

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Сухарев В.Ф. и соавт. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита. Санкт-Петербург – 2004, 8 с.
2. Брехов Е.И. Этиопатогенез и принципы хирургического лечения острого панкреатита <http://med-lib.ru>.
3. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики // Хирургия. – 2003, № 3.
4. Лузганов Ю.В., Островская Н.Е., Ягубова В.А., Шкиря К.С. Дифференциальная диагностика и принципы терапии различных форм панкреатита и панкреонекроза // Русский медицинский журнал. – том 13. – 2005. – № 27.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект) (Проект составлен по материалам IX Всероссийского съезда хирургов, состоявшегося 20–22 сентября 2000 г. в г. Волгограде). М., 2000.
6. Толстой А.Д., Попович А.М. Иммунные нарушения и методы иммуноориентированной терапии при остром деструктивном панкреатите // Terra Medica. – 2003. – № 4. – С. 28–31.
7. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Цыденжапов Е.Ц. Острый панкреатит. – М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002 г.

УДК 616.37-002:616.36-002

СВОЕОБРАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИТА,
СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМО. И. Удовикова, Л. С. Хибин, Е. В. Иванишкина¹, Н. С. Степанова², Г. П. Волк¹, Т. П. Россиянова³¹ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра пропедевтики внутренних болезней, ²кафедра терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС, ³ОГУЗ СОКБ

Резюме

Описан клинический случай необычного течения панкреатита у больной, страдающей хроническим холестатическим гепатитом. Наблюдение подтверждает необходимость учета всех клинических данных при сочетанном поражении органов пищеварения для избежания диагностических ошибок.

Ключевые слова: панкреатит, гепатит, клинические особенности сочетанного поражения.

ORIGINAL COURSE OF PANCREATITIS ASSOCIATED WITH CHRONIC HEPATITIS

O. I. Udovikova, L. S. Khibin, E. V. Ivanichkina, N. S. Stepanova, G. P. Volk, T. P. Russiyanova

Summary

Clinical case of pancreatitis unusual course in patient with chronic cholestatic hepatitis is described. Observation confirms need in all clinical data accounting in case of associated affection of GIT organs for diagnostic mistakes avoiding.

Keywords: pancreatitis, hepatitis, clinical features of associated affection.

Многочисленные клинические наблюдения подтверждают тесные функциональные взаимоотношения всех отделов пищеварительной системы. Иногда бывает трудно установить, какой процесс лежит в основе и что является следствием. Это нередко приводит к развитию своеобразных симптомокомплексов, которые затрудняют диагностику и лечебную тактику.

В клинике наблюдалась пациентка П. 68 лет, поступившая с жалобами на слабость, желудочный дискомфорт, периодически кожный зуд. С 27-летнего возраста лечилась в различных стационарах по поводу хронического холецистита, с 53 лет отмечала изредка кожный зуд, в 58 лет выявлен сахарный диабет. Ухудшение около 6 месяцев, когда появилась слабость. Выявлено увеличение печени (нижний край на 5 см ниже реберной дуги, уплотненный, безболезненный). В анализах: повышение активности печеночных ферментов, гипергликемия, повышение тимоловой пробы. При УЗИ и КТ органов брюшной полости: увеличение печени, расширение холедоха, увеличение головки поджелудочной железы с неровными контурами ее и неоднородной структурой. В связи с подозрением на опухоль поджелудочной железы переведена в хирургическое отделение. При ревизии выявлена плотная малоподвижная опухоль головки поджелудочной железы до 4 см в диаметре, наложен холецистоюноанастомоз. Гистоло-

гическое исследование не проводилось. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии. Спустя 2 года повторно поступила в клинику с ухудшением: появилась желтуха, усилился кожный зуд, похудела на 20 кг, отмечала жидкий стул до 3 раз в сутки. Пальпировался уплотненный нижний край печени на 6 см ниже реберной дуги. В анализах: конъюгированная гипербилирубинемия, повышение АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, тимоловой пробы. При УЗИ и КТ: признаки индуративного панкреатита и хронического гепатита. После лечения состояние улучшилось.

Вышеприведенное наблюдение подтверждает своеобразие клинических проявлений тяжелого поражения поджелудочной железы в случае сочетания его с поражением печени. Панкреатит длительное время протекал латентно, манифестировался уплотненный нижний край печени на 6 см ниже реберной дуги. В анализах: конъюгированная гипербилирубинемия, повышение АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, тимоловой пробы. При УЗИ и КТ: признаки индуративного панкреатита и хронического гепатита. После лечения состояние улучшилось.

Данное наблюдение подтверждает необходимость учета всех клинических данных при сочетанном поражении органов пищеварения для избежания диагностических ошибок.