

Гастроэнтерология ЖКТ - Пациентка жалуется на боль в животе

Анамнез


Женщина 77 лет жалуется на боль в верхнем отделе живота, которая появилась 4 дня назад и постепенно усиливается. Было несколько приступов выраженной боли. Боль все время локализовалась в эпигастральной области.

За последние сутки рвало 3 раза. В течение последних 5 лет были эпизоды более сильной боли в правом верхнем отделе живота 3 или 4 раза. Иногда боль сопровождалась чувством жара. Во время одного из приступов по совету соседки принимала фуразолидон. Аппетит нормальный, однако в последнюю неделю ничего не ела. Не похудела. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Несколько дней назад заметила, что моча потемнела. Заболевание связывает с инфекцией мочевыводящих путей.

В анамнезе: гипотиреоз, постоянно принимает тироксин с заместительной целью. Ежегодно сдает анализы для контроля дозы; последний раз сдавала 3 мес назад. Один-два раза в полгода бывают приступы боли в грудной клетке при физической нагрузке, принимает 50 мг атенолола ежедневно, при необходимости принимает нитроглицерин.

Данные осмотра

Склеры желтые. Пульс 56 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 125/82 мм рт. ст. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем патологии не выявлено. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, пальпация печени во время вдоха резко болезненна. Образований при пальпации живота не обнаружено. Клинически – эутиреоз.



	Результат	Норма
Натрий, ммоль/л	137	135-145
Калий, ммоль/л	4,2	3,5-5,0
Мочевина, ммоль/л	6,2	2,5-6,7
Креатинин, мкмоль/л	108	70-120
Кальций, ммоль/л	2,40	2,12-2,65
Фосфат, ммоль/л	1,21	0,8-1,45
Билирубин, ммоль/л	86	3-17
Аланинаминотрансфераза, ЕД/л	59	5-35
γ-Глутамилтранспептидаза, ЕД/л	430	11-51
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	855	30-300
Тиреостимулирующий гормон, мМЕ/мл	2,4	0,3-6,0
Общий анализ мочи: белка, эритроцитов, глюкозы нет		

Вопросы

- ° Как можно охарактеризовать результаты лабораторных исследований?
- ° Какие еще методы исследования необходимо назначить?

Ответ

У женщины отмечаются периодические боли в эпигастральной области в течение 5 лет. Настоящее обострение длится дольше, чем предыдущие приступы, при обследовании обнаружена желтуха. Острая боль при пальпации верхнего правого квадранта во время вдоха – положительный симптом Мерфи – признак воспаления желчного пузыря. Относительная брадикардия при остром заболевании, вероятно, объясняется приемом β-

адреноблокаторов (атенолола), а не гипотиреозом или другими заболеваниями. Темная моча обусловлена конъюгированным билирубином, уровень которого повышается при нарушении оттока желчи. Конъюгированный билирубин является водорастворимым, поэтому выделяется с мочой. Если конъюгированный билирубин не поступает в кишечник, кал обесцвечивается.

Уровень билирубина у пациентки повышен. Аланинаминотрансфераза повышена незначительно, уровни щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы значительно превышают норму. Все указанные изменения соответствуют механической желтухе, причиной которой могут являться обструкция опухолью или камнями, побочное действие некоторых препаратов, например фенотиазин, флуклоксациллина. Препараты, которые пациентка принимает, крайне редко вызывают поражение печени.

Предыдущие приступы боли, сопровождавшиеся лихорадкой, были обусловлены вторичным холециститом на фоне камней. Если бы желчный пузырь при обследовании удалось пропальпировать, то вероятнее всего причиной обструкции являлась бы опухоль, однако пузырь не пальпируется, поскольку предыдущие приступы холецистита приводили к образованию рубцов и его сморщиванию. Для развития механической желтухи один или несколько камней должны выйти из желчного пузыря и закупорить общий желчный проток. Миграция камней из пузыря наблюдается в 15% случаев.

Заболевание щитовидной железы не связано с настоящим ухудшением состояния. Клинически у пациентки эутиреоз. Боль в грудной клетке указывает на ишемическую болезнь сердца, что необходимо учитывать при назначении лечения холецистита. Следует назначить электрокардиографию.

Только некоторые камни являются рентгеноконтрастными и обнаруживаются на обзорной рентгенограмме. После рентгенографии назначается ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей. Ультразвуковое исследование позволяет обнаружить расширение билиарного дерева, однако метод недостаточно чувствительный для выявления камней в общем желчном протоке. Наиболее информативный метод обследования в такой ситуации – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, во время которой можно провести сфинктеротомию с извлечением камней (или без извлечения) из общего желчного протока.

✕ Механическая желтуха с расширенным пальпируемым желчным пузырем наблюдается при раке головки поджелудочной железы (симптом Курвуазье).

✕ Механическая желтуха сопровождается преимущественным повышением уровня щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы.

✕ Преимущественное повышение аланинаминотрансферазы указывает на гепатоцеллюлярное повреждение.

По материалам журнала «Consilium Medicum»