

Педиатрия (ординатура, ПП) - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Педиатрия (ординатура, ПП) |
Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

Педиатрия (ординатура, ПП) - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Педиатрия (ординатура, ПП)

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мама с девочкой-подростком 14 лет на приеме у участкового педиатра

1.2. Жалобы

Боли в животе, тошнота, изжога, отрыжка воздухом, чувство быстрого насыщения и переполнения в желудке после еды

1.3. Анамнез заболевания

Впервые жалобы появились год назад, когда стала периодически беспокоить тошнота, эпизодические боли в эпигастрии после еды. В течение последних 2 месяцев боли в участились и усилились, возникают во время или через 1-1,5 часа после еды. Месяц назад к болевому синдрому присоединилась отрыжка и изжога, которые возникают спонтанно в течение дня, чувство тяжести и переполнения в желудке после еды. Аппетит у ребенка снизился. На фоне боли в животе девочка ест редко (1-2 раза в день), небольшими порциями. Мама давала ребенку до еды отвар овса, после чего отмечалось незначительное снижение болевого синдрома. Последний эпизод боли был сегодня утром после завтрака. К врачу не обращалась, лекарственную терапию не получала.

1.4. Анамнез жизни

1.4. Анамнез жизни

Девочка от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 срочных родов путем кесарева сечения (старший сестра – 17 лет, здорова). Масса тела при рождении 3600 г, длина 52 см. Оценка по шкале APGAR 9/10 баллов. Росла и развивалась согласно возрасту. Грудное вскармливание до 6 мес., далее искусственное, прикормы введены с 6 мес. (гречневая каша и кабачок). Прививки выполнены по возрасту в соответствии с Национальным Календарем. Аллергологический анамнез не отягощён. Перенесла ветряную оспу, краснуху. На диспансерном учете у врачей специалистов не состоит, лекарственные препараты на постоянной основе не принимает. Вредные привычки отрицает. Учится в школе хорошо, посещает изостудию. Семейный анамнез отягощен: мать – 55 лет, эндемический зоб щитовидной железы; отец – 53 года, периодически беспокоит изжога, и боли в эпигастрии, не обследовался.

1.5. Объективный статус

Состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие хорошее, положение активное. Рост 164 см, вес 58 кг. Общая и очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Менингеальные знаки отрицательные. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности, эластичные. Слизистые полости рта розовые, влажные, чистые, гиперемия в зеве отсутствует, миндалины не увеличены. Язык обложен белым налетом у корня. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно. Периферических отеков нет. +

Костно-мышечная система без видимой патологии. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 17/мин. Границы сердечной тупости не

расширены. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 69/мин. АД – 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный пальпации в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Со слов девочки стул оформленный коричневого цвета, регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча желтого цвета.

1. Диагноз

1. Вопрос

На основании жалоб и клинического течения заболевания в данном клиническом случае можно поставить предварительный диагноз

1. Язвенная болезнь

2. Хронический гастродуоденит

3. Желчно-каменная болезнь.

4. Хронический панкреатит

Правильный ответ: Хронический гастродуоденит

Клиническая картина складывается из 2 основных синдромов: болевого и диспептического. Боль в животе различна по интенсивности, может быть ранней (во время или через 10-20 мин после еды), поздней (спустя 1-1,5 ч после приема пищи). Локализация боли в эпигастральной и пилородуоденальной областях. Возможна иррадиация боли в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку.

Диспептические симптомы: отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита. Характерных клинических симптомов у инфекции *_H. pylori_* нет, возможно бессимптомное течение.

Педиатрия / под ред. А. А. Баранова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

(1)

2. Вопрос

Решающим фактором в развитии хронического гастродуоденита считают

1. наследственный (отягощенный по гастриту)

2. кислотно-пептический

3. алиментарный

4. инфекционный (инфицированность *_H. pylori_*)

Правильный ответ: инфекционный (инфицированность *_H. pylori_*)

На фоне сохранения актуальности алиментарного, кислотно-пептического, аллергического, аутоиммунного, наследственного факторов в развитии ХГ и ХГД инфекционный фактор считают решающим и определяющим. *_H. pylori_* - один из основных этиологических факторов развития ХГД, существенно повышающий риск развития язвенной болезни и рака желудка.

Педиатрия / под ред. А. А. Баранова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

(1)

2. План обследования

3. Вопрос

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

1. посев кала на кишечную группу

2. определение антигена *_H. Pylori_* в кале

3. анализ крови биохимический

4. определение уровня IgA в крови

5. общий анализ кала

6. анализ крови клинический

Правильные ответы: определение антигена *_H. Pylori_* в кале; анализ крови биохимический; анализ крови клинический

Определение моноклонального фекального антигена *_H. pylori_* и уреазный дыхательный тест с C13-меченным атомом углерода (C13-УДТ) являются основными неинвазивными тестами.

Клинические рекомендации Минздрава России «Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 год

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 г.

(1)

Обязательные лабораторные исследования - общий анализ крови и мочи, анализ кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови (определение концентрации общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, амилазы, билирубина, железа, активности трансаминаз).

Педиатрия / под ред. А. А. Баранова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

(1)

Обязательные лабораторные исследования - общий анализ крови и мочи, анализ кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови (определение концентрации общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, амилазы, билирубина, железа, активности трансаминаз).

Педиатрия / под ред. А. А. Баранова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

(1)

5. Результаты лабораторных методов обследования

5.1. Определение антигена *H. Pylori* в кале

Параметр	Результат	Референсные значения
<i>_H.pylori_</i> качественное определение	Не обнаружено	Не обнаружено

5.2. Анализ крови клинический

Показатель	Результат	Референсные значения	Единицы измерения
Гемоглобин	130	110-140	г/л
Эритроциты	4,34	3,5-4,5	1012 клеток/л
Тромбоциты	230,0	229-553	109 клеток/л
Лейкоциты	5,3	4-10	109 клеток/л
Нейтрофилы	42	39-42	%
Эозинофилы	5	0,5-5,0	%
Лимфоциты	44	26-60	%
Моноциты	7	2-10	%
СОЭ	9	2-20	мм/час

5.3. Анализ крови биохимический

(1)

9. Диагноз

Первичный хронический гастродуоденит, _H. pylori_ позитивный, поверхностный, смешанный, период обострения

6. Вопрос

Причинная связь заболевания с H. pylori значительно повышает риск развития у данного пациента

1. болезни Крона
2. гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
3. неспецифического язвенного колита

4. язвенной болезни

Правильный ответ: язвенной болезни

Основной этиологический фактор в развитии хронических воспалительных заболеваний гастродуоденальной зоны — _H. pylori_, который значительно повышает риск развития ЯБ и рака желудка.

Детские болезни : учебник / Геппе Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

(1)

4. Лечение

7. Вопрос

Стандартная эрадикационная терапия 1 линии включает в себя назначение

1. ингибитор протоновой помпы + азитромицина + тетрациклина
2. ингибитор протоновой помпы + амоксициллина + кларитромицина
3. фамотидина + метронидазола + амоксициллина
4. омепразола + ципрофлоксацина + висмута субцитрата

Правильный ответ: ингибитор протоновой помпы + амоксициллина + кларитромицина

Первый этап лечебных мероприятий направлен на уменьшение действия факторов агрессии (подавление кислотно-пептического фактора, эрадикация _H. pylori_, купирование гипермоторики и дисфункции центральной и вегетативной нервных систем).

Детские болезни : учебник / Геппе Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

(1)

В качестве терапии первой линии можно без предварительного тестирования использовать стандартную тройную терапию в течение 14 дней: ИПН (эзомепразол, рабепразол, омепразол и др.) + амоксициллин + кларитромицин (таблетки с 12 лет и гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь) или метронидазол.

Клинические рекомендации Минздрава России «Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 год

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 г.

(1)

8. Вопрос

Эрадикационная терапия 1 линии (2 вариант) подразумевает назначение

1. ингибитор протонной помпы + тетрациклин + гентамицин
2. ингибитор протонной помпы + цефазолин + азитромицин
3. фамотидин + метронидазол + висмута субцитрат

4. ингибитор протонной помпы + кларитромицин + метронидазол

Правильный ответ: ингибитор протонной помпы + кларитромицин + метронидазол

При непереносимости Бета-лактамов антибактериальных препаратов рекомендовано рассмотреть использование схемы: ИПП + кларитромицин (таблетки с 12 лет и #гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь) + #метронидазол

Клинические рекомендации Минздрава России «Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 год

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 г.

(1)

9. Вопрос

Для повышения эффективности эрадикационной терапии рекомендуется добавлять к стандартной тройной терапии

1. нифурател
2. тетрациклин
3. метронидазол

4. висмута трикалия дицитрат

Правильный ответ: висмута трикалия дицитрат

Добавление #висмута трикалия дицитрата (дозировка 8 мг/кг/сут, разделив на 4 приема) к стандартной тройной терапии повышает её эффективность. Схема висмута трикалия дицитрат + ИПП + амоксициллин + кларитромицин (таблетки с 12 лет и гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь) или метронидазол так же рекомендуется в качестве терапии первой линии.

Клинические рекомендации Минздрава России «Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 год

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 г.

(1)

10. Вопрос

В данном клиническом случае продолжительность эрадикационной терапии должна составлять ____ дней

1. 3-5
2. 5-7
3. 7-10

4. 10-14

Правильный ответ: 10-14

Продолжительность эрадикационной терапии должна составлять 10-14 дней.

Детские болезни : учебник / Геппе Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

(1)

11. Вопрос

Одним из частых побочных эффектов эрадикационной терапии является

1. кровотечение
2. запор
3. одинофагия

4. диарея

Правильный ответ: диарея

Одним из наиболее частых нежелательных эффектов эрадикационной терапии является диарея.

Клинические рекомендации Минздрава России «Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 год

Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки», 2021 г.

(1)

5. Вариатив

12. Вопрос

При назначении квадротерапии в период обострения заболевания пациенту показана диета стол №

1. 5
2. 2
3. 1
- 4. 4**

Правильный ответ: 4

При обострении заболевания диета должна быть щадящей (стол № 1 по Певзнеру), а если ребенок получает коллоидный висмута трикалия дицитрат, то показана безмолочная диета (стол № 4), как и в случае патологии кишечника.

Педиатрия / под ред. А. А. Баранова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

(1)