

НЭРБ в сочетании малой бета - талассемией.

Пациент Х. 28 лет.

Жалобы при поступлении:

- Периодические боли ноющего характера в эпигастрии натощак, часто сопровождающиеся тошнотой.
- Изжога, часто возникающая после еды минимум 2-3 раза в неделю.
- Общая слабость, повышенная утомляемость, которая сопровождает его на протяжении последних лет жизни.

Анамнез.

09.2009-05.2010г. ЭГДС: Рубцово-язвенная деформация ДПК. Н.pylori – не проверялся. Клинико-лабораторные исследования: гемоглобин-108 г/л., эритроциты-5,7 млн., общий билирубин-30,3 мкм/л.

10.2011. ЭГДС: Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Недостаточность кардии. Поверхностный гастрит. Н.pylori – не исследовался. Гемоглобин – 107г/л, эритроциты – 5,5 млн., общий билирубин – 39,1.

10.2012. УЗИ брюшной полости: деформация желчного пузыря. ЭГДС: Рубцово-язвенная деформация ДПК. Язва ДПК. Недостаточность кардии. Дуодено-гастральный рефлюкс. Дистальный рефлюкс – эзофагит. Н.pylori – не исследовали. Гемоглобин – 111г/л., эритроциты – 5.6 млн., общий билирубин -23,6 мкм/л.

Проводилась кратковременная антисекреторная терапия.

05.2013. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение МЦ "Григорий Просветитель". Жалобы на интенсивные боли в эпигастриальной области натощак и через час после приема пищи, постоянную изжогу, общую слабость, понижение работоспособности. УЗИ брюшной полости: деформация желчного пузыря. ЭГДС: рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК, зеркальные (целующиеся) язвы ДПК. Недостаточность кардии. Дуодено-гастральный рефлюкс. Дистальный рефлюкс – эзофагит. Н.pylori - (+). С целью выявления причины анемии произведена колоноскопия: органической патологии не выявлено. Гемоглобин – 107 г/л., эритроциты – 5,3 млн., железо – 14.0 мкмоль/л., общий билирубин - 39.6 мкмоль/л.

Лечение: эрадикационная квадротерапия (эзомепразол, амоксилав, кларитромицин, метронидазол), линекс (по 1т.3раза в день). После проведения контрольной ЭГДС - язвы зарубцевались.

10.2014г. Повторная госпитализация с жалобами на изжогу, дискомфорт в эпигастриальной области, общую слабость.

Анамнез жизни:

Образование высшее, профессия – экономист. Вредные привычки: курение: с 22 лет по 10 сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.

Наследственный анамнез:

Отец умер в возрасте 50 лет (причина неизвестна). Мать 54 года (анемия ?)
Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный осмотр

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, смуглая, умеренной влажности, видимые слизистые бледно-розовые. ЧДД=16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=66 уд.в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: Гипохромная микроцитарная анемия.

Эритроциты	4,97
Нв (г/л)	104,3
НСТ(%)	32,57
MCV (фл)	65,2
MCH (пг)	20,88
MCHC (г/л)	32,04
Тромбоциты (тыс.)	212,8
ЦП	0,62
Лейкоциты (тыс.)	5,94
Нейтрофины %	56,8
Амифоциты %	31,3
Эозинофилы %	3,0
Базофилы %	1,6
Моноциты %	7,3
СОЭ	3

Биохимический анализ крови:

О.Белок (г/л)	48.0	Триглиц.	0,95
Креатинин (мг/дл)	0,79	АСТ	16
Азот мочевины (ммоль/л)	4.8	АЛТ	14
Мочевая к-та (мкмоль/л)	164.9	ЩФ	102
Билирубин общий (мк/л)	41.4	ГГТП	10
Натрий (ммоль/л)	140	Амилаза	52.6
Калий (ммоль/л)	4.1	Железо	22,6
Холестерин (ммоль/л)	4.47	Трансфер	2,57

Коагулограмма

АЧТВ	1,09
ПИ по Квику	96
Фибриноген	2,07
Тромбиновое время	16
Амилаза мочи	154,3

Анализ мочи

Кол-во	100
цвет	Сол.желтый
рН	5
Удельный вес	1020
Прозрачность	Полная
Белок, глюкоза	Отр.
Желчные пигменты	Отр.
Эпителий пл.	N
Лейкоциты	1- 2 в п.з.
Эритроциты	нет
Соли, бактерии	Немного
Цилиндры	Отр.

Анализ кала

Цвет	Кор.
Форма	Оформ.
Бензидин.проба	Отр.
Р-ия на стеркобилин	+

Микроскопия кала

Мыш.вол.	+
Соед.тк.	-
Мыла	++

Нейтр.жир	+
Жирные к-ты	-
клетчатка	++
лейкоциты	-

ЭГДС . Заключение: Рубцово-воспалительная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозивный бульбит (0.1- 0.2 см), дуоденит. Рефлюкс – гастрит. Дистальный рефлюксный эзофагит. Недостаточность кардии. **13 С – уреазный дыхательный тест – 2,3%.**

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима уплотнена по портальным трактам. Левая доля – 71/38 мм, правая доля – 110/132 мм. Воротная вена – 8,8 мм. Желчный пузырь – 44/22 мм, с перегибом в шейке. Стенки средней эхогенности, толщина стенки - 2 мм. Просвет неоднородный. Поджелудочная железа – 18/10/2 мм, паренхима однородная.

Заключение:УЗИ – признаки деформации желчного пузыря.

Малая талассемия (син. синдром Сильвестрони-Бьянко, болезнь Риетти-Греппи-Микели), *thalassemia minor* — гетерозиготная форма β -талассемии. Клинически заболевание протекает бессимптомно, без выраженного укорочения жизни эритроцитов или спленомегалии, часто проявляющейся гипохромной анемией, иногда анизоцитозом, пойкилоцитозом и мишеневидностью эритроцитов. Для малой талассемии характерно увеличение количества HbA₂. Для этого необходимо применение электрофореза на ацетатцеллюлозе. У каждого второго больного зарегистрировано повышение фетального гемоглобина (до 2,5 - 7%). Уровень железа в крови у пациентов с малой талассемией является нормальным, и поэтому они не нуждаются в терапии. В особенности нет необходимости в дополнительных препаратах железа. У большинства пациентов с малой β -талассемией наблюдается повышенная вдвое концентрация гемоглобина А ($\alpha_2\delta_2$) повышена вдвое (до 5% от общей). У каждого третьего больного наблюдается повышение концентрации гемоглобина F (до 1-3%). Несмотря на то, что симптомы малой талассемии проявляются в минимальной степени, носители дефектных генов рискуют передать ее своим детям в более тяжелой форме.

Электрофорез гемоглобина.

Нв А 2	4,98%	(1,9-3,5%)
Аномальный Нв	Отр.	Отр.
Фетальный Нв	1,65%	До 1-3%

Проба на нестабильность Нв с изопропанолом - отр.

Клинический диагноз: 1.Эрозивный дуоденит. Язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии, H.pylori – отрицательный (эрадикационная терапия в мае 2013 г.). 2. ГЭРБ, неэрозивная форма. 3.Малая бета 1 – талассемия.

Рекомендации по лечению: эзомепразол -20 мг/сут. в режиме по требованию.

Итоги клинического наблюдения.

Эрадикационная терапия инфекции H.pylori – решающая мера в лечении больных ЯБ, которая позволила изменить течение язвенной болезни.

Дифференциальный диагноз анемии всегда имеет важное значение.

Можно прогнозировать, что на первое место по значимости симптомов выходит НЭРБ.

Маргарян Гретта

клинический ординатор, гастроэнтеролог, МЦ "Григорий Просветитель".