АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# КАФЕДРА ИММУНОЛОГИИ

Зав. кафедрой: проф., д.м.н. Колесников А.П,

Преподаватель: д.м.н. Волощенко Л.Г.

Куратор: Бартенев А.Г. 520 гр.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: Хронический неспецифический язвенный колит,

средней степени тяжести, обострение

Барнаул 2005г.

**Общие сведения**

(паспортная часть)

1. ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст - (27 года)

3. Пол - мужской

4. Постоянное место жительства –

5. Профессия, должность: Слесарь

6. Кем направлен – Ново-Алтайской ЦГБ.

7. Дата и время поступления в клинику - 28.02.2005.,

8. Диагноз направившего учреждения: Хронический неспецифический язвенный колит

9. Диагноз при поступлении: Хронический неспецифический язвенный колит

10. Диагноз клинический: хронический неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести, обострение.

**Жалобы больного**

Связанные с основным заболеванием: на частый жидкий стул до 20 раз в день, объемом от 20 мл. до 500мл., с примесью слизи и крови, похудание, слабость, субфебрилитет в течение недели.

- Боли в животе, разлитого характера

- Субфебрилитет в течение недели

- Слабость недомогание

- Похудел на 15 кг. за последний месяц

- Потливость, озноб, слюнотечение ближе к вечеру

- Боли в шейном отделе позвоночника, затылочной области

- Плохой сон.

**Anamnesis morbi**

Больным себя считает с 2003 года, когда стал отмечать наличие слизи и крови в кале, похудании, слабость. Обследовался в Ново-Алтайской ЦГБ, выставлен диагноз Сфинктерит.

Ухудшение с февраля 2005 г., был госпитализирован в хирургическое отделение 16.02.2005, где выставлен диагноз: Хронический неспецифический язвенный колит.

Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение Краевой больницы для уточнения диагноза и лечения.

**Anamnesis vitae**

Родился в г. Ново-Алтайске, образование средне-специальное (газоэлектросварщик), Служил в армии 1995-1997гг. в войсках связи. Перенесенные заболевания детского и взрослого возраста: корь, ОРВИ редко. В **2001** году - ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, перелом лобной и правой теменной кости (инвалид III группы 2004г.). Сахарным диабетом, туберкулёзом, сифилисом не болел, ВИЧ, болезнью Боткина - отрицает. Лекарственный анамнез благоприятный, гемотрансфузий в течение последних 12 мес. не было. Операций не было. Аллергологический анамнез благоприятный. Наследственность по ЖКБ не отягощена. В контакте с инфекционными больными не был.

**Status praesens communis**

Общее состояние больного средней степени тяжести, больной занимает активное положение, сознание ясное, телосложение нормостеническое, склерыобычной окраски, рост 175 см, вес 59 кг, кожа: цвет нормальный, отёки - нет, подкожная клетчатка не выражена, начальная стадия кахексии, увеличены подмышечные, подчелюстные л/у, плотной консистенции, не спаяны между собой, щитовидная железа не увеличена, мышцы слабо развиты, кости безболезненны при ощупывании, суставы: болезненности при движения нет, за исключением шейного отдела позвоночника, температура 37,1 °С

**Состояние важнейших органов и систем**

***Система дыхания***

Форма гр. клетки нормостеническая, брюшной тип дыхания, ЧД 16 д.д. в мин, ригидность грудной клетки 1-2 см, болезненности при пальпации не обнаружено. Сравнительная перкуссия: притупление перкуторного звука в нижних отделах справа примерно с 5-го ребра высота стояния верхушек:

спереди справа - 3,5 см, спереди слева - 3 см

сзади справа - 3,5 см, спереди слева - 3 см

Ширина полей Кренига: справа 5 см слева - 4,5 см Нижняя граница легких по линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линии | правое лёгкое | левое лёгкое |
| окологрудинная | V межреберье | - |
| среднеключичная | VІ ребро | - |
| передняя подмышечная | VІІ ребро | VІІ ребро |
| средняя подмышечная | VІІІ ребро | VІІІ ребро |
| задняя подмышечная | ІX ребро | ІX ребро |
| лопаточная | X ребро | X ребро |
| околопозвоночная | остистый отросток ХІ Th | остистый отросток ХІ Th |

Подвижность нижних краев легких по линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линии | правое лёгкое | левое лёгкое |
| среднеключичная | 5 см | - |
| средняя подмышечная | 7 см | 7 см |
| лопаточная | 5 см | 5 см |

В легких дыхание везикулярное, бронхофония нормальная, добавочных шумов нет.

***Система кровообращения***

Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 85 уд. в мин, видимой патологической пульсации сосудов нет, АД 150/90

***Система пищеварения***

**Исследование ротовой полости**

Язык влажный, обложен беловатым налетом, ротовая полость санирована.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

Живот мягкий, болезненный при пальпации

*Глубокая пальпация*

1. *Сигмовидная кишка -* подвижность не нарушена, в пределах 8 см, болезненна при пальпации, поверхность гладкая.
2. *Нисходящий отдел* - плотная, болезненная, урчит
3. *Слепая кишка* - безболезненная, эластичная, диаметром 3 см, подвижность 3-5 см.
4. *Восходящий отдел -* гладкая, ровная, эластичная, безболезненна, слегка подвижна.
5. *Терминальный отрезок подвздошной кишки -* поверхность гладкая, диаметр 0,5 - 1 см, безболезненная.
6. *Большая кривизна желудка* - на 2 см выше пупка, ровная, эластичная.
7. *Пилорический отдел желудка -* не пальпируется
8. *Поперечно-ободочная кишка -*плотная, болезненная, диаметром 2 см
9. *Печень -* увеличена - на 4 см ниже рёберной дуги
10. *Селезёнка -* не прощупывается
11. *Поджелудочная железа -* не прощупывается

Размеры печени при перкуссии по Курлову: 10 х 9 х 8 см Размеры селезенки 5 х 7 см

Симптомов раздражения брюшины нет.

***Система мочевыделения***

Симптом поколачивания - отрицательный с обеих сторон

***Неврологический статус***

Сознание ясное, **неохотно** вступает в контакт, ориентируется в пространстве и вовремени, память сохранена, тошноты, рвоты нет, двигательные функции в норме

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании **жалоб** больного на частый жидкий стул до 20 раз в день, объемом от 20 мл. до 500мл., с примесью слизи и крови, похудание, слабость, субфебрилитет в течение недели; данных **анамнеза заболевания**: Больным себя считает с 2003 года, обострение НЯК началось в феврале 2005 года с вышеуказанных жалоб, данных **анамнеза жизни**: был ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, перелом лобной и правой теменной кости (инвалид III группы 2004г.); данных **объективного исследования**: Язык влажный, обложен беловатым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации, склеры желтушные, подкожная клетчатка не выражена, начальная стадия кахексии, увеличены подмышечные, паховые, подчелюстные л/у, плотной консистенции, не спаяны между собой, мышцы слабо развиты, *Сигмовидная кишка -* подвижность не нарушена, в пределах 8 см, болезненна при пальпации, поверхность гладкая.

*Нисходящий отдел* - плотная, болезненная, урчит

*Слепая кишка* - безболезненная, эластичная, диаметром 3 см, подвижность 3-5 см.

*Восходящий отдел -* гладкая, ровная, эластичная, безболезненна, слегка подвижна.

*Терминальный отрезок подвздошной кишки -* поверхность гладкая, диаметр 0,5 - 1 см, безболезненная.

*Большая кривизна желудка* - на 2 см выше пупка, ровная, эластичная.

*Пилорический отдел желудка -* не пальпируется

*Поперечно-ободочная кишка -*плотная, болезненная, диаметром 2 см

*Печень -* увеличена - на 4 см ниже рёберной дуги

*Селезёнка -* не прощупывается

*Поджелудочная железа -* не прощупывается

Размеры печени при перкуссии по Курлову: 14 х 11 х 9 см Размеры селезенки 5 х 7 см

Можно поставить диагноз: хронический неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести, обострение.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО**

**План обследования**

**1. Лабораторные исследования**

1. ОАК
2. Анализ крови на содержание глюкозы
3. Анализ крови на RW, Hbs, ВИЧ, группу крови, резус-фактор
4. ОАМ
5. Мочевина
6. Общий белок + фракции
7. Билирубин
8. Трансаминазы
9. Холестерин
10. Электролиты плазмы
11. Амилаза
12. Анализ мочи по Нечипоренко

**2.** **Инструментальные исследования**

1. ФГДС
2. Колоноскопия
3. ЭКГ
4. УЗИ брюшной полости

**3. Консультации специалистов**

1. Невропатолога
2. Окулиста

**Результаты лабораторных и инструментальных исследований**

**RW** - отрицательная

**Анализы крови:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1.03.2005 |
| Hb, г/л | 114 |
| эритроциты, \*10^12/л | 3,9 |
| ЦП | 0,85 |
| Rt, ‰ | 20 |
| тромбоциты, \*10^9/л | 555 |
| свёртываемость, мин | 4 |
| СОЭ, мм/ч | 26 |
| лейкоциты, \*10^9/л | 8,8 |
| базофилы, % | 1 |
| эозинофилы, % | 1 |
| палочкоядерные, % | 6 |
| сегментоядерные, % | 66 |
| лимфоциты, % | 20 |
| моноциты, % | 6 |
| мочевина, ммоль/л | 6,6 |
| креатинин, мкмоль/л | ------------ |
| общий белок, г/л | 77 |
| билирубин, мкмоль/л | 12 |
| АЛТ, мкмоль/ч\*мл | 0,3 |
| АСТ, мкмоль/л | 0,2 |
| холестерин, ммоль/л | 4,65 |
| амилаза, мг/ч\*мл, г/л | 17,6 |
| глюкоза, ммоль/л | 5,06 |
| К, ммоль/л | 4,4 |
| Na, ммоль/л | 130 |
| тимоловая проба, ЕД | 1,25 |
| сыв. железо, мкмоль/л | 14,32 |

**Анализы мочи:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 28.02.2005 |
| количество | 50 |
| удельный вес | 1010 |
| сахар | нет |
| ацетон | -------- |
| Цвет | с/ж |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| белок | нет |
| лейкоциты | 0-1 |
| эритроциты | 0-1 |
| эпителий плоский | -------- |
| соли | -------- |

**Рентгенограмма грудной клетки**

***Январь 2005 г***

**Легочные поля прозрачные, сердце обычных размеров, аорта уплотнена**

**ФГДС** ***1.03.2005 г***

Кардия не смыкается, на большой кривизне в антральном отделе дефект слизистой

0,2 х 0,3 х 0,1 см**. Заключение: эрозия антрального отдела желудка**

**Колоноскопия 15.02.2005**

Аппарат свободно проведён в купол слепой кишки, функция баугиниевой заслонки не нарушена, слизистая левой половины толстой кишки значительно гиперемирована, отёчна, на стенках левой половины кишки имеется множество эрозий, язв диаметром 0,2-0,3 см, слизистая поперечной ободочной кишки гиперемирована, слизистая левой половины восходящей кишки изменена. **Заключение**: хр. неспецифический язвенный колит умеренной активности, бляшки.

**УЗИ 2.03.2005**- признаки диффузных изменений печени,

**Экг** **1.03.2005**

Синусовая тахикардия, ЧСС - 93/мин, неполная блокада левой ножки пучка Гисса.

Заключение: положение эл оси , ритм син тахи, 85 уд/мин, полная блокада левой ножки пучка Гисса, гипертрофия ЛЖ,

**Заключения специалистов-консультантов**

**3.03.2005** ***Невропатолог.*** Энцефалопатия 1 ст, смешанного генеза.

**3.03.2005** **Консультация окулиста** – глазное дно без атеросклеротических изменений.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

***На основании жалоб больного на* частый жидкий стул с примесью слизи и крови, похудание, слабость, повышение температуры; *данных анамнеза заболевания:* Обострение НЯК началось в феврале с вышеуказанных жалоб.**

**Госпитализирован для проведения курса лечения; *данных анамнеза жизни:* был ушиб гол мозга; *данных объективного исследования:* Язык влажный, обложен беловатым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации, склеры желтушные, подкожная клетчатка не выражена, начальная стадия кахексии, увеличены подмышечные, подчелюстные л/у, плотной консистенции, не спаяны между собой, мышцы слабо развиты,** *Сигмовидная кишка - подвижность не нарушена, в пределах 8 см, болезненна при пальпации, поверхность гладкая.*

Нисходящий отдел - плотная, болезненная, урчит

Слепая кишка - безболезненная, эластичная, диаметром 3 см, подвижность 3-5 см.

Восходящий отдел - гладкая, ровная, эластичная, безболезненна, слегка подвижна.

Терминальный отрезок подвздошной кишки - поверхность гладкая, диаметр 0,5 - 1 см, безболезненная.

Большая кривизна желудка - на 2 см выше пупка, ровная, эластичная.

Пилорический отдел желудка - не пальпируется

Поперечно-ободочная кишка -плотная, болезненная, диаметром 2 см

Печень - увеличена - на 4 см ниже рёберной дуги

Селезёнка - не прощупывается

Поджелудочная железа - не прощупывается

*Размеры печени при перкуссии по Курлову: 14 х 11 х 9 см Размеры селезенки 5 х 7 см*

***На основании данных дополнительных методов исследования:* в крови: анемия. лейкоцитоз, повышение СОЭ, равновесие электролитов в норме, уровень сывороточного железа у нижней границы нормы. На основании данных колоноскопии:** **Аппарат свободно проведён в купол слепой кишки, функция баугиниевой заслонки не нарушена, слизистая левой половины толстой кишки значительно гиперемирована, отёчна, на стенках левой половины кишки имеется множество эрозий, язв диаметром 0,2-0,3 см, слизистая поперечной ободочной кишки гиперемирована, слизистая левой половины восходящей кишки изменена. Заключение: хр. неспецифический язвенный колит умеренной активности.**

***Можно поставить диагноз:* хронический неспецифический язвенный колит, средне степени тяжести, обострение.**

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО**

Цель лечения заключается в контроле за течением воспалительного процесса и коррекции нарушений питания.

1. ***Диета:*** № 4 белки - 1.5 г на кг веса в сутки. Резкое ограничение клетчатки. Калорийность 2400 ккал/сут. Жиры - только сливочное масло.
2. ***Ципрофлоссацин*** 0,25\*2раза в день
3. ***Метронидазол*** 0,25 \* 2 раза в день.
4. ***Панкреатин*** 20мг \* 2 раза в день
5. ***Сорбефер-дурулес*** 1таб. \* 2 раза в день
6. ***Дексометазон*** 8 мг в 200мл NaCl 0,9 %
7. ***Воздействие на нервную систему:***

Эглонил 2 мл, N 10. Фенозепам 1 т на ночь.

Иммунопатогенез

Неспецифический язвенный колит - это хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, проявляющееся геморрагическим гнойным воспалением с развитием местных и общих симптомов.

Это достаточно распространенное заболевание на Западе и в США. Частота заболеваемости в России 10 на 100000 населения - острых случаев, и 40-117 на 100000 ежегодно с хроническим течением.

Причина этой патологии не ясна. Но мнения исследователей все более склоняются к нарушению иммунологического статуса данной группы больных. В пользу этих механизмов указывает частое наличие язвенного колита в комбинации с полиартритом, узелковой эритемой, и наличием у данной группы больных выраженной гипергаммаглобулинемии. Основной патогенетический механизм - изменение иммунологической реактивности, дисбиотические сдвиги, аллергические реакции, генетические факторы (выявляются антигены в системе HLA). У данной группы больных обнаруживаются HLA: B51, B5. Доказано, что при наличии таких антигенов гистосовместимости зависит тяжесть течения заболевания. Также имеют значение нервно-психические нарушения. Выявлены высокие титры аутоантител к антигенам кишечной стенки. Длительное образование иммунных комплексов у этих больных ведет к повреждению сосудистых и тканевых структур кишки. Об участии клеточного звена иммунитета свидетельствует местная реакция слизистой оболочки толстой кишки типа лимфоцитарной инфильтрации, плазмоцитарной, макрофагальной, гранулоцитарной реакции. При исследовании иммунного зеркала выявляется снижение Т-супрессорной системы, высокая активность Т-киллеров с клетками кишечного эпителия. У этих больных нарушается уровень простогландинов слизистой толстой кишки, находят повышение простогландинов сыворотки крови, в фекалиях. Наблюдается усиленный синтез слизистой оболочкой лейкотриена В4, который является мощным хемотаксическим агентом, вызывает скопление и дегрануляцию нейтрофилов, высвобождает лизосомальные ферменты, что приводит к увеличению проницаемости капилляров и отеку слизистой. В развитии язвенного колита имеет значение 3 антигена:

1. пищевой (алиментарный)
2. бактериальный (бактерии и вирусы)
3. аутоантиген

Немаловажную роль играет пищевой антиген: больные не переносят цитрусовые, орехи, томаты, картофель, молоко - эти продукты могут вызвать рецидив болезни. У больных найдены антитела к собственной оболочке слизистой толстой кишки. Основополагающая роль этого фактора еще не доказана, однако бактериальный антиген может вызвать аутоаллергическую реакцию или сенсибилизировать слизистую оболочку толстой кишки в отношении бактерий и их токсинов. Через слизистую оболочку толстой кишки, поврежденную бактериями в организм проникает пищевой белок, к которому возможна повышенная чувствительность организма. В последние годы усиленной изучается роль Clostridium bifitile. Клостридия особенно мощно начинает развиваться у больных после приема неспецифических протиповоспалительных препаратов, антибиотиков (ванкомицина, линдомицина), метилдопа, метотрексат, соли золота, оральные контрацептивы. Обострения заболевания приписывают Campilobacter, различным группам Enterobacter (Proteus, Yersinia enterocolitica). Наибольший интерес приписывается бактероидам и патогенным штаммам E. Coli.

Дифференциальная диагностика:

1. микробные колиты обусловленные сальмонеллами, шигеллами, иерсиниями, амебами, хламидиями
2. псевдомембранозный энтероколит - фибриноидное воспаление слизистой толстой кишки, появляющееся после длительного приема антибиотиков
3. болезнь Крона
4. 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.
5. карцинома толстой кишки
6. медикаментозно индуцированный колит

**Использованная литература**

1. «Диагностика и лечение иммунопатологических заболеваний» А.П. Колесников, А.С. Хобаров.
2. Кукес «Клиническая фармакология».
3. Машковский М.Д. “Лекарственные средства” часть 1 и 2. Москва, “Медицина”, 2002 год.
4. Под редакцией академика РАМН А.И. Воробьёва. Справочник практического врача. Издание 7-е. Москва, «ОНИКС 21 век», «АЛЬЯНС-В», 2000 год.
5. А.И. Мартынов. «Внутренние болезни» в двух томах. Москва «ГОЭТАР - МЕД», 2002 год.
6. Коллекции Medinfo <http://www.doktor.ru/medinfo>, <http://medinfo.home.ml.org>