

История болезни : Язвенная болезнь желудка.



Подготовили:
Мамырбек Ернар
Менлаякова Сабина.

Проверила: Хайдарова Ю.М
Группа: ОМ 4 курс 058-2

Паспортная часть

- Ф.И.О: Лукьянова Ольга Сергеевна
- Возраст: 05.01.1984 года
- Место жительства: г. Алматы, ул. Муратбаева 140/50
- Место работы, профессия, специальность: воспитатель в детском саду №4
- Дата поступления : 12.03.2016г
- Предварительный диагноз: язвенная болезнь желудка с кровотечением
- Сопутствующие заболевания: отсутствует.
- Название операции : дата: 14.03.16г., вид : Лапаратомия. Гастротомия. прошивании язвы желудка. Дренажирование брюшной полости.
- Послеоперационный диагноз: Язвенная болезнь, осложненная кровотечением
- Осложнения в течении заболевания: отсутствуют.
- Исход: выздоровление.

Жалобы больного

- ⦿ на слабость, головокружение
- ⦿ на тошноту
- ⦿ кал черного цвета
- ⦿ потеря сознания

Anamnesis morbi

- Считает себя больной с сентября 2015 года, когда впервые появились давящие ноющие ночные боли в эпигастральной области; боли купировались приемом мезима, но-шпы, активированного угля. К врачу не обращалась. В январе 2016 года впервые появились голодные боли, отрыжка кислым, изжога; интенсивность ночных болей увеличилась. Впервые по поводу данных болей стала принимать соду, которая снимала боли. Обратилась к терапевту по месту жительства. Обследование не проводилось. В течение трех недель принимала таблетированные препараты (названий не помнит). От проводимой терапии был эффект: исчезли ночные боли, уменьшилась изжога. 10 марта 2016 года обнаружила потемнение стула вплоть до черного цвета на фоне относительного здоровья. 11 марта возникла рвота “кофейной гущей”. 12 марта 2016 года доставлена в БСМП по скорой помощи.

Anamnesis vitae

- Родилась в 1984 году, в городе Алматы. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Получила среднее специальное образование, и работала товароведом в магазине.
- Семейно-половой анамнез. Менструация появилась в 13 лет, периодичность-цикл 29-30 дней, продолжительность 5-6 дней с умеренным количеством отделений. В брак вступила в 1996 году. Беременна трижды, из трех беременностей два аборта, третья беременность завершилась родами с помощью кесарева сечения. Имеет дочь.
- В настоящее время – вдова.
- Профессиональный анамнез. Трудовую деятельность начала с 20 лет. Рабочий день был нормирован, работа не была связана с какими-либо профессиональными вредностями. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило, в летнее время.
- Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечена относительно удовлетворительно. На жилищные и материальные условия не жалуется. Питание 3-х разовое, калорийное;
- Перенесенные заболевания: Детские инфекции - корь, ветряная оспа, коклюш, частые ангины.
- Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции, венерические заболевания отрицает.. Гемотрансфузии отрицает.
- Привычные интоксикации: не курит, алкоголем и наркотиками не злоупотребляет.
- Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.
- Наследственность . Причину смерти родителей не помнит. Сестра умерла от рака желудка. Наличие у близких родственников эндокринных, психических заболеваний, сифилиса, туберкулеза отрицает.

Объективные исследования

○ Общее состояние больного

○ Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение больной пассивное. Тип телосложение - нормостенический. Рост - 156 см., масса тела - 47 кг. Нарушение осанки и походки не отмечается. Отмечается бледность кожных покровов. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Лицо не выражает болезненных проявлений. Температура тела 36,7 градусов.

○ Кожные покровы

○ Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, умеренно влажные. Очагов кровоизлияния не наблюдается. Эластичность кожи хорошая. Рост волос не нарушен, ногти не изменены.

○ Подкожная жировая клетчатка

○ Подкожный жировой слой выражен умеренно, распределен равномерно. Отеков нет.

○ Лимфатическая система

○ При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации не определяются. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

○ Щитовидная железа

○ Не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

○ Молочные железы

○ Обычной формы, выделений из соска нет. Патологических образований при пальпации не выявлено.

○ Мышечная система

○ Жалоб нет, общее развитие мышечной системы - умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный, мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

○ Костная система

○ Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза и конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

○ Исследование суставов

○ Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

ССС

Осмотр области сердца и крупных сосудов

При осмотре сосудов шеи не отмечается пульсация сонных артерий. Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, сердечный толчок и пульсация в эпигастральной области отсутствуют.

Пальпация области сердца

Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/р по левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный.

Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца: правая - 1 см. кнаружи от правого края грудины в 4 м/р; левая - по левой среднеключичной линии в 5 м/р; верхняя - на уровне III ребра (по линии, проходящей на 1 см. кнаружи от левого края грудины и параллельно ему). Конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца: правая - левый край грудины; левая - 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии; верхняя - на уровне 3 м/р. Поперечник абсолютной тупости сердца - 6,5 см.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во 2 м/р по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультация сердца

Тоны сердца нормальной звучности. Шумов нет.

Исследование сосудов

Жалоб нет. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с эластичными стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет.

АД - 100/70 мм.рт.ст.

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений нет.

Дыхательная система

○ Исследование верхних дыхательных путей

Дыхание через нос свободное. Ощущений сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании нет. Гортань: жалоб нет. Голос громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненность не определяется.

○ Осмотр грудной клетки

Грудная клетка цилиндрической формы, без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания - смешанный. Частота дыхания - 16 в минуту. Ритм дыхания правильный.

○ Пальпация грудной клетки

При пальпации болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание немного ослаблено в симметричных участках грудной клетки.

○ Перкуссия легких

При сравнительной перкуссии легких над симметричными участками грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

○ Аускультация легких

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание с жестким оттенком. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

Пищеварительная система

Осмотр полости рта

Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Десны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Зубы санированы.

Язык нормальной величины и формы, влажный, слегка обложенный беловатым налетом. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность гладкая.

Осмотр живота

Живот напряжен, не участвует в акте дыхания. Патологической перистальтики, рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается.

Перкуссия живота

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной интенсивности.

Пальпация живота

При поверхностной ориентировочной пальпации живот напряжен, болезненный в эпигастрии. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

Результаты глубокой пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко: слепая кишка пальпируется в правой паховой области в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягко-эластической консистенции, диаметром 3 см., смещаемого в пределах 1-2 см., безболезненная, неурчащая. Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Пальпация желудка и определение его нижней границы

Методом перкуссии и методом стетоакустической пальпации большой кривизны нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка. Методом глубокой пальпации большой кривизны и методом перкуторной пальпации (определение шума плеска) нижняя граница желудка не определяется.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

Исследование желчного пузыря

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси - отрицательные.

Исследование селезенки

По линии, проходящей на 4 см. кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости: верхняя - на уровне IX ребра, нижняя - на уровне XI ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выходит за левую реберно-суставную линию. Размеры селезеночной тупости: поперечник - 6 см., длинник - 10 см.

Селезенка не пальпируется.

Пальпация печени

Нижний край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся и безболезненный.

- Перкуссия печени по Курлову:
- - по срединно-ключичной линии 9 см
- - по белой линии живота – 8 см
- - по левой реберной дуге – 6 см
- Исследование поджелудочной железы
- Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.
- Аускультация живота
- При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

○ СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

- Жалоб нет. Мочеиспускание днем 4-5 раз, ночью - нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
- Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

○ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

- Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом, восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, способна долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена, интеллект высокий, мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное.
- Головных болей, головокружений нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов, засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее.
- При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлексорной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечает.

Обоснование предварительного диагноза

- На основании жалоб больной («голодные» боли в эпигастральной области, сезонного характера; общую слабость; кал черного цвета); данных анамнеза заболевания (слабость, потерю сознания); данных общего осмотра (пульс с частотой 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД - 100/70 мм.рт.ст., при пальпации живот напряжен, болезненный в эпигастрии). Был поставлен предварительный диагноз: язвенная болезнь, осложненная кровотечением

План обследования

Лабораторные:

- ОАК
- ОАМ
- определить группу крови
- б/х крови
- Коагулограмма
- Серологические реакции

Инструментальные:

- УЗИ: брюшной полости
- ФГДС
- ЭКГ (для выявления признаков гипертрофии левого желудочка);

ОАК

- гемоглобин 85 г\л
- эритроциты 2.9×10^{12} г/ л
- цветной показатель 0.8
- лейкоциты 8.5×10^9 /л
- палочкоядерные 3
- сегментоядерные 76
- лимфоциты 17
- моноциты 4
- СОЭ 17 мм\ч
- Заключение: Наблюдаются признаки анемии (пониженное содержание гемоглобина, эритроцитов), ускорение СОЭ.

ОАМ

- Цвет - светло-желтый
- Реакция - $\text{pH} = 5$ (кислая)
- Удельный вес - 1023
- Прозрачность - слегка мутная
- Белок, сахар, ацетон, желчные пигменты - нет
- Лейкоциты - 2-3 в п/зр
- Эритроциты - 2-3 в п/зр
- Заключение: Общий анализ мочи без патологических изменений.

БХА

- АСТ 143 МЕ/л
- АЛТ 165 МЕ/л
- Креатинин 97,2 ммоль/л
- Общий белок 69,0 г/л
- билирубин 6,12 мкмоль/л
- Калий 4,7 мкмоль/л
- Натрий 137 ммоль/л
- Исследование группы крови
- Группа крови и резус-фактор А | II | Rh –
(положительный)
БХ

Коагулограмма и Серология

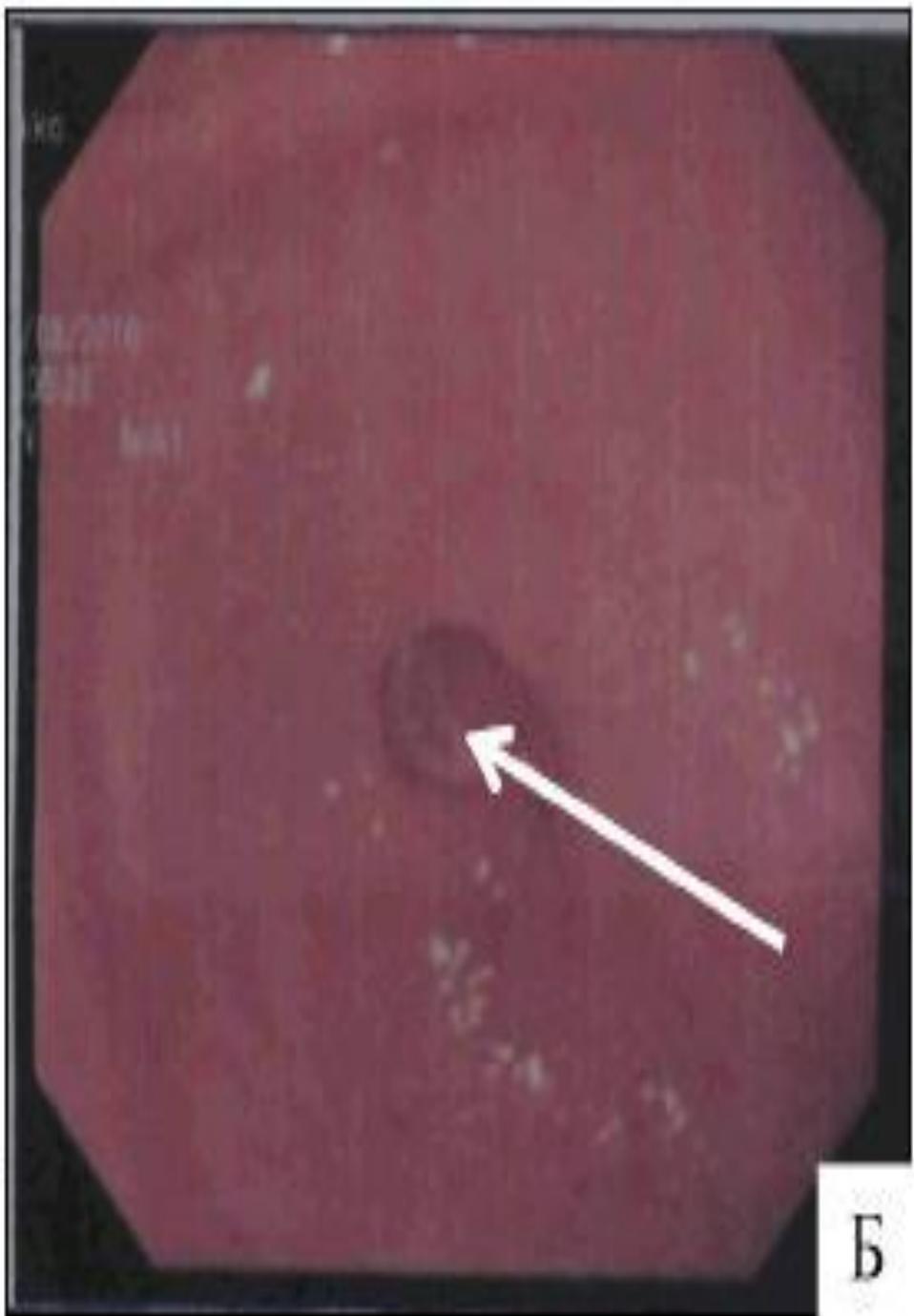
- АЧТВ 34 с
- ТВ 11 с
- ПО 1,0
- Фибриноген 5,8 г/л
- РФМК 15,0 мг/100мл
- RW - отрицательная.
- Реакция на австралийский антиген - отрицательная.

Инструментальное обследование

- ЭКГ от 15.03.2016: горизонтальное положение электрической оси сердца. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Диффузное снижение кровоснабжения миокарда по типу субэндокардиальной ишемии.
- УЗИ органов брюшной полости:
 - печень: размеры не увеличены, толщина правой доли-126, левой-68 мм. Контур ровный, структура печени сохранена. Эхогенность паренхимы увеличена. Сосудистый рисунок не изменен, печеночные вены не расширены, диаметр воротной вены – 12.
 - желчный пузырь: размеры 60 на 19 после еды. Стенка не утолщена (3мм), просвет пузыря не однороден, определяется камни, перивезикальная область без изменений.
 - желчные протоки не изменены.
 - поджелудочная железа: контуры ровные, структура сохранна, размеры не изменены.
 - селезенка: размеры 97 на 57, контуры ровные, структура однородная.
 - почки: размеры не изменены, эхогенность обычная. Дополнительные образования не определяются.
 - мочевой пузырь опорожнен;
- Свободная жидкость не определяется.

ЭФГДС

- **Эзофагогастродуоденоскопия от 15.03.16г.**
В пищеводе без особенностей, кардия смыкается. В средней трети тела желудка по малой кривизне ближе к задней стенке имеется язвенный дефект диаметр дефекта 1,0x1,0 см., края подрыты, на дне фибрин светло-коричневого цвета. Вокруг инфильтрат размером до 0,5 см. Биопсия при контрольном осмотре.
Заключение: Язва средней трети желудка, осложненная кровотечением.



Дифференциальная диагностика

- Заболевание нашей больной следует дифференцировать с кровотечением из расширенных вен пищевода и желудка, с легочным кровотечением, с кровотечением при раке желудка, а также с кровотечением из нижних отделов кишечника. Общим при всех этих заболеваниях будут признаки анемии. Особенности при этих заболеваниях:
 - 1) При кровотечении из **расширенных вен пищевода** и желудка вследствие портальной гипертензии на почве цирроза характерно наличие увеличения печени селезенки, асцита, расширение вен передней брюшной стенки, желтушности кожных покровов, расширенные узлы вен при R-графии.
 - 2) При **легочном кровотечении** характерно выделение пенистой, нередко алой крови, сопровождающейся кашлем, одышкой, цианозом. Также характерно тяжелое поражение легких: туберкулез, абсцесс, рак легкого, бронхоэктатическая болезнь.
 - 3) Для **кровотечения при раке желудка** характерно наличие соответствующего диагноза в анамнезе, также наличие общих и местных признаков рака желудка, кровотечение в этом случае обычно не обильное, возникает на фоне раковой кахексии. Выявление атипичных клеток при цитологическом исследовании.
 - 4) Для кровотечения из **нижних отделов кишечника** характерно наличие в кале неизменной крови (т.е. кала с красной кровью).**Заключение:** Отсутствие всех выше перечисленных признаков и наличие в анамнезе язвенной болезни и кала черного цвета, а также данные ФГДС позволяют нам поставить диагноз язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.

Клинический диагноз

- Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.
- Осложнения: желудочно-кишечные кровотечения, постгеморрагическая анемия.
- Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз.

ДИАГНОЗ ОСНОВАН

○ Диагноз поставлен на основании:

Жалоб больной на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи, дегтеобразный стул в течение пяти дней, однократная потеря сознания, рвота кофейной гущей на момент поступления.

Анамнестических данных: считает себя больной с сентября 2015 года, когда впервые появились давящие ноющие ночные боли в эпигастральной области; боли купировались приемом мезима, но-шпы, активированного угля. К врачу не обращалась. В январе 2016 года впервые появились голодные боли, отрыжка кислым, изжога; интенсивность ночных болей увеличилась. Впервые по поводу данных болей стала принимать соду, которая снимала боли. Обратилась к терапевту по месту жительства. Обследование не проводилось. В течение трех недель принимала таблетированные препараты (названий не помнит). От проводимой терапии был эффект: исчезли ночные боли, уменьшилась изжога. 10 марта 2016 года обнаружила потемнение стула вплоть до черного цвета на фоне относительного здоровья. 11 марта возникла рвота "кофейной гущей". 12 марта 2016 года доставлена в БСМП по скорой помощи. При поступлении отмечала общую слабость, головокружение.

Объективных данных: Кожные покровы бледные. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледные.

При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, резко болезненная в эпигастральной области, ненапряженная.

Клинико-лабораторных данных и данных инструментальных исследований:

Эзофагогастроскопия:

В средней 2/3 тела желудка по малой кривизне, ближе к задней стенке – язва, несколько вытянутой формы, размер дефекта 1,0x1,0 см., края подрыты, на дне фибрин светло-коричневого цвета. Вокруг инфильтрат размером до 0,5 см.

Лечение

- Назначить противоязвенную терапию
- А) ранитидин - 1 раз в день по 300 мг в 20 ч, либо фамотидин – 40 мг 1 раз в день в 20 ч – блокаторы H_2 – рецепторов;
- Б) сукральфат – по 1 таб. за 30-40 мин до еды 3 раза в день, 4-ый раз – натощак перед сном – цитопротектор
- Лечебное питание
- Диета I, обязательное 4-5 разовое питание, при обострении язвенной болезни в первые дни – щадящая диета.
- Рекомендуемые блюда: молоко, масла (сливочное, оливковое), свежий творог, некислая сметана, яйца всмятку, паровые омлеты, протертые супы, нежирное вареное мясо, компот из сладких фруктов и ягод, чай с молоком.
- Нельзя: мясные и рыбные бульоны, крепкие овощные и грибные отвары, жирные сорта мяса и рыбы, соленые копченые острые блюда, кислые ягоды, фрукты.
- Для быстрого устранения искусственной гемоделиции при анемии – гемотрансфузия: донорская эритроцитарная мала (лучше вводить в соотношении 1:1 с 5 % альбумина).
- Консервативное лечение оказалось неэффективно – продолжалось желудочно-кишечное кровотечение, хотя в язве наметилась тенденция к рубцеванию. Показано оперативное вмешательство – субтотальная резекция желудка. Согласие больной на операцию получено.

- **Протокол операции 146 от 1.03.02. (11⁴⁵-16³⁵)**
- Произведена лапоротомия, субтотальная резекция желудка, спленэктомия, удаление большого сальника, санация и дренаж брюшной полости.
- Верхнесрединная лапоротомия. Выпота в брюшной полости нет. Печень умеренно увеличена, уплотнена. В правом подреберье в проекции желчного пузыря – спаячный процесс. Желудок обычных размеров.
- При ревизии выявлена высокая язва по малой кривизне, в средней трети желудка, на задней стенке с выраженной перифокальной инфильтрацией и наличием увеличенных лимфоузлов по малой кривизне d 0,5-1 см. Произведено: дуоденолизис, мобилизация желудка по большой и малой кривизне, удаление большого сальника. При выше указанных манипуляциях произведена спленэктомия.
- Желудок отсечен от двенадцатиперстной кишки аппаратом УКЛ-40. Культи погружены в кيسетообразный шов, позадиободочный гастроэнтероанастомоз на короткой петле однорядными швами. Субтотальная резекция желудка с предварительной перевязкой артерии с помощью аппарата УКЛ-60.
- Интраоперационная потеря крови 300-400 мл. Послойное ушивание послеоперационной раны, произведено после дренирования брюшной полости через отдельные проколы (зона анастомоза и латеральный канал).

Эпикриз

- Больная, Лукьянова Ульяна Сергеевна, 14 марта 2016 года поступила в БСМП по скорой помощи, с жалобами на сильные, постоянные боли в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что боли возникали, как правило, ночью, и купировались приемом мезима, но-шпы, активированного угля. Отмечалась неоднократная рвота кофейной гущей, дегтеобразный стул, потеря сознания.
- В клинике проведено обследование (клинический и биохимический анализы крови, эзофагогастроскопия контрольная + биопсия, контрастное исследование желудка) в результате которого выявлена язва, в средней 2/3 тела желудка по малой кривизне, ближе к задней стенке, несколько вытянутой формы, размером 14 на 6 см. Язва с конвергенцией складок, умеренной инфильтрацией вокруг.
- На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и инструментального обследования поставлен диагноз: язвенная болезнь желудка в стадии обострения, осложненная кровотечением и постгеморрагической анемией.
- В связи с тем, что у больной имеется язва тела желудка, с неукротимым кровотечением, а также имеется прогрессивное нарастание интенсивности болей, ухудшение общего состояния больной после предоперационной подготовки (гемотрансфузия, переливание эритроцитарной массы, восстановление электролитных нарушений, коррекция кислотно-щелочного равновесия и белкового обмена) показана субтотальная резекция желудка.
- Послеоперационное состояние больной средней тяжести, стала более активной, тошноты рвоты нет. Послеоперационная рана сухая, чистая, швы спокойные.