

СИСТЕМНЫЙ СКЛЕРОЗ

Подготовили:

Студентки 1629 группы

Устинович О.Ю.

Ахранович М.А.

Куратор: **Трушина А.С.**

Системный склероз или системная склеродермия(ССД) – аутоиммунное заболевание соединительной ткани с характерным поражением кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки) в основе которого лежат нарушения микроциркуляции и генерализованный фиброз.

Эпидемиология

- Первичная заболеваемость колеблется от 4 до 20,0 на 1 млн населения в год.
- Заболевают преимущественно лица в возрасте 30-50 лет.
- Соотношение мужчин и женщин -1:5.
- Лица негроидной расы подвержены заболеванию в большей степени, чем представители европеоидной расы.

Формы склеродермии

Склеродермия

```
graph TD; A[Склеродермия] --> B[Ограниченная склеродермия]; A --> C[Системная склеродермия]; B --> D[Кольцевидная]; B --> E[Линейная]; B --> F[Склеродермия волосистой части ГОЛОВЫ]; C --> G[Лимитированная форма]; C --> H[Диффузная форма];
```

Ограниченная склеродермия

Кольцевидная

Линейная

Склеродермия
волосистой части
ГОЛОВЫ

Системная склеродермия

Лимитированная
форма

Диффузная форма

* Лимитированная форма

- Поражение кожи ограничено дистальными отделами конечностей и лицом;
- **Длительный период изолированного синдрома Рейно;**
- Позднее развитие легочной гипертензии, поражение ЖКТ, телеангиэктазии, кальциноза;
- Выявление **антицитромерных антител;**
- Расширение капилляров ногтевого ложа без выраженных аваскулярных участков;
- Относительно благоприятный прогноз.



* Диффузная форма

- Поражение кожи охватывающее дистальные и проксимальные отделы конечностей;
- Быстро прогрессирующее развитие феномена Рейно;
- Раннее развитие висцеральной патологии (интерстициального поражения лёгких, поражения ЖКТ, миокарда, почек);
- Деструкция капилляров;
- Выявление АТ к топоизомеразе-1 (**Scl-70**).
- Неблагоприятный прогноз.



**КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ
СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА**

CREST - синдром

C – (Calcinosis cutis) **кальциноз кожи**

R – (Raynaud's phenomenon) **синдром Рейно**

E – (Esophageal dysfunction)
нарушение моторики пищевода

S – (Sclerodactilya) **склеродактилия**

T – (Telangiectasia) **телеангиэктазии.**

СИНДРОМ РЕЙНО

- ЭПИЗОДИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ЛОКАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА ДИГИТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И КОЖНЫХ СОСУДОВ В ОТВЕТ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ ХОЛОДА ИЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА.

- Проявляется побледнением, цианозом, а затем реактивной гиперемией дистальных отделов кожи рук.



**Плотный отек кожи
дистальных отделов
верхних конечностей**

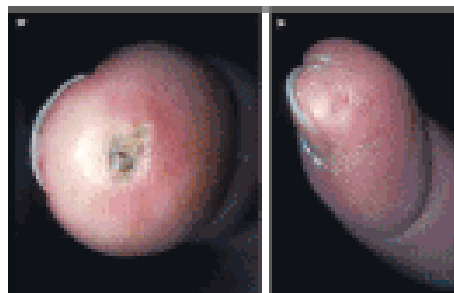
**Понятие
«кожного
счета»**



Рис. 1. Плотный отек кистей (склеродема) – ранний признак системной склеродермии

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ (дигитальные рубчики, язвы, маскообразное лицо, симптом «кисета»)

Симптом «кисета» – уменьшение ротовой апертуры, истончение красной каймы губ, вокруг которых формируются радиальные складки.



Дигитальные рубчики,
язвочки

Сухие некрозы



Рис. 4. Проявления дигитальной ишемии при тяжелом синдроме Рейно



Дигитальные рубчики (крысиные укусы)- западающие участки на верхушках пальцев вследствие ишемии.

Телеангиэктазии

- расширенные капилляры и венулы с характерной локализацией на пальцах кистей, ладонях и лице.





© www.rheumtext.com - Hochberg et al (eds)



Calcinosis in scleroderma
with limited cutaneous
MD, FRCP

Кальциноз мягких тканей

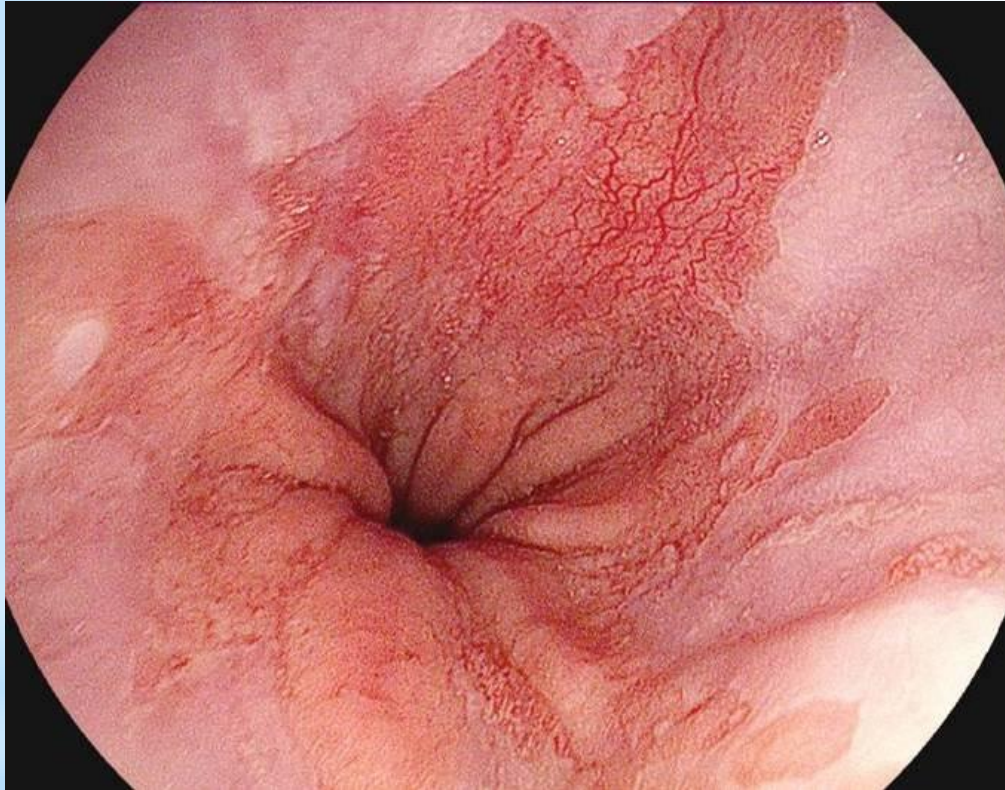


МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫЕ НАРУШЕНИЯ

(артрит коленных, лучезапястных суставов, сгибательные контрактуры, укорочение и деформация пальцев рук и ног, атрофия мышц, мышечная слабость)



ПОРАЖЕНИЕ ЖКТ (эрозии и язвы пищевода, поражение желудка, нарушения всасывания железа, поражение толстого и тонкого кишечника)



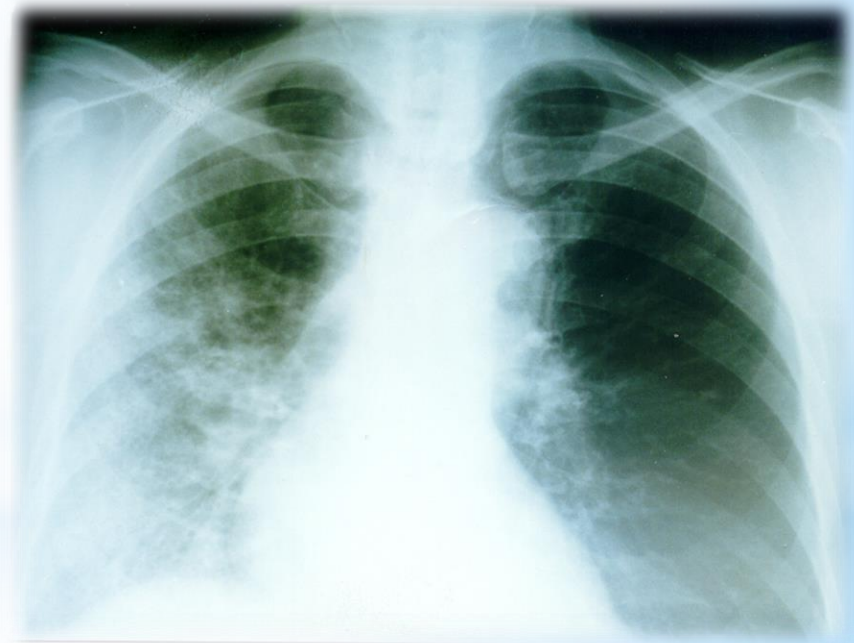
Проявления со стороны ЖКТ:

- Дисфагия
- Изжога
- Вздутие живота после приема пищи
- Раннее насыщение
- Запор
- Метеоризм
- Диарея

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ

➤ Диффузный пневмосклероз проявляется одышкой, сухим кашлем и слабостью. Аускультативно - двухсторонняя базальная крепитация, которую часто описывают как «треск целлофана».

➤ Лёгочная гипертензия проявляется быстро прогрессирующей одышкой. Аускультативно - акцент и раздвоение второго тона во II межреберье у левого края грудины.



ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА

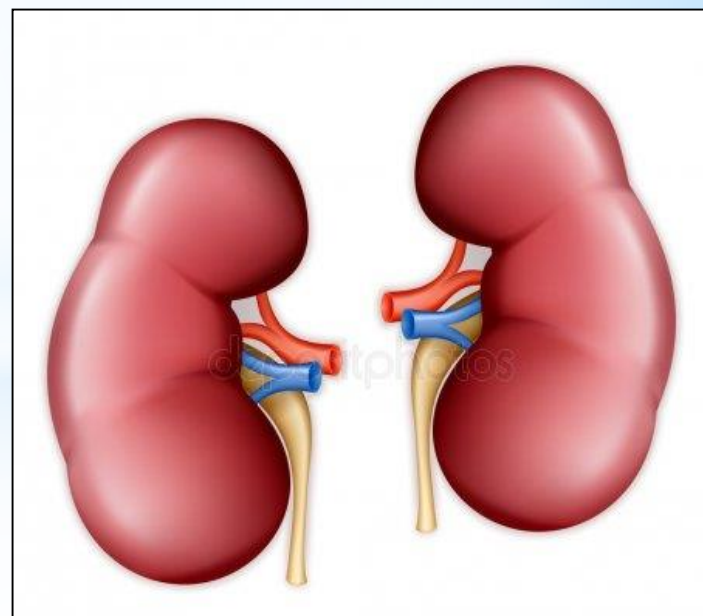
- Фиброз миокарда желудочков.
- Аритмии и нарушение проводимости сердца (суправентрикулярная тахикардия, экстрасистолия, удлинение P-Q, блокада передней ветви ЛНПГ).
- Признаки миокардита.
- Поражение перикарда (в виде перикардита).
- Сердечная недостаточность.
- Изменения сердца могут развиваться вторично: вследствие патологии легких (легочной гипертензии) и почек (СПК).



ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК

- Склеродермический почечный криз – развивается у 5-10% больных, преимущественно у больных с диффузной формой ССД.

- Характерными проявлениями склеродермического почечного криза являются: остро развивающаяся и быстро прогрессирующая почечная недостаточность, злокачественная артериальная гипертензия.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Большой критерий:

- Проксимальная склеродермия: симметричное утолщение кожи в области пальцев, с распространением проксимально от пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов. Изменения кожи могут наблюдаться на лице, шее, грудной клетке, животе.

* - Американская ревматологическая ассоциация;

Малые критерии:

- Склеродактилия: перечисленные выше кожные изменения, ограниченные пальцами.
- Дигитальные рубчики — участки западения кожи на дистальных фалангах пальцев или потеря вещества подушечек пальцев.
- Двусторонний базальный пневмофиброз; сетчатые или линейно-узловые тени, наиболее выраженные в нижних отделах легких при стандартном рентгенологическом обследовании; могут быть проявления по типу «сотового легкого».

Для достоверного диагноза у больного должен быть либо большой критерий, либо два малых критерия (Чувствительность 97%).

Новые критерии ССД в диагностике заболевания

1. Уплотнение кожи пальцев обеих рук, распространяющееся проксимальнее пястнофаланговых суставов — 9 баллов.
2. Уплотнение кожи на пальцах кистей: уплотнение кожи пальцев — 2 балла; склеродактилия дистальнее пястно-фаланговых суставов, но проксимальнее межфаланговых суставов — 4 балла.
3. Поражение кончиков пальцев (учитывается наибольший балл): дигитальные язвы — 2 балла; точечные шрамы на кончиках пальцев («крысиные укусы») — 3 балла.
4. Телеангиэктазии — 2 балла.
5. Изменения по результатам подногтевой капилляроскопии — 2 балла.
6. Легочная гипертензия - 2 балла и/или интерстициальная болезнь легких — 2 балла (максимальный счет 2).
7. Феномен Рейно — 3 балла.
8. Аутоантитела, ассоциированные с системным склерозом (антицентромерные, антитопоизомеразные I, антиРНК полимеразные III) (максимальный счет 3) — 3 балла.

Заболевание может быть классифицировано как системный склероз, если сумма равна 9 баллам и более.

При лабораторном исследовании

- * **ОАК** (увеличение СОЭ, изменение гемоглобина, эритроцитов);
- * **ОАМ** (гипостенурия, протеинурия, уменьшение удельного веса мочи, появление цилиндров);
- * **Б/хим. ан. крови** (АлАТ, АсАТ, общий белок и белковые фракции, глюкоза, креатинин, мочеви́на, холестерин);
- * **Антинуклеарные антитела (ANA)** - повышение титров антител;
- * **Антицентромерные АТ** - повышение титров антител;
- * **Определение АТ к топоизомеразе-1 (Scl-70)** - повышение титров антител.

Инструментальные исследования

- * **ФГДС** - признаки эзофагопатии, гастропатии.
- * **Р-графия пищевода и желудка с контрастированием;**
- * **УЗИ ОБП**
- * **Р-графия ОГК** - интерстициальное поражение легких (матовое стекло);
- * **ЭКГ** (нарушения ритма и проводимости);
- * **ЭхоКГ** - наличие легочной гипертензии;
- * **КТ ОГК** - изменение легочной ткани и интерстициальные повреждения;
- * **Р-графия суставов** - признаки артрита, остеолиза, кальцинатов;
- * **Капилляроскопия** – дилатация и редукция капилляров(в настоящий момент в РБ не выполняется);

**РАЗБОР
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Жалобы

Пациентка А, 61 год.

На момент осмотра предъявляет жалобы на:

- слабость, снижение аппетита;
- чувство раннего насыщения, дисфагию, тяжести в эпигастрии;
- тошноту невыраженную, но часто повторяющуюся;
- реже боли небольшой интенсивности в эпигастрии и области проекции послеоперационного рубца (ВАШ от 3 до 6);
- нечастую изжогу.

Anamnesis morbi

Пациентка А, 61 год, уроженка г. Воронеж, в Беларуси проживает около 20 лет.

С юности мерзли руки и ноги, в 1995 г. ей был выставлен диагноз: синдром Рейно.

В 2002 г. синдром Рейно начал активно прогрессировать, пациентка обратилась к ревматологу и в 2003 г. ей был выставлен диагноз: Системная склеродермия, лимитированная форма.

Параллельно с синдромом Рейно на момент постановки диагноза у пациентки был плотный индуративный отек кистей, единичные телеангиэктазии, поэтому диагноз практически не вызывал сомнений.

Диагноз был подтвержден иммуноблотом.

Anamnesis morbi

Также с 1996 г. пациентка отмечает жалобы на чувство тяжести в эпигастрии, изжогу, быструю насыщаемость, периодические боли в эпигастрии, вздутие живота.

По данным ФГДС: язва 12-ПК. Недостаточность кардии. Эрозии желудка, в связи с чем 2 раза в год пациентка выполняла ФГДС.

Anamnesis vitae

Родилась в России в полной семье, 1 по счету ребенком. В семье 4 ребенка. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставала. В школу пошла в 6 лет. В России проживала до 40 лет.

Жилищные условия: удовлетворительные, питание достаточное, рациональное, сбалансированное.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесенные заболевания: простудные, язва 12-ПК.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Наследственный анамнез: отягощен, у отца - онкология кишечника, выявлена на поздней стадии - умер; у бабушки - рак пищевода. У младшей сестры - ограниченная форма склеродермии.

Anamnesis morbi, продолжение

На протяжении 10 лет пациентка ежегодно наблюдалась у ревматолога и ежегодно проходила стационарное лечение, регулярно принимала препараты:

1. блокаторы протонной помпы;
2. прокинетики;
3. купренил (доза варьировала от 1 до 2 таблеток в зависимости от переносимости препарата).

Превалирующими симптомами оставался синдром Рейно и патология ЖКТ: изжога, чувство стояния пищи.

Когда пациентка ходила на работу ее беспокоили мелкие суставы стоп, голеностопные суставы, шейный отдел позвоночника, головные боли и головокружения.

Простудными заболеваниями болела редко. На протяжении 10 лет кожные проявления прогрессировали медленно. Также медленное прогрессирование диффузного пневмосклероза.

Anamnesis morbi

В 2016 году на одном из ФГДС у пациентки выявили пищевод Баррета.

С целью подтверждения данного диагноза пациентка обратилась к морфологу на кафедру патологической анатомии - пищевод Баррета подтвержден.

С вопросом о тактике ведения данного заболевания пациентка обратилась к нескольким специалистам: к гастроэнтерологу, к ревматологу.

Гастроэнтеролог рекомендовал пациентке принимать:

- блокаторы протоновой помпы;
- антациды;
- де-нол;
- проходить ФГДС 1 раз в полгода.

Anamnesis morbi

У пациентки отягощенный наследственный анамнез, у отца была онкология кишечника, у бабушки рак пищевода.

Она решила обратиться к своему знакомому онкологу, который ранее её оперировал по поводу очаговой мастопатии.

Врач-онколог предложил ей сделать операцию по поводу пищевода Баррета.

Пациентка дала свое согласие на операцию.

Операция проводилась в одном из межрайонных онкологических диспансеров по месту работы онколога.

25.05.2016г.

Пациентке была выполнена лапаротомия, симультантная операция: проксимальная резекция желудка с резекцией н/3 пищевода с доступом по Герлоку.

Удалена 1/3 пищевода и 2/3 желудка. Параллельно удален желчный пузырь.

Выписка из медицинской карты больного

Межрайонный онкологический диспансер

Дата поступления в стационар: 23.05.2016 Находился в I о/о с 23.05.2016 по 07.06.2016

Диагноз осн.: Пищевод Барретта. (МКБ-10)

Соп.: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, венечных артерий N1. Системная склеродермия.

Гист. исслед от 02.06.2016 № 10652-10663. Микро: Хронический эзофагит. Пищевод Барретта с фавеолярной гиперплазией, очаговой кишечной метаплазией. Участок желудка, сальник без патологии. Хронический калькулезный холецистит.

УЗИ ОБП от 25.05.2016 Полипоз желчного пузыря. УЗИ ОЗП - Паренхиматозная киста левой почки.

Р-графия ОГК от 25.05.2016 № 5524 ЭЭД 0,18мЗв Пневмония в/доли слева.

Rg ОГК от 25.05.2016 № 5603 ЭЭД=0,18 мЗв - Без патологии.

✓ Rg ОГК от 02.06.2016 № 5723 ЭЭД=0,18 мЗв - Легкие и сердце без патологии.

Р-скопия желудка от 04.02.2016 Rg-признаки грыжи ПОД. Изменения пищевода, обусловленные основным заболеванием (системной склеродермией). Недостаточность кардии.

ЭКГ от 24.05.2016 Синусовый ритм с ЧСС 68 в мин, горизонтальное положение ЭОС, признаки ГЛЖ.

Осм. терапевта от 24.05.2016 См.сопутствующий диагноз.

Осм. гинеколога от 23.05.2016 Гин.здорова. Взят мазок на АК.

Цитологическое исследование от 24.05.2016 № 1331 - Клетки плоского эпителия, слизь, лейкоциты в умеренном количестве, смешанная флора.

ФГДС от 12.04.2016 Эндоскопические признаки пищевода Баретта. Недостаточность кардии. Эритематозная гастропатия 1 ст.

ОАК от 02.06.2016 Нв 79 г/л, эр. $2,31 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,3 \times 10^9$ /л, б-1, э-3, п-4, с-73, л-10, м-3, СОЭ 31мм/ч.

ОАМ от 03.06.2016 уд. вес 1012, кисл-ть: кисл., белок 0,06, ацетон эритр. 3-5 /п. зр., лейкоц. 5-10 /п.зр.,

БАК от 02.06.2016 глюкоза 4,3 ммоль/л, общ. белок 50 г/л, мочевины 6,7 ммоль/л, креатинин 73 ммоль/л, АсАТ 29, АлАТ 28

МРП от 24.05.2016 116 отриц.

Группа крови, Rh-ф-р: O(I) Rh-(отр.)

Проведенное лечение.

Хирургическое лечение.

1) Лапаротомия, симультантная операция: проксимальная резекция желудка с резекцией н/3 пищевода с доступом по Герлоку, холецистэктомия. 25.05.2016

Рекомендации: Продление б/л в поликлинике по месту жительства. Гефал по 1 ст 2/сутки.

Anamnesis morbi, продолжение

В послеоперационном периоде у пациентки возникла застойная пневмония верхней доли слева, она находилась в реанимации. В результате образовался реактивный плеврит со следами жидкости в плевральной полости слева.

Пациентка выписана **07.06.16** под наблюдение хирурга по месту жительства.

Когда пациентка пришла закрывать больничный лист, выяснилось, что **ее в течении месяца беспокоит рвота и потеря веса.**

После проведенного исследования: R-графия желудка с Ва у пациентки выявлена **стриктура пищевода (9 см в диаметре над местом сужения).** Переговорив с прооперировавшим пациентку доктором, пациентка приехала в больницу для проведения бужирования. В тот же день вернулась домой.

Anamnesis morbi, продолжение

Спустя 1,5 - 2 недели после бужирования подъем температуры до 38°, пациентка вызвала СМП. Ее отвезли в 5 ГКБ для выполнения R-графии. Пневмония не подтвердилась. Пациентка вернулась домой, лечилась АБ.

Спустя время снова подъем температуры, боли в животе, со стороны поджелудочной железы. С подозрением на обострение хронического панкреатита пациентка госпитализирована в 3 больницу.

В стационаре выполнено повторно ФГДС, УЗИ ОБП, проведена дезинтоксикационная и АБ-терапия. Спустя неделю пациентка выписана, для продолжения лечения амбулаторно.

Anamnesis morbi, продолжение

С болями в животе, подъемом температуры до 38° пациентка попадает в 10 ГКБ.

При проведении:

1. КТ ОГК от 11.08.2016г. определяется ограниченное скопление жидкостного содержимого в левом поддиафрагмальном пространстве, с признаками масс-эффекта на окружающие структуры.

2. КТ брюшной полости от 19.08.2016г. определяется ограниченный инфильтрат на уровне ложа селезенки (сохранены единичные фрагменты селезенки), спаянного с хвостом ПЖ и диафрагмой.

С 10.08.16 по 20.09.16 пациентка находилась на лечении в 10 больнице.

Пациентке был выставлен диагноз:

Находилась в УЗ "10-я городская клиническая больница" с 10.08.2016 по 20.09.2016

Заключительный диагноз

Основной

Системный склероз-лимитированная ф-ма, хр.,медленно-прогрессир. течение, 2ст(склеродермия, с-м Рейно, пневмофиброз, ДН1, пищевод Барретта)ГЭРБ, ГПОД пищевод Барретта. Стриктура пищевода. Сост. после хир. лечения- проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода(25.05.16)

Осложнения

П-о панкреатит. Фрмирование панкреатогенного жидкост. скопления. Асептич. некроз селезенки

Сопутствующие

ИБС, кардиосклероз с митральн. регургитацией 2ст. ХСНФК2(Н1). Ателектаз S8-9 слева ,малый левостор. гидроторакс

Anamnesis morbi, продолжение

В 10 больнице выполнено чрескожное дренирование жидкостного образования левого поддиафрагмального пространства под УЗИ-контролем.

10.10.2016 пациентка вновь госпитализируется в межрайонный онкологический диспансер.

КТ ОБП от 11.10.2016г: В левом подреберье по ходу практически нефункционирующего кольцевидно изогнутого дренажа сформирован абсцесс с уровнями жидкости, пузырьками воздуха, прилежащей к хвосту поджелудочной железы, до 6*5см.

Проведено хирургическое лечение 11.10.2016:

Лапаротомия, удаление некротических масс поддиафрагмальной области слева, удаление лизировавшихся фрагментов селезенки.

Выписка из медицинской карты больного

Межрайонный онкологический диспансер

Дата поступления в стационар: 10.10.2016 Находился в I о/о с 10.10.2016 по 18.10.2016

Диагноз осн.: Пищевод Барретта. Состояние после хирургического лечения в 05.2016. Асептический некроз селезенки.

Гист. исслед от 19.10.2016 № 19702-4. **Микро:** Частично некротизированная фиброзная ткань пропитанная кровью.

УЗИ ОБП от 10.10.2016 Объемное образование печени (Mts? ложа желчного пузыря?). Осумкованная жидкость в брюшной полости. Диффузные изменения поджелудочной железы. **УЗИ ОЗП** от 10.10.2016 - Без видимой патологии. 11.10.16.

КТ ОБП от ~~20.07.2016~~ ЭЭД 3,8мЗв Печень не увеличена в размерах, контур четкий, ровный Протоковая система не расширена. Ворота печени с рыхлым отеком клетчатки. Желчный пузырь удален. В ложе его билома до 1.6см Холедох 0.9 см Селезенка маленькая, негомогенная, в виде сливающихся долек 3x4 см Поджелудочная железа отечная. Почки с обеих сторон типично расположены, без визуализируемой патологии (слева мелкая интропаренхиматозная киста). Почечная ножка без дополнительных патологических образований. Паранефральная клетчатка без признаков инфильтрации. Надпочечники типично расположены, без особенностей. В левом подреберье по ходу практически нефункционирующего кольцевидно изогнутого дренажа сформирован абсцесс с уровнями жидкости, пузырьками воздуха, прилежащий к хвосту поджелудочной железы, до 6 x 5 см. В левой плевральной полости узкая полоска жидкости. Между кишечными петлями жидкость в умеренном количестве Костной деструкции на всем уровне сканирования не определяется.

Заключение: Состояние после хир. лечения. Поддиафрагмальный абсцесс.

ФГДС от 11.10.2016 Состояние после проксимальной резекции желудка с резекцией н/3 части ср/3 пищевода. Эритематозная гастропатия культи желудка.

ОАК от 17.10.2016 НЬ 124 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $6,8 \times 10^9$ /л, э-3, п-6, с-65, л-21, м-5, СОЭ 17мм/ч.

ОАМ от 01.10.2016 уд. вес 1010, кисл-ть: нейтр., лейкоц. 2-3 /п.зр.,

БАК от 10.10.2016 глюкоза 6,7 ммоль/л, общ. белок 72 г/л, общ. билир. 13 мкмоль/л, мочевины 5 ммоль/л, креатинин 62 ммоль/л, АсАТ 14, АлАТ 18

МРП от 12.10.2016 192 отриц.

Группа крови, Rh-ф-р: O(I) Rh+(пол.)

Проведенное лечение.

Хирургическое лечение.

1) Лапаротомия, удаление некротических масс поддиафрагмальной области слева. 11.10.2016

Рекомендации: Наблюдение и продление б/листа у хирурга по месту жительства.

Консультативное заключение Кафедра гастроэнтерологии и НУТРИЦИОЛОГИИ

31 января 2018 года

Диагноз: Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь с формированием пищевода Барретта, состояние после оперативного лечения 25.05.2016г. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Полипоидная гиперплазия с очаговой полной и неполной кишечной метаплазией эпителия желудка в области анастомоза. Асептический некроз селезенки. Острый панкреатит в анамнезе. Поддиафрагмальный абсцесс (удаление в октябре 2016г). Постоперационные кисты поддиафрагмально слева. Билома на месте желчного пузыря. Синдром мальнутриции легкой степени с положительной динамикой веса (ИМТ 19,4).

Рекомендовано:

1. Рабепразол 20 мг по 1 табл утром за 30 мин до еды ежедневно
2. Тримебутин (трибукс) по 1 табл 3 раза в день за 30 мин до еды 2 мес
3. Гепавилаг по 1 пакету 2 раза в день 3 мес
4. Смеси для энтерального питания (Нутриен стандарт, Ресурс Оптимум, Кальшейк) из расчета 600 ккал дополнительно к принимаемой пище
5. ЭГДС-контроль с биопсией 1 раз в год
6. УЗ-контроль обранов брюшной полости 1 раз в год
7. Контроль общего анализа крови 1 раз в 3 мес
8. Контроль биохимического анализа крови 1 раз в 6 мес (общий билирубин, общий белок, глюкоза, холестерин, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, ферритин, СРБ, панкреатическая амилаза, липаза, триглицериды, холестерин, коэффициент атерогенности)

ФАКТОРЫ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со стороны пациентки:

- чрезмерная мнительность и эмоциональная лабильность;

Со стороны врачей:

- недостаточность разъяснений всех «за» и «против» хирургического вмешательства;
- отсутствие обратной связи между хирургами и терапевтами;
- незнание последствий течения такого аутоиммунного заболевания, как системный склероз;
- выбор оперативного вмешательства (??);
- отсутствие ведения пациентки в послеоперационном периоде.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

Объективный статус

Рост - 152 см.; вес - 45 кг. ИМТ = 19,5. Астеническое телосложение.

Кожа лица не натянута. Маскообразного лица нет. На протяжении последних 2-3 лет формируется симптом «кисета».

На коже отмечаются множественные телеангиэктазии. На передней поверхности брюшной стенки два послеоперационных грубых рубца, ближе к области проекции ПЖ, селезенки и живота, каждый протяженностью не менее 10 см. На коже дистальных отделов верхних конечностей плотный отек, визуализируется кальциноз мягких тканей кисти, западающие участки на кончиках пальцев. Отмечается некоторая синюшность пальцев дистальных фаланг. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная.

Движения в суставах сохранены. Отмечает нечастые боли в плюснефаланговых суставах стоп.

Объективный статус

Дыхание жесткое по всей поверхности грудной клетки, более усиленное в нижних отделах легких, больше слева. Патологических шумов не выслушивается. Хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 78 уд/мин. АД 115/70 мм.рт.ст. Шумов нет.

Живот мягкий, чувствительный в области желудка, ПЖ, доступен глубокой пальпации. Острой боли на момент осмотра не проявляется.

Стул 1 раз в двое суток. Мочеиспускание безболезненное, не учащенное. Диурез достаточный. Отеков ног нет.

УЗИ почек, УЗИ ОБП

7 сентября 2018 года

Описание:

Печень : не увеличена, контуры ровные , четкие, КВР правой доли - 148мм

Эхоструктура : однородная

Звукопроводимость : норма

Эхогенность : повышена слегка

Особенности : локальной патологии не выявлено

Портальная вена : 10мм

Печеночная вена : норма

Нижняя полая вена : не расширена.

Желчный пузырь : удален, ложе без особенностей

Холедох : 6,5мм, не расширен.

Желчные протоки : не расширены

Поджелудочная железа : контуры четкие ровные

Размеры головки : 24мм тела : 12мм хвоста : 26мм

Эхоструктура : однородная

Эхогенность : повышена слегка

Вирсунгов проток : не расширен

Жидкость, инфильтрация тканей в околопанкреатической зоне - не определяются.

Почки: правая левая

Расположение : обычное

Контурь : ровные четкие

Размеры : 103x44мм 100x45мм

Паренхиматозный слой : достаточный

Особенности :слева в ЧЛС единичные жидкостные включения, max размером 16мм, на границе паренхимы и ЧЛС эхопозитивное включение размером 3,5мм (кальцинат) .ЧЛС неравномерно уплотнена с обеих сторон
камень?

Селезенка : удалена, ложе без УЗ особенностей

УЗИ почек, УЗИ ОБП продолжение

Другие органы : брюшная аорта - не расширена, в супраренальном отделе диаметром 18мм, в инфраренальном отделе диаметром 16мм

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

надпочечники, дополнительные образования, лимфоузлы в брюшной полости, в забрюшинном пространстве не визуализируются.

Заключение: Состояние после холецистэктомии. Незначительные диффузные изменения печени, поджелудочной железы. МКБ: камень левой почки. Кисты синуса левой почки. Состояние после спленэктомии .
(кальцинат?)



Рентгеноскопия желудка

9 октября 2018

ЭЭД 9.6 МэВ.

Пищевод проходим, задержки в в/о нет, расширен в средне/грудном отделе до 43-45мм, область анастомоза пищевода и желудка на уровне Т10 позвонка сужена и спазмирована протяженностью до 2см с задержкой бария на 6-8сек. Газовый пузырь желудка отсутствует. Складки слизистой разнокалиберные, в антр. отделе и синусе сглажены. Перистальтика симметричная. Эвакуация своевременная. Луковица ДПК раздражена, обычных размеров, с неровными контурами. Пассаж по ДПК ускорен.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Резецированный пищевод и желудок с сужением анастомоза. Хрон. эзофагит. Хрон. гастродуоденит.

Эзофагогастродуоденоскопия

23 октября 2018 года

Поликлиника № 8.

- П Р О Т О К О Л

Пищевод проходим, дистальная часть резецирована. Пищевод несколько расширен, в просвете мутное содержимое с примесью слизи, количество умеренное. Перистальтика вялая. Зона пищеводно-желудочного перехода неровная. На расстоянии 30 см по аппарату определяется пищеводно-желудочный анастомоз округлой формы, проходим. Просвет достаточный около 2.0 см. Слизистая в области анастомоза гиперемирована, отечная, с гиперплазией слизистой со стороны желудка.

Выполнена биопсия №3.

Желудок каскадной формы, воздухом расправляется. Просвет достаточный, деформирован (резецирована проксимальная часть желудка). Содержимое мутное, количество большое. Детальный осмотр затруднен. Перистальтика вялая. Слизистая желудка отечна умеренно, гиперемирована очагово. **Выполнена биопсия №1** антрального отдела **Выполнена биопсия №2** тела желудка

Пилорус округлый, проходим. Слизистая пилоруса гиперемирована. Луковица 12 п.к. средних размеров, воздухом расправляется. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки сероватой окраски, рыхлая.

Слизистая постбульбарного отдела 12 п.к. сероватой окраски, отечна умеренно, шероховатая.

Заключение:

Состояния после операции.

Анастомозит гиперпластический.

Гастропатия эритематозная.



Гистологическое исследование

24 октября 2018 года

Описание объекта исследования. Мелкие фрагменты ткани серого цвета.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Гастрит хронический антральный атрофически-гиперпластический. Степень активности минимальная. Лимфоидная инфильтрация незначительная. 2. Фрагменты слизистой тела желудка без видимых патологических изменений. 3. Фрагменты слизистой анастомоза с незначительной лимфоидной инфильтрацией. Кишечная метаплазия эпителия очаговая, полная.

Helicobacter pylori не обнаружен.

Компьютерная томография

10 декабря 2018 года

Область исследования: грудная полость; КТ отдела позвоночника; MPR; VR; 25%; сравнение КТ-исследований в динамике; CD-R диск выдан.

Описание:

Инфильтративных изменений и очаговых образований в легких не выявлено.
Фиброзные изменения в виде тяжистости, деформации легочного рисунка в языковых сегментах, в нижней доле левого легкого и в средней доле.
Трахея, главные и долевые бронхи проходимы.
В средостении и корнях увеличенных л/узлов не выявлено.
Синусы свободны.
Расширен просвет пищевода на его протяжении до $n/3$ с наличием содержимого, в $n/3$ п/операционные швы; фрагмент кардиального отдела желудка 46×46 мм над диафрагмой.
Костно-деструктивных изменений в грудном отделе позвоночника на уровне исследования не выявлено.

Заключение: КТ картина фиброзных изменений в обоих легких, больше в левом легком.
Дилатация пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Без отрицательной динамики по сравнению с КТ иссл. от 2017 г.

Эпикриз 10 больницы

Находилась в УЗ "10-я городская клиническая больница" с 10.08.2016 по 20.09.2016

Заключительный диагноз

Основной

Системный склероз-лимитированная ф-ма, хр.,медленно-прогрессир. течение, 2ст(склеродермия, с-м Рейно, пневмофиброз, ДН1, пищевод Барретта)ГЭРБ, ГПОД пищевод Барретта. Стриктура пищевода. Сост. после хир. лечения- проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода(25.05.16)

Осложнения

П-о панкреатит. Фрмирование панкреатогенного жидкост. скопления. Асептич. некроз селезенки

Сопутствующие

ИБС, кардиосклероз с митральн. регургитацией 2ст. ХСНФК2(Н1). Ателектаз S8-9 слева ,малый левостор. гидроторакс

Результаты лабораторных и инструментальных исследований

Эпикриз 10 больницы

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Биохимический анализ крови

| Показатель | Амилаза |
|----------------|---------|
| Дата провед. | Е/л |
| 06.09.16 13:35 | 50,6 |

06.09.16 13:35 выпот из брюшной полости

2. Общий анализ крови

| Показатель | СОЭ | Лейк | Эрит | Гемог | Гемат | MCV | МСН | МСНС | Тромб | RDW | MPV | Н:пал | Н:палочк | Сегм |
|----------------|------|--------------|-----------------|-------|-------|------|------|------|--------------|------|------|-------|--------------|------|
| Дата провед. | мм/ч | ($10^9/л$) | ($10^{12}/л$) | г/л | л/л | фл | пг | г/л | ($10^9/л$) | % | фл | % | ($10^9/л$) | % |
| 08.09.16 12:24 | 12 | 8,74 | 4,18 | 121 | 0,367 | 87,8 | 28,9 | 32,9 | 736 | 21,3 | 8,76 | 3 | 0,26 | 52 |

| Показатель | Сег | Эозин | Эоз | Моноц | Моно | Лимф | Лимфо |
|----------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|------|--------------|
| Дата провед. | ($10^9/л$) | % | ($10^9/л$) | % | ($10^9/л$) | % | ($10^9/л$) |
| 08.09.16 12:24 | 4,54 | 2 | 0,17 | 7 | 0,61 | 36 | 3,15 |

11.08.2016

КТ грудной полости; Объемное восстановление с цветным картированием; MPR; MIP; КТ брюшной полости с в/в болюсным усилением

Заключение: Состояние после лапаротомии, симультантной операции: резекции желудка с резекцией 1/3 части пищевода с доступом по Герлоку, холецистэктомии от 25.05.2016. КТ-признаки мешковидного выпячивания, располагающегося наддиафрагмально в нижнем заднем средостении справа (параэзофагеальный псевдодивертикул? часть желудка, мигрировавшая в грудную полость?). Повышение плотности клетчатки заднего нижнего средостения. Затеков КВ в наддиафрагмальное пространство слева. Отсутствие поступления КВ в отдел желудка, располагающийся ниже диафрагмы, вследствие рубцовых изменений? сдавления извне? др. Ограниченное скопление жидкостного содержимого в левом поддиафрагмальном пространстве, с признаками масс-эффекта на окружающие структуры.

Гиподенсивные образования в левой доле печени (кисты? - слишком малы для достоверной оценки), образование во 2-м сегменте печени (киста с кровоизлиянием?). Множественные паренхиматозные кисты левой почки.

Ателектаз S8, S9 слева, дисковидные ателектазы язычковых сегментов слева, S5, S10 справа. Малый левосторонний гидроторакс.

11.08.2016

КТ брюшной полости; КТ брюшной полости с в/в болюсным усилением; КТ малого таза с в/в болюсным усилением; КТ-ангиография; Объемное восстановление с цветным картированием

Заключение: Описание и заключение (см. др. протокол)

11.08.2016

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной ж-зы, селезенки, почки, надпочечников

19.08.2016

КТ брюшной полости; КТ брюшной полости с в/в болюсным усилением; Объемное восстановление с цветным картированием; MPR; MIP; КТ-ангиография; Сравнение КТ исследований в динамике

Заключение: КТ-картина ограниченного инфильтрата на уровне ложа селезенки (сохранены единичные фрагменты), спаянного с хвостом ПЖ и диафрагмой. При КТ-фистоулографии при тугом заполнении полости определяется поступление КВ в вирсунгов проток, а затем в петли тонкой кишки. Затеков КВ из данного инфильтрата в сторону заднего средостения, в ЛПП, в зону анастомоза не определяется.

Единичные гиподенсивные очаги в печени (более вероятно кисты, при необходимости КТ-контроль). Кистозные участки в хвосте ПЖ. Единичные простые паренхиматозные кисты в левой почке

19.08.2016

КТ грудной полости; КТ грудной полости с в/в болюсным усилением; Объемное восстановление с цветным картированием; MPR; MIP; КТ-ангиография

Заключение: КТ-картина сужения зоны эзофагоэнтероанастомоза. Затеков КВ за пределы пищевода не определяется. Умеренное количество жидкости в ЛПП.

07.09.2016

ЭХОКГ с доплеровским анализом

Заключение: Положение пациента на спине.
Уплотнение стенок аорты. Уплотнение створок аортального клапана. Уплотнение створок митрального клапана. Регургитация на МК2 ст. Регургитация на ТК1 ст. Регургитация на клапане ЛА 1ст. Полости сердца не расширены. Нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено. Систола-диастолическая функция ЛЖ в норме. Диагональная хорда в полости ЛЖ. Жидкость в левой плевральной полости.

07.09.2016

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной ж-зы, селезенки, почки, надпочечников

Заключение: Инфильтрат в сальниковой сумке в проекции хвоста. Диффузные изменения поджелудочной железы. Диффузные изменения селезенки. Кисты обеих почек. Жидкость в левой плевральной полости.

09.09.2016

Фиброгастродуоденоскопия с биопсией

Заключение: Монилиозный (кандидозный) пищевод. Состояние после проксимальной резекции. Полип желудка. Лимфоангиоэктазия двенадцатиперстной кишки.

13.09.2016

**МРТ забрюшинного пространства; МРТ брюшной полости; МРТ мягких тканей;
МР-ангиография; МР-миелография**

Заключение: Состояние после дренирования инфильтрата в левом поддиафрагмальном пространстве. Гетероинтенсивная структура в левом поддиафрагмальном пространстве (текстилома не исключается). Единичные кисты в печени. Кистозные участки в хвосте ПЖ. Единичные простые паренхиматозные кисты в левой почке. нерезко выраженная инфильтрация паранефральной клетчатки левой почки. Следы жидкости в ЛПП.

МРТ брюшной полости; забрюшинного пространства; МР-холангиопанкреатография

06 декабря 2016 года

Описание:

Состояние после оперативного вмешательства по поводу пищевода Барретта, после холецистэктомии, удаления селезенки.

Верхняя треть желудка смещена в грудную полость через медиальные отделы левого купола диафрагмы (форма желудка в целом изменена по типу песочных часов с наибольшим сужением на уровне левого купола диафрагмы) с наличием в области прилежащих к этой зоне отделов левого купола диафрагмы слева отграниченных жидкостных кистоподобных структур преимущественно неправильной двояковыпуклой линзовидной формы размерами до 22x17 мм. Окружающая клетчатка постоперационно, поствоспалительно фиброзно изменена, не инфильтрирована, не исключена подпаянность селезеночного угла толстой кишки к области вышеуказанных изменений. В базальных отделах плевральной полости слева - свободная жидкость до 10 мм в передне-заднем размере.

Печень расположена обычно, диффузно увеличена в размерах, с четким ровным контуром, без признаков очагового, объемного поражения, визуализируются единичные мелкие кисты печени до 5 мм в поперечнике. При МРХПГ отраженные участки внутри-, внепеченочных желчных протоков имеют следующие размеры: левый долевой - 4.9 мм, правый долевой - 5.7 мм, общий печеночный проток - 8.9 мм, культя пузырного протока - до 5 мм, общий желчный - до 8.5 мм.

Проток поджелудочной железы - до 2.1 мм на уровне тела и хвоста, с однородным содержимым. Поджелудочная железа не увеличена, дольчатого строения, без признаков объемного поражения на полученных срезах. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована.

Метрические, структурные характеристики почек и надпочечников выраженно не изменены, единичные кисты левой почки до 10 мм в поперечнике, кальцинат левой почки до 4 мм в поперечнике.

Лимфоузлы в зоне исследования - до 12x7 мм.

Свободной жидкости в брюшной полости на полученных срезах нет.

МРТ брюшной полости; забрюшинного пространства; МР-холангиопанкреатография

Заключение: Состояние после оперативного вмешательства по поводу пищевода Барретта, после холецистэктомии, удаления селезенки. Верхняя треть желудка смещена в грудную полость в области левого купола диафрагмы (форма желудка в целом изменена по типу песочных часов с наибольшим сужением на уровне левого купола диафрагмы), МР-картина осумковавшегося жидкостного содержимого в области левого купола диафрагмы, постоперационные/поствоспалительные фиброзные изменения окружающей клетчатки с вероятной подпаянностью селезеночного угла толстой кишки к зоне изменений; свободная жидкость в плевральной полости слева в небольшом количестве. Гепатомегалия, холедохэктазия, единичные мелкие кисты печени. Единичные мелкие кисты левой почки, мелкий кальцинат левой почки.

Иммунологическое исследование

19 января 2017г.

| Антиген | Интенсив. | Класс | o (+) | + | ++ | +++ |
|------------------------|-----------|-------|-------|---|----|-----|
| RNP/Sm | 0 | o | | | | +++ |
| Sm | 1 | o | | | | |
| SS-A нативный (60 кДа) | 0 | o | | | | |
| Ro-52 рекомбинантный | 0 | o | | | | |
| SS-B | 1 | o | | | | |
| Scl-70 | 2 | o | | | | |
| PM-Scl100 | 0 | o | | | | |
| Jo-1 | 1 | o | | | | |
| Центромера В | 115 | +++ | | | | |
| PCNA | 0 | o | | | | |
| dsDNA | 2 | o | | | | |
| Нуклеосомы | 3 | o | | | | |
| Гистоны | 7 | (+) | | | | |
| Ribosomal-P-protein | 0 | o | | | | |
| AMA-M2 | 0 | o | | | | |
| Контроль | 55 | +++ | | | | |

| Интенсив. | Класс | Комментарии |
|-----------|-------|---------------------|
| 0 - 5 | o | Отрицательный |
| 6 - 10 | (+) | Пограничный |
| 11 - 25 | + | Положительный |
| 26 - 50 | ++ | Сильноположительный |
| 51 - 256 | +++ | Сильноположительный |

Компьютерная томография

27 января 2017 года

Область исследования: грудная полость; кости и суставы; MPR; Mip; Mini P; VR.

Описание:

В сегментах S5, S6, S8, S9 левого легкого отмечается снижение пневматизации в виде уплотнения легочной ткани с участками жидкостной плотности, с тяжами к плевре (плевро-пульмональные спайки).

Трахея, главные, долевыe и сегментарные бронхи 1-3 порядка обоих легких проходимы.

Средостение не смещено, не расширено.

Определяется очаговый кальциноз стенок аорты, коронарных артерий.

Медиастинальные лимфоузлы: верхние паратрахеальные до 12.5 мм, парааортальные до 10.3 мм.

Часть желудка пролабирует в грудную полость через медиальные отделы левого купола диафрагмы.

В области вилочковой железы патологических изменений не найдено.

Костно-деструктивных и костно-травматических изменений грудной клетки и позвоночника не выявлено.

Кальцинат левой почки.

Заключение: Поствоспалительные изменения в S5, S6, S8, S9 левого легкого с мелкими фрагментами жидкости.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Очаговый кальциноз стенок аорты, коронарных артерий.

Кальцинат левой почки.

Эзофагогастродуоденоскопия

23 марта 2017

- П Р О Т О К О Л

Пищевод проходим, дистальная часть резецирована. Пищевод несколько расширен, в просвете мутное содержимое с примесью слизи, количество умеренное. Перистальтика вялая. Слизистая пищевода бледнорозовая, выше анастомоза определяются единичные участки метаплазии неправильной формы до 1.0 см. **Выполнена биопсия (4).**

Пищеводно-желудочный анастомоз зияет, округлой формы, проходим. Слизистая в области анастомоза ярко гиперемирована, отечная, с полиповидными образованиями 0.4 и 0.6 в d со стороны желудка, слизистая их гиперемирована, мягкая. **Выполнена биопсия (3).**

Желудок воздухом расправляется. Просвет достаточный, деформирован (резецирована проксимальная часть желудка). Содержимое мутное, с примесью светлой желчи, остатков пищи, количество большое. Складки продольные, низкие. Перистальтика вялая. Слизистая желудка отечна умеренно, гиперемирована диффузно во всех отделах ярко, гипотрофирована умеренно во всех отделах, гиперплазирована очагово в антральном отделе. **Выполнена биопсия антрального отдела (1)** и области тела **(2)** желудка.

Пилорус округлый, проходим. Слизистая пилоруса гиперемирована. Луковица 12 п.к. средних размеров, воздухом расправляется. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки сероватой окраски, рыхлая.

Слизистая постбульбарного отдела 12 п.к. сероватой окраски, отечна умеренно, шероховатая.

Заключение:

Состояния после операции.

Пищевод Барретта?

Анастомозит гиперпластический.

Гастропатия эритематозная II- III степени воспаления.

Дуоденопатия.

Гистологическое исследование

27 марта 2017 года

Описание объекта исследования. Мелкие фрагменты ткани серого цвета.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Гастрит хронический антральный атрофически-гиперпластический. Степень активности незначительная. Лимфоидная инфильтрация умеренная. 2. Гастрит хронический тела желудка поверхностный. Степень активности минимальная. Лимфоидная инфильтрация незначительная. 3 - 4. Фрагменты гиперплазированной слизистой пищевода с переходом в слизистую желудка с умеренной гиперплазией желез без признаков воспаления. Лимфоидная инфильтрация умеренная.

Helicobacter pylori не обнаружен.

* Исследование функции внешнего дыхания

3 апреля 2017 года

| | | НОРМ | ЛУЧШ | % |
|-----------|-------|------|------|-----|
| ЖЕЛ | л | 2.76 | 2.51 | 91 |
| ДО | л | 0.41 | 1.54 | 373 |
| МОД | л/мин | 4.56 | 21.2 | 465 |
| Ровьд | л | | 0.4 | |
| Ровд | л | | 0.5 | |
| ЧД | л/мин | | 14 | |
| IC | л | | 2.08 | |
| ФЖЕЛ | л | 2.59 | 2.42 | 94 |
| <hr/> | | | | |
| ОФВ1 | л | 2.16 | 1.87 | 86 |
| ОФВ1/ФЖЕЛ | % | | 77 | |
| ИндТиф | % | 80 | 75 | |
| <hr/> | | | | |
| ПОСвьд | л/с | 5.34 | 5.05 | 95 |
| ПОСвд | л/с | | 4.48 | |
| МОС25 | л/с | 4.70 | 4.01 | 85 |
| МОС50 | л/с | 3.25 | 2.07 | 64 |
| МОС75 | л/с | 1.43 | 0.64 | 45 |
| СОС2575 | л/с | 2.58 | 1.61 | 63 |

Заключение: Возможно истинное проявление бронхиальной обструкции.

* Исследование функции внешнего дыхания

13 апреля 2017 года

| | | НОРМ | ЛУЧШ | % |
|-----------|-------|------|------|------|
| ЖЕЛ | л | 2.74 | 2.45 | 89 |
| ДО | л | 0.41 | 0.79 | 193 |
| МОД | л/мин | 4.62 | 9.00 | 195 |
| Ровьд | л | | 0.8 | |
| Ровд | л | | 0.9 | |
| ЧД | л/мин | | 11 | |
| IC | л | | 1.69 | |
| ФЖЕЛ | л | 2.57 | 2.31 | 90 |
| <hr/> | | | | |
| ОФВ1 | л | 2.14 | 1.77 | 83 |
| ОФВ1/ФЖЕЛ | % | | 77 | |
| ИндТиф | % | 80 | 72 | |
| <hr/> | | | | |
| ПОСвьд | л/с | 5.31 | 4.60 | 87 |
| ПОСвд | л/с | | 3.21 | |
| МОС25 | л/с | 4.67 | 4.07 | 87 |
| МОС50 | л/с | 3.22 | 2.01 | 62 |
| МОС75 | л/с | 1.40 | 0.59 | 42 ✓ |
| СОС2575 | л/с | 2.55 | 1.55 | 61 |

Бронходилатационная проба:
отрицательная.

Эзофагогастродуоденоскопия

19 января 2018 года

- П Р О Т О К О Л

Пищевод проходим, дистальная часть резецирована. Пищевод несколько расширен, в просвете мутное содержимое с примесью слизи, количество умеренное. Перистальтика вялая. Зона пищеводно-желудочного перехода неровная

Пищеводно-желудочный анастомоз округлой формы, проходим. Слизистая в области анастомоза гиперемирована, отечная, с полиповидными образованиями 0.4 и 0.6 в d со стороны желудка, слизистая их гиперемирована, мягкая. **Выполнена биопсия №2.**

Желудок воздухом расправляется. Просвет достаточный, деформирован (резецирована проксимальная часть желудка). Содержимое мутное, с примесью светлой желчи, остатков пищи, количество большое. Детальный осмотр затруднен. Перистальтика вялая. Слизистая желудка отечна умеренно, гиперемирована лчагово, . **Выполнена биопсия антрального отдела (1)**

Пилорус округлый, проходим. Слизистая пилоруса гиперемирована. Луковица 12 п.к. средних размеров, воздухом расправляется. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки сероватой окраски, рыхлая.

Слизистая постбульбарного отдела 12 п.к. сероватой окраски, отечна умеренно, шероховатая.

Заключение:

Состояния после операции.

Анастомозит гиперпластический.

Гастропатия эритематозная .

Дуоденопатия.

Гистологическое исследование

22 января 2018 года

Описание объекта исследования. Мелкие фрагменты ткани серого цвета.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Гастрит хронический антральный без атрофии. Степень активности и лимфоидная инфильтрация незначительны.

Helicobacter pylori не обнаружен. Смешанная флора.

2. Небольшой фрагмент слизистой желудочного типа (покровно-ямочная область) с полиповидной гиперплазией, очаговой полной и неполной кишечной метаплазией эпителия, слабой и умеренной эозинофильно-лимфоплазмочитарной инфильтрацией собственной пластинки.

Helicobacter pylori не обнаружен. Смешанная флора.