

Клинический разбор пациента с приступами болей в эпигастрии на фоне портальной гипертензии

Лукашевич Г.М.

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

Пациент В., 31 года

Жалобы на приступообразные сдавливающие интенсивные боли в центральной части эпигастральной области, иногда с иррадиацией в спину (редко боли локализируются только в спине), возникают только после еды (ранее появлялись после употребления алкоголя, сейчас на фоне расширения диеты или (редко) при увеличении объема пищи); во второй половине дня, вечером, иногда ночью (дважды беспокоили схваткообразные сдавливающие боли в верхней и средней части грудины с иррадиацией в спину, проходящие самостоятельно или после приема воды), уменьшаются после рвоты съеденной пищей и/или приема Но-шпы (таблетки), без предшествующей тошноты. Цвет кала и мочи не изменяется, АД и температура в пределах нормы.

Во время приступа беспокоит отрыжка воздухом. Иногда отмечает учащенное мочеиспускание до начала приступа без изменения цвета мочи. Также периодически отмечает после приступа учащенное мочеиспускание, однако, возможно, это связано с приемом большого количества воды для вызывания рвоты.

Периодически беспокоит изжога; вздутие, урчание в животе. Последние две недели отмечает незначительный зуд кожных покровов, вероятно, связанный со стрессовыми ситуациями.

Стул – чередование полуоформленного (1 раз в сутки), кашицеобразного (1-2 раза в сутки), редко жидкого (до 3-х раз в сутки); без патологических примесей, обычного цвета. Аппетит в настоящее время сохранен.

Температура нормальная. Вес – за последние 3 месяца похудел на 5 кг (с 90 до 85 кг).

Приступы учащенного сердцебиения беспокоят в любое время суток без видимой причины, купируются валерьяной, валидолом или риватрилом. В это же время отмечает чувство тревоги, страха.

В июле 2011 г. беспокоили боли в межфаланговых суставах кистей.

Анамнез заболевания

Амбулаторная карта не представлена. Медицинские заключения врачей практически отсутствуют, медицинская документация представлена отдельными обследованиями.

Считает себя больным с 1994 года, когда получил тупую травму живота (лапаротомия: разрыв малого сальника, ушивание; было подозрение на разрыв селезенки). Выписка не представлена. В дальнейшем чувствовал себя удовлетворительно. В 1996 году во время профосмотра при УЗИ ОБП впервые было выявлено увеличение селезенки. В анализах крови, со слов больного, норма.

В 1998 году после погрешности в диете (чеснок, лук, бульонные кубики) появились незначительные боли в центральной части эпигастральной области с иррадиацией в спину, проходящие самостоятельно (\approx 1-2 раза в год). В 2000 году после R \ddot{o} ЖКТ с барием вечером больной отметил первый интенсивный приступ боли в эпигастральной области. После приема антацида боль исчезла. Результат рентген-исследования не представлен.



В 2001 году после вечернего приема алкоголя и газированного напитка утром (Спрайт) появились интенсивные боли в эпигастральной области, потливость. После приема антацида состояние улучшилось. В 2002 году беспокоили тупые боли в правом подреберье, в общем анализе крови — тромбоциты в норме.

В дальнейшем приступы боли не беспокоили до 2007 г., стул был полуоформленный (1 раз в день), только после приема некачественного алкоголя отмечалась тошнота.

До 2001 г. алкоголь употреблял эпизодически, после 2001 г. — чаще и в больших количествах. В это время работал в ресторанном бизнесе: употреблял большое количество разнообразной пищи и алкоголя (1-4 раза в неделю вечером до 0,5 литра). В связи с этим постепенно набирал вес.

Для уточнения диагноза, в т.ч. генеза спленомегалии проводились нижеперечисленные исследования.



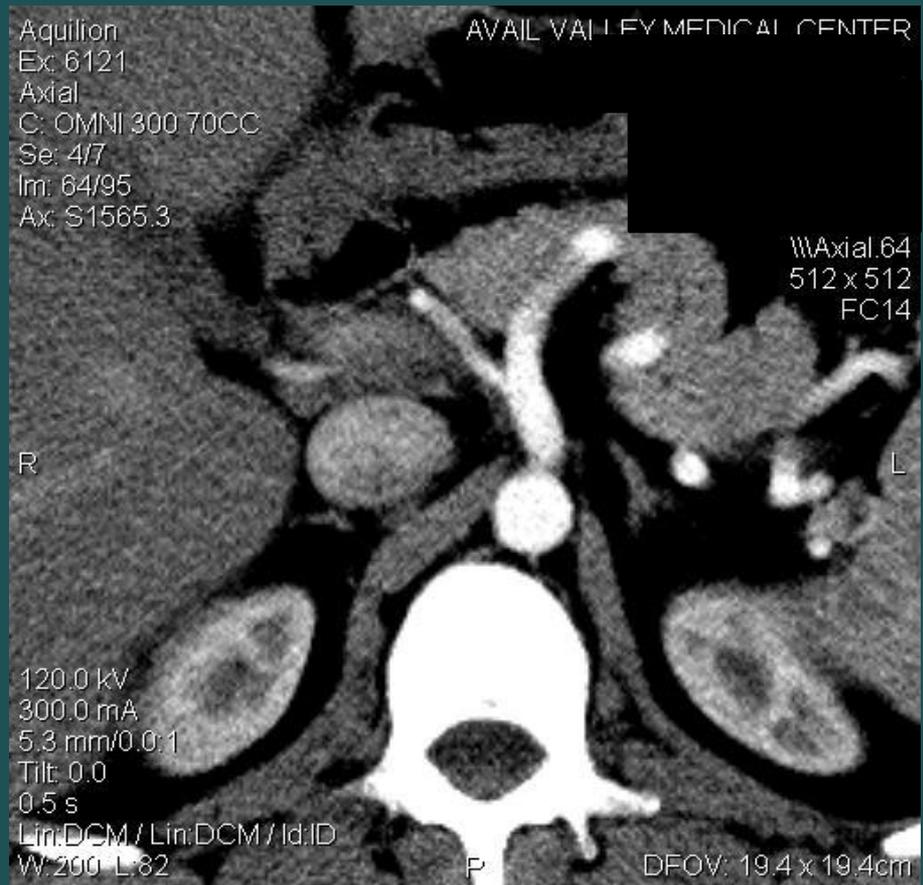
ФГДС от 21.01.2003 г.: поверхностный гастрит.

КТ ОБП от 08.02.2003 г.: дополнительных образований не выявлено, полученная КТ-картина соответствует хроническому холециститу, спленомегалии (150×64×150 мм).

В мае 2003 года в общем анализе крови тромбоциты в норме, анализ крови на вирусные маркеры (В, С, D) – отрицательные.

В ноябре 2004 г. вновь обследовался на вирусные маркеры (В, С, D) – отрицательные, общий билирубин в норме, АЛТ и АСТ незначительно повышены, тромбоциты – $126 \times 10^9/\text{л}$; копрограмма – в пределах нормы.

В 2005 г. выполнялась трепанобиопсия – данных в пользу миелопролиферативного, лимфопролиферативного заболевания не выявлено. При КТ ОБП выявлена спленомегалия.





УЗИ ОБП от 09.12.2005 г.: данные за жировой гепатоз (портальная вена 11,6 мм), желчный пузырь, поджелудочная железа – в пределах нормы.

В общем анализе крови тромбоциты в норме.

ФГДС от 22.07.2006 г.: пищевод – норма, поверхностный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс.

В 2007 г. иногда беспокоила тупая боль в правом подреберье, проходящая самостоятельно или после приема Но-шпы. С 2007 года после алкоголя начала беспокоить изжога в нижней трети грудины, а после приема пищи более интенсивные боли в эпигастриальной области. Стул – 2-3 раза в день, полуоформленный.

При УЗИ селезенки от 29.11.07 г. – спленомегалия (159×66 мм). В общем анализе крови тромбоциты в норме.

Вес в это время – 117 кг. Стул 3-4 раза в сутки, полуоформленный, кашицеобразный (иногда большое количество), без патологических примесей.

С 2007 г. отмечает снижение либидо, потенции (за полгода до этого – личностная психотравма и изменение социального статуса). При обследовании снижен уровень тестостерона (после лечения тестостерон в норме), при УЗИ предстательной железы – хронический простатит. Получал лечение без эффекта до настоящего времени.

С 2008 года состояние ухудшилось. После употребления алкоголя и жирной пищи возник интенсивный приступ боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, длительностью до нескольких часов.

После гемодеза, фуросемида (однократно) состояние улучшилось, однако, через 2-3 дня после стресса вновь начала беспокоить изжога, отрыжка, интенсивная боль в эпигастральной области, которые купировались только после рвоты и последующего приема Но-шпы. Утром после приступа беспокоила боль в правом подреберье, ухудшился аппетит, начал терять в весе (≈ 5 кг за неделю), стул – 3-4 раза в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей.

По рекомендации врача (заключения нет) принимал Креон 10 тыс. ед. в течение 10 дней, алкоголь не принимал 3 мес., однако диету не соблюдал. Состояние несколько улучшилось: вес восстановился, на фоне приема Креона появилась склонность к запорам.

УЗИ ОБП от 17.05.2008 г.: данные за жировой гепатоз, липоматоз поджелудочной железы (паренхима акустически уплотнена за счет жировой инфильтрации), спленомегалию.

В анализах крови: тромбоциты $160 \times 10^9/\text{л}$, общий билирубин в норме, АЛТ повышена в 2 раза (при повторном исследовании – в норме), АСТ – повышена незначительно, вирусные маркеры – отр.

ФГДС от 23.09.2008 г. – рефлюкс-гастрит, бульбит.

УЗИ ОБП от 24.09.2008 г. – паренхима печени однородная, диффузно акустически уплотнена за счет жировой инфильтрации, портальная вена не расширена; селезенка увеличена, селезеночная вена не расширена. Заключение: данные за жировой гепатоз, спленомегалию.

УЗИ ОБП от 27.11.2008 г.: печень не увеличена, паренхима однородная, диффузно акустически уплотнена за счет жировой инфильтрации, звукопроводимость ослаблена, внутрипеченочные протоки и печеночные вены не расширены, портальная вена не расширена (10,8 мм); поджелудочная железа не увеличена, паренхима однородная, вирсунгианов проток не расширен; селезенка 148×60 мм, увеличена, без очаговой патологии. *Заключение:* данные за жировой гепатоз, спленомегалию.

ФГДС от 27.11.2008 г. – смешанный гастрит.

В 2009 году беспокоила изжога после алкоголя, а после еды – незначительная боль в эпигастральной области и правом подреберье, проходящая самостоятельно (без вызывания рвоты). Вес стабильный. В этом году практически не пил, соблюдал пост.

В анализах крови за 2009 г. тромбоциты, общий билирубин, АСТ, АЛТ, амилаза, РФ, СРБ, АСЛО – в пределах нормы, лимфоциты – 39%.

10.09.2009 г. при ультразвуковом исследовании выявлена шейная лимфаденопатия (в это время у больного было ОРЗ).

УЗИ ОБП от 08.10.2009 г.: данные за хронический гепатит (портальная вена не расширена), хронический холецистит, хронический панкреатит (липоматоз), спленомегалию (148×65 мм).

В январе 2010 года вновь появились приступы боли в центральной части эпигастральной области после погрешностей в диете (даже без предшествующего употребления алкоголя). Для купирования боли вызывал рвоту и принимал Но-шпу, после чего состояние значительно улучшалось. Также присоединились боли в правом подреберье на следующий день после приступа, похудел на 10 кг за один месяц, снизился аппетит. Периодически принимал Креон, Дуспаталин 10 дней без значительного эффекта.

В общем анализе крови после приступа лейкоциты – $3,3 \times 10^9/\text{л}$ ($4,0-8,0 \times 10^9/\text{л}$), тромбоциты – 46 (60-80 на 1000), лимфоциты – 40%.

19.01.2010 г. липаза крови 62 Е/л (менее 60 Е/л), α -амилаза – в пределах нормы.

УЗИ ОБП от 15.01.2010 г.: жировой гепатоз (портальная вена не расширена – 10,6 мм в d), липоматоз поджелудочной железы, спленомегалия, хронический холецистит.

26 апреля 2010 г. – свадьба (прием большого количества алкоголя).

В анализах крови от 27.04.2010 г.: тромбоциты, АСТ, АЛТ, общий билирубин, амилаза – в пределах нормы, липаза крови – 63 Е/л (менее 60 Е/л), сахар 6,2 ммоль/л (3,6-6,1 ммоль/л), лимфоциты – 44%.

УЗИ ОБП от 27.04.2010 г.: печень обычной формы, эхоструктура паренхимы среднезернистая, эхогенность несколько повышена, внутривенные протоки и печеночные вены не расширены, ветви портальной вены не расширены; поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, нечеткие, эхоструктура диффузно неоднородная, смешанной эхогенности, вирсунгианов проток не визуализируется; селезенка 149x65 мм, увеличена, без очаговой патологии. Заключение: УЗ признаки жирового гепатоза? хронического холецистита, хронического панкреатита, спленомегалии.

Лимфоциты крови от 04.06.2010 г. – 47%, липаза крови в пределах нормы (22 Е/литр).

Копрограмма от 28.05.2010 г. – полуоформленный, нейтральный жир ++, жирные кислоты ++, крахмал ++, йодофильная флора ++, дрожжевые грибы в незначительном количестве.

В динамике анализ кала от 07.07.2010 г. – кашицеобразный, мышечные волокна без исчерченности умеренное количество, нейтральный жир единичный, йодофильная флора умеренное количество.

КТ ОБП от 17.07.2010 г.: печень не увеличена, структура паренхимы гомогенная, обычной плотности; желчный пузырь не увеличен, в проекции фатерова соска РКТ-признаков патологических изменений нет; поджелудочная железа не увеличена, контуры четкие, структура паренхимы гомогенная, обычной плотности; селезенка расположена обычно, с четкими контурами, увеличена в размерах до 65x155x160 мм, структура паренхимы гомогенная; забрюшинные лимфоузлы без особенностей. Заключение: КТ-данных за наличие очаговых, дополнительных образований в органах брюшной полости не получено, умеренно выраженная спленомегалия.



С июля 2010 г. по январь 2011 г. по рекомендации психотерапевта получал финлепсин (приступов боли в это время не было). Основанием для назначения было выявление эпи-волн на ЭЭГ.

Панкреатическая эластаза-1 от 25.08.2010 г. – 512 мкг/кг.

Состояние практически нормализовалось только в августе 2010 г. Вес увеличился с 94 кг до 103 кг. Начал расширять диету, а с октября 2010 г. начал вновь принимать алкоголь 1 раз в 1-2 недели от 300 до 500 мл. В октябре 2010 г. обнаружены лямблии (не лечился).

В анализах крови от 24.11.2010 г. кальций, магний, фосфор, калий, натрий – в пределах нормы, хлориды – 90 ммоль/л (98-107 ммоль/л), мочевиная кислота – 204 мкмоль/л (250-450 мкмоль/л).

В декабре 2010 г. общий билирубин – в пределах нормы.

С января 2011 г. появились приступы болей в эпигастральной области даже на фоне соблюдения диеты (до сентября 2011 г. было 10 таких приступов, последний 06.09.2011 г.). Периодически принимал Креон 10 тыс. ед. (в апреле 2011 г. 25 тыс. ед.), Но-шпу, однако вес продолжал снижаться, стул 1-2 раза в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей. После очередного приступа болей в эпигастральной области обследовался и получал лечение (см. ниже).

Копрограмма от 15.01.2011 г.: кал полуоформленный, обнаружены крахмальные зерна в значительном количестве и обильная кокковая флора.

15.01.2011 г. липаза крови – 77 Е/л (<60 Е/л), амилаза крови – в пределах нормы.

При УЗИ ОБП от 17.01.2011 г.: хронический холецистит (обострение), хронический панкреатит, портальная вена 8 мм.

Лечение: Контролок, Урсосан, Энтерол, Но-шпа, Атенолол.



При УЗИ ОБП от 3.02.2011 г. впервые выявлены признаки портальной гипертензии: печень не увеличена, паренхима обычной акустической плотности, однородная, внутрипеченочные протоки и печеночные вены не расширены, портальная вена расширена до 14 мм; поджелудочная железа не увеличена, паренхима однородная; селезенка 165×85 мм, селезеночная вена расширена до 9,1 мм, верхнебрыжеечная вена – 8,7 мм. *Заключение:* данные за портальную гипертензию, спленомегалию.

Для уточнения диагноза проведена УЗДГ сосудов печени и селезенки от 04.02.2011 г.: эхо-данные за наличие портальной гипертензии (портальная вена – 13,7 мм в d, селезеночная вена – 8,7 мм в d).

04.02.2011 г. медь крови – 21,5 мкмоль/л (норма), мочева кислота – 613 мкмоль/л (250-450 мкмоль/л), тромбоциты – 164,5 Г/л, лимфоциты – 37%.

В биохимическом анализе крови от 04.02.2011 г. АСТ, АЛТ, общий и прямой билирубин, общий белок, альбумин, железо, протромбиновый индекс – в пределах нормы, тромбоциты – 164,5 Г/л.

4.02.2011 г. больному было произведено исследование крови на вирусные маркеры (анти-HAV Ig M, анти-HDV-total, анти-HCV Ig G, HBsAg) – отр.



07.02.2011 г. методом непрямой эластометрии больному была определена эластичность печени, которая составила 4,8 КПА, что с достоверностью более 95% соответствует стадии фиброза F0 (по METAVIR).

15.02.2011 г. больному была произведена ФГДС: гипертрофический гастродуоденит (в просвете желудка значительное количество слизи с примесью желчи, отмечается гипертрофия складок), БДС выступает в просвет, умеренно воспален.

Антинуклеарный фактор (качественный и полуколичественный тест) от 15.02.2011. г. – отр.

21.02.2011 г. больному было проведено исследование иммунного статуса: по Т-звену вторичный иммунодефицит, иммунорегуляторный индекс сохранен; эффекторные звенья иммунной системы – в пределах нормы; показатели аутоиммунного ответа частично индуцированы (ЦИК повышен до 117 при норме до 110), гипо IgM и IgG.



В анализах крови от 25.02.2011 г. лимфоциты, АСТ, липаза, панкреатическая амилаза – в пределах нормы; АЛТ повышена незначительно, тромбоциты – $135 \times 10^9/\text{л}$.

Для уточнения диагноза (т.к. впервые была обнаружена портальная гипертензия) 12.03.2011 г. больному была произведена РКТ-ангиография органов брюшной полости: печень в размерах не увеличена. Структура печеночной паренхимы однородная, плотность ее не изменена. Расширения внутрипеченочных желчных протоков и холедоха не выявлено. Желчный пузырь заполнен однородным жидким содержимым, без рентгеноконтрастных включений, обычных размеров.



Поджелудочная железа в типичной проекции, S-образно изогнута. Структура паренхимы однородная, плотность не изменена, контуры четкие. Размеры железы (головка до 35 мм, тело и хвост – до 20-23 мм в сечении) в пределах допустимой нормы. Обе почки обычных размеров и формы, с четкими контурами. Пазухи обеих почек не расширены. Конкрементов и других дополнительных образований почек не отмечено.

Селезенка обычной формы, увеличена в размерах до 60×140×155 мм, контуры ее четкие, структура однородная.

Очагов патологического накопления контраста вышеперечисленных органов в различных фазах контрастирования не выявлено, дополнительных образований этих органов не обнаружено.



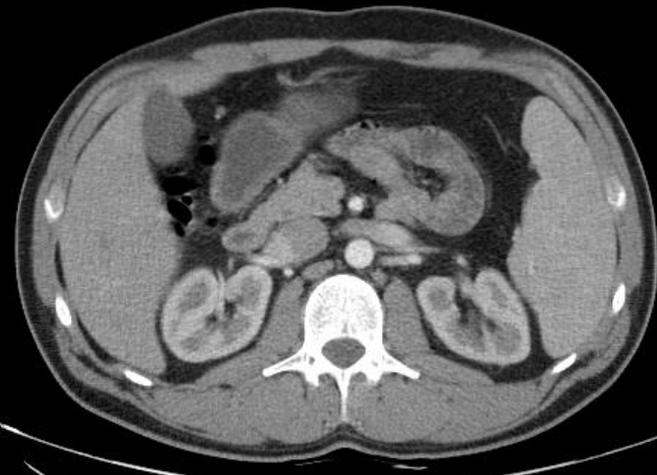
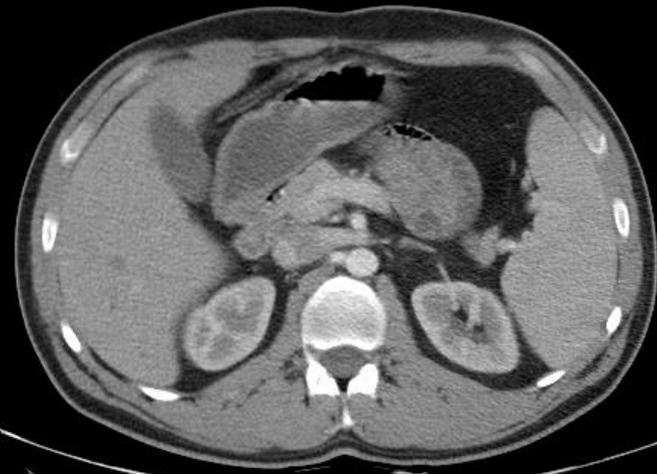
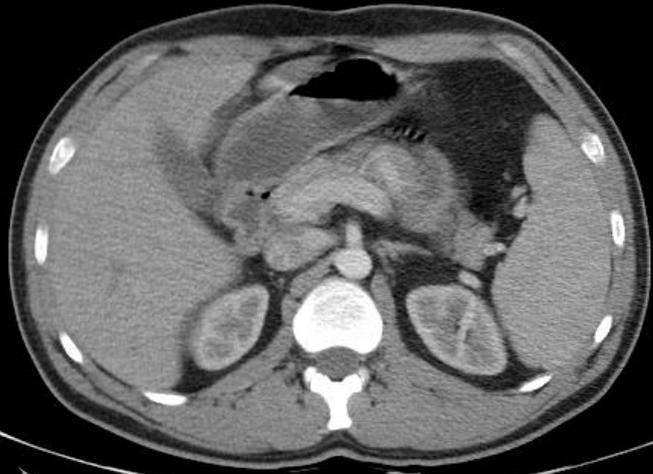
Диаметр грудной, брюшной аорты и главных ее ветвей в пределах нормальных значений. Нижняя полая вена хорошо выполнена контрастом, размеры ее нормальные.

Селезеночная артерия хорошо прослеживается, диаметр ее на всем протяжении около 5 мм. Отмечается небольшое расширение селезеночной вены до 12 мм. Портальная вена также несколько расширена до 16 мм, стриктур и сдавления ее извне не отмечено. Патологически расширенных венозных коллатералей не выявлено.

Увеличенных парааортальных, паракавадных и мезентериальных лимфоузлов не обнаружено.

Заключение: спленомегалия неясного генеза.







13.04.2011 г. выставлен диагноз: хронический панкреатит, хронический холецистит, спленомегалия неясного генеза, хронический неатрофический гастрит, дуоденит. Получал лечение: Креон 25 тыс. ед. по 1 капсуле 3 р. в день, Мотилиум, Галидор, Ранисан без значительного эффекта.

В анализах крови от 28.04.2011 г. – тромбоциты 140 Г/л, лимфоциты, панкреатическая амилаза, липаза, АЛТ, АСТ – в пределах нормы. Впервые отмечено повышение общего билирубина до 39,8 ммоль/л.

УЗИ ОБП от 28.04.2011 г.: печень не увеличена, паренхима обычной акустической плотности, однородная, внутрипеченочные протоки и печеночные вены не расширены, портальная вена расширена до 14,1 мм; селезенка 153×74 мм, увеличена, без очаговой патологии, селезеночная вена расширена до 10,6 мм, верхнебрыжеечная вена – 8 мм. Заключение: данные за портальную гипертензию, спленомегалию.



В апреле 2011 г. обследован на бруцеллез (реакция Хеддельсона) – отр. Отмечено снижение церулоплазмينا до 1,1 мкмоль/л (1,5-3,3 мкмоль/л).

Диагноз: жировой гепатоз, гепатоспленомегалия неясного генеза, хр. холецистит, хр. панкреатит.

В мае 2011 года получал нитросорбит по 1 табл. 3 раза в день (снижалось АД с потерей сознания), нитроглицерин, белластезин (в июне) во время приступа без эффекта: приступы боли по-прежнему сохранялись.



В анализах крови от 04.05.2011 г. тромбоциты – 285 Г/л, лимфоциты, АСТ, липаза – норма; общий билирубин 38,3 ммоль/л, прямой – 3,9 ммоль/л, АЛТ – 59 (менее 53).

В динамике в анализах крови от 25.05.2011 г. АСТ и ЩФ – в норме, общий билирубин 31,8 мкмоль/л, прямой – 1,2 мкмоль/л, АЛТ повышена в 2 раза, церулоплазмин – 1,2 мкмоль/л (1,5-3,3 мкмоль/л), вирусные маркеры (anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcore IgM, anti-HCV Ig M+G, anti-HDV IgM, anti-HDV IgG) – отрицательные.

Получал лечение: Карсил, Урсосан, Мотилиум. При контрольном исследовании в июне в анализах крови АСТ, АЛТ в норме, билирубин снизился до 28 мкмоль/л, по-прежнему сохраняется снижение церулоплазмина до 1,3 мкмоль/л.



УЗИ ОБП от 22.06.2011 г.: печень не увеличена, эхоструктура неоднородная, пониженной эхогенности, уплотнена, внутрипеченочные протоки и печеночные вены не расширены, портальная вена расширена до 14 мм; селезенка 147×70 мм.
Заключение: УЗ-признаки спленомегалии, хронического холецистита, хронического гепатита?

После прекращения курса лечения в анализах крови в июле: АСТ, АЛТ, амилаза – в пределах нормы, вновь повысился билирубин до 38 мкмоль/л, сохраняется снижение церулоплазмина; тромбоциты – 187,2 Г/л, железо 35,8 мкмоль/л (6,6-26 мкмоль/л), фибриноген 1,7 г/л (2-4 г/л).

УЗИ ОБП от 11.08.2011 г.: печень не увеличена, портальная вена расширена до 14 мм в d , собственная печеночная артерия гипоплазирована – 1,4 мм в d , селезенка 153×65 мм, селезеночная вена 10,5 мм в d . *Выводы:* данные за портальную гипертензию, спленомегалию, гипоплазию собственной печеночной артерии.

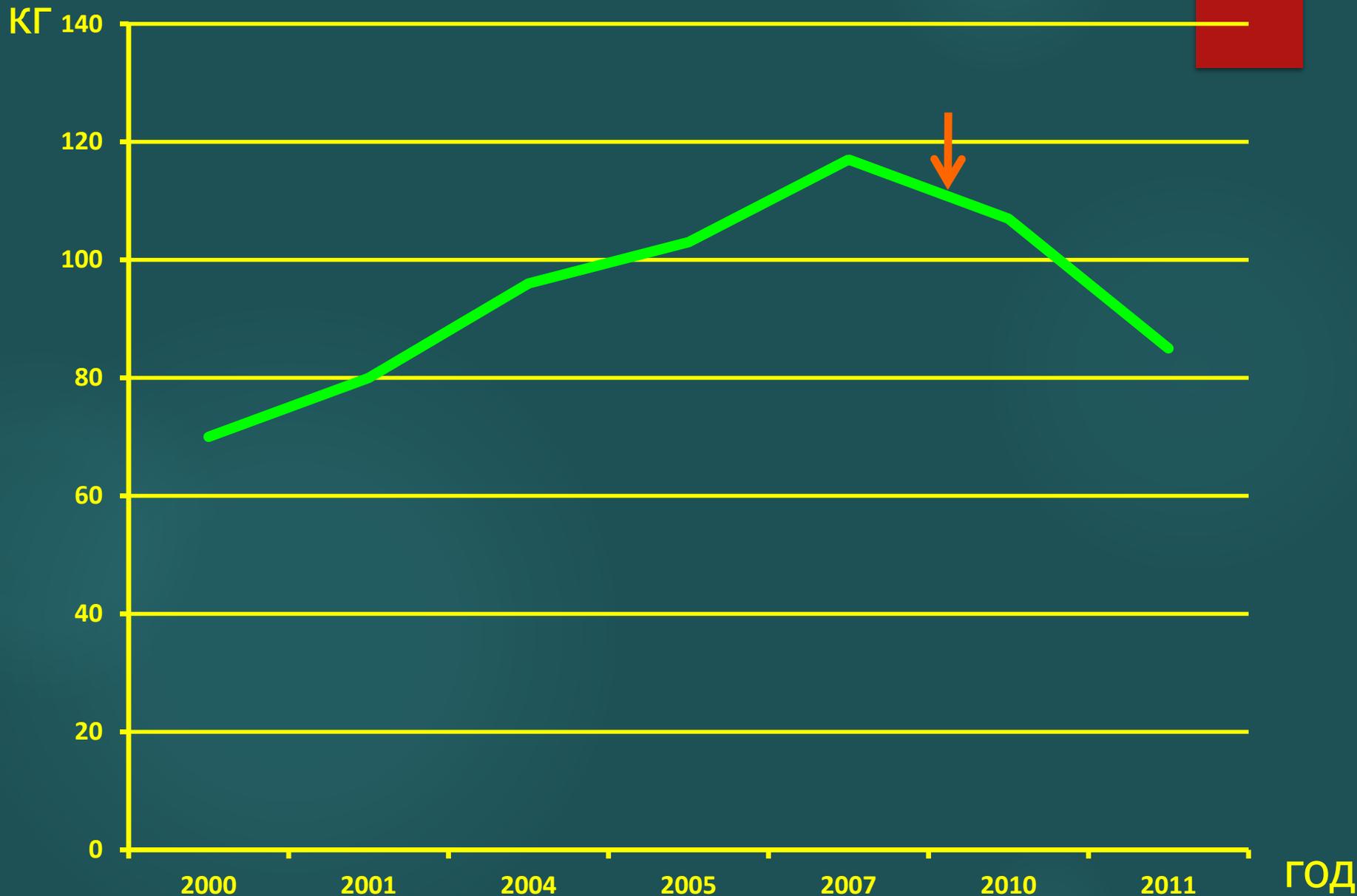
РНК вируса гепатита С (11.08.2011 г.) – не обнаружена.

17.08.2011 г. общий холестерин, холестерин-ЛПВП в норме, холестерин-ЛПНП – 1,9 ммоль/л (2,33-5,3 ммоль/л).

ДНК вируса гепатита В (качественный и количественный метод) от 17.08.2011 г. – не обнаружена.

УЗДГ сосудов печени и селезенки от 06.08.2011 г. Заключение: доплерографические данные за портальную гипертензию (портальная вена d до 15,1 мм, селезеночная вена d до 9,5 мм). Нельзя исключить аномалию развития печеночной артерии (не удалось визуализировать). Рекомендовано проведение ангиографии.

Динамика изменения массы тела



Анамнез жизни

Родился и проживал до 16 лет возле завода по переработке урана. Имеет 2 высших образования (туризм, магистр политических наук). Сейчас работает менеджером по развитию бизнеса (много времени проводит за компьютером).

В детстве перенес стафилококковый сепсис (?), беспокоили приступы удушья до 5 лет (амбулаторной карты нет). Аппендэктомия в 1991 г.

В 1993-1995 гг. употреблял в пищу сырую рыбу.

2009 г. – левосторонняя люмбаишиалгия, обусловленная остеохондрозом позвоночника, грыжей диска L5-S1, с умеренным болевым и мышечно-тоническим синдромом (получал Ксефокам, Мидокалм).



В 2000 г. и 2008 г. наблюдались 2 эпизода ночного энуреза.

В 2009 г. при УЗДГ – варикозное расширение вен левой голени.

Женат с 2010 г., имеет дочь 10 мес. Во время беременности у жены – вирусный гепатит А (преждевременные роды).

Вредные привычки – курит с 13 лет (\approx 1 пачка в день); алкоголь – до 2001 г. употреблял эпизодически, с 2001 г. – более часто и в бóльших количествах, особенно в период с 2005 по 2009 г. (1-4 раза в неделю вечером до 0,5 литра). В настоящее время не употребляет алкоголь около 6 мес.



Наследственный анамнез: у матери – сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь; у бабушки – рак матки; отец умер от инфаркта миокарда; у прабабушки, дедушки, дяди (по линии отца) – рак легких.

Две родных сестры: 44 лет (страдает язвенной болезнью желудка), 39 лет (страдает язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки). У обеих сестер выявлены эпи-волны на ЭЭГ (?), одна из сестер лечилась по поводу невроза.

Аллергологический анамнез – не отягощен.

Объективно



Рост — 187 см. Вес — 85 кг. Температура тела — 36,7°C.

Общее состояние удовлетворительное.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа увеличена до II ст., безболезненная. Кожные покровы обычной окраски. Субиктеричность склер. Тремора нет.

Перкуторно над легкими — ясный легочный звук. Аускультативно — дыхание везикулярное. ЧДД — 17 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правого края грудины; верхняя — III ребро; левая — на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Деятельность сердца ритмичная. АД — 118/70 мм рт.ст. ЧСС — 110 в минуту.



Язык влажный, обложен белым налетом. Живот: послеоперационные рубцы от мечевидного отростка до пупка по средней линии, в правой подвздошной области. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки толстой кишки обычных свойств. Печень: +1 см, эластической консистенции, поверхность гладкая, б/б. Селезенка на правом боку +2 см, эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Данные обследования

Группа крови – 0 (I), резус-фактор – отр.

ВИЧ (11.08.2011 г.) – антитела не обнаружены.

RW (11.08.2011 г.) – отр.

Общий анализ крови (29.08.2011 г.): Hb – 15,7 g/dl; эр. – $5,58 \times 10^6/\text{mm}^3$ ($3,70 - 5,00 \times 10^8/\text{mm}^3$); Ht – 47,7%; СОЭ – 2 мм/ч (2-15 мм/ч); лейкоциты – $7,1 \times 10^3/\text{mm}^3$; п. – 6%, с. – 60%; э. – 1%; л. – 28%; м. – 5%; **тромбоциты – $118 \times 10^3/\text{mm}^3$** ($180-320 \times 10^3/\text{mm}^3$).

Общий анализ мочи (30.08.2011 г.) – в пределах нормы.



Копрограмма (30.08.2011 г.) – неоформленный, жидкий, светло-коричневый;

мышечные волокна: в стадии переваривания и в стадии непереваривания – умеренное количество;

растительная клетчатка переваримая – умеренное количество;

жирные кислоты – большое количество;

слизь – незначительное количество;

лейкоциты – 35-40 в поле зрения, местами до 1/2 поля зрения;

я/г, простейшие – не обнаружены.

Биохимический анализ крови (29.08.2011 г.)

Общий белок – 72,9 г/л; альбумины – 51,61 %; $\alpha 1$ – 4,49% (2,2-4,2%); $\alpha 2$ – 8,97%; β – 16,81%; γ – 18,13%; А/Г – 1,07.

АСТ – 22,5 U/L (≤ 35 U/L); АЛТ – 56,9 U/L (≤ 48 U/L); *общий билирубин* – 34,5 *umol/l* (5,0-21,0); *прямой билирубин* – 4,87 *umol/l* (0,00-3,40); щелочная фосфатаза – 55,5 U/L; ГГТ – 15,0 U/L; амилаза – 26,4 U/L; Р-изоамилаза – 23,1 U/L; липаза – 34,7 U/L; креатинфосфокиназа – 76,7 U/l; ЛДГ – 125,7 U/L; глюкоза – 5,02 mmol/l; мочевины – 5,27 mmol/L; креатинин – 83,3 umol/l;

Биохимический анализ крови (29.08.2011 г.)

холестерин – 4,65 mmol/l; LDL cholesterol – 3,09 mmol/l; **HDL cholesterol – 0,87 mmol/l** (1,04-1,55); триглицериды – 1,55 mmol/L;

фосфор – 0,98 mmol/l; кальций – 2,49 mmol/l; магний – 1,00 mmol/l; хлориды – 99,2 mmol/l; калий – 4,06 mmol/l; натрий – 141,3 mmol/l;

железо – 23,6 mmol/l (10,7-32,2); ферритин – 292,9 ug/l;

гаптоглобин – 0,89 g/l (0,30-2,00 g/l);

мочевая кислота – 359,3 umol/l;

церулоплазмин – 103,24 mg/l (200,00-600,00 mg/l);

медь крови – 16,4 мкмоль/л;

медь мочи – 1,36 мкмоль/сут;

α_1 -антитрипсин – 1,3 g/l (0,90-2,00 g/l);

серотонин – 93 нг/мл (40-90 нг/мл).



Анализ мочи на содержание катехоламинов (02.09.2011 г.):

Адреналин – 178,8 нМоль/24 часа (12,0-43,7 нМоль/24 часа)

Норадреналин – 217,8 нМоль/24 часа (47,3-591 нМоль/24 часа)

ДОФА – 801,4 нМоль/24 часа (40,4-563 нМоль/24 час)

Ванилилминдальная кислота – 5,0 мг/сут. (< 15,0 мг/сут.)

Коагулографическое исследование крови (29.08.2011 г.):

Протромбиновое время – 20,2 сек (13-18 сек)

МНО – 1,39 (0,7-1,3)

Протромбиновый индекс – 75,9% (70-130%)

Тромбиновое время – 14,5 сек (11-14 сек)

Фибриноген – 1,72 г/л (2,0-4,0 г/л)

АЧТВ – 42,7 сек (28-40 сек)



С-реактивный белок (29.08.2011 г.) – 0,29 mg/dl

Ревматоидный фактор (29.08.2011 г.) – 3,8 IU/ml

Антистрептолизин-О (29.08.2011 г.) – 199,0 IU/ml

Орозомукоид (29.08.2011 г.) – 0,58 g/l

Антимитохондриальные антитела (АМА) (29.08.2011 г.) – 6,6
МЕ/мл (0-10 МЕ/мл)

Антинуклеарные антитела (ANA) (29.08.2011 г.) – не
обнаружены (норма – отсутствуют)

Антинуклеарный фактор (качественный тест) (11.08.2011 г.) –
отрицательный

Антинуклеарный фактор (полуколичественный тест)
(11.08.2011 г.) – отрицательный

Вирусные маркеры

Anti-HAV IgM (26.05.2011 г.) – отр.

HBsAg (31.08.2011 г.) – отр.

Anti-HBsAg (31.08.2011 г.) – отр.

Anti-HBcore IgM+G (31.08.2011 г.) – отр.

Anti-HCV Ig M+G (26.05.2011 г.) – отр.

Anti-HDV IgM (26.05.2011 г.) – отр.

Anti-HDV IgG (26.05.2011 г.) – отр.

РНК вируса гепатита С (11.08.2011 г.) – не обнаружена;

ДНК вируса гепатита В (30.08.2011 г.) – не обнаружена.

ДНК цитомегаловируса и вируса Эпштейн-Барра (29.08.2011 г.) в крови и слюне – не обнаружены.

Антитела к токсокарам Ig G (15.02.2011 г.) – отр.

Антитела к аскаридам Ig G (15.02.2011 г.) – отр.

Консультация инфекциониста (05.09.2011 г.)

Для уточнения диагноза рекомендовано исследовать анализ крови на вирусные маркеры (гепатиты G, E).

Онкомаркеры (11.08.2011 г.):

Альфа-фетопротеин (АФП) – 2,0 нг/мл (< 8,5 нг/мл);

СЕА – 11,9 нг/мл (некурящие < 5 нг/мл, курящие < 10 нг/мл);

СА 19-9 – 34,2 Е/мл (< 40 Е/мл).



Гликозилированный гемоглобин (11.08.2011 г.): 4,3 % (<7,0%)
Кортизол – 584,132 нмоль/л (220,1-509,0 нмоль/л)
АКТГ – 20,839 пг/мл
ДГЭА-сульфат – 177,044 мкг/100мл
Йод мочи – 94,792 мкг/л (100-200 мкг/л)

Исследование функции щитовидной железы (11.08.2011 г.)

Свободный Т3 – 1,8 пг/мл (1,4-4,2 пг/мл)
Свободный Т4 – 1,6 нг/дл (0,8-2,2 нг/дл)
ТТГ – 1,0 мМЕ/мл (0,3-6,2 мМЕ/мл)
Антитела к ТПО – 0,1 ЕД/мл (< 30 ЕД/мл)

УЗИ щитовидной железы (11.08.2011 г.)

Щитовидная железа не увеличена: перешеек – 4,7 мм, толщина правой доли – 18 мм, толщина левой доли – 17 мм, паренхима однородная, признаков узлообразования не выявлено.

Консультация эндокринолога (06.09.2011 г.)

Диагноз: диффузный нетоксический зоб II ст., эутиреоз.

Повышенный уровень кортизола, умеренное повышение уровня катехоламинов в моче может быть обусловлено избыточным весом в прошлом. Данных за феохромоцитому в настоящее время не выявлено.

Рекомендовано: УЗИ щитовидной железы через 6 мес. Контроль кортизола, катехоламинов через 2 мес. Контроль АД и пульса 3 раза в день по 2 дня 4 раза в месяц.

Водородный дыхательный тест (01.09.2011 г.)

Исходный уровень – 15

Максимальный уровень – 104

Разница – *79 ppm* (норма – до 20 ppm)

Результат: положительный

ФГДС (29.08.2011 г.)

Пищевод свободно проходим. В желудке натошак небольшое количество жидкости с примесью желчи и слизи. Просвет легко расправляется инсуффляцией воздуха. Складки слизистой отечные. Слизистая умеренно гиперемирована, отечная, пятнистая, блестящая. Привратник округлой формы, сомкнут. Луковица 12-перстной кишки плохо раздувается при инсуффляции воздуха. Слизистая гиперемирована, отечная.

Залуковичный отдел розового цвета, слизистая гладкая, блестящая. В залуковичном отделе определяется послизистое образование полушаровидной формы до 5 мм с умеренно гиперемированной слизистой. БДС до 6 мм умеренно гиперемирован. Продольная складка умеренно напряжена.

Выводы: нормальная эндоскопическая картина пищевода, поверхностный гастрит, бульбит, поверхностный дуоденит.

*Консультация д.мед.н. Зубова А.Д.
(29.08.2011 г.)*

Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Печень – в объеме не увеличена, контур ровный, капсула «+», паренхима – эхогенность незначительно повышена, однородна, единичные эхопозитивные включения. Воротная вена – зона впадения – 1,25 см в диаметре, интрапаренхиматозная часть – 1,41 см в диаметре, воротный кровоток – 18,0-22,0 см/сек, индекс резистентности – 0,41. Участки локального уплотнения стенок воротной вены (гистиоцитарная инфильтрация (?)). Собственные вены печени: локальное уплотнение стенок вен среднего калибра, симптом эхостигмы «+», диаметр среднепеченочной вены – интрапаренхиматозная часть (воронья лапка) – 0,99 см.

Печеночная артерия – локация в нестандартной зоне (вариант развития). Устойчивой локации в проекции ствола печеночной артерии – нет. В проекции предполагаемой ветви печеночной артерии кровоток – 39,5 см/сек. Очаговых изменений нет.



Чревный ствол – до 120 см/сек, верхнебрыжеечная артерия – 96 см/сек.

Желчный пузырь – без особенностей, желчные протоки не дилатированы, гепатодуоденальная связка без особенностей, л/у – нет.

Поджелудочная железа – в объеме не увеличена, контур ровный, головка – 3,2 см, тело – 2,8 см, эхогенность паренхимы обычная. Проекция хвоста – 2,04 см. В проекции тела визуализируется нерасширенный Вирсунгианов проток, диаметр – 0,26 см. Стенки желудка - без нарушения слоев, перистальтическая волна – норма.

Селезеночная вена – 0,88 см в диаметре. Селезенка – 14,5×6,0 см, контур ровный, строение паренхимы – обычной эхогенности, однородна, мелкозерниста. Очаговых изменений нет.

Щитовидная железа – перешеек – 0,71 см, правая доля – 4,51×2,75×2,46 см, левая доля 4,33×2,06×1,98 см, контур волнистый, капсула «+», очаговых изменений нет.

Y3H (01.09.2011 г.)

FYD
5000

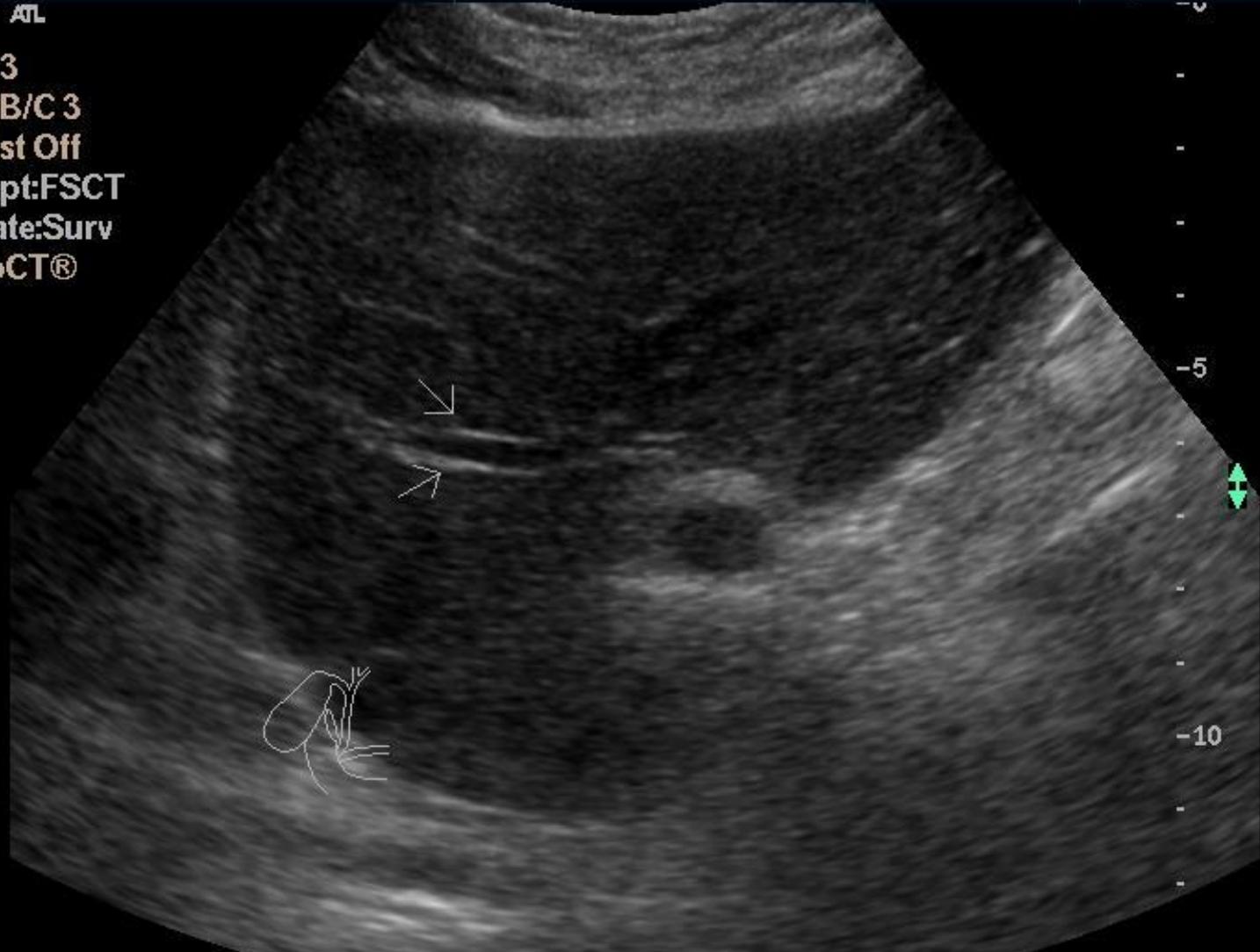
KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO
ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
14:33:52

TIs 0.2 MI 1.1
Fr #230 13.8cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®





HDI
5000

KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO
ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
14:38:53

TIs 0.4 MI 1.3
Fr #209 16.6cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®



FIDI
5000

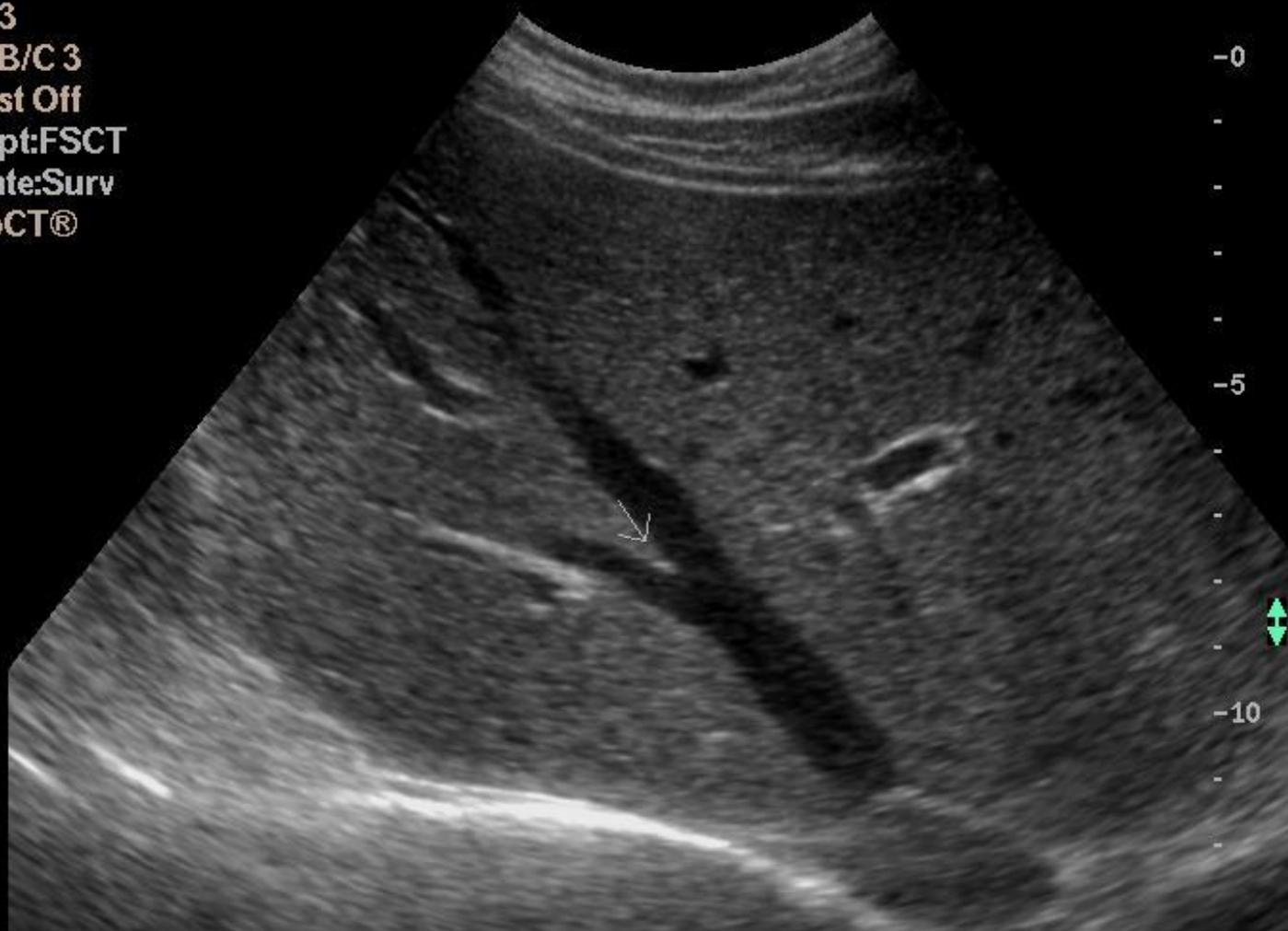
KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO
ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
14:41:14

TIs 0.4 MI 1.3
Fr #221 16.6cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®



-0

-5

-10



HDI
5000

KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO
ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
14:40:06

TIs 0.4 MI 1.3
Fr #219 16.6cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®



+ 1.18cm

FIDI
5000

KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

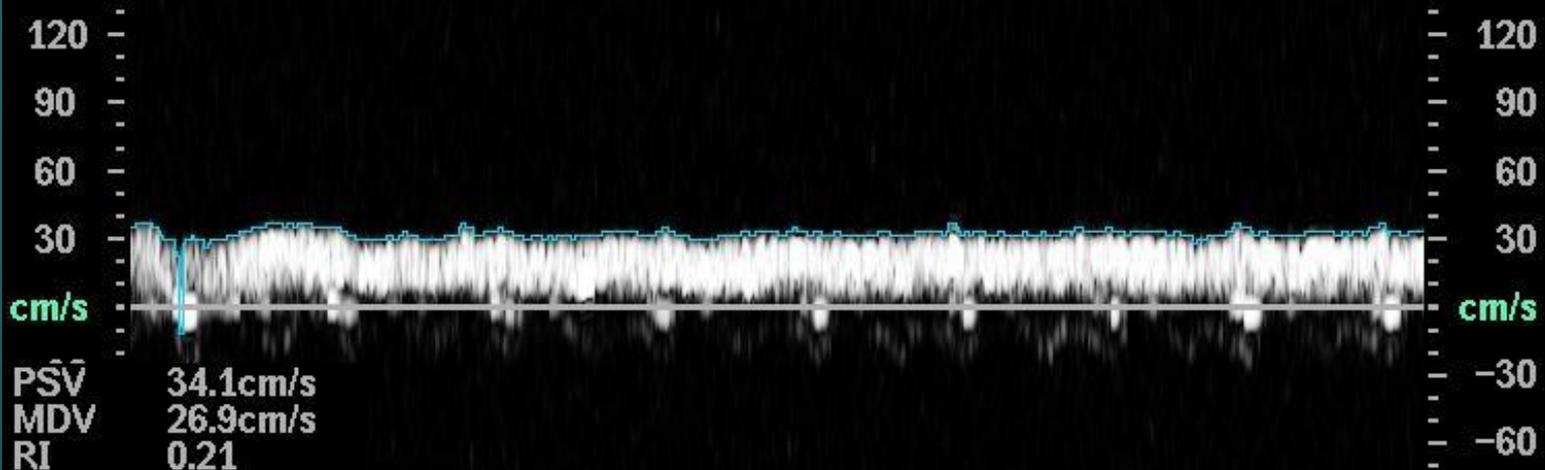
01 Sep 11
14:25:15

TIs 1.7 MI 1.0
Fr #204 13.8cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Med
2D Opt:Gen
Fr Rate:Max



SV Angle -60°
Dep 9.2 cm
Size 2.5 mm
Freq 2.5 MHz
WF Low
Dop 75% Map 3
PRF 3731 Hz



FIDI
5000

KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO

ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
14:30:34

TIs 2.0 MI 0.9
Fr #95 13.8cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Med
2D Opt:Gen
Fr Rate:Max



SV Angle 60°
Dep 10.6cm
Size 2.5 mm
Freq 2.5 MHz
WF Low
Dop 75% Map 3
PRF 3731 Hz





HDI
5000

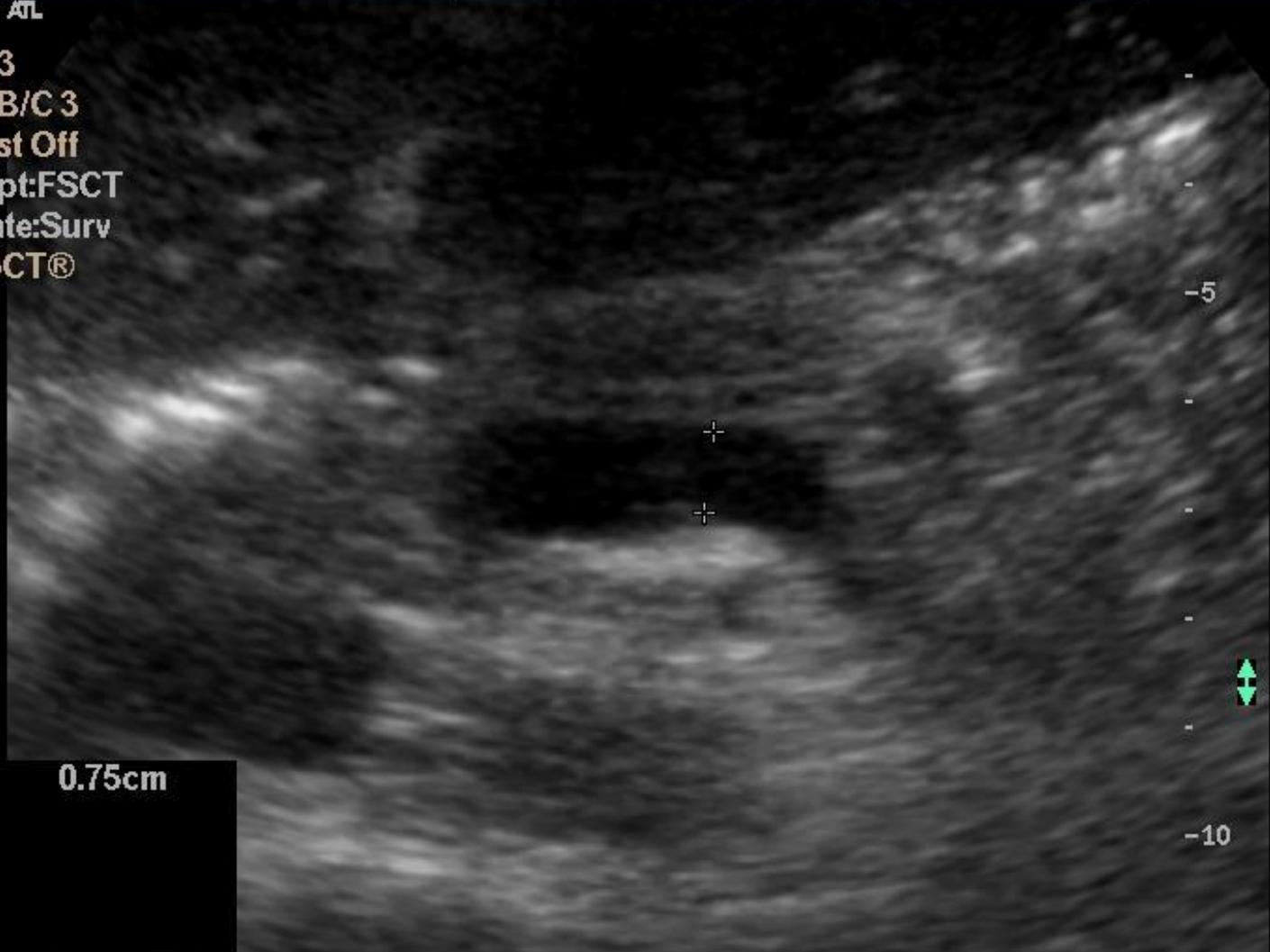
KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO
ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
14:55:54

TIs 0.3 MI 1.3
Fr #209 16.6cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®



-5

-10

0.75cm



HDI 5000
KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO
ATL
11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen
01 Sep 11
14:57:06
TIs 0.3 MI 1.3
Fr #234 16.6cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®



3OR
DOKTMO
11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen
01 Sep 11
14:58:13
TIs 0.3 MI 1.3
Fr #235 16.6cm



FID1
5000

KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

01 Sep 11
15:14:06

TIs 0.3 MI 1.3
Fr #234 16.6cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®

ATL

-0

-5

-10

-15

+
x

15.30cm
7.10cm



HDI
5000

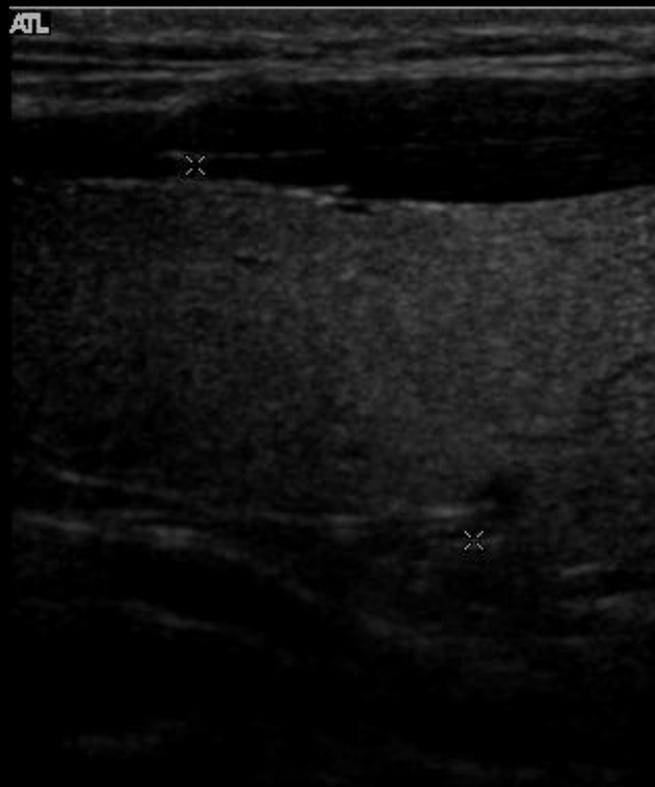
KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO

11/09/01:140509
L12-5 38 SmPrt/Thyr

01 Sep 11
14:07:26

TIs 0.1 MI 0.54
Fr #312 5.9 cm

Map 3
170dB/C 4
Persist Off
2D Opt:FSCT
Fr Rate:Surv
SonoCT®



-0

-1

-2

-3

-4

-5

+
x

4.51cm
2.75cm

FIDI
5000

KLIN RAZBOR
DONETSK DOKTMO

ATL

11/09/01:140509
C5-2 Abd/Gen

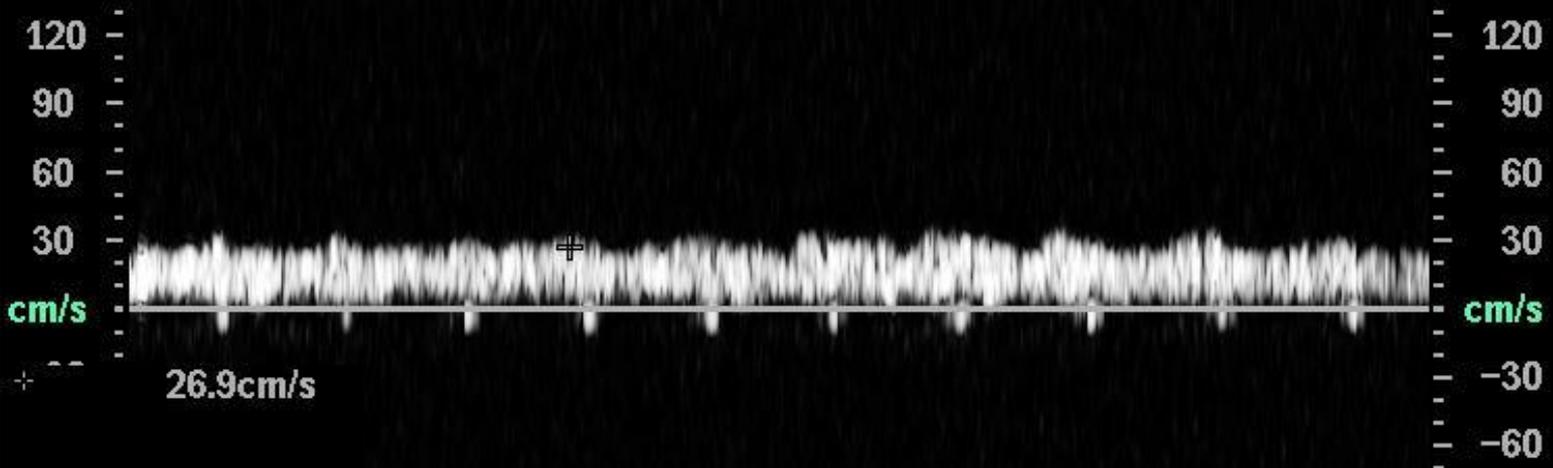
01 Sep 11
14:24:06

TIs 1.9 MI 1.1
Fr #149 13.8cm

Map 3
170dB/C 3
Persist Med
2D Opt:Gen
Fr Rate:Max



SV Angle -60°
Dep 9.2 cm
Size 2.0 mm
Freq 2.5 MHz
WF Low
Dop 75% Map 3
PRF 3731 Hz



ЭндоУЗИ (05.09.2011 г.)

Сканирование проводилось в режиме 7,5 и 12 МГц.

Печень однородной структуры, не увеличена. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен.

Холедох до 7 мм, дополнительные эхоструктуры не определяются. Стенки холедоха не уплотнены. Поджелудочная железа: контуры ровные, неоднородная. Вирсунгов проток 2,8 мм, не расширен. Селезенка увеличена. Отмечается расширение селезеночной вены.

Заключение: спленомегалия, признаки хронического панкреатита.

ID:
NAME:

MAIN MILITARY HOSPITAL

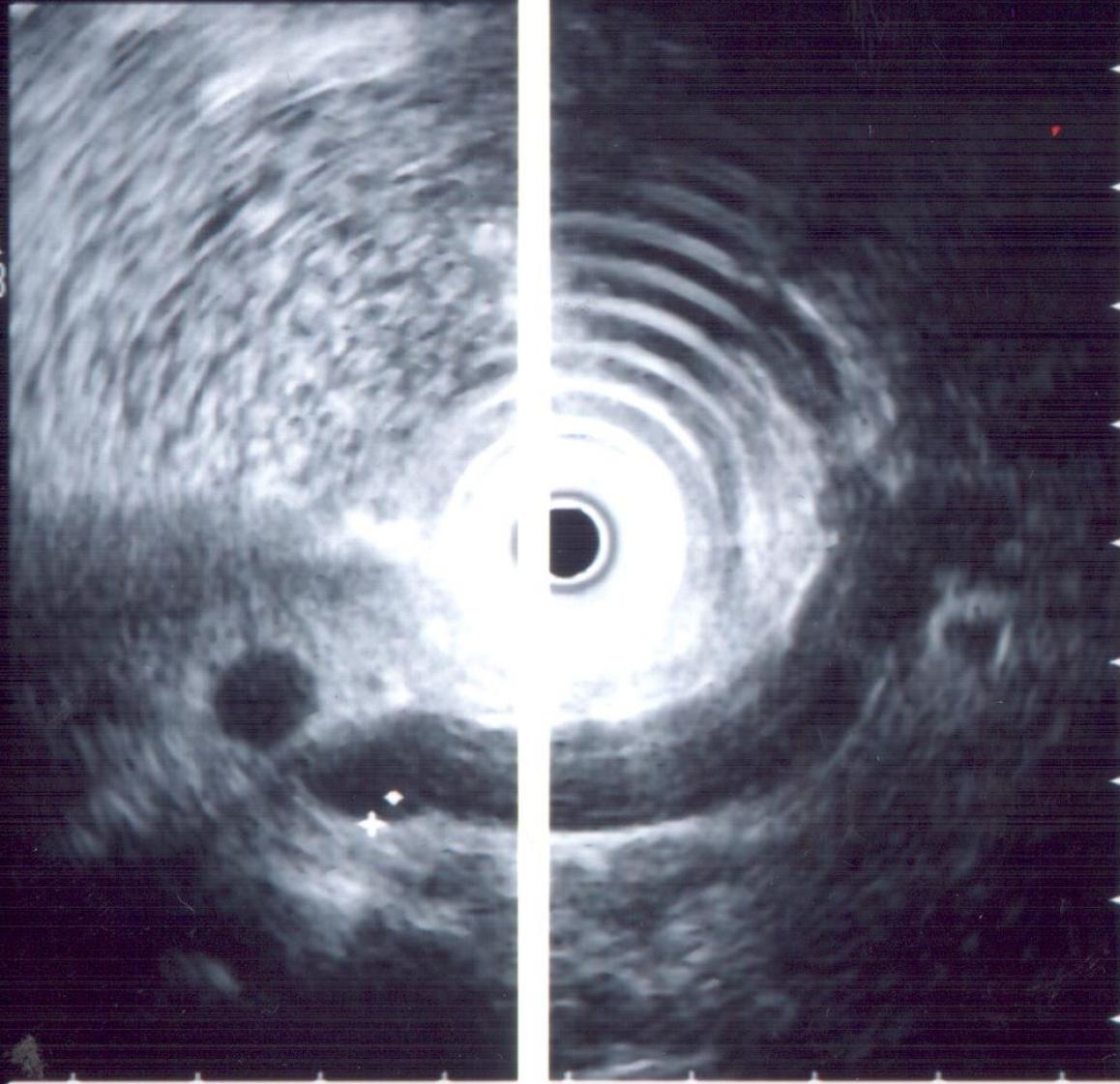
SEX : AGE :
BIRTH: - -

DATE : 05-09-11
TIME : 14:48:38

FREQ : 7.5MHz
RANGE: 9cm
GAIN : 6
CONT : 3

DISTANCE
+: 2.8mm

SCALE: 10mm
DIR : NORMAL



Рентгенисследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки (02.09.2011 г.)

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим. Контуры его ровные, четкие, стенки эластичные. При полипозиционном исследовании на трохоскопе с провокационными натуживаниями отмечается слабовыраженный гастро-эзофагальный рефлюкс. Другой патологии со стороны пищеводно-желудочного перехода не выявлено.

Желудок обычной формы и положения, нормотоничен, натощак пуст. Складки слизистой прослеживаются на всем протяжении, не изменены. Перистальтика и смещаемость обычные. Эвакуация своевременная.



Vd – правильной формы, обычных размеров, подвёрнута кзади, раздражена (гипермотильна), рельеф луковицы и залуковичного отдела грубый, покрыт слизью. Duodenum – обычной конфигурации. Через час в желудке около 1/3 контрастной массы. 12-перстная и проксимальные отделы тощей кишки свободны от контраста. Отмечаются бариевые помарки в дистальных отделах тонкой кишки. Остальной барий распределён в петлях подвздошной кишки и восходящих отделах толстой кишки.

Выводы: гастро-эзофагальный рефлюкс. Рентген- признаки бульбита. Дискинезия тонкой кишки по гипермоторному типу.

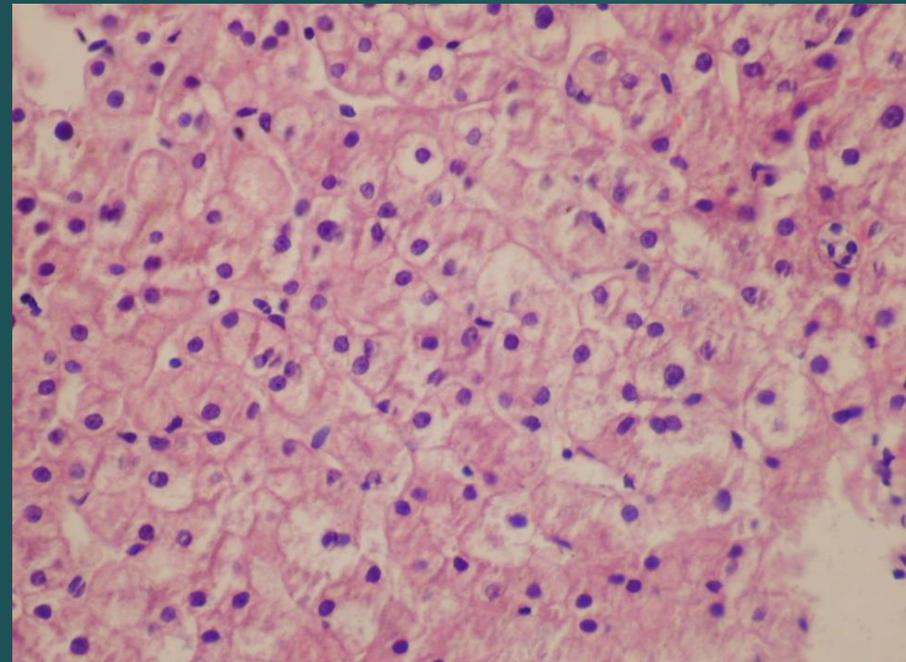
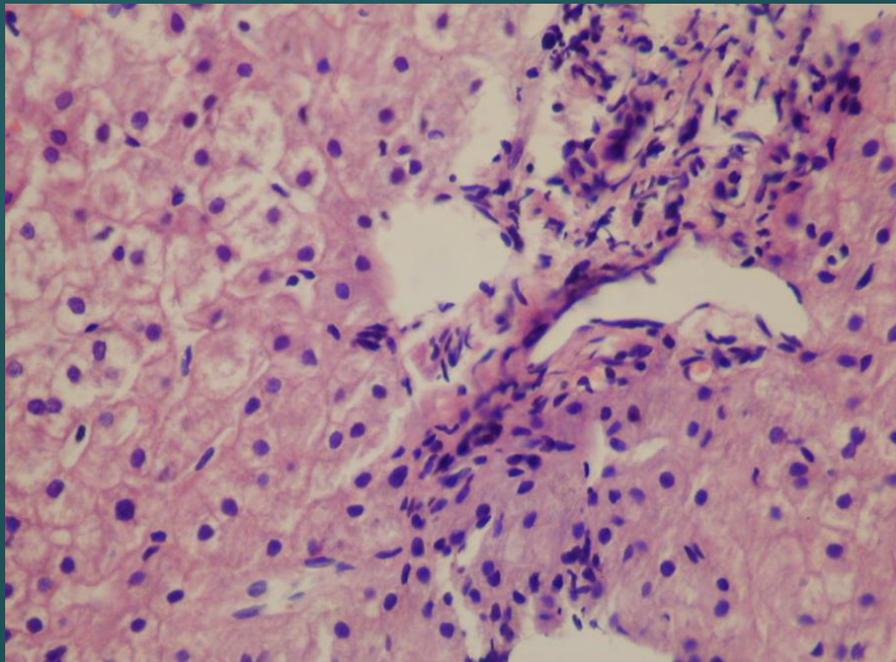
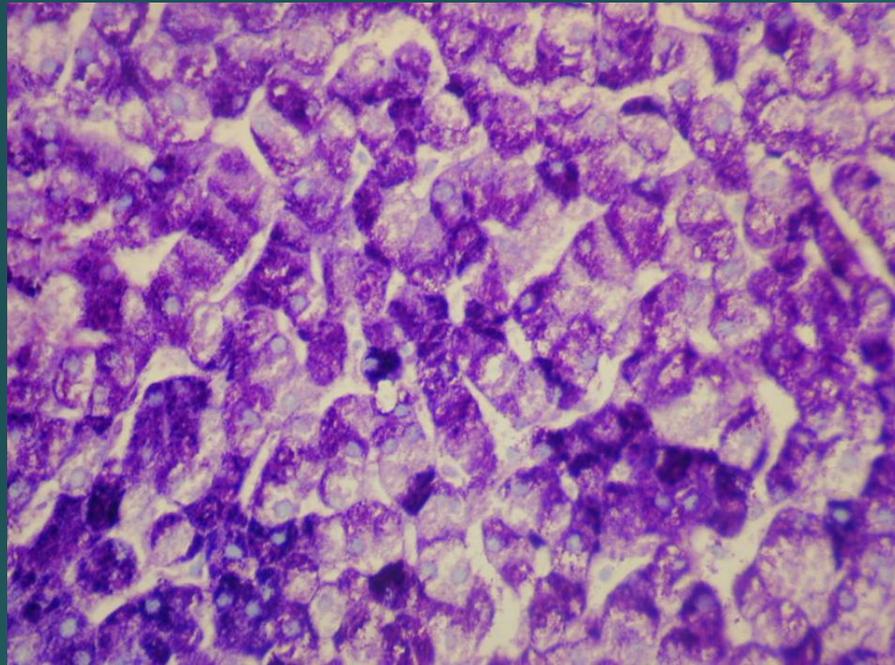
08:01.10.1979
ate:02.09.2011
me:10:26:58
o.s1
0.27



Inst: D0

Заключение пункционной биопсии печени (30.08.2011 г.)

В портальных трактах слабая клеточная инфильтрация. В гепатоцитах резкая вакуольная дистрофия, вплоть до баллонной. Очаговое резкое снижение гликогена в гепатоцитах. Изменения укладываются в картину хронического, слабо выраженного гепатита, возможно, токсического.



Магнитно-резонансная томография брюшной полости (05.09.2011 г.)

Печень обычной формы, размеров, однородной структуры. Внутривнутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь с четкими ровными контурами, однородным содержимым. Внепеченочные желчные протоки без участков патологического сужения или расширения; сигнал однородный. Поджелудочная железа обычной формы, структуры. Проток поджелудочной железы не расширен. Селезенка умеренно увеличена (12,5×6,3×14,0 см), без патологических образований или очаговых изменений. Селезеночная вена несколько извита в области ворот. Диаметр селезеночной вены – 0,8 см. Диаметр воротной вены – 1,4 см.



Сосудистые стволы своевременно контрастируются. Коллатеральная сосудистая сеть не определяется. Надпочечники обычной формы, размеров. Почки обычного расположения, с отчетливой дифференциацией коркового и мозгового вещества; чашечно-лоханочная система не расширена. Жировая клетчатка брюшной полости свободна. Увеличения лимфатических узлов не отмечено.

Заключение: спленомегалия. Патологических образований или очаговых изменений, подозрительных на неопластический процесс, не выявлено.

Колоноскопия (07.09.2011 г.)

Выводы: нормальная эндоскопическая картина прямой и ободочной кишки.

Результат биопсии толстой кишки (07.09.2011 г.)

Хронический колит, вероятно, бактериальный. Умеренная, в поверхностных отделах – выраженная инфильтрация.

Рентгенография органов грудной клетки (11.08.2011 г.)

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля прозрачные. Корни легких структурные. Синусы свободные. Сердечно-сосудистая тень в пределах нормы.

УЗИ предстательной железы (11.08.2011 г.)

Предстательная железа – 43×39×34 мм, форма сохранена, паренхима однородная, простатический отдел уретры не изменен, семенные пузырьки обычной формы и размеров.

ЭКГ (11.08.2011 г.)

Выводы: синусовая тахикардия с ЧСС 91-100 имп/мин.
Полувертикальное положение ЭОС.

Эхокардиография (11.08.2011 г.)

Перикард не изменен. Нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено. Клапаны не изменены.

Консультация кардиолога (06.09.2011 г.)

У больного синусовая тахикардия со слабовыраженным повышением уровня сывороточных катехоламинов. Данных в пользу феохромоцитомы не выявлено. Рекомендовано: бисопролол 2,5-5 мг 1 раз в день.

Консультация окулиста (01.09.2011 г.)

Миопия слабой степени, сложный близорукий астигматизм, стационарный невус слизистой оболочки правого глаза на 2-х часах у лимба. Данных за наличие колец Кайзер-Флейшера нет.

Рекомендована очковая или контактная коррекция.

Консультация невропатолога (06.09.2011 г.)

Диагноз: ВСД с симпатoadреналовыми кризами. Брюшная мигрень (?)

Консультация гематолога (31.08.2011 г.)

Наличие миелопролиферативного и лимфолиферативного заболевания маловероятно. Повторное исследование костного мозга не показано.

Магнитно-резонансная томография головного мозга (03.09.2011 г.)

На МР-томограммах в тканях головного мозга объемные образования и очаги патологически измененного МР-сигнала не определяются. Срединные структуры не смещены.

Желудочковая система ассиметрична ($D > S$), правильной формы, размерами: передние рога – справа до 0,8 см, слева до 0,4 см, тела – справа до 1,7 см, слева до 1,0 см, III желудочек до 0,5 см.

Гипофиз обычной интенсивности МР сигнала. Параселлярные структуры без видимых патологических изменений.



Стволовые структуры и мостомозжечковый угол не изменены.

Конвекситальные субарахноидальные пространства умеренно расширены в заднелобной области.

На уровне исследования околоносовые пазухи пневматизированы достаточно.

Заключение: МР-данных за объемную и очаговую патологию головного мозга, на момент исследования, не выявлено. Умеренное расширение субарахноидальных пространств. Расширение правого бокового желудочка.

Клинический диагноз

Основной:

Пилороспазм невротический (психогенный) – F45.3

Дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу – E2; по панкреатическому типу – E3

Хронический гепатит со слабой морфологической активностью, вероятно, токсический (лекарственный?)

Компенсаторное расширение портальной и селезеночных вен со спленомегалией вследствие варианта развития печеночной артерии и оперативного вмешательства по поводу тупой травмы живота (1996 г.)

Сопутствующие:

ГЭРБ: эндоскопически негативная. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке.

Диффузный нетоксический зоб II ст., эутиреоз;

ВСД с симпатoadреналовыми кризами.

Миопия слабой степени, сложный близорукий астигматизм, стационарный невус слизистой оболочки правого глаза на 2-х часах у лимба.

Лечение

1. Белластезин по 0,5 табл. 3 р. в день 1 мес.
2. Курс Гепазила композитум 10 дней, а затем Гепазила 30 дней.
3. Психотерапевтическая коррекция.

Спасибо за внимание!

