Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Факультет фундаментальной медицины

Кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

История болезни

Клинический диагноз

Основное заболевание: Неспецифический язвенный колит, средней тяжести, рецидивирующего течения

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевание: нет

Харьков 2010

Палата - 4, гастроэнтерологическое отделение клиники ИОЗДП АМН Украины

Диагноз направившего учреждения: Неспецифический язвенный колит

Диагноз при поступлении в клинику: Неспецифический язвенный колит

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Неспецифический язвенный колит, средней тяжести, рецидивирующего течения

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

Жалобы

Больной предьявляет жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи. Так же на учащенный, неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.

Кроме того, беспокоят снижения трудоспособности, повышенная утомляемость, снижение аппетита.

Опрос по органам и системам:

* Система органов пищеварения. Глотание свободное, прохождение пищи по пищеводу безболезненное. Сухость во рту, болезненность дёсен, языка, кровоточивость дёсен, ощущение неприятного вкуса во рту отрицает. Вздутие живота, запоры, тенезмы, геморроидальные кровотечения, боли в заднем проходе, зуд отрицает.
* Нервная система. Внимание рассеяно, работоспособность снижена, память хорошая. Сон спокойный, глубокий. Головные боли отрицает. Ощущение ползания мурашек, покалывания, жжения, похолодания, онемения в конечностях и других частях тела отрицает. Жалоб на головокружение, обмороки, судороги не предъявляет.
* Система органов дыхания. Носовое дыхание свободное. Одышка приступообразная, при физической нагрузке и подъёме по лестнице. Жалоб на удушье, кашель, кровохарканье не предъявляет.
* Сердечно-сосудистая система. Боли в области сердца, учащённое сердцебиение не наблюдаются. Жалобы на перебои и одышку отрицает. Отёки и цианоз не наблюдаются.
* Мочевыделительная система. На нарушение мочеиспускания и болезненность в поясничной области не жалуется. Болей в надлобковой области и половых органах, отеков не отмечает.
* Опорно-двигательный аппарат. Болей в суставах, костях, конечностях, позвоночнике, мышцах, стопах не отмечает. Болезненность в суставах при активных и пассивных движениях отсутствует. Изменения конфигурации суставов, наличия отечности, гиперемии не наблюдает. На утреннюю скованность, дрожание конечностей, судороги не жалуется

Анамнез болезни (Anamnesis morbi.)

Считает себя больным с 10 лет, когда впервые появились жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.

Заболевание протекало с периодами обострений и ремиссий.

Неоднократно был госпитализирована в ИОЗДП АМН Украины с диагнозом неспецифический язвенный колит, последний раз в августе 2007. После стационарного лечения отмечет значительное улучшение состояния.

В декабре 2007 года состояние больного ухудшилось - появились боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный, неоформленный стул до 5-6 раз в сутки. Амбулаторно препараты не получает.

В связи с дальнейшим прогрессированием симптоматики был направлен лечащим врачом ЦРБ в гастроэнтерологическое отделение клиники ИОЗДП АМН Украины с диагнозом: «Неспецифический язвенный колит» для прохождения курса стационарного лечения. Доставлен на личном автотранспорте 23.01.2008 года в 10:40.

История жизни. Anamnesis vitae.

Мальчик родился от второй беременности, вторых родов, вторым ребенком всемье. Беременность протекала благополучно, роды без патологии. Родился всрок с оценкой по шкале Апгар 9 баллов, закричал сразу. Вес при рождениисоставлял 3300 гр, рост - 54 см., рос и развивался соответственно возрасту. Болел простудными заболеваниями. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 5 лет.

Травм и операций не было.

Профилактические прививки выполнены своевременно. Контакт с инфекционными больными, в том числе больными туберкулёзом отрицает.

Профилактические прививки:

Прививка против туберкулеза (ВСG)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| вакцинация | доза | серия | реакция |
| 11.11.1990 | 0,05 | 525 | 5мм. |
| ревакцинация | доза | серия | реакция |
| 12.02.2007; | 0,05 | 87 | 8мм. |

Против полимиелита:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Доза | Серия |
| 05.10.90 | 4К | 430 |
| 04.01.91 | 4К | 234 |
| 08.04.91 | 4К | 249 |
| 22.8.91 | 4К | 264 |
| 14.10.91 | 4К | 264 |
| 21.06.92 | 4К | 295 |
| 12.12.92 | 4К | 321 |
| 16.09.93 | 2К | 57.821 |
| 10.10.93 | 2К | 14.584 |

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| вакцинация | | | |
| АКДС | Дата | Доза | Серия |
| 12.03.91: | 0,5 | 109-3 |
| АКДС | 12.06.91 | 0,5 | 418-8 |
| Ревакцинация | | | |
| АКДС | 12.12.92.: | 0,5 | 101 |
| АДС | 16.12.92 | 0,5 | 2-2 |
| АДСМ | 28.03.04 | 0,5 | 18-7 |

Прививки против кори

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Доза | Серия |
| 15.02.91 | 0,5 | 946 |
| 21.10.91 | 0,5 | 0347 |

Прививка против паротита

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Доза | Серия |
| 3.3.92 | 0,5 | 0347 |

Туберкулиновые пробы

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Результат |
| 15.02.91 | отрицательный |
| 21.02.92 | отрицательный |
| 12.03.93 | отрицательный |
| 12.05.94 | отрицательный |
| 02.12.95 | отрицательный |
| 27.12.96 | отрицательный |
| 16.05.97 | отрицательный |
| 07.05.98 | отрицательный |
| 18.03.99 | отрицательный |
| 10.02.00 | отрицательный |
| 03.02.01 | сомнительный |
| 29.3.02 | отрицательный |
| 21.02.03 | отрицательный |
| 13.03.04 | отрицательный |
| 10.03.05 | отрицательный |
| 15.02.06 | отрицательный |
| 27.02.07 | отрицательный |

Семейный анамнез

Ребенок родился от здоровых родителей. Туберкулез, венерические заболевания родители отрицают. В семье имеются старший брат, 24 года. Ближайшие родственники (мать, отец, бабушка, дедушка,брат) здоровы. Наследственность не отягощена. Наличие у родственников и родителей каких-либо хронических заболеваний пищеварительной системы, а также предрасположенность к каким-либо острым заболеваниям не отмечает.

Указаний на внезапную смерть родственников не имеется.

Социальный анамнез

Семья полная, благополучная. Мать: Павленко Яна Валерьевна, домохозяйка,45 лет. Отец: Павленко Александр Александрович, зам. директора спиртзавода,50 лет

Семья материально обеспечена. Семья проживает в 3-х комнатной квартире. Квартира сухая, тёплая, светлая, проветривается 1 раз в день. Ребёнок имеет отдельную комнату. Правила личной гигиены соблюдаются регулярно. Ребенок посещает школу. Взаимоотношения со сверстниками, учителями, родителями хорошие. Питание достаточное. Сон и прогулки на свежем воздухе достаточной продолжительности. Успеваемость в школе хорошая, отмечается интерес к учебе. Режим дня: занятия в школе 5 ч., занятия дома 2 ч., прогулка на свежем воздухе 3 ч., просмотр телевизора 2 ч., сон 9 ч.

Аллергический анамнез не отягощен.

ОБЪКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

1. Общее состояние: больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Осанка прямая. Выражение лица спокойное.
2. Внешний осмотр: Тип конституции – нормостенический; рост-165, вес-65 кг окружность головы – 56 см, окружность грудной клетки – 72см Физическое развитие среднее, пропорциональное, гармоничное.
3. Нервная система:Реакция на осмотр адекватная, настроение ровное, однако не устойчивое. Склонность к аффектам не обнаружена. Речь четкая, последовательная, разборчивая, грамматически правильно оформленная, развита соответственно паспортному возрасту, речевые нарушения не выявлены. Нарушения праксиса не обнаружены. Понимание и реакция на зрительные, слуховые и другие раздражители адекватные. Гиперкинезы, судороги, фибриллярные и фасцикулярные подергивания не определяются. Координация движений не нарушена (пальценосовая, указательная, пяточно-коленная пробы в пределах нормы, в позе Ромберга устойчив, походка и почерк не изменены). Чувствительные функции сохранены, боли и парастезии не отмечаются. Болевая, температурная, тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность сохранены. Глубокие (коленный, ахиллов) и поверхностные (брюшные, подошвенные) рефлексы живые, равномерно симметричные, не изменены. Клонусы и патологические рефлексы не определяются. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского) отрицательные. Пото- и салоотделение в пределах нормы. Функции тазовых органов (мочеиспускание, дефекация) не нарушены
4. Кожа подкожная жировая клетчатка- Кожа светло-розовая, чистая, гладкая, бархатистая, умеренной влажности, салоотделение в пределах нормы, температура кожных покровов нормальная. Очаги пигментации и депигментации, морфологические элементы сыпи, растяжения, рубцы не определяются.Определяется сосудистый рисунок на нижних конечностях. Кожа лица чистая, бледной окраски, наблюдается периорбитальный цианоз. Волосы, ногти, видимые слизистые не изменены, признаки патологии не обнаружены. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита, распределена равномерно. Тургор мягких тканей не изменен. Лимфатические узлы (затылочные, сосцевидные, задние шейные, над- и подключичные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются. Среди передних шейных, подбородочных, поднижнечелюстных групп пальпируются единичные лимфоузлы, не увеличенные, не спаянные с кожей и подкожно-жировой клетчаткой, умеренно подвижные, при пальпации безболезненные.Симптом жгута и щипка отрицательный. Лимфатические узлы (околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) при пальпации безболезненны, мягкие, подвижные, не спаянные с кожей и окружающими тканями, не увеличены.
5. Мышечная система - Степень развития мышечной системы средняя. Наличие мышечных атрофий, ассиметрий мышечной массы не выявлено. Сила и тонус мышц не изменены, достаточны. Объем активных и пассивных движений сохранены в полном объеме. Судорог нет.
6. Костная система - Кости черепа, грудины, таза, конечностей правильной формы, искривления, локальные утолщения, неровности, деформации позвоночника, периоститы не обнаружены. Болезненность при пальпации, движении и поколачивании не выявлена. Припухлость, утолщения, узловатость, деформация суставов не выявлены. Размеры суставов без изменений. Кожа над суставами без изменений. Болезненность, хруст, флюктуация при движениях не обнаружены.Форма, размеры, соотношение лицевой и мозговой части черепа без изменений. Неровности, утолщения не обнаружены. Кивание головой безболезненно. Надбровные дуги умеренно выражены, симметричны. Опущения, отечности век не выявлено. Косоглазия, слезотечения, изменений роговицы и конъюнктивы, экзофтальма и эндофтальма не обнаружено. Зрачки с обеих сторон круглые. Зрачковые реакции на свет, аккомодация, поля зрения сохранены. Величина и форма носа без особенностей. Участие крыльев носа в акте дыхания не выявлено. Носогубная складка умеренно выражена, симметрична. Форма и размеры ушных раковин без особенностей. Уплотнения ушных раковин не обнаружены. Губы слабо-малиновой окраски. Рот нормальной формы. Углы рта симметричны. Трещин, корочек, высыпаний на губах не выявлено. Миндалины не выступают за края небных дужек, однородны, безболезненны. Шея короткая, средней толщины, обе половины её симметричны. Пульсация сосудов не выявлена. Обе половины туловища симметричны. Щитовидная железа не пальпируется. При осмотре позвоночника деформации (кифоз, сколиоз), краснота и припухлость кожных покровов над позвоночником не выявлены. При пальпации безболезненный. Температура тела 36,70 С.

Система органов дыхания

Носовое дыхание свободное, выделений из носа не имеет. Раздувание крыльев носа при дыхании отсутствует. В акте дыхания симметрично, ровное одновременно участвуют обе половины грудной клетки. Грудная клетка имеет форму цилиндра. Переднезадний размер ее приближается к боковому; надключичные ямки отсутствуют, «сглажены». Угол соединения тела и рукоятки грудины выражен значительно. Эпигастральный угол больше 90; Направление ребер в боковых отделах клетки приближается к горизонтальному, межреберные промежутки уменьшены, лопатки плотно прилежат к грудной клетке, грудной отдел меньше брюшного. Тип дыхания - смешанный. ЧДД 18 в минуту. Дыхание ритмично, глубина дыхания не изменена. При пальпации грудной клетки болезненность отсутствует, резистентность не нарушена, эластичность нормальная голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

Сравнительная перкуссия: в левом подмышечном участке звук более громкий, чем в правом (из-за пространство Траубе), что является нормой. Над другими симметричными легочными полями перкуторний звук имеет одинаковый оттенок, силу и громкость.

Перкуторно определена высота стояния верхушек:

Спереди - на 1,5 см выше ключицы.

Сзади - на уровне 7-го шейного позвонка.

Ширина верхушек (поля Кренига) составляют по 2 см слева и справа.

С помощью топографической перкуссии определяется нижняя граница легких.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Легкие | | |
| Ориентировочные линии | Справа | | Слева |
| Высота стояния верхушек легких спереди | на 3 см выше ключицы | | на 3 см выше ключицы |
| Высота стояния верхушек легких сзади | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка | | |
| Ширина полей Кренинга | 5см | 5см | |
| Парастернальная линия | Пятое межреберье | Не определяется | |
| Среднеключичная линия | VI ребро | Не определяется | |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро | |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро | |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро | |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро | |
| Паравертебральная линия | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка | |
| Экскурсия | 6см | 6см | |

1. При проведении сравнительной перкуссии симметричных участков легких спереди (верхушки, подключичной области, подмышечной области) и сзади (надлопаточной, межлопаточной и подлопаточной области) определяется ясный легочной звук.
2. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Патологические шумы не прослушиваются.

Сердечно-сосудистая система

Пульс симметричный, ритм правильный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 72 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренных, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется. Артериальное давление 110/70 мм рт. Ст.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается.

При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, локализованный (шириной 1 см), низкий, не усиленный не резистентный.

Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом, "кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.

Перкуссия.

Границы относительной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница | IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Левая граница | V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя граница | III ребро по левой окологрудинной линии |
| Поперечник относительной тупости сердца | 9 см |
| Ширина сосудистого пучка | 5 см |

Аускультация. Выслушивается тоны сердца в пяти точках:

1. Митральный клапан – область верхушечного толчка(V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии);
2. Клапан аорты – второе межреберье справа от грудины;
3. Капан легочного ствола – второе межреберье слева от грудины;
4. Трехстворчатый клапан – у основания мечевидного отростка;

5.Точка Боткина-Эрба (аортальный клапан) – слева от грудины в месте прикрепления III-IV ребра

Тоны сердца ясные, ритм правильный.Систолический шум в V точке(Точка Боткина-Эрба (аортальный клапан) – слева от грудины в месте прикрепления III-IV ребра). Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту. Ритм галопа, ритм перепела- не обнаружены

Система органов пищеварения

Живот округлой формы, втяжений и выбуханий нет, нормальных размеров, видимая перистальтика отсутствует, участвует в акте дыхания, венозных коллатералей – «головы Медузы» не наблюдается.

При поверхностной пальпации отмечается: живот мягкий, болезненный в околопупочной области, втяжений и выбуханий нет.

При методической глубокой ориентировочной скользящей пальпации по методу В.П.Образцова и М.Д.Стражеско отмечается:

* сигмовидная кишка располагается в левой подвздошной области на границе средней и наружной третей линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, на ощупь плотная, гладкая, подвижная, диаметром- 2 см.,, болезненная при пальпации;
* слепая кишка располагается на границе средней и наружной трети пупочно-подвздошной линии в правой подвздошной области, диаметром 2.5 см, по консистенции умеренной плотности, умеренной подвижности, безболезненна;
* конечный отрезок подвздошной кишки пальпируется в глубине правой подвздошной области в виде мягкого, умеренно подвижного цилиндра, шириной 0.5 см, безболезненный;
* червеобразный отросток не прощупывается; область при пальпации безболезненна;
* поперечноободочная кишка не прощупывается;
* восходящий и нисходящий отделы толстой кишки хорошо пальпируются, на ощупь умеренной плотности, умеренно подвижны, болезненные при пальпации;
* большая и малая кривизна желудка не пальпируется; пальпация в их проекции безболезненна;
* нижний край печени пальпируется у края реберной дуги на ощупь мягкий, острый, безболезненный;
* желчный пузырь не пальпируется, пальпация в его проекции безболезненна;
* селезенка не пальпируется, область при пальпации безболезненна;

При перкуссии брюшной области, свободная жидкость не определяется.

Перкуссии печени по Образцову-Стражеско

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| линии | верхняя граница | нижняя граница | высота печеночной тупости (см) |
| parasternalis dextra | у верхнего края VI ребра | на 2 см ниже края реберной дуги | 7,5 |
| medioclavicularis dextra | на VI ребре | По нижнему краю реберной дуги | 8,5 |
| axillaris anterior dextra | на VII ребре | на X ребре | 9,5 |

Перкуторное определение размеров печени по Курлову

По правой среднеключичной линии - 8см;

По передней срединной линии - 7 см;

По краю реберной дуги - 6 см.

При пальпации нижний края печени острый, мягкий, безболезненный, расположен по краю реберной дуги.

Селезенка: селезенка расположена на 4 см левее левой реберно-суставной линии, перкуторно границы селезеночной тупости: 9 (верхняя граница) и 11 (нижняя граница) ребро, размеры селезеночной тупости: поперечник - 4 см, длинник – 5,5 см.

Мочеполовая система

* Осмотр. При осмотре поясничной и надлобковой области изменение формы, нарушение симметричности последних не выявлено. Выбухания и западения не определяются. Цвет и состояние кожи в поясничной области без особенностей. Выбухание передней брюшной стенки над мочевым пузырем не обнаружено.
* Пальпация. При глубокой пальпации почек по Боткину (больной стоит) и по Образцову - Стражеско (больной лежит) почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. Пальпация в проекции мочевого пузыря безболезненна.
* Перкуссия. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Высота стояния мочевого пузыря над лобком перкуторно не определяется.
* Аускультация. Аускультативно шум трения брюшины над проекцией почек и сосудистый шум над почечными сосудами не определяется

Предварительный диагноз

1. На основании жалоб больного:

Больной предьявляет жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи. Так же на учащенный, неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.

Кроме того, беспокоят снижения трудоспособности, повышенная утомляемость, снижение аппетита.

1. Данных анамнеза заболевания:

Считает себя больным с 10 лет, когда впервые появились жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.Заболевание протекало с периодами обострений и ремиссий.

Неоднократно был госпитализирована в ИОЗДП АМН Украины с диагнозом неспецифический язвенный колит, последний раз в августе 2007. После стационарного лечения отмечет значительное улучшение состояния.

В декабре 2007 года состояние больного ухудшнлось - появились боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный,неоформленный стул. Амбулаторно препараты не получает.

В связи с дальнейшим прогрессированием симптоматики был направлен лечащим врачом ЦРБ в гастроэнтерологическое отделение клиники ИОЗДП АМН Украины с диагнозом: «Неспецифический язвенный колит» для прохождения курса стационарного лечения. Доставлен на личном автотранспорте 23.01.2008 года в 10:40.

1. Обьективного исследования:

При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области.

Отмечается болезненность сигмовидной и ободочной кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску.

Можно поставить предварительный диагноз - Неспецифический язвенный колит, рецидивирующего течения.

План обследования

1. Клинический анализ крови (для определения общего состояния ребенка).
2. Биохимический анализ крови ( для определения ферментативной активности- билирубин: общий, прямой биллирубин, непрямой биллирубин, холестерин, бета-липопротеиды, АСТ, АЛТ, сиаловые кислоты, серомукоид, гликопротеиды, щелочная фосфатаза, мочевина, креатинин, глюкоза)
3. Общий анализ мочи ( для определения общего состояния ребенка и исключение сопутствующих- заболеваний).
4. Кал на яйца гельминтов ( для исключения гельминтоза).
5. Копрограмма ( для исследования функциональной активности ЖКТ , печени и
6. поджелудочной железы).
7. УЗИ органов брюшной полости ( для исключения образования, патологических процессов в органах брюшной полости).
8. ЭКГ ( для определения функциональной активности сердца).
9. Ректороманоскопия .
10. Консультации специалистов:
11. гастроэнтеролога

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гемоглобин | 110г/л | Норма 130-170 г/л |
| Эритроциты | 4,4\* 10 12 /л | 3,7-4,7\*10 12 /л |
| Цветной показатель | 0,94 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты | 2,5\*10 9/л | 4-9 \*10 9/л |
| Палочкоядерные | 2% | 1-6% |
| Сегментоядерные | 61% | 45-70% |
| Эозинофилы | 1% | 0-5% |
| Лимфоциты | 34% | 18-40% |
| Моноциты | 2% | 2-9% |
| СОЭ | 25 мм/ч | 2-15 мм/ч |
| Тромбоциты | 264\*109 /л | 180-320\*109 /л |

Заключение: Показатели общего анализа крови соответствуют норме, кроме гемоглобина-110г/л (N=130-170г/л) и СОЭ-25мм/ч (N= 2-15мм/ч)

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество | 130,0 | Норма |
| Цвет | желтый. | Соломено-желтый. |
| Прозрачность | прозрачная. | прозрачная. |
| Плотность | 1010 | 1,020-1,026(в течение суток колеблется в широких пределах) |
| Белок | 0,047 | до 0,070 г/сут. |
| Сахар | нет. | Отсутствует, следы (не более 0, 02%) |
| Слизь | немного | нет |
| Эритроциты | 2 – 3 в п/зр. | Единичные в п/зр. |
| Лейкоциты | 3 -4 в п/зр | 0-4 в п/зр. |
| Цилиндр | единичные в п/зр. | отсутствуют |
| Эпителий | пузырный 3 – 5 в п / зр. | 1 – 3 в п / зр. |
| Соли | нет. | нет. |
| рН | 5,5 | 4,5-7,0 |

Заключение: Показатели общего анализа мочи соответствуют норме.

Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Билирубин: общий | 15,7 мкмоль/ л. | Норма  8,5-20,5 мкмоль/ л. |
| Билирубин: прямой | 4,3 мкмоль/ л. | 0-5,1 мкмоль/ л. |
| Билирубин: не прямой | 11,4 мкмоль/ | 8,5-20,5 |
| АСТ | 0,31 ммоль/ (ч \*л). | 0,1-0,45 ммоль/ (ч \*л). |
| АЛТ | 0,37 ммоль/ (ч \*л) | 0,1-0,68 ммоль/ (ч \*л) |
| Общий белок | 75 г/л. | 65-85 г/л. |
| Альбумины | 47г/л | 40-50 г/л |
| Холестерин | 3,6 ммоль/л | 3,11-6,48 ммоль/л |
| Бетта-липопротеиды | 5,3 г/л | 3,5 – 5,5 г/л |
| Щелочная фосфатаза | 84 ед/л. | 80-90 ед/л. |
| Остаточный азот | 18 ммоль/л. | 14,3-25,0 ммоль/л. |
| Мочевина | 3,2 ммоль/л | 3,3-6,6 ммоль/л |
| Креатинин | 100 мкмоль/л. | 76,3-114,5 мкмоль/л. |
| Глюкоза | 3,8 ммоль/л. | 3,5-5,5 ммоль/л. |

Заключение: Показатели биохимического анализа крови соответствуют норме

Кал на яйца гельминтов: яйца глист не обнаружены ( норма).

Копрограмма:

1. форма - кашицеобразная
2. запах - кислый
3. цвет - коричневый
4. слизь - +/-
5. кровь –
6. реакция-0,7
7. реакция на скрытую кровь+
8. остатки непереваренной пищи -
9. мышечные волокна: с поперечной исчерченностью +,
10. без поперечной исчерченности +/-
11. Детрит +++
12. нейтральный жир +/-
13. клетчатка растительная переваренная +
14. крахмал -
15. кристаллы -
16. эпителий – 2-3 в поле зрения
17. лейкоциты 3-5-7 в поле зрения.

Заключение: выявленные изменения в копрограмме характерны для хронического воспалительного процесса в дистальных отделах кишечника.

УЗИ органов брюшной полости

Печень: контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, правая

доля 81 мм, левая доля 41 мм (N=84х42).

Поджелудочная железа: контуры ровные, эхогенность не усилена, вирсунгов проток N.

Селезенка: контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, селезеночная вена N.

Мочевой пузырь: контуры N Желчный пузырь: резко увеличен, стенки не уплотнены. В просвети сгустки желчи, пристеночный осадок. S-2432мм2, после приема желчегонного завтрака S-2131мм2, желчный пузырь резко гипотоничен,резко гипокинетичен.

Ректороманоскопия

Заключение: отек и гиперемия слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишок; сосудистый рисунок характерный для нормальной слизистой оболочки толстой кишки -отсутствует; гаустрация толстой кишки - отсутствует.

План лечения

* Режим полупостельный
* Диета № 4. Пища должна быть свежеприготовленной, механически, химически щадящей, с повышенным количеством белков, ограничением углеводов, и исключением продуктов, богатых клетчаткой, пряностей, острых , соленых, копченых, жареных блюд, цельного молока. Через 3-5 дней диету постепенно расширяют ( стол 4Б, затем 4В) и назначают ее на 4-6 недель. В дальнейшем переходя на общий стол, но исключают индивидуально непереносимые продукты.
* Этиологическое лечение:

сульфасалазин — 6 г в сутки; 3 раза в день после еды;

салазопиридазин по 2 г в сутки. Курс лечения — 3—4 недели;

фталазол — 6—8 г в сут;

* Патогенетическое лечение:

Витаминотерапия - показаны витамины группы В ( В1, В6, В12), фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамины А, Е, Д.

Ферментотерапия: для улучшения процессов пищеварения при диарее:

Фестал-3 раза в день после еды.

При болях и спазмах - но-шпу, папаверин.

При поносе - танальбин.

* В период ремиссии рекомендуется принимать отвары из лекарственных трав (зверобоя, ромашки, шалфея, подорожника и др). При наклонности к запору - принимать кору крушины.
* Рекомендуются физиотерапевтические процедуры - аппликации парафина на живот, озокерита, электрофорез лекарственных веществ.

Клинический диагноз

1. На основании жалоб больного:

Больной предьявляет жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи. Так же на учащенный, неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.

Кроме того, беспокоят снижения трудоспособности, повышенная утомляемость, снижение аппетита.

1. Данных анамнеза заболевания:

Считает себя больным с 10 лет, когда впервые появились жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.Заболевание протекало с периодами обострений и ремиссий.

Неоднократно был госпитализирована в ИОЗДП АМН Украины с диагнозом неспецифический язвенный колит, последний раз в августе 2007. После стационарного лечения отмечет значительное улучшение состояния.

В декабре 2007 года состояние больного ухудшнлось - появились боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный,неоформленный стул. Амбулаторно препараты не получает.

В связи с дальнейшим прогрессированием симптоматики был направлен лечащим врачом ЦРБ в гастроэнтерологическое отделение клиники ИОЗДП АМН Украины с диагнозом: «Неспецифический язвенный колит» для прохождения курса стационарного лечения. Доставлен на личном автотранспорте 23.01.2008 года в 10:40.

1. Обьективного исследования:

При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области.

Отмечается болезненность сигмовидной и ободочной кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску.

1. Лабораторных и инструментальных методов исследований:
   1. Общий анализ крови Заключение: Показатели общего анализа крови соответствуют норме, кроме гемоглобина-110г/л (N=130-170г/л) и СОЭ-25мм/ч (N= 2-15мм/ч)
   2. Копрограмма: Заключение: выявленные изменения в копрограмме характерны для хронического воспалительного процесса в дистальных отделах кишечника.
   3. Ректороманоскопия Заключение: отек и гиперемия слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишок; сосудистый рисунок характерный для нормальной слизистой оболочки толстой кишки -отсутствует; гаустрация толстой кишки - отсутствует.

Можно поставить клинический диагноз:

1. Основное заболевание: Неспецифический язвенный колит, средней тяжести, рецидивирующего течения
2. Осложнения: нет.
3. Сопутствующие заболевания: нет

Обоснование клинического диагноза.

Клинический диагноз: Неспецифический язвенный колит, средней тяжести, рецидивирующего течения.

На основании классификации НЯК, предложенной О.А. Каншиной и Н.Н. Каншиным (1974) в модификации Нижегородского НИИ детской гастроэтерологии (1986).

1. По течению:
   * Острый неспецифический язвенный колит
   * Хронический неспецифический язвенный колит
   * Рецидивирующий неспецифический язвенный колит
2. По тяжести

|  |  |
| --- | --- |
| Легкая форма | стул кашицеобразный <5 раз в сутки, незначительная примесь крови и слизи в стуле, отсутствие лихорадки, тахикардии, анемии, удовлетворительное общее состояние. СОЭ нормальное или умерено повышена(16-25 мм/ч) |
| Средней тяжести | жидкий стул 5-8 раз в сутки примесь крови и слизи в стуле, у половины детей- непостоянный субфебрилитет, тахикардия, анемия со сниженным гемоглобином до 90-110г/л, удовлетворительное общее состояние, СОЭ увеличевается до 25-50 мм/ч |
| Тяжелая форма | тяжелая диарея ( >8 раз в сутки); значительная примесь крови, слизи и гноя в каловых массах; лихорадка более 380С, тахикардия, анемия (гемоглобин<90 г/л), общее состояние тяжелое или очень тяжелое, СОЭ повышено до 50-70мм/ч |

Дневники. 24.01.08

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Жалоб не предъявляет. Температура тела 36.6 C. Кожные покровы бледные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм. Рт.ст. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение их на верхушке и основании сердца правильное. Дыхание ритмичное 17 движений в минуту, преимущественно брюшного типа. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области. Отмечается болезненность сигмовидной и слепой кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску.

Стул 6 раз в сутки кашицеобразный. Диурез 1000мл..

25.01.08.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Жалоб не предъявляет. Температура тела 36.6 C. Кожные покровы бледные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм. Рт.ст. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение их на верхушке и основании сердца правильное. Дыхание ритмичное 17 движений в минуту, преимущественно брюшного типа. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области. Отмечается болезненность сигмовидной и слепой кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску.

Стул 6 раз в сутки кашицеобразный. Диурез 1030мл..

26.01.08.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Жалоб не предъявляет. Температура тела 36.6 C. Кожные покровы бледные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм. Рт.ст. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение их на верхушке и основании сердца правильное. Дыхание ритмичное 17 движений в минуту, преимущественно брюшного типа. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области. Отмечается болезненность сигмовидной и слепой кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску.

Стул 4 раза в сутки кашицеобразный. Диурез 1100мл.

27.01.08

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Жалоб не предъявляет. Температура тела 36.6 C. Кожные покровы бледные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм. Рт.ст. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение их на верхушке и основании сердца правильное. Дыхание ритмичное 17 движений в минуту, преимущественно брюшного типа. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области. Отмечается болезненность сигмовидной и слепой кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску.

Стул неоформлен 3 раза в сутки. Диурез 1080мл.

28.01.08

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Жалоб не предъявляет. Температура тела 36.6 C. Кожные покровы бледные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм. Рт.ст. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение их на верхушке и основании сердца правильное. Дыхание ритмичное 17 движений в минуту, преимущественно брюшного типа. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Безболезненный при пальпации/

Стул неоформлен 3 раза в сутки. Диурез 1100мл.

Дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита

Необходимо различать неспецифический язвенный колит

1.Язвенный туберкулез ободочной кишки. Левые отделы ободочной кишки редко поражаются. Туберкулез кишечника развивается на фоне туберкулярного поражения легких. Туберкулиновые пробы положительные. Для туберкулеза характерна болезненность в правой подвздошной области.

2.болезнь Крона. В отличие от неспецифического язвенного колита, при болезни Крона значительно чаще выявляют поражение тонкой кишки, прямая кишка при болезни Крона реже изменена, обычно отсутствуют массивные кровотечения, чаще наблюдаются перианальные изменения, поражение носит сегментарный характер (чередование зон поражения и неизмененных участков слизистой), наблюдаются свищи, при биопсии выявляют гранулемы или трансмуральное повреждение, при эндоскопии имеется характерная эндоскопическая картина.

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Данные | НЯК | Болезнь Крона |
| 1 | 2 | 3 |
| Клинические признаки |  |  |
| Прямокишечные кровотечения | около 85% случаев | около 40% случаев |
| Потеря веса | Непостоянно | Всегда при поражении тонкой кишки |
| Анальные и перианальные проявления | Менее 20% случаев | В 20-80% случаев |
| Внутренние свищи | Редко | В 20-40% случаев |
| Риск малигнизации | Прогрессивно возрастает после 7-10 лет заболевания | Наблюдается при длительности заболевания более 25 лет, реже чем при НЯК |
| Макроскопические признаки |  |  |
| Протяженность поражения | Непрерывное поражение, нарастающее от дистальных отделов прямой кишки в проксимальном направлении | Сегментарное поражение |
| Вид слизистой | Псевдополипы, глубокие подрытые язвы | Отдельные язвы,“булыжная мостовая”, свищи |
| Серозная оболочка | нормальная | Часто жировые подвески спаяны |
| Длинна кишки | Укорачивается | Нормальная |
| Доброкачественные рубцовые стриктуры | Очень редко | Часто |
| Микроскопические признаки |  |  |
| Глубина поражения | Слизистый и подслизистый слой | Трансмуральное |
| Язвы | Широкие и глубокие | Поверхностные |
| “Резанные” трещины | Редко | Часто |
| Гранулемы | Нет | Всегда |
| Подслизистый фиброз, лимфоидная гиперплазия, отек, расширение лимфатических сосудов, невроматозная гиперплазия | Редко | Всегда |

Этиология. На возникновение язвенного колита оказывают влияние инфекционные, иммунологические, генетические факторы, а также факторы внешней среды. Продолжаются исследовательские работы по изучению роли микрофлоры и вирусов в патогенезе этого заболевания. Убедительных доказательств, что инфекционные агенты являются причинным фактором возникновения неспецифического язвенного колита до настоящего времени не получено. Генетическим факторам придается большое значение во многих исследованиях. Эмоциональные факторы могут играть роль в появлении обострения заболевания, но их значение в возникновении неспецифического язвенного колита не доказана. Выдвигались предположения, что неспецифический язвенный колит является аутоимунным заболеванием. Многими исследователями были найдены подтверждения этой теории. Значительный интерес в настоящее время проявляется к выяснению роли цитокинов и иммунорегуляторных молекул в регуляции иммунного ответа у больных с неспецифическим язвенным колитом. Некоторые исследователи предполагают, что основным звеном в развитии неспецифического язвенного колита является энергетическая недостаточность в кишечном эпителии. Подтверждением этой теории, возможно являются изменения в составе гликопротеидов у больных с неспецифическим язвенным колитом. В течение последнего десятилетия моделирование воспаления кишечника на животных в эксперименте способствовало более глубокому пониманию патогенеза неспецифического язвенного колита, особенно роли медиаторов воспаления и цитокинов, значения наследственных факторов, воздействия кишечной флоры.

Патоморфология. Поражение начинается как правило от прямой кишки зубчатой линии и распространяется в проксимальном направлении. Если поражается только прямая кишка, то такое заболевание называется язвенным проктитом. Распространение патологического процесса происходит постоянно так, что не остаётся ни одного участка нормальной толстой кишки. В отличие от болезни Крона при язвенном колите в патологический процесс преимущественно вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой. Форма и размеры язв разнообразны, их края ровные, подрытые. Наиболее характерными являются узкие длинные язвы, расположенные вдоль мышечных лент двумя - тремя параллельными рядами. Дно мелких язв чистое, у крупных покрыто сероватым налетом фибрина. Описаны редкие случаи перфорации язв. Тяжесть морфологических изменений нарастает в дистальном направлении (наиболее выражены в нисходящей и сигмовидной кишке). В 18-30% может поражаться терминальный отдел подвздошной кишки. Нередко в толстой кишке обнаруживаются псевдополипы.

Эпикриз

Больной предъявляет жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи. Так же пациента на учащенный, неоформленный стул, до 5-6 раз в сутки.

Кроме того, беспокоят повышенная утомляемость, снижения трудоспособности, снижение аппетита.

Из анамнеза: Считает себя больным с 10 лет, когда впервые появились жалобы на боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный стул, до 5-6 раз в сутки, стул неоформленный. Заболевание протекало с периодами обострений и ремиссий.

Неоднократно был госпитализирована в ИОЗДП АМН Украины с диагнозом неспецифический язвенный колит, последний раз в августе 2007. После стационарного лечения отмечет значительное улучшение состояния. Постепенно снова появились боли схваткообразного характера в мезогастральной области возникающие во время приема пищи и жалобы на учащенный стул. Амбулаторно препараты не получает.

В связи с очередным обострением, когда вновь появились вышеописанные жалобы был направлен лечащим врачом ЦРБ в гастроэнтерологическое отделение клиники ИОЗДП АМН Украины с диагнозом: »Неспецифический язвенный колит» для прохождения курса лечения. Доставлен на личном автотранспорте 23.01.2008 года в 10:40.

Общее состояние больного при поступлении удовлетворительное. Сознание ясное. На вопросы отвечает по существу. Во времени и обстановке ориентирован. Положение активное. Температура тела 36.6 ◦ С. Пульс 72 ударов в одну минуту. Частота дыхания 17 в одну минуту. Рост 160 см. Масса тела 65 кг. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. Мышечная система развита нормально. Костно-суставная система без деформаций. Лимфатические узлы (околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) при пальпации безболезненны, мягкие, подвижные, не спаянные с кожей и окружающими тканями, не увеличены. Щитовидная железа визуально и пальпаторно не увеличена. Дыхательная система: дыхание свободное, через нос, число дыханий 17 в одну минуту; дыхание ритмичное. Голосовое дрожание выражено умеренно, в целом одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью обоих легких выявляется ясный легочной звук, в основном одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Патологические шумы отсутствуют.

Сердечно-сосудистая система: Пульс – 72 ударов в минуту, А.Д. – 120/70 мм рт ст.

Пищеварительная система: При поверхностной пальпации отмечается: живот болезненный в околопупочной области.

Отмечается болезненность сигмовидной и ободочной кишки во время глубокой скользящаей методической пальпации по методу Образцова - Стражеску. без особенностей.

Мочевыделительная система: без особенностей.

В клинике произведены лабораторно-инструментальные исследования:

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гемоглобин | 110г/л | Норма  130-170 г/л |
| Эритроциты | 4,4\* 10 12 /л | 3,7-4,7\*10 12 /л |
| Цветной показатель | 0,94 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты | 2,5\*10 9/л | 4-9 \*10 9/л |
| Палочкоядерные | 2% | 1-6% |
| Сегментоядерные | 61% | 45-70% |
| Эозинофилы | 1% | 0-5% |
| Лимфоциты | 34% | 18-40% |
| Моноциты | 2% | 2-9% |
| СОЭ | 25 мм/ч | 2-15 мм/ч |
| Тромбоциты | 264\*109 /л | 180-320\*109 /л |

Заключение: Показатели общего анализа крови соответствуют норме, кроме гемоглобина-110г/л (N=130-170г/л) и СОЭ-25мм/ч (N= 2-15мм/ч)

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество | 130,0 | Норма |
| Цвет | желтый. | Соломено-желтый. |
| Прозрачность | прозрачная. | прозрачная. |
| Плотность | 1010 | 1,020-1,026(в течение суток колеблется в широких пределах) |
| Белок | 0,047 | до 0,070 г/сут. |
| Сахар | нет. | Отсутствует, следы (не более 0, 02%) |
| Слизь | немного | нет |
| Эритроциты | 2 – 3 в п/зр. | Единичные в п/зр. |
| Лейкоциты | 3 -4 в п/зр | 0-4 в п/зр. |
| Цилиндр | единичные в п/зр. | отсутствуют |
| Эпителий | пузырный 3 – 5 в п / зр. | 1 – 3 в п / зр. |
| Соли | нет. | нет. |
| рН | 5,5 | 4,5-7,0 |

Заключение: Показатели общего анализа мочи соответствуют норме.

Биохимический анализ крови. (10.03.2007)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Билирубин: общий | 15,7 мкмоль/ л. | Норма 8,5-20,5 мкмоль/ л. |
| Билирубин: прямой | 4,3 мкмоль/ л. | 0-5,1 мкмоль/ л. |
| Билирубин: не прямой | 11,4 мкмоль/ | 8,5-20,5 |
| АСТ | 0,31 ммоль/ (ч \*л). | 0,1-0,45 ммоль/ (ч \*л). |
| АЛТ | 0,37 ммоль/ (ч \*л) | 0,1-0,68 ммоль/ (ч \*л) |
| Общий белок | 75 г/л. | 65-85 г/л. |
| Альбумины | 47г/л | 40-50 г/л |
| Холестерин | 3,6 ммоль/л | 3,11-6,48 ммоль/л |
| Бетта-липопротеиды | 5,3 г/л | 3,5 – 5,5 г/л |
| Щелочная фосфатаза | 84 ед/л. | 80-90 ед/л. |
| Остаточный азот | 18 ммоль/л. | 14,3-25,0 ммоль/л. |
| Мочевина | 3,2 ммоль/л | 3,3-6,6 ммоль/л |
| Креатинин | 100 мкмоль/л. | 76,3-114,5 мкмоль/л. |
| Глюкоза | 3,8 ммоль/л. | 3,5-5,5 ммоль/л. |

Заключение: Показатели биохимического анализа крови соответствуют норме Кал на яйца гельминтов: яйца глист не обнаружены ( норма).

Копрограмма:

1. форма - кашицеобразная
2. запах - кислый
3. цвет - коричневый
4. слизь - +/-
5. кровь –
6. реакция-0,7
7. реакция на скрытую кровь+
8. остатки непереваренной пищи -
9. мышечные волокна: с поперечной исчерченностью +,
10. без поперечной исчерченности +/-
11. Детрит +++
12. нейтральный жир +/-
13. клетчатка растительная переваренная +
14. крахмал -
15. кристаллы -
16. эпителий – 2-3 в поле зрения
17. лейкоциты 3-5-7 в поле зрения.

Заключение: выявленные изменения в копрограмме характерны для хронического воспалительного процесса в дистальных отделах кишечника.

УЗИ органов брюшной полости:

Печень: контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, правая доля 81 мм, левая доля 41 мм (N=84х42).’Поджелудочная железа: контуры ровные, эхогенность не усилена, вирсунгов проток N.

Селезенка: контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, селезеночная вена N.

Мочевой пузырь: контуры N Желчный пузырь: резко увеличен, стенки не уплотнены. В просвети сгустки желчи, пристеночный осадок. S-2432мм2, после приема желчегонного завтрака S-2131мм2, желчный пузырь резко гипотоничен,резко гипокинетичен.

Ректороманоскопия Заключение: отек и гиперемия слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишок; сосудистый рисунок характерный для нормальной слизистой оболочки толстой кишки -отсутствует; гаустрация толстой кишки - отсутствует.

План лечения.

* Режим полупостельный
* Диета № 4. Пища должна быть свежеприготовленной, механически, химически щадящей, с повышенным количеством белков, ограничением углеводов, и исключением продуктов, богатых клетчаткой, пряностей, острых , соленых, копченых, жареных блюд, цельного молока. Через 3-5 дней диету постепенно расширяют ( стол 4Б, затем 4В) и назначают ее на 4-6 недель. В дальнейшем переходя на общий стол, но исключают индивидуально непереносимые продукты.
* Этиологическое лечение:

сульфасалазин — 6 г в сутки; 3 раза в день после еды;

салазопиридазин по 2 г в сутки. Курс лечения — 3—4 недели;

фталазол — 6—8 г в сут;

* Патогенетическое лечение:

Витаминотерапия - показаны витамины группы В ( В1, В6, В12), фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамины А, Е, Д.

Ферментотерапия: для улучшения процессов пищеварения при диарее:

Фестал-3 раза в день после еды.

При болях и спазмах - но-шпу, папаверин.

При поносе - танальбин.

* В период ремиссии рекомендуется принимать отвары из лекарственных трав (зверобоя, ромашки, шалфея, подорожника и др). При наклонности к запору - принимать кору крушины.
* Рекомендуются физиотерапевтические процедуры - аппликации парафина на живот, озокерита, электрофорез лекарственных веществ.

Диспансерное наблюдение

Группа здоровья 111,физкультурная группа – подготовительная. Консультация гастроэнтеролога и контрольные анализы крови и мочи проводятся раз в месяц. В период ремиссии рекомендуется принимать отвары из лекарственных трав (зверобоя,ромашки, шалфея, подорожника и др)

Прогноз

Для жизни – благоприятный. Для болезни: Первично, около 25% пациентов имеют поражение по типу язвенного проктита, только у 15% больных имеется клиника правостороннего или тотального колита. При продолжительности заболевания более 10 лет более 30% пациентов имеют клинику тотального колита. У 25% больных не удается достигнуть стойкой ремиссии, развиваются тяжелые осложнения и они нуждаются в хирургическом лечении через 5-10 лет от начала заболевания. Около 5% больных погибают в течение 1 года заболевания

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исаева Л.А. ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ М. Медицина 1994 г.
2. Мазурин А.В.ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ М. Медицина 1991 г.
3. Шелагуров А.А. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ М. Медицина 1975 г.
4. Справочник ВИДАЛ АОЗТ М. АстраФармСервис 1998 г.
5. проф. Бжасо К.И., зав. каф. детских болезней Соболева Н.Г. Материалы лекций
6. Шабалов Н.П. ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ М. Медицина 1997 г.
7. Э. Карпель-Фрониус “Педиатрия” 1983г. Будапешт.
8. П.Н. Гудзенко, И.И. Руднева “Детские болезни” 1986, Киев: Высшая школа.
9. Пропедевтика детских болезней. Капитан Т.В. Винница: ГПГКФ.2003. –768с.
10. Энциклопедия клинического исследования больного: пер. с англ.//М.: ГЕОТАР Медицина, 1997.
11. Методическое пособие к курсовой работе по пропедевтике для студентов 4-го курса факультета фундаментальной медицины. Проф. Коренев Н. М. 2007г.