ГОУ ВПО

«Ростовский Государственный Медицинский Университет

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Кафедра терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Основной диагноз: Болезнь Крона

Зав. каф. : Профессор Кастанаян А.А.

Преподаватель: Карташова Е.А.

Куратор: Клещёва А.С. , 17ЛПФ, 4 курс

Ростов - на - Дону

г.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

. Ф. И. О. :

2. Пол: женский

. Возраст 36 лет

. Место жительства: г. Ростов-на-Дону

. Профессия: Не работает

. Дата и время поступления в стационар12. 03. 2012

. Дата выписки: 10. 04. 2012

. Кем направлен: Самотек

. Диагноз при поступлении: НЯК, болезнь Крона???

. Сопутствующие заболевания: ГЭРБ, недостаточность кардии, хронический гастрит, хронический метроэндометрит на фоне внутриматочной спирали

ЖАЛОБЫ

болезнь крон

На момент поступления: боли в животе в области нижнего правого квадранта,

Изжога, отрыжка, рвота, урчание в животе, боли в прямой кишке, частый неоформленный стул, (6-8 раз в сутки), с примесью слизи.

На момент осмотра больная жалоб не предъявляет.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ(Anamnesis morbi)

Считает себя больной с 2006 года, когда эпизодически стала отмечать появление дискомфорта по ходу кишечника, склонность к послаблению стула, иногда отмечала примесь крови и слизи в кале. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение состояние в ноябре 2011 года, когда у больной появился стул жидкой консистенции до 6-7 раз с примесью слизи и крови, выраженный метеоризм, урчание в животе, повышение температуры до 38\*С. Больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение, клиники РостГМУ с диагнозом; « НЯК» и находилась в стационаре с 22. 11. 2011. по 17. 12. 2011. , где назначено повторная госпитализация по программе: «ОКАЗАНИЕ ВМП»

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

В детстве развивалась соответственно возрасту, отклонений не было. Перенесла корь. Аллергический анамнез-лекарственной аллергии не отмечает. Наследственный анамнез не отягощен. Эпидемиологический анамнез- Вирусные гепатиты, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструации регулярные, беременности -4, роды -4, аборты -нет. Гемотрансфузий не было.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больной средней тяжести. Нормостенический тип телосложения, правильное питание. Выражение лица спокойное. Кожные покровы, слизистые умеренно розовые. Эластичность кожи нормальная, подкожная клетчатка умеренная. Лимфоузлы доступные для пальпации, не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой и с подлежащими тканями. Видимых отеков нет.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

Форма грудной клетки без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричны участвуют в акте дыхания. Чдд- 16 в минуту

Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой. Грудная клетка эластичная.

Перкуссия сравнительная: в симметричных участках ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается;

Подвижность легочных краев справа слева

По среднеключичной линии +/ - 2см=4см -----

средней подмышечной +/- 3см=6см +/ - 3 см=6см

лопаточной +/- 2см=4см +/- 2см=4см

Границы легких в норме.

Аускультация легких.

Над всей поверхностью грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Побочные шумы не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

Расположение нижних границ легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная линия Среднеключичная линия Передняя подмыш. линия Средняя подмыш. линия Задняя подмыш. линия Лопаточная линия Околопозвоночная линия | Пятое межреберье VI ребро VII ребро VIII ребро IX ребро X ребро Остистый отросток XI грудного позв.  | - - VII ребро VIII ребро IX ребро X ребро Остистый отросток XI грудного позв |

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Осмотр и пальпация.

Видимой патологической пульсации нет. ЧСС=пульс=78 в минуту. АД-125\75 мм рт ст.

Перкуссия сердца.

Границы абсолютной тупости сердца.

Правая - левый край грудины;

Левая - 2 см кнутри от левой среднеключичной линии;

Верхняя - на уровне IV ребра;

Поперечный размер относительной тупости сердца - 5, 7 см.

Сосудистый пучок.

Поперечник сосудистого пучка во II-ом межреберье с обеих сторон грудины 5, 3 см.

Дуга аорты не восстаит над углом грудины.

Аускультация. Тоны сердца приглушенны ритмичны.

Границы относительной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница | IV межреберье на 1-1, 5 см кнаружи от правого края грудины |
| Левая граница | V межреберье слева на 1-2 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя граница | III ребро |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Исследование органов пищеварения.

Язык влажный, обложен умеренно белым налетом.

Исследование живота.

Осмотр.

Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубец после аппендэктомии, других изменений кожных покровов не отмечается. Мышцы брюшной стенки активно учувствуют в акте дыхания. Грыжы не выявлены.

Поверхностная пальпация.

Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника, боли острого характера, не связанные с приемом пищи, в правом нижнем квадранте живота,

Исследование печени и желчного пузыря.

Нижний край печени пальпаторно у края реберной дуги, край закругленный, безболезненный при пальпации. Границы печени по Круглову 11-10-9см. селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательны

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА  | НИЖНЯЯ ГРАНИЦА  | ВЫСОТА ПЕЧЁНОЧНОЙ ТУПОСТИ |
| Передне - подмышечная правая  | VІІ ребро | X ребро  | 11, 5см |
| Средне - ключичная правая | VІ ребро | край реберной дуги | 10см  |
| Окологрудинная правая | на уровне верхнего края VІ ребра | на 2см ниже края реберной дуги | 9см  |
| Передняя срединная |  | на 4см ниже основания мечевидного отростка грудины | по Курлову 8 см |
| Граница левой доли | на левой окологрудинной по краю реберной дуги | косой размер (по Курлову) 7, 5 см |

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

1. Осмотр поясничной области: покраснений и отечности нет, выпячиваний нет.

. Пальпация почек в вертикальном положении: не пальпируются, безболезненны.

. Пальпация почек в горизонтальном положении: не пальпируются, безболезненны.

. Пальпация мочевого пузыря: безболезнен.

. Перкуссия почек и мочевого пузыря: симптом поколачивания отрицательный.

. Жалобы на задержку мочеиспускания отсутствуют.

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

Положение активное, при пальпации болезненности не выявлено, конфигурация суставов нормальная. Свободно передвигается.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа не пальпируется. Глазных симптомов нет.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Пребывает в нормальном сознании, адекватна, зрачковый рефлекс положительный.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного (: боли в животе. в области нижнего правого квадранта, изжога, отрыжка, рвота, урчание в животе, боли в прямой кишке, частый неоформленный стул, (6-8 раз в сутки), с примесью слизи. ) и данных анамнеза заболевания (госпитализация в гастроэнтерологию с диагнозом «НЯК» и повторная госпитализация через три месяцпа по программе «Оказание ВМП»), а также на основании данных объективного исследования больного(Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника, боли острого характера, связанные с приемом пищи, в правом нижнем квадранте живота, ) можно предположить диагноз:

болезнь крона

. Неспецифический язвенный колит

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

-ОАК, ОАМ

-тромбоциты

-биохимия крови: АСТ, АЛТ, . Билирубин, щелочная фосфатаза.

-копрограмма

-глюкоза крови

-КТ

-ФГЭДС

-Иммунограмма: СД 2, СД 4, СД 8, СД 16,

ИФА крови

-Дизгруппа, дизбактериоз

-Электролиты крови: K, Mg, Cl.

-ВКС со взятием биопсийного материала.

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

-Колноскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

-ОАК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты |  N |
| Гемоглобин | 90г/л | 118, 0-166, 0 г/л |
| Эритроциты | 3, 15х1012/л | 4, 5-5, 0 \* 1012/л |
| Лейкоциты  | 5, 1\*109/л | 4, 5-9\*109/л |
| Эозинофилы | 3% | 1-4% |
| Палочкоядерные | 2% | 1-6% |
| Сегментоядерные | 63% | 47-72% |
| Лимфоциты | 24% | 18-40% |
| Моноциты | 5% | 2-9% |
| СОЭ | 8 мм/ч | 1-10 мм/ч  |

ПТИ-100%; ГЛЮКОЗА-4, 11 ммоль/л

-Биохимия крови:

билирубин-4, 7 ммоль/л

мочевина-2, 40 ммоль/л

АЛТ-0, 26

АСТ-1, 375

креатинин-58 ммоль/л

щелочная фосфатаза-153 ед. /л

-ОАМ:

количество-40 мл

цвет-соломенно-желтый

прозрачность-неполная

реакция-кислая

удельный вес-1, 000

белок-нет

Цилиндры гиалиновые-нет

эритроциты-отсутствуют

лейкоциты-1, 3

КОЛОНОСКОПИЯ

Глубокие язвенные поражения стенок кишечника, которые расположены вдоль продольной оси, изменение слизистой по типу « булыжной мостовой»

БИОПСИЯ

На стенках кишечника язвы с неровными краями, без признаков регенерации ткани.

КОПРОГРАММА

В кале; эпителий, ГМК, слизь, кровь

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

. БОЛЕЗНЬ КРОНА

Болезнь Крона - воспалительное рецидивирующее заболевание, характеризующееся преимущественно гранулематозными, некротически-язвенными и рубцово-стснозирующими процессами в стенке пищеварительного тракта, носящими обычно ограниченный, сегментарный характер.

Патологоанатомическая картина.

Чаще поражается дистальный участок подвздошной кишки на протяжении 15-20 см изолированно или в сочетании с поражением слепой и других отделов толстой кишки. Характерно наличие достаточно четкой границы между измененными и неизмененными участками кишки. Стенка кишки отечна, под серозным покровом видны белесоватые бугорки (гранулемы). Регионарные лимфатические узлы увеличены, отмечаются явления лимфостаза в подслизистом слое. На поверхности слизистой оболочки видны участки некроза, язвы, а при длительном течении заболевания - рубцы, нередко суживающие просвет кишки, и участки атрофии слизистой. Микроскопическое исследование выявляет отек стенки кишки, гиперплазию лимфоидных фолликулов, образование гранулем, преимущественно состоящих из своеобразных гигантских и эпителиоидных клеток. В тяжелых случаях образуются абсцессы в стенке кишки, внутренние и наружные свищи.

Клиническая картина. Клиника болезни Крона весьма вариабельна и во многом зависит от локализации и остроты процесса.

Острая форма болезни проявляется резкими болями в животе (чаще в правой подвздошной области), рвотой, поносами, высокой температурой тела и по клинической картине чаще всего напоминает острый аппендицит. Хронические формы заболевания проявляются болями в животе, поносами с наличием в испражнениях слизи и гноя, метеоризмом, похуданием, нередко субфебрилитетом. При пальпации живота обнаруживается болезненность над зоной поражения, нередко резистентность брюшной стенки. Иногда удается пальпировать ригидную и болезненную части кишки или воспалительные конгломераты в этой области. При поражении толстой кишки часто выявляются изменения слизистой оболочки и кожи в области ануса (отеки, трещины, язвы, рецидивирующие абсцессы, свищи). Внекишечными проявлениями болезни являются артриты, ириты, узловая эритема.

При исследовании крови нередко выявляется анемия, в период обострения заболевания - нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, в ряде случаев - гипопротеинемия. При рентгенологическом исследовании определяются утолщение складок слизистой оболочки пораженного участка вследствие воспалительного отека, зернистость рельефа с мелкими дефектами наполнения, в типичных случаях - характерное шнуровидное сужение дистального участка подвздошной кишки (симптом струны). Поражения толстой кишки последнее время диагностируются чаще благодаря использованию колоноскопии и прицельной биопсии с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

Течение и осложнения. Начало заболевания может быть острым с последующим переходом в хроническую форму или (чаще) хроническим рецидивирующим, медленно прогрессирующим. При неблагоприятном течении возникают осложнения: непроходимость кишечника, которая нередко имеет подострое течение с чередованием периодов ухудшения и частичного восстановления проходимости кишки, абсцессы, внутренние или (реже) наружные свищи; при длительном течении может развиваться амилоидоз внутренних органов.

. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

НЯК-хроническое воспалительное поражение толстого кишечника, воспаление затрагивает только СЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ!

Клиническая картина.

Диарея с примесью свежей крови, частые дефекации, боли чаще в левой нижней части живота.

При колоноскопии -наличие участков регенерации. в виде псевдоподии.

Копрограмма характеризуется наличие крови свежей.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного (боли в животе. в области нижнего правого квадранта, изжога, отрыжка, рвота, урчание в животе, боли в прямой кишке, частый неоформленный стул, (6-8 раз в сутки), с примесью слизи), данных анамнеза заболевания (госпитализация в гастроэнтерологию с диагнозом «НЯК» и повторная госпитализация через три месяцпа по программе «Оказание ВМП»), а также на основании данных объективного исследования больного(Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника, боли острого характера, не связанные с приемом пищи, в правом нижнем квадранте живота) и результатов лабораторных и инструментальных исследований (гипохромная анемия, колоноскопия: Глубокие язвенные поражения стенок кишечника, которые расположены вдоль продольной оси, изменение слизистой по типу « булыжной мостовой»; копрограмма: В кале; эпителий, ГМК, слизь, кровь, ; биопсия: На стенках кишечника язвы с неровными краями, без признаков регенерации ткани. можно поставить окончательный клинический диагноз:

Основной: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишок, высокая степень активности. .

Сопутствующие заболевания: ГЭРБ, недостаточность кардии, хронический гастрит, хронический метроэндометрит на фоне внутриматочной спирали.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

. ДИЕТА(БЕЗМОЛОЧНАЯ)(питание частое, дробное)

. ПРЕПАРАТЫ:

-ПЕНТАССА 1, 0г\*3раза/сутки

-АЛЬФА-НОРМИКС 200мг по 2 таб. \*2раза/сутки

-КРЕОН 25000 (1 капсула во время еды)

-ГЛЮКОЗА 5% 250 мл в/в капельно

-ДЮСПАТАЛИН 200мг по 1 таб 3 раза в день

-МОДУЛЕН 400г по 3 мерн. ложки на 160 мл воды 3 раза в день

-ПЕНТАМЕН 430г по 4 доз. ложки на 160 мл воды 3 раза в день

-ЛИНЕКС 25мг

-ЦИПРОЛЕТ таб. 500мг

-АСКОРБИНОВАЯ К-ТА 5% 5Омг/мл

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Больная ххх, 36 лет, находилась на лечении с 12. 03. 2012. по 10. 04. 2012 в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишок, высокая степень активности.

Диагноз был подтвержден данными субьективного (жалоб больного -боли в животе. в области нижнего правого квадранта, изжога, отрыжка, рвота, урчание в животе, боли в прямой кишке, частый неоформленный стул, (6-8 раз в сутки), с примесью слизи. , анамнестического(госпитализация в гастроэнтерологию с диагнозом «НЯК» и повторная госпитализация через три месяца по программе «Оказание ВМП»). лабораторных и инструментальных исследований (гипохромная анемия, колоноскопия: Глубокие язвенные поражения стенок кишечника, которые расположены вдоль продольной оси, изменение слизистой по типу « булыжной мостовой»; копрограмма: В кале; эпителий, ГМК, слизь, кровь, ; биопсия: На стенках кишечника язвы с неровными краями, без признаков регенерации ткани. )

В стационаре больная получал лечение:

-ПЕНТАССА 1, 0г\*3раза/сутки

-АЛЬФА-НОРМИКС 200мг по 2 таб. \*2раза/сутки

-КРЕОН 25000 (1 капсула во время еды)

-ГЛЮКОЗА 5% 250 мл в/в капельно

-ДЮСПАТАЛИН 200мг по 1 таб 3 раза в день

-МОДУЛЕН 400г по 3 мерн. ложки на 160 мл воды 3 раза в день

-ПЕНТАМЕН 430г по 4 доз. ложки на 160 мл воды 3 раза в день

-ЛИНЕКС 25мг

-ЦИПРОЛЕТ таб. 500мг

-АСКОРБИНОВАЯ К-ТА 5% 5Омг/мл

После интенсивного лечения состояние больной улучшилось, вследствие чего она была выписана со следующими рекомендациями:

. Наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства, контроль ОАК, +ТРОМБОЦИТЫ каждые две недели, контроль биохимии(билирубин, АСТ. АЛТ, амилаза, щелочная фосфатаза, )1 раз/месяц, повторная госпитализация в гастроэнтерологию клиники РостГМУ по программе оказания специальной медицинской помощи через 3 месяца.

. Диета, щадящий стол + Нестле Модулен по 3 мерных ложки(развести в 160мл воды)\*3 раза/сутки между приемами пищи.

Продолжительность-8 недель

. Пентасса по 0, 5 г(2 таб)\*3 раза сутки.

Продолжительность-длительно.

. Креон 10000 ед(1капс. )\*3 раза/сутки во время еды

Продолжительность-2-3 недели

. Каждые 2 месяца: 1. Альфа-нормикс 200 мг (по 2 таб)\*2 раза/сутки)

. Ципролет 0, 5 г по 1 таб\*2раза/сутки

Продолжительность-(7-10 дней)

. Нормбакт по 1 пакетику\*2раза/сутки до нормализации уровня гемоглобина.

. Закофальк по 1 таб\*3раза/сутки

Продолжительность - 8 недель.