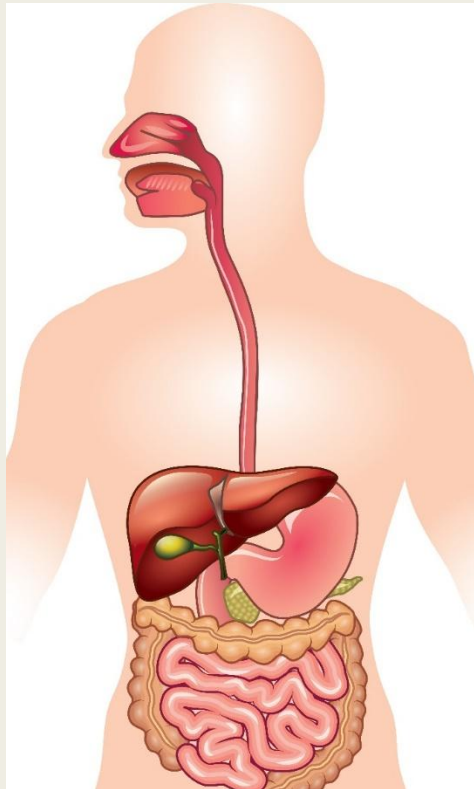


ОБОЗРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ИЗ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

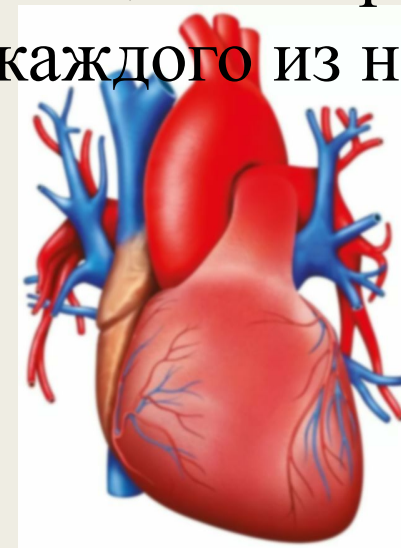


Подготовили: Никитаева Т.А.,
Репина А.Е.,
Морозова А.А.
4 группа, VI курс

Иваново 2019

г.

Коморбидность – это сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них.



В возрасте 50 - 59 лет 36% пациентов имеют два - три заболевания, в возрасте 60-69 лет уже у 40,2% пациентов обнаруживаются до четырех - пяти заболеваний; в возрасте 75 лет и старше - 65,9% имеют более пяти заболеваний.

Коморбидные заболевания:



- ❖ способствует увеличению длительности трудоустройства стационарного лечения
- ❖ повышает риск инвалидизации
- ❖ затрудняет проведение реабилитации
- ❖ увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств
- ❖ уменьшает продолжительность жизни, особенно у пожилых пациентов

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

– это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным и регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений.



Патогенез

1. Увеличение продукции соляной кислоты;
2. Увеличение длительности экспозиции рефлюктата в пищеводе

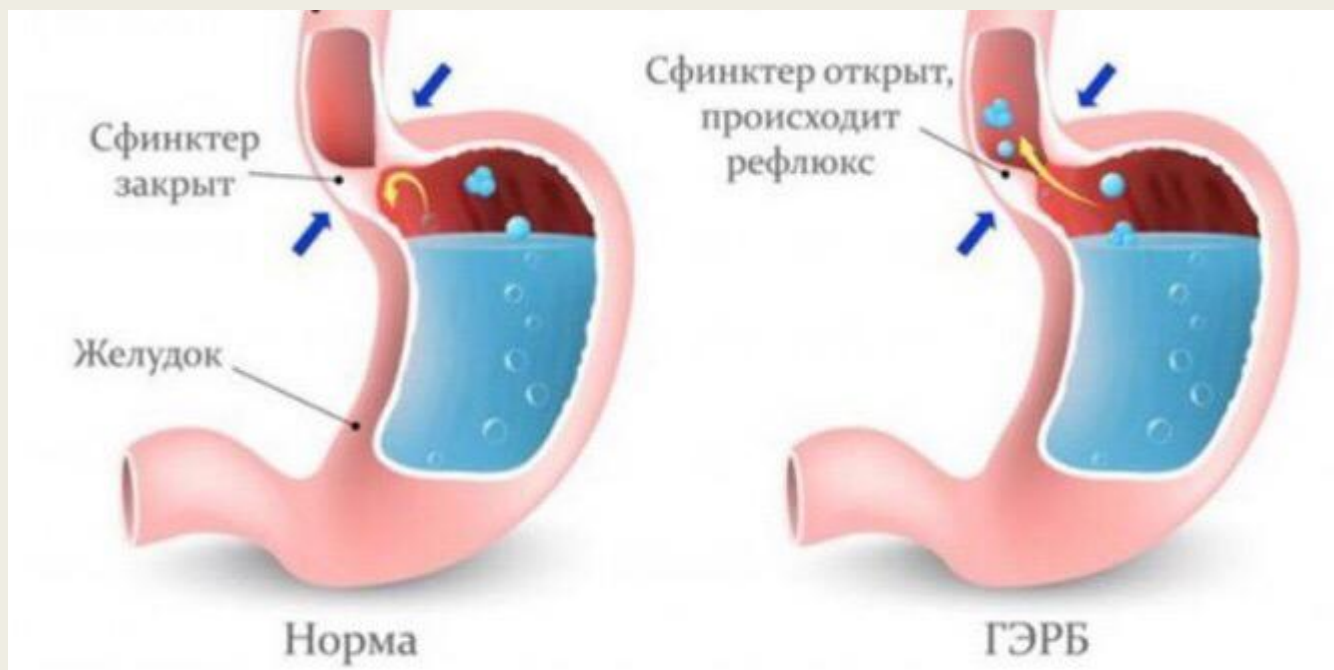
Факторы:

- Генетические;
- Дисфункция центральной или вегетативной нервной системы
- Эндокринная патология, в том числе ожирение
- Физиологическое состояние (горизонтальное или длительное наклонное положение тела; беременность; нарушение стула по типу запора и т.д.)

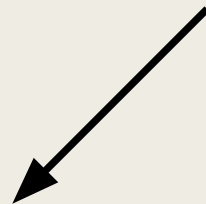
На Международном конгрессе гастроэнтерологов в Монреале в 2005 г. было утверждено:

о наличии ГЭРБ уместно говорить, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает у больного причиняющие неудобство симптомы и/или приводит к развитию осложнений.

При клинической диагностике ГЭРБ экспертами рекомендовано придерживаться количественных критериев Клиники Мэйо: *наличие изжоги и/или регургитации (либо кислой отрыжки) не менее одного раза в неделю.*

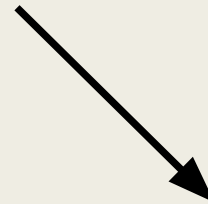


Клинические проявления



Пищеводные:

- типичный рефлюксный синдром (изжога, кислая отрыжка, регургитация, дисфагия, одинофагия и др.);
- синдром рефлюксной боли в грудной клетке;
- синдромы при органическом поражении пищевода (рефлюкс-эзофагит, пептическая стриктура, пищевод Баррета – ПБ, аденокарцинома пищевода – АКП).



Внепищеводные:

- синдромы, связь которых с ГЭРБ точно установлена (кашель, ларингит, бронхиальная астма, эрозии зубной эмали);
- синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается, но нуждается в подтверждении (фарингит, синусит, идиопатический фиброз легких, рецидивирующий средний отит).

ГЭРБ у пожилых людей

Функциональные причины:

- нарушение моторики пищевода
- снижение тонуса и уменьшение длины нижнего пищеводного сфинктера
- замедленное опорожнение желудка
- снижение секреции слюны
- снижение резистентности слизистой оболочки вследствие нарушения эпителиальной регенерации
- дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс желчи.

Анатомические причины:

- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- трудности в поддержании вертикального положения тела.

+ прием лекарственных препаратов (НПВП, соли калия, соли железа, кортикостероиды, алендронат - напрямую неблагоприятно воздействуют на слизистую оболочку пищевода; теофиллин, нитраты, блокаторы кальциевых каналов, бензодиазепины, дофаминергические препараты, трициклические антидепрессанты, антихолинергические препараты - препараты непрямого действия, снижающие давление в нижнем сфинктере пищевода.

ГЭРБ у лиц пожилого возраста, будучи полиморбидным кислотозависимым заболеванием, имеет многофакторное формирование на фоне дисфункции антирефлюксного барьера, нарушения пище-водного транзита, клиренса, а также расстройства автономной нервной системы.

В результате на фоне нарушений перистальтики пищевода, а также снижения антирефлюксной защиты и развития атрофических процессов в слизистой оболочке начинают преобладать факторы агрессии желудочного содержимого.

Клинический случай

Пациент В. 73 лет поступил 6.09.19 г. в геронтологическое отделение 2 ГКБ с жалобами: постоянное головокружение, боли за грудиной и в области сердца жгучевого характера, возникающие при физической нагрузке и в покое, периодические боли по ходу позвоночного столба; изжога и болезненность в нижних отделах живота и правом подреберье, возникающие через 15 минут после употребления пищи; боли в голених при ходьбе; чувство онемения и мурашек в ногах в ночное время суток.

Из анамнеза: длительное время страдает гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Постоянно принимает следующие препараты: ксарелта, аторвастатин, моночинкве, бисопролол, панкреатин, омепразол. В 1999 году выполнена резекция желудка по поводу Cr. В 2017 году выполнена эндоатерэктомия правой ВСА. Госпитализирован в ГО в плановом порядке для обследования и лечения в связи с неэффективностью лечения на амбулаторном этапе.

Клинический диагноз: ГЭРБ. Рефлюкс-эзофагит 2-3ст. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью. Состояние после гастроэктомии (по поводу Cr от 1999г). Стеноз эзофагоеюнаанастомоза. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., медикаментозная нормотония. ХСН I. ФК 1. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. P4. ХИГМ. Умеренный астенический синдром. Стенозирующий атеросклероз левой ВСА до 60%. Состояние после операции КЭАЭ справа (2017г). Состояние после ПСЭ справа. Синдром старческой астении средней степени тяжести. Смешанный системный остеопороз, тяжелая форма, осложненный периферическими переломами. Многоуровневый полисегментарный остеохондроз позвоночника. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Синдром Лериша, окклюзия берцовых артерий. ХАН 2Б.

Общий анализ крови от 9.09.2019 г.

Эритроциты	Гемоглобин	Ср.сод-е Hgb в эритроците	Ср.сод-е Hgb в эритроците	Гематокрит	Тромбоциты	СОЭ	Лейкоциты	Сегментоядерные	Лимфоциты	Моноциты
3,64г/л	125 г/л	34,3пг	39,1%	32%	118г/л	5мм/час	6,3г/л	58%	36%	6%

Заключение: эритроцитопения, анемия, снижение гематокрита, тромбоцитопения.

ОАМ (09.09.2019)

Цвет-соломенно-желтый

Прозрачность – прозрачная

Удельный вес – 1012

Белок –отриц.

Лейкоциты – 2-4-8 в поле зрения

Эпителий плоский – 3-2-1

Заключение: без изменений

Анализ мочи по Нечипоренко (10.09.2019)

Лейкоциты - 750 в 1мл

Эритроциты – отриц.

Цилиндры – отриц.

Заключение: без изменений

Биохимический анализ крови (09.09.2019)

Глюкоза- 4,72ммоль/л

Холестерин -3,13 ммоль/л

Триглицериды - 0,52 ммоль/л

Общий белок - 67,2 г/л

Альбумин - 36,1 г/л

Креатинин - 102,1 ммоль/л

Мочевина - 5,14ммоль/л

Мочевая кислота - 272

АЛТ - 31,5 МЕ/л

АСТ - 32,2 МЕ/л

ЩФ - 160 ед/л

Кальций - 2,25 ммоль/л

Фосфор -1,22 ммоль/л

Магний -0,81 ммоль/л

Натрий -124 ммоль/л

Калий - 4,45 ммоль/л

Хлориды - 113 ммоль/л

СРБ – отриц.

Заключение: снижение натрия, увеличение хлоридов.

1. Эхокардиограмма от 18.07.2019

Левый желудочек

КДР – 48 мм КСР – 31мм УО – 70 мл ФВ по Симпсону – 60% ФУ - 34%

ТМЖП - 10мм, экскурсия – норма, характер движения – обычный;

ТЗСЛЖ – 10мм, экскурсия – норма, ММЛЖ – 172 г, ИММ – 112 г/м²

Систолическая функция левого желудочка: **нарушена**, 1 тип

Локальные нарушения сократительной функции: достоверно не выявлено.

Правое предсердие: передне-задний размер – 39 мм, длина – 46мм, V – 53мл, ИО – 34мл/м²

Аорта: корень – 38мм, в/о – 35мм, дуга – 26мм, н/о- 22мм, **стенки уплотнены, утолщены.**

Аортальный клапан: раскрытие – 19 мм, строение трехполулунное кольцо и створки уплотнены, утолщены.

V – 1,0 м/с, Gmax – 4 мм.рт.ст.. **Аортальная регургитация 1ст.** VC – 0.2см

Митральный клапан: противофаза; **кольцо и створки утолщены, уплотнены.**

ПСМК несколько уплотнена пролябирует в полость ЛП 5мм.

V – 0,7м/с, Gmax – 2 мм.рт.ст. **Митральная регургитация 1 ст.** эксцентричная под ПСМК. VC – 0,3см.

Правое предсердие: ширина – 35 мм, длина – 46мм, V- 42мл, ИО- 27мл/м²

Правый желудочек: 4-х камерная позиция – 36мм, стенка- 5,5 мм

Легочная артерия: D- 22мм, V – 0,8 м/с, регургидация 1 ст.

Трикуспидальный клапан: прогиб передней и септальной створок ТК 4мм

Трикуспидальная регургидация 1 ст. с Gmax – 20 мм.рт.ст.; СДЛА – 25 мм.рт.ст.

Перикардальное пространство свободно. Шунтирование крови не выявлено.

Дополнительные сведения: НПВ не расширена, спадается на вдохе более 50%.

Заключение: Глобальная сократительная функция миокарда ЛЖ не нарушена.

Локальные нарушения сократительной функции ЛЖ не выявлены. Дилатация ЛП.

Дегенеративные изменения аорты и клапанов с НАК 1ст. ПМК 1ст. НТК 1 ст.

Свободной жидкости в перикардальном пространстве не выявлено.



Норма

Аорта

Клапан аорты

Левый
желудочек

Регургитация
аортального клапана

Аортальный
клапан
полностью
не закрывается

Кровь
возвращается
назад



3. Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей от 17.07.2019г.

Магистральных артерий неравномерно утолщен за счет множества кальцинированных АСБ.

Справа:

Наружная подвздошная артерия – пролонгированный стеноз 62-64%

Общая бедренная артерия – стеноз 65-68% - магистральный высокорезистентный кровоток.

Поверхностная бедренная артерия – на всем протяжении концентрический стеноз до 73-75%, магистрально-измененный кровоток.

Подколенная артерия – концентрический стеноз 60-65%, переходный кровоток.

Задняя большеберцовая артерия – d 1,6мм, переходный кровоток, ЛСК 24 см/с

Передняя большеберцовая артерия – окклюзия.

ЛИД – 0,62.

Слева:

Наружная подвздошная артерия – пролонгированный стеноз 50-55%

Общая бедренная артерия – пролонгированная кальцинированная АСБ, полуконцентрический стеноз 62-64%, магистральный кровоток.

Поверхностная бедренная артерия – на всем протяжении концентрический стеноз до 60-65%, магистрально-измененный кровоток.

Подколенная артерия – концентрический стеноз 48-50%, магистрально-измененный кровоток.

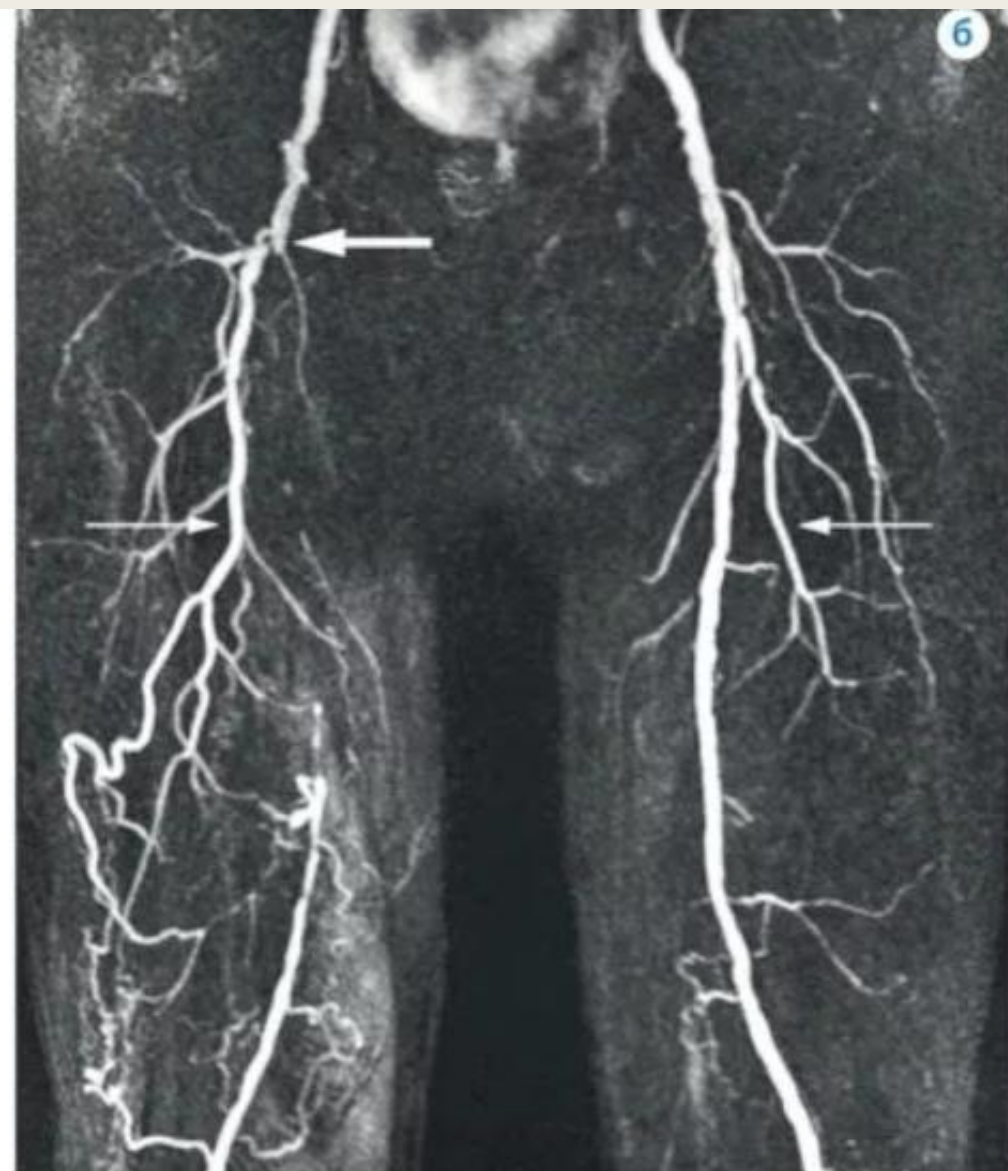
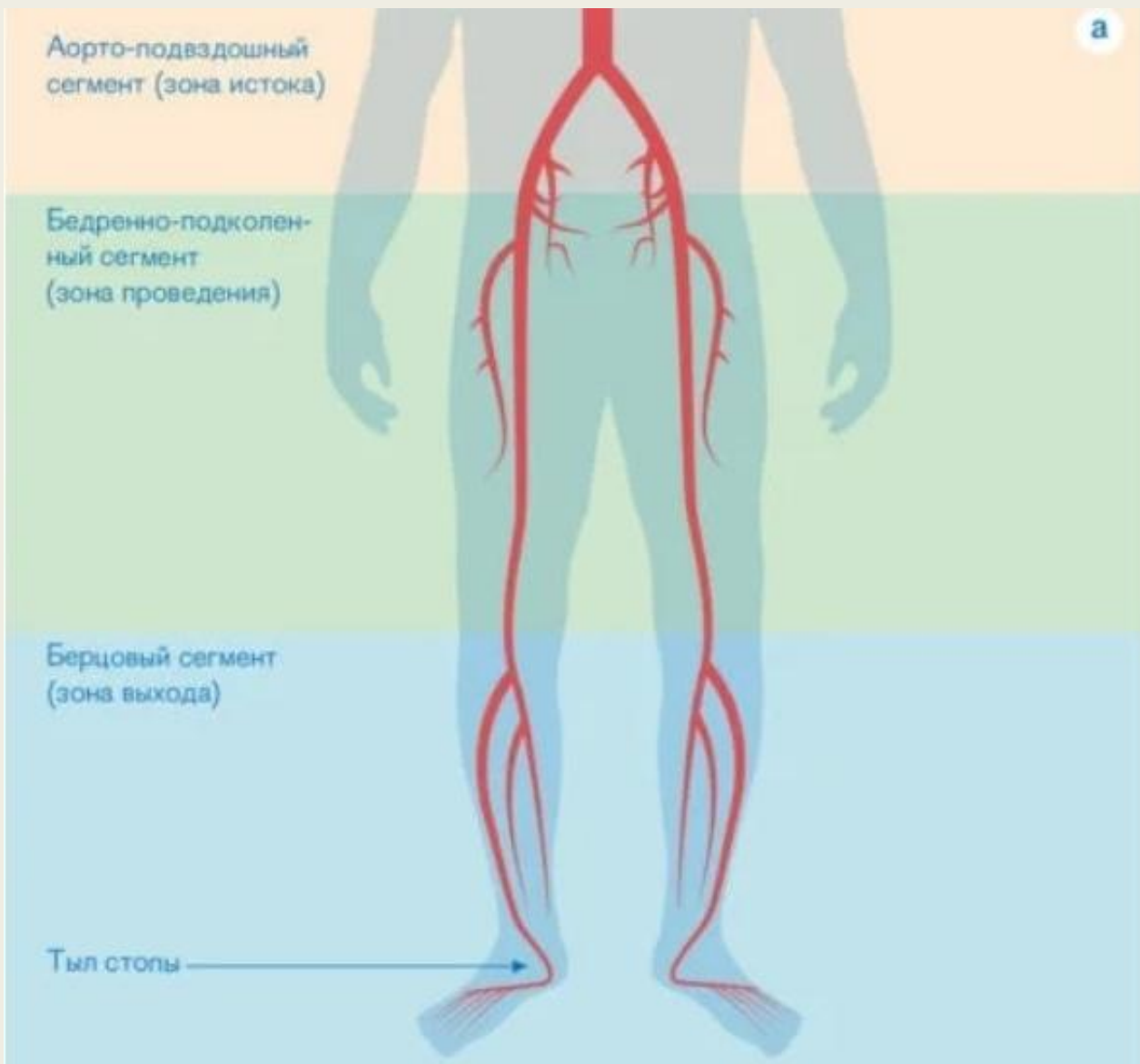
Задняя большеберцовая артерия – окклюзия

Передняя большеберцовая артерия – просвет сужен, переходный кровоток, ЛСК 30,3 см/с

Тыльная артерия стопы – просвет сужен. Переходный кровоток.

ЛИД – 0,64.

По УЗИ: Признаки диффузного атеросклероза артерий нижних конечностей, стеноз БПС с обеих сторон: справа – 75%, слева – 65%. Окклюзия ЗББА слева, ПББА справа.



2. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий от 23.07.2019г.

Общая сонная артерия:

Справа: комплекс интима+медиа 0,7мм. В с/3 пролонгированная, с переходом на на в/3 бифуркацию, полукольцевая гетерогенная с включениями кальция АСБ со стенозом по диаметру в с/3 46%, в области бифуркации 40%.

Слева: Комплекс интима+медиа по задней стенке 0,6 мм. В н/3 по боковой стенке пролонгированная гетерогенная с включениями кальция АСБ со стенозом по диаметру 40% В с/3 полукольцевая пролонгированная гетерогенная АСБ со стенозом по диаметру 36-40%. В области бифуркации кольцевая гетерогенная с включениями кальция АСБ, с переходом на устья ВСА и НСА, с максимальным стенозом по диаметру в области бифуркации 50-55%.

БЦС: кольцевая пролонгированная, с переходом на ПКА, гетерогенная с включениями кальция АСБ, со стенозом по диаметру в устье ПКА 40%.

Позвоночные артерии - антеградный кровоток:

Диаметр: справа (видна отдельными фрагментами) - 4,7 мм, извитость в 1 сегменте и по ходу шейных позвонков со сменой цвета по ЦДК.

Слева (видна отдельными фрагментами) - 4,2 мм, извитость в 1 сегменте и по ходу шейных позвонков со сменой цвета по ЦДК.

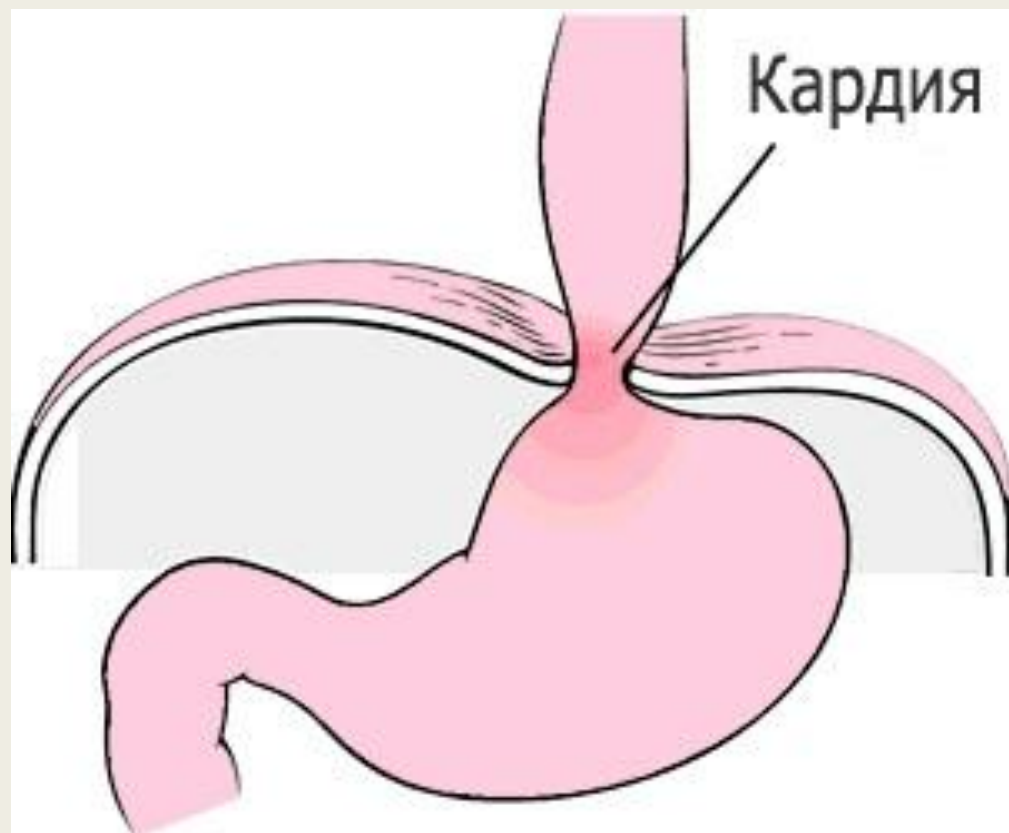
4.ЭКГ от 06.09.2019г.

Синусовая брадикардия. Электрическая ось сердца не отклонена. ЧСС – 55 ударов в минуту.

5.ФЭГДС от 09.09.2019г.

Пищевод проходим, стенка разрыхлена, в н/3 линейные эрозии высотой до 10 см. Кардия совпадает с эзофагоюноанастомозом, расположена на глубине 40 см, сужена до 0,7 см, для аппарата не проходимо.

Заключение: состояние после гастрэктомии. Рубцовые сужения. Рефлюкс-эзофагит
2ст.



6. УЗИ внутренних органов от 17.07.19

Печень

Размеры правая - 120мм, левая – 62 мм

Толщина правой доли 125 левой доли 68

Контуры: четкие

Эхоплотность: повышена

Структура: эхооднородна

Сосудистый рисунок: четкий

Диаметр v. Portae – 8,8мм

v.hepatica- 5,5мм

Холедох: не расширен

Желчный пузырь: размеры 88мм на 32мм

Форма перегиб в шейной части

Стенка не утолщена, уплотнена

Содержимое гомогенно

Конкременты не выявлены

Поджелудочная железа: размеры в пределах нормы

Контуры: мелкобугристые

Эхоплотность: повышена

Структура: эхооднородна

Вирсунгов проток: не расширен

Почки: положение типичное

Размеры: соответствуют норме

Контуры: четкие

Паренхима: 14мм

Структура: повышенная эхогенность

ЧЛС: не расширена

Заключение: Диффузные изменения печени, поджелудочной железы, паренхимы почек. Перегиб в желчном пузыре.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра от 22.11.2010г.
По сравнению с ДХА от 2009г. в позвоночнике положительная недостоверная динамика(+2,9%), в шейке бедра – положительная достоверная динамика(+7,4%). Сохраняется снижение МПК в позвоночнике и шейке бедра, соответствует остеопорозу. Риск переломов высокий.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра от 31.10.2012г.
По сравнению с ДХА от 2011г. в позвоночнике отрицательная недостоверная динамика, в шейке бедра – отрицательная достоверная динамика(-6,9%). Но исследование недостоверно – перелом шейки бедра. Сохраняется снижение МПК в позвоночнике и шейке бедра, соответствует остеопорозу. Риск переломов высокий.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра от 28.11.2013г.
По сравнению с ДХА от 2012г. в позвоночнике и шейке бедра – положительная достоверная динамика (+4.4%; +8,3%). Сохраняется снижение МПК в позвоночнике и шейке бедра, соответствует остеопорозу. Риск переломов высокий.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра от 12.09.2014г.
По сравнению с ДХА от 2013г. в позвоночнике – положительная достоверная динамика (прогрессирование ДДИ и усиление деформаций тел позвонков). Сохраняется МПК в шейке бедра, соответствует остеопорозу. Риск переломов высокий.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра от 17.10.2016г.

По сравнению с ДХА от 2013г. Отмечается достоверная положительная динамика в позвоночнике (+3,6%), недостоверная положительная динамика в шейке левого бедра (+3,01%). Сохраняется снижение МПК в шейке бедра, соответствует остеопорозу, в позвоночнике – остеопении. Риск переломов высокий.

8. Денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра от 04.07.2018г.

Заключение: по сравнению с ДХА от 2014г. в бедре – положительная динамика (+4,9%), в позвоночнике – без достоверной динамики (+2,8%). Сохраняется снижение МПК в шейке бедра, соответствует остеопорозу, в позвоночнике – остеопении. Риск переломов высокий.

Лечение

Немедикаментозная терапия

1. Режим общий

2. Диета с ограничением животных жиров. Необходимо увеличить частоту приемов пищи (5-6 раз в день), увеличить количество белка за счет приготовленных на пару рыбы и нежирных сортов мяса, употребление морепродуктов, ввести больше кисломолочных продуктов со сниженным содержанием жира, употреблять больше овощей и фруктов.



Медикаментозная терапия

- Бисопролол 2,5мг утром
- Аторвастатин 40 мг вечер
- Омепразол 20 мг 2 раза день
- Ксарелто 20 мг вечер
- Моночинкве 20 мг 2 раза в день
- Са-Д3 по 1 табл 2 раза в день
- Аквадетрим 4 кап. ежедневно



Рекомендации:

1. Наблюдение участкового терапевта

2. Контроль АД

3. Организовать пенал с лекарствами для удобства приема лекарственных препаратов

4. Для профилактики падений: ходьба с тростью. Улучшить освещение в квартире, предусмотреть подсветку в ночное время. В ванной иметь противоскользящие коврики, поручни, подголовник.

5. Проведение ЛФК для тренировки основных групп мышц с целью повышения их массы и силы: 2 раза в неделю по 15 минут, пешие прогулки

Сп

не!

