

Клинический случай неязвенной диспепсии у мужчины репродуктивного возраста

Н. А. Кonyшко, Т. Е. Морозова

В последние годы реклама блюд быстрого питания, суррогатов пищевых продуктов и напитков чередуется в средствах массовой информации с различными способами медикаментозного и немедикаментозного лечения. «Вторую жизнь» получили идеи профилактического направления медицины, результат которого был бы положительным, если бы все методики были достаточно проверены, изучен клинический опыт их применения и проводились они строго под контролем врача [1].

Существует множество лекарственных средств и диет для купирования симптомов диспепсии, которые рекомендует сегодня любая популярная литература. Причины же их, клинико-лабораторные симптомы и последствия для внутренних органов такого самолечения «по требованию» изучаются недостаточно.

Учитывая сказанное выше, для клиницистов может представлять интерес случай диспепсии неуточненной у амбулаторного пациента, который мы наблюдали.

Больной Н., 36 лет, поступил 10.09.2018 с жалобами на общее недомогание, «тяжесть в эпигастрии» после любой пищи, изжогу, почти постоянную тошноту, однократную рвоту, принесшую облегчение, неоформленный стул, потерю 3–4% веса от исходного за последний месяц.

Анамнез: болен в течение нескольких лет, в течение которых в ответ на погрешности в диете (острая, жирная пища, газированные напитки, алкоголь, многочасовые перерывы в еде, переедание) и при эмоциональных стрессах возникали описанные выше симптомы в разных комбинациях. Следуя рекомендациям знакомых и средств массовой информации (СМИ), лечился в домашних условиях. Пациент самостоятельно придерживался «диеты» (отварная, тушеная, неострая пища) в течение нескольких дней. При особенно выраженной клинической симптоматике время от времени принимал анальгетики из группы нестероидных противовоспалительных и комбинированных с ними спазмолитических средств, рекомендуемые в СМИ «от спазмов и боли» без уточнения локализации и последствий для желудочно-кишечного тракта, ферментные препараты («от ленивого желудка»), антациды, иногда омепразол не более 1 недели. В последнюю неделю состояние наблюдаемого без положительной динамики.

Пациент женат, имеет двоих детей школьного и дошкольного возраста, неоднократно ранее формально проходил медицинское обследование для медицинской книжки, где при общеклиническом клинико-лабораторном исследовании не было выявлено патологии. Из перенесенных заболеваний указывает ветряную оспу в детские годы, ежегодно переносит острые респираторные заболевания, которые лечит самостоятельно. Работает шофером. Стаж курения более 10 лет, но в последние годы отказался от употребления табачных изделий. Алкоголь употребляет не чаще одного раза в неделю в умеренном количестве. Наследственный анамнез отягощен: у близких родственников выявлены гастрит, язвенная болезнь и онкологическое заболевание желудочно-кишечного тракта. При общеклиническом исследовании: ориентирован, адекватен, правильного телосложения, подкожный жировой слой выражен избыточно на животе, предплечьях, бедрах и ягодицах. Индекс массы тела 31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки без особенностей, тургор кожи в области гипогастрия несколько снижен. Температура тела 36,2 °С. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Щитовидная железа визуально и пальпаторно без особенностей. Пульс 80 в 1 мин. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца обычные. Легкие аускультативно и перкуторно без изменений. Живот слабо напряжен, болезненный в левом подреберье и в эпигастрии при поверхностной пальпации в проекции большой кривизны желудка. Перистальтика активная. Петли кишечника безболезненные при пальпации. Край печени плотно-эластический, безболезненный, не выступает из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется, пальпация его точки слабо чувствительная. Симптом Пастернацкого не выявляется. Отеков не наблюдается. Диурез адекватен выпитой жидкости.

Предварительный диагноз: «Диспепсия неуточненная (МКБ-10 К 31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточненная)».

Обследование и лечение пациенту назначено согласно Приказу МЗ РФ № 248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией». Пациенту разъяснены принципы рационального питания при хронических заболеваниях гастродуоденальной и панкреатической зоны: химически, термически и механически щадящее дробное питание. На период обследования и уточнения диагноза лекарственная терапия включала назначение ингибитора протонной помпы и прокинетики в фиксированной комбинации омепразола 20 мг с домперидоном модифицированного высвобождения 30 мг (Омез® ДСР) 1 раз в сутки за 30 мин до завтрака [2]. Данная комбинация в виде инновационной лекарственной формы решила сразу несколько проблем: повысила эффективность, безопасность и комплаентность терапии. Пациент отметил значительное облегчение симптомов с первых дней терапии еще на этапе обследования.

Данные лабораторных исследований. Общий анализ крови: Hb 129 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $24,7 \times 10^9$ /л, п. 9%, с. 82%, лимфоциты 7%, моноциты 2%, СОЭ 4 мм/ч, тромбоциты 247×10^3 /л.

Общий анализ мочи: белок 0,033 г/л, лейкоциты 0–1 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, дрожжевые грибы и бактерии в поле зрения не определялись.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 14 мкмоль/л, прямой билирубин 6 мкмоль/л, белок общий 70,5 г/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, мочевины 8 ммоль/л, креатинин 85,0 мкмоль/л, АСАТ 36 мм/л, АЛАТ 28 мм/л, ГГТ 34 ЕД/л, ЩФ 207 ЕД/л, альбумин 46 г/л, калий 2,2 ммоль/л, натрий 123,7 ммоль/л, хлориды 94,6 ммоль/л.

Копрологическое исследование: скрытая кровь — отрицательно, непереваренный крахмал — незначительное количество, мышечные волокна первой степени переваривания — единичные.

Заключение ФГДС: поверхностный гастрит, простые единичные эрозии в теле желудка, халазия кардии, рефлюкс-гастрит.

Морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка: воспаление ++, активность ++, метаплазия +, *Helicobacter pylori* ++.

При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлены деформация желчного пузыря, диффузные изменения паренхимы печени по типу стеатогепатоза.

ЭКГ — ритм синусовый, ЧСС 72 в 1 мин, отклонение электрической оси сердца не выявлено. Единичная желудочковая экстрасистола.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные. Размеры сердца нормальные.

При анализе полученных лабораторных данных обращало на себя внимание отсутствие изменений показателей гомеостаза. Изменения со стороны желудка, по данным ФГДС, носили воспалительно-дистрофический характер, сопровождаемый нарушением моторики и пищеварения.

Через 3 дня от момента первичного приема больному был поставлен диагноз: «Поверхностный эрозивный рефлюкс-гастрит *Helicobacter pylori*-ассоциированный. Халазия кардии. Фоновое заболевание: алиментарное ожирение I степени. Сопутствующие заболевания: стеатогенный гепатоз. Деформация желчного пузыря».

Пациенту назначена эрадикационная терапия: препараты висмута по 1 капсуле трижды в сутки, амоксициллин по 1 г дважды в сутки и кларитромицин по 500 мг трижды в сутки в течение 10 дней [3]. На период эрадикационной терапии фиксированная комбинация ингибитора протонной помпы омепразола 20 мг + домперидона модифицированного высвобождения 30 мг (Омез® ДСР) назначалась дважды в сутки. По окончании эрадикационной терапии пациент ощущал тошноту и эпизодически возникающую изжогу, в связи с чем ему был продлен прием препарата Омез® ДСР 1 раз в сутки в течение 2 недель.

Через месяц пациенту была проведена контрольная ФГДС: поверхностный гастрит, халазия кардии.

Морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка: воспаление +, активность +, метаплазия –, *Helicobacter pylori* –.

Самочувствие пациента значительно улучшилось. Из описанных выше симптомов беспокоила только периодическая «тяжесть» в эпигастрии после нарушения рекомендованных диетических рекомендаций. Пациент отмечает снижение веса на 3% за прошедший месяц.

Таким образом, в результате длительного нарушения питания, патологических пищевых пристрастий, нарушения режима и объема питания, психоэмоциональных стрессов, пагубных привычек, бесконтрольного нерегулярного самолечения, применения нестероидных противовоспалительных и ферментных средств на фоне алиментарного ожирения и наследственной предрасположенности развиваются прогрессирующие воспалительно-дистрофические заболевания пищеварительной системы, сопровождаемые нарушением моторики, пищеварения, ухудшением самочувствия, работоспособности, а следовательно, снижением качества жизни пациента.

Следовательно, диетическое питание и лечение должны проводиться после клинического обследования пациента по специальной методике, под контролем врача, чтобы они не привели к заболеваниям внутренних органов и проходили на фоне сохранения основных констант гомеостаза. Нерациональное питание и самолечение в течение продолжительного срока могут привести к грубым изменениям всех органов и систем организма, опасным для жизни. Популяризация диет и лекарственных средств для самостоятельного применения недопустима.

Литература

1. Лазебник Л. Б., Лялюкова Е. А., Алексеенко С. А., Самсонов А. А., Сереброва С. Ю., Цуканов В. В., Карева Е.

- Н. Обследование пациентов с синдромом диспепсии и изжоги в амбулаторно-поликлинической практике: нужен ли дополнительный опросник терапевту, врачу общей практики // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 2 (150). С. 167–173.
2. Лазебник Л. Б., Алексеенко С. А., Лялюкова Е. А., Самсонов А. А., Бордин Д. С., Цуканов В. В., Алексеев Н. Ю., Абдулхаков Р. А., Абдулхаков С. Р., Аркин О. Б., Ахмедов В. А., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Басхаева Р. Г., Батищева Г. А., Белова И. И., Васильев Н. Н., Визе-Хрипунова М. А., Власова Т. В., Воронина Н. В. и др. Рекомендации по ведению первичных пациентов с симптомами диспепсии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 5. Т. 153. С. 4–18.
3. Лазебник Л. Б., Ткаченко Е. И., Абдулганиева Д. И., Абдулхаков Р. А., Абдулхаков С. Р., Авалуева Е. Б., Ардатская М. Д., Ахмедов В. А., Бордин Д. С., Бурков С. Г., Бутов М. А., Голованова Е. В., Голофеевский В. Ю., Гриневиц В. Б., Джулай Г. С., Добрица В. П., Еремина Е. Ю., Жигалова Т. Н., Иваников И. О., Исаков В. А. и др. VI Национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (VI Московские соглашения) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017. № 2 (138). С. 3–21.

Н. А. Конышко*¹, доктор медицинских наук

Т. Е. Морозова**, доктор медицинских наук, профессор

* **ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ МЗ РФ, Смоленск**

** **ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ, Москва**

¹ Контактная информация: Nkonyshko@yandex.ru

Клинический случай неязвенной диспепсии у мужчины репродуктивного возраста/ Н. А. Конышко, Т. Е. Морозова

Для цитирования: Лечащий врач № 2/2019; Номера страниц в выпуске: 47-49

Теги: тошнота, рвота, боль в эпигастрии, гастрит