



# КЛІНІЧНИЙ КЕЙС

# Хлопець 16 років



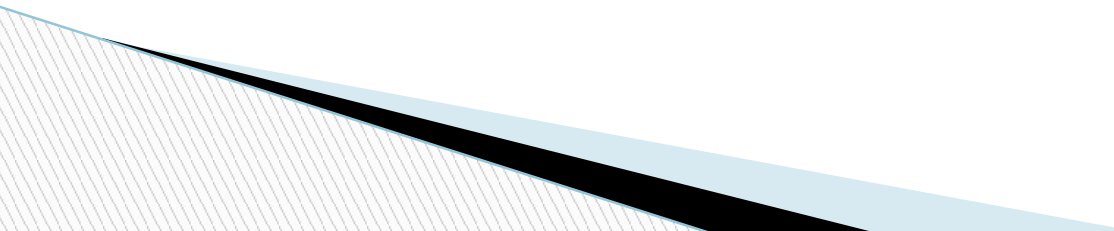
# Скарги

- біль в верхній частині живота, ниючий, майже постійний, який посилюється після вживання їжі через 30 хв. та через 2 години.
- інколи буває нічний біль,
- відчуття кислого у роті,
- втомлюваність
- дратівливість.

# Анамнез захворювання

- Хворіє близько 3-х років. Періодично болі посилюються в осінньо-весняний період, під час стресових ситуацій.
- До лікаря не звертався.
- Іноді приймає **дротаверин**, **фосфалюгель**, що приносить тимчасове полегшення.

# Анамнез життя

- У матері – хронічний гастрит,  
у батька – хронічний холециститит,  
у бабусі – ЦД 2 типу.
  - 5 разів хворів на ГРВІ за рік, у віці 7 років  
переніс пневмонію.
  - Декілька разів отримував антибактеріальну  
терапію.
  - Щеплення – за календарем.
  - Алергоанамнез негативний.
- 

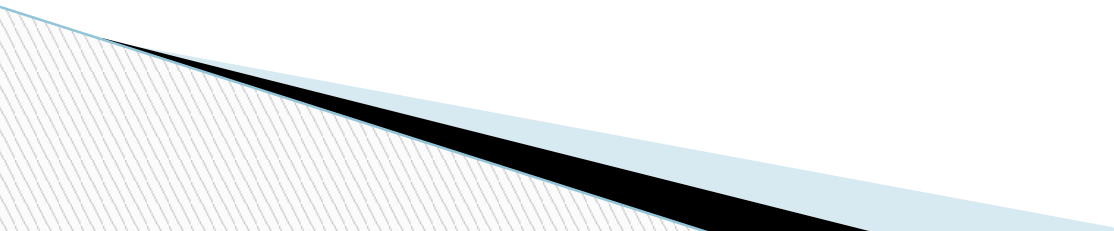
# Об'єктивне обстеження

- Температура тіла – 36,7°C,
- ЧД – 18 за хв, ЧСС – 74 за хв.
- АТ – 120/70 мм рт. ст.
- Язик сухий, обкладений білим нашаруванням.
- Губи сухі, є тріщинки.
- Живіт при пальпації м'який, болючий в епігастрії, зоні Шофара, позитивний с-м Менделя.
- Відділи товстої кишки без особливостей.

# Загальний аналіз крові

- Нв 119 г/л,
  - Ер  $3,8 \times 10^{12}$ /л,
  - КП 0,9
  - L  $6,6 \times 10^9$ /л,
  - ШОЕ 11 мм/год.
- 
- Цукор крові 4.4 ммоль/л.

# Лабораторні показники:

- ЗАС: норма.
  - Діастаза сечі: 32 ОД
  - Копрограма: без патологічних змін.
  - Реакція на приховану кров :  
негативна.
- 



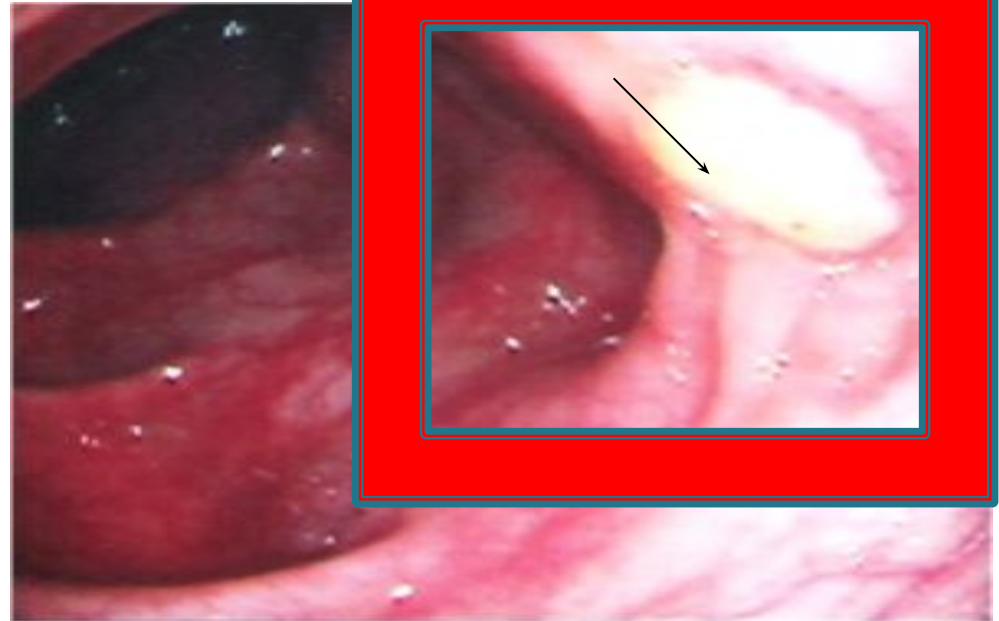
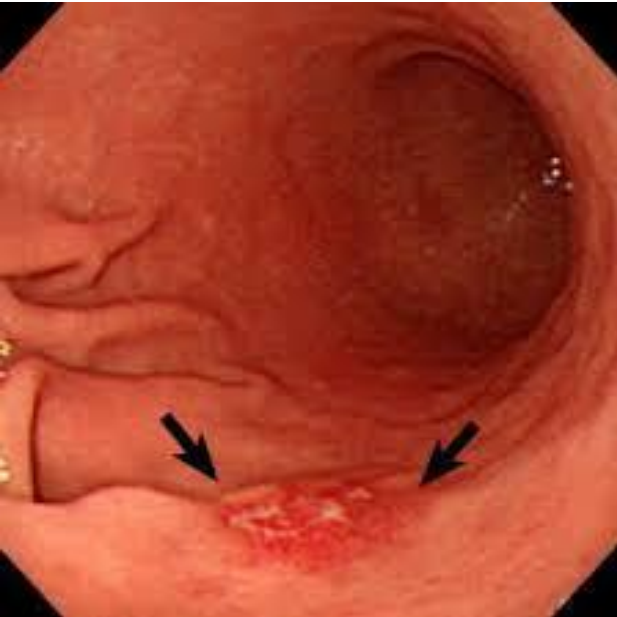
Проблема	Диф.діагноз	Дослідження
Відчуття кислоти в роті	Захворювання, які супроводжуються гіперсекрецією шлунка, ГЕРХ	ФГДС рН-метрія
Живіт болючий в епігастрії	ГЕРХ, гастродуоденіт, виразкова хвороба, захворювання підшлункової залози, функціональна диспепсія, новоутворення шлунку.	ФГДС+біопсія, рН-метрія, УЗД ОЧП, СКТ ОЧП Діастаза сечі
Біль в з. Шофара, позитивний с-м Менделя	гастродуоденіт, виразкова хвороба, захворювання підшлункової залози, СПК, новоутворення 12-ї кишки	ФГДС+біопсія, УЗД ОЧП, Діастаза сечі СКТ ОЧП

# УЗД органів черевної порожнини

не виявлено змін з боку органів черевної порожнини



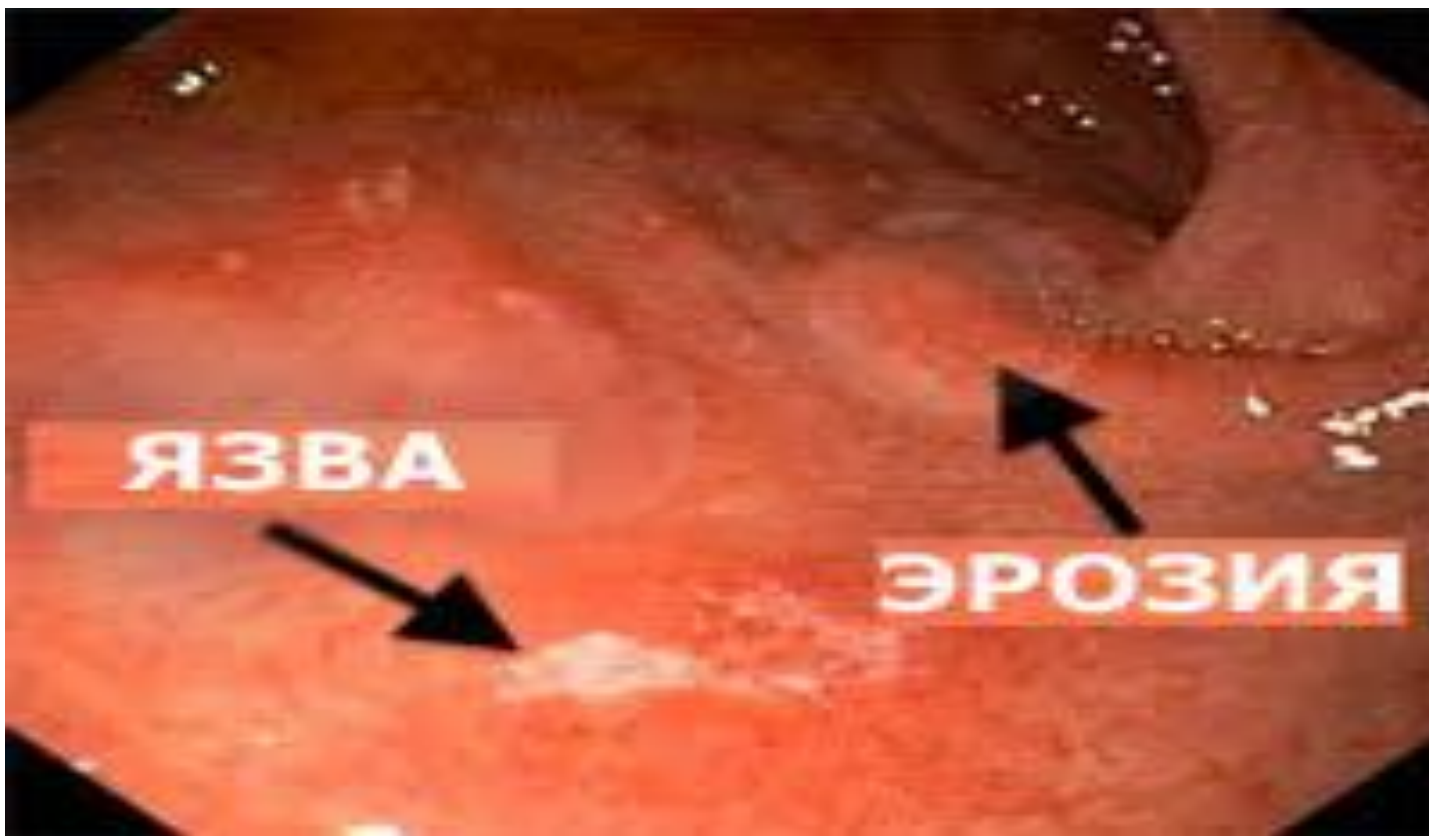
# ФЕГДС:



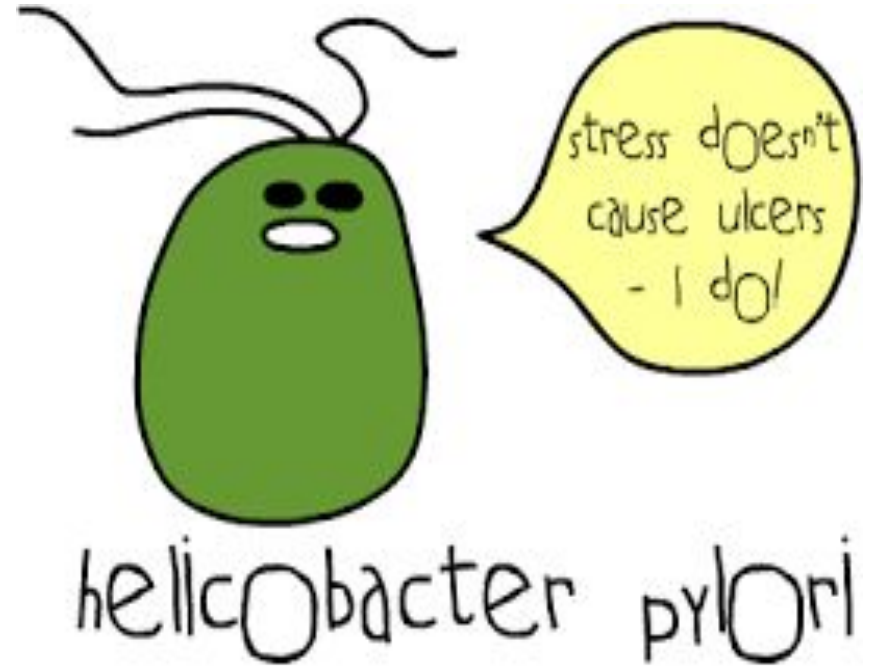
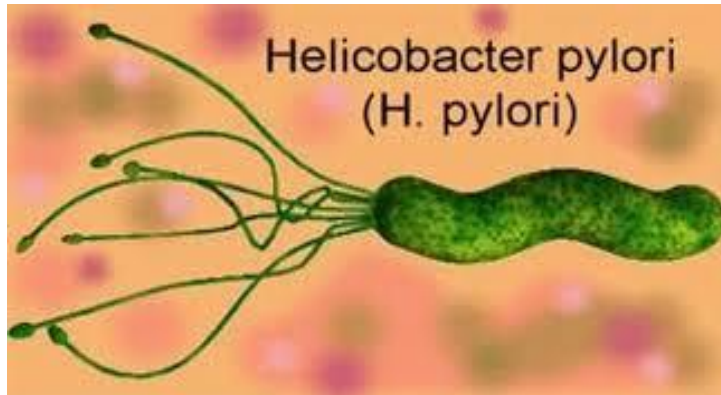
# Езофагофіброгастроуденоскопія

- стравохід вільно прохідний, нижній стравохідний сфінктер стуляється. Слизова оболонка блідо-рожева.
- Шлунок: слизова оболонка гіперемована, пілорус прохідний.
- У 12-п.к.: слизова оболонка гіперемована, зерниста та локується виразка цибулини  $d=0,8$  см, слизова оболонка навколо виразки різко набрякла, гіперемована, по периметру виразки утворюється "запальний вал". Складки слизової оболонки повтовщені, є поодинокі ерозії до 2 мм.

# ФГДС: в чому різниця виразки та ерозії слизової оболонки?



# Що провокує розвиток ВХ ???



# Тест на *Helicobacter pylori*. Який обрати?

## Неінвазивні методи :

- 1) дихальний уреазний тест,
- 2) стул-тест (визначення антигену HP в калі).

Серед неінвазивних методів краще – **стул - тест!!!!**

## інвазивні (сучасні імуноферментні методи) :

- 1) експрес — методи з використанням біоптату з антрального відділу шлунку та його тіла
- 2) полімеразна ланцюгова реакція

**Серологічні методи виявлення HP мають невисоку чутливість та специфічність.**

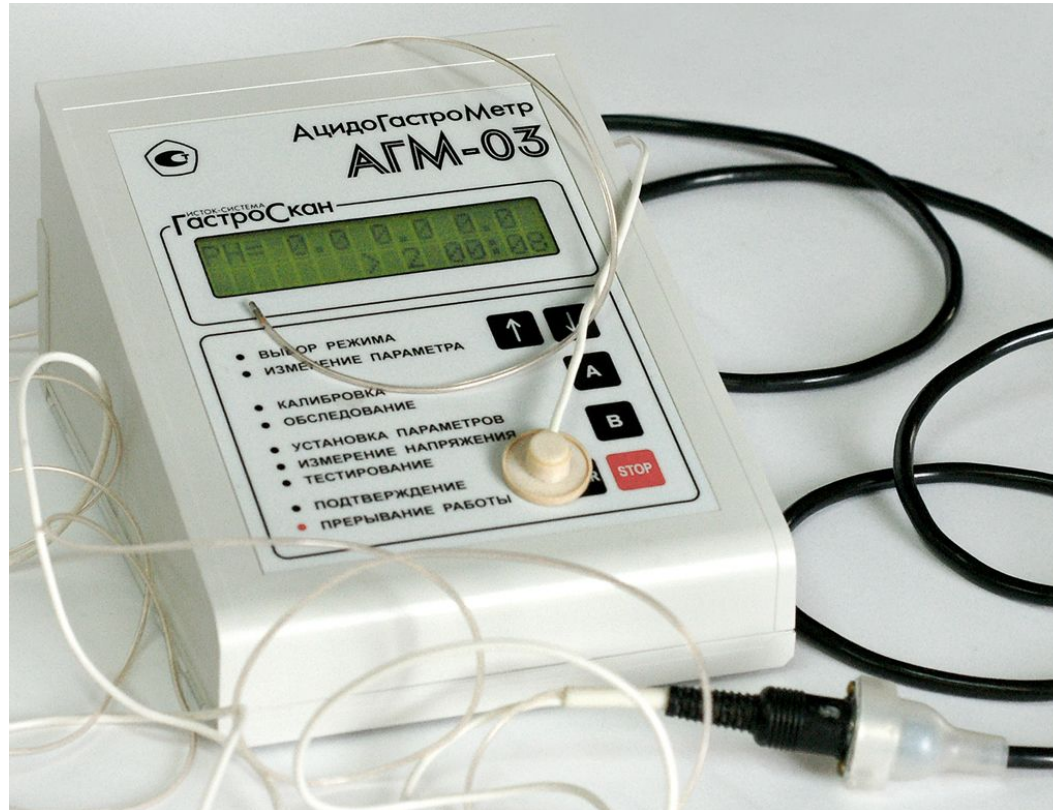
# Яким чином проводиться та оцінюється експрес тест???



- Тест на уреазу дає можливість швидко виявити наявність в шлунковій біопсії *Helicobacter*. Позитивний тест (+) визначається за рожевим фарбуванням, що є результатом вивільнення аміаку з сечовини в тест-розчині під дією уреазу.



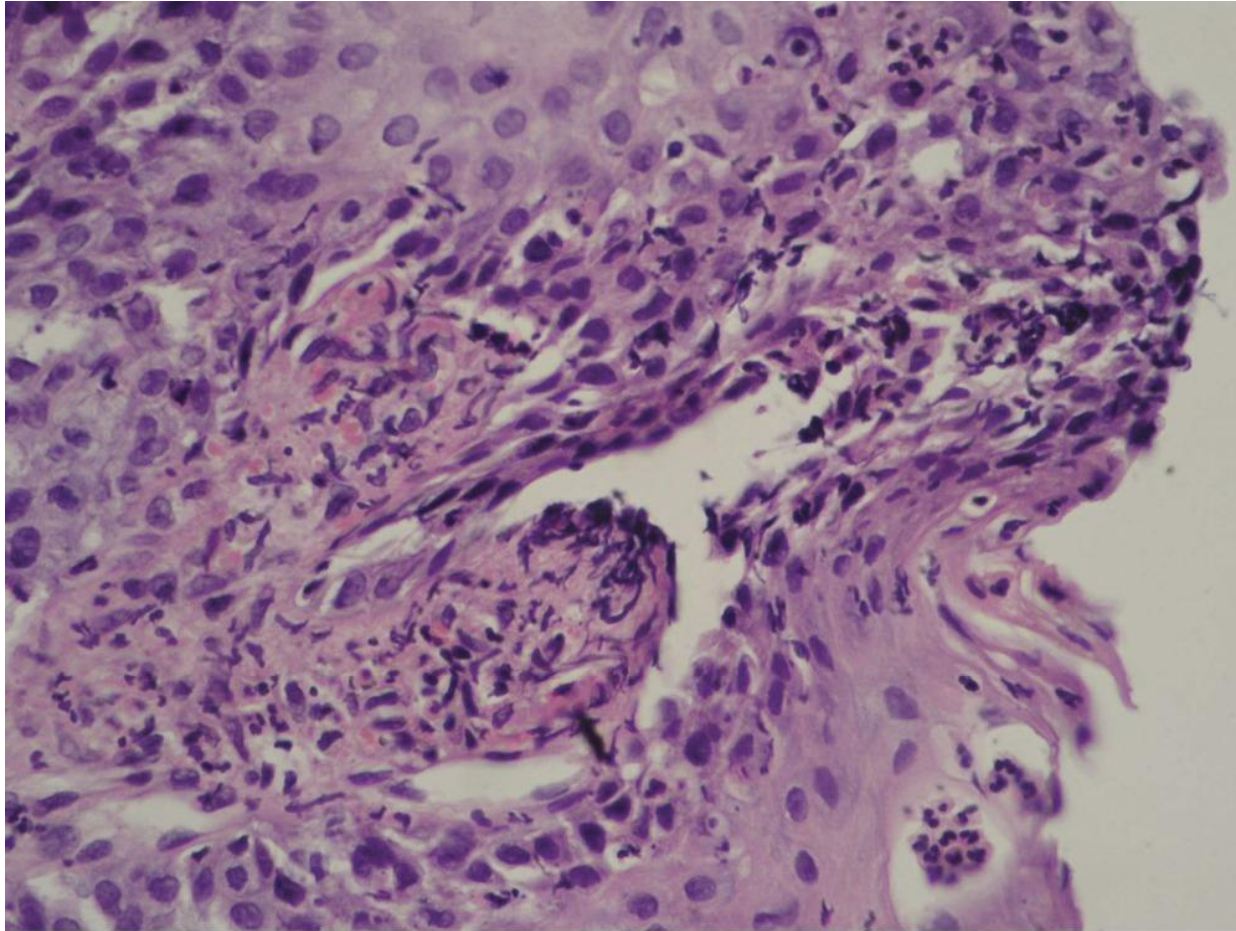
# Дослідження?



# Інтрагастральна рН- метрія. Норма рН шлунку ?

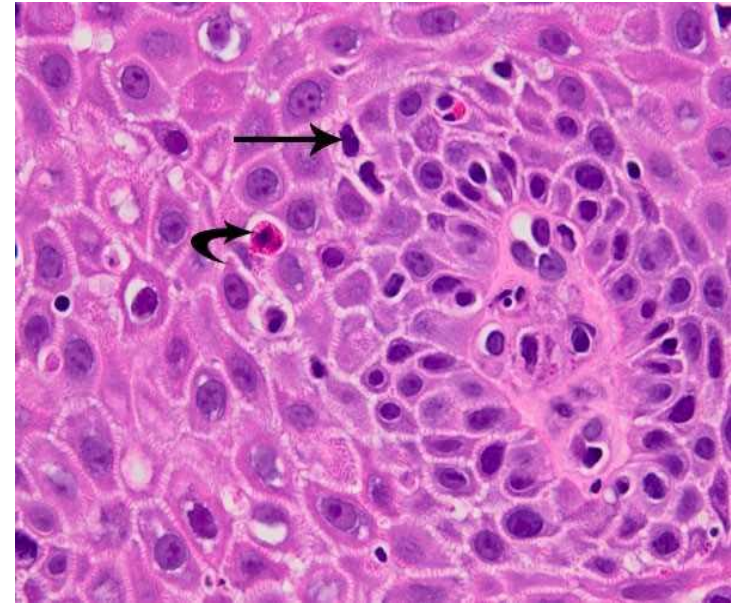
- Фундальний відділ : 1,9-2,9
- Пілоричний відділ: 5,5-6.0
- У нашого пацієнта : 4,0 в пілоричному відділі!!!

# Гістологія



# Гістологія

- запальне ушкодження слизової оболонки шлунку та 12-ї кишки є розвиток гіперплазії клітин та інфільтрація слизової оболонки 12-ї кишки нейтрофілами.



# **З метою діагностики новоутворень СКТ ОЧП+контраст з подальшою консультацією онколога**



# Рентгенографія ОЧП + ОГК для виключення перфорації

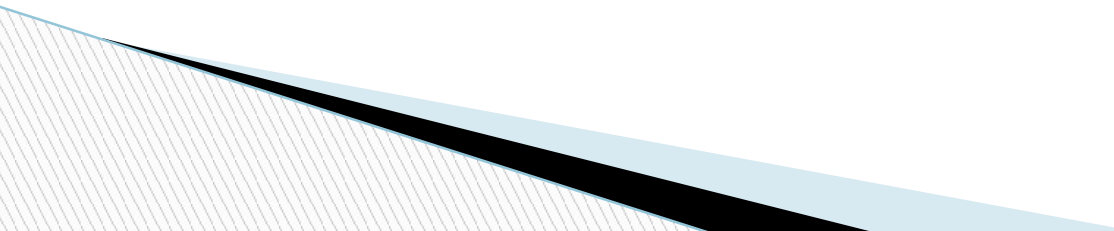
*Рентгенологічно* в початковій стадії розвитку емфіземи відзначається нерівномірне променисте просвітлення в ділянці межистіння. Пізніше при більшому скупченні повітря чітко контуруються обидва листки межистінальної плеври, контрастуються межі серця, великих судин та інших органів межистіння внаслідок їх роз'єднання скупченим повітрям. Через 3-4 години від початку перфорації розвивається виражена підшкірна емфізема, повітря можна виявити й у верхніх відділах заочеревинного простору.



# Діагноз?

- **Основний** : Виразкова хвороба 12-ї кишки (цибулини), середнього ступеню тяжкості, не ускладнена, період загострення.
- **Ускладнення основного**: немає.
- **Супутній**: Хронічний ерозивний гастродуоденіт, Нр асоційований, з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунку, середнього ступеню тяжкості, період загострення.

# Ускладнення виразкової хвороби?

1. Кровотеча
  2. Перфорація
  3. Пенетрація
  4. Стеноз
  5. Малігнізація
- 



# ПРИНЦИПИ лікування

- Дієта:
  - прийом їжі тричі на день та два перекуси між ними;
  - останній прийом їжі повинен бути не менше чим за 3-4 год до сну;
  - слід виключити з раціону продукти, багаті жиром, напої, що містять кофеїн (кава, міцний чай, кока-кола), шоколад, продукти, що містять м'яту перцеву і перець, цитрусові, томати, цубулю, часник, смажені, копчені та гострі страви;
  - Обмежити вживання фастфуду.
  - Дотримуватися побутової гігієни.



# ПРИНЦИПИ Лікування

- ▣ Обираємо: Одотижневу потрійну терапію з блокаторами H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> — АТФази (дітям після 12 років):
- ▣ 1) Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин) або кларитроміцин (азитроміцин) + ніфурател (фуразолідон)
- ▣ або
- ▣ 2) Омепразол (пантопразол) + амоксицилін (рокситроміцин)/кларитроміцин (азитроміцин) + колоїдний субцитрат вісмуту.
- ▣ Усі препарати призначаються 2 рази на день (вранці та ввечері) протягом 7 днів.

# Деталізація лікування:

- ▣ Інгібітори протонної помпи (омепразол, пантопразол, лансопразол, паріет) 20 мг 2 раз на добу.
- ▣ АБ терапія: Амоксицилін 500 мг по 1 т. 2 рази на добу, 7 днів.
- ▣ Препарати колоїдного субцитрату вісмуту: (Де-нол, віс-нол по 120 мг) двічі на добу до 3 тижнів загального лікування.

# Патогенетичне лікування

- Інгібітори протонової помпи (омепразол, пантопразол, лансопразол, парієт) до 4 тижнів.
  - Антациди (маалокс, альмагель, гавіскон).
  - Репаранти чи цитопротектори.
  - Симптоматична терапія?
- 