НМО ГАСТРО-36 ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Рита Ж. 13 лет, поступила в стационар с жалобами на интенсивные приступообразные боли с преимущественной локализацией в правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер, был обесцвеченный стул и темного цвета моча. Ноющие боли в правом подреберье и эпигастрии периодически беспокоили в течение года, усиливались после приема жирной пищи и физической нагрузки, сопровождались снижением аппетита, общим недомоганием, неустойчивым стулом. Боли купировались после приема но-шпы. Из анамнеза известно, что матери ребенка 5 лет назад была проведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни.

Беременность и роды протекали без осложнений. Ребенок с 2-х месячного возраста на искусственном вскармливании из-за гипогалактии у матери. Физическое и психо-моторное развитие ребенка нормальное. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу в 3 года и инфекционный паротит в 7 лет.При осмотре состояние средней степени тяжести, ребенок беспокоен из-за интенсивных, колющих болей в эпигастрии и в правом подреберье. Температура тела нормальная. Кожные покровы и склеры иктеричны, слизистые чистые. Язык обложен, влажный. Питание повышено, масса тела 56кг. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые, пульс учащен до 104 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, положительны симптомы Ортнера и Кера. Печень выступает по правой средне-ключичной линии на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Стул ахоличный, моча – темная.

Задание:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза? Возможные результаты.
3. Назовите ведущие факторы в генезе данного заболевания
4. Дифференциальный диагноз
5. С участием каких специалистов должен наблюдаться ребенок в условиях стационара?
6. Каковы принципы лечения данного больного?

***Эталон ответа:***

1. Желчнокаменная болезнь, приступный период, вклинение камня в желчевыводящие протоки? Механическая желтуха
2. УЗИ ОБП, динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия (ДГБСЦГ), магнито-резонансная томография (МРТ), *эндоскопическая гастродуоденоскопия (ЭГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)*

Обнаружение конкрементов в просвете желчного пузыря и/или в протоковой системе ЖВП,

1. Наследственность, искусственное вскармливание, повышенный вес
2. С гастродуоденитом, язвенной болезни желудка и 12ПК, холецистохолангитом, аномалиями ЖВП, гепатитом, дисфункциональными расстройствами желчевыводящих путей, МКБ, заворот яичника
3. Консультация хирурга, эндоскописта, гастроэнтеролога, гинеколога, нефролога

Консервативная терапия (болеутолящие, спазмолитики, препараты урсодезоксихолевой кислоиы), при необходимости холецистэктомия

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ТЕМЕ «АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ»**

Задача 2.

Больная И. 16 лет поступила на стационарное лечение с жалобами на боли в животе в правом и левом подреберье, чаще после еды, снижение аппетита, утомляемость, вялость.

Больна с 8 лет. Отмечались слабость, вялость, быстрая утомляемость, через 6 месяцев присоединились носовые кровотечения, легкая желтушность кожных покровов, отеки на ногах, лице, зуд кожи. По экстренным показаниям в тяжелом состоянии девочка доставлена в РДКБ, где находилась на лечении в отделении реанимации, гастроэнтерологии.

С тех пор неоднократно получала лечение в гастроэнтерологическом отделении РДКБ. Состояние стабилизировалось.

Настоящая госпитализация с целью контроля клинико-лабораторных показателей и коррекции глюкокортикоидной терапии. Состояние при поступлении средней тяжести. Отмечается вялость, слабость, некоторая заторможенность, апатия, измененный почерк, речь замедлена, голос монотонный Кожные покровы чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, по типу кушингоида. Живот умеренно болезненный в правом и левом подреберье. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эрит. 4,82; Нв – 120 г/л; лейк. 6.8; нейтр. – 65%; лимф. – 23%; моноц.- 11%; эозин. – 1%, СОЭ 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет- с/желтый; уд. вес – 1013; РН-5; белок – отр.; лейк. –1-2-1; эритр. –отр.

Биохим. анализ крови: общий белок – 70 г/л; альбумины – 41 г/л; АЛТ- 29 Е/л; АСТ-32 Е/Л; общий билирубин – 10,3 мкмоль/л; прямой билирубин - 3,4 мкмоль/л; мочевина – 2.1 ммоль/л; креатинин – 42,6 мкмоль/л; холестерин – 3,88мкмоль/л; Fe -8,4 мкмоль/л; трансферрин -3,18 г/л; ЩФ – 88 Е/Л;

Иммунограмма: IgA- 2,09 г/л; IgM – 2,5 г/л; Ig G-14,5 г/л; ЦИК – 55 у.е.

ANA (антинуклеарные антитела) – 0,43 (норма до 0,26), коэф. позит. -1,66 (норма до 1,0); ANCA (антитела к цитоплазме нейтрофилов) – отр.; AMA

(антимитоходриальные антитела) – отр. Кровь на антитела к ДНК – отр.

Гемостазиограмма: АПТВ – 32 сек (норма 28-40); протромбиновая активность по Квику – 84% (70-130); МНО -1,0 (0,8-1,3); тромб. время-18 (14-21сек); фибриноген -2,3 (2-4 г/л); протромб. время – 12 (10-14).

ЭКГ: синусовый ритм. ЧСС 82ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

ФЭГДС: Пищевод без патологии. Поверхностный гастрит. Поверхностный дуоденит.

УЗИ ОБП, почек и мочевого пузыря: Печень – размеры в норме: толщина правой доли 124мм, толщина левой доли 62 мм, контуры ровные, углы несколько закруглены, структура диффузно неоднородная, средней эхогенности. Сосудистый рисунок обеднен. Воротная вена шириной 8 мм, стенки ее уплотнены за счет перипортального фиброза. Желчный пузырь 70х25 мм, перегиб в области тела, стенки неравномерно утолщены до 4 мм, просвет свободен. Поджелудочная железа - размеры в норме, контуры ровные, структура диффузно неоднородная, гиперэхогенная. Селезенка – размеры в норме, 117х52 мм, структура однородная, средней эхогенности, Селезеночная вена в воротах селезенки шириной 6 мм. Почки-размеры в норме, топика обычная, структурные. Мочевой пузырь – не наполнен.

Задание:

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение
5. Прогноз заболевания

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. *Основной диагноз*: Цирроз печени, стадия субкомпенсации (класс В по Чайлд-Пью) в исходе аутоиммунного гепатита 1 типа с умеренной степенью иммунологической активности. *2. Осложнение*: синдром портальной гипертензии, внутрипеченочная форма. Печеночная энцефалопатия 1 степени. Синдром Иценко-Кушинга, вторичный. Латентный дефицит железа. 3. *Сопутствующий*: хронический холецистит, период обострения. Дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу. Хронический первичный эритематозный гастродуоденит, период неполной ремиссии. Дисфункция желчного пузыря на фоне перегиба.

2.Маркеры вирусных гепатитов (HCV, HCV), CMV, пункционная биопсия печени (ПБП). Эластография печени. Допплеровское исследование. Серологическая диагностика (FibroTest, FibroSpekt), КТ, МРТ. ИФА антигладкомышечных антител (smooth muscle antibody, SMA) в титре 1:80 у взрослых, и 1:20 у детей, антитела к микросомам клеток печени и эпителиальных клеток клубочкового аппарата почек типа 1 (anti – LKM 1), антитела к растворимому печеночному антигену (анти - SLA), тест Рейтана на соединение чисел, письмо, конструктивная апраксия, речь, «хлопающий» тремор (астериксис).

3.Дифференцировать с вирусными гепатитами, болезнью Вильсона-Коновалова, болезнями накопления (дефицит лизосомной кислой липазы (ДЛКЛ), метаболическим синдромом, неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), неалкоголным стеатогепатитом (НАСГ), первичным склерозирующим холангитом (ПСХ), семейной комбинированной гиперхолестеринемией (СКГХС), гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией (ГтСГХС).

4.Лечение комплексное: щадящий режим, стол №5 по Певзнеру, патогенетическая иммуносупрессивная терапия (глюкокортикостероиды (ГКС), азатиоприн). Альтернатвная терапия: циклоспорин А, будесонит, такролимус, циклофосфамид. Трансплантация печени.

5.Прогноз: благоприятный при ранней диагностике и своевременном лечении.

**Ситуационные задачи к теме язвенный колит у детей**

Задача 3.

Пациент К. 10 лет поступил в клинику с жалобами на разжиженный стул в течение 6-ти месяцев, примесь крови и слизи в стуле, боли по всему животу перед дефекацией, ночные позывы, снижение аппетита, слабость, похудание, бледность кожных покровов.

При объективном обследовании: рост 140 см, вес 26 кг (похудел на 4 кг за последние 2-3 месяца). Пониженного питания. Кожные покровы бледные, тени под глазами. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Пульс 80, АД 110/70 мм.рт.ст.. Дыхание везикулярное, 20 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Печень по краю реберной дуги, мягкая, эластичная, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, со слов, 9-10 раз в сутки, с примесью крови и слизи, болезненность перед дефекацией по всему животу, ночные походы в туалет 1-2 раза. PUCAI – 50 баллов.

Лабораторные данные: эр. 3,7х10\*12; Нв 98 г/л; лейкоцитов 10,7\*9; СОЭ 28 мм/час; тромбоцитов 380\*9;

 сыворочное железо 7,2 г/л; фекальный кальпротектин 80 нг/мл

Илеоколоноскопия: толстая кишка на всем протяжении отечна, гиперемирована, определяются микроабсессы, единичные неглубокие язвы, наложения крови и слизи на слизистой оболочке на всем протяжении кишечника.

Задание:

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. О каком заболевании можно думать? Полный диагноз заболевания
3. Какие методы исследования дополнительно еще необходимы?
4. Дифференциальная диагностика
5. План обследования при данном заболевании
6. План лечения

Эталон ответа: Задача №3.

1. Абдоминальный синдром, интоксикационный синдром, хроническая диарея, гемоколит, анемия

2. ВЗК; Язвенный колит, тотальное поражение, умеренной активности, средней степени тяжести. Осложнение: железодефицитная анемия, легкой степени тяжести

3. Дополнительные методы исследования: морфологическое исследование биопсии СО толстого кишечника;

4.Диф. диагноз: инфекционный колит, аллергический колит, амебиаз, полип кишечника, опухоль кишечника;

5. план обследования: ОАК с определением тромбоцитов, ОАМ, биохим. анализ крови (АЛТ, АСТ, альбумин, СРБ, оценка обмена железа), определение токсина Clostridium difficile в 3-х порциях стула, определение концентрации антител к цитоплазме нейтрофилов (p-ANCA) и антител к сахаромицетам (ASCA);

 ЭГДС, УЗИ, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки кишечника,

6.План лечения: диетотерапия, месалазин (Салофальк) 60-80 мг/кг/сут. х 26 кг=156 мг/сут. – 208 мг/сут. ( например по 2 таб. по 500 мг х2 раза) + топические 5-АСК (клизмы, пена); при отсутствии эффекта в течение 2

Задача 4.

 Пациентка И. 2 года поступила в клинику с жалобами на появление крови при дефекации, боли в животе, снижение аппетита. Ребенок от здоровых родителей, беременность и роды протекали нормально. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании вследствие гипогалактии у матери. В последующем получала курсы кишечных антисептиков, про- и пребиотиков, ферментные препараты. Наблюдалась с диагнозами кишечные колики, энтероколит, дисбактериоз.

Состояние ухудшилось в последние две недели, появились кровь и слизь в стуле, разжижение стула, учащение стула до 11-12 раз в сутки.

При осмотре ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Рост 84 см, масса тела 9 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Зев спокоен. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 115. Дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям, 24 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области сигмовидной кишки. Стул до 11 раз в сутки с примесью крови и слизи.

Лабораторные исследования: бак. анализ кала на дизентерию, тифозную, паратифозную группы отр. Кал на я/гл. и прост.- отр. Копрограмма: кал жидкой консистенции, слизь +++, эритроциты до 20-30 в п/зр., лейкоциты 25-35 в п/зр.

ОАК: эритроциты – 3,2\*12; Нв – 81 г/л; тромбоциты – 250\*9/л; анизацитоз++, пойкилоцитоз ++; лейкоцитов- 8\*9/л; лимфоцитов 50%; нейтрофилов – 40%; моноцитов – 8; эозинофилов – 2%; СОЭ 29 мм/час.

УЗИ ОБП: без особенностей

ЭГДС: поверхностный гастрит, дуоденит.

Колоноскопия: слизистая оболочка до селезеночного изгиба отечна, диффузно гиперемирована, единичные кровоточащие язвы.

Морфология: отек слизистой, лимфо- и плазмоцитарное пропитывание слизистой

Задание:

1. Выделите основные симптомы и синдромы

2. о каком заболевании можно думать? Полный диагноз заболевания

1. какие методы исследования дополнительно еще необходимы?
2. Дифференциальная диагностика
3. План обследования при данном заболевании
4. план лечения

***Эталон ответа: ситуационная задача з №4***

1. Абдоминальный синдром, интоксикационный синдром, хроническая диарея, гемоколит, анемия

2. ВЗК; Язвенный колит, левостороннее поражение, умеренной активности, средней степени тяжести. Осложнение: железодефицитная анемия, постгеморрагическая, средней степени тяжести

3. Дополнительные методы исследования: морфологическое исследование биопсии СО толстого кишечника; ЭГДС,

4.Диф. диагноз: инфекционный колит, аллергический колит, амебиаз, полип кишечника, опухоль кишечника;

5. план обследования: ОАК с определением тромбоцитов, ОАМ, биохим. анализ крови (АЛТ, АСТ, альбумин, СРБ, оценка обмена железа), определение токсина Clostridium difficile в 3-х порциях стула, определение концентрации антител к цитоплазме нейтрофилов (p-ANCA) и антител к сахаромицетам (ASCA);

 ЭГДС, УЗИ, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки кишечника,

6. План лечения: диетотерапия, месалазин (Салофальк) 60-80 мг/кг/сут. + топические 5-АСК (клизмы, пена); при отсутствии эффекта в течение 2 недель + пероральные стероиды – преднизолон 1 мг/кг/сут. однократно утром, с постепенным снижением дозы, препараты железа.

 диаметре, на остальном протяжении структура печени однородная, средней эхогенности. Желчный пузырь 55х16 мм, овальной формы, стенки не утолщены, просвет свободен. Поджеледочная железа- размеры в норме, контуры ровные, структура однородная, средней эхогенности. Селезенка-размеры в норме, в паренхиме определяется множество гипоэхогенных участков округлой формы размерами от 2 до 8 мм в диаметре. Почки-размеры в норме, топика обычная, структурные. Мочевой пузырь-просвет свободен.

ФГС: пищевод свободно проходим, слизистая на всем протяжении умеренно отечна и гиперемирована. Кардия обычной формы, смыкается. Желудок натощак содержит умеренное количество мутной слизи. Сладки обычные, расправляются при инсуфляции. Слизистая антропилорического отдела умеренно отечная, рыхлая, очагово гиперемирована. Привратник сомкут. Просвет 12 п.к. свободен. Слизистая луковицы и внелуковичной части резко отечная, ярко гиперемиравана, со множественными эрозиями, до 2,0-3,0 мм. Эрозии покрыты фибрином, легко ранимы. Фатеров сосочек обычный. В момент осмотра геморрагического синдрома не выявлено.

Иммуноферментный анализ (ИФА) H.pylori IgA,M,G ОП 0,83 титр 1:10.

 Гастрин (ИФА) -2,6 пмоль/л ( 1,0-10,0)

ЭКГ: Ритм: синусовая аритмия легкая. ЧСС 95 ударов в мин. Электрическая ось сердца: вертикальное положение. Единичные предсердные экстрасистолы с полной компенсаторной паузой.

ЭХО КГ: ложные хорды левого желудочка.

Общий анализ мочи без патологии

Бактериологическое исследование кала: микробов тифо-паратифозной, дизентерийной группы не обнаружено.

Копрологическое исследование кала: физическое исследование- цвет-коричн., консистенция-оформлен., запах-обычный; микроскопическое исследование кала: мышечные волокна с исчерченностью +, растительная клетчатка неперевар.+, перевар.+; крахмал внеклеточный+, яйца гельминтов, цисты и/или трофозоиды простейших не обнар.

**Задание:**

1. Выделите основные синдромы
2. Какова этиология заболевания?
3. Поставьте и обоснуйте диагноз
4. Назначьте лечение
5. Какие дополнительные исследования необходимы?
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

ОТВЕТ к задаче №5:

* + - 1. Болевой, диспепсический, астенический синдромы;
			2. Нр-асоциированное заболевание
			3. Диагноз основной: острый эрозивный дуоденит, хронический первичный эритематозный гастрит, Нр-асоциированые, период обострения Соп: ГЭРБ , рефлюкс- эзофагит I-В степени, среднетяжелое течение
			4. Лечение: диетотерапия, стиль жизни, эрадикационная терапия, прокинетики и корректоры моторики, антациды
			5. Суточная рН-метрия, рентгенологическое исследование ЖКТ, биопсия СО и гистологическое исследование
			6. Консультация кардиолога, пульмонолога, оториноларинголога, хирурга при необходимости

Ситуационные задачи К ЭУК «ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ»

Задача № 6:

Подросток 15 лет поступил в отделение с жалобами на боли в правом подреберье схваткообразного характера, тошноту, периодически рвота с примесью желчи, боли в эпигастрии натощак.

ОАК: эр. 3,7х10х12/л; Нв – 130 г/л; лейк. – 5,6х10х9/л; нейтр. с/яд. – 64%; лимф. – 24%; моноц. – 10%, эозин.-2%;

ОАМ: прозр, с/желт., уд.вес -1018; белок –отр.,лейк.- 1-0-2 в п/зр; эр.-отр.

Б/хим. анализ крови: общий белок – 76,8 г/л, общий холестерин – 5,2 ммоль/л, ТГ – 2,24 ммоль/л, ЛПНП – 2,92 ммоль/л, ЛПВП– 1,1ммоль/л;

ТАУЗИ: уплотнение стенки желчного пузыря; в условиях снижения мощности аппарата до 8-10 дБ – протяженность эхопозитивных включений -1,8 см.; пробный завтрак: снижение сократительной способности ЖП (ССЖП) – 30%.

ЭГДС: поверхностный гастродуоденит, Нр положит. (+++).

 Вопросы:

1. поставьте предварительный диагноз
2. и назначьте обследование
3. проведите дифференциальный диагноз
4. назначьте лечение
5. составьте план диспансерного наблюдения, прогноз

**Эталон ответа к задаче №6:**

1. *Основной диагноз*: холестероз желчного пузыря (ХЖП), бескаменный, сетчато-диффузная форма, со сниженной ССЖП. *Сопут. диагноз:* первичный гастродуоденит, эритематозный, период обострения, Нр положит

2. Рекомендуемое обследование: ФЭГДС с взятием биопсийного материала; биохимический анализ крови с печеночными пробами, белковым комплексом (β- и α-глобулины), кал на яйца глистов и простейшие; кал на скрытую кровь; ацидометрия желудка

3***. Дифференциальный диагноз*** проводить с: 1) опухолями ЖП; 2) полипозом ЖП; 3) ЖКБ 4) со стрессовыми и медикаментозными язвами; эндокринными язвами; гепатогенными язвами; панкреатогенными язвами, гипоксическими язвами.

4. ***Консервативная терапия:*** диетические рекомендации; -коррекция липидного обмена; прием УЖХК 6-12-24 мес.;гепатопротекторы-холеретики, холекинетики***,*** динамический УЗИ контроль 1 раз в 3 мес.;контроль б/хим. маркеров 1 раз в 3 мес.-эрадикационная терапия Нр.

5.диспансерное наблюдение не менее 3-х лет. Санаторно-курортное лечение.Прогноз благоприятный при комплексной терапии.

Задача №7:

Девочка 13 лет в течение 1-го года предъявляет жалобы на тупые, ноющие боли в правом подреберье, эпигастрии, которые появляются после физической нагрузки. У матери девочки – ЖКБ, у отца- гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии.

Осмотр: кожные покровы бледно-розовые, чистые. Живот - синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в правом подреберье, эпигастрии и пилородуоденальной области, такая же болезненность в точке Мейо- Робсона. Печень не увеличена

Общий анализ крови: Нв 128 г/л, эр. 4,5х12/ л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 7,3х10х9/л, п/я – 3%, с – 51%, л – 36%, э – 3%, м – 7%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок – отр, сахар – отр, слизь – немного, ацетон –отр, лейкоциты – 2-3-1 в п/з.

Биохимический анализ крови: белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, амилаза – 100 Ед/л (норма 10 – 120), тимоловая проба – 3 Ед, холестерин 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается неполностью. В желудке – мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы двенадцатипрестной кишки очаново гиперемирована, отечная,

УЗИ органов брюшной полости: печень – контуры ровные, паренхима гомогенная не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы, 65х38 мм (норма 50х30), с перегибом в дне. В просвете желчного пузыря пристеночное образование, 5-6 мм, несмещаемое, акустическая тень отсутствует, сосудистой ножки нет. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 (норма – 15), хвост – 22 (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: рН в теле – 2,4; в антруме – 4,2; через 30 мин. после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,003 мг/кг рН в теле -1,4; в антруме – 1,8.

Дыхательный уреазный тест – положительный, биопсийный тест на НР – инфекцию – (+++).

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Оцените картину УЗИ,
4. какова информативность УЗИ для постановки диагноза.
5. Принципы лечения данного больного.

**Эталоны ответов к задаче 7:**

1. *Основной диагноз:* холестероз желчного пузыря, бескаменный, полипозная форма, со ССЖП

 *Сопутствующие диагнозы:* хронический эритематозно-нодулярный гастродуоденит, недостаточность кардии, период обстрения, с повышенной кислотной продукцией, ассоциированная с Helicobacter pylori – инфекцией; вторичная дискинезия желчного пузыря на фоне перегиба желчного пузыря, гипокинетическая форма. Дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу

1. Этиопатогенез: отягощенная наследственность, нарушения липидного обмена, гипотония желчного пузыря, аномалия развития желчного пузыря; Helicobacter pylori – инфекция;
2. Информатиыность УЗИ ОБП высока для постановки диагноза ХЖП полипозная форма. Дисфункции желчного пузыря на фоне перегиба, гипокинетическая форма. Для уточнения характера патологических изменений в желчном пузыре необходимо исследование с помощью ЭндоУЗИ
3. Принципы лечения больной:

 -диетические рекомендации; .коррекция липидного обмена; прием УЖХК

-гепатопротекторы, холеретики, холекинетики

-динамический УЗИ контроль 1 раз в 3 мес.;

-контроль б/х маркеров 1 раз в 3 мес.

-3-х компонентная схема антихеликобактерной терапии + энтерол 250 мг х 2 раза в день;

Ситуационные задачи К ЭУК «ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»

Задача № 8:

Подросток 15 лет поступил в реанимационное отделение с жалобами на рвоту «кофейной гущей», черный дегтеобразный стул, слабость, головокружение. У отца ребенка рак желудка.

Задание к ситуац. задаче №8:

1.поставьте предварительный диагноз

2. назначьте обследование

3.проведите дифференциальный диагноз

4. обоснуйте клинический диагноз

5.назначьте лечение

6. составьте план диспансерного наблюдения

Эталоны ответа к задаче №8:

1.Язвенная болезнь желудка и /или 12 ПК, фаза обострения (острая язва), осложненная острым кровотечением.

 2. Рекомендуемое обследование: ФЭГДС с взятием биопсийного материала; УЗИ ОБП; ОАК cino!, ОАМ, биохимический анализ крови с печеночными пробами; кал на яйца глистов и простейшие; кал на скрытую кровь; ацидометрия желудка, идентификация инфекции Helicobacter pylori

3. Дифференциальный диагноз проводить с опухолями верхних отделов ЖКТ; полипозом ВОЖКТ; со стрессовыми и медикаментозными язвами; эндокринными язвами; гепатогенными язвами; панкреатогенными язвами, гипоксическими язвами.

4. Клинический диагноз на основе жалоб на рвоту «кофейной гущей», черный дегтеобразный стул, наследственность: у отца рак желудка, возможно вследствие длительной Helicobacter pylori – инфекции.

5. В раенимационном отделении: эндоскопический гемостаз, при безуспешности – хирургическое лечение; в/в ИПП 2 раза в сутки, при тяжелой анемии – трансфузии эритроцитарной массы.

По мере улучшения состояния и переводе на энтеральное питание: перевод в соматическое или гастроэнтерологическое отделение, диетотерапия (стол 1а, 1, 5), при выявлении инфекции Helicobacter pylori

эрадикационная терапия не менее чем на 10-14 дней, в последующие 6 месяцев прием ИПП, антацидов.

6. Диспансерное наблюдение не менее 5 лет после последнего обострения. Контроль ЭГДС и Helicobacter pylori – инфекции. Санаторно-курортное лечение.

Ситуац. задача №9:

Девочка 11 лет в течение 1-го года предъявляет жалобы на голодные боли в эпигастрии, которые появляются утром натощак или ночью и купируются приемом пищи. Также беспокоит отрыжка кислым. У матери девочки – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца- гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается три раза в неделю хореографией.

Осмотр: рост – 148 см, масса -34 кг; кожные покровы бледно-розовые, чистые. Живот - синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, такая же болезненность в точке Мейо- Робсона. Печень не увеличена

Общий анализ крови: Нв 128 г/л, эр. 4,5х12/ л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 7,3х10х9/л, п/я – 3%, с – 51%, л – 36%, э – 3%, м – 7%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, уд. Вес – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, слизь – немного, ацетон –нет, лейкоциты – 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, OA – 140 Ед/л (норма 70 – 140), амилаза – 100 Ед/л (норма 10 – 120), тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается неполностью. В желудке – мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы двенадцатипрестной кишки очаново гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята бипсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень – контуры ровные, паренхима гомогенная не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы, 65х38 мм (норма 50х30), с перегибом в дне. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 (норма – 15), хвост – 22 (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: рН в теле – 2,4; в антруме – 4,2; через 30 мин. после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,003 мг/кг рН в теле -1,4; в антруме – 1,8.

Дыхательный уреазный тест – положительный, биопсийный тест на НР – инфекцию – (+++).

Задание:

1.Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.

 2.Этиопатогенез заболевания.

3.Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.

4.Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза.

1. Принципы лечения данного больного.

Эталон ответа к задаче №9.

* + - 1. Основной диагноз: Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, в стадии свежей язвы, ассоциированная с Helicobacter pylori – инфекцией.

Сопутствующие диагнозы: хронический эритематозно-нодулярный гастродуоденит, недостаточность кардии, период обострения, с повышенной кислотной продукцией; вторичная дискинезия желчного пузыря, гипокинетическая форма.

2.Этиопатогенез: отягощенная наследственность, Helicobacter pylori – инфекция; повышенная учебная нагрузка (стрессы) и возможный алиментарный фактор, связанный с обучением в 2-х школах.

3.Эндоскопические признаки хеликобактериоза: множественные разнокалиберные выбухания в антруме желудка; язвенный дефект слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки.

4.Информатиыность высока только для постановки сопутствующего диагноза дисфункции билиарного тракта.

5.Принципы лечения больного: стационарный режим, стол № 1а, 1 и с постепенным переходом на №5. 3-х компонентная схема антихеликобактерной терапии + энтерол 250 мг х 2 раза в день