

«Перекрёстки» кардиологии и гастроэнтерологии

Лукашевич Г.М.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, ассистент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Моногарова Н.Е.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, зав. кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, д.мед.н.

Клочков А.Е.

Главный врач ГПТД г. Донецка МЗ ДНР, д.мед.н.

Крюк М.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Шалаева И.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Коваль Е.Н.

ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина», Региональный эндокринологический центр, врач-эндокринолог

Фоменко П.Г.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Пациентка Н., 51 год.

Жалобы на постоянные пекущие, колющие боли в эпигастральной области преимущественно справа, в правом и левом подреберьях с иррадиацией в спину и под лопатки, усиливающиеся после любой еды через 15-20 минут, после обильного приема пищи; средней интенсивности, иногда выраженные, купирующиеся приемом спазмолитиков (но-шпа, папаверин, платифиллин в/м), без значительного эффекта в последнее время. Отмечает периодические боли в нижне-боковых отделах живота, усиливающиеся перед актом дефекации и уменьшающиеся после него. Вздутие, урчание в животе. Отрыжка воздухом, горечь во рту, тошнота. При ходьбе беспокоят тянущие боли внизу живота.

Аппетит несколько снижен. Стул – склонность к запорам (в основном оправляется с помощью слабительных – принимает пиколакс 20 капель 1 раз в 2-3 дня, после приема слабительного – стул до 3 раз в сутки без патологических примесей (на фоне приема Креона 10000 ЕД)). Температура в настоящее время нормальная, но периодически повышается от субфебрильных цифр до 39° С. Похудела за 6 месяцев на 10 кг.

Беспокоит выраженная слабость, утомляемость, головная боль, головокружение. Отмечает боли сжимающего характера в области сердца без иррадиации, длящиеся до 1 часа, возникающие после стресса, иногда в покое и после умеренной физической нагрузки, купируются валокордином, корвалолом. Одышка при небольшой физической нагрузке (подъем на 3-й этаж). Отеков – нет, кашель не беспокоит. Рабочее АД – 90/60 мм.рт.ст. Периодически (приблизительно 1 раз в 2 месяца) отмечает повышение АД до 140/90 мм.рт.ст., которое сопровождается головокружением, учащенным сердцебиением, иногда потерей сознания.

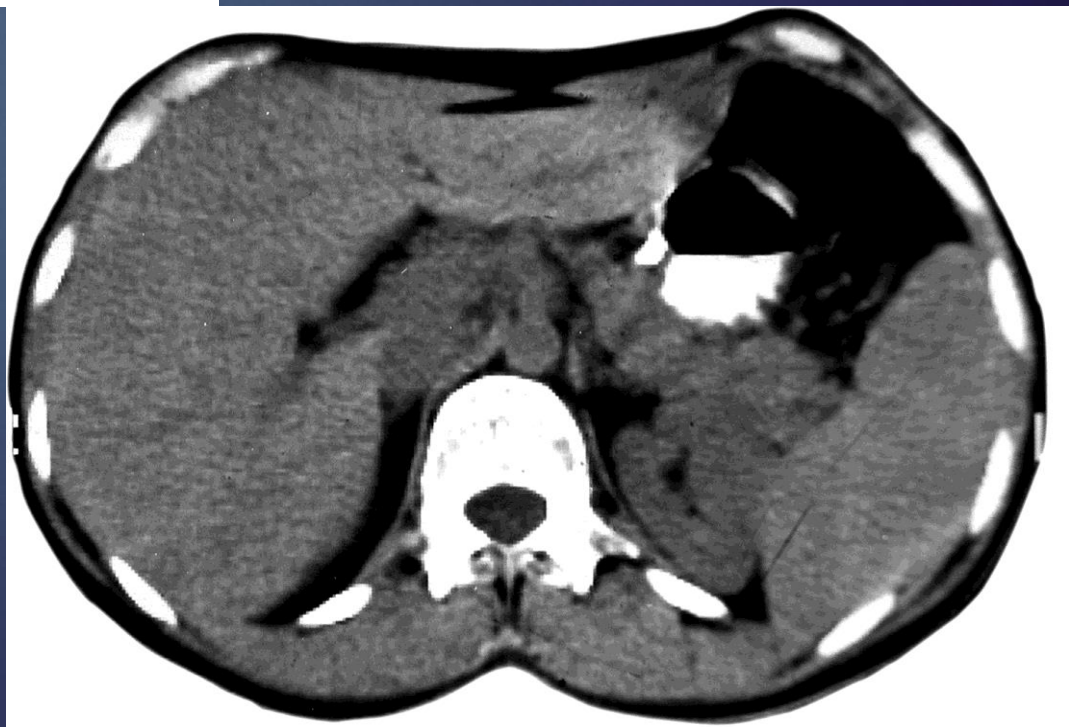
Анамнез заболевания

Амбулаторная карта не представлена (значительная часть сведений написана со слов больной).

Считает себя больной с 1980 г., когда появились боли в правом подреберье, запоры. Не обследовалась, периодически принимала но-шпу с положительным эффектом. Постепенно боли в правом подреберье нарастали, появилась тошнота, отрыжка воздухом, беспокоили запоры до 1 недели. В 1992 г. при ФГДС – поверхностный гастрит, дуоденит, недостаточность кардии. При УЗИ ОБП – хронический бескаменный холецистит, селезенка в пределах нормы. В 1993 г. лечилась стационарно по поводу хронического гастрита, хронического холецистита. При ФГДС: поверхностный гастродуоденит, недостаточность кардии. УЗИ ОБП: хронический холецистит без признаков обострения. В 1994 г. получала санаторно-курортное лечение.

При обследовании 16.01.1995 г. при УЗИ ОБП выявлена спленомегалия (селезенка размером 137×49 мм), которая регистрировалась и в дальнейшем (с максимальным размером 152×69 мм) с нормальной или расширенной до 12 мм селезеночной веной. В мае 1995 г. произведена операция по поводу язвы желудка? хронического нарушения дуоденальной проходимости: резекция 1/2 желудка по Бильрот-II в модификации Витебского, наложение гастроэнтероанастомоза (выписка не представлена) с последующей релапаротомией по поводу спаечной кишечной непроходимости, перитонита. После операции несколько уменьшился болевой синдром в правом подреберье, однако по-прежнему беспокоили запоры.

В июле 1995 г. находилась на стационарном лечении по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, которая была разрешена консервативным методом. **КТ ОБП:** признаки хронического панкреатита.



В мае 1996 г. – холецистэктомия, цистодуоденоанастомоз, дуоденоанастомоз по поводу хронического холецистита с нарушением оттока желчи. В послеоперационном периоде возникли явления острой кишечной непроходимости по поводу чего была прооперирована – релапаротомия, интубация тонкого кишечника. После операции нагноилась послеоперационная рана, которая заживала вторичным натяжением. После хирургического вмешательства беспокоили боли в эпигастральной области, правом подреберье, тошнота, учащенное сердцебиение, особенно после приема сладкой или молочной пищи, самостоятельно справлялась крайне редко. В ноябре 1996 г. операция по поводу послеоперационной вентральной грыжи. В апреле 2000 г. была произведена операция (выписка не представлена): реконструктивная редуоденизация с антиперистальтической вставкой по Захарову (между культей желудка и 12-перстной кишкой) по поводу демпинг-синдрома III ст. после резекции желудка в 1995 г., удаление левого яичника по поводу кисты. После операции явления демпинг-синдрома значительно уменьшились. В мае 2000 г. – подпеченочный абсцесс, причиной которого явилась микронесостоятельность гастроэнтероанастомоза. Абсцесс был вскрыт и дренирован.

В сентябре 2000 г. при ФГДС – свищ тощей кишки, эрозивный дуоденоэюнит. Находилась на лечении в хирургическом отделении по месту жительства с диагнозом: спаечная болезнь, хроническая смешанная кишечная непроходимость, неполный трубчатый тонкокишечный свищ, состояние после резекции желудка в 1995 г. и реконструктивных операций на желудке и 12-перстной кишке в 1996 г. и 2000 г., эрозивный гастрит, дуоденит. Поступила с явлениями острой кишечной непроходимости, которые были разрешены консервативными мероприятиями. Функционирующий с мая 2000 г. тонкокишечный свищ (в зоне «вставки» между желудком и 12-перстной кишкой) уменьшился в размерах, количество отделяемого также имеет тенденцию к снижению. Свищ обтурирован поролоновой тканью. В дальнейшем через 7 месяцев свищ закрылся после консервативного лечения. Ирригоскопия (2000 г.) – колоноптоз, абсолютная недостаточность илеоцекального клапана.

С 2001 г. по 2003 г. при УЗИ ОБП регистрировалось наличие ограниченного жидкостьсодержащего образования (с максимальным размером до 53×24 мм) в воротах селезенки, возможно кисты хвоста поджелудочной железы (капсула уплотнена до 2 мм, внутренняя структура несколько неоднородна за счет поперечных перетяжек и мелкодисперсной взвеси).

JAN 25 15:22:20 P = 60 % G = 3 R = 10 % D = 15cm

HOSPITAL 1 SEVASTOPOL

1194245
3.5 MHz AA 19mm/A -
PRE 1 -
PST 1 -



D+= 53 mm
D# = 41 mm

RCL1

В марте 2003 г. при **УЗИ ОБП**: данных за кисту поджелудочной железы не обнаружено, хронический панкреатит.

Диагноз: состояние после множественных операций на органах брюшной полости (последняя – реконструктивная антиперистальтическая гастроэнтероуденостомия в 2000 г.), хроническая спаечная болезнь кишечника.

В 2003 г. дыхательный тест на *Helicobacter pylori* – положительный. В 2004 г. при ФГДС – эрозивный анастомозит.

В 2004 г. выставлен диагноз: хронический гастрит культи желудка, состояние после резекции 1/2 желудка по Бильрот-II (1995 г.) и реконструктивной операции с наложением желудочно-кишечного анастомоза в 2000 г. по поводу демпинг-синдрома III ст., хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, демпинг-синдром. По поводу чего получала лечение: ферментные препараты, блокаторы протонной помпы, антациды, гордокс, 5-фторурацил с незначительным уменьшением болевого синдрома.

При **КТ ОБП** в 2004 г.: гепатоспленомегалия, состояние после резекции желудка, спаечный процесс в подпеченочном пространстве, хронический панкреатит, гипомоторная дискинезия 12-перстной кишки.


С 2005 г. больная начала принимать Креон 10000 ЕД, затем периодически 25000 ЕД с улучшением.

В 2005 г. находилась на стац. лечении по месту жительства с диагнозом: хронический индуративный панкреатит, киста поджелудочной железы (однако протокол УЗИ-исследования не представлен).

В дальнейшем больная периодически (до нескольких раз в год) лечилась стационарно по месту жительства в хирургическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита, хронической спаечной кишечной непроходимости. В 2006 г. лечилась по поводу пептической язвы анастомоза, эрозивного гастрита, дуоденостаза. В этом году также была произведена операция по поводу послеоперационной вентральной грыжи.

В ноябре 2008 г. находилась в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО, где при обследовании было выявлено следующее: в общем анализе крови – лейкопения (лейкоциты $2,9 \times 10^9/\text{л}$); обнаружены волчаночные клетки; повышение ГГТ до 3-х норм; посев анализа крови на стерильность роста не дал. При **УЗИ ОБП**: диффузные изменения печени (печень не увеличена), эхопризнаки спленомегалии ($15,5 \times 6,2$ см; селезеночная вена расширена до 1 см), диффузные изменения поджелудочной железы, почки без патологических изменений.

Рентген-исследование ЖКТ с пассажем по тонкому кишечнику: акт глотания не нарушен; пищевод, кардия свободно проходимы. В положении по Тренделенбургу данных за грыжу пищеводного отверстия диафрагмы не выявлено. Желудок оперирован по Бильрот-II с последующей реконструкцией. Культия желудка воронкообразной формы. Контуры четкие, эвакуация с первым глотком в отводящую кишку через анастомоз до 2 см в d. Складки слизистой отчетливы. Пассаж по тонкому кишечнику в обычные сроки, рельеф неравномерно выполнен, местами представлен помарками бария, местами просвет кишки неравномерный. Смещаемость отрезков кишечника ограничена. Выводы: оперированный желудок с ускоренной функцией гастроэнтероанастомоза, демпинг-синдром, межпетельный спаечный процесс.

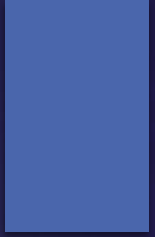
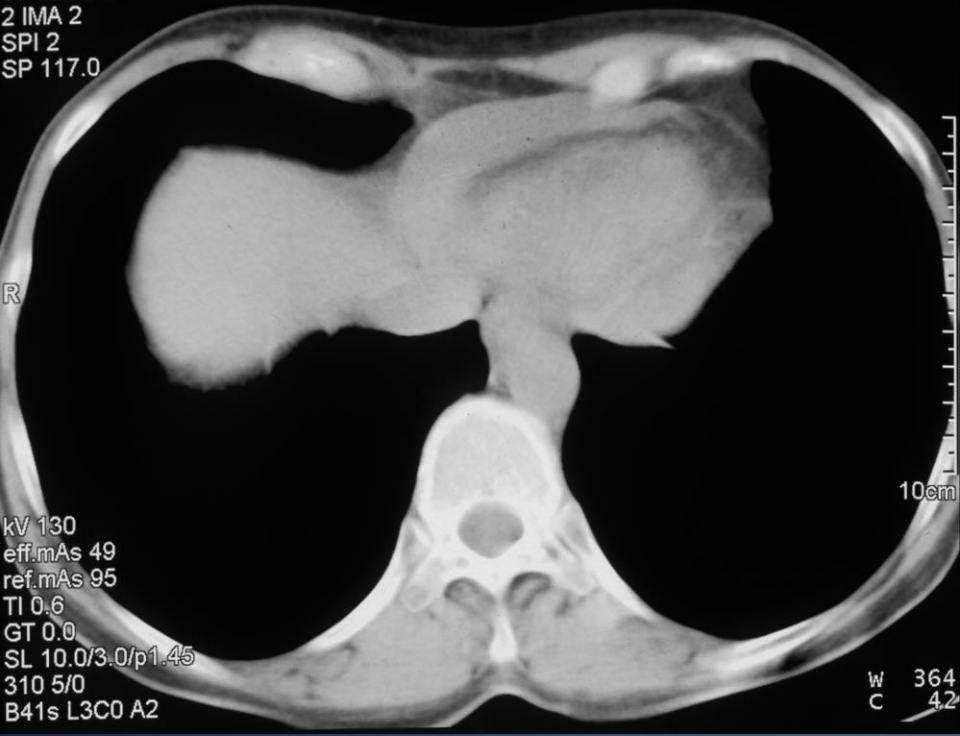


ФГДС: нормальная эндоскопическая картина пищевода, гастрит культи желудка, оперированный желудок (Б-I), анастомозит, папиллит (БДС до 15 мм, плотный, слизистая не изменена; произведена биопсия). Результат биопсии: хронический дуоденит с умеренной атрофией ворсин, с умеренной лимфоплазмочитарной инфильтрацией и степенью активности, наличием лимфоидных фолликулов.

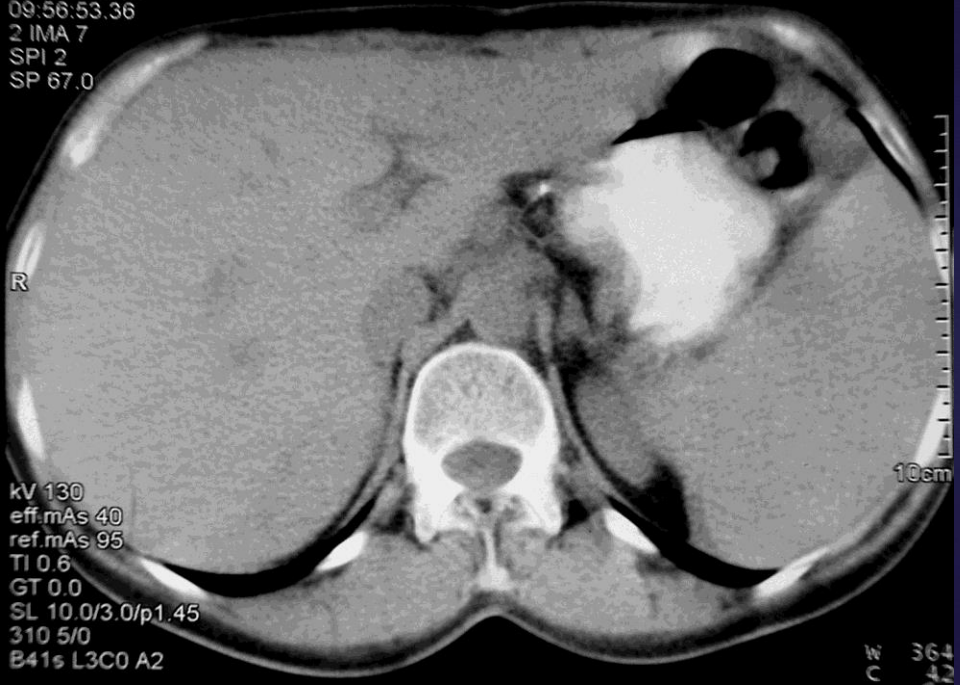
КТ брюшной полости, забрюшинного пространства с предварительным per os контрастированием: определяется гидроперикард до 1,4 см, селезенка увеличена (размер 12,5×6,4×14,0 см). Заключение: гидроперикард, умеренные диффузные изменения печени, увеличение селезенки, КТ-признаки хронического панкреатита.

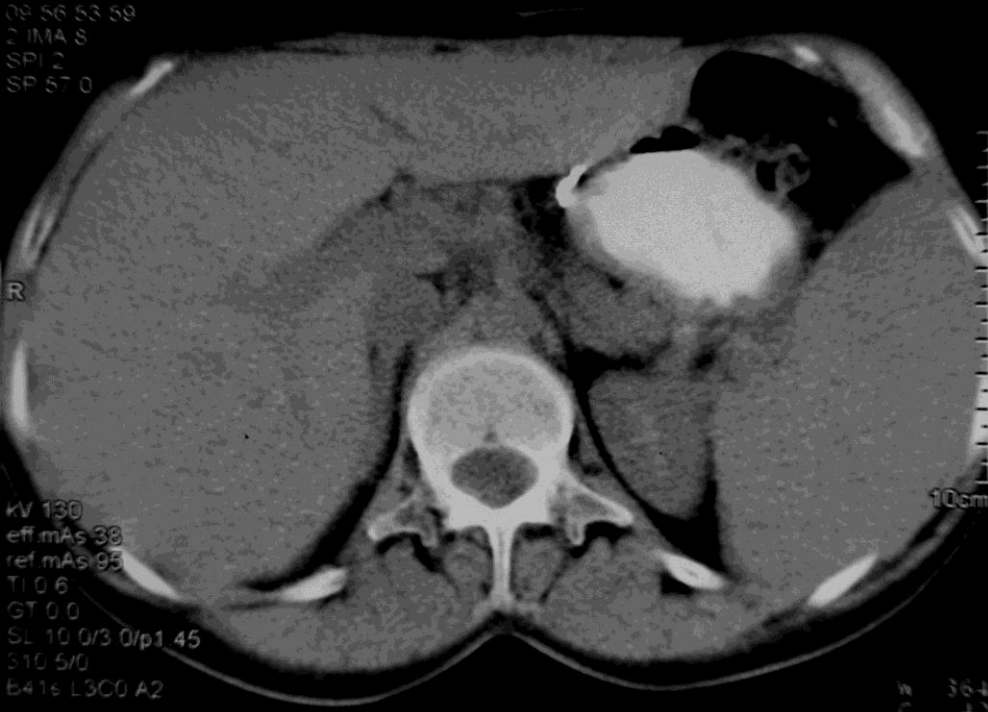
18-Nov-2008
09:56:52.21
2 IMA 2
SPI 2
SP 117.0

H-SP-CR



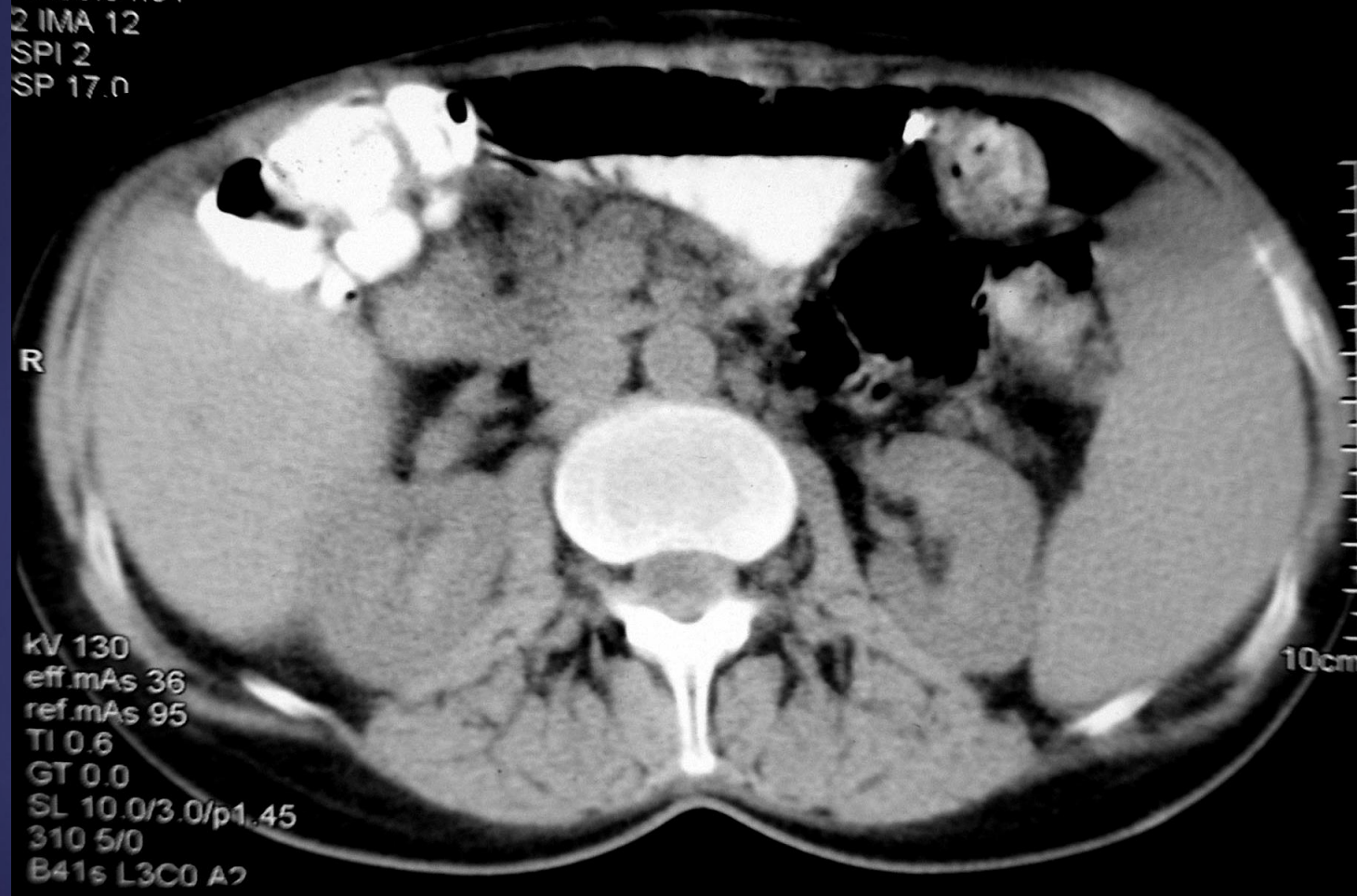
18-Nov-2008
09:56:53.36
2 IMA 7
SPI 2
SP 67.0





18-Nov-2008
09:56:54.51
2 IMA 12
SPI 2
SP 17.0

H-SP-CR



Эхокардиография: уплотнение листков перикарда. Сепарация в области задней и боковой стенок левого желудочка до 5-7 мм, в области передней стенки правого желудочка до 2 мм – минимальный выпот в полости перикарда. Давление в легочной артерии – 45-50 мм.рт.ст. Уплотнение стенок аорты. Уплотнение створок аортального клапана. Уплотнение с участками фиброза створок митрального клапана. Умеренная митральная недостаточность. Относительная недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочной артерии. Расширение полости левого предсердия. Миокард не утолщен. Сократимость миокарда удовлетворительная. ЭхоКГ- признаки легочной гипертензии.

Консультация ревматолога (доцента В.А. Толстого): данных в пользу какого-либо системного заболевания соединительной ткани в настоящее время нет. Изменения со стороны клапанного аппарата сердца однозначно оценить сложно (необходимо динамическое наблюдение и повторное Эхо-КГ через 3-4 месяца). Это же относится и к «перикардиту». Наиболее неясным вопросом остается легочная гипертензия 45-50 мм.рт.ст. и относительная недостаточность пульмонального и трехстворчатого клапанов. Какой-либо очевидной причины для легочной гипертензии у больной нет. Вместе с тем, объяснить легочную гипертензию и относительную недостаточность клапанов на данном этапе обследования невозможно. Рекомендовано: ФВД, Эхо-КГ (через 3-4 месяца).

Консультация хирурга: при УЗИ мягких тканей правого бедра визуализируется неоднородной структуры инфильтрат до 5 см в d без четких контуров с гипоэхогенным (ближе к жидкостному) участком неправильной формы в центре до 3 см в d. Выводы: воспалительный (постинъекционный) инфильтрат мягких тканей правого бедра с абсцедированием (возможно, гематомой).

В отделении получала лечение: зинацеф, метрогил, ципрофлоксацин, креон, спазмолитики, анальгетики, контролок, мочегонные. После лечения состояние улучшилось: температура нормализовалась, уменьшился болевой синдром в эпигастральной области. Однако в дальнейшем вновь начали беспокоить боли в эпигастральной области справа.

В мае 2009 г. болевой синдром в эпигастральной области был купирован только с помощью правосторонней паранефральной блокады.

В июле 2009 г. находилась на стац. лечении в ГЭО ДОКТМО. Обследована (результаты представлены ниже). Лечение: креон 10000 ЕД, урсофальк, анальгетики, спазмолитики, полиоксидоний.

Экспертно-трудовой анамнез

Образование средне-техническое (бухгалтер). Инвалид II группы с 1996 г. по общему заболеванию. Не работает.

Анамнез жизни

Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания, дизентерию, отхождение члеников гельминтов, ВИЧ – отрицает. Гемотрансфузии – 1995 г., 1996 г., 1997 г. Вирусный гепатит В в 1995 г. (после переливания крови).

4 раза были ЧМТ. В 1974 г. – тупая травма живота во время автокатастрофы. Аппендэктомия в 1975 г. В 1981 г. операция по поводу подозрения на внематочную беременность. В 1994 г. – МКБ, левосторонняя почечная колика. 1997 г. – хронический дрожжевой цистопиелонефрит.

1997 г. – хронический смешанный геморрой. 2001 г. – удаление кистозно-измененного правого яичника. В апреле 2005 г. судорожный приступ неуточненной этиологии.


Из-за выраженного болевого синдрома в эпигастральной области больная вынуждена делать себе в/м инъекции спазмолитиков и обезболивающих препаратов с 1995 г. 1 раз в день 2-3 раза в неделю. Вследствие чего у больной было 5 абсцессов бедер и ягодиц, которые были купированы либо консервативно, либо путем вскрытия: в октябре 2004 г. – постинъекционная флегмона верхней трети правого бедра (вскрытие и дренирование флегмоны), в октябре 2008 г. – вскрытие и дренирование постинъекционного инфильтрата правого бедра и др. (последний абсцесс в июне 2009 г.).

Январь 2009 г. – геморроидэктомия. Остальные операции представлены в анамнезе заболевания.

Вредные привычки – отрицает. Аллергологический анамнез – не переносит трисоль. Наследственный анамнез: у дедушкиной сестры – цирроз печени, у бабушки – холецистэктомия по поводу ЖКБ. Роды – 1978 г., 1986 г.; 5 абортов.

Объективно


Рост — 157 см. Масса тела — 47 кг. Индекс массы тела — 19,1 кг/м². Температура тела — 36,7°C. Общее состояние относительно удовлетворительное. Походка неуверенная, при ходьбе прихрамывает на левую ногу из-за болевого синдрома в левом бедре. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы и видимые слизистые — умеренная бледность. Имеются послеоперационные рубцы в верхней трети правого бедра по передней поверхности. Расширена подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке и на груди. Перкуторно над легкими ясный легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см снаружи от правого края грудины; верхняя — III ребро; левая — на 1 см внутри от левой срединно-ключичной линии. Деятельность сердца ритмичная. На верхушке систолический шум, усиливающийся на выдохе. На легочной артерии — умеренный акцент II тона. На трикуспидальном клапане — систолический шум, усиливающийся на вдохе. АД — 110/70 мм рт. ст. ЧСС — 72 в минуту.



Язык влажный, слегка обложен белым налетом у корня. Живот: послеоперационные рубцы в правом подреберье, в правой подвздошной области, от мечевидного отростка до лобка по средней линии. Несколько вздут. При поверхностной пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При глубокой пальпации отрезки толстой кишки спазмированы, болезненны. Болезненность в околопупочной области. Выраженная болезненность в проекции поджелудочной железы, особенно в области головки. Печень +1 см, несколько уплотнена, край заостренный, чувствительный. Селезенка +1 см, безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Данные обследования

- RW (14.07.2009 г., № 638) – отр.
- ВИЧ (21.11.2008 г., № 10391) – отр.
- Общий анализ крови (14.07.2009 г.): **Hb** – 100 g/L (110-160 g/L); эр. – $3,59 \times 10^{12}/L$ ($3,5-5,5 \times 10^{12}/L$); **Ht** – 30,2% (37-50%); **СОЭ** – 37 мм/ч; **лейкоциты** – $3,1 \times 10^9/L$ ($4-10 \times 10^9/L$); п. – 3%, с. – 53%; э. – 4%; л. – 33%; м. – 7%; тромбоциты – $262 \times 10^9/L$.
- Общий анализ мочи (14.07.2009 г.): количество – 180 мл; жёлтая; ясная; отн. пл. – 1011; рН – 5,6; глюкоза не обнаружена; **белок** – 0,016 г/л; лейкоциты – 3-5 в п/зр.; эритроциты единичные в препарате; эпителий плоский – незначительное количество, переходный – 0-0-1 в п/зр.; **бактерии** – незначительное количество.
- Анализ мочи по Нечипоренко (24.07.2009 г.): лейкоциты – $0,25 \times 10^6$, эритроциты – $0,25 \times 10^6$.

- 
- Анализ мочи на медь (15.07.2009 г.) – 0,95 мкм/с.
 - Копрограмма (на фоне приема Креона 10000 ЕД, 17.07.2009 г.): неоформленный; коричневый; мышечные волокна в стадии переваривания – небольшое количество; неперевариваемая растительная клетчатка – изредка в препарате; крахмал – незначительное количество; нейтральный жир – небольшое количество; эпителиальные клетки – незначительное количество; лейкоциты – 0-0-1-2 в п/зр.; яйца глистов, стронгилид, описторхуса – не обнаружены.
 - **Панкреатическая эластаза-1** (29.07.2009 г.) – 41,8 мкг/г (норма: 200-500 мкг/г).

Биохимический анализ крови (13.07.2009 г.)

общий белок – 78,4 г/л; альбумины – 55,0%; α_1 – 2,5%; α_2 – 8,0%; β – 15,8%; γ – 18,7%; общий билирубин – 13,1 $\mu\text{mol/l}$; прямой билирубин – 2,0 $\mu\text{mol/l}$; АСТ – 22,9 u/l ; АЛТ – 10,5 u/l ; амилаза – 62,3 u/l ; глюкоза – 4,85 ммоль/л; мочевины – 4,51 ммоль/л; креатинин – 69,3 мкмоль/л; триглицериды – 1,69 ммоль/л; α -холестерин – 1,00 ммоль/л; LDL cholesterol – 3,3 mmol/l ; HDL cholesterol – 1,0 mmol/l ; хлориды – 100,4 ммоль/л; фосфор – 1,12 ммоль/л; кальций – 2,66 ммоль/л; магний – 0,94 ммоль/л; калий – 4,26 ммоль/л; натрий – 145,2 ммоль/л; трипсин – 1,2 u/l ; ферритин – 28,02 мкг/л; медь – 19,8 мкмоль/л; церулоплазмин – 341,44 мг/л (показатели в пределах нормы).

Биохимический анализ крови (13.07.2009 г.)

липаза – 39,2 u/l ($\leq 30,0$ u/l);

панкреатическая амилаза – 112,4 u/l ($\leq 96,0$ u/l);

ИРТ – 97,3 нг/мл (32,4-67,8 нг/мл);

железо – 5,1 ммоль/л (8,6-26,0 ммоль/л);

ГГТ – 62,2 u/l ($\leq 39,0$ u/l);

щелочная фосфатаза – 254 u/l (37-144 u/l);

холестерин – 6,09 ммоль/л (3,00-6,00 ммоль/л); липопротеиды:
 α – 24,2% (25-39%), pre-b – 25,6% (21,7-31,1%), b – 50,2% (33,2-50,2%).

Анализ крови на стерильность (14.07, 16.07, 20.07. 2009 г.) – посев роста не дал.

Коагулографическое исследование крови (13.07.2009 г.)

- Протромбиновое время – 13,6 сек (12-19 сек)
- МНО – 0,9 (0,89-1,33)
- Протромбиновый индекс – 108,8% (70-130%)
- Тромбиновое время – 12 с (11-14 с)
- Фибриноген – 4,0 г/л (0,7-6,0 г/л)
- Фибринолиз – 7 мин (4-10 мин)
- АЧТВ – 31 сек (28-38 сек)
- Тромбин-гепариновое время – 71 сек (65-80 сек)

- С-реактивный белок (13.07.2009 г.) – отрицательный
- Ревматоидный фактор (13.07.2009 г.) – отрицательный
- Антистрептолизин-О (13.07.2009 г.) – 200 МО/мл (0-200 МО/мл)
- Сиаловые кислоты (13.07.2009 г.) – 180 усл.ед. (135-200 усл.ед.)
- Серомукоид (13.07.2009 г.) – 4,5 ед. S-H (3-5 ед. S-H)
- Волчаночные клетки (13.07.2009 г.) – не обнаружены
- Антитела к нативной ДНК (21.11.2008 г.) – 2,3 ЕД/мл (0-3 ЕД/мл)
- Вирусные маркеры (20.11.2008 г.):
 - HBsAg – отрицательный;
 - anti-HBcore IgG – положительные;
 - anti-HBcore IgM – отрицательные;
 - ДНК вируса гепатита В – отрицательная;
 - anti-HCV Ig M+G – отрицательные.

Исследование функции щитовидной железы (13.07.2009 г.)

- Свободный Т3 – 1,9 пг/мл (1,5-4,1 пг/мл)
- Свободный Т4 – 13 пмоль/л (10,0-23,2 пмоль/л)
- ТТГ – 1,8 мкМЕ/мл (0,2-3,4 мкМЕ/мл)
- антитела к ТПО – 10 ЕД/мл (< 30 ЕД/мл).

Дыхательный тест на *Helicobacter pylori* (14.07.2009 г.) – отрицательный.

Водородный дыхательный тест (H_2) с лактулозой (24.07.2009 г.)

Повышение уровня водорода на 20 ppm от исходного свидетельствует о наличии избыточного бактериального роста.

Полученные результаты:

исходный уровень водорода – 27 ppm.

максимальный уровень водорода – 59 ppm.

Заключение: тест положительный.

ФГДС (13.07.2009 г.)

Пищевод свободно проходим. Слизистая гладкая, бледно-розовая. Кардия сомкнута. Желудок оперирован по типу Б-І. В культе желудка натошак значительное количество жидкости с примесью концентрированной жёлчи и слизи. Просвет желудка расправляется инсуффляцией воздуха. Складки слизистой отечные, высокие, извиты. Слизистая ярко гиперемирована, отечная, блестящая. Перистальтика выражена, хаотичная. Анастомоз зияет, отмечается заброс желчи из 12-перстной кишки. Петля кишечной части анастомоза с розовой бархатистой слизистой, в просвете кишки пеннистая желчь. БДС до 8 мм правильно-шаровидной формы, слизистая его не изменена. **БИОПСИЯ.**


Выводы: Нормальная эндоскопическая картина пищевода. Гастрит культи желудка. Оперированный желудок (Б-І).

Заключение биопсии (16.07.2009 г.)

Микроскопическая картина: в слизистой 12-перстной кишки умеренная атрофия ворсинок, умеренное хроническое воспаление с тенденцией к формированию лимфоидных фолликулов.

Рентген-исследование желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях гипотонии (23.07.2009 г.)

Акт глотания не нарушен. Пищевод с эластичными стенками, ровными контурами, свободно проходим обычной бариевой взвесью. Складки слизистой пищевода продольные, эластичные. Желудок оперирован по Б-II с последующей трансформацией в Б-I с наложением переднего гастроэнтероанастомоза. Складки слизистой культи желудка, зоны анастомоза, отводящей петли 12-перстной кишки очень грубые, утолщены. Контур культи желудка ровные. Эвакуация бария из желудка не нарушена. Отмечается длительная задержка бариевой массы в мешковидно расширенной отводящей петле с 3-х слойным содержимым. Пассаж бария по петлям тощей и подвздошной кишки замедлен.



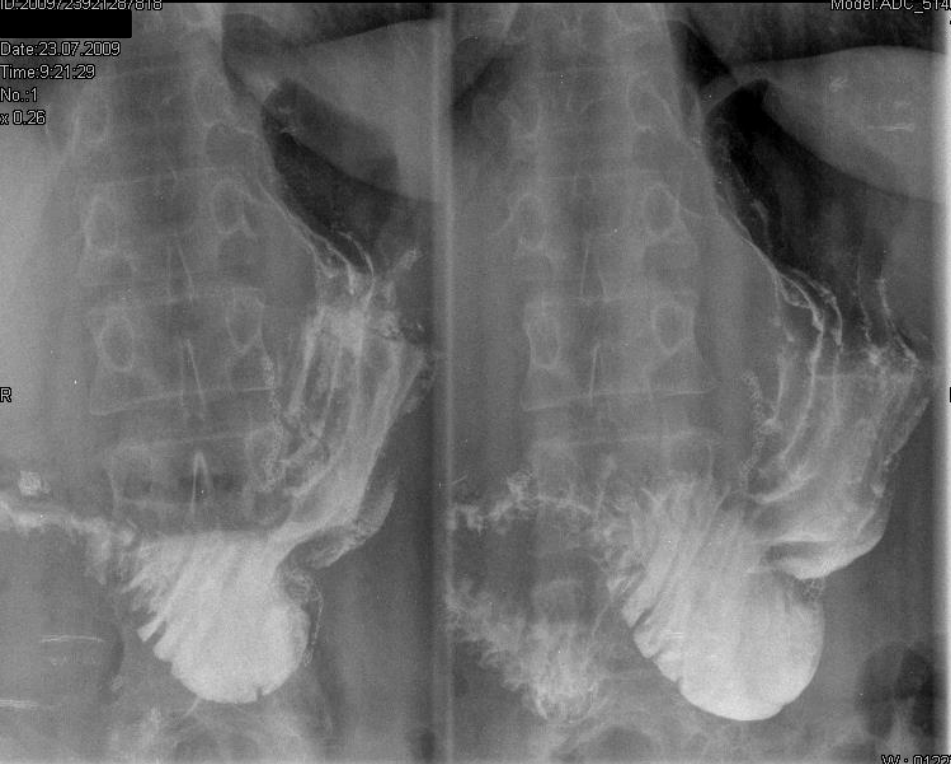
Через 4 ч. после приема бариевой массы толстая кишка не контрастирована. Просвет петель тонкого кишечника неравномерный, с наличием мешковидно расширенных, гипотоничных, провисающих петель с длительной задержкой бариевой массы. Рельеф слизистой тонкой кишки грубый.

Заключение: оперированный желудок с достаточной функцией анастомоза. Рентген-признаки гастрита культи желудка, анастомозита, энтерита. Рентген-признаки спаечного процесса брюшной полости.

ID:2009723921287818

Inst:DOKTMO (Diagnostic Centre)
Model:ADC_5146

Date:23.07.2009
Time:9:21:29
No.:1
x 0.25



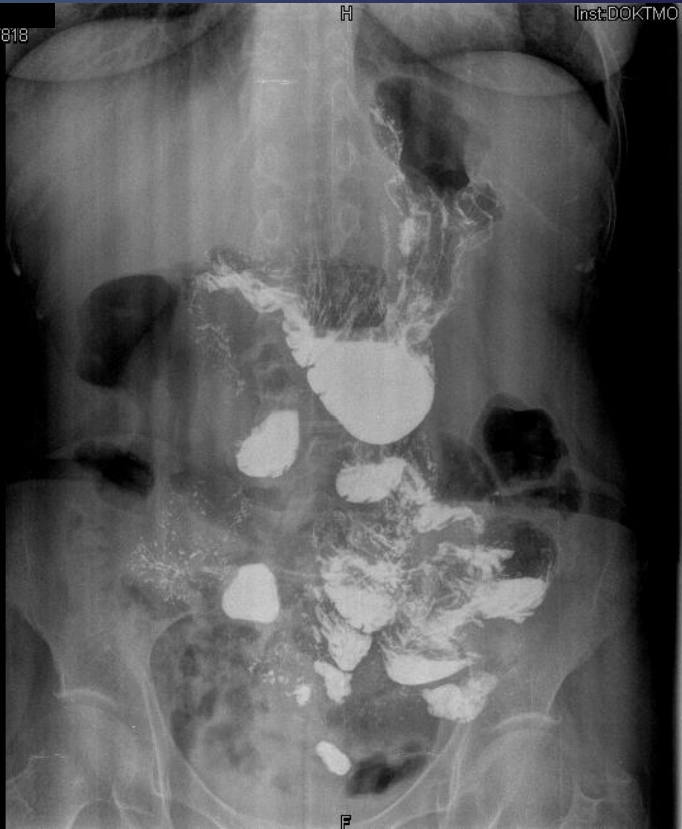
MarkOnFilm: F W: 01223 C: 00960



ID:2009723921287818

Inst:DOKTMO (Diagnostic Centre)
Model:ADC_5146

Date:23.07.2009
Time:10:52:08
No.:1
x 0.23



MarkOnFilm:

W: 01595
C: 01207

ID:2009723921287818

Date:23.07.2009
Time:11:27:32
No.:1
x 0.23

Inst:DOKTMO (Diagnostic Centre)
Model:ADC_5146



MarkOnFilm:

ID:2009723921287818

Date:23.07.2009
Time:13:31:40
No.:1
x 0.23

W : 01563
C : 01079

Inst:DOKTMO (Diagnostic Centre)
Model:ADC_5146



MarkOnFilm:

W : 01016
C : 00747

Обзорная рентгенограмма (24.07.2009 г.)

Через 24 ч. равномерно распределенные остатки бариевой массы в толстой кишке. Петли кишечника вздуты, отмечаются множественные горизонтальные уровни жидкости, вероятнее всего, обусловленные частичной кишечной непроходимостью на фоне спаечного процесса брюшной полости.




УЗИ органов брюшной полости (13.07.2009 г.)

Печень несколько увеличена (нормальные размеры печени у взрослых: пациент нормостеник – правая доля до 14 см, левая доля – 4-7 см), правая доля – 14,5 см, левая доля – 7,2 см, контур ровный, край острый. Структура паренхимы мелкозернистая. Эхогенность повышена. Печёночные вены нормальные. Портальная вена не расширена. Стенки внутрипечёночных жёлчных протоков повышенной эхогенности, диаметр их не расширен. Холедох не расширен.

Селезёнка увеличена – 14,1×5,1 см, контуры ровные, четкие, паренхима однородная, селезёночная вена – 0,8 см (верхняя граница нормы). Дополнительные образования в воротах органа отсутствуют. Ложе удалённого пузыря без сонографических изменений. Видимая часть холедоха – 3,0 см, диаметр – 0,4 см, не расширен, просвет гомогенный, стенка повышенной эхогенности, не утолщена.

Поджелудочная железа не увеличена, контур волнистый, структура диффузно неоднородная, мелкозернистая, эхогенность повышена, вирсунгианов проток не расширен.



Левая почка не увеличена. Контуры волнистые. Паренхима обычной толщины. Кортико-медуллярная дифференциация выражена. Эхогенность паренхимы умеренно повышена. Площадь почечного синуса обычная. Структура синуса диффузно-неоднородная за счёт линейных и точечных гиперэхогенных включений. ЧЛС не расширена.

Правая почка не увеличена. Контуры ровные. Паренхима обычной толщины. Кортико-медуллярная дифференциация выражена. Эхогенность паренхимы умеренно повышена. Площадь почечного синуса обычная. Структура синуса диффузно-неоднородная за счёт линейных и точечных гиперэхогенных включений. ЧЛС не расширена.

Выводы: диффузные изменения печени; эхопризнаки спленомегалии; удаленный желчный пузырь; диффузные изменения поджелудочной железы; эхопризнаки солевого диатеза слева и справа; умеренные диффузные изменения паренхимы почек.

Мультисрезовая компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с предварительным per os контрастированием (16.07.2009 г.)

Отмечается состояние после резекции желудка.

Печень умеренно диффузно увеличена, с ровными, четкими контурами, однородной структурой, дополнительные образования и очаги патологической плотности в ней четко не визуализируются.

Селезёнка несколько увеличена, структура однородная, дополнительных образований не выявлено.

Поджелудочная железа однородной уплотненной структуры, контуры волнистые, дополнительных образований не выявлено.

Надпочечники – обычной формы, размеров, дополнительных образований в них не определяются.

Почки – обычной формы, размеров, положения, дополнительных образований в них не выявлено. Полостные системы не расширены, конкременты не визуализируются. Сосудистые ножки почек не изменены. Мочеточники не расширены.



Мультисрезовая компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с предварительным per os контрастированием (16.07.2009 г.)

В тонком и толстом кишечнике визуализируется большое количество газа. Кишечник неравномерно выполнен контрастным веществом, на фоне которого дополнительные образования и утолщения стенок не определяются.

Лимфатические узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не увеличены.

Деструктивных изменений в костных структурах на уровне исследования не выявлено.

Заключение. Умеренные диффузные изменения печени. Спленомегалия. Изменения в поджелудочной железе могут быть обусловлены хроническим воспалительным процессом. КТ-признаки энтероколита.



Дуплексное исследование брюшной аорты, чревного ствола (15.07.2009 г.)

Визуализируется фрагмент на участке 1,8 см расширенной до 0,9 см общей печеночной артерии, с неомогенным содержимым и внутренним пристеночным эхопозитивным включением; в режимах ЦДК и ЭДК на данном участке выражена турбулентность.

При дуплексном исследовании собственной печеночной артерии и в дистальном отделе общей печеночной артерии определяется кровоток магистрального типа с неизменной формой огибающей доплерограммы; гемодинамика: собственная печеночная артерия – $V_{ps} = 45,3$ см/сек, $V_{ed} = 19,1$ см/сек, $RI = 0,58$; дистальный отдел общей печеночной артерии – $V_{ps} = 99,4$ см/сек, $V_{ed} = 40,8$ см/сек, $RI = 0,59$.

При дуплексном исследовании селезеночной артерии определяется кровоток магистрального типа с неизменной формой огибающей доплерограммы; гемодинамика в воротах – $V_{ps} = 113,0$ см/сек, $V_{ed} = 58,0$ см/сек, $RI = 0,48$.

Брюшная аорта визуализируется на протяжении 11,2 см, имеет диаметр в супраренальном сегменте 1,4 см (в норме до 2,5 см), в инфраренальном сегменте 1,1 см (в норме до 2,0 см). Стенки аорты не утолщены, нормальной эхогенности, внутренний контур ровный, просвет гомогенный.

При дуплексном исследовании брюшной аорты определяется кровоток коллатерального типа с неизменной формой огибающей доплерограммы. Гемодинамические показатели: супраренальный сегмент – $V_{ps} = 67,0$ см/сек, $V_{ed} = 13,6$ см/сек, $RI = 0,79$; инфраренальный сегмент – $V_{ps} = 76,0$ см/сек, $V_{ed} = 16,6$ см/сек, $RI = 0,79$.

При дуплексном исследовании верхней брыжеечной артерии определяется кровоток магистрального типа с неизменной формой огибающей доплерограммы. Гемодинамические показатели – $V_{ps} = 93,2$ см/сек, $V_{ed} = 27,7$ см/сек, $RI = 0,7$.

При дуплексном исследовании чревного ствола определяется кровоток магистрального типа с неизменной формой огибающей доплерограммы. Гемодинамические показатели – $V_{ps} = 160,0$ см/сек, $V_{ed} = 35,7$ см/сек, $RI = 0,78$.

Выводы: нельзя исключить аневризму общей печеночной артерии. Выявлены гемодинамические нарушения кровотока в собственной и общей печеночных артериях, верхней брыжеечной артерии – снижение индекса резистентности, относительное повышение диастолической скорости кровотока. В чревном стволе отмечается умеренное повышение систолической скорости кровотока и индекса резистентности. Нормальная картина брюшной аорты. Гемодинамически значимые нарушения кровотока в брюшной аорте не выявлены.

Дуплексное исследование нижней полой вены, портальной вены, печеночных вен (20.07.2009 г.)

Портальная вена: диаметр не расширен – 0,9 см в d, стенки ровные, просвет гомогенный; тип кровотока монофазный, гемодинамика не нарушена – $V_{\max} = 28,2$ см/сек.

Печеночные вены не расширены, стенки ровные, просвет гомогенный; тип кровотока двухфазный, гемодинамика не нарушена; правая вена – 0,8 см в d, $V_{\max} = 18,2$ см/сек, средняя вена – 0,8 см в d, $V_{\max} = 27,3$ см/сек, левая вена – 0,7 см в d, $V_{\max} = 18,7$ см/сек.

Нижняя полая вена при спокойном дыхании визуализируется на участке 8,0 см, диаметр не расширен – 2,1 см (норма до 2,5 см). Стенки не утолщены, нормальной эхогенности, внутренний контур ровный, просвет гомогенный. Проба Вальсальвы положительная. Движения стенок, связанные с дыхательной и сердечной деятельностью, сохранены в полном объеме. При исследовании в режиме ЦДК сосуд полностью заполняется цветом.

Ультразвуковое дуплексное сканирование вен НИЖНИХ конечностей (16.07.2009 г.)

Выводы: эхографических признаков поражений вен нижних конечностей не выявлено.

Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей (16.07.2009 г.)

Выводы: эхографических признаков поражения артерий нижних конечностей не выявлено.

Консультация хирурга, д.мед.н. Зубова А.Д. (20.07.2009 г.)

Выводы: при УЗИ-исследовании участки незначительной локальной дилатации в проекции ветвей чревного ствола. Сальниковая сумка не инфильтрирована. Поджелудочная железа в объеме не увеличена, очагов нет. Острой хирургической патологии в настоящее время не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки (21.07.2009 г.)

Лёгкие без патологических теней. Лёгочный рисунок не изменён. Корни структурные. Контур диафрагмы чёткий. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Функция внешнего дыхания (14.07.2009 г.)

Вентиляционная способность легких не нарушена.

ЭКГ (13.07.2009 г.)

Выводы: Синусовый регулярный ритм с ЧСС 63 имп/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Очаговая внутрижелудочковая блокада.

Эхокардиография (13.07.2009 г.)

Выводы: Сепарация листков перикарда в области задней стенки левого желудочка – до 2-3 мм (верхняя граница нормы). Давление в легочной артерии – 35 мм.рт.ст. Некоторое уплотнение стенок аорты. Уплотнение створок аортального клапана. Уплотнение с участками фиброза створок митрального клапана. Митральная недостаточность 1-2 ст. Минимальная трикуспидальная регургитация. Полости сердца не расширены. Миокард не утолщен. Сократимость миокарда удовлетворительная.

Чреспищеводная эхокардиография (17.07.2009 г.)

Выводы: створки аортального, митрального клапанов — с участками уплотнения, дополнительные образования на створках не визуализированы.

Митральная недостаточность 1-2 ст.

Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Полости сердца не расширены, миокард не утолщен. Сократимость миокарда удовлетворительная. Минимальная сепарация листков перикарда до 2 мм.

Консультация член-корр. АМНУ, проф. Игнатенко Г.А.
(22.07.2009 г.)

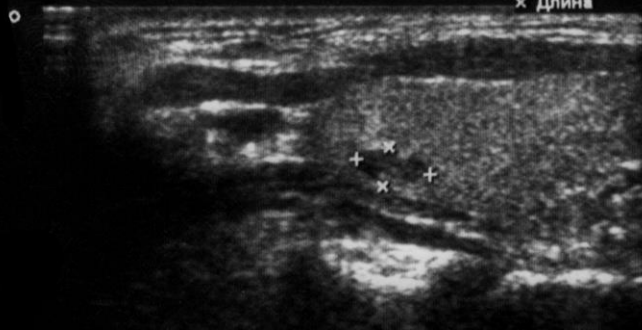
У больной имеет место перенесенный первичный инфекционный панкардит с поражением митрального и трикуспидального клапанов, неактивная фаза, вторичная легочная гипертензия, вероятнее всего, обусловленная васкулитом сосудов легких на фоне инфекционного прошлого. В пользу этого свидетельствует также поражение сосудистого русла других органов (подозрение на аневризму печеночной артерии).

УЗИ щитовидной железы (13.07.2009 г.)

Щитовидная железа: перешеек – 0,31 см, правая доля – 1,65×3,88×1,92 см, левая доля – 1,39×3,35×1,81 см. Капсула уплотнена. Контур волнистый, четкий. Структура диффузно неоднородная, зернистая, тяжистая, содержит гипоэхогенные включения. На этом фоне определяются гипоэхогенные узлы: в левой доле – неоднородный, с жидкостными включениями, размером 1,53×1,0 см, в правой доле аналогичный – 0,63×0,33 см. Общая эхогенность железы умеренно снижена. В режиме ЦДК васкуляризация железы обычная, узлы имеют смешанный тип кровотока.

Выводы: диффузно-очаговые изменения щитовидной железы.

× Длина 0,334 см



Щитовидна:
L 12,5 50
MI 0,8
F2
40 %
232dB/C5
G/3/4

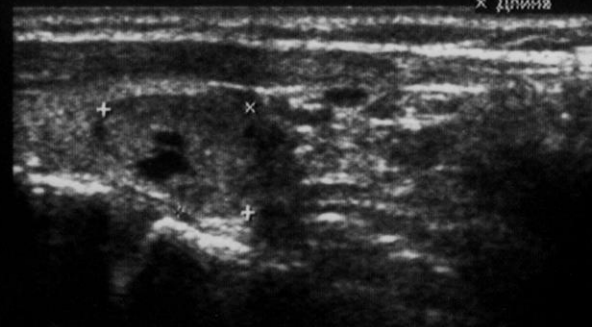


16 Гц
4 см

Датчик
Значок
Прокрут.

Щитов. железа Неб. органы Просмотр. все Вращать датчик Стереть метку Следующий

× Длина 1,08 см



Щитовидна:
L 12,5 50
MI 0,8
F2
40 %
232dB/C5
G/3/4



16 Гц
4 см

Кон. 1
Кон. 2

Рез. расч. Посл. изм.

Консультация эндокринолога (17.07.2009 г.)

Диагноз: многоузловой зоб I степени, эутиреоз.

Консультация офтальмолога (21.07.2009 г.)

Заключение: на глазном дне диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие, сосуды соответствуют калибру; кольца Кайзер-Флейшера не обнаружены.

Консультация гематолога (28.07.2009 г.)

Диагноз: анемия хронического заболевания легкой степени.

Рекомендован гемакс.

Спиральная компьютерная томография головного мозга (23.07.2009 г.)

Заключение: данных за очаговую и объемную патологию головного мозга не выявлено.

Консультация невролога (24.07.2009 г.)

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия I ст. как следствие кардиальной патологии, артериальной гипертензии с рассеянной органической неврологической симптоматикой, вестибулярной дисфункцией, дизартрией, астено-невротическим синдромом; хроническая вертеброгенная (остеохондроз шейного отдела позвоночника) цервикокраниалгия.

Рекомендации: кавинтон 1 т 2 раза в день 2 месяца, пентоксифиллин 1 т 2 раза в день 1 месяц, фастум-гель на п/в точки шейного отдела 2-3 раза в день, ФТЛ.

Трансвагинальная сонография внутренних женских половых органов (13.07.2009 г.)

Выводы: матка без патологических образований.
Нормальная картина эндометрия.

Консультация гинеколога (16.07.2009 г.)

Выводы: патологии со стороны органов малого таза нет.
Кастрационный синдром, компенсация.

Рекомендовано: ременс по 1 ст. л. 2 раза в день 1 месяц.

Консультация маммолога (24.07.2009 г.)

Диагноз: инволютивная масталгия.

Рекомендовано: траумель С гель местно 2-3 раза в день при болях. Маммография в плановом порядке.



k = 1.156, d0 = 47.9
318 x 150

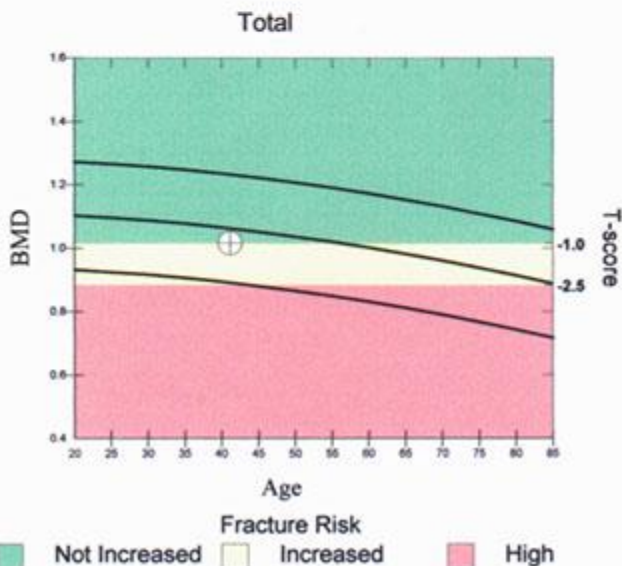
Двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия (22.07.2009 г.)


Общая минеральная плотность костей:

повышен риск переломов.

Мышечная ткань - 60,5% (↓)

Жировая ткань - 36,5% (↑)





Перенесенный первичный инфекционный
панкардит с поражением митрального и
трикуспидального клапанов, неактивная фаза,
вторичная легочная гипертензия, вероятнее всего,
обусловленная васкулитом сосудов легких.

Анемия хронического заболевания легкой степени;
многоузловой зоб I ст., эутиреоз; дисциркуляторная
энцефалопатия I ст. как следствие кардиальной
патологии, артериальной гипертензии с рассеянной
органической неврологической симптоматикой,
вестибулярной дисфункцией, дизартрией, астено-
невротическим синдромом; хроническая
вертеброгенная (остеохондроз шейного отдела
позвоночника) цервикокраниалгия; кастрационный
синдром, компенсация; инволютивная масталгия.

Лечение

- Соблюдение диеты;
- Креон 25000 – по 1 капсуле 3 раза в день при основных приёмах пищи,
Креон 10000 – по 1 капсуле 2 раза в день при промежуточных приёмах пищи;
- Урсофальк – по 1 капсуле 2 раза в день 3 месяца;
- Дуфалак – по 10 мл 2 раза в день;
- Дуспаталин – по 1 капсуле 2 раза в день 1 месяц;
- Альфа Нормикс – 200 мг (1 таблетка) 3 раза в день 10 дней;
- Лавомакс – по 2 таблетки в первые 2 дня, затем по 1 таблетке через день, на курс 20 таблеток.
Далее – по 1 таблетке в неделю в течение 6 мес, на курс 20 таблеток;
- Дуовит остео – по 1 таблетке 2 раза в день;
- Гепасол А – 500 мл в/в капельно 1 раз в день через день № 5.

Спасибо за внимание!

