаргией, грубым снижением белково-синтетической функции печени.

Результаты общего и биохимического анализов крови в постоперационном периоде: уровень ОБ значительно повышен (637,9 мкмоль/л), свободного билирубина (386,1 мкмоль/л), связанного билирубина (250,8 мкмоль/л). Значения АСТ (111,9 ед/л), АЛТ (58,7 ед/л), АЧТВ (48,3 сек) также повышены. Протромбиновый индекс (40,4%), протромбиновое время (2,28 сек) снижены.

Таким образом, на фоне проведенного лечения улучшения состояния не наблюдалось: в послеоперационном периоде состояние пациента стало крайне тяжелым, что обусловлено анемией, гипербилирубинемией, полиорганной недостаточностью. Летальный исход.

Клинический случай 2.

Пациент Ц., 60 лет, поступил в плановом порядке 10.12.2023 г. в хирургическое отделение Республиканской клинической больницы г. Ижевска с диагнозом: обтурация холедоха в области ворот печени, механическая желтуха.

Пациент жаловался на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, которые возникли примерно за 6 месяцев до поступления. В анамнезе также была зафиксирована потеря массы тела на 7 кг за последние полгода.

27.11.2023 г. пациент заметил потемнение мочи, а 30.11.2023 г. появилась желтушность кожи и склер. Он обратился к терапевту, который направил его на госпитализацию в хирургическое отделение районной больницы.

В процессе первичного обследования в больнице пациенту было проведено УЗИ органов брюшной полости 01.12.2023 г., которое показало признаки ЖКБ, наличие конкрементов в желчных путях и спленомегалию. Эти данные привели к предположению о наличии опухоли в области ворот печени. На основании полученных данных, пациент был переведен в республиканскую клиническую больницу для дальнейшего обследования и лечения.

При поступлении 10.12.2023г. в республиканскую больницу пациенту был выполнен биохимический анализ крови, который показал значительное повышение уровня ОБ до 389,75 мкмоль/л (свободный билирубин – 234,95 мкмоль/л, связанный билирубин – 154,8 мкмоль/л), АСТ – 1440,8 ед/л, АЛТ – 1698 ед/л и ЩФ – 1047 ед/л. Эти данные подтвердили наличие механической желтухи.

Следующим этапом диагностики стало КТ ОБП с внутривенным контрастированием, проведенное 20.12.2023г. На КТ была выявлена ОК (тип IV по классификации Висмута-Корлетта), а также признаки острого билиарного панкреатита и панкреонекроза с наличием жидкости в парапанкреатической клетчатке.

15.12.2023 г. пациенту было выполнено ЧЧНД желчных протоков после холангиографии (рис.2). При проведении холангиографии была обнаружена обструкция желчных путей на уровне ворот печени с распространением на проксимальную часть общего печеночного протока. В ходе процедуры установлен дренаж в правый долевой проток, что позволило частично устранить обструкцию и снизить уровень билирубина.

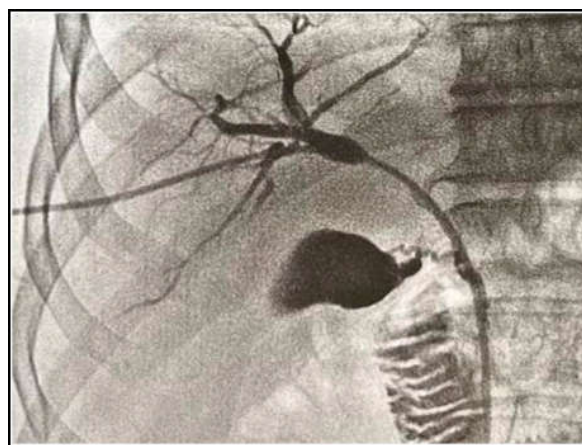


Рис.2. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков.

Fig. 2. Percutaneous transhepatic drainage of the bile ducts.

После ЧЧНД желчных протоков (17.12.2023 г.) у пациента наблюдалось некоторое улучшение: уровень ОБ снизился до 250 мкмоль/л, АСТ до 800 ед/л, АЛТ до 600 ед/л. Однако сохранялись жалобы на слабость и боли в правом подреберье.

10.01.2024 г. было выполнено повторное УЗИ ОБП, которое показало, что количество свободной жидкости в БП не нарастает, однако была зафиксирована небольшая отграниченная жидкость слева, которая была эвакуирована после дренирования. Тем не менее, состояние пациента оставалось нестабильным.

15.01.2024 г. было проведено дренирование гнойных очагов панкреонекроза. После этой операции состояние пациента улучшилось: объем выделяемой желчи по правому дренажу увеличился с 100 мл до 300 мл, а по левому дренажу – с 80 мл до 200 мл. Асцитическая жидкость уменьшилась с 500 мл до 140 мл. Температура оставалась стабильной в пределах 38,5°C, но появились признаки полиорганной недостаточности.

Учитывая клиническую картину, острый билиарный панкреатит у пациента, вероятно, развился в результате механической обструкции желчных путей. Наличие конкрементов и воспалительных изменений в желчных путях также усугубило течение заболевания.

Спустя три недели после завершения активного лечения, состояние пациента резко ухудшилось, что привело к летальному исходу 05.02.2024 г. Результаты патологоанатомического исследования подтвердили наличие метастатического новообразования печени и панкреонекроза.

Своевременное дренирование желчных путей и очагов панкреонекроза позволило стабилизировать состояние пациента, однако исход заболевания оставался неблагоприятным из-за поздней стадии опухоли и развития гнойно-септических осложнений. Данный случай подчеркивает важность ранней диагностики и активного вмешательства при механической желтухе.

Таким образом, ОК представляет собой редкое и агрессивное злокачественное новообразование, диагностика которого на ранних стадиях затруднена из-за схожести симптомов с другими заболеваниями желчевыводящих путей. Задержка в установлении диагноза приводит к прогрессированию заболевания и развитию серьезных осложнений, таких как панкреонекроз и полиорганная недостаточность. Оба случая продемонстрировали ограниченные возможности радикального лечения из-за поздней стадии опухолевого процесса, что вынудило к применению паллиативных методов.

Агрессивное поведение опухоли приводит к раннему метастазированию, поэтому диагноз, поставленный до появления метастазов, позво-

ляет увеличить качество жизни за счет проведения декомпрессионных и дренирующих операций. Кроме того, на фоне ОК, могут развиваться гнойно-септические осложнения, например, панкреонекроз. Ошибки в постановке диагноза и дифференцировке этиологии заболевания в совокупности с нерациональной стратегией лечения приводят к ухудшению состояния больных и развитию полиорганной недостаточности.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors have no conflict of interests to declare.

ЛИТЕРАТУРА

1. Турлак А. С., Козлов А. В., Таразов П. Г., Поликарпов А. А., Попов С. А., Гранов Д. А. Опухоль Клацкина: сложности диагностики и предоперационного стадирования. Наблюдение из практики. Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2023;6(1) 71-79. doi:10.37174/2587-7593-2023-6-1-71-79.
2. Прохоров А. В., Папок В. Е. Опухоль Клатскина: учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ; 2015.
3. Дедов А. В., Мустафин Р. Д., Полухина Е. А. О трудностях диагностики и осложнениях опухоли Клацкина. Астраханский медицинский журнал. 2023;18(2):110-119. doi:10.29039/1992-6499-2023-2-110-119
4. Стяжкина С. Н., Бикбулатова В. В., Головкина С. А., Камалетдинова К. М., Зайцев Д. В., Шарафутдинов М. Р., Антропова З. А. Современные методы диагностики и лечения очаговых поражений печени. Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации. 2022;2(2):74-76.
5. Стяжкина С. Н., Аюбов Р. К., Тахиров Ш. У., Семенов А. С. Гемигепатэктомия как эффективный способ лечения злокачественных новообразований печени. Дневник науки. 2024;1(85). URL: http://www.dnevniknauki.ru/images/publications/2024/1/medicine/Styazhkina_Ayubov_Takhirov_Semenov.pdf. (Дата обращения: 05.11.2024).
6. Алиева С. Б., Базин И. С., Бредер В. В. и др. Рак желчевыводящей системы. Клинические рекомендации. Москва: 2020. URL: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/biliarnyj_rak.pdf. (Дата обращения: 05.11.2024).
7. Таразов П. Г., Кагачева Т. И. Рентгенэндоваскулярные вмешательства в лечении внутривисцеральной холангиокарциномы (обзор литературы). Диагностическая и интервенционная радиология. 2021;15(3):55-66. doi:10.25512/DIR.2021.15.3.06

8. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Издательский дом Видар-М; 2006.

9. Ефанов М. Г., Алиханов Р. Б., Цвиркун В. В., Мелехина О. В., Ким П. П., Казаков И. В., Ванькович А. Н., Бяхов М. Ю. Первые результаты радикальных и условно радикальных резекций при опухоли Клацкина. Злокачественные опухоли. 2014;4(11):44-53. doi:18027/2224-5057-2014-4-44-53

10. Францев Д. Ю., Сергеева О. Н., Долгушин Б. И. Лечение гиллюсной холангиокарциномы. Современное состояние вопроса. Сибирский онкологический журнал. 2019;18(1):103-115. doi:10.21294/1814-4861-2019-18-1-103-115

REFERENCES

1. Turlak A. S., Kozlov A. V., Tarazov P. G., Polikarpov A. A., Popov S. A., Granov D. A. Klatskin tumor: diagnostic challenges and preoperative staging. Observation from practice. Oncological Journal: Radiation Diagnostics, Radiation Therapy. 2023;6(1):71-79. (In Russ.). doi:10.37174/2587-7593-2023-6-1-71-79

2. Prokhorov A. V., Papok V. E. Klatskin tumor: educational manual. Minsk: BSMU; 2015. (In Russ.).

3. Dedov A. V., Mustafin R. D., Polukhina E. A. On the difficulties of diagnosing and complications of Klatskin tumor. Astrakhan Medical Journal. 2023;18(2):110-119. (In Russ.). doi:10.29039/1992-6499-2023-2-110-119.

4. Styazhkina S. N., Bikbulatova V. V., Golovkina S. A., Kamaletdinova K. M., Zaitsev D. V., Sharafutdinov M. R., Antropova Z. A. Modern methods

of diagnosis and treatment of focal liver lesions. Current Problems of Modern Education: Experience and Innovation. 2022;2(2):74-76. (In Russ.).

5. Styazhkina S. N., Ayubov R. K., Takhirov Sh. U., Semenov A. S. Hemihepatectomy as an effective method for treating malignant liver neoplasms. Science Diary. 2024;1(85). URL: http://www.dnevniknauki.ru/images/publications/2024/1/medicine/Styazhkina_Ayubov_Takhirov_Semenov.pdf. (Accessed November 5, 2024). (In Russ.).

6. Alieva S. B., Bazin I. S., Breder V. V., et al. Cancer of the biliary system. Clinical Guidelines. Moscow, 2020. (In Russ.). URL: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/biliarnyj_rak.pdf. (Accessed November 5, 2024).

7. Tarazov P. G., Kagacheva T. I. X-ray endovascular interventions in the treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma (literature review). Diagnostic and Interventional Radiology. 2021;15(3):55-66. (In Russ.). doi:10.25512/DIR.2021.15.3.06.

8. Galperin E. I., Vetshev P. S. Guide to surgery of the bile ducts. Moscow: Vidar-M Publishing House, 2006. (In Russ.).

9. Efanov M. G., Alikhanov R. B., Tsvirkun V. V., Melekhina O. V., Kim P. P., Kazakov I. V., Vankovich A. N., Byakhov M. Yu. The first results of radical and conditionally radical resections for Klatskin tumor. Malignant Tumors. 2014;4(11):44-53. (In Russ.). doi:10.18027/2224-5057-2014-4-44-53.

10. Frantsev D. Yu., Sergeeva O. N., Dolgushin B. I. Treatment of hilar cholangiocarcinoma. Current status of the issue. Siberian Oncological Journal. 2019;18(1):103-115. (In Russ.). doi:10.21294/1814-4861-2019-18-1-103-115.