Больной Т., 39 лет, поступил с жалобами на жгучую боль в эпигастрии с иррадиацией в область сердца, левую лопатку, спину и правое подреберье. Чувство тяжести в правом подреберье. Боль появляется после приема пищи и усиливается при приеме жирной, жареной, острой и обильной пищи. Больной также жалуется на тошноту, изжогу, горечь во рту и отрыжку.Также на снижение массы(похудел за 2 года на 16 кг) и на периодическую диарею (5 раза в день) стул объемный с выделением жирного, блестящего кала.Со слов в последнее время болять мышцы и кости.

Больным себя считает после перенесенной 8 лет назад болезни Боткина. После выписки диету не соблюдал, в дальнейшем на прот. 4 лет до 2014 года часто употребляет алкоголь, на фоне чего появились тупые боли в правом подреберье, чувство тяжести, распирания усиливающиеся после еды: тошнота, изжога, горечь во рту. Эпизодически принимал баралгин, отмечая кратковременный эффект. Обострения заболевания наблюдались ежемесячно. В дальнейшем рецидивы болезни осложнились вышеп. жалобами и общей слабостью. В течение последних 2 лет пациент стал отмечать изменения со стороны частоты стула, консистенции кала.

Обьективно:Состояние ср. ст. тяжести. Рост 176 см, вес 58 кг, t 36,7°С. Кожные покровы чистые, сухие эластичность снижена. Периферические лимфоузлы не увеличены.Дыхание везикулярное, ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность ритмичная,тоны приглушены. АД - 120/80 мм рт. ст., Ps - 90 в мин. При . Живот при пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, в точке Дежардена. Печень по краю реберной дуги. Поджелудочная железа пальпируется в виде неподвижного, горизонтально расположенного плотного болезненного тяжа шириной 2-3 см. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные исследования:

- ОАК: Эритроциты– $4,75 \cdot 10^{12}$; Hb – 108 г/л; Лейкоциты – $11,2 \cdot 10^{9}$; п/я– 3%; с– 62%; СОЭ – 17 мм/ч
- БХ: Холестерин- 1,8 ммоль/л;Альбумины- 21 г/л; Амилаза- 65 Ед/л; Липаза- 70 Ед/л; Кальций- 1,7 ммоль/л; Магний- 72 ммоль/л;

1. Предварительный диагноз.
2. План обследование больного. Ожидаемые результаты?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Клинические проявления синдрома мальабсорбции? Что лежит в основе их появления? Какие из них присутствуют у больного ?

1.

Основной: Хронического панкреатит.В ст. обострения

Фоновый: Хронический холецистит на фоне гипомоторной дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Осложнения: Синдром мальабсорбции.Экзокринная панкреатическая недостаточность.

2.

3.

- Диарея, стеаторея,
- Похудание
- Атрофия мышц
- Отеки
- Склонность к кровоизлияниям (дефицит вит. К, С)
- Фолликулярный гиперкератоз (дефицит вит. А)

- Энтеропатический акродерматит (дефицит Zn)
- Колонихия (дефицит Fe)
- Парестезии (дефицит Ca и Mg)
- Остеомаляция, боли в костях (дефицит вит. D и Ca)
- Тетания (дефицит Ca и Mg)
- Анемия (дефицит вит. B12 и Fe)
- Плохое заживление ран (дефицит белка, вит. C, цинка)
- Расстройство сумеречного зрения (дефицит вит. A)