# Официальные данные.

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Возраст:** 54 года

**Семейное положение:** женат

**Национальность:** русский

**Профессия:** биолог с правом преподавания физики, химии и биологии

**Место работы:** инвалид 2 группы по зрению

**Место рождения:** г.Томск

**Место жительства:** г.Томск,

**Дата поступления:** 22 сентября 2004

**Кем направлен**: направлен терапевтом Клинического лечебно-диагностического центра клиник СибГМУ Колиной Ниной Николаевной в плановом порядке.

**Диагноз:**

**основное заболевание**: хронический энтерит, период обострения, средняя степень тяжести.

**фоновые заболевания:** хронический холецистит, период обострения, лёгкая степень тяжести, без дискинезии желчевыводящих путей; метаболическая кардиомиопатия.

**сопутствующие заболевания:** миопия, киста левого почечного синуса.

# Анамнез.

## Жалобы, предъявляемые больным при поступлении.

1. Боли в правом подреберье давящего характера, высокой интенсивности, возникающие после еды, проходят самостоятельно в течение 2-3 часов, иррадиирующие в правую лопатку.
2. Прогрессирующая общая слабость.
3. Тугой стул, метеоризм, появляющийся при приёме большого количества углеводов, урчание, ощущение жжения в области языка, ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью, проходящее к утру, заставляющее больного просыпаться.
4. Отвращение к жирной и жареной пище.
5. Снижение массы тела, больной потерял 6кг в течение 6 месяцев (с 22 марта по 22 сентября).
6. Давящие боли за грудиной, спонтанно возникающие вечером, длящиеся 10-20 минут, проходящие самостоятельно или купирующиеся нитроглицерином, не иррадиирующие, средней интенсивности, сопровождающиеся сердцебиением.
7. Инспираторная одышка, возникающая при физической нагрузке (ходьба по ровному месту более 2 часов, подъём на 5 этаж).
8. Постоянное затруднение и задержка мочеиспускания, не сопровождающиеся болями.

## Дополнительные жалобы, выясненные при анамнезе по системам органов.

Дыхательная система.

Периодическая инспираторная одышка, возникающая при физической нагрузке (ходьба по ровному месту более 2 часов, подъём на 5 этаж), кашля и кровохаркания не выявлено.

Сердечно-сосудистая система

Давящие боли за грудиной спонтанно появляющиеся, чаще возникающие вечером, продолжительностью 10-20 минут, проходят самостоятельно или купирующиеся нитроглицерином, не иррадиирующие, средней интенсивности, сопровождающиеся сердцебиением, опросник Роуз отрицателен. Отёков не выявлено.

Пищеварительная система

Отвращение к жирной и жареной пище. Питание регулярное, трёхразовое, недоедание. Затруднений глотания, тошноты, рвоты, болей в области желудка, изжоги, отрыжки не выявлено. Больной жалуется на боли в правом подреберье давящего характера, высокой интенсивности, возникающие после еды, проходят самостоятельно в течение 2-3 часов, не иррадиируют. Также беспокоит отвращение к жирной и жареной пище, снижение массы тела: больной потерял 6кг в течение 6 месяцев (с 22 марта по 22 сентября). Больного беспокоит тугой стул, метеоризм, появляющийся при приёме большого количества углеводов, урчание, ощущение жжения в области языка ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью, проходящее к утру, заставляющее больного просыпаться. Выпивает 2,5л жидкости в день. Геморроя и трещин заднего прохода нет.

### Мочеполовая система

Мочеиспускание 4-5 раз в день, имеется затруднение мочеиспускания. Болей при мочеиспускании, болей внизу живота, задержки мочеиспускания не наблюдается. Отёков на лице не наблюдается. Моча соломенно-жёлтого цвета, прозрачна.

Опорно-двигательная система

Болей в костях, суставах, мышцах, ночных болей не отмечает. Двигательные функции сохранены в полном объеме. Опухолей, деформаций костей и суставов нет.

Нервная система

Характер уравновешенный, больная охотно идет на контакт. Быстрой утомляемости, снижения памяти и внимания не отмечает. Продолжительность сна 6-7 часов. Обмороков, гиперстезий, анестезий, головных болей, нарушений движений нет.

## Анамнез настоящего заболевания.

В 1993 году больной впервые обратился к участковому врачу по поводу давящих болей в правом подреберье, возникающих через 15 минут после приёма любой пищи, проходящих самостоятельно через 2-3 часа, общей слабости, возникающей чаще весной, отвращения к жирной и жареной пище, ощущение жжения в области языка. Проводились общие анализы крови, мочи и ФГДС. Врач поставил диагноз хронического холецистита и посоветовал диету с большим содержанием зелени и ограничением жирной и жареной пищи. Медикаментозной терапии назначено не было. После этого больной к врачу не обращался. Ежегодно в осенне-весенний период больного беспокоила общая слабость, но он не обращал на это внимания. В сентябре 2003 года больной почувствовал появление общей слабости. В феврале 2004 года общая слабость усилилась. В марте 2004 года больной отметил появление давящих болей в правом подреберье, возникающих через 15 минут после приёма любой пищи, проходящих самостоятельно через 2-3 часа, общей слабости, отвращения к жирной и жареной пище, ощущение жжения в области языка. В связи с сохраняющейся общей слабостью больной 22 марта перешёл на раздельное питание и ограничил потребление жидкости менее 0,5л в день. Такой диеты больной придерживался в течение 1,5 месяца, причём кроме сохраняющейся общей слабости и болей отметил появление ощущения дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающего ночью, проходящего к утру, заставляющего больного просыпаться, запоров и метеоризма. С 22 марта по 22 сентября больной потерял 6кг веса. К врачу не обращался. 15 сентября 2003 года больной обратился в Клинический лечебно-диагностический центр клиник СибГМУ с жалобами на прогрессирующую общую слабость, боли в правом подреберье давящего характера, высокой интенсивности, возникающие после еды, проходящие самостоятельно в течение 2-3 часов, не иррадиирующие, тугой стул, метеоризм, появляющийся при приёме большого количества углеводов, урчание, ощущение жжения в области языка, ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью, проходящее к утру, заставляющее больного просыпаться, отвращение к жирной и жареной пище, снижение массы тела. Больному было проведено обследование ФГДС, ректороманоскопия, УЗИ внутренних органов, общие анализы мочи и крови, и поставлен предварительный диагноз хронического энтероколита в стадии обострения и хронического энтероколита. 22 сентября 2003 года больной был направлен терапевтом Клинического лечебно-диагностического центра клиник СибГМУ Колиной Ниной Николаевной в плановом порядке в клиники СибГМУ.

***Общая симптоматология заболевания.***

В период болезни пациент потерял 6кг веса. Отмечает общую слабость, нарушение сна, снижение работоспособности, запоры, ухудшение самочувствия. Головных болей, головокружений не отмечает.

***Личный анамнез больного.***

Симаковский Владимир Александрович родился 7 мая 1950 года. Роды в срок, кормление грудью. Развивался соответственно возрасту. В детстве перенёс корь, краснуху, ветрянку, паротит, коклюш. В возрасте 3,5 лет перенёс воспаление лёгких. В школу пошёл в 7 лет. Половое созревание произошло в 13 лет. В 1968 году была произведена двухсторонняя тонзиллэктомия по поводу хронического тонзиллита. Травм и других заболеваний не отмечает. Имеет наследственную медленно прогрессирующую миопию (сейчас зрение составляет –12 на правом глазу и –14 на левом), по поводу которой был освобождён от физкультуры. С 16 лет занимается лыжным спортом, в 2003 году прервал занятия спортом. С 1968 года серьёзно занимается лыжным спортом, ходил по 20км 3 раза в неделю, участвовал в соревнованиях инвалидов, занимал призовые места. В 1975 году женился, от брака имеет двое здоровых детей. В 1978 году женился повторно, от второго брака также имеет двоих здоровых детей.

***Социально-бытовой анамнез.***

Больной проживает в общежитии. Материально обеспечен, питается регулярно. Алкоголь употреблял нерегулярно, «по праздникам», приблизительно раз в 2 недели. Последний раз выпил 2 бутылки пива 0,5л на 400летие Томска. Наркотики не употребляет. Курил с 16 лет нерегулярно, полпачки в месяц, в 2003 году бросил курить.

***Профессиональный анамнез.***

Основная профессия - биолог с правом преподавания физики, химии и биологии. Работать начал с 17 лет на заводе «Сибкабель» контролёром в лаборатории. Проработал 2 года. Имел 8-часовой рабочий день с 1-часовым перерывом на обед. Профессиональных вредностей не отмечает. Имел регулярное полноценное трехразовое питание, всегда горячую пищу в обед. Сон составлял не менее 7 часов в день. Работал в закрытых помещениях с искусственным освещением, комнатной температурой воздуха, без вредных газов, пыли. Работа дневная, без перенапряжений, возможностей травм или отравлений. Положение тела при работе свободное. Затем обучался в СибГМУ на МБФ. С 1975 по 1976 год работал на кафедре нормальной физиологии в СибГМУ преподавателем. Имел 16 часов работы в неделю. Профессиональных вредностей не отмечает. Имел регулярное полноценное трехразовое питание, всегда горячую пищу в обед. Сон составлял не менее 7 часов в день. Работал в закрытых помещениях с искусственным освещением, комнатной температурой воздуха, без вредных газов, пыли. Работа дневная, без перенапряжений, возможностей травм или отравлений. Положение тела при работе свободное. Зрение резко снизилось. С 1976 по 1977 год работал в «НИИ Курортологии и физиотерапии». Имел 8-часовой рабочий день с 1-часовым перерывом на обед. Профессиональных вредностей не отмечает. Имел регулярное полноценное трехразовое питание, всегда горячую пищу в обед. Сон составлял не менее 7 часов в день. Работал в закрытых помещениях с искусственным освещением, комнатной температурой воздуха, без вредных газов, пыли. Работа дневная, без перенапряжений, возможностей травм или отравлений. Положение тела при работе свободное. С 1977 по 1982 год преподавал в вечерней школе. Имел 8-часовой рабочий день с 1-часовым перерывом на обед. Профессиональных вредностей не отмечает. Имел регулярное полноценное трехразовое питание, всегда горячую пищу в обед. Сон составлял не менее 7 часов в день. Работал в закрытых помещениях с искусственным освещением, комнатной температурой воздуха, без вредных газов, пыли. Работа дневная, без перенапряжений, возможностей травм или отравлений. Положение тела при работе свободное. В 1982 году получил 2 группу инвалидности по зрению, в связи с чем в 1983 году окончил курсы массажа в «НИИ Курортологии и физиотерапии». С 1983 по 1988 год работал массажистом в профилактории строительного института. Имел регулярное полноценное трехразовое питание, всегда горячую пищу в обед. Сон составлял не менее 7 часов в день. Работал в закрытых помещениях с искусственным освещением, комнатной температурой воздуха, без вредных газов, пыли. Работа дневная, связана с перенапряжением, возможностей травм или отравлений. Положение тела при работе вынужденное.

## Семейный анамнез.

## Мать умерла в 2000 году в возрасте 92 лет от старости. Имела заболевание желудочно-кишечного тракта, какое больной не знает. Отец умер в 1982 году в возрасте 77 лет от заболевания пищеварительной системы, какого больной не знает. Больной наследовал от отца медленно прогрессирующую миопию. Больной является вторым ребёнком в семье, имеет здорового старшего брата. Больной имеет 4 здоровых детей. Других наследственных заболеваний и семейных инфекций не имеет.

## Аллергологический анамнез.

Аллергической реакции на продукты питания, медикаменты, парфюмерию, растения, пыль, животных не имеется.

# Общие исследования.

**Общее состояние больного** удовлетворительное.

**Вид больного:** положение тела активное, выражение лица осмысленное, сознание полное. Поведение спокойное, характер уравновешенный, подвижность хорошая, походка ровная.

**Вес:** 71,8кг

**Рост:** 172см

**Тип телосложения:** нормостенический

**Развитие** пропорциональное

**Кожа:** розового цвета, сухая, эластичная, кожные сосуды не расширены, тургор не снижен

**Подкожный жировой слой:** нормально выражен, отложения жира равномерные, отёков не выявлено

**Видимые слизистые оболочки** розовые, желтушности склер не выявлено

**Исследование полости рта:**

*зубы:* имеется металлическая коронка на верхнем резце, имеются 4 моста с 5 по 8 зуб с каждой стороны на обеих челюстях; *дёсны* розовые, чистые, влажные; *язык* обложен беловатым налётом, желтеющим в области корня языка; *нёбо* и *зёв* розовые, чистые, влажные; *нёбные миндалины* отсутствуют.

**Волосы:** седые, сухие, не выпадают.

**Лимфатические узлы:** при общем осмотре увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается. Пальпаторно околоушные, затылочные, поднижнечелюстные, шейные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные и подколенные лимфоузлы не увеличены.

**Щитовидная железа:** не увеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная, поверхность ровная, пульсации нет.

**Развитие скелета:**

**Голова:**Череп правильной формы, без аномалий развития. Признаков рахита, акромегалии, гидроцефалии нет. Шея правильной формы, не искривлена, не утолщена, региональных набуханий не наблюдается. Пульсации сонных артерий, набухания наружных ярёмных вен не наблюдается.

**Грудная клетка:** нормостенического типа, обе половины симметричны. Межрёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол составляет 90 градусов. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Плечевой и тазовый пояс не деформированы.

**Позвоночник:** не искривлен, безболезненный при поколачивании. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита и экзостоза нет. **Суставы** верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, безболезненны, движения сохранены в полном объеме.

**Ногти:** нормальной формы, прозрачны, не ломки, признаков деформации, грибковых поражений нет.

**Мышечная система:**развита хорошо, симметрично, тонус умеренный, болезненности при прощупывании нет, атрофии отдельных групп мышц нет.

#### **Объективное исследование по органам**

**Дыхательная система**

*Осмотр:* Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Функции гортани не нарушены. Выдыхаемый воздух без запаха. Грудная клетка гиперстенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Одышки не наблюдается. Частота дыхания 16 дыхательных движений в минуту.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках. Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Над передними отделами самый ясный перкуторный звук в III межреберье по среднеключичной линии, самый тихий звук в Моренгеймовской ямке. Над задними отделами самый ясный перкуторный звук под лопаткой, самый тихий звук на лопатках.

##### Окружность грудной клетки:

при спокойном дыхании: 97см

при выдохе: 91 см

при вдохе: 101 см

*Топографическая перкуссия лёгких.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Высота верхушек лёгких спереди | 2,5 см | 2,5 см |
| Высота верхушек лёгких сзади | 2 см вправо от VI шейного позвонка | 2 см влево от VI шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 4,5 см | 4,5 см |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нижняя граница лёгких по линиям: | Справа на уровне | Слева на уровне | Подвижность нижней границы лёгких |
| Окологрудинной | V межреберья | - | Сохранена |
| Среднеключичной | VI ребра | - | Сохранена |
| Передней подмышечной | VII ребра | VII ребра | Сохранена |
| Средней подмышечной | VIII ребра | VIII ребра | Сохранена |
| Задней подмышечной | IХ ребра | IХ ребра | Сохранена |
| Лопаточной | Х ребра | Х ребра | Сохранена |
| Околопозвоночной | Остистого отростка ХI грудного позвонка | Остистого отростка ХI грудного позвонка | Сохранена |

*Аускультация лёгких:* над проксимальными и дистальными отделами лёгких выслушивается нормальное везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

###### Сердечно-сосудистая система

*Сердце:*

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет. АД=120\80 мм рт. ст.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости сердца | Абсолютной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины | В V межреберье справа по левому краю грудины |
| Верхняя | На уровне III ребра | На уровне IV ребра |
| Левая | В V межреберье на 1,5 см кнутри от срединноключичной линии | В V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии |

*Поперечник сердца* составляет 12 см, что соответствует норме (рост:10 – 4 см больше полученного значения; 170 см:10 -4см =13см).

*Длинник сердца* составляет 13 см, что соответствует норме (рост:10 -3см больше полученного значения; 170 см:10 -3см =14см).

*Ширина сосудистого пучка* во II межрберье составляет 4,5 см, что соответствует норме.

*Аускультация:* ритм синусовый, I тон выслушивается на верхушке сердца и в проекции трёхстворчатого клапана после длительной паузы, совпадает с пульсовой волной, громче, продолжительней и ниже по тональности по сравнению со II тоном; II тон выслушивается в проекции легочного и аортального клапанов после короткой паузы, не совпадает с пульсовой волной, громче, выше по тональности и меньше по продолжительности по сравнению с I тоном, причём над аортальным клапаном он слышен лучше.

*Сосуды* (лучевые артерии, сонные артерии, югулярные вены): не расширены, пульсация не видна. Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс* составляет 78 ударов в минуту, одинаков на обеих руках, ритмичен, не учащен, форма пульсовой волны правильная, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластична.

*Артериальное давление* составляет 120\80 мм рт. ст.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:* слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Небные миндалины отсутствуют. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, обложен беловатым налётом, желтеющим в области корня языка. Зубы: имеется металлическая коронка на верхнем резце, имеются 4 моста с 5 по 8 зуб с каждой стороны на обеих челюстях. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, участков пигментации нет. Скопления жидкости и газов не определяется. Видимой перистальтики нет.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в околопупочной области. При аускультации выслушивается шум перистальтики кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

*Желудок:*

Над желудком определяется низкий тимпанический звук, нижняя граница лежит на 4см выше пупка. Шум плеска не определяется. Пальпаторно большая кривизна желудка лежит на 4см выше пупка, ровная, эластичная, при пальпации безболезненная.

*Кишечник:*

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации болезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Поджелудочная железа:*

Пальпация в зонах Шопара и Губергритца безболезненная, железа не пальпируется.

*Печень:*

Перкуссия.

Границы:

1. нижний край печени расположен на уровне правой среднеключичной линии и соответствует краю рёберной дуги.

1. левая граница на 0,5 см правее левой парастернальной линии.
2. граница относительной тупости печени соответствует V ребру.
3. граница абсолютной тупости печени соответствует VI ребру.

Пальпация: печень пальпируется в правом подреберье, край острый, поверхность ровная, консистенция нормальная, безболезненна, выходит на 1 см из-под края рёберной дуги по среднеключичной линии.

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 7см.

*Желчный пузырь:*

Пальпаторно желчный пузырь не определяется, пальпация болезненна. Симптомы Захарьина, Образцова-Мерфи, Ортнера положительные, симптомы Мюсси-Георгиевского и Василенко отрицательны.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 13см

Поперечник = 5см

Верхняя граница: IX ребро

Нижняя граница: XI ребро

Задний верхний полюс: по l. scapularis

Передний нижний полюс: не выходит за l.costoarticularis

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон в положении лежа и стоя. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется.

**Нервная система**

Больная настроена доброжелательно, охотно идет на контакт. Речь не изменена, чувствительность сохранена. Расстройств координации не наблюдается, походка ровная. Ассиметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону не наблюдается. Сухожильные рефлексы сохранены. Симптомы Бабинского, Гордона, Оппенгейма, Россолимо отрицательные. Зрачки равномерно реагируют на свет.

# Анализы.

## Общий анализ крови (23.09.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы п/я, %  Нейтрофилы с/я, %  Эозинофилы, %  Базофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 151  4,36  1,0  5,8  5  2  73  2  0  17  6 | 132 – 164  4,5 – 5,1  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  1 – 10  0 – 6  47 – 72  0,5 – 5  0 – 1  19 – 37  3 – 11 |

Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | | Полученные данные | Нормальные величины |
| нейтрофилы | Миелоциты | - | - |
| Метамиелоциты | - | - |
| Палочкоядерные | 2 | 0 – 6 |
| Сегментоядерные | 73 | 47 – 72 |
| Эозинофилы | | 2 | 0,5 – 5 |
| Базофилы | | 0 | 0 – 1 |
| Лимфоциты | | 17 | 19 – 37 |
| Моноциты | | 6 | 3 – 11 |

## Заключение. Имеется лёгкое повышение содержания сегментоядерных нейтрофилов.

## Биохимический анализ крови (23.09.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Билирубин (общий/прямой), мкмоль/л  Общий белок, г/л  Тимоловая проба  Глюкоза, ммоль/л  АСАТ, мккат/л  АЛАТ, мккат/л  α-амилаза сыворотки, ед  мочевина, моль/л  креатинин, моль/л  Натрий, моль/л  Калий, моль/л | 9,25  75  2  4,8  0,2  0,3  17  4,4  0,1  146  4,9 | 8,55 – 20,05/не более 25% от общего  65 – 85  0 – 7 у.е. и ниже  3,5 – 5,7  0,1 – 0,42  0,1 – 0,42  12 – 32  2,5 – 8,3  0,044 – 0,12  130 – 150  3,4 – 5,3 |

*Заключение.* Патологических изменений не выявлено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Альбумины | 63,2 | 55-69 |
| А1-глобулины | 2,0 | 1,6-5,8 |
| А2-глобулины | 7,0 | 5,9-110 |
| В-глобулины | 14,0 | 7,9-14,0 |
| У-глобулины | 13,8 | 11-18 |
| Белковый коэффициент | 1,72 | 0,92-1,56 |

## Заключение. Патологических изменений не выявлено.

## Показатели свёртываемости крови (23.09.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  АЧТВ, с  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 72,2  40  3,0  отр. | 80 – 105  25 – 35  2,5 – 3,5  отр. |

## Заключение. Патологических изменений не выявлено.

## Показатели свёртываемости крови (27.09.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  АЧТВ, с  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 81,1  39  3,0  отр. | 80 – 105  25 – 35  2,5 – 3,5  отр. |

## Заключение. Патологических изменений не выявлено.

## Общий анализ мочи (23.09.04)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | Соломенно-жёлтый  Прозрачная  1014  отр.  Лейкоциты 1-2 в поле зрения, свежие эритроциты, клетки плоского эпителия |

## Заключение. Патологических изменений не выявлено.

## Общий анализ мочи (27.09.04)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | Соломенно-жёлтый  Прозрачная  1015  отр.  20-16 свеж. эритроциты, оксалаты + , клетки плоского эпителия |

## Заключение. Патологических изменений не выявлено.

## Общий анализ мочи (30.09.04)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | Соломенно-жёлтый  Прозрачная  1015  отр.  Лейкоциты единичные в поле зрения, соли оксалатов, клетки плоского эпителия |

# *Заключение.* Патологических изменений не выявлено.

# Трёхстаканная проба (29.09.04)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Реакция | Эритроциты единичные, оксалаты |
| Желчные пигменты | Эритроциты 0-11, оксалаты |
| Микроскопия осадка | Эритроциты единичные, оксалаты |

*Заключение.* Патологических изменений не выявлено.

**Анализ мочи по Зимницкому.(5.10.04)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № порции | Время | Количество | Удельный вес |
| 1 | 6-9 часов | 250,0 | 1012 |
| 2 | 9-12 часов | 250,0 | 1014 |
| 3 | 12-15 часов | 230,0 | 1015 |
| 4 | 15-18 часов | 250,0 | 1010 |
| 5 | 18-21 часов | 250,0 | 1014 |
| 6 | 21-24 часов | 200,0 | 1015 |
| 7 | 24-3 часов | 250,0 | 1010 |
| 8 | 3-6 часов | 250,0 | 1012 |

|  |  |
| --- | --- |
| Дневной диурез | 980,0 |
| Ночной диурез | 950,0 |

*Заключение.* Патологических изменений не выявлено.

**Анализ мочи по Нечипоренко.(28.09.04)**

|  |  |
| --- | --- |
| Лейкоциты | 500 |
| Эритроциты | 250 |
| Цилиндры | Отрицательно |

*Заключение.* Патологических изменений не выявлено.

# Кал на яйца глистов:

# *Заключение:*

# 23.09.04.- яйца глистов не обнаружены

# 28.09.04.- яйца глистов не обнаружены Инструментальные исследования.

# 23.10.04. *РВ* отрицательно.

# *Кал на дисбактериоз*.(28.09.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Патогенные энтеробактерии  Общее количество кишечной палочки  Кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью  Гемолизирующая кишечная палочка  Прочие энтеробактерии: Enterobacter cloacae  Протей  Энтерококки  Стафилококки:  -коагулоотрицательные  -коагулоположительные  Бифидобактерии  Грибы рода Кандида  Лактобактерии  Молочнокислый стрептококк  Неферментирующие грамотрицательные бактерии | 0  0  0  0  100%  0  0  0  0  менее 10\*7  0  менее 10\*6  менее 10\*6  0 | 0  300-400 млн\г  до 10%  0  до 5%  до 10\*4  до 22%  до 10\*4  до 10\*3  от 10\*7  0  от 10\*6  от 10\*7  до 10\*3 |

# *Заключение.* Имеется дисбактериоз кишечника.

# *Дуоденальное зондирование.(1.10.04)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Введение зонда  Порция А  Длительность А  Раздражитель  Время до выделения А1  Длительность выделения А1  Длительность выделения В  Длительность выделения С | 9.00  30  15  магнезия  5  6  25  20 | 20-40  14-16  4-7  3-6  20-30  20-30 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Порция | Объём | Скорость выделения | Цвет | Прозрачность | Уд. вес | рН |
| А | 20,0 | 1 | Золотисто-жёлтый | Прозрачна | П\м | Лейкоциты 3-5, клетки плоского эпителия |
| А1 | 5,0 | 1 | Золотисто-жёлтый | Прозрачна | - | - |
| В | 45,0 | 2 | Оливы | Прозрачна | Хл++ | Лейкоциты 2-4, слизь+ |
| С | 30,0 | 1,5 | Золотисто-жёлтый | Прозрачна | Хл+ | Лейкоциты 2-3 |

# *Заключение.* Дискинезии желчных протоков не выявлено.

# *ЭКГ(23.09.04)*

# *Заключение.* Отклонение ЭОС влево. Ритм синусовый (66 в минуту). Небольшие изменения миокарда желудочков, преимущественно левого (обменного характера).

# *ЭКГ(28.09.04)*

*Заключение.* По сравнению с ЭКГ от 23.09.04 изменения миокарда желудочков обменного характера стали более выраженными.

# *ЭКГ(4.10.04)*

*Заключение****.*** По сравнению с ЭКГ от 28.09.04 изменения миокарда желудочков обменного характера стали менее выраженными.

# *ВЭМ.(1.10.04)*

Т=1, 120 Вт

А=нет

Опущения ST=нет

КПН: субмаксимальная, ЧСС =147 в минуту, одышка.

***УЗИ предстательной железы.(24.09.04.)***

*Заключение.* ДГПЖ без признаков ХЗМ.

***УЗИ внутренних органов.(27.09.04.)***

*Заключение.* Признаки хронического холецистита. Киста почечного синуса слева. Умеренное опущение обеих почек.

# Течение болезни.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Месяц, число, температура тела, пульс | Дневник | Назначения |
| 22.09  АД= 120\85 мм рт. ст.  Пульс 61 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,9  ЧД=12\мин | Больной предъявляет жалобы на боли в правом подреберье давящего характера, высокой интенсивности, возникающие после еды, прогрессирующую общую слабость, ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью, тугой стул, метеоризм, появляющийся при приёме большого количества углеводов. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Сбор анамнеза. | Режим клинический. Стол №4б.  Tab.Mezim-forte по 1 таблетке  3 раза в день во время еды.  Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия системы крови, реакция Вассермана, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, УЗИ предстательной железы. Копрограмма. Анализ кала на дисбактериоз. Кал на яйца глистов трёхкратно. |
| 23.09 АД= 130\90 мм.рт.ст.  Пульс 66 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,6  ЧД=14\мин | Ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью и метеоризм прекратились. Больной предъявляет жалобы на боли в правом подреберье давящего характера, средней интенсивности, возникающие после еды и общую слабость. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. Проведение объективного исследования | Режим клинический. Стол №4б.  Tab.Mezim-forte по 1 таблетке  3 раза в день во время еды. |
| 24.09 АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 63 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,6  ЧД=12\мин | Больной предъявляет жалобы на боли в правом подреберье давящего характера, средней интенсивности, возникающие после еды и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. Уточнение анамнеза, проведение объективного исследования. | Режим клинический. Стол №4б. Tab.Mezim-forte по 1 таблетке  3 раза в день во время еды.  Tab. Omezi 0,02  по 1 капсуле утром и на ночь.  Tab. Амоксициллин 1,0  2 раза в день в конце еды.  Tab. Metronidasoli 0,5 по 1 таблетке 2 раза в день в конце еды.  Sol. Platyphillini hydrotartratis 1ml под кожу ежедневно.  Общий анализ мочи, биохимия системы крови, ПТИ, АЧТВ. |
| 27.09  АД= 120\85 мм.рт.ст.  Пульс 62 уд\мин  t утро=36,4  t вечер=36,4  ЧД=13\мин | Боли в правом подреберье уменьшились. Больной предъявляет жалобы на общую слабость. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. ЭКГ, ВЭМ, консультация инфекциониста. |
| 28.09  АД= 120\80 мм. рт. ст.  Пульс 60 уд\мин  t утро=36,2  t вечер=36,2  ЧД=12\мин | Боли в правом подреберье уменьшились. Больной предъявляет жалобы на общую слабость. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. Консультация окулиста. |
| 29.09  АД= 120\85 мм. рт. ст.  Пульс 63 уд\мин  t утро=36,2  t вечер=36,4  ЧД=14\мин | Боли в правом подреберье и общая слабость уменьшились. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. Общий анализ крови, общий анализ мочи, дуоденальное зондирование, 3х стаканная проба. |
| 30.09  АД= 120\80 мм. рт. ст.  Пульс 65 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,2  ЧД=12\мин | Больной предъявляет жалобы на общую слабость, давящие боли за грудиной, спонтанно возникающие вечером, длящиеся 10-20 минут, иррадиирующие в нижнюю челюсть, сопровождающиеся сердцебиением. Боли в правом подреберье уменьшились. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же.  Tab. Nitroglycerini 0,5 по 1 таблетке под язык при болях в грудной клетке.  Физиотерапия: хлоридно-натриевые ванны. КВЧ на нижнюю треть грудины. Эндоназальный электрофорез с тренталом. |
| 1.10 АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 62 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=13\мин | Больной предъявляет жалобы на общую слабость, давящие боли за грудиной, постоянное затруднение и задержку мочеиспускания, не сопровождающиеся болями. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. Анализ мочи по Зимницкому. |
| 4.10 АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 62 уд\мин  t утро=36,4  t вечер=36,4  ЧД=12\мин | Больной предъявляет жалобы на общую слабость, давящие боли за грудиной, купирующиеся нитроглицерином в течение 1-2 минут, постоянное затруднение и задержку мочеиспускания. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же.  Отмена нитроглицерина.  Tab. Nitrosorbidi 0,04  по 1 таблетке 3 раза в день. |
| 5.10 АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 63 уд\мин  t утро=36,4  t вечер=36,9  ЧД=14\мин | Больной предъявляет жалобы на общую слабость, давящие боли за грудиной, постоянное затруднение и задержку мочеиспускания Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. |
| 6.10 АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 61 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=12\мин | Больной предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной, постоянное затруднение и задержку мочеиспускания Состояние удовлетворительное, общая слабость уменьшилась. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. |
| 7.10 АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 62 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=12\мин | Больной предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной, постоянное затруднение и задержку мочеиспускания Состояние улучшилось, общая слабость снизилась. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим клинический. Стол №4б. Назначения те же. |

# Обоснование диагноза.

**Основное заболевание**: хронический энтерит, период обострения, средняя степень тяжести.

Основные субъективные (прогрессирующая общая слабость, тугой стул, метеоризм, появляющийся при приёме большого количества углеводов, урчание, ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью, проходящее к утру и заставляющее больного просыпаться, снижение массы тела, больной потерял 6кг в течение 6 месяцев) и объективные признаки (боль при пальпации околопупочной области) дают возможность сделать предположение о наличии заболевания тонкого кишечника. Уточнение диагноза проводится с помощью копрологических данных (где выявлено явление дисбактериоза кишечника второй стадии, субкомпенсированной формы), проверки наличия факторов риска (в данном случае имеется неблагоприятный семейный анамнез и многолетний хронический холецистит) и возможных причин заболевания (в данном случае возможно сезонное обострение хронического холецистита и полуторамесячная неправильная диета). На основании перечисленных данных можно поставить диагноз хронического энтерита в стадии обострения, имеющего среднюю степень тяжести по течению (см. Особенности течения заболевания), осложнённого метаболической кардиомиопатией (в результате возникновения которой выявляются жалобы на давящие боли за грудиной, спонтанно возникающие вечером, длящиеся 10-20 минут, проходящие самостоятельно или купирующиеся нитроглицерином, сопровождающиеся сердцебиением (Роуз отрицателен), инспираторную одышку, возникающую при физической нагрузке).

**Фоновые заболевания:** хронический холецистит, период обострения, лёгкая степень тяжести, без дискинезии желчевыводящих путей; метаболическая кардиомиопатия.

Основные субъективные (боли в правом подреберье давящего характера, высокой интенсивности, возникающие после еды, проходящие самостоятельно в течение 2-3 часов, иррадиирующие в правую лопатку, ощущение жжения в области языка, отвращение к жирной и жареной пище) и объективные признаки (болезненная пальпация в точке желчного пузыря, положительные симптомы Захарьина, Образцова-Мерфи и Ортнера) дают возможность сделать предположение о наличии заболевания желчевыделительной системы. Уточнение диагноза проводится с помощью данных ультразвукового исследования (где выявлены признаки хронического холецистита), проверки наличия факторов риска (в данном случае имеется неблагоприятный семейный анамнез) и возможных причин заболевания (в данном случае возможно сезонное обострение хронического процесса и полуторамесячная неправильная диета). На основании перечисленных данных можно поставить диагноз хронического холецистита в стадии обострения, имеющего лёгкое течение (сезонные обострения 1-2 раза в год), без дискинезии желчевыводящих путей (по данным дуоденального зондирования).

**Сопутствующие заболевания:** миопия, киста левого почечного синуса.

Многолетняя инволюция остроты зрения, данные осмотров офтальмолога и неблагоприятный семейный анамнез дают возможность установить и подтвердить диагноз медленно прогрессирующей наследственной миопии. Субъективные признаки (постоянное затруднение и задержка мочеиспускания) и данные ультразвукового исследования дают возможность установить наличие кисты в левом почечном синусе.

Дифференциальный диагноз.

Диагноз энтерита ставится на основании клинических, копрологических, реже — рентгенологических данных. Дифференциальная диагностика проводится с большим кругом заболеваний: гастритом с пониженной секреторной функцией желудка, заболеваниями поджелу­дочной железы (хронический панкреатит, липома — опухоль поджелудочной же­лезы, продуцирующая вазоактивный интестинальный полипептид, усиливающий секрецию ионов натрия, хлора и воды в просвет кишечника) с помощью ФГДС и биохимического анализа крови.

Сложна дифференциальная диагностика с другими болезнями тонкой киш­ки: болезнью *Крона,* глютеновой энтеропатией, дивертикулёзом и опухолями, болезнью *Уиппла,* туберкулёзным илеотифлитом. В таких случаях пользуются данными рентгенографии, ФГДС, копрографии, и т.д.

Для туберкулёзного поражения кишечника характерны лихорадка, боли в правой подвздошной области, возможны признаки частичной кишечной непроходимости. Морфологически определяется казеозный некроз сли­зистой оболочки подвздошной кишки, выявляют лейкоцитоз, увеличение СОЭ, положительная реакция *Манту,* посттуберкулёзные изменения в лёгких.

В дифференциальной диагностике с амилоидозом кишечника помогает обнаружение амилоида в строме и в стенках артериол при биопсии.

Определённые трудности могут возникнуть при дифференциальной диа­гностике с болезнями толстой кишки, но у больных с воспалительным заболеванием толстой кишки и функциональными заболеваниями даже при длительном течении болезни отсутствуют признаки нарушенного вса­сывания, присущие больным с патологией тонкой кишки.

**Этиология, патогенез, патологическая анатомия**.

При первичных хронических энтеритах причиной воспаления в тонком кишечнике могут являться гиповитаминозы, однообразная растительная пища, содержа­щая грубые, трудноусвояемые продукты, что и наблюдается в случае данного больного. Возникновению хронического энтерита способствуют систематические нарушения диетического режима, продолжавшиеся у больного в течение 1,5 месяцев. Хронический энтерит обусловлен в первую очередь атрофией слизистой оболочки тонкого кишечника. Воспалительный процесс рас­пространяется на другие слои кишечника со стороны слизистой оболочки. Возникают эрозии и изъязвления слизистой оболочки, исчезают ворсинки. При гистологическом изучении биоптатов дистальных отделов две­надцатиперстной и подвздошной кишки выявляют дистрофические изменения энтероцитов, умеренно выраженную атрофию ворсинок, клеточную инфильтра­цию стромы с преобладанием плазмоцитов и лимфоцитов. Воспалительные инфильтраты при поражении тонкого кишечника отличаются тем, что вокруг ядра лимфоцитов, находящихся в тканях, обнаруживается светлый ободок, а сами ядра гиперхромны. Инфильтраты локализуются в основном у основания ворсинок. Клетки инфильтратов напоминают малые лимфоциты, и располагаются они даже на уровне ядер железистого эпителия. Создается впечатление, что такие клетки готовы к лимфопедезу. Средняя толщина слизистой оболочки меньше, чем в норме. Нормальные цилиндрические ворсинки деформируются, слипаются. В цито­плазме эпителиальных клеток находят вакуоли, замечают значительное увеличение содержания РНК. Понижается активность щелочной фосфатазы, особенно на поверхности деформированных ворсинок. Уменьша­ется активность окислительно-восстановительных ферментов. Крипты кистевидно, расширены, а в их просвете содержится богатая белком жидкость. На месте крипт, если они исчезают, распространяются фиброзные и мышечные волокна, тонкостенные сосуды.

Особенности течения заболевания.

Хронический энтерит— заболевание длительное, продолжающееся более 3 месяцев, протекающее с периодами ремиссии и обострения. Условно выделяется три степени тяжести болезни.

При *легком течении (I степень) энтерита* обна­руживаются основные признаки заболевания — урчание в кишечнике, метеоризм, боли в животе, иногда бывают поносы, чередующиеся с запорами. Общее состояние больного страдает мало. Синдром нарушения всасывания в кишечнике выявляется только путем копрологического исследования. Наблюдается легкое снижение массы тела у части больных.

Хронический *энтерит средней (II степени) тя­жести* сопровождается выраженными признаками поражения тонко­го кишечника, поносами и отчетливыми признаками нарушения всасыва­ния в кишечнике. Полифекалия, креаторея, стеаторея как симптомы постоянны. Почти у 1/2 больных дефицит массы тела колеблется в границах 10 кг или превышает 10 % от нормы. Длительное и упорное лечение позволяет добиться значительного улучшения.

При *тяжелом (III степени тяжести) течении* заболевания наблюдаются не только поносы, но и значительный дефицит массы тела, превышающий 10 кг. Кожа и видимые слизистые сухие. Появляются признаки гипо- или авитаминоза. Нарастают прояв­ления интоксикации (тахикардия, слабость, плохой аппетит, потли­вость), утолщаются концевые фаланги пальцев, ногти приобретают фор­му часовых стекол. У части больных начинают отмечаться признаки амилоидоза почек, печени, селезенки, плюригландулярной недостаточ­ности. Развивается остеопороз. Возникают симптомы поражения печени, желудка, толстого кишечника, дистрофии миокарда, анемии, панкреати­та. Активность воспалительного процесса в кишечнике прослеживается постоянно.

В случае данного больного сильно страдает общее состояние (больной отмечал сильную общую слабость), имеются выраженне признаки поражения тонко­го кишечника с поносами и отчетливыми признаками нарушения всасыва­ния в кишечнике, что характерно для второй степени тяжести хронического энтерита. Также наблюдается метеоризм, боли в животе, снижение массы тела всего на 6кг, что характерно для первой степени тяжести хронического энтерита. Имеются изменения миокарда желудочков обменного характера, что характерно для третьей степени тяжести хронического энтерита. Исходя из этого, можно диагностировать в данном случае среднюю степень тяжести течения хронического энтерита.

Прогноз.

*Прогноз для здоровья.* Возможно улучшение состояния вследствие перехода заболевания в стадию ремиссии при соблюдении всех врачебных назначений, особенно диеты. Степень риска осложнений и обострений небольшая при строгом соблюдении диеты.

*Прогноз для жизни.* Заболевание в данное время жизни больного не угрожает, т.к. не имеет тяжёлой степени тяжести.

*Прогноз трудоспособности.* Заболевание, даже в фазе ремиссии ведёт к снижению физической трудоспособности, но инвалидности на данной стадии вызвать не может.

Стационарное лечение следует продолжить до полного исчезновения жалоб диспепсического характера, затем больного можно выписать на амбулаторное лечение.

**Обоснование применявшейся терапии.**

**Применявшиеся методы лечения:**

1. Диетический стол №4б
2. Режим клинический
3. Tab. Mezim-forte по 1 таблетке 3 раза в день во время еды.
4. Tab. Omezi 0,02 по 1 капсуле утром и на ночь.
5. Tab. Амоксициллин 1,0 2 раза в день в конце еды.
6. Tab. Metronidasoli 0,5 по 1 таблетке 2 раза в день в конце еды.
7. Sol. Platyphillini hydrotartratis 1ml под кожу ежедневно.
8. Tab. Nitrosorbidi 0,04 по 1 таблетке 3 раза в день.
9. Tab. Nitroglycerini 0,5 по 1 таблетке под язык при болях в грудной клетке.

**Цели лечения данного больного:** ликвидация обострения хронического энтероколита, хронического холецистита, достижение регресса кардиомиопатии, приостановление прогрессирования миопии, уменьшение проявлений кисты почечного синуса.

**Направления лечения:**

1. *Этиологическое*

Так как причинным фактором является алиментарный (как для хронического энтерита, так и для хронического холецистита), назначается диета. Диета должна быть полноценной, с повышенным количеством белка (до 130 г), 2/3 которого должны составлять животные белки; с нормальным содержанием жира (100—120 г) и углеводов (400—450 г). Энергетическая ценность диеты должна достигать 3200—3400 ккал. Соблюдается принцип механического и химического щажения: блюда готовят на пару или отва­ривают, консистенция пищи жидкая или кашицеобразная. Диета — важнейший способ лечения заболевания. Рекомендуется частое и дробное питание свежеприготовленной пищей в теплом виде, 6—7 раз в сутки. К пище добавляются поливита­минные препараты. С целью восстановления состава кишечной микрофлоры к пище рекомендуется добавлять простоквашу, кефир, используются концентрированный лиофилизированный колибактерин (по 2—4 дозы 4 раза в день), бифидумбактерин (по 1 ампуле—5 доз, 2—3 раза в день), лактобактерин (поЗ—6 доз 3 раза в день), бификол (по 1 флакону (5 доз) 2 раза в день), модифицированная культура ацидофильных палочек (по 2 дозы 3 раза в день). Бактериальные препараты принимаются за 40—60 мин доеды в течение 3 - 4 недель. Одновременно назначают комплекс витаминов группы В, никотиновую кислоту, витамины A, D, Е, К, С.

Одной из причин обострения или прогрессирования заболевания могут быть кишечные инфекции, паразитарная или глистная инвазия, поэтому антибактериальная терапия (как для хронического энтерита, так и для хронического холецистита) — обязательный компонент комплексного лечения. Антибактериальные препараты назначают на 10-14 дней или двумя непрерывными курсами ж 5-7 дней с заменой препарата. Для борьбы с бактериальными возбудителями (тифопаратифозные заболевания, болезнь, вызванная кишечной микрофлорой) применяются антибиотики: ампициллин — по 0,5—1,0 г 4—6 раз в сутки, левомицетин—по 0,5 г 4 раза в день, тетрациклин—по 0,2—0,3 г 4 раза в день, тетрациклина гидрохлорид — по 0,25 г 4 раза в день или таблетки морфоциклина — по 0,15 г 3 раза в день. Стрептомицин используется внутримышечно по 0,25 г 4 раза в сутки. Лечение антибиотиками продолжается 5—15 дней в зависимости от тяжести заболевания. Метронидазол также является противомикробным препаратом.

Уменьшает опасность возникновения тяжелого дисбактериоза лече­ние энтерита сульфаниламидными препаратами: фталазолом—по 1,0т 4 раза в сутки, салазосульфапиридопом — по 0,5 г 4 раза в сутки или бисептолом по 2 таблетки утром и вечером. Рекомендуются комбинации антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Лечение сульфаниламид­ными средствами продолжается 7—10 дней.

1. *Патогенетическое*

Для улучшения пищеварения рекомендуют ферментные препараты, такие как Мезим-форте. Это средство заместительной терапии при поносах, он улучшает пищеварение, что способствует восстановлению функций кишечника. Препарат Омез также является протектором ЖКТ. По данным Р. А. Златкиной, перспективным является стимуляция активности кишечных ферментов медикаментами. С этой целью рекомендуется также применять фолиевую кислоту по 20 мг 3 раза в день на протя­жении недели, что повышает активность инвертазы и ряда гликолитических ферментов в слизистой оболочке тонкой кишки; нсробол (по 15 мг в сутки внутрь в течение месяца) стимулирует активность амилазы на поверхности мембран клеток; аскорбиновая кислота повышает актив­ность протеолитических ферментов желудка.

1. *Симптоматическое*

Этот метод лечения применяется при неэффективности или невозможности использования первых двух методов лечения. Как симптоматическая терапия кисты почечного синуса применяется М-холиноблокатор платифиллин. Этот препарат обладает спазмолитической активностью, расслабляет гладкую мускулатуру почечного синуса, вследствие чего оказывает положительный эффект: уменьшает задержку и затруднение мочеиспускания. Нитроглицерин, как и нитросорбид, является антиангинальным средством и обладает сосудорасширяющим действием на коронарные сосуды. Поэтому он используется для профилактики возникновения ИБС на фоне метаболической кардиомиопатии.

1. *Физиотерапия* показана при минимальной активности воспалитель­ного процесса, наличии дискинезии тонкого кишечника, при нарушениях всасывательной его функции, а также при нарушениях функции желудка, печени, поджелудочной железы. Применяются аппликации грязей на живот при температуре 38—42 °С на протяжении 10—15 мин, 10—15 процедур па курс. С такой же целью используются аппликации парафина или озокерита на мезогастральную область. Индуктотерапия назначается при силе тока 160—180 мА, по 15—20 мин на курс, всего — 12—15 про­цедур; микроволновая терапия (аппаратом «Луч») при мощности 30—40 Вт, по 10—15 мин, ежедневно или через день, всего— 12—15 процедур. Эффективно электрическое поле УВЧ. Конденсаторные пластины помещаются в области мезогастрия при воздушном зазоре 3—4 см, продолжительность процедуры— 10—15 мин, на курс— 10—12 проце­дур. Болеутоляющим и нормализующим эффектом обладает ультрафио­летовое (УФ) облучение: две эритемные дозы на кожу живота и спины в области Т8—L4 (площадь облучения—300—400 см2).

КВЧ на нижнюю треть грудины применяется для снижения активности метаболических нарушений в сердечной мышце.

Хлоридно-натриевые ванны, как терапия бессонницы.

Эндоназальный электрофорез с тренталом для терапии миопии.

1. *Санаторно-курортное лечение* при энтеритах осуществляется на курортах Ессентуки, Пятигорск, Железноводск, Трускавец, Морщин, Друскининкай, Бирштонас и др. Назначаются питье теплой минеральной воды (температур.1 36—38 °С) по одному стакану 3 раза в день за 30—60 мин до приема пищи, грязелечение, ванны минеральные, углекислые, радоновые.

**Дальнейшие указания больному.**

Рекомендуется выполнение назначенного лечения и наблюдение у гастроэнтеролога в поликлинике после выписки. Соблюдение диеты №4б, питание должно быть регулярным, полноценным, дробным(6-7 раз в день). К пище рекомендуется добавлять поливитаминные комплексы (особенно при появлении общей слабости и в весенне-осенний период), кисломолочные продукты, нормализующие кишечную флору препараты (Бификол, Бифидумбактерин и т.д.). Рекомендуется ограничение физической активности (уменьшение интенсивности нагрузок при занятии лыжным спортом и другими видами спорта, исключить поднятие тяжестей и т.д.), санаторно-курортное лечение на курортах Ессентуки, Пятигорск, Железноводск, Трускавец, Морщин, Друскининкай, Бирштонас и др.

Эпикриз.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 22 сентября 2004 года был направлен терапевтом Клинического лечебно-диагностического центра клиник СибГМУ Колиной Ниной Николаевной в плановом порядке в приемное отделение клиник СибГМУ и в дальнейшем госпитализирован в клинику факультетской терапии. **Диагноз:**

**Основное заболевание**: хронический энтерит, период обострения, средняя степень тяжести.

**Фоновые заболевания:** хронический холецистит, период обострения, лёгкая степень тяжести, без дискинезии желчевыводящих путей; метаболическая кардиомиопатия.

**Сопутствующие заболевания:** миопия, киста левого почечного синуса.

## Основные жалобы при поступлении:

1. Боли в правом подреберье давящего характера, высокой интенсивности, возникающие после еды, проходят самостоятельно в течение 2-3 часов, иррадиирующие в правую лопатку.
2. Прогрессирующая общая слабость.
3. Тугой стул, метеоризм, появляющийся при приёме большого количества углеводов, урчание, ощущение жжения в области языка, ощущение дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, возникающее ночью, проходящее к утру, заставляющее больного просыпаться.
4. Отвращение к жирной и жареной пище.
5. Снижение массы тела, больной потерял 6кг в течение 6 месяцев (с 22 марта по 22 сентября).
6. Давящие боли за грудиной, спонтанно возникающие вечером, длящиеся 10-20 минут, проходящие самостоятельно или купирующиеся нитроглицерином, не иррадиирующие, средней интенсивности, сопровождающиеся сердцебиением.
7. Инспираторная одышка, возникающая при физической нагрузке (ходьба по ровному месту более 2 часов, подъём на 5 этаж).
8. Постоянное затруднение и задержка мочеиспускания, не сопровождающиеся болями.

Длителность заболевания составила 6 месяцев (сентябрь 2003- сентябрь 2004).

**Применявшиеся дополнительные методы исследования:** для подтверждения диагноза хронического энтерита было проведено копрологическое исследование (анализ кала на дисбактериоз, яйца гельминтов),для подтверждения диагноза хронического холецистита было проведено ультразвуковое исследование внутренних органов и дуоденальное зондирование, для подтверждения диагноза метаболической кардиомиопатии было проведено ЭКГ и ВЭМ.

**Применявшиеся методы лечения:**

1. Диетический стол №4б
2. Режим клинический
3. Tab. Mezim-forte по 1 таблетке 3 раза в день во время еды.
4. Tab. Omezi 0,02 по 1 капсуле утром и на ночь.
5. Tab. Амоксициллин 1,0 2 раза в день в конце еды.
6. Tab. Metronidasoli 0,5 по 1 таблетке 2 раза в день в конце еды.
7. Sol. Platyphillini hydrotartratis 1ml под кожу ежедневно.
8. Tab. Nitrosorbidi 0,04 по 1 таблетке 3 раза в день.
9. Tab. Nitroglycerini 0,5 по 1 таблетке под язык при болях в грудной клетке.

В период нахождения в клинике в состоянии больного наметились явные улучшения: исчезли дискомфорт в области желудочно-кишечного тракта ночью, метеоризм, урчание, ощущение жжения в области языка, уменьшились боли в правом подреберье, понизилась общая слабость. На сегодняшний день у больного остается незначительная слабость. Состояние удовлетворительное.

**Заключение:** больной выписывается на амбулаторное лечение.

**Рекомендации:** выполнение назначенного лечения и наблюдение у гастроэнтеролога в поликлинике после выписки, соблюдение диеты №4б, ограничение физической активности (уменьшение интенсивности нагрузок при занятии лыжным спортом и другими видами спорта), витаминотерапия при появлении общей слабости и в весенне-осенний период, санаторно-курортное лечение на курортах Ессентуки, Пятигорск, Железноводск, Трускавец, Морщин, Друскининкай, Бирштонас и др.

Список использованной литературы.

1. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. \ Под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С.Моисеева, А.С.Галявича.-М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004.
2. Пропедевтика внутренних болезней:\Учебник/В.Х.Василенко, А.Л.Гребенёв, В.С.Голочевская и др. Под ред. В.Х.Василенко, А.Л.Гребенёва.-3-е изд., перераб. и доп.-М.:Медицина,1989.
3. Пропедевтика внутренних болезней:\ А.Л.Гребенёв \Учебник:-4-е изд., перераб. и доп.-М.:Медицина,1995.
4. Болезни органов пищеварения: Диагностика, дифференц. Диагностика и лечение. - Мн.: Беларусь,1989.
5. Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней. \ В.П. Померанцев \- издание 3-е, переработанное и дополненное. - М.:ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ,2001.
6. Основы диагностики заболеваний внутренних органов: Учебное пособие.- Москва: ИКЦ «Март»,2003.
7. Руководство к практическим занятиям по фармакологии \ Под. Ред. Т.А. Замощиной, А.С. Соратикова.- Томск: Изд-во НТЛ, 2001.
8. Биохимические анализы в клинике \ Лифшиц В.М., Сидельникова В.И.: Справочник. - М.,МИА,1998.
9. Основы диагностики заболеваний внутренних органов \ Никитин А.В., Переверзев Б.М., Гусманов В.А.: Учебное пособие. –Москва: ИКЦ «Март», 2003.

**СОДЕРЖАНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.**

1. Официальные данные, диагноз.

2. Анамнез:

а) жалобы;

б) анамнез настоящего заболевания;

в) общая симптоматология заболевания;

г) личный анамнез

д) профессионально-производственные условия;

3. Общие исследования.

4. Объективные исследования по органам.

5. Данные лабораторных и инструментальных методов исс­ледования.

1. Дневник течения болезни.

**КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО**

7. Обоснование диагноза.

8. Дифференциальный диагноз.

9. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.

10. Особенности течения заболевания.

11. Прогноз.

12. Обоснование применявшейся терапии.

13. Дальнейшие указания больному.

14. Эпикриз.

15. Список использованной литературы.