

прочитала в газете. Через 1,5 месяца начала замечать появление симптомов. Перенесенные заболевания: ИБС (ПИКС 1994, 2006), сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь (около 8 лет). Аллергологический анамнез: сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, крапивница, пылевая аллергия.

При физикальном обследовании: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые с выраженной иктеричностью, со следами от расчесов. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье при пальпации. Печень не увеличена. Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови СОЭ 25 мм/ч, все остальные показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи: при поступлении – темно-коричневого цвета, белок – 0,09, к моменту выписки – анализ нормализовался.

При проведении биохимического анализа крови отмечалось превышение верхней границы нормы общего билирубина в 16 раз (В_и общ. - 327 мкмоль/л) за счет и прямой (ДВ_и - 225 мкмоль/л), и непрямой (ТВ_и - 102 мкмоль/л) его фракций; увеличение АЛТ в 3,7 раза (148 у.е.), АСТ в 2 раза (89 у.е.), ГГТП в 6 раз (301 у.е.), уровня щелочной фосфатазы до 541 у.е., холестерина до 6,6 ммоль/л. Также был повышен уровень глюкозы крови- гликемический профиль: 5,3-6,4-5,8-9,9 ммоль/л. Методом иммуноферментного анализа Hbs-АГ, анти-ВГС отрицательные.

УЗИ ГБЗ: печень с четкими, ровными контурами, правая доля – 113 мм, левая – 50 мм, паренхима с явлениями диффузного стеатоза, изоэхогенная, v.portae – 10мм, ВПП не расширены. Желчный пузырь: 58 – 18 мм, стенки гиперэхогенные, слоистые, утолщены до 4 мм, содержимое гомогенное, конкрементов нет, Холедох – 5 мм. Поджелудочная железа: контуры ровные, границы четкие, структура неоднородная, умеренно гиперэхогенная, головка – 19 мм, тело – 8 мм. Селезенка: 81-36 мм, контуры ровные, границы четкие, структура однородная, паренхима не изменена, v.lienalis – 5 мм.

Выставлен диагноз: Острый токсический гепатит (на фоне приема чистотела) с синдромами цитолиза, мезенхимального воспаления, холестаза. Хронический некалькулезный холецистит, в стадии ремиссии. ИБС: СН ФК II, ПИКС (ОИМ 1994, 2006г). Гипертоническая болезнь III стадии риск 4 с поражением сердца (ИБС, ПИКС, ГЛЖ). Сахарный диабет 2 типа, легкой степени, в стадии субкомпенсации.

Было назначено: диета, исключение токсических веществ; дезинтоксикационная терапия, аскорбиновая кислота, урсосан по 250 мг 2 раза в сутки, гептрал по 400 мг внутривенно струйно.

После проведенного лечения исчезла выраженная иктеричность, заметно улучшились показатели биохимического анализа: В_и общий – 87 мкмоль/л, В_и прямой – 27 мкмоль/л, В_и непрямой – 60 мкмоль/л, АЛТ – 115 у.е., щелочная фосфатаза – 323 у.е., холестерин -5,7 ммоль/л.

Выводы: таким образом, данный клинический случай доказывает, что чистотел большой оказывает токсическое действие. Известно, что в больших концентрациях, при приеме внутрь, растение ядовито. Чистотел содержит алкалоиды: гомохелидонин, хелеритрин, сангвинарин, протопин и другие (свыше 20

алкалоидов), а также органические кислоты, смолистые вещества, горечи, сапонины, аскорбиновую кислоту. Гомохелидонин является судорожным ядом, сильным местным анестетиком; хелеритрин обладает местнораздражающим действием; сангвинарин оказывает кратковременное наркотическое действие с последующим развитием стрихниноподобных судорог, возбуждает перистальтику, протопин же уменьшает реактивность вегетативной нервной системы.

066. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ГЕПАТИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПРИЕМОМ ПАРАЦЕТАМОЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Галева З.М., Майорова Е.М., Ерепова Е.Е., Макарова К.С.

Кафедра терапии Казанская государственная медицинская академия

Пациентка М., 59 лет, поступила 13.01.10 с жалобами на резкую слабость, чувство нехватки воздуха, подъем температуры тела до 39,7С, озноб, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке, ощущение жжения за грудиной.

История настоящего заболевания: Заболела остро, когда резко повысилась температура тела до 37,5С, появилась выраженная слабость, потливость, озноб. В течении 7 дней неоднократно принимала жаропонижающие препараты (Терафлю, панадол, эффералган), суммарно около 35 таблеток. Отмечала кратковременный эффект в виде снижения температуры тела до 37,1С. На фоне сохранения фебрильной температуры больная отметила появление сухого кашля и боли в грудной клетке при дыхании и покашливании. Несмотря на прием вышеописанных препаратов температура сохранялась и достигла максимума 40,0С к 9му дню болезни.

История развития заболевания: Свое состояние пациентка связывает с употреблением в бане холодной воды, а также введением вакцины «Гриппол».

Перенесенные заболевания: аппендэктомия, удаление яичника, пневмонии последняя в 1999г., холецистэктомия.

При осмотре состояние средней степени тяжести, Кожные покровы бледные, влажные, высыпаний нет. Лимфатические узлы не увеличены. Зев умеренно гиперемирован. Дыхание через нос свободное. Частота дыхательных движений 22 в мин. В легких дыхание жесткое, справа выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторно звук легочной. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Шумов нет. Границы сердца в пределах нормы. АД 100/70 мм рт.ст. на обеих руках. ЧСС 88 уд в мин, Ps 88 в мин, удовлетворительного наполнения, напряжения. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул и диурез без особенностей.

В общем анализе крови обращало на себя внимание нарастание СОЭ от 45мм/час (8-9 день болезни), с максимумом на 10-12 день болезни (52 мм/час), лейкоцитоз

Общий анализ мочи (14.01.10): цвет соломенно-желтая, прозрачная, относительная плотность - 1014, реакция кислая, следы белка, сахар - отрицательно, лейкоциты 0-1-1 в п/зр, эритроциты един., слизь ++.

В биохимическом анализе отмечалось повышение АЛТ (от 157 до 287 U/l), АСТ (от 165 до 265 U/l), ЩФ (от 335 до 462 U/l), ГГТ (от 259 до 377 U/l).

Протеинограмма (10 день болезни): Alb = 52,9 % (56 - 66%), $\alpha_{1,2}$ = 11,9 % (10,4 - 17%), β = 12,0 % (7,3 - 12,5%), γ = 23,2 % (12,8 - 19%), СРБ (колич) = 50 мг/л (N до 10 мг/л).

LE клетки не обнаружены (от 14/01), АСЛО <200 нг/л (N = 50 - 250 нг/л), РФ отрицательный, посев на ВК отрицательный, антитела на HBsAg отриц, анти-ВГС отриц.

Антядерные АТ скрининг- АТ не обн.; 0.3 ; Антинейтрофильные цитоплазматические АТ- АТ не обн.; 0.; результат иммуноферментного анализа на наличие АТ в сыворотке крови к ДНК нативной 31.7 МЕМл (норма до 25.0) ; Ig A 1.0 мгмл, IgM 1.12 мгмл, IgG 11.0 мгмл ; ЦИК 0.025 Е.О.П. уровень комплемента 55.5 ЕД СН.

Рентгенограмма ОГК (10 день болезни) Отмечалась инфильтрация легочной ткани в передне- и заднебазальных отделах правого легкого с реакцией прилегающей плевры в переднем ребернодиафрагмальном синусе справа – правосторонняя нижнедолевая пневмония. Легочный рисунок усилен средним и нижним легочным полям. Корни легких несколько расширены, структурны. Сердечно-сосудистая тень расширена. Расширение, краевой кальциноз дуги аорты. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Больной также проводилась компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки и брюшной полости (12 день болезни). На КТ ОГК очаговых, инфильтративных и полостных изменений в легких не выявлено. Уплотнение сосудистого рисунка в прикорневых отделах с обеих сторон. В правой плевральной полости отмечено небольшое количество жидкости с реакцией по междолевым бороздам. Трахея и главные бронхи прослеживаются до сегментарного уровня, проходимы. Визуализируется увеличенный до 1,25 см бифуркационный лимфоузел. Заключение: данных за опухоль легкого не выявлено.

На КТ ОБП печень расположена обычно. Размеры печени: левая доля – 6,56×12,48 см, правая – 12,17×17,54 см. Очаговых изменений не выявлено, средняя плотность снижена до 33,4 ед.Н. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа расположена обычно, размеры: хвост – 1,37 см, тело – 1,48 см, головка – 2,69 см. Очаговых изменений не выявлено, парапанкреатическая клетчатка дифференцируется на всем протяжении. Холедох на уровне головки 0,91 см. Почки обычной формы и положения, в паренхиме с/3 левой почки по наружному контуру кистозное образование диаметром 0,69 см. Функция почек не нарушена, выявлены множественные прелоханочные кисты в обеих почках диаметром до 1,63 см. Рентгенконтрастных конкрементов по ходу мочевыводящих путей не выявлено. Надпочечники без изменений. Данных за увеличение забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Заключение: Данных за С-г органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено.

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ): Ритм синусовый с ЧСС = 85 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение внутрисердечной проводимости. Нарушение внутрижелудочковой проводимости в системе правой ножки пучка Гиса.

Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) Заключение: Дилатация полости ЛП. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ. Митральная и трикуспидальная регургитация 1-2 ст. Уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана.

Чреспищеводное эхокардиографическое исследование. Заключение: На момент осмотра наложений на створках аортального, митрального и трикуспидального клапанов не выявляется. Аортальный клапан трехстворчатый, все створки уплотнены.

Таким образом, учитывая анамнез пациентки, данные лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН I. Токсический (лекарственный) гепатит на фоне приема парацетамола.

067. ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Галимова Е.С., Нуртдинова Г.М. Кучер О.И., Бойкова И.С.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии Башгосмедуниверситета, г.Уфа

Целью исследования явилось изучение распространенности патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы исследования. Нами обследованы 90 больных БА в стадии обострения. Возраст пациентов составил от 15 до 60 лет, в среднем 48±3,5 года. Преобладали женщины -56(62,2%), мужчин было 34(37,8%). При диагностике бронхиальной астмы мы пользовались международной классификацией GINA 2006 года. Диагностированы следующие формы БА: аллергическая – 20 больных (22,2 %), неаллергическая - 33 (36,7 %), смешанная – 37 (41,1%). Диагностика БА осуществлялась на основании стандартных критериев. Для оценки состояния слизистой оболочки ЖКТ проводилась рентгеноскопия, эндоскопия аппаратом фирмы «Olympus»(Gif-q30), УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови, исследование кала на дисбиоз.

Результаты и их обсуждение. Анамнестически, указания на перенесенные ранее или имеющиеся хронический гастрит, дуоденит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит и панкреатит отметили 55 пациентов БА(61,1%). При рентгенэндоскопическом обследовании больных БА: поверхностный гастрит, гастродуоденит выявлен у 19 человек (21,1%), эрозии двенадцатиперстной кишки – у 4 (4,5%), дуодено - гастральный рефлюкс – у 20(22,2%), атрофический гастрит – у 8(8,9%), и дискинезия желчевыводящих путей у 10 (11,1%) пациентов с БА. По данным УЗИ органов брюшной полости 68 (75.6%) пациентов БА