Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной и поликлинической терапии

Зав.каф.: проф. Лычев В. Г.

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

Куратор: ст-ка 628гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

История болезни

Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хронический колит, обострение. Единичный дивертикул сигмы. ГЭРБ. Хронический гастрит, обострение.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит. Диффузный многоузловой зоб. Эутиреоз.

Барнаул-2008г

**Паспортные данные**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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

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

Дата поступления в больницу:

Время курации:

Диагноз при поступлении: Хронический колит. СРК?

Клинический диагноз: Хронический колит, обострение. Единичный дивертикул сигмы. ГЭРБ. Хронический гастрит, обострение.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит. Диффузный многоузловой зоб. Эутиреоз.

**Жалобы**

На момент поступления в стационар больная предъявляет жалобы на:

Боли внизу живота преимущественно в правой подвздошной области, с иррадиацией в правую паховую и поясничную область, тянущего характера, почти постоянная, уменьшаются после акта дефекации.

Задержка стула в течение 10 дней. Стул в виде «твердых комков», иногда с примесью белой слизи и алой кровью.

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

Похудание на 4 кг за последние 2 года на фоне сохранения аппетита

Слабость и недомогание, усиливающиеся к вечеру.

Отрыжка кислым

Изжога, усиливающееся при наклоне вперед после еды, дисфагия

На внезапно возникающее чувство голода с сонливостью через 1-1,5 часов после еды.

**Anamnesis morbi**

Больной считает себя около 30 лет, 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 боль в правой половине живота, которые проходили после опорожнения кишечника или после отхождения газов. За помощью больная не обращалась. Пыталась соблюдать диету. Две недели назад появилась интенсивная боль в правой 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 «твердых комков», 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). Боль снова усилилась, больная обратилась за помощью к участковому терапевту и была, направлена в больницу №12 гастроэнтерологического отделения г. Барнаула с целью обследования, уточнения диагноза и лечения.

**Anamnesis vitae**

Родилась 4 марта 1935 года в Горьковской области, 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. Социально-бытовые условия были удовлетворительные.

В настоящее время также живет в городе Барнаул в благоустроенной квартире, социально-бытовые условия удовлетворительные. Была замужем, муж умер. Больная на пенсии.

Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные, установились сразу. 2 беременностей, 1аборт, 1роды, течение родов без особенностей, климакс с 48 лет.

Перенесенные заболевания: диффузный многоузловой зоб щитовидной железы. Эутиреоз. Хронический цистит. Распространенный остеохондроз. Травм и ранений не было.

Перенесенные операции:

В 1990 г.- операция на уретре.

В 1990г.- отслойка сетчатки слева

В 2006г.- катаракта слева

14.02.07г.- геморроидэктомия на уровне 3,7,11.

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

Аллергологический анамнез отягощен – никотиновая кислота. Вредных привычек нет.

Наследственность отягощена – мать больной умерла от рака прямой кишки, брат страдает хроническим колитом.

**Status praesens communis**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, отмечаются сосудистые «звездочки», множественные папилломы, пигментные пятна. Кожа теплая, влажная, тургор соответствует возрасту. Волосяной покров с проседью, оволосение по женскому типу. Отеков и подкожных эмфизем нет. Периферические лимфатические узлы (над- и подключичные, локтевые, подмышечные, паховые) не увеличены, безболезненные, мягкой консистенции, подвижные, неспаянные с кожей и между собой. Молочные железы без патологий. Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы в тонусе, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений. Деформаций пальцев в виде барабанных палочек нет. Движения в суставах свободны, ограничений нет.

Органы дыхания:

Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Межреберные промежутки не расширены, не выбухают, плотное прилегание лопаток, ключицы симметричные, над- и подключичные ямки хорошо выражены. Частота дыхательных движений 20 дыхательных движений в минуту, ритмичное. Тип дыхания смешанный. Патологических типов дыхания (Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота) не наблюдается. Носовое дыхание не затруднено, изменений формы носа нет. Пальпация и перкуссия придаточных пазух носа безболезненна. Деформации гортани, отклонения ее от хода срединной линии не наблюдается, пальпация безболезненна, голос обычный: охриплости, афонии нет. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково.

При пальпации грудной клетки температура кожи на симметричных участках одинаковая, грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание не усилено. Болезненности не выявлена.

При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочный звук над обеими легкими по всем 9 парным точкам выслушивания.

При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 4 см, слева 4 см

ширина полей Кренига справа 5 см, слева 5 см

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

Подвижность нижнего легочного края.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis | 4 см | - |
| l. axilaris media | 5 см | 5 см |
| l. scapularis | 4 см | 4 см |

Аускультативно: Над легочными полями 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 периферических сосудов патологических отклонений и боли не обнаружено.

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет. Верхушечный толчок определяется 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом "кошачьего мурлыканья" отсутствует.

Перкуссия: ***относительной тупости сердца:***

правая граница на 1,0 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р;

левая граница на 1,0 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 м/р;

верхняя - 3 м/р по l. Parasternalis sinistra.

Конфигурация сердца обычная Ширина сосудистого пучка во II межреберье 6 см

Аускультативно: Ритм правильный, тоны сердца глухие в 4 основных и 3 дополнительных точках (Боткина, Наунина, Левиной), патологических шумов нет, раздвоений и расщеплений тонов нет. ЧСС 76 уд/мин

Исследования сосудов:

При осмотре пульсации сосудов шеи не обнаружено. При осмотре и пальпации сонных и лучевых артерий видимых изменений не наблюдается, сосуды эластичны, извитостей нет, безболезненны, варикозных расширений нет. Уплотнений по ходу вен нет.

Симптом Квинке отрицательный. Пульс на лучевых артериях обеих рук одинаковый: ритм правильный, полного наполнения и твердого напряжения, большой величины. Частота пульса 76 уд/мин. Дефицита пульса нет. АД= 110/70 мм рт ст на обеих руках.

При аускультации аорты и сонных артерий патологических шумов не наблюдается.

Пищеварительная система:

Слизистая ротовой полости бледно-розовая, блестящая, изъязвлений нет. Десны твердые розового цвета, без воспалительных явлений, не кровоточат. Язык обложен желтоватым налетом у корня, бледно – розового цвета, влажный. Миндалины не увеличены, небные дужки без изменений. Акт глотания нарушен. Прохождение пищи по пищеводу не затруднено.

Осмотр живота: 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.

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 и правой подвздошных областях, восходящей и нисходящей кишки, в эпигастрии. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого малоподвижного цилиндра, толщина приблизительно 2 см., болезненна, смещается приблизительно на 2 см. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, болезненна, отмечается урчание при пальпации. Восходящая ободочная кишка пальпируется в правом боковом отделе живота в форме подвижного, гладкого, эластичного, болезненного цилиндра шириной 2см. Нисходящая ободочная кишка пальпируется в левом боковом отделе живота в виде тяжа 2см в диаметре, умеренно болезненна. Поперечно ободочная кишка пальпируется в виде поперечно расположенного цилиндра, умеренного болезненного и напряженного. Свободно перемещается вверх и вниз. Желудок, поджелудочную железу селезенку по – Сали пропальпировать не удалось.

При осмотре области печени выбуханий и образований не обнаружено. При глубокой пальпации печени нижний край печени выходит из-под края реберной дуги на +1см

Перкуторно размеры печени по Курлову: 10 / 8 / 7 см.

При перкуссии свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не обнаружено. При аускультации выслушивается шум перистальтики кишечника. Шума трения брюшины нет.

При перкуссии селезенки по Курлову: 7/6см. Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации стоя и лежа почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Болезненностей по ходу мочеточников нет. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Нейроэндокринная система:

Движения скоординированы, сознание ясное, поведение адекватное, настроение хорошее, на вопросы отвечает адекватно. Ориентируется в пространстве и времени. Слух и обоняние в норме. Тремор кистей наблюдается

Вторичные половые признаки по женскому типу. Щитовидная железа умеренно увеличена, эластичной консистенции, безболезненна.

**Предварительный диагноз**

На основании предъявленных жалоб больной на: боли внизу живота преимущественно в правой подвздошной области, с иррадиацией в правую паховую и поясничную область, тянущего характера, почти постоянная, уменьшаются после акта дефекации, задержка стула в течение 10 дней, стул в виде «твердых комков», иногда с примесью белой слизи и алой кровью, вздутие живота, возникающее после приема пищи и уменьшающееся после отхождения газов, бывают ложные позывы и чувство неполного опорожнения кишечника, похудание на 4 кг за последние 2 года на фоне сохранения аппетита, слабость и недомогание, усиливающиеся к вечеру, отрыжка кислым, изжога, усиливающееся при наклоне вперед после еды, дисфагия, на внезапно возникающее чувство голода с сонливостью через 1-1,5 часов после еды, 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 также свидетельствуют о том, что в патологический процесс вовлечена система органов пищеварения, т.к. при осмотре язык обложен желтоватым налетом у корня; 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, учитывая данные физикального обследования, можно предположить, что данное заболевание: хронический колит, обострение.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит. Диффузный многоузловой зоб. Эутиреоз.

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

План дополнительных методов обследования больной:

Лабораторные исследования:

ОАК +лейкоцитарная формула;

Общий анализ мочи;

Биохимический анализ крови.

Анализ крови RW

Функциональные исследования органов:

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

Рентгенография органов грудной клетки.

ФГДС

Колоноскопия

Ректоманоскопия

3. консультация узких специалистов (хирурга).

**Результаты лабораторных исследований**

Общий анализ крови от 6.05.08г:

Гемоглобин 124 г/л

РОЭ 9 мм/ч

Лейкоциты 6,4х10 /л

Базофилы 0%

Эозинофилы 4%

Нейтрофилы : п/я 4%

с/я 55%

Лимфоциты 31%

Моноциты 6%

Общий клинический анализ мочи от 15.05.08г:

pH кислая

Цвет: светло желтый

Прозрачность: полная

Белок: отрицательно

Сахар отрицательно

Лейкоциты: 1-3 в поле зрения

Эпителиальные клетки: 4-6 кл. в поле зрения

Биохимический анализ крови от 06.05.08г:

Билирубин общий: 16,6 мкмоль/л (N до 20,5)

Холестерин 4,8 ммоль/л (3,0 – 6,3)

Сахар 4,8 ммоль/л (3,5-6,2)

Амилаза 86,3Ед/с (до 110)

Натрий сыворотки: 143 ммоль/л (136 +/- 7,6)

Калий сыворотки: 4,9 ммоль/л (3,96 +/- 0,47)

ПТИ 87% (80 - 100)

Фибриноген 2,44 г/л (2,5 – 3,0)

Общий белок 64,6 г/л (65 - 85)

АлАТ: 0,54 мкмоль/л (0,1 – 0,5)

АсАТ: 0,72 мкмоль/л (0,1 – 0,7)

Сероисследование экспресс реакция на сифилис отрицательная (от 06.05.08г)

ФГДС от 06.05.08г

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.

ЭКГ от 06.05.08г:

Заключение: Ритм синусовый. ЧСС=70 уд/мин. Электрическая ось отклонена влево. Ускорение а-v проводимости. Снижение электрической активности передне-перегородочной области

Рентгенограмма органов грудной клетки 06.05.08г:

Описание: На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции определяется следующее. Трахея расположена по центру. Ключицы расположены симметрично. Ребра имеют косое направление, позвоночник деформирован. Правый купол диафрагмы на 2 см выше левого. Ткань легких нормальной рентгенологической плотности. Легочной рисунок не усилен. Тени сосудов по диаметру одинаковы. Костно-диафрагмальные синусы свободные. Дуга левого желудочка располагается на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Правый желудочек не увеличен, его тень достигает правой парастернальной линии. Сердце обычной конфигурации.

**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: 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.

**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 более 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 панкреатита характерно: - болевой синдром, который зависит от локализации патологического процесса (при поражении хвоста – боль в правом подреберье, или слева от пупка; при поражении тела – боль в эпигастральной области; при тотальном поражении боль разлитая в виде «пояса или полупояса» в верхней половине живота). Боли возникают или усиливаются после приема жирной, строй, жареной пищи. Боль может иррадиировать в область сердца, левую лопатку. По характеру боли могут быть различными. Диспепсический синдром – отрыжка, изжога, тошнота, понос, стеаторея, метеоризм, эпизодическая рвота, потеря аппетита, похудание. При объективном исследовании отмечают сухость и шелушение кожи, глоссит, стоматит. Положительный френикус – симптом. В крови будет повышение амилазы, трипсина, липазы, элостазы.

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.

**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, метилурацил, неробол, гастрофарм, витамин"U", солкосерил, оксиферрискарбон.

**Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. поступила в гастроэнтерологическое отделение больницы шинного завода №12 с жалобами на боль преимущественно в правой половине живота, с иррадиацией в правую паховую и поясничную областей, тянущего характера, почти постоянная уменьшающаяся после опорожнения кишечника или отхождения газов, вздутие живота, снижение массы тела. Больной себя считает около 30 лет, когда периодически возникали запоры, вздутие живота, боли в правой половине живота. За помощью не обращалась. Обострение заболевания было 3 недели назад, когда появился выраженный болевой синдром и диспепсический синдром. Обострение заболевания больная связывает с нарушением режима питания. При объективном обследовании было обнаружено: язык обложен белым налетом, нарушен акт глотания, при пальпации – умеренная болезненность в правой подвздошной области, умеренно болезненные и уплотненные нисходящая ободочная и сигмовидная кишки. На основании вышеизложенного был поставлен предварительный диагноз: хронический колит, обострение. Во время пребывания больной в стационаре было проведено дополнительное обследование и выявлено, что в ОАК – повышение нейтрофилов (наличие воспалительного процесса); БАК – наличие острого воспалительного процесса, признаки нарушения функции ЖКТ. На ФГДС – очаговый, атрофический, эрозивный гастрит. На основании вышеперечисленного был поставлен клинический: хронический колит, обострение. ГЭРБ. Хронический атрофический гастрит, обострение.

За время пребывания в стационаре больная получала лечение:

Омепразол по 2 мг 2 раза в день

Метоклопрамид по 10 мг за 15 мин. до еды

Метранидазол по 0,5 2 раза в день в течении 7 дней

Бисакодил по 5 мг 1 раз в день (вечером)

Дюспаталин по 0,2 (свечи) за 30 мин. до еды 2 раза в день (утром и вечером)

Пикосульфат по 20 кап через день, вечером

Очистительная клизма одндкратно

После проведенного лечения состояние больной улучшилось, планируется колоноскопия и ректоманоскопия, консультация хирурга.

--рекомендации при выписке больной:

соблюдать диету и режим питания (исключить бобовые, ченрый хлеб, молоко, острое, жареное, рекомендуется – хлеб с отрубями, каши, сырая потертая свекла и морковь, кефир, соки из сырых ягод и овощей); своевременно принимать пищу (не менее 5 раз в день в небольших количествах).

**Санаторно–курортное лечение** показано вне стадии обострений заболеваний ЖКТ. Оно проводится на таких курортах как Ессентуки, Пятигорск, Железноводск и др. Лечение минеральными водами:

оказывает положительное рефлекторно – гуморальное влияние на органы ЖКТ противовоспалительное действие усиливают выделительную функцию слизистой оболочки ЖКТ.

Повышают регенераторную способность слизистой тонкой, толстой кишки.

Нормализуют моторно-эвакуаторную функцию кишечника.

Тепловые процедуры (парафиновые аппликации, грязелечение). Грязевые аппликации оказывают спазмолитическое, анальгезирующее, иммунорегулирующее действие, улучшающее функциональное состояние органов пищеварения, регионарный кровоток и трофику слизистой оболочки желудка. Эти процедуры проводятся вне обострения.

«Д»-учет у терапевта (лечение гастрита, запоров).

Регулировать стул с помощью растительных слабительных (препараты корня ревеня, коры крушины, плодов жостера, листьев сенны, сабура),

Избегать тяжелой физической нагрузки и психоэмоционального перенапряжения

**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. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
5. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. “Внутренние болезни” в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.