

Гастроэнтерология - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Гастроэнтерология | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

Гастроэнтерология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Гастроэнтерология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка С. 53 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

1.2. Жалобы

- * на периодически возникающую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации +
- * боль и чувство распирания в прямой кишке перед актом дефекации +
- * наличие неизменённой крови в стуле +
- * недержание кала +
- * повышение температуры тела до субфебрильных цифр

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной около одного года, когда впервые появились жалобы на периодическую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации, жидкий стул с примесью алой крови до 10 раз в сутки, повышение температуры до 38°C, похудание на 20 кг за 2 месяца. Принимала спазмолитики, антидиарейные средства без положительного эффекта. В последнее время присоединились ноющие боли в прямой кишке, недержание кала, что заставило больную обратиться на консультацию к гастроэнтерологу.

1.4. Анамнез жизни

Родилась в Новосибирской области +
Росла и развивалась соответственно возрасту. +
Замужем, имеет дочь. +
Образование: неполное среднее. +
Работает сторожем. +
Вредные привычки: отрицает. +
Семейный анамнез неотягощен. +
Аллергологический анамнез: пенициллин, тетрациклин, левомицетин, новокаин, лидокаин, фуразолидон - отек Квинке.

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °C. +
Рост - 170 см, вес - 60 кг, ИМТ - 20 кг/м² +
Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. +
Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет +
При сравнительной перкуссии лёгких - лёгочный звук. +
При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту, АД 110 и 70 мм рт. ст. +
При пальпации живот мягкий, болезненный в правой и левой подвздошных областях, перистальтика выслушивается во всех отделах. +
Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. +
Печень, селезенка не увеличена. +

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. +
Мочеиспускание не изменено

1. План обследования

1. Вопрос

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

1. С-реактивный белок

2. общий анализ крови

3. оценка содержания гликозилированного гемоглобина в сыворотке крови

4. биохимический анализ крови

5. оценка содержания липидов в сыворотке крови

6. анализ кала

Правильные ответы: С-реактивный белок; общий анализ крови; биохимический анализ крови; анализ кала

Позволяет определить наличие острой фазы воспалительного процесса.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Всем пациентам с целью определения степени анемии, признаков системного воспаления и метаболических нарушений рекомендованным минимумом лабораторной диагностики является исследование крови

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

По биохимическому анализу крови можно выявить снижение уровня железа, белка. +
Рекомендовано выполнение исследование уровня свободного и связанного билирубина, креатинина, мочевины, глюкозы, натрия, калия, общего кальция в крови, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, амилазы в крови

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Общий анализ кала назначается для исключения наличия крови, а при микроскопическом исследовании определяется количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндрического эпителия и слизи.

Пациентам с болезнью Крона при оценке активности воспаления в кишечнике рекомендовано выполнять анализ кала на фекальный кальпротектин.

Также анализ кала проводится для исключения острой кишечной инфекции (при остром начале), паразитарного колита (при остром начале), исследование токсинов А и В Clostridium difficile (при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре для исключения псевдомембранозного колита).

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

===	Показатель	Результат
Норма	Эритроциты (10 ¹² /л)	3,1
м. 4,4-5,0 + ж. 3,8-4,5	Гемоглобин (г/л)	105
м. 130-160 + ж. 120-140	Гематокрит (%)	41,0
35-52	ЦП	0,88
0,80-1,05	Лейкоциты (тыс)	12,3
4,0-11	Нейтрофилы (%)	51,4
45-72	Лимфоциты (%)	35,4
18-44	Моноциты (%)	10,3
2-10	Эозинофилы (%)	2,2
0-5	Базофилы (%)	0,7
0-2	Тромбоциты (10 ⁹ /л)	450
150-450	СОЭ (мм/ч)	43
0- 20	===	

3.2. Биохимический анализ крови

===	Показатель	Результат
Норма	Общий белок (г/л)	77,2
57-82	Альбумин (г/л)	40,6
32-48	Глюкоза (ммоль/л)	5,1
4,1-5,9	Общ. билирубин (ммоль/л)	9,5
3-21	Пр. билирубин (ммоль/л)	3,3
0-5	АСТ (ед/л)	19
0-34	АЛТ (ед/л)	20
5-49	ГГТ (ед/л)	19

===	Показатель	Результат
0-73	Щелочная фосфатаза (ед/л)	194
70-360	Креатинин (мг/дл)	0,82
0,5-1,3	Мочевая кислота (мкмоль/л)	410
150-420	Азот мочевины (ммоль/л)	7,2
3,2-8,2	Натрий (ммоль/л)	150
132-150	Калий (ммоль/л)	5,4
3,5-5,5	Железо (ммоль/л)	8,2
9,0-30,4	Трансферрин (г/л)	2,16
2,0-3,6	% насыщения железом	20
20-55	Амилаза (ед/л)	41,2
30-118	Холестерин (ммоль/л)	5,02
3,2-5,6	===	

3.3. С-реактивный белок

===	Показатель	Результат
Норма	С-реактивный белок (мг/л)	14,7
0-5	===	

3.4. Анализ кала

===	Показатель
Результат	Цвет
коричневый	Форма
оформленный	Реакция на кровь
Положительная	Реакция на стеркобилин
Положительная	Слизь
нет	Микроскопия
Мышечные волосна сохранивш./потерявш. поперечн. (plus) -	{plus} -
Соединительная ткань	-
Нейтральный жир	{plus} -
Жирные кислоты	-
Мыла	{plus}
Крахмал внутриклет.	{plus} -
Клетчатка переваримая/неперевар.	{plus} -/{plus}
Йодофильная флора N	{plus} -
Лейкоциты	-
Эритроциты	10-12 в п/зр
Яйца глист, простейшие, грибы	Не найдены

|===
{nbsp}

Токсины A, B Clostridium difficile - *отрицательные*

Кальпротектин - 313 мкг/г (норма < 50)

3.5. Оценка содержания гликозилированного гемоглобина в сыворотке крови

4,8% (норма 4-6,2%)

3.6. Оценка содержания липидов в сыворотке крови

===	Показатель	Результат
Норма	Триглицериды (ммоль/л)	1,05
0,41-1,7	Липопротеиды высокой плотности (ммоль/л)	1,54
>1,56	Липопротеиды очень низкой плотности (ммоль/л)	0,48
0,19-0,77	Липопротеиды низкой плотности (ммоль/л)	2,48
<4,2	===	

2. Вопрос

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

1. **тотальная колоноскопия с илеоскопией**

2. электрокардиография

3. трансторакальное эхокардиографическое исследование

4. ультразвуковое исследование щитовидной железы

5. **фиброгастродуоденоскопия**

6. рентгенография органов грудной клетки

**Правильные ответы: тотальная колоноскопия с илеоскопией;
фиброгастродуоденоскопия**

При колоноскопии можно обнаружить регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки, симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемизированной слизистой оболочкой), линейные язвы (язвы-трещины), афты, а в некоторых случаях - стриктуры и устья свищей.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Диагностика», «Инструментальные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет обнаружить эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим взятием биопсии.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Инструментальные диагностические исследования»

(1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: недостаточность кардии, катаральный рефлюкс - эзофагит, антральный гастрит с очаговой атрофией, бульбит, дуоденогастральный рефлюкс.

5.2. Тотальная колоноскопия с илеоскопией

При колоноскопии обращает на себя внимание прерывистый характер поражения, обнаружены язвенные дефекты в толстой и подвздошной кишке, контактная ранимость слизистой оболочки, язвенные дефекты (до 0,5*2,0см) и эрозии в прямой кишке. На уровне зубчатой линии определяется стриктура анального канала до 13 мм. Также по передней стенке определяется свищевое отверстие до 6 x 8 мм.

При морфологическом исследовании глубокое поражение стенки кишки с выявлением гранулем, лимфоплазмозитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки. В основании одного из фрагментов обнаруживаются отдельные деформированные крипты с высоким содержанием бокаловидных клеток.

2. Диагноз

3. Вопрос

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

1. Синдром раздражённого кишечника, вариант с преобладанием диареи. Дискинезия желчного пузыря и жёлчевыводящих путей с формированием сладж-синдрома. Железодефицитная анемия лёгкого течения. Астеновегетативный синдром
2. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение. Синдром системного воспалительного ответа, лекарственная непереносимость адалимумаба (антитела к адалимумабу). Clostridium difficile-ассоциированная болезнь

3. Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, воспалительная, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

4. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение, активность по Truelove III. Стриктура анального канала, ректовагинальный свищ. Хроническая гипохромная микроцитарная железодефицитная анемия

Правильный ответ: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, воспалительная, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

Диагноз болезни Крона верифицирован на основании эндоскопических и морфологических данных:

- поражение отделов тонкой и толстой кишки
- хроническое перианальное поражение
- прерывистый характер поражения
- трансмуральный характер поражения: язвы, свищи
- фиброз: стриктуры

- лимфоидная ткань (гистология): трансмуральные лимфоидные скопления
- наличие саркоидной гранулемы

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Диагностика», «Классификация заболевания или состояния»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона у взрослых, 2016 год, раздел «Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона у взрослых. 2016 г.

(1)

7. Диагноз

Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, воспалительная, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

4. Вопрос

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). В индексе Беста учитываются такие критерии как + _____ + наличие внекишечных и кишечных осложнений

1. частота жидкого стула

2. степень увеличения щитовидной железы
3. уровень липидов в крови
4. уровень гликозилированного гемоглобина в крови

Правильный ответ: частота жидкого стула

Для расчёта тяжести атаки болезни Крона по индексу активности (индексу Беста) учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней умноженная на коэффициент равный 2

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Классификация заболевания или состояния»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона у взрослых, 2016 год, раздел «Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона у взрослых. 2016 г.

(1)

5. Вопрос

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). Для индекса Беста используются такие критерии как жалобы на +_____, повышение температуры, напряжение и болезненность при пальпации живота

1. повышение артериального давления
2. одышку при физических нагрузках
3. головную боль

4. боль в животе

Правильный ответ: боль в животе

Для расчёта тяжести атаки болезни Крона по индексу активности (индексу Беста) учитывается наличие боли в животе (0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная) за последние 7 дней умноженная на коэффициент равный 5

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Классификация заболевания или состояния»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона у взрослых, 2016 год, раздел «Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона у взрослых. 2016 г.

(1)

6. Вопрос

К типичным осложнениям заболевания относят: наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, межкишечные абсцессы, стриктуры желудочно-кишечного тракта и

1. дивертикулы
2. кишечное кровотечение
3. спаечные процессы
4. полипы

Правильный ответ: кишечное кровотечение

Кишечное кровотечение констатируют при потере более 100 мл крови/сутки по данным объективных лабораторных методов (сцинтиграфия, определение гемоглобина в каловых массах гемоглобинцианидным методом) или при объеме каловых масс с визуально определяемой примесью крови более 800 мл/сутки.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)», «Хирургическое лечение болезни Крона».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

7. Вопрос

Острым осложнением заболевания является кишечное кровотечение, перфорация кишки и

1. инфильтрат брюшной полости
2. свищ
3. стриктура желудочно-кишечного тракта

4. токсическая дилатация ободочной кишки

Правильный ответ: токсическая дилатация ободочной кишки

Токсическая дилатация ободочной кишки является осложнением при БК и представляет собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки до 6,0 см и более с явлениями интоксикации. О развитии токсической дилатации свидетельствует внезапное сокращение частоты стула на фоне имевшейся диареи, вздутие живота, а также внезапное уменьшение или исчезновение болевого синдрома и нарастание симптомов интоксикации (нарастание тахикардии, снижение АД).

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Хирургическое лечение болезни Крона».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

3. Лечение

8. Вопрос

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

1. преднизолона перорально или внутривенно
2. будесонида перорально
3. месалазина параректально по 1 свече на ночь
4. месалазина перорально

Правильный ответ: преднизолона перорально или внутривенно

Пациентам с тяжелым течением БК рекомендуется терапия кортикостероидами для системного применения (преднизолон или эквивалентные дозы других кортикостероидов) внутривенно или перорально

Доза преднизолона при данной локализации и тяжести составляет 1-2 мг/ кг массы тела. Оценка терапевтического эффекта производится через 2-4 недели.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Консервативное лечение. Тяжёлое течение активной БК любой локализации».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

9. Вопрос

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

1. антидепрессантов
2. производных салициловой кислоты

3. иммунодепрессантов

4. ингаляционных глюкокортикостероидов

Правильный ответ: иммунодепрессантов

Назначение иммуносупрессоров: азатиоприн (2-2,5 мг/кг), 6-меркаптопурин (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед п/к или в/м).

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Консервативное лечение. Тяжёлое течение активной БК любой локализации».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

10. Вопрос

При отсутствии эффекта от иммуносупрессоров показано проведение биологической терапии препаратом

1. инфликсимаб

2. азатиоприн
3. будесонид
4. месалазин

Правильный ответ: инфликсимаб

Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью кортикостероидов, или при неэффективности (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне азатиоприн/меркаптопурин) или непереносимости иммунодепрессантов рекомендуется биологическая терапия ингибиторами факторами некроза опухоли альфа в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб), с последующим переходом на длительное (многолетнее) поддерживающее лечение.

Дозы биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли альфа) назначают в соответствии с инструкцией по применению.

У всех пациентов с перианальным поражением БК в случае отсутствия показаний к хирургическому лечению или после него рекомендовано назначение иммунодепрессантов (азатиоприн, меркаптопурин, метотрексат) и/или биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли альфа): инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб, ведолизумаб) в стандартных дозах

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Консервативное лечение. Тяжёлое течение активной БК любой локализации», «Консервативное лечение. БК с перианальными поражениями».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

11. Вопрос

Данной пациентке показано хирургическое лечение по поводу

1. ректовагинального свища и стриктуры анального канала

2. кишечного кровотечения

3. перфорации кишки

4. токсической дилатации ободочной кишки

Правильный ответ: ректовагинального свища и стриктуры анального канала

У пациентов с перианальными проявлениями БК, при ректовагинальном свище рекомендовано его иссечение с ушиванием дефекта влагалища и низведением полнослойного лоскута прямой кишки.

Ректовагинальные свищи в большинстве случаев требуют хирургического вмешательства. При этом, оперативное лечение показано под прикрытием илеостомы.

У пациентов с перианальными проявлениями БК, при наличии стриктуры нижне- ампулярного отдела прямой кишки или стеноза анального канала рекомендовано выполнение проктосигмоидэктомии (или проктэктомии) или брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Хирургическое лечение БК с перианальными поражениями.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

4. Вариатив

12. Вопрос

В алгоритм профилактики послеоперационного рецидива заболевания входит + _____ + через 6-12 месяцев после оперативного вмешательства

1. проведение УЗИ брюшной полости

2. проведение рентгенографии желудка

3. проведение ирригоскопии

4. эндоскопическое исследование

Правильный ответ: эндоскопическое исследование

Спустя 6-12 месяцев после операции всем оперированным пациентам с БК рекомендовано проведение контрольного эндоскопического обследования, а при необходимости МРТ и/или КТ брюшной полости

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации

колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Противорецидивная терапия после хирургического лечения БК.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)