**История болезни**

Больной:ФИО, 48 лет

2010

***Паспортная часть***

1. ФИО:

2. Возраст – 48 лет

3. Пол - мужской

4. Постоянное место жительства – г. Сосновка Вятско-полянского района Кировской области

5. Профессия, должность: Судовой столяр

6. Кем направлен – Сосновская ЦРБ

7. Дата и время поступления в клинику – 30.09.10

8. Диагноз направившего учреждения: Неспецифический язвенный колит, тотальное поражение, обострение.

9. Диагноз при поступлении: Неспецифический язвенный колит с тотальным поражением толстой кишки, тяжелой степени, рецидивирующее течение, стадия обострения. Железодефицитная анемия?

10. Диагноз клинический: Неспецифический язвенный колит с тотальным поражением толстой кишки, тяжелой степени, рецидивирующее течение, стадия обострения. Псевдополипоз ободочной кишки.

***Жалобы:***

Основные: на боли ноющего характера в околопупочной и левой подвздошной области, возникающие перед актом дефекации, выделение темной крови из прямой кишки во время акта дефекации. Частый жидкий стул ежедневно в течении последнего года 8-10 раз в сутки. Периодическое вздутие живота, не связанное с приемом пищи.

Дополнительные: постоянную общую слабость.

Аппетит хороший. За последний год прибавил в весе 10 кг.

***Anamnesis morbi:***

Считает себя больным с 1999 года, когда впервые появился частый неоформленный стул с примесью крови в течении недели, увеличение температуры до 39, был госпитализирован в Сосновскую ЦРБ, где впервые поставлен диагноз неспецифический язвенный колит. Получал лечение сульфасалазин, преднизолон. Выписан с улучшением. Летом 2001 года вновь госпитализирован в ЦРБ с обострением, принимал сульфасалазин, преднизолон. Амбулаторно принимал сульфасалазин 1 месяц. С 2001 по 2009 принимал отвар девесила, который сам выращивал.( 6 курсов в год по 2 недели). Ухудшений состояния за эти годы не было. С 7 августа 2009 резкое ухудшения состояния: стул 20 раз в сутки, ноющие боли в животе перед дефекацией, увеличение температуры до 39. Самостоятельно принимал сульфасалазин без эффекта. Был госпитализирован 15 августа в Сосновскую ЦРБ, после проведенной лечения состояние не улучшилось и был направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение КОКБ с диагнозом: Неспецифический язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, тяжелой степени, рецидивирующее течение, обострение. Псевдополипоз ободочной кишки. Поражение кожи по типу язвенного дерматита. Нарушение белкового обмена, гипопротеинемия. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. ГЭРБ эрозивный эзофагит. Лечение: диета ЩД, аминоплазмал 5%-500,0, сульфасалазин 3,0,сутки+микроклизму 1,0, преднизолон 90мг в/в, дексамез 2,0 мг в микроклизме., креон 1000, ципролет, метронидазол в/в, омепразол, кестин, фосфалюгель, пазма свежезамороженная 200,0 №7.Выписан с улучшением. Последнее ухудшение в конце августа 2010 года. Лечился 6.09.10-27.09.10 в ЦРБ с диагнозом Неспецифический язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, тяжелой степени, рецидивирующее течение, обострение. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Получал лечение: преднизолон, сульфасалазин, панзинорм, альмагель, сорбифер, фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, феррум-лек. Отмечает неэффективность лечения, сохранялись боли в околопупочной области перед актом дефекации, жидкий стул 10 раз в сутки с примесью крови. 27.09 был направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение КОКБ для уточнения степени тяжести, подбора базисной терапии, дообследования для прохождения МСЭК.

***Anamnesis vitae***

Рос и развивался соответственно возрасту. Образование-основное. Жилищно-бытовые условия нормальные. Проживает в частном доме. Питание сбалансирование, регулярное.

Семейное положение: женат.

Перенесенные заболевания: грипп, ангина.

Травмы, венеречиские заболевания, туб контакт , гепатит отрицает.

Аллергологический анамнез спокоен.

Гемотрансфузии 2001,2009.

Вредные привычки: алкоголь редко употребляет, не курит.

Наследственность отягощена: отец умер в 45 лет от данного заболевания.

Сын здоров.

 Status praesens objectivus

Общий осмотр.

Состояние больной удовлетворительное, температура тела 36.7 0С. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное.ИМТ 30. Больной нормостенического типа .Кожный покровы сухие,эластичность сохранена, кровоизлияний, язв, “сосудистых звёздочек” нет. Тургор кожного покрова сохранён. Ногти овальной формы, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки носа, рта, конъюнктив бледно-розового цвета, влажные, чистые. Склеры белые. Подкожная клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные – не пальпируются.

Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Деформаций костей нет.

Суставы правильной формы, движения в полном объёме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены.

## Система органов дыхания

Осмотр: Нос имеет нормальную форму. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет.

Грудная клетка правильной формы, симметрична, нормостенического типа (над - и подключичные ямки умеренно выполнены подкожно-жировой клетчаткой, расположение рёбер косонисходящее, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол прямой, лопатки слегка выступают от задней поверхности грудной клетки, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2: 3). Выраженного искривления позвоночника нет. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 2см. Тип дыхания - смешанный. Дыхание ритмичное с частотой 17 дыхательных движений в минуту, средней глубины. Дыхательные движения симметричны, отставания одной половины грудной клетки, участия дополнительной мускулатуры в дыхании нет.

Пальпация грудной клетки. При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и рёбер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено, одинаково с обеих сторон.

Перкуссия. При проведении сравнительной перкуссии лёгких был выявлен ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких.

Данные топографической перкуссии: без патологии. Границы легких в норме.

Аускультация. При аускультации выслушивается неизмененное везикулярное дыхание по всем лёгочным полям. Крепитации и других побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинакова над всей поверхностью лёгких.

Система органов кровообращения

Исследование сердца.

Осмотр сердечной области. Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Видимая пульсация в области сердца, ярёмной ямки, подложечной области отсутствует.

Осмотр артерий и вен: “пляска каротид” не просматривается, извитость артерий нормальная.

Пальпация. При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, шириной 2 см, высотой 0,5 см, резистентный, сильный. Сердечный толчок не определяется. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца:

верхняя – на уровне III ребра;

правая - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Конфигурация сердечной тупости нормальная. Размеры поперечника сердца - 11 см, расстояние от левой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии – 8 см, от правой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии – 3 см. Ширина сосудистого пучка 6 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

верхняя - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

правая - в IV межреберье по левому краю грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Аускультация сердца. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на легочной артерии и на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет.

Исследование сосудов.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 76 уд \ мин., частый, умеренного наполнения и напряжения, высокий, регулярный. Дефицит пульса не определяется. При пальпации аорты выявлена слабая её пульсация в ярёмной ямке.

Аускультация сосудов. При выслушивании брюшного отдела аорты, чревной артерии (в области мечевидного отростка), почечных артерий патологических шумов не выявлено.

Артериальное давление на правой руке 120 и 70 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст.

Система органов пищеварения

Осмотр.

Полость рта: слизистая бледно-розового цвета, умеренной влажности, язык суховат обложен белым налетом. Зубы ровные, санированы, десны, мягкое и твёрдое небо бледно-розовой окраски, безболезненные, налётов, геморрагий, изъязвлений нет.

Живот: симметричен, округлой формы, равномерно участвует в акте дыхания; окружность живота на уровне пупка – 90 см.

Перкуссия

Тимпанический перкуторный звук, наличие перемещающейся жидкости в полости живота не обнаружено.

Пальпация

Данные поверхностной пальпации: состояние мышц живота (тонус в норме, напряжение мышц среднее, расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии, пупочная грыжа отсутствуют), незначительная болезненность при пальпации в левой подвздошной и околопупочной области. Поверхностных опухолевых образований не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Данные глубокой пальпации живота (глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско): в левой подвздошной области - сигмовидная кишка диаметром 1,5 см, гладкая, плотная, не урчащая, смещаемая, слабо болезненная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, смещаемая, безболезненная. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, не урчащие. Поперечная ободочная кишка 2 см, мягко-эластической консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная. Нижняя граница желудка пальпируется на 4 см выше пупочного кольца, в виде эластического валика, безболезненна, характер поверхности – гладкая. Привратник расположен на 3,2 см выше пупка цилиндрической формы, диаметром 1,3 см, не подвижен, безболезненный, при пальпации отмечается небольшое урчание.

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника ритмичный, средней громкости.

Печень и желчные пути

Осмотр: выпячивания печени нет, деформация в области печени отсутствует.

Перкуссия.

Наличие симптома Ортнера не выявлено.

Размеры печени по методу М.Г. Курлова:

1. по правой срединно-ключичной линии - 9 см;

2. по передней срединной линии - 8см;

3. по левой реберной дуге - 8 см.

Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Курвуазье, Кера, Лепене, Мюси, Мерфи - отрицательные.

Аускультация: шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

Селезёнка.

Осмотр: выпячивания не наблюдается, деформация в области селезёнки отсутствует.

Перкуссия: перкуторные границы селезёнки в норме (длинник селезёнки, располагается по X ребру, составляет – 6 см, а поперечник – 4 см).

Пальпация: не пальпируется.

Аускультация: признаков периспленита не выявлено.

Поджелудочная железа

Болезненность в области ее проекции отсутствует.

Пальпация: поджелудочная железа не пальпируется.

Система органов мочеотделения

Осмотр:

Поясничная область: гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

Надлобковая область: ограниченного выбухания в надлобковой области нет.

Перкуссия:

поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Пальпация:

Почки: не пальпируются в положении стоя и лёжа. Мочевой пузырь: не пальпируется.

Эндокринная система

Щитовидная железа не видна, не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют.

***Клинические синдромы:***

1. Кишечной диспепсии:

Жалобы на боли ноющего характера в околопупочной и левой подвздошной области перед актом дефекации, периодическое вздутие живота.

1. Диареи: стул частый 10 раз в сутки, неоформленный.
2. Геморагический: примесь крови в стуле

**Предварительный диагноз**

На основании **жалоб** больного на частый жидкий стул до 10 раз в день, с примесью крови, слабость, вздутие живота. данных **анамнеза заболевания**: Больным себя считает с 1999 года,последнее обострение НЯК началось в августе 2010 года с вышеуказанных жалоб, данных **анамнеза жизни**: отягощенная наследственность у отца был НЯК, умер в возрасте 45 лет от заболевания. Данных **объективного исследования**.

Неспецифический язвенный колит с тотальным поражением толстой кишки, тяжелой степени, рецидивирующее течение, стадия обострения.

***План обследования:***

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови: электролиты, белковые фракции, липидный спектр, трансаминазы, креатинин, ЩФ, ГГТП
4. Анализ крови на RW, Hbs, ВИЧ, группу крови, резус-фактор
5. Анализ крови на содержание глюкозы
6. Уровень сывороточного железа
7. Копрограмма
8. Посев кала на микрофлору
9. Анализ кала на яйца глист
10. Анализ на антитела к антигенам гельминтов
11. Определение воспалительного процесса кишечника пируваткиназы.

12ФГДС

13.Колоноскопия с биопсией и гистологией

14. Ректоманоскопия

15.ЭКГ

16.УЗИ брюшной полости

Результаты обследования:

1.Анализы крови:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1.10.2010 |
| Hb, г/л | 135 |
| эритроциты, \*10^12/л | 5,37 |
| тромбоциты, \*10^9/л | 297 |
| СОЭ, мм/ч | 4 |
| лейкоциты, \*10^9/л  | 6,71 |
| базофилы,  | 0,03 |
| эозинофилы,  | 0,03 |
| нейтрофилы | 3,39 |
| лимфоциты | 2,33 |
| моноциты | 0,93 |
| креатинин, мкмоль/л | 81,2 |
| общий белок, г/л | 70,4 |
| билирубин, мкмоль/л | 6,1 |
| АЛТ, | 12,3 |
| АСТ,  | 14,7 |
| холестерин, ммоль/л | 4,86 |
| глюкоза, ммоль/л | 4,92 |
| К, ммоль/л | 5,03 |
| Na, ммоль/л | 141,7 |
| Са ммоль/л | 1,2 |
| Триглицериды | 1,03 |
| Альбумины 4.10.10 | 60,7(альфа1 2,9; альфа2 12,8; Ветта 12,7, Гамма 9,7) |
| 1.10.10 | 0(1)Rh- |
|  |  |
| Заключение  | Без патологии |
|  |  |
|  |  |

**2.Анализы мочи:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1.10.10 |
| количество |  50 |
| удельный вес |  1025 |
| Цвет |  с/ж |
| прозрачность |  полная |
| реакция |  кислая |
| белок |  нет |
| лейкоциты | нет |
| Эритроциты измененные |  0-1 в п\з |
| эпителий плоский | -------- |
| слизь | +++ |
| 7.10.10 Суточная потеря белка | 0,29 г/сутки |
| Заключение  | без патологии |

1. 4.10.10 антитела к HCV(IgG, M) не обнаружены. Антитела HBS не обнаружены.
2. 1.10 анализ на антитела к антигенам гельминтов( описторхоз, трихинеллез, эхинококкоз)отрицательны.
3. 15.10 Результат определения воспалительного процесса кишечника пируваткиназы до 5,2 Ед
4. Анализ кала1.10

Цвет:темно-коричневый

Консистенция: густая кашицеобразная

Реакция на скрытую кровь положительная

На белок +

Стеркобиллин+

Эритроциты 1-4 в п\з, слизь, мышечные волокна, жирные кислоты изредка

1. 1.10.10 ЭКГ синусовая брадикардия. 54 /мин. ЭОС отклонена влево
2. ФГДС 1.10 Заключение: недостаточность кардии, признаки поверхностного гастрита, дуоденит.
3. УЗИ 1.10 Заключение: диффузные изменения печени и поджелудочной железы
4. 11.10 при посеве желчи рост микрофлоры не обнаружен.
5. Данные колоноскопии: осмотрена прямая кишка и часть сигмовидной: стенка кишки эластична, слизистая рыхлая, гиперемирована. На стенках множественные эрозии, язвы, участками сливаются, на стенках налет фибрина, слизь.

Заключение: НЯК, фаза активности. Псевдополипоз ободочной кишки

1. 4.10. Патогистологическое иследования прямой кишки: множественные полипы прямой кишки.

Клинико-лабораторные синдромы:

1.Кишечной диспепсии: по результатам копрограммы.

2.Геморрагический: Реакция кала на скрытую кровь положительная

Примесь крови в кале.

3.Дефекта слизистой оболочки толстой кишки. По данным колоноскопии.

Дифференциальный диагноз:

1.Дифференциальная диагностика болезни Крона и язвенного колита

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак  | Болезнь Крона в толстой кишке | Язвенный колит |
| Глубина поражения | Трансмуральное | Воспалительный процесс в слизистой оболочке и подслизистом слое |
| Кровавый стул | Редко  | Типичный признак  |
| Поражение прямой кишки | Редко (20%) | Часто  |
| Патологические изменения вокруг анального отверстия | Характерны  | Не характерны |
| Наружные и внутренние свищи | Характерны | Не характерны |
| Поражение илеоцекальной области | Очень характерно | Не характерно  |
| Определение при пальпации живота опухолевидного образования | Характерно | Не характерно  |
| Рецидив после хирургического лечения | Часто  | Не бывает |
| Эндоскопические проявления:* + афты
	+ продольные язвы
	+ непрерывное поражение
 | ТипичныТипичныРедко  | НетНетХарактерно  |
| Микроскопия биоптатов – наличие эпителиоидной гранулёмы | Типичный признак | Не характерно |

2.Дифдиагностика НЯКа и Рака кишечника:

Рак кишечника преимущественно локализуется по всей протяженности кишечника, преимущечтвенно в левой половине толстой кишки и прямой кишке. Трамуральное поражение слизистой включая серозный слой.

Для НЯК характерна поражение слизистой в виде глубоких подрытых язв, псевдополипов, серозный слой сохранен.поражение непрерывное от дистальных отделов к проксимальным.

Для рака в отличии от НЯК характерна лимфоидная гиперплазия, подслизистый фиброз.

3.Микробные колиты обусловленные сальмонеллами, шигеллами, иерсиниями, амебами, хламидиями

4.Псевдомембранозный энтероколит - фибриноидное воспаление слизистой толстой кишки, появляющееся после длительного приема антибиотиков.

5.Ишемический колит - чаще поражаются левые отделы (селезеночный угол), как результат атеросклеротического поражения мезентериальных сосудов - нижнебрыжеечной артерии, и частично верхнебрыжеечной. В первой стадии заболеваения у таких больных боли купируются нитроглицерином

***Диагноз клинический***: Неспецифический язвенный колит с тотальным поражением толстой кишки, тяжелой степени, рецидивирующее течение, стадия обострения. Псевдополипоз ободочной кишки.

***Обоснование:*** *На основании жалоб больного на* частый жидкий стул с примесью крови, слабость, *данных анамнеза заболевания:* Обострение НЯК началось в августе с вышеуказанных жалоб.

Госпитализирован для проведения курса лечения; *данных анамнеза жизни:* отягощенная наследственность. *данных объективного исследования:* Язык сухой обложен беловатым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и левой подвздошной области,

***На основании данных дополнительных методов исследования:* На основании данных колоноскопии:** осмотрена прямая кишка и часть сигмовидной: стенка кишки эластична, слизистая рыхлая, гиперемирована. На стенках множественные эрозии, язвы, участками сливаются, на стенках налет фибрина, слизь.

 Заключение: НЯК, фаза активности. Псевдополипоз ободочной кишки.

Рецидивирующее течение так как частый жидкий стул до 10-20 раз в сутки в течении года. Постоянные ноющие боли в животе длительное время.

**Дневники курации**:

4.10.10 Больной предъявляет жалобы на болив левой подвздошной области перед дефекацией. Частый жидкий стул утром 4 раза, с примесью крови. общее недомогание. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.6 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст. . Пульс 76 уд. в мин. Язык сухой обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации незначительно болезненный в околопупочной и левой подвздошной области.

мочеотделение безболезненное.Назначения лечащего врача переносит хорошо, лекарственные препараты получает в полном объёме (согласно листу назначений). Продолжить лечение по заданной схеме.

6.10.10

Больной предъявляет жалобы на общую слабость. Частый жидкий стул. 5 раз в сутки. Утром был без примеси крови. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.7 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст. . Пульс 78 уд. в мин. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации безболезненный.

мочеотделение безболезненное, Назначения лечащего врача переносит хорошо, лекарственные препараты получает в полном объёме (согласно листу назначений). Продолжить лечение по заданной схеме.

Лечение:

1. Режим свободный, рекомендуется психо-эмоциональный покой.

Диета:

исключение жаренные, жирные, соленые, острые блюда. Также в питание больного нельзя включать шоколад, бобовые продукты, грибы, фрукты и овощи, стимулирующие перистальтику (сливы, киви, курага, свекла). В период обострения ограничивается количество клетчатки, сладкого, соков. При длительной ремиссии рацион питания можно значительно расширить, однако молоко и молочные продукты противопоказаны на протяжении всей жизни.

Питание высокобелковой пищей. Рекомендовано употреблять в пищу рыбий жир, как Ингибиторы лейкотриена В4. Вимамины «Комплевит».

(130 - 150 г белка в день).

2. Медикаментозная терапия:

базисная:

1)Rp. : Supp. Sulfasalazini 0,5

D.T.D. №20

S. По 1 свече 2 разв в день

В состав сульфасалазина входят месалазин (5-аминосалициловая кислота), который обладает противовоспалительным эффектом и сульфапиридин, который обеспечивает доставку месалазин в толстую кишку, в место локализации основного воспалительного процесса при неспецифическом язвенном колите.

2) Rp.: Salofalci 0,5

D.t.d. №30 in tab

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

Салофальк - действующее вещество данного препарата является месалазин.

Механизм действия препаратов 5-АСК основывается на противовоспалительном эффекте, который реализуется через ингибирование образования простагландинов, снижения синтеза цитокинов: IL–1, IL-2, IL -6, фактора некроза опухолей, торможение липооксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты, снижение продукции свободных радикалов.

Показания к применению препаратов 5-АСК: первичная терапия при легкой степени активности НЯК, первичная терапия в комбинации со стероидами при средней и тяжелой степени активности НЯК, поддерживающая терапия при НЯК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Препарат | Механизм высвобождения | Место действия |
|

|  |
| --- |
| СульфасалазинОлсалазин |

 |  под действием кишечной флоры | толстая кишка |
|

|  |
| --- |
| Мезакол |
| Салофальк  |
| Роваза |

 |

|  |
| --- |
|  при рН > 7 |
|  при рН > 5.6 |

 | подвздошная кишка, толстая кишка |
| Пентаса |  медленное освобождение | тонкая и толстая кишки |

Rp.: Prednisoloni 0,005

D.t.d. №30 in tab

S. 4 таблетки утром в 7.00 3 таблетки в обед.

Механизм действия кортикостероидов основывается на противовоспалительном эффекте, снижении образования простагландинов, ингибировании образования и действия цитокинов: IL-1, IL-2, IL-3, фактора некроза опухолей, стабилизации лизосомальных мембран, снижении проницаемости капилляров, улучшении микроциркуляции.

Показаниями к применению кортикостероидов при неспецифическом язвенном колите являются отсутствие эффекта от терапии месалазином при легкой степени активности, первичная терапия при средней и высокой степени активности (в сочетании с месалазином). Лечение кортикостероидами часто осложняется множественными побочными эффектами. К наиболее частым из них относятся: подавление гипоталамо-гипофизарной системы, синдром Кушинга, артериальная гипертензия, остеопороз, пептические язвы, электролитные нарушения, стероидный диабет. Побочные эффекты носят дозозависимый характер и нарастают при увеличении длительности гормональной терапии. Для их профилактики необходим контроль состояние периферической крови, биохимических показателей, электролитного состояние крови.

Rp.: Ciproleti 0,2%-100,0

D.t.d. №10 in amp

S. в\в 2 раза в день в течении 10 дней 10 дней

Фторхинолоны, антибактериальное широкого спектра, бактерицидное

Rp.: Pancreatini

D.t.d. №30 in drag

S. *Внутрь,* не разжевывая, во время или после еды по 1 драже 3 раза в сутки *восполняет дефицит ферментов поджелудочной железы*. Входящие в состав препарата амилаза, липаза и протеаза облегчают переваривание углеводов, жиров и белков, способствуя более полному их всасыванию в тонком кишечнике.

Rp.: No-Spa 2%-2,0

D.t.d. №10 in amp

S. в\м 2 раза в день

Спазмолитик. Дротаверин эффективен при спазмах гладкой мускулатуры как нейрогенного, так и мышечного происхождения. Независимо от типа вегетативной иннервации дротаверин расслабляет гладкую мускулатуру ЖКТ, желчевыводящих путей, мочеполовой системы.
Вследствие своего сосудорасширяющего действия дротаверин улучшает кровоснабжение тканей.

повторные курсы **гипербарической оксигенации** каждые 10-14 месяцев по 6-8 сеансов (в фазу ремисси, при обострении – больше) при рабочем давлении кислорода 1,5-1,7 атм. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней тяжести и рецидивирующем течении процесса после третьего курса ГБО наблюдаемая ремиссия составляет в среднем 3,5 года. При среднетяжелой и тяжелой формах неспецифического язвенного колита с хроническим непрерывным течением процесса и тотальным поражением толстой кишки в течение первых трех лет получения ГБО колоноскопически выявляется постепенное уменьшение признаков воспаления в проксимальных отделах толстой кишки и продолжительное сохранение эрозивно-язвенных изменений в дистальных отделах, особенно в прямой кишке. После третьего курса ГБО морфологически наблюдается очищение дна язвы от некротических масс и появление грануляционной ткани. После шестого курса уже выявлялись эпитализация дна язв, формирование крипт, т. е. определялась картина атрофического колита (ремиссия заболевания). В большинстве случаев улучшение состояния и самочувствия ощущается больными не сразу, а через 2 или даже 3 нед. после окончания курса ГБО. В 70% случаев ГБО позволяет отказаться от приема глюкокортикоидов. Гипербарическую оксигенацию следует применять после купирования остроты заболевания в комплексе с медикаментозными средствами и в дальнейшем ежегодно повторять до полного морфологического восстановления слизистой оболочки толстой кишки.

**Современные методы хирургического лечения неспецифического язвенного колита**

**Абсолютными показаниями к хирургическому лечению служат:**

• перфорация,

• кишечная непроходимость,

• токсический мегаколон,

• абсцесс,

• кровотечение,

• высокая степень дисплазии или рак толстой кишки.

**Относительными показаниями к хирургическому лечению служат:**

• неэффективность консервативной терапии при выраженной активности,

• задержка развития у детей и подростков,

• фистулы,

• низкая степень дисплазии эпителия.

При этом, как правило, применяются следующие операции:

* паллиативные операции - илеостомия (колостомия при НЯК практически не применяется)
* радикальные операции- субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илео- и сигмостомы, колпроктэктомия с илеостомией по Бруку (Brooke) или удерживающей илеостомой по Коку (Kock), колпроктэктомию с илеостомией по Бруку (Brooke) или удерживающей илеостомой по Коку (Kock)
* востановительно-реконструктивные операции

Активной хирургической тактики рекомендуется придерживаться и у детей с тяжелыми формами язвенного колита если нет быстрой положительной динамики на проводимое лечение. У большинства больных к хирургическому лечению прибегают вынуждено, при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии тяжелых форм язвенного колита. В тех случаях, когда заболевание принимает непрерывно рецидивирующую форму, операция приносит избавление от многочисленных страданий.

Самым частым показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита остается отсутствие положительного эффекта от проводимой консервативной терапии.

Так как излечения при хроническом неспецифическом язвенном колите можно достичь только при удалении всей толстой кишки, еще недавно единственным выбором при хирургическом лечении была колпроктэктомия. **Колпроктэктомия** удаляет основной источник заболевания - патологически измененную слизистую толстой кишки. Несмотря на то, что после этой операции нет риска развития колоректального рака, такой метод хирургического лечения не получил полного одобрения врачей и пациенты на такие операции соглашаются неохотно. Негативное отношение к этой операции вызвано тем, что стандартным завершением колпроктэктомии является постоянная илеостома. Хотя большинство больных адаптируется к постоянной илеостоме, пациенты трудоспособного возраста испытывают значительные постоянные психологические и социальные проблемы. В настоящее время разработаны операции, позволяющие в значительном числе случаев отказаться о колпроктэктомии.

Более 10 лет в лечении больных с неспецифическим язвенным колитом используется **субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом**. Эта операция позволяет отказаться от формирования илеостомы. При этом, нервные окончания иннервирующие тазовые органы не повреждаются, нет риска развития импотенции и дисфункции мочевого пузыря. Недостатком субтотальной колэктомии с илеоректальным анастомозом является оставление прямой кишки, рецидивирующий проктит может значительно утяжелять состояние оперированных больных и приводить к плохим послеоперационным функциональным результатам. Помимо этого, у 15 - 20 % больных в последующие годы возможно развитие рака прямой кишки. В 1969 году Кок (Kock) первым предложил идею **удерживающей илеостомы**. При формировании удерживающей илеостомы ободочная и прямая кишка удаляются так же как при стандартной колпроктэктомии. Различия имеются только в методике формирования илеостомы. При создании илеостомы по Коку создается резервуар из кишечной петли, сама стома на передней брюшной стенке формируется с клапаном. Оперированные по этой методике больные периодически опорожняют кишечный резервуар введением зонда через стому. Достоинствами этой методики является сохранение функции удержания кишечного содержимого, самостоятельный уход больных за собой. После этой операции часто наблюдаются неудовлетворительные исходы, у 15% оперированных больных имеется недержание вследствие недостаточности клапана стомы, повторным хирургическим вмешательствам по поводу различных осложнений подвергаются 40 - 50% пациентов. Хорошие функциональные исходы после формирования илеостомы по Куку наблюдаются значительно реже. Илеостомия по Коку показана преимущественно для пациентов перенесших ранее колпроктэктомию и настаивающих на восстановлении функции кишечного удержания или у больных после неудачной попытки формирования илеоанального анастомоза.

В конце 40 годов была предложена **сфинктеросохраняющая операция**. Основными особенностями ее являются: колэктомия из абдоминального доступа; мукозэктомия прямой кишки; низведение подвздошной кишки в анальный канал с формированием илеоанального анастомоза. Первоначально предлагалось, как обычно выполнять колэктомию из абдоминального доступа. Затем, до удаления кишки, через анальное отверстие отделялась слизистая оболочка от мышечного слоя прямой кишки. Важным моментом операции является сохранение мышечной манжетки и анального сфинктера. Непрерывность кишечника восстанавливалась низведением терминального отдела подвздошной кишки через мышечную манжетку и формированием циркулярного илеоанального анастомоза. Потенциальными преимуществом этой операции является удаление всей пораженной слизистой оболочки, сохранение иннервации тазовых органов, отсутствие впоследствии импотенции, отказ от необходимости постоянной илеостомы, сохранение чувствительности анального сфинктера с функцией калового удержания. Эти теоретические предположения не вполне оправдались, до 1980 года было выполнено небольшое количество таких операций с высокой частотой послеоперационных осложнений и непредсказуемыми функциональными результатами. Результаты операции были улучшены после уточнения показаний к подобным операциям, накопления опыта дооперационной подготовки больных, но главным образом благодаря совершенствованию хирургических приемов при выполнении самой операции. Наиболее важным усовершенствованием операции стало создание тазового кишечного резервуара с илеоанальным анастомозом. Предложено несколько видов тазовых резервуаров типа "J", "S" и "W". Изучение функциональных результатов илеоанальных анастомозов с формированием тазового резервуара и без создания резервуара из подвздошной кишки показало, что частота стула у больных со сформированным тазовым резервуаром значительно меньше, чем у пациентов без него, особенно в ранний послеоперационный период.

Выполнение этого хирургического вмешательства по строгим показанием является главным условием получения хороших послеоперационных результатов. Болезнь Крона является противопоказанием для этого хирургического вмешательства. Для удержания полуоформленного стула больные должны иметь хорошую функцию анального сфинктера, которую необходимо до операции оценить при помощи аноректальной манометрии. Наличие гнойных осложнений в промежности является противопоказанием для этой операции. Относительным противопоказанием для хирургического вмешательства является ожирение. Хронологический возраст больного мало влияет на исходы операции, значительно более важным является физиологический возраст и сохранность больного. Удовлетворительные функциональные исходы после операций с илеоанальным анастомозом у значительного числа больных способствовали распространению этого вмешательства. При достаточном объеме кишечного резервуара и хорошо сохраненной функции анального сфинктера обеспечивается хорошее анальное держание с приемлемой частотой дефекации. Частота дефекации колеблется от четырех до девяти раз в сутки, средняя частота шесть раз в сутки. В ночное время стул бывает один или два раза, чаще один раз. Наиболее важным для больных является возможность задержать дефекацию, этот показатель очень вариабелен, и в значительной степени зависит от длительности послеоперационного периода. Недержание в дневное время редко отмечается больными, недержание ночью отмечается у 10 - 15% пациентов. Функциональные результаты операции улучшаются в течение 2 лет после операции. Для улучшения функциональных результатов, больные в послеоперационном периоде принимают синтетические опиоидные антидиарейные препараты, придерживаются диеты с высоким содержанием волокон, дополнительно употребляют пищевые волокна в виде метилцеллюлозы.

Хотя после операции мукозэктомии прямой кишки с низведением подвздошной кишки в анальный канал и формирования илеоанального анастомоза имеются хорошие послеоперационные результаты, имеются различия во взглядах хирургов: на методику выполнения операции, механизмы развития послеоперационных изменений в функционировании анального сфинктера, качество жизни оперированных больных.

Ряд хирургов предпочитает выполнять одновременно резекцию прямой кишки и удаление пораженной слизистой, в отличие от традиционного трансанального удаления слизистой прямой кишки. Преимуществом такой методики операции является отсутствие травматизации оставленной части прямой кишки и анального канала. Резервуар из подвздошной кишки фиксируется к проксимальной части анального канала. Рациональным в этой методике является сохранение слизистой в анальном канале и отсутствие повреждения анатомической целостности анального сфинктера, после операции сохраняется функция анального держания. В некоторых исследованиях было показано, что при оставлении части слизистой анального канала сохраняется анальная чувствительность и функциональные исходы лучше, но проспективными исследованиями это не подтверждено. Очевидный недостаток этой операции в том, что оставленная часть слизистой прямой кишки является источником постоянного риска возникновения повторных рецидивов заболевания в анальном канале и малигнизации. После операции больные должны находится под наблюдением в течение всей жизни. Мукозэктомию не следует выполнять пациентам при обнаружении дисплазии слизистой в прямой кишке, наличие рака в дистальных отделах прямой кишки, распространенной дисплазии толстой кишки и семейном полипозе.

Послеоперационная смертность при хирургическом лечении неспецифического язвенного колита после плановых операций не превышает 2%, при хирургических вмешательствах по срочным показаниям 4-5%, в случаях токсического мегаколона летальные исходы наблюдаются в 17% наблюдений. Гнойные осложнения являются основными в лечении этой категории больных, часто развивается нагноение операционных ран и внутрибрюшные осложнения. Частым осложнением колпроктэктомии с илеостомой по Бруку, удерживающей илеостомой по Коку, илеоанальном анастомозе является кишечная непроходимость, которая наблюдается у 10% больных. У пациентов может наблюдаться замедленное заживление ран, половая дисфункция, мочекаменная болезнь. Поздним осложнением после операции с формированием илеоанального анастомоза с созданием тазового резервуара является его дисфункция, которая выявляется у 10-50% больных оперированных по поводу неспецифического язвенного колита. Это осложнение включает частый стул водянистого характера, императивные позывы, лихорадку и изучено еще недостаточно. Причина этого осложнения неизвестна, определенную роль может играть нераспознанная болезнь Крона, дислокация кишечной флоры и дисбактериоз, первичная и вторичная мальабсорбция, стаз, ишемия, гипопротеинемия и нарушение иммунитета. Короткий курс метронидазола эффективен у большинства больных. Все пациенты после хирургического лечения по поводу неспецифического язвенного колита нуждаются в реабилитации, которая может осуществляться через ассоциации илеостомированных больных и врачей стоматерапевтов, подготовленных в вопросах ухода за илеостомой.

Список литературы

1.Ивашкин В.Т. Выбор лекарственной терапии воспалительных заболеваний кишечника // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1997. - Т. 7, № 5. - С. 41-47.

2.«Диагностика и лечение иммунопатологических заболеваний» А.П. Колесников, А.С. Хобаров.

3. Коллекции Medinfo http://www.doktor.ru/medinfo, http://medinfo.home.ml.org

4. http://www.mma.ru/article/