Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра клинической иммунологии и аллергологии

Заведующий кафедрой:

профессор А.С. Хабаров

Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Куратор: студентка 521группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

История болезни

Больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.лет.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хронический колит, обострение. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный со значительной обсемененностью Неlicobacter Рilori.

Сопутствующие заболевания: аднексит, цистит в стадии ремиссии.

Барнаул-2008г.

**Паспортные данные**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..)

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Семейное положение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления в больницу: 26.05.08г.

Диагноз при поступлении: Хронический колит. СРК?

Клинический диагноз:

Основное заболевание: хронический колит, стадия обострения. Хронический атрофический гастрит, ст. обострения.

Сопутствующие заболевания: аднексит, цистит в стадии ремиссии.

**Жалобы**

На момент поступления в стационар больная предъявляет жалобы на:

Боли в левой половине живота, опоясывающие;

Задержка стула

Вздутие живота

Снижение аппетита

Похудание

Слабость, недомогание.

**Детализация основных жалоб**

Боли в левой половине живота, опоясывающие, ноющие, постоянные, уменьшающиеся после опорожнения кишечника или после отхождения газов.

Задержка стула в течение 10 дней. Стул в виде «овечьего кала», без примеси слизи и крови.

Вздутие живота, возникающее после приема пищи и уменьшающееся после отхождения газов, бывают ложные позывы и чувство неполного опорожнения кишечника.

Снижение аппетита и похудание на 3 кг за последние 2 недели.

Слабость и недомогание, усиливающиеся к вечеру.

**Вывод:**

На основании предъявляемых жалоб больной (боли в левой половине живота, опоясывающего, постоянного, ноющего характера), можно выделить наличие у больной болевого синдрома; диспепсического синдрома (задержка стула, стул в виде «овечьего кала», вздутие живота, ложные позывы и чувство неполного опорожнения кишечника, снижение аппетита и веса) – из этого следует, что в патологический процесс вовлечена система органов пищеварения.

**Anamnesis morbi**

Больной считает себя с 2007 года, когда впервые появилось нарушение стула (частые запоры), больная принимала растительные слабительные, после чего стул нормализовался. Но при нарушении режима питания (больная любит кушать всухомятку), снова возникли запоры, вздутие живота, в связи, с чем больной снова приходилось принимать слабительные или делать клизмы. Затем начали появляться умеренные боли в левой половине живота, которые проходили после опорожнения кишечника или после отхождения газов. За помощью больная не обращалась. Пыталась соблюдать диету. Две недели назад вновь появилась интенсивная боль в левой половине живота, постоянная, уменьшающаяся незначительно после отхождения кала или отхождения газов, но совсем не проходила. Больная принимала баралгин, который ей не помогал. Ухудшение своего состояния связывает с нарушением режима питания (за неделю до возникновения больная питалась в сухомятку и чрезмерно). Была задержка стула в течение 10 дней, самостоятельно принимала слабительные и делала клизму, но стула так и не было. Больная вызвала скорую, ей был сделан анальгин с но-шпой и дана магнезия, после чего было однократное отхождение кала в виде «овечьего», уменьшилась боль, но осталось чувство неполного опорожнения кишечника. После приема пищи возникало вздутие живота, которое проходило после отхождения газов. Нарушился сон, (больная не могла спать из-за болей), пропал аппетит. Боль снова усилилась, больная обратилась за помощью к участковому терапевту и была, направлена в гастроэнтерологическое отделение с целью обследования, уточнения диагноза и лечения.

**Вывод:** на данных анамнеза заболевания можно проследить начало и клиническую картину заболевания и сделать вывод, что заболевание имеет хроническое течение и развивается постепенно; первое обострение связанно с нарушением режима питания.

**Anamnesis vitae**

Родилась 23.01.1950 года в г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Была первым ребенком в семье, есть младший брат. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. В детстве 1-2 раза в год болела простудными заболеваниями.

В настоящее время также живет в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. в благоустроенной квартире, социально-бытовые условия удовлетворительные. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные; Климакс с 50 лет.

Перенесенные заболевания: в детстве - тонзиллит (2-3 раза в год), бронхит 1 раз в год. Хронический гастрит с 1990 года. Острый цистит, острый аднексит в 2005 году. Травм и ранений не было.

Перенесенные операции:

В 1989 г.- аппендэктомия.

В 1990 г.- операция холецистэктомия.

Гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает у себя и у родственников.

Аллергологический анамнез: Со слов больной какой-либо аллергической реакции ни на пищевые продукты, ни на лекарственные препараты не наблюдается. В родословной наблюдается отягощенный наследственный анамнез по раку желудка - дядя и бабушка по материнской линии умерли от этой патологии.

**Вывод:** Исходя из анамнеза жизни, можно выделить следующие предрасполагающие факторы для развития патологии пищеварительной системы: психоэмоциональное перенапряжение, неправильное питание (питается нерегулярно и всухомятку), отягощенная наследственность (дядя, бабушка по материнской линии страдали раком желудка), а также из способствующих факторов можно отнести копростаз и очистительные клизмы, которые больная проводила самостоятельно.

**Status praesens communis**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Кожные покровы бледно-розовой окраски; кожа теплая, влажная. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна.

Органы дыхания:

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания грудной. Резистентность хорошая, голосовое дрожание не усилено. Болезненности не выявлена. При перкуссии отмечается ясный легочный звук над обеими легкими. ЧС=19 уд. в мин. Выслушивается везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Усиления бронхофонии нет.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу перефирических сосудов патологических отклонений и боли не обнаружено, так же не обнаружено патологических шумов, раздвоений и расщеплений тонов сердца. ЧСС=80 уд/мин. АД=120/80 мм.рт.столба.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: слизистая бледно розовая, язык обложен желтоватым налетом. Живот округлой формы, симметричен, в акте дыхания участвует, видимой перистальтики желудка и кишечника нет, ограниченного или диффузного выбухания в правом подреберье нет. Венозных коллатералей нет. По срединной линии живота виден рубец длиной 20 см, атрофичен, безболезненный (после холецистэктомии). В правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец длиной около 7 см. Рубец атрофичен безболезненный.

Поверхностная пальпация: температура и влажность кожи живота одинаковая на симметричных участках. При пальпации подкожно-жировой клетчатки уплотнений, новообразований, грыж нет. Отмечается умеренная болезненность и напряжение брюшных мышц в левой подвздошной области. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации выявлена плотная, умеренно болезненная сигмовидная кишка и нозхлдящая ободочная.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Нейроэндокринная система:

Движения скоординированы, сознание ясное, поведение адекватное. Слух и обоняние в норме. Зрачковый рефлекс в норме. Щитовидная железа умеренно увеличена, эластичной консистенции, узлов нет, безболезненна.

**Вывод:**

При объективном исследовании выявлено, что в патологический процесс вовлечена система органов пищеварения.

**Предварительный диагноз**

На основании предъявленных жалоб больной на: боли в левой половине живота, опоясывающие, ноющие, постоянные, уменьшающиеся после опорожнения кишечника или отхождения газов; задержка стула в течение 10 дней; стул в виде «овечьего кала», вздутие живота, возникающие после приема пищи и уменьшающиеся после отхождения газов; ложные позывы и чувство неполного опорожнения кишечника; снижение аппетита и веса, слабость, недомогание, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов пищеварения, с нарушением ее функции. Из анамнеза заболевания видно, то заболевание развивалось постепенно, носит хронический характер, первое обострение связано с нарушением питания. Из анамнеза жизни можно установить, что вызывающим фактором явилось нарушение питания, способствующим – нервно – эмоциональное перенапряжение, предрасполагающим – наследственная предрасположенность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Данные физикального обследования свидетельствуют о том, что в патологический процесс вовлечена система органов пищеварения, т.к. при осмотре язык обложен желтоватым налетом; при поверхностной пальпации живота отмечается умеренная болезненность и напряжение брюшных мышц в левой подвздошной области; при глубокой пальпации по Образцову – Стражеско отмечается плотная, умеренно болезненная сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка. Таким образом, на основании жалоб, данных анамнеза заболевания, анамнеза жизни, а также учитывая данные физикального обследования, можно предположить, что данное заболевание: хронический колит, обострение.

Сопутствующие заболевания: цистит в стадии ремиссии. Аднексит в стадии ремиссии.

Для подтверждения и уточнения диагноза необходимы данные лабораторных и функциональных исследований.

**План дополнительных методов обследования больной**

1. Лабораторные исследования:

ОАК с подсчетом эритроцитов, гемоглобина, времени свертывания крови и длительности кровотечения, лейкоцитарной формулы;

Общий анализ мочи;

Биохимический анализ крови.

Копрограмма: количество, консинстенция, цвет, запах, патологические примеси, реакция, стеркобилин, растворимый белок, микроскопия.

Анализ крови RW

Анализ крови на группу крови и Rh.

2. Функциональные исследования органов:

Электрокардиография- оценка состояния коронарного кровообращения, исключение патологии сердечно – сосудистой системы;

Рентгенография органов грудной клетки.

УЗИ внутренних органов;

ФГДС

Колоноскопия

Ректороманоскопия

3. Консультация узких специалистов-хирурга.

**Результаты лабораторных исследований**

Общий анализ крови от 27.05.08г:

Гемоглобин 155 г/л

Эритроциты 4,9x10¹²/л

РОЭ 20 мм/ч

Лейкоциты 6,6х10 /л

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфоциты | моноциты |
| 4 | 3 | 42 | 42 | 9 |

Заключение: в общем анализе наблюдается незначительное повышение СОЭ, что может говорить о начале воспалительного процесса.

Общий клинический анализ мочи от 27.05.08г

Количество: 150 мл

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Белок: отрицательно

Лейкоциты: единичные в поле зрения

Эпителиальные клетки: 5-6 кл. в поле зрения

Слизь: ++

Заключение: в общем анализе мочи патологических отклонений не наблюдается.

Биохимический анализ крови от 27.05.08г:

Билирубин общий: 11,8 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Β-липоротеиды: 6,2

Холестерин 6,3 ммоль/л (3,0 – 6,3)

Сахар 5,2 ммоль/л

Диастаза крови 11,4 мг ч/мл (12 - 32)

Тимоловая проба: 2,0 Ед (0 - 5)

Мочевина: 6,3 ммоль/л (2,5 – 8,3)

Натрий сыворотки: 139 ммоль/л (136 +/- 7,6)

Калий сыворотки: 3,9 ммоль/л (3,96 +/- 0,47)

ПТИ 100% (80 - 100)

Фибриноген 2,44 г/л (2,5 – 3,0)

Общий белок 79,2 г/л (65 - 85)

Сиаловая проба 0,18 у.е. (дон. 0,100)

Сулемовая проба 1,9 мл (1,6 – 2,2)

АлАТ: 0,4 мкмоль/л (0,1 – 0,5)

АсАТ: 0,56 мкмоль/л (0,1 – 0,7)

Заключение: В биохимическом анализе крови выявлено повышение сиаловой пробы, что говорит о начале воспалительного процесса в организме.

Серологическое исследование экспресс реакция на сифилис отрицательная (от 27.05.08г)

ФГДС от 29.05.08г.

Пищевод и кардия без особенностей. В желудке слизь, очаговая атрофия. В нижней треть отделе гиперемия, в препилоричской зоне эрозии по 0,1 – 0,7 мм. Перистальтика активная, складки расправляются воздухом. Взята биопсия на Helicobacter pylori.

Заключение: очаговый атрофический гастрит, эрозивный гастрит.

Заключение: биопсии от 29.05.08г - инфицированность НР значительная ++++.

ЭКГ от 30.05.08г:

Заключение: Синусовая брадикардия, ЧСС 57 в’. Горизонтальное положение ЭОС, нагрузка на левый желудочек, нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 30.05.08:

Печень: нормальных размеров, эхогенность не изменена

Желчный пузырь: состояние после холецистэктомии/

Общий печеночный проток: не изменен

Печеночные вены: не изменены

Воротная вена: не изменена

Селезенка: не увеличена, не изменена, однородна

Поджелудочная железа: не изменена, эхогенность диффузно повышена

Почка: определяется киста правой почки

Заключение: киста правой почки 29 мм, состояние после холецистэктамии.

Рентгенограмма органов грудной клетки от 30.05.08г:

Заключение: со стороны органов дыхания, отделов сердца патологических изменений не выявлено.

Консультация хирурга: состояние после холецистэктамии (ЖКБ холецистэктамия).

**Клинический диагноз и его обоснования**

На основании проведенных дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования предварительный диагноз подтверждается:

Учитывая жалобы больной, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные физикального обследования и анализируя данные дополнительных методов обследования: анализ крови – увеличение СОЭ, лейкоцитоз, говорит о наличии воспалительного процесса; снижение лимфоцитов – признак незначительного снижения иммунитета; биохимический анализ крови - повышение сиаловой пробы указывает на наличие воспалительного процесса. ФГДС – очаговый, атрофический эрозивный гастрит (что также может быть причиной развития хронического колита и привести к его обострению, т.к. остатки грубой не переваренной пищи могут раздражать слизистую толстого кишечника и приводит к развитию патологического процесса), можно подтвердить поставленный предварительный диагноз и поставить клинический диагноз:

Хронический колит, обострение. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный со значительной обсемененностью НР.

**Иммунологический диагноз**

**Этиология и иммунопатогенез основного заболевания**

**Этиология**:

***Факторы вызывающие:***

Возбудители кишечных инфекций (очень часто хронический колит развивается после перенесенных острых кишечных инфекций: дизентерии, сальмонеллеза, а также хронический колит могут вызвать гельминты простейшие)

Алиментарный фактор (однообразная, содержащая много белков и углеводов, лишенная витаминов пища; частое употребление трудноперивариваемых и острых продуктов; злоупотребление алкоголем)

Интоксикация: (экзогенные – отравления солями ртути, свинца, фосфора, мышьяка; эндогенные – уремия, печеночная недостаточность, гипертиреоз, болезнь Аддисона; при длительном, бесконтрольном применении лекарственных препаратов – слабительных, содержащих антрогликозиды, салицилаты).

Лекарственные препараты,

Аллергические факторы,

Выраженный дефицит ферментов,

Ионизирующие факторы (лучевая терапия, массивное рентгеновское облучение)

Ишемические факторы (у пожилых людей страдающих атеросклерозом, колит возникает вследствие нарушения кровообращения в сосудах брыжейки)

Воспалительные заболевания органов пищеварения (в результате постоянного раздражения слизистой оболочки толстой кишки продуктами неполного расщепления пищи – при атрофическом гастрите, панкреатите и т.д.).

***факторы способствующие:***

копростаз,

очистительные клизмы,

спаечные процессы,

долихосигма,

дивертикулярная болезнь.

***факторы предрасполагающие:***

наследственность

**Патогенез**

Нарушение нервной и гуморальной регуляции функций толстого кишечника – двигательная и тоническая дисфункция.

Нарушение секреции гастроинтестинальных гормонов, биогенных аминов, простогландинов.

Нарушение секреторной, экскреторной и всасывательной функции толстой кишки.

Дисбактериоз, вторичная ферментопатия, кишечная диспепсия, иммунные нарушения.

Нарушение функции иммунной системы, снижение функции Т-лимфоцитов, развитие аутоиммунных реакций, аутосенсибилизация.

**Дифференциальный диагноз**

Хронический колит следует дифференцировать с опухолями толстого кишечника, с неспецифическим язвенным колитом, панкреатитом. Для опухолей толстого кишечника характерно наличие «ранних» симптомов – «кишечный дискомфорт» боли.при левосторонней локализации опухоли неинтенсивные. Появляются также симптомы, как вздутие живота, чувства тяжести, распирания, тошнота, снижение аппетита, громкое урчание в животе через 4 часа после приема пищи. Будут запоры, чередующиеся с поносами с обильным зловонным стулом. Характерно появление патологических выделений (примесь крови, могут быть явные кровотечения). Затем появляются «поздние» симптомы: слабость, недомогание, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, анемия, лихорадка. При обтурации опухолью кишечника может развиться кишечная непроходимость. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско можно пропальпировать опухоль (но пальпацию необходимо проводить после полного опорожнения кишечника). Рак прямой и сигмовидной кишки (нижнего отдела) можно распознать при помощи пальцевого исследования.

Неспецифический язвенный колит.

Выделяют три ведущих синдрома, связанных с поражение кишки – диспепсический, геморрагический и болевой. Позже присоединяется общие симптомы: анорексия, тошнота, рвота, слабость, уменьшение массы тела, лихорадка, анемия. Начало может быть постепенным или острым. Если тотальное поражение толстого кишечника начало будет бурное, в течении 1 – 2 дней разворачивается выраженная клиническая картина. Также характерны внекишечные проявления: суставной синдром, узловатая эритема, жировая печень и т.д. НЯК, начинающийся медленно, клинически проявляется только ректальным кровотечением. Характерно учащение стула (может быть до 20 раз в сутки). Также может быть кровянистая слизь. Боли возникают у большинства больных при НЯК, чаще в левой половине живота, боль возникает через 20 – 30 минут после приема пищи. Затем эта связь болей с приемом пищи угасает.

Вследствие длительной диареи развивается гипонатремия, гипохлоремия, гипоальбуминемия. При рентгенологическом исследовании будет сглаживание или отсутствие гаустр (симптом «водопроводной трубы»).

Для хронического колита характерно: боли спастического, ноющего характера, могут быть опоясывающие, постоянные, уменьшающиеся после отхождения газов или опорожнения кишечника. Локализация болей зависит от локализации процесса (у должной больной боли в левой половине живота, т.к. страдает нисходящая ободочная и сигмовидная кишки). Также характерно чувство неполного опорожнения кишечника, вздутие живота. Все эти клинические симптомы характерны и для вышеперечисленных заболеваний, но на основании данных объективного обследования и дополнительных методов, все вышеперечисленные заболевания можно исключить.

**Лечение**

**І. Функциональная разгрузка кишечника:**

**-Диета №4**. Полноценная регуляция стула возможна с помощью диет, содержащих достаточное количество пищевых волокон. При выраженном вздутии и болях в животе овощи и фрукты назначаются в вареном, хорошо измельченном и протертом виде. Используют вчерашний хлеб с добавлением отрубей, а также орловский, бородинский, ржаной хлеб до 350 г ежедневно. Используют борщи, свекольники, супы из сборных овощей с добавлением перловой крупы тщательно разваренной. Используют вареные рубленные запеченные куском мясо и рыба нежирных сортов; гарниры из овощей, запеканки из овощей, салаты из сырых овощей и фруктов, но они должны быть тщательно измельчены. Капуста белокочанная, зеленый горошек, фасоль разрешаются только в вареном виде и при хорошей переносимости. Всегда исключаются овощи богатые эфирными маслами: лук, редис, репа, грибы. Рассыпчатые каши из гречневой и пшеничной крупы, вареные на воде с добавлением молока – важная составная часть рациона. Назначают свежие ягоды, размоченные и в различных блюдах. Особенно рекомендуются чернослив, курага, инжир. Жиры рекомендуется добавлять в готовые блюда; используются сливочное и растительные масла. Общее количество фруктов и овощей до 700 г в день, летом можно до 1 кг, ежедневно выпивать не менее 1,5 – 2 литров любой безалкогольной жидкости, включая чай, компот, кофе.

**-Систематическая двигательная активность:** ходьба быстрым шагом в течение 1 часа без частых остановок, плавание в бассейне, регулярная гимнастика, ежедневный массаж передней брюшной стенки, которые желательно делать до завтрака в утренние часы.

-**Ликвидация дефицита пищеварительных ферментов**-

панкреатин, панзинорм.

Rp: Tab. Pancreatini obductae 0,25

D.S.: По 2 таблетки 3 раза вдень во время еды.

**-Введение холинолитиков, ганглиоблокаторов.**

Препараты, нормализующие моторную функцию кишечника. При спастической и гипермоторной дискинезии препаратами выбора являются дицетел 50-100 мг 3 раза в день за 30 минут до еды или дюспаталин 200 мг 2 раза в день, назначаемые на 3-4 недели. В ряде случаев эффективными оказываются спазмомен, бускопан, метацин и другие спазмолитики, назначаемые в общепринятой дозировке.

Rp: Dr.Buscopani 0,01 № 20

D.S. принимать по 1 драже 3 раза вдень оказывает выраженное избирательное, М – холинолитическое действие; является четвертичным аммониевым соединением, медленно всасывается из ЖКТ, не проникает через гематоэнцефалический барьер.

**ІІ. Нормализация нарушенных функций кишечника:**

**-Ферментные препараты,** улучшающие процессы пищеварения дигестал – содержит полекриатин (0,2 мг), экстракт желчи крупного рогатого скота (0,025г) и гемицелмалоза (0,05г).

Rp: Dr «Digestalum» № 30

D.S.: Принимать по одной драже 3 раза в день во время еды.

**-Прокинетические средства**: метоклопромид. Специфические блокаторы дофаминовых рецепторов, серотониновых рецепторов. Оказывает регулирующее действие на функцию ЖКТ, тонус, и двигательную активность органов пищеварения усиливается, а секреция желудка не меняется.

Rp: Tab. Metoclopromidi 0.01 № 20

D.S принимать по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

**-Местноанастезирующие и спазмолитические препараты** – новокаин оказывает Местноанастезирующие и спазмолитическое при спазмах гладкой мускулатуры кишечника.

Rp: Sol. Novocaini 0.01 № 20

D.S принимать по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

**ІІІ. Уменьшение воспалительных и дистрофических явлений:**

-**местно микроклизмы** (50 мл) с отваром ромашки, 0,3% раствором колларгола в течение 10 – 12 дней, затем масляные микроклизмы (масло облепихи, шиповника) – 10 дней. Оказывают местное противовоспалительное и заживляющее действие.

-антибактериальные препараты (энтеросептол, интестопан),

-физиотерапия УФО, УВЧ, диатермия).

**ІV.Ликвидация дисбактериоза и гнилостно-бродильных процессов:**

При избыточном бактериальном росте в кишечнике и при выявлении условно-патогенной микрофлоры лекарственная терапия дополняется назначением 2-3-х семидневных курсов кишечных антисептиков широкого спектра действия (интетрикс, фуразолидон, нифуроксазид, сульгин и др. препараты в общепринятых дозировках) со сменой препарата в очередном курсовом лечении и последующим использованием пробиотиков (бифиформ, лакто - и бифидумбактерин и др.) и пребиотиков.

-бактерийные препараты: колибактерин 1-2 амп.х 2 р. за 30 мин. до еды 2-3 мес., бифидум-бактерин 1 амп.х 3 р., бификоп 1 фл.х 2 р. 1-2 мес.;

Rp: Bifidum bacterini 5 d

D.t.d. № 100

S.: 5 доз 3 раза в сутки 2 – 4 недели.

-антибактериальные препараты:

а) антибиотики широкого спектра действия (макролиды - 0,2 х 3-4 р.);

б) сульфаниламиды - фталазол, сульгин 1,0 х 3-6 р., бисептол, бактрим;

Rp: Tab. Phthalazoli 0,5 № 50

D.S.: По 2 таблетки через 4-6 часов 2-3 дня, затем по 1 таблетке в день – 2-3 дня.

в) нитрофурановые – фурадонин 0,5 х 3-4 р.:

Rp: Tab. Furadonini 0,5 N20

D.S.: По 1 таблетке 3-4 раза в день.

г) другие препараты – интестопан 1т. 4-6 р., энтеросептол, мекстаза, метронидазол:

Rp: Tab. Metronidazoli 0,25 N20

D.S.: По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

**VІ.Стимуляция регенерации слизистой:**

-гипербарооксигенотерапия,

-экстрат алоэ, ФИБС, метилурацил, неробол, гастрофарм, витамин"U", солкосерил, оксиферрискарбон.

**Прогноз**

Прогноз для полного выздоровления неблагоприятный, т.к. заболевания хроническое, его при своевременном лечении, соблюдении режима питания можно сохранить длительную ремиссию.

Прогноз для жизни благоприятный, если больная будет вести здоровый образ жизни, соблюдать все рекомендации врача и проводить медикаментозное лечение, чтобы избежать рецидива заболевания.

**Использованная литература**

1. Трубников Г.В. «Методические основы познания терапии», Барнаул, 1997
2. Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 1999
3. Окороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 1997
4. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. «Электрокардиография и фонокардиография». М. «Медицина», 1984 г.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
6. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. “Внутренние болезни” в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.