Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Кафедра внутренних болезней №1

**История болезни**

*Куратор*:

*Преподаватель:*

Москва 2008

**Фамилия, имя, отчество больного:**

**Возраст:** 72 года (1929 г. р.).

**Образование:** среднее специальное

**Профессия:** бухгалтер-экономист

**Место работы:** пенсионер

**Место жительства** г. Москва,

**Дата и час поступления в стационар:** 24.04.2002 г., 10 час. 20 мин.

**Кем направлен больной:** поликлиника ФТК

**Клинический диагноз:** *а) основное заболевание:*  Хронический атрофический гастрит в стадии обострения. Дуоденогастральный рефлюкс. Скользящая грыжа пищеводного отдела диафрагмы. Недостаточность кардии. Хронический панкреатит с секреторной недостаточностью вне обострения. Жировая дистрофия печени. Постхолицистэктомический синдром.

*в) сопутствующие заболевания:* Гипертоническая болезнь II ст. Остеоартроз с поражением плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах, мелких суставах кистей. Миопия средней степени.

**Дата выписки**: 8.05.2002г.

Жалобы больного при поступлении в клинику

* ☻На тянущие, разлитые боли в эпигастральной области приблизительно через 30 мин. после еды
* ☻Тяжесть, дискомфорт в правом подреберье (особенно при погрешностях в диете)
* ☻Отрыжка воздухом, иногда съеденной пищей
* ☻На склонность стула к послаблению
* ☻На разлитые головные боли, головокружение, сопровождающие повышение артериального давления (максимально до 170-180/90-100 мм. рт. ст.)
* ☻Снижение памяти
* ☻Боли в плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах, мелких суставах кистей

**История жизни (anamnesis vitae)**

Родилась доношенной 4 февраля 1929 года. Росла и развивалась нормально. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Начала учиться в школе с 7 лет, отмечалась средняяя успеваемость. Получила среднее специальное образование, по профессии – бухгалтер-экономист. С 1980 года – пенсионерка.

**Семейный анамнез:** Замужем с 18 лет, имеет дочь и сына.

Жилищно‑бытовые условия нормальные. Проживает с мужем и детьми в отдельной 3‑х комнатной квартире типового дома, на 7-м этаже, в доме – лифт, отопление центральное.

Питание — регулярное, 3-х разовое. Питается дома, соблюдает диету (исключение из употребления острого, соленого, жирного, пряностей, копченостей).

**Вредные привычки:** не курит, со слов пациентки, алкоголь не употребляет.

**Перенесенные заболевания:** детские инфекции ( ветряную оспу, коклюш, корь), малярия.

В осенне-зимний период ежегодно болеет простудными заболеваниями – ОРВИ, ОРЗ.

***□ В 1998 г. произведена эндоскопическая полипэктомия в желудке.***

***□ В 1998г. произведена резекция левой доли щитовидной железы по поводу эутиреоидного зоба III ст. и загрудинного зоба.***

● ЖКБ, калькулёзный холицистит → в 1998 г. перенесла ***эндоскопическую холецистэктомию***.

● Остеоартроз с поражением плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставов, мелких суставов кистей.

● Гипертоническая болезнь II ст.

● Миопия.

**Наследственный анамнез:** мать умерла в 92 года от инсульта ГМ, болезней, которыми страдала мать, больная не знает; отец умер в возрасте 75 лет, страдал заболеванием желудка (со слов пациентки), сопровождавшимся тянущими болями в эпигастрии после еды. Сестра-75 лет, страдает желчнокаменной болезнью.

Дети: дочь – 46 лет, страдает желчнокаменной болезнью, сын – 39 лет страдает хроническим гастритом.

## Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на пыльцу растений, cсопровождающаяся конъюктивитом, вазомоторным ринитом, слёзотечением, кожным зудом.

**Гинекологический анамнез:** менструации с 18 лет, обильные, безболезненные. Было 5 беременностей: 2 родов, 2 аборта, 1 выкидыш. Менопауза с 55 лет. В сентябре 1998 года была осмотрена гинекологом; гинекологические заболевания: хронический аднексит, опущение стенок влагалища.

# **История настоящего заболевания (anamnesis morbi).**

С юношеских лет больная отмечала тянущие боли в эпигастрии через 20-30 мин. после приема пищи, нерегулярный жидкий стул, отрыжку. Больная к врачам не обращалась, терапии не получала. При прохождении диспансерного медосмотра в 1966 г. был поставлен диагноз хронический гастрит с секреторной недостаточностью, рекомендовано соблюдение диеты, прием ферментных препаратов (каких не помнит). Соблюдение даненых рекомендаций привели к положительному эффекту. В 1998г. пациентка была госпитализирована в ФХК ММА им. И.М.Сеченова для проведения операции эндоскопической холецистэктомии. При выполнении предоперационной ЭГДС подтвержден диагноз хронического гастрита. После проведенной операции больная отмечает периодические тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, особенно при не соблюдении диеты. За несколько недель до госпитализации пациентка стала отмечать разлитые боли в эпигастрии, учащение эпизодов жидкого стула, иногда отмечала отрыжку накануне съеденной пищей, изжогу. Поступила в ФТК с диагнозом обострения хронического гастрита, а также для подбора антигипертензивной терапии, обследования по поводу узлового эутиреоидного зоба.

**Первый этап диагностического поиска**

Жалобы больной на тянущие, разлитые боли в эпигастральной области приблизительно через 30 мин. после еды, отрыжку воздухом, иногда съеденной пищей, кишечные диспепсии, отсутствие в анамнезе сезонности обострений (что характерно для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки), неоднократные постановки диагноза хронического гастрита (с проведением ЭГДС) подтверждают ранее выявленный диагноз.э

Однако предъявляемые в данный момент жалобы не являются специфическими для данной нозологии. Тянущие, разлитые боли в эпигастральной области после еды могут говорить и о появлении новообразования (добро- или злокачественного?) желудка, и о компенсированном стенозе привратника.

Появление отрыжки возможно при недостаточности механизма замыкания кардии (недостаточность кардии, диафрагмальные грыжи), а возможно является рефлексогенной при заболеваниях печени.

Кишечные диспепсии (склонность стула к послаблению) могут быть и при заболеваниях желудка (хронический гастрит с секреторной недостаточностью, рак), печени, поджелудочной железы (хронический панкреатит более вероятен, т.к. больная страдает ЖКБ, перенесла холецистэкомию). Наряду с панкреатитом диспепсии могут быть связаны с низкой секреторной функцией желудка, последнее может косвенно подтверждаться полипозом желудка и операция полипэктомии у пациентки в анамнезе.

Дискомфорт, тяжесть в правом подреберье скорее связан с постхолицистэктомическим синдромом (ПХЭС).

Для исключения вышеперечисленных возможных патологий и подтверждения диагноза хронического гастрита необходимо проведение ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, исследование уровня АЛТ, АСТ, ГГТ, амилазы в крови и диастазы в моче. Необходимо также взятие биопсии слизистой оболочки желудка для собственно постановки диагноза хронического гастрита и для определения его типа. Для определения секреторной функции желудка нужно исследовать базальную и стимулированную кислотообразующую продукцию.

**Настоящее состояние больного (status praesens)**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение больной активное. Выражение лица спокойное. Телосложение гиперстеническое. Рост 167 см. Масса тела 89 кг. Температура 36,7о С.

**Кожные покровы**

Кожные покровы бледно-розовой окраски. Патологические пигментации и участки депигментации отсутствуют. Окраска видимых слизистых — нормальная. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, нормальной эластичности. В нижней части передней поверхности шеи рубец после операции по резекции доли щитовидной железы. Рост волос не нарушен. Тип оволосения женский. Отмечается изменение ногтевых пластинок на ногах.

**Подкожная клетчатка.**

Степень развития подкожной жировой клетчатки чрезмерная (толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 4 см). Подкожный жировой слой распределен неравномерно (по абдоминальному типу). Отёков нет.

**Лимфатическая система.**

При пальпации определяются одинарные подчелюстные, лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, диаметром 0,5см, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, неспаянные друг с другом и с окружающими тканями. При осмотре лимфатические узлы не видны. Затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, локтевые, подмышечные, паховые подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

**Мышечная система.**

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

**Костная система**

Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей, деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

**Суставы**

Частые боли в плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах, мелких суставах кистей. При осмотре суставы нормальной конфигурации. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен. Отмечаются болевые ощущения, хруст при движении.

**Система дыхания**

***Жалобы***

Жалоб нет.

***Исследование верхних дыхательных путей.***

Дыхание через нос свободное. Ощущение сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов нет. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также ощупывании и поколачивании) не отмечается.

Гортань: жалоб нет. Голос: громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненность не определяется.

***Осмотр грудной клетки****.*

Форма грудной клетки гиперстеническая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Надключичные и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания — смешанный. Частота дыхания — 20 в минуту.

Ритм дыхания – правильный. Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и 1V ребер спереди:

* при спокойном дыхании — 110 см;
* при максимальном вдохе — 115 см;
* при максимальном выдохе — 107 см.

Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки 8 см.

***Ощупывание грудной клетки***

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой

***Перкуссия легких***

*Сравнительная перкуссия.*

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

*Топографическая перкуссия*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *справа* | *слева* |
| Высота стояния верхушек | | |
| Спереди | 3 см выше уровня ключицы | 3,5 см выше уровня ключицы |
| Сзади | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. | На 0,5 см выше уровня остистого отростка VII шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 5см | 5,5 см |
| Нижние границы легких | | |
| Окологрудинная | 5 межреберье | — |
| Среднеключичная | VI ребро | — |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток X1 грудного позвонка | Остистый отросток X1 грудного позвонка |

*Подвижность нижних краёв лёгких*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Топографические линии* | *справа* | | | *слева* | | |
| на вдохе | на выдохе | суммарно | на вдохе | на выдохе | суммарно |
| Среднеключичная | 1,5 | 1,5 | 3 | — | — | — |
| Средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

***Аускультация легких***

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

**Система кровообращения**

***Жалобы***

Жалобы изложены выше в разделе «Жалобы».

***Исследование сердечно‑сосудистой системы***

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в 5‑м межреберье 1 см. кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, усиленный, нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует.

Пульсации в эпигастральной области нет.

***Перкуссия сердца***

*Границы относительной тупости сердца:*

* правая — 1см кнаружи от правого края грудины в 4‑м межреберье;
* левая — 1см. кнаружи от левой среднеключичной линии в 5‑м межреберье;
* верхняя — на уровне III ребра (по линии, проходящей на 1см кнаружи от левого края грудины и параллельно ему).

Поперечник относительной тупости сердца: 3+10=13 см

Конфигурация сердца не изменена.

*Границы абсолютной тупости сердца:*

* правая —по левому краю грудины.
* левая — 1,5 см кнутри от левой границы относительно тупости сердца
* верхняя — на уровне IV ребра.

Поперечник абсолютной тупости сердца – 7см.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во 2‑м межреберье по соответствующим краям грудины.

Поперечник сосудистого пучка — 6,5см.

***Аускультация сердца и больших сосудов***

Акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений — 70 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

**Исследование сосудов**

При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы не извитые, мягкие с эластичными тонкими стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный с частотой 90 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряженный, высокий, скорый.

При аускультации артерий патологических изменений нет. Капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление: на правой руке —160 и 90 мм. рт. ст., на левой руке – 160 и 90 мм. рт. ст. Пульсовое давление — 70 мм. рт. ст.

При осмотре, пальпации и аускультации шейных вен изменений не отмечается.

**Система мочевыделения**

Жалоб нет.

При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**Эндокринная система**

Жалоб нет.

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Пальпируется правая доля щитовидной железы однородной структуры. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади — 41 см. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага — отрицательные.

**Нервно-психическая сфера**

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способна долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект средний. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7‑8 часов. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно‑мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается. Дермографизм красный, нестойкий

**Система пищеварения (Status localis)**

Жалобы изложены выше в разделе «Жалобы».

Аппетит не изменён. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена (в сутки выживает 1000 мл жидкости). Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное. Стул склонен к послаблению. Отхождение газов свободное, умеренное.

***Исследование органов пищеварения***

Полость рта: запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски, высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Десны бледно ‑ розовой окраски, не кровоточат. Имеются кариозные зубы: 5 7 6 , отсутствующие зубы: 8

*Зубная формула:*

|  |  |
| --- | --- |
| 8 О О К О 3 2 1 | 1 2 3 4 5 О 7 О |
| 8 К О О 4 3 2 1 | 1 2 3 К 5 К 7 8 |

“О” — отсутствующие зубы

“К” – кариозные зубы

Язык: нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за нёбные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.

***Исследование живота***

*Осмотр живота*

Живот округлой формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтикинет. Окружность живота на уровне пупка 95см. Мышцы брюшной стенки равномерно участвуют в акте дыхания. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют.

*Перкуссия живота*

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности.

*Поверхностная ориентировочная пальпация живота*

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

***Глубокая методическая скользящая пальпация по В.П.Образцову — Н.Д.Стражеско — В.Х.Василенко***

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области в виде безболезненного цилиндра, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром 2 – 3 см, смещается на ≈ 3 см, не урчащая, перистальтирующая. Слепая кишка пальпируется в правой паховой области в виде безболезненного цилиндра мягкоэластической консистенции, диаметром 3 – 4 см, слегка урчащего при пальпации. Терминальный отдел тонкой кишки, червеобразный отросток, восходящий и нисходящий отделы толстой кишки, поперечная ободочная кишка не пальпируются.

*Определение нижней границы желудка.*

Методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка. Методом перкуссии, методом перкуторной пальпации по Образцову (определение шума плеска) и методом глубокой пальпации большой кривизны нижняя граница желудка не определяется.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

*Исследование печени и желчного пузыря.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Линии* | *Верхняя граница* | *Нижняя граница* | *Высота печёночной тупости* |
| Правая передняя подмышечная линия | V11 ребро | Х ребро | 13 см |
| Правая среднеключичная линия | V1 ребро | Нижний край правой реберной дуги | 13 см |
| Правая окологрудинная линия | 5 межреберье | На 2 см ниже края реберной дуги | 12 см |
| Передняя срединная линия |  | На 5 см ниже основания мечевидного отростка грудины |  |
| Левая граница |  | Не выступает за левую окологрудинную линию по краю реберной дуги |  |

Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, закругленный, легко подворачивающийся, болезненный.

Желчный пузырь не пальпируется (операция холецистэктомия в 1991 году). Болезненность при пальпации в точке желчного. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского‑Мюсси — отрицательные.

***Исследование поджелудочной железы***

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо‑Робсона отрицательный.

***Исследование селезенки***

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости:

* верхняя граница — на уровне IХ ребра;
* нижняя граница — на уровне ХI ребра.

Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linia costoarticularis sinistra. Размеры селезеночной тупости: поперечник — 6 см, длинник — 7 см. Селезенка не пальпируется.

***Аускультация живота***

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

**Второй этап диагностического поиска.**

При физикальном обследовании выявлена лишь болезненность в эпигастральной зоне и правом подреберье, увеличение размеров печени, закруглённость её края. Болезненность в эпигастрии при пальпации может быть характерна для обострения хронического гастрита, но не исключает других патологий желудка. Болезненность в правом подреберье при отрицательных симптомах Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского‑Мюсси и увеличение размеров печени подтверждают предположение о ПХЭС. Однако для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторных и инструментальных методов исследования.

**План обследования**

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Анализ кала с предварительным соблюдением бескрахмальной диеты. ***Обоснование****: у больной подозревается панкреатит; необходимо исключить экзокринную дисфункцию поджелудочной железы.*
3. Биохимическое исследование крови (ферменты - АЛТ, АСТ, ГГТ, **амилаза**) ***Обоснование****: у больной подозревается патология печени и панкреатит; необходимо оценить уровень активности печеночных трансфераз и панкреатической амилазы как маркеров при поражении данных органов.*
4. Определение **диастазы** мочи. ***Обоснование****: у больной подозревается панкреатит; необходимо оценить уровень активности панкреатической амилазы как маркера при поражении поджелудочной железы.*
5. Определение группы крови и резус фактора.
6. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов, включая антитела к HBs- антигену).
7. ЭГДС. ***Обоснование****: у больной подозревается заболевание желудка (хронический гастрит?); необходимо исключение других патологий пищевода, желудка (ЯБЖ, новообразования) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и подтверждение ранее поставленного диагноза.*
8. Биопсия слизистой оболочки желудка в антральной области с последующим гистологическим исследованием и исследованием на наличие микрофлоры (Helicobacter pylori). ***Обоснование****: у больной подозревается хронический гастрит; необходимо гистологическое подтверждение диагноза и обнаружение в биоптате Helicobacter pylori для проведения соответствующей эрадикационной терапии.*
9. УЗИ органов брюшной полости

**Лабораторные методы исследования**

**Общий анализ крови (25.04.2002)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Показатели*** |  | ***Норма*** |
| Гемоглобин (HGB) ● | 150,8 г/л | 120-140 г/л |
| Гематокрит (HCT) ● | 44,38% | 36-42 % |
| Цветовой показатель | 0,94 |  |
| Эритроциты (RBC) ● | 4,811×10 12/л | 3,7-4,7x10¹²/л |
| Тромбоциты (PLT) | 245,1×10 9/л | 180-320х10¹²/л |
| Лейкоциты (WBC) ● | 11,38×10 9/л | 4-9х10¹²/л |
| Нейтрофилы (Ne) | 50,90% |  |
| палочкоядерные | 3% | 1-6% |
| сегментоядерные | 46% | 45-72% |
| Эозинофилы (Eo) | 1,95% | 0,5-5% |
| Базофилы (Ba) | 0,55% | 0-1% |
| Моноциты (Mo) | 8,21 % | 3-11% |
| Лимфоциты (Ly) ● | 38,39% | 19-37% |
| СОЭ | 13 мм/ч | 2-15 мм/ч |

**Общий анализ мочи (25.04.2002)**

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 110 мл |
| Цвет | соломенно‑желтый |
| Реакция | рН 5,0 |
| Удельный вес | 1015 |
| Прозрачность | прозрачная |
| Белок | следы |
| Сахар | нет |
| Ацетон | нет |
| Желчные пигменты | отр. |
| Осадок мочи: | |
| Эпителиальные клетки | ед. в преп. |
| Лейкоциты | 0-0-1 в п/з |
| Эритроциты | 0-0-0-1 в п/з |
| Слизь | немного |
| Бактерии ● | много |

**Анализ кала (25.04.2002)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Цвет |  |  | коричневый |
| Форма |  |  | оформленный |
| Слизь |  |  | — |
| Бензидиновая проба |  |  | — |
| Реакция на стеркобилин |  |  | + |
| Слизь |  |  | Умеренное количество |
| Мышечные волокна | сохранившиеся | поперечно‑полосатые | - |
| потерявшиеся | + |
| Соединительная ткань |  |  | — |
| Нейтральный жир |  |  | - |
| Жирные кислоты |  |  | - |
| Мыла |  |  | + - |
| Крахмал ● |  |  | ++++ |
| Клетчатка | переваренные |  | ++ |
| непереваренные |  | + |
| Иодофильная флора |  |  | - |
| Лейкоциты |  |  | – |
| Эритроциты |  |  | – |
| Яйца глист, простейшие |  |  | не найдено |
| Микрофлора | Изменена: дрожжевой грибок | | |

**Биохимический анализ крови (25.04.2002)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Нормальные величины* |
| Na+ | 141,6 ммоль/л | 135‑145 ммоль/л |
| К+ | 4,12 ммоль/л | 3,5‑5,0 ммоль/л |
| Са++ | 10,0 мг/дл | 8,5-10,5 мг/дл |
| АЛТ | 19,1 ед/л | 10‑40 ед/л |
| АСТ | 20,1 ед/л | 10‑40 ед/л |
| Г-ГТ | 17 ед/л | 11‑61 ед/л |
| Общий белок | 8,0 г/дл | 6,0‑8,0 г/дл |
| Альбумины | 4,8г/дл | 3,5‑5,0 г/дл |
| Глюкоза | 106 мг/дл | 70‑120 мг/дл |
| Креатинин | 1,0 мг/дл | 0,7‑1,4 мг/дл |
| Азот мочевины | 21 мг/дл ● | 10‑20 мг/дл |
| Мочевая кислота | 5,2 мг/дл | 2,5‑7,0 мг/дл |
| Общий билирубин | 0,4 мг/дл | 0,2‑1,0 мг/дл |
| Прямой билирубин | 0,1 мг/дл | 0,0‑0,3 мг/дл |

**Исследование серологических реакций**

Группа крови А (11) – Rh (+). RW — отрицательная, антитела к ВИЧ и HBs – антигену не обнаружены.

**Инструментальные методы исследования**

*ЭГДС*

Пищевод свободно проходим, не изменен, кардия смыкается неполностью. Проллапс слизистой из желудка в пищевод. В желудке значительное количество жидкости, окрашенной желчью. Рельеф обычный.Cкладки воздухом расправляются. Слизистая в теле желудка с явлениями атрофии, в антральном отделе неравномерно гиперемирована. Малая кривизна и угол желудка ровные. Привратник округлый, открывается полностью. Луковица 12ПК не изменена. Постоянный заброс желчи из 12ПК в желудок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Недостаточность кардии. Скользящая грыжа пищеводного отдела диафрагмы. Смешанный гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс.

*УЗИ органов брюшной полости. (23.04.2002г.)*

Печень увеличена за счет обеих долей, диффузно уплотнена по типу жировой дистрофии. Ложе желчного пузыря без особенностей. Поджелудочная железа увеличена, головка 36 мм, уплотнена, однородна. Селезёнка и почки без патологических образований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ признаки диффузного изменения печени, хронический гепатит.

**Третий этап диагностического поиска.**

Проведенное УЗИ подтвердило (визуально) наличие хронического панкреатита у пациентки (поджелудочная железа увеличена, головка 36 мм, уплотнена, однородна) **[однако нет лабораторных подтверждений этому: так, в анализе кала повышенный уровень крахмала мог быть обнаружен вследствие употребление в пищу большого количества крахмалсодержащих продуктов, не определён уровень диастазы в моче].** ЭГДС исключила новообразования желудка, но показала наличие недостаточности кардии, скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы, что может объяснить патогенез частой отрыжки воздухом и съеденной пищей. Также она выявила значительное количество жидкости, окрашенной желчью в желудке, т.е. дуоденогастральный рефлюкс, что косвенно свидетельствует о сниженной секреторной функции желудка, которая обусловливает нарушение замыкательного рефлекса привратника (+ полипоз желудка и операция полипэктомии у пациентки в анамнезе).

. Слизистая в теле желудка с явлениями атрофии, в антральном отделе неравномерно гиперемирована (либо из-за дуоденогастрального рефлюкса, либо из-за инфицирования слизистой оболочки антрального отдела Helicobacter pylori – **для выяснения этого нужна биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка**).

**Диагноз клинический**

*а) основное заболевание:*  Хронический атрофический гастрит в стадии обострения. Дуоденогастральный рефлюкс. Скользящая грыжа пищеводного отдела диафрагмы. Недостаточность кардии. Хронический панкреатит с секреторной недостаточностью вне обострения. Жировая дистрофия печени. Постхолицистэктомический синдром.

*в) сопутствующие заболевания:* Гипертоническая болезнь II ст. Остеоартроз с поражением плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах, мелких суставах кистей. Миопия средней степени.

**Лечение**

***1.****Нефармакологические методы лечения:*

**Диета**: необходимо соблюдать принципы механического и термического щажения; питание должно быть дробным, частым (5-6 раз/день), пища рекомендуется тщательно обработанная, температурой 15 ÷ 55º С.

Назначают стол №2, содержащий продукты, стимулирующие желудочную секрецию и улучшающие аппетит, нередко сниженный у таких больных (супы на обезжиренном рыбном бульоне, вымоченная сельдь, чёрствый ржаной хлеб). Мясо и рыбу готовят в отварном или запечёном виде. При жарении не допускается образование грубой корки (без панировки). Ограничивается грубая клетчатка (редька, редис и др.), молоко в натуральном виде, острые блюда и закуски.

Не допускается приём алкоголя, особенно на фоне лечения Де – нолом.

***2.****Фармакологические методы лечения:*

*а) Креон 10000*

Входящие в состав препарата панкреатические ферменты облегчают переваривание белков, жиров, углеводов, что способствует их более полной абсорбции в тонкой кишке, стимулирует выделение собственных ферментов поджелудочной железы, желудка, кишечника. Применение препарата приводит к улучшению функционального состояния ЖКТ (в том числе к исчезновению нестабильности стула), нормализации процесса пищеварения,

**Дозирование**: в начале лечения принимают по 1-2 капсуле во время каждого основного приёма пищи и по 1 капсуле – во время каждой лёгкой закуски; принимают во время еды или лёгкой закуски(рекомендуют принимать ½ или ⅓ разовой дозы в начале еды, а остальную часть – во время её).

*б) Мотилиум*

Является антагонистом периферических и центральных рецепторов. Увеличивает продолжительность перистальтических сокращений антрального отдела желудка и ДПК, ускоряет опорожнение желудка в случае замедления этого процесса, повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера.

**Дозирование**: Препарат назначают внутрь за 15-20 мин до еды. При хронических явлениях диспепсии препарат назначают по 10 мг 3 раза в сутки и, в случае необходимости, дополняют перед сном. **Но пониженная кислотность желудочного содержимого уменьшает абсорбцию домперидона → при отсутствии эффекта от вышеуказанной дозы её можно удвоить.**

**Если при исследовании материала биоптата будет выявлено инфицирование слизистой оболочки антрального отдела желудка Helicobacter pylori, назначают**

*в) Кларитромицин*

Является полусинтетическое производное эритромицина А. Активен в отношении большого числа грамположительных, грамотрицательных аэробных и анаэробных организмов, включая Helicobacter pylori. Оказывает противомикробное действие, которое связано с подавлением синтеза белка путём взаимодействия с 50S рибосомальной субединицей бактерии.

Дозировка: принимают по 250 мг (1 таблетка) 2 раза/сут (утром и вечером). Курс лечения – 10 дней.

*г) Тинидазол*

Является нитроимидазолом, активен в отношении анаэробных бактерий, простейших и Helicobacter pylori. Считается, что тинидазол нарушает синтез ДНК бактерий за счёт ингибирования бактериального РНК - зависимого синтеза белка.

###### Дозировка: принимают по 500 мг (1 таблетка) тинидазола 2 раза/сут (утром и вечером). Курс лечения – 10 дней.

*д) Де – нол*

Оказывает гастропротекторное действие. В кислой среде ЖКТ образует на поверхности язв и эрозий защитную плёнку, которая способствует их рубцеванию и предохраняет от воздействия желудочного сока. Усиливает синтез эндогенных простагландинов в слизистой оболочке желудка, стимулирует секрецию бикарбонатов и слизи эпителием желудка, приводит к накоплению эпидермального фактора роста в зоне дефекта, снижает эффективность пепсина и пепсиногена. Кроме того, обладает противомикробной активностью в отношении Helicobacter pylori.

**Дозировка**: принимают по 120 мг 4 раза/сут за 30 мин до завтрака, обеда и ужина и перед сном или по 240 мг 2 раза/сут за 30 мин до или через 2 ч после приёма пищи.