

**Государственный медицинский
университет г. Семей**

СВЛ

Выполнила:

Есимханова Г.А

Группа: 704, ВОП

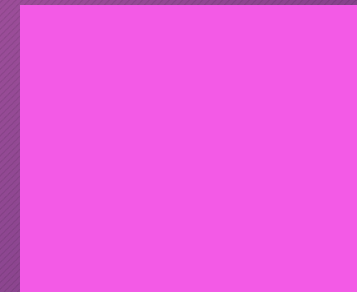
**г. Семей
2018 г.**


- *Ф.И.О. ребенка: Аубакиров М.Н*
- *Возраст: 11 лет*
- *Дата и год рождения: 01.03.2007*
- *Адрес: Пржевальского, 30*

Жалобы на:


- «Голодные» боли в эпигастрии:
 - появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи.
- Отрыжка кислым.

Какая дополнительная информация вам необходима для дальнейшей постановки диагноза?





+ Anamnesis morbi
+ Anamnesis vitae
+ Объективные
данные



Anamnesis morbi

- Считает себя больным в течении 1 года, когда впервые появились боли, появляющиеся через несколько часов после еды, локализующиеся в эпигастральной области, которые носили режущий характер, и исчезающие сразу после приёма пищи; изжога, отрыжка горечью. В связи с этим обратился
- поликлинику по месту жительства, где была проведена ЭГДС, по результатам которой был поставлен диагноз «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки».
- Была назначена медикаментозная терапия, (названия препаратов не помнит), после которой состояние больного значительно улучшилось.
- Данное ухудшение состояния отмечает в течении недели после погрешности в диете.

Anamnesis vitae



Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. Профилактические прививки по календарю.

Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца — сыпь.

Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Что вы выяснили из анамнеза?

Объективные данные

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное,
Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Язык обложен белым налетом у корня.
Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз.

Костная система: Суставы визуально не изменены.
Движения в суставах в полном объеме, безболезненные.

Органы дыхания: Грудная клетка не изменена. Форма грудной клетки нормальная.
Дыхание свободное.
Перкуторный звук ясный легочный. ЧДД 19 в мин.
Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипов нет.

Органы кровообращения: Область сердца визуально не изменена.
Тоны сердца ритмичные. ЧСС-60 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст.
Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области.
Печень не пальпируется. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день. Диурез в норме.

Что вы выявили из объективных данных?

- Язык обложен белым налетом у корня. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области.



Предварительный диагноз?



Учитывая

- Жалобы на:
- «Голодные» боли в эпигастрии:
- появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи.
- Отрыжка кислым.

Anamnesis morbi

- Считает себя больным в течении 1 года, когда впервые появились боли, появляющиеся через несколько часов после еды, локализующиеся в эпигастральной области, которые носили режущий характер, и исчезающие сразу после приёма пищи; изжога, отрыжка горечью. В связи с этим обратился
- поликлинику по месту жительства, где была проведена ЭГДС, по результатам которой был поставлен диагноз «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки».
- Была назначена медикаментозная терапия, (названия препаратов не помнит), после которой состояние больного значительно улучшилось.
- Данное ухудшение состояния отмечает в течении недели после погрешности в диете.

Anamnesis vitae

Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Объективные данные

- Язык обложен белым налетом у корня. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области.

Ставим предварительный диагноз

Язвенная болезнь 12-типерстной кишки.

План обследования?



- Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК (6 параметров);

- • ОАМ;

- • неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (ХЕЛИК-тест);

- • определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом;

- • УЗИ органов брюшной полости;

- • обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом; • исследование кала (копрограмма).

- Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- • ФЭГДС;

- • гистологическое исследование биоптата СОЖ и ДПК;

- • биохимический анализ крови (определение сывороточного железа, билирубина, АЛТ, АСТ, альфа-амилазы); • ЭКГ • исследование кала на гельминты и простейшие.



Общий анализ крови: Нь – 128 г/л, Ц.п. – 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 51 %, э – 3%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эп. кл. – 1–2–3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з.

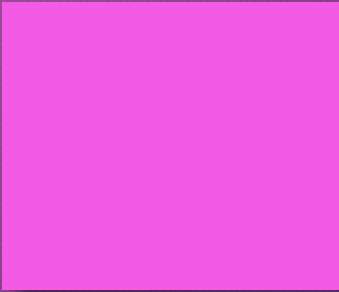
Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба – 4 ед, билирубин – 15 мкмоль/л, из них связ. – 3 мкмоль/л.

ФГДС: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в ашруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).



Интерпретируйте
полученные результаты
и поставьте
клинический диагноз

Основной: ЯБ12пк, активность I ст, 1ые выявленная, Нр-ассоциированная, неосложненная, начало эпителизации, фаза обострения.

Сопутствующий: Гастрит.

**Клинически
й диагноз**

Лечение





Немедикаментозное лечение:

- диета №1: с соблюдением принципа механического и химического щажения. Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют, возможны чередования стола №1 с расширением диеты, можно использовать и стол №5.

При приеме препаратов висмута назначают безмолочную диету (диета №4). Исключаются острые приправы, маринованные и копчёные продукты.

Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Оптимизация режима дня и нагрузок.

Медикаментозное лечение

1) Препараты для эрадикационной терапии первой линии:

- ИПП+амоксциллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
 - ИПП+амоксциллин+кларитромицин;
 - соли висмута+амоксциллин+имидазол.

Продолжительность трехкомпонентной терапии - 10 дней.

Трехкомпонентная терапия:

Омепразол по 20 мг (или лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин 7,5 мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин 20-30мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол 40мг/кг (max500 мг);

Терапия второй линии (квадротерапия) назначается в случае неэффективности препаратов первой линии с дополнительным включением коллоидного субцитрата висмута (висмута трикалия дицитрат):

- 4-8 мг/кг (max120 мг) 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4-ый раз спустя 2 часа после еды, перед сном внутрь. Детям старше 12 лет 120 мг 4 раза в сутки (за 30 мин до еды и перед сном) или 240 мг 2 раза в сутки; детям от 8 до 12 лет 120 мг 2 раза в сутки; детям от 4 до 8 лет в дозе 8 мг/кг/сут в 2 приема. Курс 4-8 недель, в течение следующих 8 недель не следует применять препараты, содержащие висмут; повторный курс - через 8 недель.

Прокинетики (с целью нормализации двигательной функции двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей): • домперидон 0,25-1,0 мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды, продолжительностью лечения не менее 2 недель

• Для создания функционального покоя и снижения желудочной секреции:

Антациды • алюминия гидроксид+магния гидроксид: детям с 2-5 лет 5мл 3р в день, 5-12 лет 5- 10 мл 3-4 раза в день, 12-18 лет 5-10 мл 4р в день (после еды и перед сном);

Блокаторы H₂рецепторов гистамина - 10 дней • ранитидин внутрь 2-4 мг/кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сутки), • фамотидин внутрь детям с массой тела более 10 кг 1-2 мг/кг 2 раза в сутки; детям старше 12 лет 20 мг 2 раза в сутки



Дальнейшее ведение?

Больные с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки подлежат диспансерному наблюдению.

Осмотр педиатра/ВОП - 1 раз в квартал в течение первого года диспансерного наблюдения, далее при стойкой ремиссии - 2 раза в год.

Осмотр гастроэнтеролога - 2 раза в год в осенне-весенний период и противорецидивное лечение «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания.

Осмотры отоларинголога, стоматолога - 2 раза в год. ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза) - 2 раза в год.

ФЭГДС с биопсией - 2 раза в год в первые 3 года, далее 1 раз в год.

ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости - при наличии медицинских показаний.