Министерство охраны здоровья ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра хирургии и эндоскопии

История болезни

Желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз. Холангит, обтурационная желтуха

Подготовила студентка 6 курса

1 мед. ф-та 11 группы

Нахлави Диана Самировна

Донецк

Паспортная часть

ФИО П\*\*\*\* Валентина Ивановна

Дата рождения 13.08.1937 г., возраст 78 лет

Место жительства Донецк-52, Калининский р-н

Пенсионер, не работает

Жалобы на боль в правом подреберье, сухость во рту, озноб, повышение температуры до 39 С, рвоту не приносящую облегчения, обесцвечивание кала, потемнение мочи, сухость во рту, общую слабость.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с 11.08.2015, когда появилась боль в правом подреберье, рвота, сухость во рту, общая слабость. За медицинской помощью не обращалась 3 дня, самостоятельно принимала карсил, настои трав, антибиотики. В течение последних трех суток отмечает пожелтение склер, потемнение почи, обесцвечивание кала, повышение температуры до 39 С, озноб, нарастание слабости.Была доставлена бригадой СМП в ЦГКБ№16, госпитализирована в хирургическое отделение №2.

Анамнез жизни. Туберкулез, тифы, малярию, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию отрицает. В 1973г. перенесла аппендэктомию. С 1989 г. страдает ИБС, артериальной гипертензией В 2012 г. перенесла лапароскопическую холецистэктомию.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы желтушного цвета,чистые, видимые слизистые иктеричны, чистые. Периферические лимфатические узлы( нижнечедюстные, подмышечные,паховые) не увеличены мягко-эластичной консистенции,не спаяны с друг другом и окружающими тканями, безболезненны. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. В легких везикулярное дыхание, ослаблено в нижних отделах. ЧДД -18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС- 100 уд/мин АД- 135/85 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричен, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, равномерно участвует в акте дыхания. На брюшной стенке видны послеоперационные рубцы без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, Печень на уровне реберной дуги. Почки и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Мочеиспускание не нарушено, моча темного цвета. Стул не нарушен, газы отходят.

При ректальном исследовании органической патологии не выявлено, на перчатке кал светло-желтого цвета

План обследования

. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма

. Клинический анализ мочи

. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

. ЭКГ

. ЭРХГ (Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография)

. КТ

Дополнительные методы исследования

Клинический анализ крови

Эритроциты -4,3 Т/л (норма 3,7- 4,7 Т/л)

Лейкоциты- 7,6 Г/л (норма 4-9 Г/л)

Гемоглобин-142 г/л (норма 115-145г/л)

Гематокрит - 41% (норма 36-42%)

Биохимический анализ крови

Общий белок 66 г/л (норма 65-85 г/л)

Билирубин общий 77 мкмоль/л (норма 3.4-20,5мкмоль/л)

Прямой -60 мкмоль/л

Непрямой-17 мкмоль/л

Креатинин 78 мкмоль/л (норма 40-130 мкмоль/л )

АсАТ 103 Ед/л (норма до 32 Ед/л)

АлАТ 84 Ед/л ( норма до 32 Ед/л)

Амилаза крови - 14 г/ч/л

Щелочная фосфатаза 720 нмоль/схл (норма 139-360 нмоль/схл)

Гамма-глютамилтранспептидаза- 112 ед/л (норма 10-66 ед/л для женщин)

Глюкоза 5,0 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л)

Заключение: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение АсАТ АлАТ, ЩФ, ГГТП

Клинический анализ мочи

Цвет желтая

Реакция кислая

уд.вес 1026

белок 0,03 г/л

сахар не обнаружен

эпителий небольшое количество

лейкоциты 1-5 в п/з

Эритроциты не обнаружено

Цилиндры не обнаружено

Бактерии не обнаружено

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена, правая доля 14,9 см,левая доля 7,2 см, контуры четкие, структура неоднородная, зернистая, эхогенность повышена. Печеночные вены не расширены. Портальная вена не расширена. Стенки внутрипеченочных желчных протоков не расширены. Свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу не обнаружена. Желчный пузырь удален. Ложе без сонографических изменений. Холедох расширен 1,0 см, в просвете конкремент 1,0 см. Поджелудочная железа не увеличена 2,3х1,6х1,9 см, контуры четкие,ровные, гиперэхогенная паренхима.

Заключение:Эхо-признаки билиарной гипертензии,холедохолитиаза, дилятации холедоха.

Окончательный диагноз: ЖКБ, холедохолитиаз, Холангит, обтурационная желтуха. В пользу этого свидетельтвуют жалобы на боль в правом подреберье, озноб, повышение температуры до 39 С, рвоту не приносящую облегчения, обесцвеченный кал, потемнение мочи, сухость во рту, иктеричность склер, общую слабость,а также данные анамнеза заболевания и объективного осмотра: желтушная окраска кожных покровов, иктеричность видимых слизистых оболочек, болезненность при пальпации в правом подреберье, светло-желтый кал на перчатке при ректальном исследовании. Триада Шарко(боль в правом подреберье, озноб, желтуха) говорит в пользу холангита. Потемнение мочи и обесцвечивание кала и желтуха свидетельствует об обтурационной желтухе. Данные дополнительных методов обследования, а именно повышение общего билирубина за счет прямой фракции, повышение щелочной фосфатазы и гамма-глютамилтранспептидазы, повышение АлАТ, АсАТ, сонографически выявленные признаки билиарной гипертензии, дилятация холедоха,конкремент в его просвете подтверждают диагноз желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, холангита, обтурационной желтухи.

Сопутствующие заболевания: ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ПБПНПГ Н2а ФК3. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, риск 4, ожирение 2 ст. диагноз желчнокаменный холедохолитиаз желтуха

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику обтурационной желтухи следует провести с гемолитической и паренхиматозной желтухами.Пожилой возраст пациетки, наличие ЖКБ, признаки холангита, холецистэктомия, отсутствие усиления желтухи на холоде, тот факт,что желтуха не встречалась ни у кого из родственников говорит об обтурационной желтухе При паренхиматозной желтухе в анамнезе было бы указание на контакт с токсическими веществами, злоупотребление алкоголем, контакт с больными желтухой или инфекционными заболеваниями,например, мононуклеозом. Потемнение мочи и светло-желтая окраска кала обычно не характерно для гемолитической желтухи,но может быть при паренхиматозной и всегда выявляется при механической желтухе Повышение общего билирубина, повышение активности ЩФ и ГГТП в крови за счет прямой фракции свидетельствует об обтурации желчных протоков или большого дуоденального сосочка, при паренхиматозной желтухе было бы увеличение прямого и непрямого билирубина крови, при гемолитической- повышение непрямого билирубина. Паренхиматозную желтуху может вызвать опухолевое или метастатическое поражение печени, гепатиты, цирроз печени. Сонографически Острый гепатит характеризуется увеличением печени, снижением эхогенности печени, повышением перихоледохеальной эхогенности за счет серозного отека околососудистой клетчатки, но мы выявили эхо-признаки билиарной гипертензии,холедохолитиаза, дилятации холедоха при сонографии желчных протоков. Это говорит в пользу обтурационной желтухи.

Лечение

Создание функционального покоя: постельный режим, голод

,9% NaCl 400 ml в/в капельно 2 раза в день

Раствор Рингера 400мл в/в капельно 1 р/д

Баралгин по 5 мг 3 р/сут в/м

Новокаин 0,25 % р-р по 50-100 мл в/в

Папаверина гидрохлорид 1мл 3 р/д в/м

Дюспаталин по 1 таб 3 р/д или дицетел по 1 таб 4 р/сут

Квамател 40 мг/сут вечером

Медаксон 1г в сутки в/в капельно на 200 мл физ. р-ра NaCl

Кордарон 150 мг внутрь

Рибоксин 5,0 в амп.

Гептрал 1 фл. в/в в день

Глутаргин по 50 мл в/в капельно на 5% глюкозе 200 мл 2 раза в сутки

Лазикс 40 мг 2 р/сутки в/в

Токоферола ацетат 30 капель 10% р-ра внутрь

Рекомендована эндоскопическая папиллосфинктеротомия <http://www.skkdc.ru/index.php?mod=mod13\_4\_8> с экстракцией конкремента и назобилиарным дренированием