

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ:
ХРОНИЧЕСКИЙ ДИСКИНЕТИЧЕСКИЙ КОЛИТ С ЗАПОРАМИ И
БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ОБОСТРЕНИЕ**

Стяжкина С.Н.¹, Билалова А.И.², Корепанова Е.Н.³

¹*Стяжкина Светлана Николаевна - Доктор медицинских наук, профессор, БУЗ
УР «Первая Республиканская клиническая больница»*

²*Билалова Алсу Илнарвна - Студент, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» МЗ РФ*

³*Корепанова Екатерина Николаевна - Студент, ФГБОУ ВО «Ижевская
государственная медицинская академия» МЗ РФ
г. Ижевск, Российская Федерация*

Аннотация: в статье представлен клинический случай хронического дискинетического колита с запорами и болевым синдромом, в стадию обострения. В данном клиническом случае приведены и описаны лабораторные и инструментальные данные, а также дальнейшее лечение пациента.

Ключевые слова: хронический дискинетический колит, болевой синдром, обострение.

**CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: CHRONIC DISKINETIC
COLLITIS WITH CONSTRICTION AND PAIN SYNDROME,
EXCERNATION**

Styazhkina S.N.¹, Bilalova A.I.², Korepanova E.N.³

¹*Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor, BUZ UR
"First Republican Clinical Hospital"*

²*Bilalova Alsu Ilnarovna - Student, Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of
Health of the Russian Federation*

³*Korepanova Ekaterina Nikolaevna - Student, Izhevsk State Medical Academy of the
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk, Russian Federation*

Abstract: the article presents a clinical case of chronic dyskinetic colitis with constipation and pain syndrome, in the stage of exacerbation. In this clinical case,



laboratory and instrumental data are given and described, as well as further treatment of the patient.

Keywords: *chronic dyskinetic colitis, pain syndrome, exacerbation.*

УДК 616.345

Хронический колит – это понятие, объединяющее заболевания толстого кишечника различной этиологии (инфекционный, паразитарный, алиментарный, аллергический и др.) с воспалительными и воспалительно-дистрофическими изменениями ее слизистой оболочки. Является одним из наиболее частых заболеваний пищеварительной системы [1].

Распространенность язвенным колитом составляет от 21 до 286 случаев на 100 тысяч населения. Прирост заболеваемости составляет 5-20 случаев на 100 тысяч населения. В связи с тем, что воспалительные заболевания кишечника были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии, эта проблема остается актуальной. По уровню распространённости значительно уступают другим гастроэнтерологическим заболеваниям, а по тяжести течения, частоте осложнений и летальности, занимают во всём мире одно из ведущих мест в структуре болезней системы пищеварения. Социальную значимость язвенного колита определяет преобладание заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста (пик на 20-30 лет), а также ухудшение качества жизни из-за хронизации процесса и, следовательно, частого стационарного лечения [3].

На основании этого рассмотрим клинический случай лечения хронического дискинетического колита у женщины 52 лет.

Больная О.А., 52 года. Поступила в гастроэнтерологическое отделение 1 РКБ МЗ УР в плановом порядке 27.05.2019., с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, правом и левом подреберьях, без иррадиации. Боли больше справа. Возникновение болей с едой не связаны. Купируются платифиллином, но-шпой. Периодическая тошнота, с приемом пищи не связана. Рвоты нет с 24 мая. Изжоги нет. Отрыжка воздухом. Тяжесть в животе иногда, после приема пищи(любой). Вкус во рту кислый, но чаще



горький. Сухость во рту. Appetit есть, но боится кушать из-за болей. Стул 1 – 2 раза в неделю (после приема гуталакса), то оформленный, то кашицей, цвет от желтого до черного, без патологических примесей, с кусочками непереваренной пищи. Слабость. Головокружение при вставании, ходьбе, наклонах. Температура тела в пределах нормы. Похудела с сентября 2018 года на 12 кг (в том числе с апреля 2019 года на 6 кг).

Считает себя больной в течение многих лет. С 1977 года вирусный гепатит В, находится на противовирусной терапии. Обострение гепатита В в сентябре 2018 года. Была переведена на текафавир. Самочувствие улучшилось.

Настоящее ухудшение самочувствия с 21 апреля 2019 года. Появились боли в верхней половине живота, тошнота, рвота после приема пищи, повышение температуры до 37,5С, ланные симптомы появляются к вечеру. Также отмечает запоры до 1 – 2 раз в неделю. Принимала нольпазу, фосфалюгель, активированный уголь, панкреатин, эспумизан. Без особого эффекта. 08.05.2019 года с диагнозом с диагнозом острый панкреатит была направлена на консультацию в дежурную хирургию ГКБ №9. Заключение: данных за хирургическую патологию не выявлено.

УЗИ ОБП от 13.05.2019 года: Признаки биллиарного сладжа, полипоза желчного пузыря, диффузных изменений печени.

Анализы от 08.05.2019 года: АЛТ 29,1 Ед/л, билирубин общий 14 мкмоль/л, общий белок 80,2 г/л, ЩФ 189,9 Ед/л, ГТ 20,7 Ед/л.

10.05.2019 года с сохраняющимися жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, боли в верхней трети живота к вечеру, обратилась к дежурному врачу ГКБ №2. Назначен даларгин 1,0 внутримышечно в течение 10 дней, самочувствие улучшилось (рвота прекратилась, боли уменьшились). С 13 мая 2019 года самостоятельно принимала курс пиперазина.

УЗИ ОБП от 13.05.2019 года: Признаки гепатоптоза, косвенных признаков ДЖВП по гипотоническому типу, полипоза стенок желчного пузыря, умеренных диффузных изменений в печени и поджелудочной железе с явлениями стеатоза, состояние после спленэктомии.



Копрологическое исследование от 16 мая 2019 года: оформленный, плотной консистенции, темно-коричневого цвета, реакция на кровь отрицательная, соединительная ткань ++, мышечные волокна без исчерченности +, нейтральный жир +, непереваренная клетчатка +++, крахмал внеклеточный +++, яйца нематод +.

21.05 2019 года консультация инфекциониста: Диагноз паразитарная инвазия.

23.05.2019 года самостоятельно принимала флемоксиклав и клацид, к вечеру рвота.

Результаты гистологического исследования биопсийного материала от 13.05.2019 года: фрагмент СОЖ с железами пилорического типа, картиной хронического атрофического гастрита с неполной кишечной метаплазией эпителия желез.

В связи с сохраняющимся болевым синдромом, направлена на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение 1 РКБ МЗ УР.

Объективно: при поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, тургор снижен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочный. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 110/70 мм. рт. ст., ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и точке Мейо-Робсона. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Почки не пальпируются. Симптом сотрясения отрицательный. Отеков нет. Лимфатические узлы без особенностей. Щитовидная железа без особенностей.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией (05.06.2019). Проведено исследование с толщиной среза 5 мм, до и после в/в контрастирования, в условиях ретроградного заполнения просвета толстой кишки воздухом.



Заключение: Долихоколон. СКТ признаки гипотонического колита. Состояние после спленэктомии. Подковообразная почка. Дополнительная правая почечная артерия. СКТ признаки двустороннего хронического пиелонефрита. Остеопороз. Левосторонний сколиоз. Выраженные дегенеративные изменения в позвоночнике на уровне исследования.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (31.05.2019)

Заключение: УЗИ признаки висцероптоза, эховзвеси желчного пузыря, диффузных изменений в поджелудочной железе, состояние после спленэктомии, аксиллярной и паховой лимфаденопатии.

УЗИ почек и надпочечников от 31.02.2019: Подковообразная почка. Правая почка: размеры уменьшены, 6,5x3 см, положение ниже обычного, контуры неровные, чашечно-лоханочная система не расширена, соотношение к паренхиме обычное, паренхима 1 см.

Левая почка: размеры средние, 10x4,3 см, положение ниже обычного, контуры неровные, чашечно-лоханочная система не расширена, соотношение к паренхиме обычное, паренхима 1.6-1.7 см. На фоне ЧЛС и паренхимы кальцинаты до 2 мм. На уровне аорты перешеек до 1 см.

Заключение: УЗИ признаки АРП-подковообразной почки, диффузных изменений паренхимы и кальцинатов обеих половин.

По данным общего анализа крови от 28.05.2019 – лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз. По данным биохимического исследования крови от 28.05.2019 – содержание железа в сыворотке крови снижено, общий белок крови снижен за счет альбуминовой фракции. По данным миелограммы от 29.05.2019 – увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов. По данным иммунофенотипирования клеток костного мозга от 30.06.2019 – 60% гранулоцитов, 7,5% моноцитов, 30,1% лимфоцитов, 0,6% бластов; от всех лимфоцитов Т-клетки составили 83,2%, В-клетки – 9,5%, НК-клетки – 7%. По данным общего анализа мочи от 28.05.2019 – показатели в пределах нормы.



На основании собранных данных был выставлен клинический диагноз: хронический дискинетический колит с запорами и болевым синдромом, обострение.

Вывод: Таким образом, хронический дискинетический колит – распространенное социальное значимое заболевание, которое требует серьезного подхода к лечению. В данном случае использовалась консервативная терапия лекарственными средствами. В ходе лечения по поводу колита, пациентка получала следующее лечение: дротаверин, анальгин, фамотидин, платифилин, тримебутин, дюфалак, фуразолидон, фортранс [3].

Список литературы

1. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология: Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 480 с.
2. Дементьев, А. С. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с.
3. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Циммерман Я. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 800 с.

