



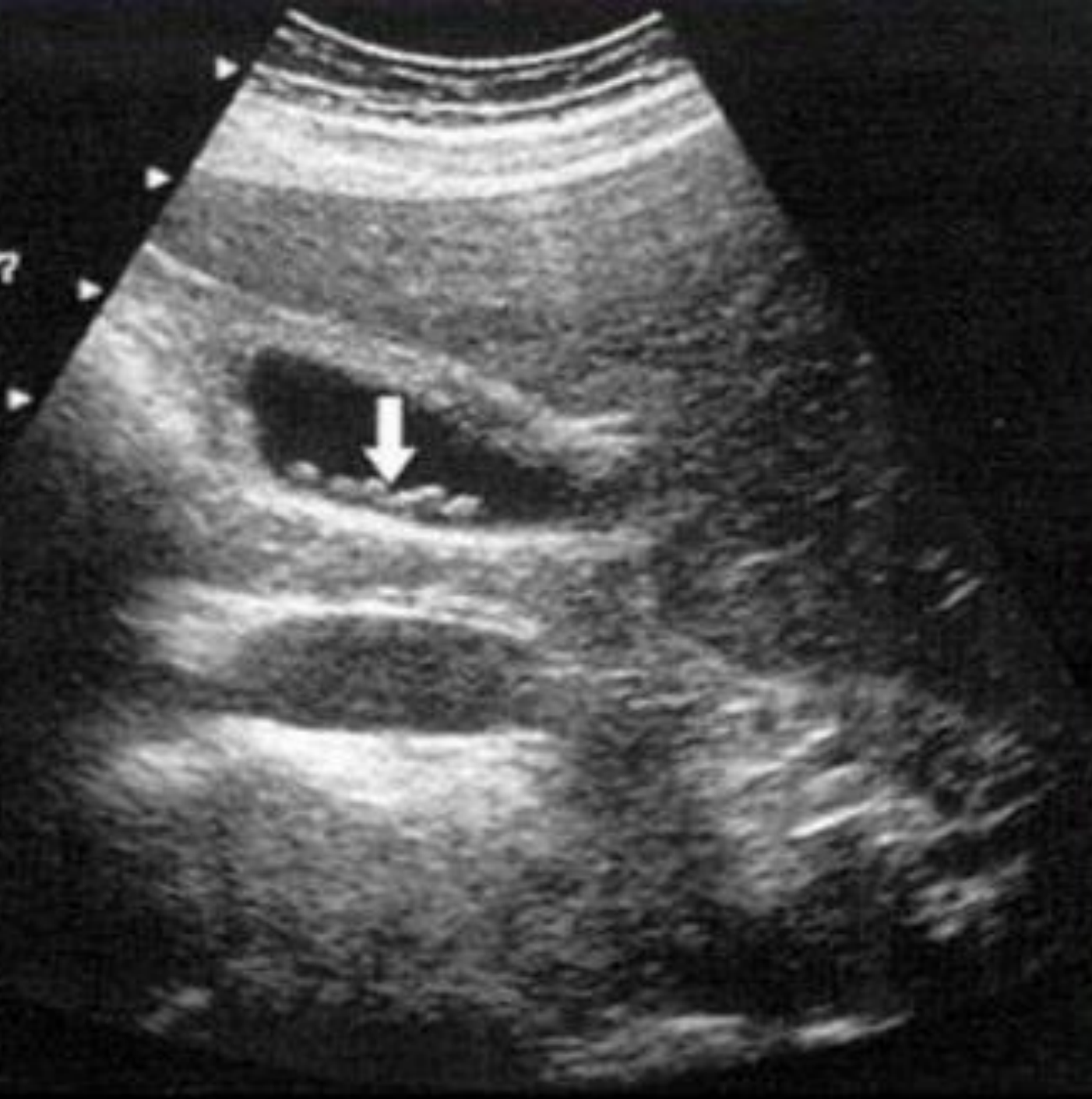
Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л.





6

28 2 18  
36 28  
109 68 5 10 7  
173  
155. 1  
14610  
116 66  
104 56



3.5C40H/2.5

ABD DI

100%

30dB

10.0cm

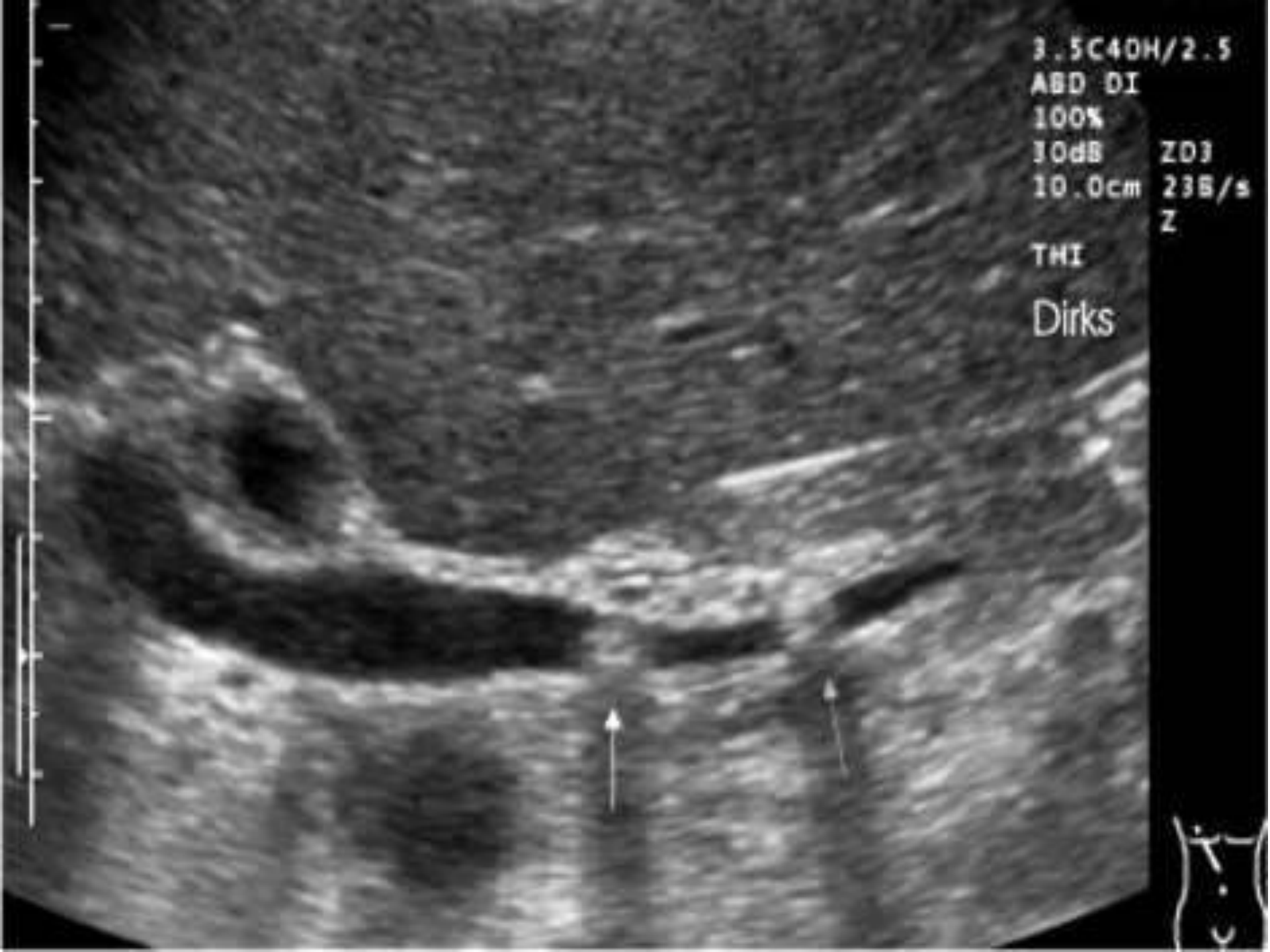
ZD3

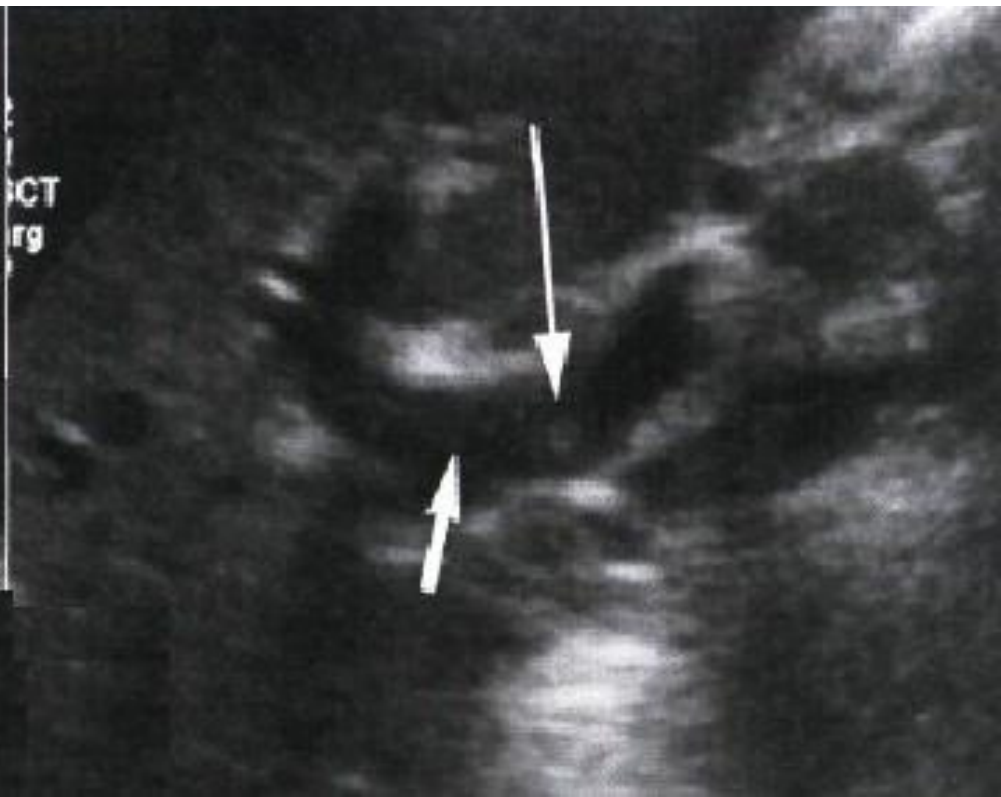
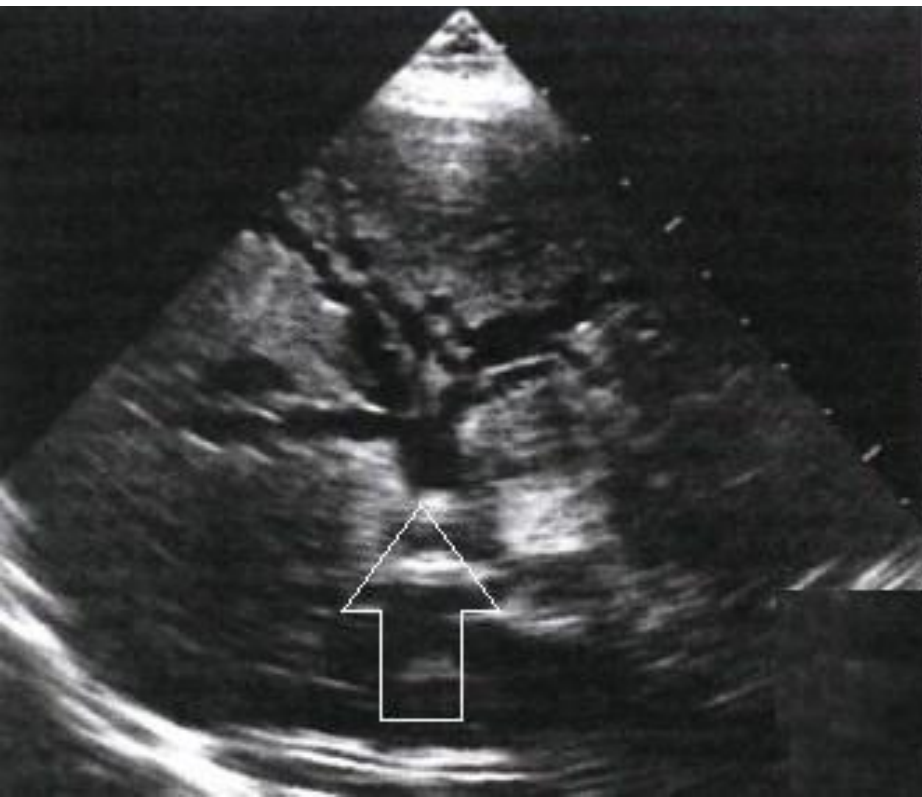
23B/s

Z

THI

Dirks







ID:

09 22

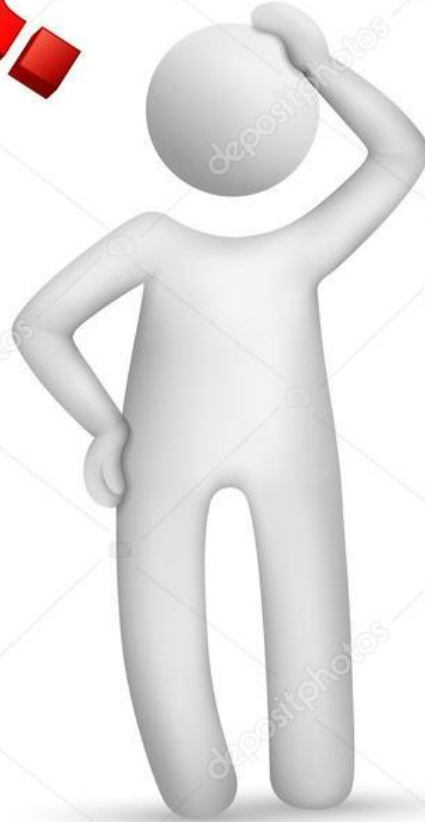






Желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мм. толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные.





1. Какой диагноз можно поставить в данном случае?



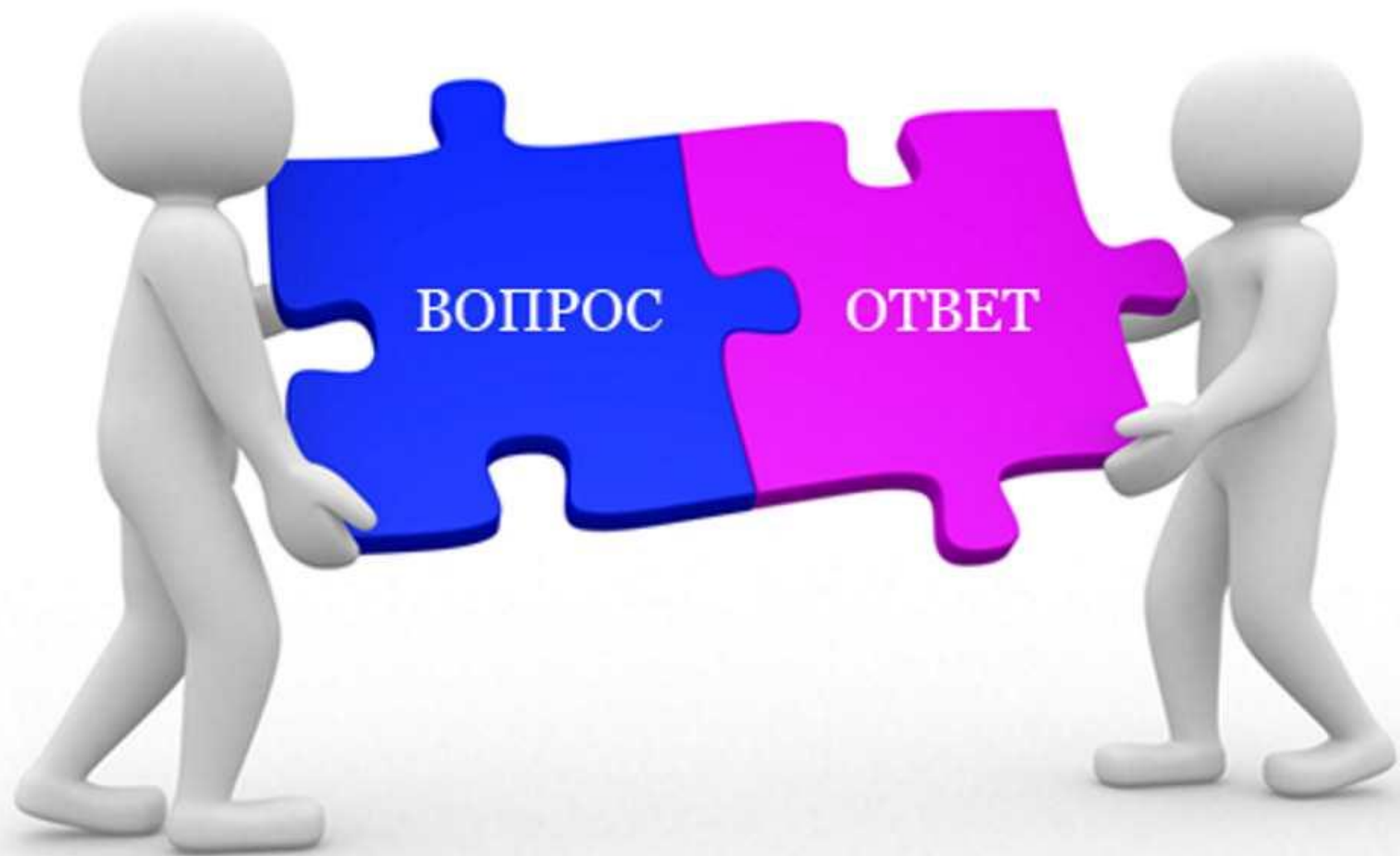
2. Определите и обоснуйте лечебно-диагностическую тактику?

3. Укажите необходимый объем  
обследования больной?

4. Какие анатомические особенности БСДК могут создать трудности при устранении внутрипротоковой гипертензии, связанной с ущемлением камня в сосочке?



**5. Какие возможны осложнения ЭПТ?**



1. Острый билиарный панкреатит, ЖКБ, холелитиаз, механическая желтуха, ущемленный камень БСДК?



2. Больную необходимо поместить в палату интенсивной терапии проводить медикаментозное лечение острого панкреатита, срочно выполнить ФГДС и в случае ущемления камня в БСДК выполнить ЭПТ, литоэкстракцию. Этот объем лечения достаточен для данной больной, страдающей тяжелой сопутствующей патологией.

3. Клинический анализ крови, мочи, время свертывания крови, кровоточивость. Биохимические исследования: билирубин, общий белок, мочеви́на, креатинин, АЛТ, АСТ. Определить группу крови, резус фактор. Снять ЭКГ, выполнить обзорную рентгенографию органов грудной полости, консультацию терапевта. Срочно выполнить ФГДС и по показаниям ЭПТ, ЭРПХГ.

4. Расстояние от отверстия сосочка до межпротоковой перегородки, разделяющей общий желчный проток и ОППЖ колеблется от 3 до 19 мм. Таким образом, в одних случаях острый билиарный панкреатит развивается при ущемлении камня в устье сосочка, в других- он может возникнуть при ущемлении камня в ампуле сосочка на значительном расстоянии от отверстия БСДК. В первом случае достаточно небольшой папиллотомии, чтобы камень выпал в просвет ДПК и восстановился свободный отток панкреатического секрета, во втором для устранения блокады устья ОППЖ может понадобиться папиллотомия длиной до 20 мм.

5. Утяжеление острого панкреатита,  
кровотечение из папиллотомической  
раны, перфорация задней стенки ДПК.

