# Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней №1

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Никулина С.В.

 Преподаватель: к.м.н., доцент Николаева Л.В.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О. больной: Л.

Клинический диагноз: Язвенный колит, левосторонний, впервые выявленный, средне-тяжёлая атака.



Куратор: студентка 405 группы

лечебного факультета

Славщик Алёна Олеговна

Дата курации: 29.11. - 05.12.2018г.

Красноярск, 2018

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О: Л.
2. Пол: женский
3. Возраст: n лет
4. Национальность: русская
5. Образование: -
6. Профессия: -
7. Место работы: не работает
8. Адрес постоянного места жительства: -
9. Полис обязательного медицинского страхования: имеется
10. Дата, время поступления: 28.11.2018, 09:25
11. Направлена: Красноярская межрайонная больница №2
12. Диагноз при направлении: Язвенный (хронический) ректосигмоидит
13. Диагноз при поступлении: Неспецифический язвенный колит, левостороннее поражение, обострение средней степени тяжести
14. Диагноз клинический: Язвенный колит, левосторонний, впервые выявленный, средне-тяжёлая атака.
15. Дата курации: 29.11. - 05.12.2018г.

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

На жидкий кашицеобразный стул с остатками непереваренной пищи и прожилками алой крови до 15 раз в день, наличие ложных и императивных позывов к дефекации, плеск и урчание в животе, слабость, сонливость.

**ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ**

На жидкий кашицеобразный стул с прожилками крови до 7 раз в день, плеск и урчание в животе, сонливость.

**ANAMNESIS MORBI**

Заболела остро, считает себя больной с сентября 2018 года, когда впервые появились слабость, жидкий стул с прожилками алой крови и остатками непереваренной пищи до 15 раз в день.

Болезнь связывает с перенесённым в августе 2018 стрессом. Наследственность отягощена: бабушка пациентки умерла в возрасте 42 лет по причине заболевания кишечника. Самостоятельно принимала пробиотики, улучшения состояния не наблюдалось.

Ранее обращалась к проктологу, после проведённого пальцевого обследования и осмотра ректоскопом поставлен диагноз геморрой, назначено лечение сульфасалазином, микроклизмами с гидрокортизоном. На фоне проводимой терапии состояние осталось без изменений.

28.11.2018 госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение КГБУЗ КМКБ №20 им. И. С. Берзона, где по результатам колоноскопии с биопсией был установлен диагноз язвенный колит с поражением левых отделов толстой кишки. В настоящее время пациентка проходит курс обследования и лечения в стационаре.

**ANAMNESIS VITAE**

Родилась в городе Красноярске в полной семье. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ не чаще 1 раза в год, ветряную оспу. Имеет отягощённый семейный анамнез: бабушка пациентки умерла в 42 года от заболевания кишечника. Травм, гемотрансфузий не было.

В настоящее время не работает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Регулярно питается домашней пищей. Вредные привычки отрицает. Перенесённые заболевания: ОРВИ. ВИЧ, гепатиты, ИППП отрицает. Сахарный диабет, гипертоническую болезнь, бронхиальную астму у себя и близких родственников отрицает.

Mensis с 16 лет, нерегулярные. В анамнезе Кесарево сечение в 2003 году.

Аллергологический анамнез не отягощён.

 **STATUS PRAESENS**

**Общий вид больного**: сознание ясное, положение активное, состояние средней тяжести. Выражение лица обычное, шея обычной формы.

Рост – 158 см.

Вес – 59 кг.

ИМТ - 23,6

Температура тела – 36,8˚.

**Кожные покровы и придатки кожи:** чистые, умеренно влажные, обычного цвета, тургор кожи сохранен.

**Слизистые оболочки:** видимые слизистые оболочки чистые. Язык влажный со светлым налетом.

**Подкожная** **клетчатка:** развитие подкожно-жирового слоя умеренное.

**Лимфатические узлы**: подчелюстные, шейные, затылочные, подмышечные, локтевые, паховые не увеличены, пальпация безболезнена.

**Костно-мышечная система:** костно-мышечный аппарат без видимых патологий, мышечный тонус умеренный, болезненность мышц при пальпации не наблюдается.

Суставы обычной конфигурации, гиперемии кожи, местного повышения температуры в области суставов нет. Движения активные и пассивные в полном объеме. Болезненности при пальпации не наблюдается.

**Нервная система и органы чувств:**

Обоняние, вкус и слух не изменены.

Реакция зрачков на свет не нарушена, подвижность глазных яблок не изменена. Аккомодация без нарушений. Величина зрачков без изменений. Косоглазие и нистагм не выявлены.

Вестибулярный аппарат, координация движений не нарушены. Судороги, непроизвольные дрожания отсутствуют. Дермографизм в норме – бледно-розовая линия исчезает в течение 1 минуты. Ригидности затылочных мышц нет.

**Органы дыхания:**

Затрудненности дыхания через нос нет. Крылья носа в акте дыхания не участвуют.

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носа не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют, обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух не отмечается. Голос громкий, чистый.

***Осмотр грудной клетки:*** Грудная клетка цилиндрической формы. Левая и правая половины грудной клети симметричны, выбуханий и западений нет, ключицы и лопатки расположены на одном уровне. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Вспомогательные мышцы не принимают участие в акте дыхания. Над- и подключичные ямки выражены одинаково хорошо с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной стенке. Ширина межреберных промежутков в норме. Эпигастральный угол составляет 90°. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания - 16 в минуту. Ритм дыхания правильный.

***Пальпация грудной клетки:*** пальпация грудной клетки безболезненная. Резистентность и эластичность грудной клетки в норме, голосовое дрожание проводится одинаково и не изменено с обеих сторон. Трение плевры пальпаторно не ощущается.

***Перкуссия грудной клетки:***

Сравнительная перкуссия: при перкуссии лёгких в симметричных участках грудной клетки отмечается ясный лёгочный звук.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Справа | Слева |
| Спереди | 3 см выше уровня ключицы | 3 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига: 6 см. для левого легкого, 5 см. для правого.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| linea parasternalis | V межреберье | - |
| linea medioclavicularis | VI ребро | - |
| linea axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| linea axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| linea axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| linea scapularis | X ребро | X ребро |
| linea paravertebralis | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | слева |
| На вдох | На выдох | сумма | На вдох | На выдох | сумма |
| linea medioclavicularis | 3 см | 3 см | 6 см | - | - | - |
| linea axillaris media | 4 см | 4 см | 8 см | 4 см | 4 см | 8 см |
| linea scapularis | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |

Пространство Траубе сохранено.

При аускультации над легкими в симметричных участках определяется везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково и не изменена над симметричными участками грудной клетки с обеих сторон.

**Сердечно-сосудистая система:**

***Осмотр:*** При осмотре области сердца деформации не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и яремной ямки не визуализируется.

***Пальпация:*** Сердечный толчок, пресистолическое дрожание («кошачье мурлыканье»), систолическое дрожание, а также шум трения перикарда при пальпации прекардиальной области не выявлены.

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный (5 кв. см.). Пульсация в эпигастральной области умеренная.

***Перкуссия сердца:***

Границы относительной сердечной тупости

|  |
| --- |
| Границы относительной сердечной тупости |
| Правая | По правому краю грудины |
| Левая | V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | На уровне верхнего края III ребра, на 1 см кнаружи от левого края грудины |
| Поперечник сердца | справа в 1V м/р 3+ слева в 1V м/р 11=14 см |
| Конфигурация сердца | Не изменена |
| Границы абсолютной сердечной тупости |
| Правая | По левому краю грудины |
| Левая | На 2,5 см кнутри от левой границы ОСТ |
| Верхняя | На уровне IV ребра |
| Ширина сосудистого пучка | 5 см, совпадает с краями грудины, во II межреберье |

***Аускультация сердца:***

При аускультации в пяти классических точках выслушиваются 2 тона: I тон лучше выслушивается на верхушке сердца, 2 тон – на основании. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС-76 в минуту. I тон ослаблен на верхушке сердца.

Патологических шумов, дополнительных тонов не выслушивается. Шум трения плевры и перикарда отсутствует.

***Исследование сосудов:***

Пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных, задних большеберцовых артерий сохранена. При пальпации стенки мягкие и эластичные. Пульс симметричный на правой и левой лучевых артериях – 76 ударов в минуту, ритмичный, правильный, твёрдый, удовлетворительного напряжения и наполнения. Дефицит пульса отсутствует. Симптом Савельева-Попова отрицательный. Капиллярный пульс не определяется.

АД на правой руке 114/80 мм рт.ст.

При аускультации сонных, бедренных артерий и брюшной аорты шумы не выслушиваются.

При осмотре вен нижних конечностей обнаружены расширенные вены на правой нижней конечности, при пальпации вены эластической консистенции, безболезненные.

**Органы пищеварения:**

Аппетит сохранён. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное. Перистальтика кишечника регулярная. Запах изо рта отсутствует. При осмотре губы розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет.

При осмотре полости рта слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Десны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Язык обычной величины и формы, расположен по средней линии, розовой окраски, влажный, у корня обложен белым налётом. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены хорошо. Зев не гиперемирован. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не увеличены, слизистая розового цвета, налетов и гнойных пробок нет.

При осмотре живот округлой формы, не вздут. Участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых выпячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной и паховой области при глубоком дыхании и при натуживании не обнаруживается.

***Ориентировочная поверхностная пальпация живота:*** живот мягкий, безболезненный, чувствительный в левой подвздошной области, защитного напряжения передней брюшной стенки не выявляется. При исследовании грыжевых выпячиваний не отмечается. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

***Глубокая скользящая методическая пальпация по Образцову-Стражеско:*** в левой подвздошной области пальпаторно обнаруживается сигмовидная кишка в виде плотного гладкого умеренно болезненного цилиндра эластической консистенции толщиной около 2 см, без урчания. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка: мягкая, подвижная, безболезненная, не урчит. Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого, безболезненного валика на 2 см выше пупка. Другие отделы кишечника и желудок пальпаторно не обнаруживаются. Нижняя граница желудка обнаруживается на 2 см выше пупка при пальпаторной аускультации.

Ориентировочная перкуссия живота: отмечается тимпанит. Асцита нет. Шум плеска не выявлен. Печеночная тупость сохранена.

***Печень и желчный пузырь:***

Пальпация: печень пальпируется по краю реберной дуги, безболезненная. Передненижний край печени закруглен, мягко - эластической консистенции, гладкий. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье отрицательный, симптом Ортнера, френикус симптом отрицательный. Болезненность в точке Кера и зоне Шоффара отсутствует.

Пальпация: Размеры печени по Курлову:

По правой среднеключичной линии - 9 см

По передней срединной линии - 8 см

По левой реберной дуге - 7 см

***Селезенка:***

Пальпация: пальпаторно не определяется

Перкуссия: перкуторно расположена в области X ребра, длинник составляет 6 см, поперечник – 4 см.

Аускультация живота: выслушиваются характерные перистальтические кишечные шумы. Патологических кишечных шумов нет, шум трения брюшины отсутствует.

**Органы мочевыделения:**

при осмотре поясничной области припухлостей не обнаружено, выбухания нет, гиперемии кожи не наблюдается.

Пальпация: Почки не пальпируется, болезненности нет. Симптом XII ребра отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, при перкуссии выявляется тимпанический перкуторный звук.

**Эндокринная система:**

Нарушения роста и телосложения отсутствуют, пропорциональность отдельных частей тела в норме. Состояние кожи без патологий. Отмечается избыточная масса тела.

Молочные железы развиты соответственно полу и возрасту, кожные покровы в удовлетворительном состоянии, локального отёка, втяжений нет. Пигментация вокруг соска и ареолы буроватая. Железы симметричны. Эрозии, язвы, деформация желёз отсутствуют.

Щитовидная железа не увеличена, визуально не определяется, пальпация безболезненна.

Глазные симптомы: экзофтальм не наблюдается, симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага, Краузе отрицательны.

Вторичные половые признаки, физическое и умственное развитие соответствуют возрастной норме.

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ**

**ЖАЛОБЫ**

При поступлении: На жидкий кашицеобразный стул с остатками непереваренной пищи и прожилками алой крови до 15 раз в день, наличие ложных и императивных позывов к дефекации, плеск и урчание в животе, слабость, сонливость.

На момент курации: На жидкий кашицеобразный стул с прожилками крови до 7 раз в день, плеск и урчание в животе, сонливость.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)**

Заболела остро, считает себя больной с сентября 2018 года, когда впервые появились слабость, жидкий стул с прожилками алой крови и остатками непереваренной пищи до 15 раз в день.

Болезнь связывает с перенесённым в августе 2018 стрессом. Наследственность отягощена: бабушка пациентки умерла в возрасте 42 лет по причине заболевания кишечника. Самостоятельно принимала пробиотики, улучшения состояния не наблюдалось.

Ранее обращалась к проктологу, после проведённого пальцевого обследования и осмотра ректоскопом поставлен диагноз геморрой, назначено лечение сульфасалазином, микроклизмами с гидрокортизоном. На фоне проводимой терапии состояние осталось без изменений.

28.11.2018 госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение КГБУЗ КМКБ №20 им. И. С. Берзона, где по результатам колоноскопии с биопсией был установлен диагноз язвенный колит с поражением левых отделов толстой кишки. В настоящее время пациентка проходит курс обследования и лечения в стационаре.

**ВЕДУЩИЕ СИНДРОМЫ**

Учитывая жалобы, данные анамнеза, клинического и лабораторно-инструментального обследования у больной можно выделить следующие клинические синдромы:

1. **Синдром кишечного кровотечения** (прожилки алой крови в стуле)

2. **Синдром кишечной диспепсии** (плеск, урчание в животе, жидкий кашицеобразный стул до 15 раз в день);

3. **Синдром мальдигестии** (наличие остатков непереваренной пищи в стуле);

4. **Синдром нарушенной моторной функции толстой кишки** (по типу гипермоторного расстройства – частый жидкий стул);

5. **Интоксикационный синдром** (слабость, сонливость);

**ДИАГНОЗ СТАЦИОНАРНЫЙ**

Учитывая клинические синдромы, данные дополнительных методов обследования, у больной диагностируется:

**Язвенный колит, левосторонний, впервые выявленный, средне-тяжёлая атака.**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

1. **Бактериальные энтериты.** Для проведения дифференциальной диагностики с этой группой заболеваний необходимо бактериологическое исследование.
2. **Амёбная дизентерия.** Для постановки правильного диагноза требуется проведение исследования на наличие трофозоитов (вегетативных форм амёб) в кале или определение соответствующих антител в сыворотке крови иммунологическими методами.
3. **Антибиотикоассоциированный колит.** Ведущую роль имеют изучение анамнеза заболевания (связь с проводимой или предшествующей антибиотикотерапией) и результаты исследования кала на токсин С. difficile.
4. **Ишемический колит.** Необходим тщательный сбор анамнеза (особое значение имеют возраст больного, наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, проведенных ранее операций на мезентериальных сосудах).
5. **Лимфоцитарный и коллагеновый колиты.** При постановке диагноза (помимо особенностей клинической картины и отсутствия визуально определяемых изменений слизистой оболочки кишечника) ведущее значение имеет гистологическое изучение биопсийного материала. При лимфоцитарном колите обнаруживается значительное число межэпителиальных лимфоцитов. При коллагеновом колите выявляется субэпителиальное гомогенное отложение коллагеновых волокон.
6. **Болезнь Крона.** При дифференциальной диагностике необходимо оценивать всю сумму клинических и параклинических критериев, учитывать локализацию поражения, изменения стенки кишки, глубину проникновения воспалительных изменений в стенку, наличие гранулём, спаек, поражения других отделов ЖКТ.

|  |  |
| --- | --- |
| **План лечения:**Диета: стол № 4Режим: стационарныйTabl. Pancreatini 10 000MEВнутрь по 2 таблетки во время еды 3 р/сутСap. Omeprazoli 0,02Внутрь по 1 капс. за 30 минут до еды 2 р/сутTabl. Sulfasalazini 0,5Внутрь по 2 таблетки после еды 4 р/сутTabl. Ac. Folici 0,1Внутрь по 1 таблетке после еды 3 р/сутSol. Metronidazoli 100,0 ml3 р/сут в/в капельно N7Sol. Acesoli 400 mlв/в капельно 1 р/сутCaps. Enteroli 0,25Внутрь по 1 таблетке за час до еды 2 р/сут | **План обследования:**Группа кровиRh-факторRW, ВИЧ, HbS, HСVРазвёрнутый анализ крови (+тромбоциты)Б/х анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, тимоловая проба, холестерин, липопротеин В, общий белок, альбумины, глюкоза, мочевина, креатинин, амилаза, ГГТП, СРБ, К, NаКоагулологическое исследованиеIg, ЦИКОбщий анализ мочиКопрограммаЭКГФГСУЗИ органов брюшной полостиКолоноскопия с биопсией ткани толстой кишки |

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (лабораторные и инструментальные)**

1. **Группа крови и Rh-фактор: В (III) +**
2. **RW, ВИЧ, HbS, HСV - отрицательно**
3. **Гематологическое исследование от 29.11.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** | **Норма** |
| СОЭ | **24** мм/час | 2-15 |
| Лейкоциты | **9,7 \***109/л | 4,00-9,00 |
| Эритроциты | 4,78 **\***1012/л | 3,90-5,0 |
| Гемоглобин | 132 г/л | 120-160 |
| Гематокрит | 39,700 | 36.000-48.000 |
| Средн. объем эритроцитов | 83,0 фл | 80,0-95,0 |
| Средн. содерж. Hb в эрит. | 27.7 пг | 27,0-31,0 |
| Средн. конц. Hb в эритр. | 334 г/л | 300-380 |
| Тромбоциты | **452\*** **109**/л | 180-360 |
| Тромбокрит | 0.300 | 0,150-0,400 |
| П/я нейтрофилы | 4,0% | 1,0-6,0 |
| С/я нейтрофилы | 61,0% | 45,0-72,0 |
| Лимфоциты | 29,1% | 19,00-37,00 |
| Моноциты | 6,0% | 3,00-11,00 |
| Эозинофилы | 1,0% | 0,0-5,00 |
| Базофилы | 1,0% | 0,00-1,00 |

**Заключение:** В гематологическом исследовании определяется повышение СОЭ до 24 мм/ч, лейкоцитоз до 9,7 **\***109/л, тромбоцитоз до 452\* 109/л, что указывает на воспалительный процесс.

1. **Биохимическое исследование крови от 29.11.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** | **Норма** |
| Общий белок | 66 г/л | 66,00-83,00 |
| Альбумины | 43,1 г/л | 35-52 |
| Мочевина | **2,6 ммоль/л** | 2,8-8,3 |
| Креатинин | 50 мкмоль/л | 45-84 |
| Глюкоза | 5,2 ммоль/л | 4,1-5,9 |
| АСТ | 20 Ед/л | 1-35 |
| АЛТ | 20 Ед/л | 1-35 |
| Билирубин общий | 6,2 мкмоль/л | 5,0-21,0 |
| Билирубин прямой | **0,8** мкмоль/л | 1,0-3,4 |
| Холестерин общий | **5,8** ммоль/л | 3,6-5,2 |
| Амилаза | 78 Ед/л | 30-120 |
| Тимоловая проба | 1 | 0-4 |
| ГГТП | 12 Ед/л | 1-38 |
| В-ЛП | **6,1** г/л | 3-4,5 г/л |
| СРБ | 8,11 мг/л | 0-10 |
| Na | 142 | 135-155 |
| K | 4,6 | 3,4-5,3 |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови определяется снижение уровня мочевины до 2,6 ммоль/л, прямого билирубина до 0,8 мкмоль/л, повышение общего холестерина до 5,8 ммоль/л, В-липопротеидов до 6,1 г/л. Данные изменения могут свидетельствовать о нарушениях белкового и липидного обмена, возникающих вследствие недостаточности пищеварения и развития воспалительного процесса.

1. **Коагулологические исследования от 29.11.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** | **Норма** |
| Ортофенантролиновый тест | **15,0** мг/100 мл | 0,0-3,5 |
| Фибриноген | **5,68** г/л | 2,00-4,00 |
| АЧТВ | **27,1** сек | 30,5 |
| Протромб. время | 14,5сек | 14,9 |
| Протромб. индекс | 102,0% | 80,0-130,0 |

**Заключение:** в данном исследовании повышены показатели ортофенантролинового теста до 15,0 мг/100 мл, фибриногена до 5,68 г/л, показатель АЧТВ снижен до 27,1 сек, что свидетельствует об активации свёртывающей системы крови в ответ на наличие воспаления и источника хронической кровопотери в организме.

1. **ЦИК от 29.11.18**

**Заключение:** ЦИК повышены до **158,0** у.е. (0-120,0), что свидетельствует о наличии иммунного воспаления и реакции гиперчувствительности.

1. **Определение Ig от 29.11.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ig** | **Результаты** | **Норма** |
| А | 1,6 г/л | 1,4-4,2 |
| M | **0,5** г/л | 0,8-2,0 |
| G | 9,8 г/л | 8,0-16,0 |

**Заключение:** Данное исследование выявило понижение сожержания IgМ, что может говорить об ослаблении иммунитета.

1. **Анализ мочи общий от 29.11.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результат** | **Норма** |
| Количество | 60 мл |  |
| Цвет | Насыщенно-желтый |  |
| Прозрачность | Прозрачная |  |
| pH | 5,0 ед.pH | 5,0-7,0 |
| Удельный вес | 1010 мг/мл | 1010-1020 |
| Глюкоза | 0,00 |  |
| Белок | 0,061г/л | 0,040 – 0,110 |

**Микроскопия осадка мочи:**

Эпителий плоский 3-5 п/з

Лейкоциты 8-10 в п/зр;

Эритроциты измененные 3-5 п/з

Слизь +.

**Заключение:** В осадке мочи повышено содержание эритроцитов и лейкоцитов, также присутствует слизь. Данные изменения могут указывать на воспалительный процесс.

1. **Копрологическое исследование от 29.11.18**

Макроскопическое исследование:

Консистенция: кашицеобразная

Цвет: коричневый

Микроскопическое исследование:

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** |
| Мышечные волокна без исчерченности | + |
| Растительная клетчатка переваренная | ++ |
| Растительная клетчатка непереваренная | ++ |
| Крахмал внутриклеточный | ++ |
| Крахмал внеклеточный | +++ |
| Нейтральный жир | ++ |
| Жирные кислоты | ++ |
| Лейкоциты | 10-12, в слизи в значительном количестве |
| Эритроциты изменённые | 20-25 |
| Эритроциты неизменённые | 18-20 |
| Слизь | ++ |
| Дрожжевые клетки | +++ |
| Цисты простейших | Не обнаружено |
| Яйца гельминтов | Не обнаружено |

**Заключение:** Данный анализ выявил наличие мышечных волокон, нейтрального жира, крахмала, дрожжевых клеток, слизи, значительного количества лейкоцитов и эритроцитов в кале, что свидетельствует о нарушении переваривания и всасывания пищи.

1. **ЭКГ от 29.11.18**

Ритм синусовый, ЧСС=80 уд/мин.

**Заключение**: Умеренные метаболические изменения в миокарде.

1. **УЗИ органов брюшной полости от 29.11.18**

**Печень**

Размеры: правая КВР 148 мм (N до 150 мм)

Толщина левой доли 54 мм (N до 100 мм)

Левая ККР 79 мм (N до 100 мм).

Контур чёткий, ровный, структура однородная, дополнительные образования не выявлены. Внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен. Диаметр воротной вены 7 мм (N 9-14 мм). Размер нижней полой вены 16 мм.

**Желчный пузырь**

Размеры 69\*25 мм.

Расположение обычное, форма грушевидная, перетяжка в шейке, теле. Стенки не утолщены. Просвет с эховзвесью.

**Поджелудочная железа**

Контур чёткий, ровный.

Размеры: головка 19 мм (N до 31 мм), тело 18 мм (N до 20 мм), хвост 23 мм (N до 31 мм).

Структура однородная, дополнительные образования не выявлены. Вирсунгов проток не расширен. Селезёночная вена в области тела диаметром 5 мм.

**Селезёнка**

 Контур чёткий, ровный.

Размеры 93\*39 мм (N 120\*55 мм).

Структура однородная. Селезёночная вена в области ворот 4 мм. Лимфатические узлы не визуализируются. Жидкость в брюшной полости не визуализируется

**Заключение**: Эхо-взвесь, перетяжки в просвете желчного пузыря.

1. **Колоноскопия от 16.11.18.**

Осмотр до: терминального отдела подвздошной кишки

Подготовка кишки по Бостонской шкале: 3

Тонус кишки: атония

Перистальтика: нет

**Терминальный отдел подвздошной кишки**

Просвет: проходим

Слизистая: цвет розовый, отёчности нет, сосудистый рисунок чёткий, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки контурируются, дивертикулов нет, эрозий нет, язв нет.

**Слепая кишка**

Слизистая: цвет розовый, отёчности нет, сосудистый рисунок чёткий, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки контурируются, дивертикулов нет, эрозий нет, язв нет. Устье аппендикса визуализируется, форма щелевидная, смыкается полностью, проходим.

**Восходящая ободочная кишка**

Слизистая: цвет розовый, отёчности нет, сосудистый рисунок чёткий, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки контурируются, дивертикулов нет, эрозий нет, язв нет.

**Поперечно-ободочная кишка**

Слизистая гиперемирована, отёчность есть, сосудистый рисунок не просматривается, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки сглажены, дивертикулов нет, эрозии есть, язв нет.

**Нисходящая ободочная кишка**

Слизистая гиперемирована, отёчность есть, сосудистый рисунок размытый, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки сглажены, дивертикулов нет, эрозии есть, язв нет.

**Сигмовидная кишка**

Слизистая гиперемирована, отёчность есть, сосудистый рисунок не просматривается, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки сглажены, дивертикулов нет, эрозии есть, язв нет.

**Прямая кишка**

Слизистая гиперемирована, отёчность есть, сосудистый рисунок размытый, эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет, складки сглажены, дивертикулов нет, множественные поверхностные сливные эрозии с гематином или кровоточащие.

Со слизистой взята щипцовая биопсия (3 кусочка).

**Заключение:** эрозивный колит.

1. **Гистологическое исследование биопсийного материала от 16.11.18.**

**Макроскопическое описание:** 3 фрагмента ткани серого цвета, размером 0,2х0, 1х0, 1 см.

**Микроскопическое описание:** Фрагменты ткани слизистой оболочки толстой кишки с эрозиями покровного эпителия, фокусами активного воспаления, гиперплазией желёз, отёком и диффузным полиморфноклеточным инфильтратом в строме.

**Заключение:** Морфологическая картина может соответствовать неспецифическому язвенному колиту.

**ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Общее состояние | Назначения |
| 29.11.1809:30 | Жалобы: На жидкий кашицеобразный стул с прожилками крови, плеск и урчание в животе, сонливость.Общее состояние: средней степени тяжести.Дыхательная система: ЧДД 18/мин. Аускультативно: дыхание везикулярное проводится по всем полям, хрипов, крепитации нет. SpO2 96%.ССС: область сердца не изменена, ЧСС 72 уд/мин. АД 114/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шум не определяется.ЖКТ: живот при пальпации мягкий, чувствительный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень при пальпации не увеличена. Селезенка при пальпации не определяется.Физиологические отправления: диурез достаточный, стул жидкий с примесью слизи и крови, утром был один раз, ночью не было. Отёков нет.  | 1. Диета: стол № 4
2. Режим: стационарный
3. Tabl. Pancreatini 10 000ME

Внутрь по 2 таблетки во время еды 3 р/сут1. Сap. Omeprazoli 0,02

Внутрь по 1 капс. за 30 минут до еды 2 р/сут1. Tabl. Sulfasalazini 0,5

Внутрь по 2 таблетки после еды 4 р/сут1. Tabl. Ac. Folici 0,1

Внутрь по 1 таблетке после еды 3 р/сут1. Sol. Metronidazoli 100,0 ml

3 р/сут в/в капельно N71. Sol. Acesoli 400 ml

в/в капельно 1 р/сут1. Caps. Enteroli 0,25

Внутрь по 1 таблетке за час до еды 2 р/сут |
| 30.11.1809:40 | Жалобы: На жидкий кашицеобразный стул с прожилками крови, плеск и урчание в животе, сонливость.Общее состояние: средней степени тяжести.Дыхательная система: ЧДД 17/мин. Аускультативно: дыхание везикулярное проводится по всем полям, хрипов, крепитации нет. SpO2 97%.ССС: область сердца не изменена, ЧСС 72 уд/мин. АД 118/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шум не определяется.ЖКТ: живот при пальпации мягкий, чувствительный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень при пальпации не увеличена. Селезенка при пальпации не определяется.Физиологические отправления: диурез достаточный, стул жидкий с примесью слизи и каплями крови в конце акта дефекации, утром был дважды. Отёков нет.  | 1. Диета: стол № 4
2. Режим: стационарный
3. Tabl. Pancreatini 10 000ME

Внутрь по 2 таблетки во время еды 3 р/сут1. Сap. Omeprazoli 0,02

Внутрь по 1 капс. за 30 минут до еды 2 р/сут1. Tabl. Sulfasalazini 0,5

Внутрь по 2 таблетки после еды 4 р/сут1. Tabl. Ac. Folici 0,1

Внутрь по 1 таблетке после еды 3 р/сут1. Sol. Metronidazoli 100,0 ml

3 р/сут в/в капельно N71. Sol. Acesoli 400 ml

в/в капельно 1 р/сут1. Caps. Enteroli 0,25

Внутрь по 1 таблетке за час до еды 2 р/сут. |
| 03.12.1809:30 | Жалобы: На фоне терапии отмечает улучшение состояния, жалуется на жидкий стул с примесью слизи, без крови.Общее состояние: средней степени тяжести.Дыхательная система: ЧДД 16/мин. Аускультативно: дыхание везикулярное проводится по всем полям, хрипов, крепитации нет. SpO2 98%.ССС: область сердца не изменена, ЧСС 72 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шум не определяется.ЖКТ: живот при пальпации мягкий, чувствительный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень при пальпации не увеличена. Селезенка при пальпации не определяется.Физиологические отправления: диурез достаточный, стул жидкий с примесью слизи, утром был один раз. Отёков нет.  | 1. Диета: стол № 4
2. Режим: стационарный
3. Tabl. Pancreatini 10 000ME

Внутрь по 2 таблетки во время еды 3 р/сут1. Сap. Omeprazoli 0,02

Внутрь по 1 капс. за 30 минут до еды 2 р/сут1. Tabl. Sulfasalazini 0,5

Внутрь по 2 таблетки после еды 4 р/сут1. Tabl. Ac. Folici 0,1

Внутрь по 1 таблетке после еды 3 р/сут1. Sol. Metronidazoli 100,0 ml

3 р/сут в/в капельно N71. Sol. Acesoli 400 ml

в/в капельно 1 р/сут1. Caps. Enteroli 0,25

Внутрь по 1 таблетке за час до еды 2 р/сут |

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больная Л., n лет, находится на стационарном лечении в КГБУЗ КМКБ №20 в отделении гастроэнтерологии с 28.11.19 г. с диагнозом: Язвенный колит, левосторонний, впервые выявленный, средне-тяжёлая атака.

Поступила с жалобами на жидкий кашицеобразный стул с остатками непереваренной пищи и прожилками алой крови до 15 раз в день, наличие ложных и императивных позывов к дефекации, плеск и урчание в животе, слабость, сонливость.

Ведущие синдромы:

1. **Синдром кишечного кровотечения** (прожилки алой крови в стуле)

2. **Синдром кишечной диспепсии** (плеск, урчание в животе, жидкий кашицеобразный стул до 15 раз в день);

3. **Синдром мальдигестии** (наличие остатков непереваренной пищи в стуле);

4. **Синдром нарушенной моторной функции толстой кишки** (по типу гипермоторного расстройства – частый жидкий стул);

5. **Синдром эрозивного повреждения толстой кишки** (наличие эрозий в поперечно-ободочной, нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишках по данным колоноскопии)

6. **Копрологический синдром** (обнаружение мышечных волокон, крахмала, нейтрального жира, дрожжевых клеток, слизи при копрологическом исследовании)

5. **Интоксикационный синдром** (слабость, сонливость)**;**

Из данных анамнеза: заболела остро, считает себя больной с сентября 2018 года, когда впервые появились слабость, жидкий стул с прожилками алой крови и остатками непереваренной пищи до 15 раз в день.

Болезнь связывает с перенесённым в августе 2018 стрессом. Наследственность отягощена: бабушка пациентки умерла в возрасте 42 лет по причине заболевания кишечника. Самостоятельно принимала пробиотики, улучшения состояния не наблюдалось.

Ранее обращалась к проктологу, после проведённого пальцевого обследования и осмотра ректоскопом поставлен диагноз геморрой, назначено лечение сульфасалазином, микроклизмами с гидрокортизоном. На фоне проводимой терапии состояние осталось без изменений.

16.11.2018 в результате колоноскопии с биопсией были обнаружены множественные эрозии в поперечно-ободочной, нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишках. Такая картина соответствует эрозивному колиту. Морфологическая картина гистологического исследования биопсийного материала также подтверждает диагноз язвенного колита.

28.11.2018 госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение КГБУЗ КМКБ №20 им. И. С. Берзона, где по данным колоноскопии и биопсии был установлен диагноз язвенный колит с поражением левых отделов толстой кишки.

Был определен план обследования, в результате которого: в общем анализе крови - увеличение СОЭ до 24 мм/час, тромбоцитоз 452 109/л.

По биохимическим показателям гиперхолестеринемия (5,8 ммоль/л). Коагулологические показатели: РФМК повышены до 15,0 мг/100 мл, фибриноген повышен до 5,68 г/л, уменьшение АЧТВ до 27,1 сек.

В иммунологическом исследовании имеется повышение ЦИК до 158,0 у.е. и гипоиммуноглобулинемия во фракции М.

При проведении копрологического исследования в кале обнаружены мышечные волокна, крахмал, нейтральный жир, лейкоциты, слизь, изменённые и неизменённые эритроциты, дрожжевые клетки.

Из заключения УЗИ органов брюшной полости: Эхо-взвесь, перетяжки в просвете желчного пузыря.

Было назначено лечение фармакологическими препаратами (Омепразол, Панкреатин, Сульфасалазин, Фолиевая кислота, Метронидазол, Ацесоль, Энтерол). На фоне проводимой терапии наблюдается положительная динамика: урежение стула, прекращение кишечного кровотечения, уменьшение астении.

Рекомендовано продолжение назначенного лечения.