

Задача 1.12.1.

Пациент А., 12 лет. Жалобы на кашицеобразный стул с примесью крови. Около месяца назад у мальчика появился кашицеобразный стул с частотой 2-3 раза в сутки, боли в животе, преимущественно в левой подвздошной области, легкое недомогание, повышение температуры тела до 37,6°C. Указанные симптомы связали с употреблением невымытых фруктов и пролечили ребенка энтерофурилом. На фоне терапии температура тела нормализовалась, мальчик стал более активным. Однако кашицеобразный стул сохранился, а через 2-3 недели в стуле появились кровь и слизь.

При клиническом обследовании ребенок активен, адекватно отвечает на вопросы. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Язык обложен белым налетом у корня. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Пульс 90 ударов в минуту. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, при пальпации слабо болезненный в левой подвздошной области. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание и дефекация безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, ЦП – 0,80, Эритроциты $3,0 \times 10^9$ /л, ретикулоциты – 20%; лейкоциты $12,1 \times 10^9$ /л, п/я 7%, с/я 70%, Э 2%, Л 30%, М 5%, СОЭ 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72г/л; альбумины – 46%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 12%, β – 13%, γ – 23%; ЩФ – 200ЕД/л (норма 70-140); амилаза – 70ЕД/л (норма 10-120); билирубин общий – 16 мкмоль/л, прямой – 2 мкмоль/л, непрямой – 14 мкмоль/л; СРБ ++.

Общий анализ мочи: без патологии.

Копрограмма: цвет – темно-коричневый; консистенция – кашицеобразный; мышечные волокна – переваренные +; крахмал внутриклеточный ++++; нейтральный жир – нет; жирные кислоты – нет; слизь ++++; лейкоциты – 10-20 в поле зрения; эритроциты – большое количество в поле зрения.

Кал на я/глистов: отрицательный.

Анализ кала на диз.группу: отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: патологии не выявлено.

Пальцевое исследование анального отверстия: определяется наличие свежей крови при исследовании ампулы прямой кишки, тонус сфинктера нормальный.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка дистальных отделов толстой кишки диффузно гиперемирована, зернистая, умеренно отечна; сосудистый рисунок размыт, имеется контактная кровоточивость, единичные геморрагические эрозии. Слизистая оболочка сигмовидной кишки не изменена.

Колоноскопия: слизистая оболочка дистальных отделов толстой кишки диффузно гиперемирована, зернистая, умеренно отечна; сосудистый рисунок размыт, имеется контактная кровоточивость, эрозии. Слизистая оболочка сигмовидной кишки и далее до слепой кишки не изменена.

Выберите правильный вариант диагноза:

1. Язвенный колит, проктит. Осложнения: кишечное кровотечение, анемия легкая, гипохромная, гиперрегенераторная, постгеморрагическая.
2. Язвенный колит. Осложнения: кишечное кровотечение, анемия легкая, гипохромная, гиперрегенераторная, постгеморрагическая.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: Кишечная инфекция. Неспецифическое воспалительное заболевание кишечника.

2. План дополнительного обследования больного:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови;
- копрограмма + кал на я/глистов;
- посев кала на возбудителей кишечных инфекций;
- УЗИ органов брюшной полости;
- пальцевое исследование анального отверстия;
- ректороманоскопия;
- колоноскопия;
- гистологическое исследование биоптата толстой кишки.

3. Оценка результатов дополнительного обследования: ОАК - анемия легкая, гипохромная, гиперрегенераторная, постгеморрагическая; биохимический анализ крови – диспротеинемия, повышение ЩФ, СРБ+; копрограмма – признаки воспаления в толстой кишке; пальцевое исследование анального отверстия, ректороманоскопия, колоноскопия, гистологическое исследование биоптата толстой кишки – признаки НЯК.

Диагноз поставлен на основании клинико-лабораторно-инструментальных данных, свидетельствующих о НЯК.

4. Окончательный клинический диагноз и его обоснование: НЯК, дистальный, острое течение, легкий. Осложнения: кишечное кровотечение, анемия легкая, гипохромная, гиперрегенераторная, постгеморрагическая.

5. Дифференциальный диагноз: кишечные инфекции (дизентерия, кампилобактериоз, балантидиаз), полип и опухоль толстой кишки.

6. Возможные осложнения: кишечное кровотечение, анемия, перфорация кишки, токсический мегаколон.

7. Программа лечения:

- госпитализация в хирургическое отделение;
- диета: механическое и химическое щажение;
- противовоспалительное лечение: препараты 5-АСК (салофальк) в свечах;
- антибактериальная терапия: трихопол;
- вяжущие средства;
- по мере стихания воспалительного процесса препараты железа и пробиотики.

8. Возможные исходы заболевания: выздоровление, трансформация в хроническое течение.

9. План диспансерного наблюдения:

Не реже 1 раза в год:

- посещение врача - гастроэнтеролога;
- проведение ректороманоскопии с прицельной биопсией СО прямой кишки с целью уточнения фазы процесса;
- общий анализ крови и функциональные пробы печени.

Колонофиброскопия с множественной прицельной биопсией проводится при тотальном колите, существующем свыше 10 лет.

В период ремиссии продолжают поддерживающую терапию препаратами 5-АСК до года после обострения; при необходимости - пре- и пробиотики курсом до 1 месяца.

10. Основные факторы риска: отягощенная наследственность по онкологической патологии, пищевая аллергия в раннем возрасте.

Профилактика развития заболевания: профилактика кишечных инфекций, исключение из рациона питания ребенка цельного коровьего молока.