Саратовский государственный медицинский университет

Кафедра детских болезней лечебного факультета

Зав. кафедрой: д.м.н. профессор И.А. Утц

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Куратор: Чолахян А.В.

3 гр., 6 курс

Преподаватель: асс. Городкова Е.Н.

Дата курации: 10.01.07 – 23.01.07.

Саратов

2007 г.

Паспортные данные

Дата и время поступления в клинику: 28.12.2006 г.

Направительный диагноз: язвенный проктосигмоидит.

Каким учреждением направлен: районная больница г. Грозный, ЧР.

Диагноз клинический: Неспецифический язвенный колит

Анамнез заболевания

При поступлении, со слов матери, ребенка часто беспокоили периодические схваткообразные боли в животе, чаще слева, возникающие через 1,5-2 часа после еды. Без жидкого стула, без повышения температуры, отмечала снижение аппетита.

На момент курации ребенок жалоб не предъявляет.

Сведения о развитии настоящего заболевания

Анамнез жизни

Второй ребенок от второй беременности, 2-х срочных родов. Беременность и роды протекали без осложнений, вес при рождении – 3650 гр., рост – 54 см. Родился в срок с оценкой по шкале Апгар 9 баллов, закричал сразу. К концу первого года жизни вес ребенка составлял 10,5 кг, рост 77 см. Приложили к груди через 12 часов после рождения, сразу попытался сосать. Период новорожденности протекал спокойно. Ребенок в течение первого года жизни находился на естественном вскармливании. Первый прикорм был введен в 5 месяцев, в 12 месяцев был отлучен от груди. После года питание ребенка было калорийное, разнообразное. Стал узнавать мать в 2,5 месяца. Сидеть начал в 6 месяцев, стоять в 9 месяцев, самостоятельно ходить в 1 год. В 5 месяцев появился первый зуб, к году зубов стало 8. В 3 месяца начал произносить отдельные гласные буквы, а в 8 месяцев сказал первое слово “мама”. Умственно и физически после первого года жизни рос и развивался нормально, не отставая от своих сверстников. Признаки рахита и экссудативного диатеза не наблюдались.

Сведения о профилактических прививках

БЦЖ по месту жительства. Остальные профилактические прививки по календарю. Перенесенные заболевания: корь – 2000 г.

Аллергический анамнез спокоен. Санитарно-эпидемическое окружение благополучное.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Семейный анамнез: ребенок родился от здоровых родителей

Мать: домохозяйка

Отец: не работает

Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное. Масса – 30 кг., рост – 136 см., окружность головы – 53 см., окружность грудной клетки – 64 см.

Гармоничность развития – гармоничное.

Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, чистые, отеков не наблюдается. Слизистые оболочки губ, рта, зева, конъюнктивы глаз розового цвета, гладкие, блестящие. Наличие сыпей, кровоизлияний, молочницы не наблюдается. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Тургор кожи не изменен. Лимфатические узлы околоушные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые безболезненные, не увеличены, средней плотности, не спаяны с окружающими тканями. Околоушные и подчелюстные железы не увеличены, при пальпации безболезненные. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, безболезненная, узлы не определяются.

Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц не изменены.

Костная система: грудная клетка астенического типа. Видимых искривлений позвоночника не наблюдается. Конечности правильной длины и формы. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме, при пальпации их болезненность не отмечается.

Сердечно-сосудистая система

При пальпации определяется пульс на лучевой артерии, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный, ритмичный, с частотой 85 ударов в минуту.

Границы относительной тупости сердца при перкуссии

|  |  |
| --- | --- |
| Граница |  |
| Верхняя | III ребро |
| Правая | На 0,5 см выходит за правый край грудины |
| Левая | На 0,5 см кнутри от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы |

При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов на верхушке сердца и основании сохранено.

Дыхательная система

Грудная клетка астенической формы, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание ритмичное, средней глубины, 19 движений в минуту, преимущественно брюшного типа. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Бронхофония не изменена.

Органы пищеварения и брюшной полости

Слизистые полости рта, зева и губы розового цвета, блестящие, без патологических изменений. Язык влажный, обложен беловатым налетом, сосочки выражены. Миндалины розового цвета, не увеличены, без признаков воспаления.

Живот правильной формы, обычных размеров, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в околопупочной области, без грубых анатомических изменений, передняя брюшная стенка не отечна. При глубокой пальпации определяется в левой подвздошной области сигмовидная кишка: плотная, незначительно болезненная, цилиндрической формы, плотная, не урчит; в правой подвздошной области определяется слепая кишка: безболезненная, мягкая, подвижная, цилиндрической формы, урчит при пальпации. Поперечноободочная кишка и желудок не пальпируется. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, плотной консистенции, безболезненная.

Селезенка не пальпируется.

Стул регулярный, 1-2 раза в сутки без патологических примесей.

Мочеполовая система

Мочеполовая система: при осмотре поясничной области выпячивания, покраснения, отечности не отмечается. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, 6 раз в день. Половые органы развиты соответственно полу и возрасту.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Нервная система

Сознание ясное, ребенок контактен, в хорошем настроении, спокоен. Активных двигательных расстройств не наблюдается. Состояние зрачков: D=S, правильной формы, реакция на свет, аккомодация, конвергенция сохранены. Движения глазных яблок в полном объеме. Мимическая мускулатура развита хорошо. Сглаженность носогубной складки и отклонение языка не отмечается. Рефлексы сохранены. Координация движений не нарушена. Менингиальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Брудзинского) отсутствуют. Вегетативные расстройства не наблюдаются.

Предварительный диагноз: Неспецифический язвенный колит.

Диагноз неспецифический язвенный колит поставлен на основании жалоб больного на боли в животе после приема пищи; на основании данных анамнеза, показывающих периодический жидкий стул с примесью крови; данных объективного осмотра – болезненность в левой подвздошной области при пальпации.

План обследования:

1. ОАК
2. БАК (общий белок, протеинограмма, общий билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, электролиты, глюкоза, СРБ)
3. Коагулограмма
4. Кровь на АТ к лямблиям, токсокарам
5. ОАМ
6. Кал, соскоб на яйца глистов
7. Копрограмма
8. УЗИ органов ЖКТ
9. RRS с м/о и биопсией
10. РПГА с сальмонелезным, дизентерийным, иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумом
11. Консультации специалистов: гастроэнтеролога, окулиста, оториноларинголога

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования и их оценка

11.12.2005. Ректороманоскопия – на высоте от 10 до 14 см определяются участки эрозии. На высоте 9-10 см на 14 часах имеется язва с расходящимися в звездчатой форме сосудами застойного характера. Дно язвы с тромбированными сосудами.

31.12.06. Серологическое исследование:

РПГА с кишечно-иерсиниозным диагностикумом О3 – отр., О9 – отр.

РПГА с псевдотуберкулезным диагностикумом – отр.

РПГА с комплексным сальмонелезным диагностикумом – отр.

РПГА с дизентерийным диагностикумом Флекснера – отр., Зоне – отр.

Заключение: патологии не выявлено

29.12.06. УЗИ. Аномалия формы желчного пузыря.

29.12.06. Анализ крови на электролиты

Na – 142,1

K – 4,70

Ca – 1,17

Заключение: патологии не выявлено

29.12.06. Анализ крови.

С-реактивный белок – 6 мг/л

29.12.06. БАК

АЛТ – 19,51

АСТ – 41,38

Билирубин – 7,60 мкмоль/л

Глюкоза – 5,60 ммоль/л

Заключение: незначительное повышение АСТ

29.12.06. Исследование белковых фракций сыворотки крови методом электрофореза

Альбумины – 64 отн. %

Глобулины – 36

Альфа2 – 12

Бетта – 12

гамма – 12

29.12.06. ОАК

Лейкоциты – 6,4\*103

Лимфоциты – 2,3\*103

Гранулоциты – 3,3

Лимфоциты – 36,6

Эритроциты – 4,05\*106

Нв – 127

П-1, сегм. – 52, эоз. – 3, м. – 2, лим. – 42

СОЭ – 5 мм/ч

Заключение: патологии не выявлено

31.12.06. Бак исследование

Патологических бактерий семейства кишечных не обнаружено

3.01.07. Анализ крови

ЦИК в сыворотке крови 83 усл. опт. Ед.

Среднемолекулярные пептиды – 0,390 ЕД

Заключение: повышение ЦИК в сыворотке крови свидетельствует о наличии аутоиммунного процесса.

3.01.07. Коагулограмма

Протромбиновое время – 16,7

Фибриноген – 2,53 г/л

Тромбиновое время – 17,2

Фибринолитическая активность – 3,30

Заключение: патологии не выявлено

6.01.07. Копрограмма

Цвет – коричневый

Консистенция – полуоформленный

Слизь – нет

Кровь – нет

Микроскопия:

Лейкоциты – 0-1-2 в поле зрения

Эритроциты – 0-1 в поле зрения

Слизь – нет

Мышечные волокна – единичные

Клетчатка – умеренное количество

Крахмал – большое количество

Нейтральный жир – нет

Простейшие – обнаружены цисты лямблии

Яйца глистов не обнаружены

Реакция Грегерсена – положительная

Заключение: выявленные изменения в копрограмме характерны для хронического воспалительного процесса в дистальных отделах кишечника

10.01.07. Морфологическое исследование

Биопсия слизистой прямой кишки – хронический поверхностный проктит 0-I степени активности.

Дневники

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание | Назначения |
| 10.01.07 г.  T – 36,6  Ps – 84  ЧДД - 20 | Состояние и самочувствие удовлетворительное. Жалоб на незначительную болезненность в левой подвздошной области. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Диурез адекватный выпитой жидкости. | Режим полупостельный.  Стол 4  Сульфасалазин 0,25\*3 раза в день  Свечи с метилурацилом – 1 свеча – 2 раза в день  Компливит – 1 таб.\*1 раз в день  Метронидазол 250 мг\*2 раза в день |
| 11.01.07 г.  T – 36,6  Ps – 84  ЧДД - 20 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул 1 раз в сутки, оформленный.  Диурез в норме | Режим полупостельный.  Стол 4  Сульфасалазин 0,25\*3 раза в день  Свечи с метилурацилом – 1 свеча – 2 раза в день  Компливит – 1 таб.\*1 раз в день  Метронидазол 250 мг\*2 раза в день |
| 12.01.07 г.  T – 36,6  Ps – 84  ЧДД - 20 | Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул 1 раз в сутки, оформленный.  Диурез в норме | Режим полупостельный.  Стол 4  Сульфасалазин 0,25\*3 раза в день  Свечи с метилурацилом – 1 свеча – 2 раза в день  Компливит – 1 таб.\*1 раз в день  Метронидазол 250 мг\*2 раза в день |

Дифференциальный диагноз в начале заболевания необходимо проводить с дизентерией, амебиазом, болезнью Крона. Для дизентерии характерны более быстрое развитие патологического процесса в кишечнике, положительные результаты бактериологического исследования, соответствующий эпидемиологический анамнез. Наличие амебиаза подтверждается обнаружением тканевых форм Entamoeba histolitica в фекалиях, положительным результатом реакции иммунофлюоресценции с амебным антигеном и терапевтическим эффектом от метронидазола, эметина и других противоамебных средств. Болезнь Крона отличается от неспецифического язвенного колита очаговостью процесса, в половине случаев отсутствием поражения прямой кишки. Процесс локализуется чаще в правых отделах толстой кишки, имеются воспалительный инфильтрат в брюшной полости, тенденция к формированию стриктур и свищей.

Обоснование окончательного диагноза.

На основании жалоб больного на боли в животе после приема пищи; на основании данных анамнеза, показывающих периодический жидкий стул с примесью крови; данных объективного осмотра – болезненность в левой подвздошной области при пальпации; на основании данных лабораторных методов исследования (ректороманоскопия, копрограмма, биохимический анализ крови), выявивших изменения, характерные для воспалительного процесса в дистальных отделах кишечника, можно предположить, что у ребенка неспецифический язвенный колит.

Лечение и его обоснование

Диета № 4. Пища должна быть свежеприготовленной, механически, химически щадящей, с повышенным количеством белков, ограничением углеводов, и исключением продуктов, богатых клетчаткой, пряностей, острых, соленых, копченых, жареных блюд, цельного молока. Через 3-5 дней диету постепенно расширяют (стол 4Б, затем 4В) и назначают ее на 4-6 недель. В дальнейшем переходя на общий стол, но исключают индивидуально непереносимые продукты.

Этиологическое лечение: проводят короткими курсами антибактериальную терапию (сульфасалазин).

Патогенетическое лечение - с целью борьбы с дисбактериозом назначают биологические препараты: бифидум-бактерин, лактобактерин, бификол и др.

Витаминотерапия - показаны витамины группы В ( В1, В6, В12), фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамины А, Е, Д; компливит

Ферментотерапия: для улучшения процессов пищеварения назначают панкреатин, фестал, мезим-форте, панзинорм.

Для стимуляции обменных процессов назначают метацил, пентоксил, апилак, при болях и спазмах - но-шпу, папаверин.

При запоре - тифен, сорбит, карловарскую соль; при поносе - танальбин.

В период ремиссии рекомендуется принимать отвары из лекарственных трав (зверобоя, ромашки, шалфея, подорожника и др.). При наклонности к запору - принимать кору крушины. Также рекомендуется принимать минеральные воды в подогретом виде.

Рекомендуются физиотерапевтические процедуры - аппликации парафина на живот, озокерита, электрофорез лекарственных веществ.

Санаторно-курортное лечение

Эпикриз

Больной, 10 лет поступил в ОДБ г. Саратова 28.12.2006 года с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, чаще слева, возникающие через 1,5-2 часа после еды. Без жидкого стула, без повышения температуры, отмечалось снижение аппетита. Из анамнеза было выяснено, что ребенок болен с 2005 года, неоднократно находился на стационарном лечении в ГД г. Грозный ЧР. В ОДБ г. Саратова были проведены лабораторные исследования, основываясь на результатах которых, а также на жалобах, анамнестических данных и данных объективного осмотра был поставлен диагноз: неспецифический язвенный колит. Было проведено следующее лечение (Стол 4; Сульфасалазин 0,25\*3 раза в день; Свечи с метилурацилом – 1 свеча – 2 раза в день; Компливит – 1 таб.\*1 раз в день; Метронидазол 250 мг\*2 раза в день).

За время пребывания в ОДБ г. Саратова состояние ребенка улучшилось: меньше стали беспокоить боли после еды, улучшился аппетит и общее самочувствие.