



Nieswoiste zapalenie jelit (IBD)

u psów charakteryzuje się nawracającymi, przewlekłymi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Enteropatiom towarzyszą zaburzenia wchłaniania w jelitach, nieprawidłowa motoryka żołądka i/lub jelit. Dodatkowo mogą występować: spadek masy ciała, brak apetytu, spaczony apetyt, mlaskanie, częstsze przelitykanie, przewlekłe wymioty i biegunka z jelit cienkich i/lub grubych (w niektórych przypadkach tylko wymioty lub tylko biegunka). Typowy dla przewlekłych zapalnych chorób jelita (PZCJ) jest również brak skuteczności dotychczasowego leczenia.

Charakterystyczne dla tego zespołu jest występowanie komórkowych nacieczeń, przede wszystkim w okolicy blaszki właściwej błony śluzowej jelit, przez limfocyty, komórki plazmatyczne, eozynofile, makrofagi, neutrofile lub kombinacje tych komórek. Podział uzależniony jest od rodzaju komórek nacieku zapalnego i lokalizacji zaburzeń:

- limfo- i plazmocytarne zapalenie jelit (najczęściej, około 75% przypadków),
- zapalenie żołądka i jelit (LEP),
- eozynofilne zapalenie jelit,
- zapalenie jelit cienkich i okrężnicy,
- zapalenie żołądka i jelit,
- enteropatia glutenowa,
- ziarniniakowate zapalenie jelit (podobne do choroby Crohna),

- rozszerzenie naczyń chłonnych jelit (limfangiektazja).

Etiologia

Przyczyny występowania wymienionych zaburzeń nie są do końca znane. Na ich pojawienie się ma wpływ kilka czynników.

- Uwarunkowania genetyczne:
 - forma limfocytarno-plazmocytna częściej występuje u owczarków niemieckich i shar pei;
 - immunoproliferacyjna choroba jelit cienkich, specyficzna forma IBD, występuje u psów rasy basenji;
 - histiocytarne wrzodziejące zapalenie jelita grubego występuje u boksera;
 - enteropatia glutenozależna występuje u setera irlandzkiego;
 - SIBO, przerost flory bakteryjnej jelit: owczarek niemiecki, golden retriever, labrador, shar pei, rottweiler, collie; może być problemem wtórnym przy zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki i przewlekłych, nieswoistych chorobach jelit;
 - limfangiektazja: yorkshire terrier, golden retriever, jamnik, rottweiler;
 - enteropatia białkogubna: soft coated wheaten terrier;
 - nieprawidłowa reakcja układu immunologicznego na składniki pokarmu;
 - nieprawidłowa reakcja immunologiczna na obecną w przewodzie pokarmowym florę bakteryjną (spadek liczby bakterii probiotycznych - *Lactobacillus sp.*, *Bifidobacterium sp.*, wzrost liczby drobnoustrojów potencjalnie chorobotwórczych: *E. coli*, *Bacteroides* - indukcja odczynu zapalnego);
 - pasożyty i ich produkty.

Wymienione czynniki przy współdziałaniu zaburzonej regulacji immunologicznej poprzez towarzyszącą tkankę limfatyczną (GALT) powodują zwiększenie przepuszczalności błony śluzowej jelit, której wtórują wymienione objawy (wymioty, biegunka itd.).

ROZPOZNANIE

Badaniem z wyboru jest badanie endoskopowe żołądka, jelit cienkich i jelit grubych (ocena makroskopowa poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego, pobranie wycinków do badania histopatologicznego).

Badanie USG - na jego podstawie można nie stwierdzić zmian, chociaż w niektórych przypadkach może występować pogrubienie ściany jelit. Istotne dla rozpoznania, aczkolwiek charakterystyczne nie tylko dla tej jednostki chorobowej, są regularnie pofałdowane odcinki jelit. Mogą one występować np. przy zapaleniu jelit, parwowirusie, limfocytarno-plazmocytnym zapaleniu jelit, zapaleniu trzustki czy otrzewnej.

Często wykonywanym badaniem pomagającym w diagnozowaniu chorób jelit cienkich u psów (również u kotów) jest oznaczenie w surowicy stężenia kwasu foliowego i kobalaminy. Uzyskane podczas badania wartości, jeśli są prawidłowe, nie wykluczają IBD, ale jeśli wykryjemy nieprawidłowości, mogą one ułatwić rozpoznanie chorób jelit lub wskazać ich konkretną przyczynę. Do wchłaniania kwasu foliowego dochodzi w bliższych odcinkach jelit cienkich. Spadek jego poziomu może wskazywać na uszkodzenie bliższych odcinków jelit, do czego może się przyczynić nadwrażliwość pokarmowa (obecność alergenu pokarmowego w świetle jelit), IBD, chłoniak.

Do wchłaniania kobalaminy dochodzi w dalszym odcinku jelita cienkiego. Proces ten jest złożony, zachodzi podczas wiązania jej ze specyficznym białkiem, tzw. czynnikiem wiążącym, który wiąże się ze specyficznymi receptorami zlokalizowanymi tylko na powierzchni nabłonka jelit. Ten czynnik jest wytwarzany u psów głównie w trzustce. Obniżenie stężenia kobalaminy w surowicy może świadczyć o uszkodzeniu dalszych odcinków jelit cienkich. Równoczesne obniżenie poziomu kobalaminy i kwasu foliowego jest bardzo istotną informacją, gdyż możemy mieć do czynienia z rozległym i poważnym zapaleniem, które obejmuje bliższe i dalsze odcinki jelit. Niski poziom w surowicy kobalaminy i/lub wysoki poziom soli kwasu foliowego może być pomocny w rozpoznawaniu przerostu flory bakteryjnej (często występuje u psów dużych ras) w dalszym odcinku jelit cienkich (biegunka antybiotykooporna). Obserwujemy wtedy przewlekłą, nawracającą biegunkę z jelit cienkich, spadek masy ciała lub słabszy przyrost masy ciała.

Zmiany w badaniu histopatologicznym uzyskuje się tylko w nielicznych przypadkach. Bakterie wewnątrz światła jelita i produkty ich sekrecji wywierają szkodliwy wpływ w zależności od koncentracji, składu flory, łącznie ze zwiększeniem przepuszczalności jelitowej. Wysokie namnożenie bakterii zasiedlających bliższy odcinek jelita cienkiego, głównie beztlenowców (*Clostridium*, *Bacteroides*), zdolnych do wiązania kobalaminy,

powoduje niewchłanianie się jej w dalszym odcinku jelita cienkiego.

Pomocnym badaniem może być również - zwłaszcza jeśli w badaniu histopatologicznym nie występują zmiany, a wzrost bakteryjny jest nadmierny - test wchłaniania jelitowego, który wykrywa subtelne i ciężkie uszkodzenie jelit u psów. Może on pomóc w określeniu przyczyny uszkodzenia i monitorowaniu leczenia. Polega on na doustnym podawaniu roztworów cukru (laktulozy i ramnozy) i analizie w próbce moczu w określonym czasie lub badaniu krwi po upływie 2 godzin. Dochodzi do wzrostu stosunku laktulozy do ramnozy w próbkach krwi lub moczu pobranych po podaniu tych węglowodanów. Wysoka przepuszczalność wskazuje na uszkodzenia jelit. Badanie to jest często stosowane przy uszkodzeniach błony śluzowej, przeroście flory bakteryjnej. Jest bardzo przydatne w terapii długoterminowej. Wzrost przepuszczalności jelit występuje w powyżej 50-60% przypadków przerostu flory bakteryjnej, także przy braku zmian histopatologicznych. Przepuszczalność spada przy doustnej terapii antybiotykowej. Najskuteczniejsze są oksytetracyklina, metronidazol i tylozyna. Po unormowaniu przepuszczalności jelit (rekonstrukcja błony śluzowej) przerywamy antybiotykoterapię.

Kolejnym badaniem, stosowanym w chorobach jelit, jest oznaczenie alfa-1 inhibitora proteiny w kale. Badanie to jest pomocne przy określeniu stopnia utraty białka przez jelita.

Diagnostyka różnicowa:

przewlekłe biegunki spowodowane infekcjami pasożytniczymi, błędami żywieniowymi, alergię pokarmowe, nietolerancja, nadwrażliwość pokarmowa, infekcje bakteryjne (salmonelle, clostridia), grzybice, drożdżyce, dysbakterioza, zewnątrzwydzielnicza niewydolność trzustki itd.

LECZENIE

Postępowanie terapeutyczne uzależnione jest od nasilenia objawów.

W przypadku łagodnych objawów, tzn.:

- braku spadku masy ciała,
- zachowanego apetytu,
- sporadycznych wymiotów (łagodne, jeden epizod na 1-2 tygodnie lub rzadziej),

- prawidłowej lub nieco luźnej konsystencji kału,
- prawidłowej aktywności,
- braku apatii,

stosuje się specyficzne diety hipoalergiczne o obniżonej zawartości tłuszczu, zawierające FOS, MOS z kwasami tłuszczowymi Omega-3, Omega-6., np. Royal canin hypoallergenic, anallergenic, Hills z/d ultra alergen itd.

Z doświadczenia autora wynika, że w przypadku łagodnych objawów sama dieta bywa wystarczająca lub w znaczący sposób minimalizuje objawy. Warto jednak dodać probiotyki (*Lactobacillus*, *Enterococcus*, *Bifidobacterium*). Hamują one reakcję zapalną na terenie jelit, czyli wzrost cytokin przeciwzapalnych, obniżenie poziomu cytokin prozapalnych, obniżenie namnażania bakterii potencjalnie chorobotwórczych (*E. coli*, *Bacteroides*). Dodatkowo można zastosować immunomodulatory (naturalne: beta 1,3/1,6-D glukan, syntetyczne, np. Lewamizol), ale w większości przypadków przy lekko nasilonych objawach nie są one potrzebne.

Jeśli objawy kliniczne nasilają się, ale nie są jeszcze bardzo silnie wyrażone:

- apetyt zachowany lub nieznaczny spadek,
- aktywność zachowana,
- wymioty 2-3 razy w tygodniu,
- nieznacznie luźna konsystencja kału,
- obecność krwi i/lub śluzu w kale,
- częstotliwość kału zwiększona do 4 razy na dzień,
- utrata masy ciała powyżej 5%, ale nie większa niż 10%,
- dodatkowo, oprócz diety, probiotyków i ewentualnie immunomodulatorów, stosujemy niesteroidowe leki przeciwzapalne i chemioterapeutyki.

Odnosnie do niesteroidowych leków przeciwzapalnych ze względu na najmniejsze skutki uboczne w naszym gabinecie stosujemy nowszą pochodną kwasu 5-aminosalicyłowego –

mesalazynę - w dawce 12,5 mg/kg 2 razy dziennie przez 4-6 tyg. Zwłaszcza iż lek ten działa już na terenie żołądka i jelita cienkiego, a u psów przy tym zespole chorobowym większość zmian występuje właśnie w jelicie cienkim.

Spośród chemioterapeutyków najczęściej stosowanymi i najskuteczniejszymi są:

- amoksycylina (10 mg/kg 2 razy dziennie przez 3 tyg.),
- amoksycylina z kwasem klawulonowym (12,5 mg/kg 2 razy dziennie przez 3 tyg.),
- tylozyna (10-15 mg/kg 3 razy dziennie przez 4 tyg.),
- oksytetracyklina (20 mg/kg 3 razy dziennie przez 4 tyg.),
- enrofloksacyna (7 mg/kg raz dziennie przez 9 tyg.),
- metronidazol (15 mg/kg 2 razy dziennie przez 3 tyg.).

Przy ciężkim przebiegu IBD:

- silna apatia,
- apetyt znacznie zmniejszony,
- wymioty częściej niż 3 razy w tyg.,
- wodnista biegunka,
- częstotliwość kału powyżej 5 razy na dobę,
- znaczny spadek masy ciała powyżej 10%

stosuje się glikokortykosteroidy: prednizon, prednizolon (1-2 mg/kg, co 12 h przez 2-4 tyg., zmniejszamy o 25% co 1-2 tyg., następnie, po uzyskaniu najniższej dawki podtrzymującej, podajemy co 48 h).

Łącznie z glikokortykosteroidem, np. prednizolonem, można zastosować azatioprynę w celu obniżenia dawki sterydu. Wtedy podajemy prednizolon w dawce 0,5-1 mg/kg dziennie, dawka azatiopryny początkowo wynosi 1-2 mg/kg dziennie w dawce dzielonej, po 3 tyg. dawkę obniżamy do 0,5 mg/kg co drugi dzień. Ze względu na fakt, iż podczas podawania tego leku mogą wystąpić duże skutki uboczne - objawy alergiczne, zapalenie trzustki,

leukopenia itd. - przy dłuższej terapii należy wykonywać okresowe badania krwi.

Można również zastosować połączenie metronidazolu z prednizolonem.

PRZYPADK 1

Maczo, staffordshire bull terrier, 5 lat, samiec, niekastrowany, regularnie szczepiony i odrobaczany.

W październiku 2011 r. pojawiły się pierwsze epizody nawracających wymiotów z żółcią, najczęściej rano. Dodatkowo występowała wydzielina z przewodów nosowych o charakterze śluzowym. Po krótkiej terapii wszystkie objawy ustąpiły.

Pies dostawał Ranigast w iniekcji (preparat Solvertyl 4 mg/kg raz dziennie przez 4 dni), następnie Ranigast w tabletkach 75 mg co 12 h przez 2 tygodnie. Osłonowo antybiotyk, amoksycylinę (Betamox), w dawce 15 mg/kg co 48 h, podawany 3 razy.

Na przełomie września i października 2012 r. nastąpił nawrót objawów. Oprócz porannych wymiotów nie pojawiły się inne objawy ze strony układu pokarmowego. Konsystencja kału i częstotliwość defekacji były prawidłowe, pies był w dobrej kondycji, nie występowały apatia, utrata masy ciała, apetyt był niezmienny, podobnie jak chęć do wychodzenia na spacer.

Wykonane badania

Badanie krwi (profil rozszerzony) nie wykazało większych zmian.

W morfologii nieznacznie podwyższone procentowo neutrofile - 81% (norma 60-77%).

Odnosnie do badania biochemicznego występował spadek poziomu globulin - 2 g w decylitrze (norma 2,5-4,5 g), poziom fluktozoaminy pow. 351 mg w decylitrze (norma 0-320).

Badanie USG wykazało niewielkie poszerzenie przełyku w części wpustowej, do 4-5 mm światła, z pogrubieniem ściany do ok. 4,5 mm, z nieznaczną komponentą zapalną. Żołądek bez zmian, o zachowanej budowie warstwowej ściany, perystaltyka żołądka prawidłowa, perystaltyka jelit prawidłowa, bez uchwytnych zmian, budowa warstwowa ściany zachowana. Inne narządy bez zmian.

Badanie endoskopowe - za krtanią widoczne rozszerzenie przełyku nieznacznego stopnia z osłabioną perystaltyką. Wpust do żołądka zamknięty. Żołądek próżny, wypełniony niewielką ilością soków.

Odźwiernik o zachowanej perystaltyce i lekko rozwartym ujściu do dwunastnicy, dwunastnica o przerośniętej błonie śluzowej, krucha przy pobieraniu wycinków do badania histopatologicznego. Wycinki zostały również pobrane z dna żołądka i okolic odźwiernika. Błona śluzowa w tej okolicy nie była wyraźnie zmieniona, ale rozpulchniona i krucha.

Jamy nosowe w lekkim stanie zapalnym, dość kruche naczynia, przy dotyku krwawiące, brak wysięku ropnego i widocznego ciała obcego.

Wyniki badań histopatologicznych (Laboklin):

- żołądek - nabłonek błony śluzowej prawidłowo zbudowany, niezmieniony. W blaszce właściwej widoczność średniego stopnia, naciek złożony przede wszystkim z limfocytów, pojedyncze eozynofile, gruczoły żołądka bez zmian;
- dwunastnica - w blaszce właściwej widoczny średniego stopnia naciek złożony z limfocytów i makrofagów. W kosmkach widoczne rozszerzenie naczyń chłonnych.

Wymienione zmiany w badaniu histopatologicznym mogą wskazywać na nietolerancję pokarmową i/lub chorobę zapalną jelit (IBD). Poszerzenie przelyku w części wpustowej z niewielkim stanem zapalnym najprawdopodobniej związane jest z zapaleniem przelyku, którego powodem są przewlekłe wymioty i cofanie treści.

Przeprowadzono sensitest, który potwierdził występowanie alergii pokarmowej (uczulenie na wołowinę, jagnięcinę, wieprzowinę i mleko).

Terapia

Wprowadzono dietę hipoalergiczną (Royal Canin Hypoallergenic). Charakteryzuje się ona wysoką strawnością i niską alergennością, zawiera wysoką dawkę biotyny, niacyny, kwasu pantotenowego, Omega-3 i Omega-6.

Kwasy tłuszczowe, zwłaszcza Omega-3, dłużej podawane mają udowodnione działanie przeciwzapalne i są stosowane z dużym powodzeniem np. przy zapalnych schorzeniach jelit, również przy IBD. Przyczyniają się również do zmniejszenia dawki terapii sterydowej.

U psa zastosowano Helicid - 1 kapsułka 20 mg co 24 h (w związku z bardzo częstym przelykaniem i nieprzyjemnym zapachem z pyska) 30-40 minut przed jedzeniem, w razie nasilenia się objawów dodatkowo zalecono Ranigast - 1 tabl. 75 mg na noc ok. godziny 20-22.

Stosowany był również metoclopramid w dawce 0,3 mg/kg s.c. W efekcie objawy odbijania ustąpiły, ale pojawiły się silne zaburzenia w zachowaniu psa. W związku z tym zaprzestano podawania metoclopramidu.

Objawy ponownie ustąpiły, sporadycznie zdarzało się częstsze przełykanie i mlaskanie.

Nawrót

Po około miesiącu nastąpił nawrót - oprócz wymienionych objawów pojawiły się wymioty 1-2 razy w tygodniu, konsystencja kału i częstotliwość oddawania bez zmian, podobnie jak samopoczucie ogólne psa.

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu ustalono, że w ciągu ostatniego miesiąca następowała kilkukrotna zmiana diety. Częsta zmiana karmy mogła zaburzać terapię, zwłaszcza iż istniały uzasadnione przesłanki, że w przypadku psa duży wpływ na występowanie IBD może mieć właśnie dieta. Zalecono ujednoczenie diety opartej na karmie Hill's z/d low allergen. Zastosowanie monodiety oraz kontynuacja lekoterapii ograniczyły objawy choroby.

Wykonano kontrolne badanie krwi. Morfologia nie wykazała odstępstw od normy.

Badanie biochemiczne krwi - próby wątrobowe, nerkowe nie wykazały odchyień od normy. Poziom białka całkowitego również pozostawał w normie, ale występował dalszy spadek poziomu globulin. Oznaczono również poziom kwasu foliowego i witaminy B₁₂ w surowicy. Podwyższony poziom witaminy B₁₂ (wykazany w badaniu) może świadczyć o wysokim jej poziomie w stosowanej diecie. W tym przypadku nie miał on wartości diagnostycznej. Poziom kwasu foliowego w normie.

Występowanie cyklicznych, aczkolwiek wciąż sporadycznych, epizodów wymiotów i nasilania się okresowo częstego przełykania, odbijania, których częstotliwość była coraz większa, oraz stopniowo zauważalny spadek poziomu białka całkowitego we krwi (obecnie 56 g/l, poprzednio 62 g/l) i globulin przyczyniły się do podjęcia decyzji o zastosowaniu mesalazyny (preparat Asamax 12,5 mg/kg 2 razy dziennie przez 6 tygodni).

Ze wszystkich stosowanych dotychczas leków mesalazyna dała najlepsze efekty. Pies był bardzo aktywny, odbijanie ustąpiło prawie zupełnie (występowało bardzo sporadycznie, prawie niezauważalne), wymioty ustąpiły, kał prawidłowy, brak zmian w częstotliwości oddawania stolca.

Po zakończeniu stosowania mesalazyny nie podawano żadnych leków. Według dostępnych ogólnie źródeł po terapii mesalazyną można uzyskać zahamowanie choroby do ok. 6 miesięcy. Przez 1,5 miesiąca nie zaobserwowano widocznego, uciążliwych objawów choroby.

Dalsze leczenie

Dalsze obserwacje efektów podawania mesalazyny zostały zaburzone poprzez incydent związany z połknięciem przez psa ostrego ciała stałego. Spowodowało to obfite wymioty podbarwione krwią i biegunkę. Zastosowano Ranigast (75 mg 2 razy dziennie w odstępie 12 h), Synergol (1 ml/10 kg co 24 h przez 7 dni), rozkurczowo No-spę w dawce 40 mg s.c. i sucralfat *p.o.* w dawce 0,5 g/psa 3 razy dziennie przez 4 tygodnie (osłona błony śluzowej żołądka, neutralizacja kwasu solnego i pepsyny).

Niepokojące objawy ustąpiły po 2-tygodniowej terapii i pojawiły się ponownie po około 2 miesiącach (wymioty 1-3 razy w tygodniu, częste przełykanie, odbijanie codziennie).

Zastosowano sprawdzoną dotychczas terapię: dieta hipoalergiczną, sucralfat w dawce jak poprzednio, Helicid 1 kap. 20 mg co 24 h rano, Ranigast 75 mg przed snem, stosowany był również antybiotyk - enrofloksacyna w preparacie Enrobioflox 5% (50 mg/ml) w dawce 1 ml/10 kg przez 2 tygodnie. Wzięto pod uwagę ponowne zastosowanie metronidazolu, który ma udowodnione działanie immunomodulacyjne, ale w związku z brakiem zadowalających efektów z poprzednich terapii i częstym po nim przełykaniem zrezygnowano z jego podania.

Terapia ta tym razem nie przyniosła spodziewanych efektów. W związku z tym zastosowano glikokortykosteroidy (prednizon w preparacie Encorton), które w większości przypadków dobrze sprawdzają się przy średnim i mocnym nasileniu objawów zespołu chorobowego. Ustalono dawkę 0,5 mg/kg 2 razy dziennie. Ze względu na wrażliwość pacjenta na niektóre leki początkowo podawano obniżoną dawkę w celu sprawdzenia reakcji. Stosowano Encorton w tej dawce przez 4 tygodnie, następnie stopniowo zmniejszono częstotliwość podawania leku (0,5 mg/kg 2 razy dziennie co 48 h itd.) przez 2 tygodnie.

W okresie podawania sterydu pies czuł się z reguły bardzo dobrze, nie pojawiały się wymioty, odbijanie sporadycznie, częstotliwość oddawania stolca i konsystencja były niezmienione, ustąpiły również wszystkie objawy alergiczne, tj. wypływ z nosa, z worków spojówkowych, problemy zapaleń przewodu słuchowego. Wystąpiły jednak dwa jednodniowe epizody rzadkiego stolca i apatii, które ustąpiły po jednorazowym podaniu No-spy w iniekcji (40 mg s.c.) i ranigastu (preparat Solvertyl w iniekcji 4 mg/kg s.c.). Po 2 tygodniach od rozpoczęcia terapii sterydowej wykonano kontrolne badanie krwi. W morfologii nie wykazano odstępstw od normy. W badaniu biochemicznym wykazano obniżony poziom

białka całkowitego w surowicy (53 g/dl) i dalszy spadek globulin.

W reakcji na obniżony poziom białka zastosowano preparat Vetfood Recovery Balance. Po kolejnych 3 tygodniach wykonano drugie kontrolne badanie krwi. Badanie to wykazało poziom białka całkowitego - 58 g/dl, albuminy w normie, globuliny dalszy spadek, zwiększony poziom ALAT - 81 U/L (norma 3-60). W dotychczas przeprowadzonych badaniach wskaźnik ALAT zawsze był w granicach normy. Odnotowano również spadek poziomu wapnia - 7,5 mg/dl (8,4-11,5). Poziomy tych wskaźników najprawdopodobniej były skutkiem prowadzonej terapii sterydowej. W związku z tym zdecydowano o stopniowym wycofywaniu się z podawania Encortonu i wprowadzaniu mesalazyny (preparat i dawka jak poprzednio).

Pies obecnie jest w trakcie leczenia i wykonywania kontrolnych badań (profil diagnostyczny krwi, witamina B₁₂, kwas foliowy i inne).

PRZYPADEK 2

Naira, suka rasy american staffordshire terrier, 9 lat. Szczepiona regularnie, odrobaczana nieregularnie, niesterylizowana.

W październiku 2013 r. pierwsza wizyta w Gabinetcie Felican-Vet.

Objawy:

- silna biegunka;
- intensywne wymioty śliną i żółcią trwające od ok. tygodnia;
- kał o konsystencji „krowiego placka”, mazisty, smołowaty;
- pod koniec aktu defekacji spore ilości żywej krwi;
- oznaki silnego osłabienia;
- odwodnienie (ok. 2-3%);
- spojówki i śluzówki bladoróżowe;
- silna bolesność żołądka i okolicy jelit.

Badanie *per rectum* wykazało dość spore ilości świeżej krwi i śluzu. Na podstawie wywiadu uzyskano informację, że ok. 2-3 lata temu (lub nawet wcześniej) występowały poranne wymioty śliną i żółcią o nieznanej częstotliwości. Ustalono też, że ok. 2 miesiące temu pies przechodził terapię związaną z silnym zapaleniem stawów kolanowych i zwyrodnieniem odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Przez 1,5 miesiąca przyjmował NLPZ.

Po 2 tygodniach od zakończenia terapii pojawiło się rozwolnienie (kał z domieszką krwi i śluzu) na przemian z wymiotami. Po krótkiej terapii objawy ustąpiły.

W związku z bardzo silnie wyrażonymi objawami ze strony przewodu pokarmowego zastosowano następujące leczenie:

- nawodniono psa – podano płyny w ilości 50 ml/kg *i.v.* (PWE),
- zastosowano osłonę antybiotykową – cefaleksynę (Ceporex w dawce 1,7 ml *s.c.*),
- rozkurczowo No-Spa: 40 mg jednorazowo *s.c.*,
- Vitacon: 10 mg/ml, 1 ampulka raz dziennie,
- Ranigast w preparacie Solvertyl w dawce 4 mg/kg 2 razy dziennie,
- Milgamma N: 2 ml *s.c.*.

Wykonane badanie

Wykonano badanie krwi, które nie wykazało odstępstw od normy.

Wykonano również echo serca. Nie wykazano odstępstw od normy.

Ze względu na fakt iż ok. 2 miesiące temu na zdjęciu RTG wykazano obecność cieni w żołądku, które sugerowały obecność ciała obcego, zalecono USG jamy brzusznej. W badaniu USG żołądek miernie poszerzony o zachowanej budowie warstwowej, bez zmian rozrostowych. W świetle żołądka hipoechogeniczne struktury ok. 25 mm, sugerujące obecność ciała obcego. Brak cech ostrej niedrożności, perystaltyka miernie wzmożona. Jelita o budowie prawidłowej, warstwowej, bez zmian zapalnych, naciekowych, miernie zgazowane, o prawidłowej perystaltyce.

W związku z powyższym w trybie natychmiastowym przeprowadzono zabieg usunięcia ciał obcych z żołądka. Okazało się, że były to gumowe zabawki dla dzieci. Według informacji

uzyskanej od właścicielki psa zginęły one ok. 2 lata temu.

Terapia

Przez kilka następných dni kontynuowano terapię:

- Solvertyl: 4 mg/kg 2 razy dziennie s.c.,
- No-spę rozkurczowo 40 mg s.c.,
- Vitacon: 10 mg/ml 1 amp. s.c.,
- 3 razy w tygodniu Milgamma:
N 2 ml s.c.,
- 2 razy w odstępie 48 h po zabiegu Melovem: 5 mg/ml 1,2 ml s.c.

Wymioty ustąpiły całkowicie, natomiast nadal występowała dosyć obfita biegunka. Kał bardzo wodnisty, jedynie na końcu stolec w kolorze ciemnobrązowym, o konsystencji półuformowanej. Obecne silne napinanie podczas aktu defekacji, na koniec aktu spora ilość żywej krwi i śluzu. Ogólne samopoczucie psa było bardzo dobre. Duża chęć do jedzenia, wychodzenia na spacer, zainteresowanie otoczeniem. Temperatura ciała 38,5°C.

W związku z występowaniem problemów jelitowych zdecydowano o wykonaniu kolonoskopii. Badanie wykazało obecność licznych przekrwień i wybroczyn na terenie błony śluzowej jelita grubego. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego. Wykazało ono łagodne i umiarkowane zapalenie jelita grubego z przewagą limfocytów i komórek plazmatycznych.

Zastosowano Metronidazol w dawce 15 mg/kg 2 razy dziennie przez 3 tygodnie, Synergol: 1,5 ml s.c. przez 3 tygodnie.

Po kilku dniach terapii nastąpiła poprawa, kał był pozbawiony śluzu i krwi, uformowany, o lekko luźnej konsystencji. Po upływie ok. tygodnia stolec był już prawidłowej konsystencji. Zastosowano dietę Hill's z/d low allergen, ze względu na lekkie odbijanie lub/i mlaskanie po posiłku i w nocy zalecono podawanie Ranigastu: 1/2 tab. 150 mg rano i 1 tab. 150 mg 2 h przed snem.

Po zastosowaniu terapii pies poczuł się bardzo dobrze, był aktywny, chętny do jedzenia i spacerów, objawy odbijania i mlaskania ustąpiły prawie całkowicie. Jedynie sporadycznie występowało mlaskanie, raczej późnym wieczorem, które ustępowało po podaniu Ranigastu

(1 tab. 150 mg). Ze względu na fakt, iż pies nie był dawno odrobaczony (badanie kału: lamblie i pasożyty ujemne) podano preparat Adwocat Spot-On., do powtórzenia po 3 tygodniach.

PODSUMOWANIE

IBD jest zespołem chorobowym coraz częściej diagnozowanym u psów zarówno z powodu stosowania endoskopii i/lub kolonoskopii, jak i większej wiedzy lekarzy weterynarii na temat tego zespołu. Etiologia nieswoistych chorób jelit nadal nie jest do końca poznana, w związku z tym niejednokrotnie leczenie jest bardzo trudne i nie zawsze przynosi zadowalające efekty terapeutyczne. Pocieszeniem jest fakt, iż w wielu przypadkach sama zmiana diety na hipoalergiczną przynosi zadowalające efekty. Podobnie jak coraz większa liczba dostępnych na rynku leków.

Piśmiennictwo dostępne u autora

Autor:

lek. wet. Marzena Zmarlak

Streszczenie:

Nieswoiste zapalenie jelit u psów to zespół chorobowy, który charakteryzuje się nawracającymi, przewlekłymi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Przyczyny występowania zaburzeń nie są do końca znane. Na jego pojawienie się ma wpływ kilka czynników: uwarunkowania genetyczne, flora bakteryjna jelit, pasożyty i ich produkty, czynniki pokarmowe. Ze względu na fakt, iż choroba ma charakter idiopatyczny, diagnozę stawiamy na podstawie wykluczenia swoistych enteropatii. Podstawą rozpoznania jest jednak badanie endoskopowe żołądka, jelit cienkich i jelit grubych. Leczenie IBD jest skomplikowane, polega na wyeliminowaniu z diety potencjalnych antygenów bakteryjnych i pokarmowych, łącznie z zastosowaniem leków, które mają na celu stłumienie procesu zapalnego na terenie przewodu pokarmowego.

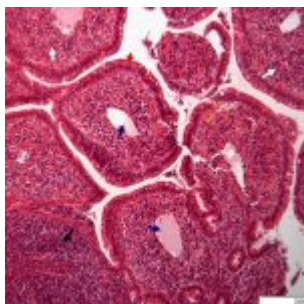
Słowa kluczowe:

nieswoiste zapalenie jelit, dieta hipoalergiczna, glikokortykosteroidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne.

Zdjęcie:

Shutterstock

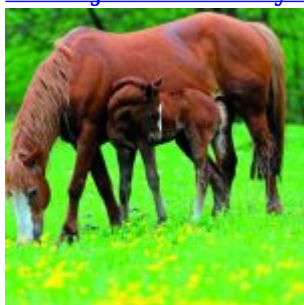
Promowane



- [Nieswoiste zapalenie jelit u psa - opis przypadku](#)



- [Gastroenterologia i dietetyka psów i kotów - wspólny kierunek rozwoju nauk medycznych](#)



- [Lekarz weterynarii: reagujmy mądrze na krzywdę zwierząt](#)



- [Projekt Pethelp plus przy wsparciu Narodowego Centrum Badań i Rozwoju](#)



- [Jaką pracę można wykonywać po technikum weterynarii?](#)