Государственный медицинский университет г. Семей

CBL

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, периобитальный 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 пилородуоденальной 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, периобитальный 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, периобитальный 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: Нb – 128 г/л, Ц.п. – 0,91, Эр -4,2×10^{12}/л; Лейк – 7,2х 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; pH – 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 HP-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.

Клинический 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+амоксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
• ИПП+амоксициллин+кларитромицин;
• соли висмута+амоксициллин+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 2-5лет 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 Н2рецепторов 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.