

Кейсы | Высшее образование | Педиатрия (ординатура, ПП)

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Педиатрия (ординатура, ПП) |
Записей: 2

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 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 неотягощен. 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

Поскольку в бланке не указаны значения, то в бланке не указаны значения
=====

4. Вопрос

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

1. УЗИ органов брюшной полости

2. ФЭГДС с биопсией

3. хромоэндоскопия

4. обзорный рентгеновский снимок брюшной полости

Правильный ответ: ФЭГДС с биопсией

Эзофагогастродуоденоскопия - важнейший метод подтверждения диагноза, позволяющий оценить распространенность и характер поражения, получить биоптаты для морфологического исследования и определения инфекции *_H. pylori_*.

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

(1)

7. Результаты инструментальных методов обследования

7.1. ФЭГДС с биопсией

Слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В желудке натошак большое количество мутной слизи. На слизистой оболочке тела желудка множественные разнокалиберные выбухания белесого цвета, расположенные на фоне очаговой гиперемии (картина «булыжной мостовой»). В антральном отделе визуализируются высокие, утолщенные складки на фоне очаговой гиперемии слизистой оболочки. Привратник сомкнут. Луковица ДПК не деформирована. В постбульбарных отделах рыхлая слизистая. + Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки подтверждает воспалительные изменения, характерные для гастродуоденита, Быстрый уреазный тест (БУТ) на определение *_H. pylori_* в биоптатах положительный ({plus}{plus}{plus})

Закключение: Поверхностный эритематозный пангастрит. Поверхностный экссудативный дуоденит. БУТ положительный.

3. Диагноз

5. Вопрос

На основании жалоб, клинического течения заболевания и результатов проведенных обследований можно поставить основной диагноз

1. Хронический поверхностный гастродуоденит, *_H. pylori_* негативный, период обострения

2. Вторичный хронический гастродуоденит, *_H. pylori_* позитивный, поверхностный, смешанный, период обострения

3. Хронический пангастрит. Хронический постбульбарный дуоденит. Период обострения.

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

Правильный ответ: Первичный хронический гастродуоденит, *_H. pylori_* позитивный, поверхностный, смешанный, период обострения

При формулировке диагноза необходимо указать происхождение, этиологические факторы заболевания, топографию, эндоскопические и морфологические формы поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, период заболевания (обострение, неполная клиническая ремиссия и

др.), характер кислотной продукции желудка.

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

(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: ИПН + 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 + ИПН + 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)

Педиатрия (ординатура, ПП) - кейс 2

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

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

На приеме у участкового педиатра школьник 17 лет с мамой

1.2. Жалобы

- диарея до 4-х раз в сутки, стул без примеси крови и слизи
- постоянные, неинтенсивные боли в правой подвздошной области
- субфебрилетет (37,3 -37,5°C)

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые почувствовал резкие боли в подвздошной области и был экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот». Диагноз был исключен. Боли купированы спазмолитиками, пациенту был выписан под амбулаторное наблюдение с диагнозом «кишечная колика». Через неделю после выписки из стационара боли появились вновь, неинтенсивные, локализованные в правой подвздошной области, затем присоединилась диарея до четырех раз в сутки, мальчик стал терять вес. На протяжении 5 месяцев лечился в частной клинике с диагнозом «синдром раздраженного кишечника». Получал курсы пробиотиков, спазмолитиков, ноотропы без заметного эффекта. Обратился в поликлинику по месту жительства в связи с неэффективностью лечения через 6 месяцев от начала заболевания.

1.4. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, вес 54 кг, индекс массы тела 17,8 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности и эластичности. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно, распределен равномерно. Кожа чистая, обычной влажности. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, звонкие, ритмичные. ЧСС 85 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом у корня. Живот правильной формы, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Со слов ребенка стул был сегодня трижды, неоформленный коричневого цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

По результатам осмотра участковым педиатром было предложено обследование в условиях стационара, от которого пациент категорически отказался, мотивируя тем, что не может пропускать занятия в 11 классе в связи с подготовкой к ЕГЭ.

1.5. Анамнез жизни

- * Ребенок от I физиологически протекавшей беременности. Роды I срочные, физиологичные. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. Рос и развивался соответственно возрасту.
- * На грудном вскармливании до 3 мес, далее искусственное, прикормы введены в 5 мес. (гречневая каша и кабачок). С 1 года питается с общего стола. Диеты и режима питания не придерживается.
- * Прививки выполнены по возрасту в соответствии с Национальным календарем.
- * Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа в возрасте 5 лет, аденотомия в возрасте 7 лет.
- * Узкими специалистами не наблюдается
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Наследственность отягощена: дядя по линии отца умер в 54 года от кишечной непроходимости (диагноз мама ребенка назвать затрудняется), мама больна псориазом.
- * Учится в 11 классе, готовится к поступлению в институт.

1. План обследования

1. Вопрос

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

1. исследование уровня С-реактивного белка

2. клинический анализ крови

3. анализ крови на стерильность

4. фекальный кальпротектин

5. анализ кала на углеводы

6. микроскопическое исследование кала на простейшие и гельминты

Правильные ответы: исследование уровня С-реактивного белка; клинический анализ крови; фекальный кальпротектин; микроскопическое исследование кала на простейшие и гельминты

Рекомендовано всем пациентам при подозрении на БК и далее – при динамическом наблюдении исследовать С-реактивный белок – для оценки воспалительной реакции.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

Рекомендовано всем пациентам при подозрении на БК и далее – при динамическом наблюдении исследовать Общий (клинический) анализ крови развернутый (оценка гематокрита, Исследование уровня эритроцитов в крови, Исследование уровня тромбоцитов в крови, Исследование уровня лейкоцитов в крови, Дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов, Определение размеров эритроцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ)) с целью выявления анемии и признаков воспалительной реакции.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

При подозрении на БК рекомендовано провести исследование уровня кальпротектина в кале (определение кальпротектина в кале) как показателя активности воспаления в кишечнике.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

Рекомендовано детям с подозрением на БК при первичной диагностике с целью исключения/подтверждения паразитарных инвазий провести микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Клинический анализ крови

Показатели крови	Референсные значения	Результат
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,7-4,7	3,4
Гемоглобин, г/л	130-160	115
Цветовой показатель	0,82-1,05	1,01
Ретикулоциты, %	2,0-12,0	2
СОЭ, мм/ч	2,0-10,0	15

Показатели крови	Референсные значения	Результат
Тромбоциты, 109/л	180-320	185
Лейкоциты, 109/л	4,0-8,8	4,6
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1-6	2
Нейтрофилы сегментоядерные, %	45,0-70,0	64
Эозинофилы, %	0-5	-
Базофилы, %	0-1	-
Лимфоциты, %	18,0-40,0	25
Моноциты, %	2-9	7

3.2. Исследование уровня С-реактивного белка

===	Показатель	Референсные значения
Результат	С-реактивный белок	< 5 мг/л
5 мг/л	===	

3.3. Микроскопическое исследование кала на простейшие и гельминты

Показатель	Референсные значения	Результат
Анализ кала на яйца и личинки гельминтов, простейшие и их цисты (Равенберг)	не обнаружены	Равенберг

3.4. Фекальный кальпротектин

Показатель	Референсные значения	Результат
фекальный кальпротектин	10-1800 мкг/г	2262 мкг/г

2. Вопрос

Для постановки диагноза необходимыми инструментальными методами обследования являются

1. рентгенография тонкого кишечника с пассажем бариевой взвеси

2. эзофагогастродуоденоскопия

3. цифровая флюорография

4. рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки

5. pH-метрия желудка

6. тотальная колоноскопия с илеоскопией

Правильные ответы: рентгенография тонкого кишечника с пассажем бариевой взвеси; эзофагогастродуоденоскопия; тотальная колоноскопия с илеоскопией

При БК перед проведением видеокапсульной эндоскопии следует выполнить рентгенологические исследования (пассаж бария по кишечнику).

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

Всем детям с подозрением на БК рекомендовано проводить: колоноскопию с илеоскопией (Колоноскопия, Видеоколоноскопия, Интестиноскопия); эзофагогастродуоденоскопию; ступенчатую биопсию слизистой оболочки всех осмотренных отделов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

(2)

Всем детям с подозрением на БК рекомендовано проводить: колоноскопию с илеоскопией (Колоноскопия, Видеоколоноскопия, Интестиноскопия); эзофагогастродуоденоскопию; ступенчатую биопсию слизистой оболочки всех осмотренных отделов.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

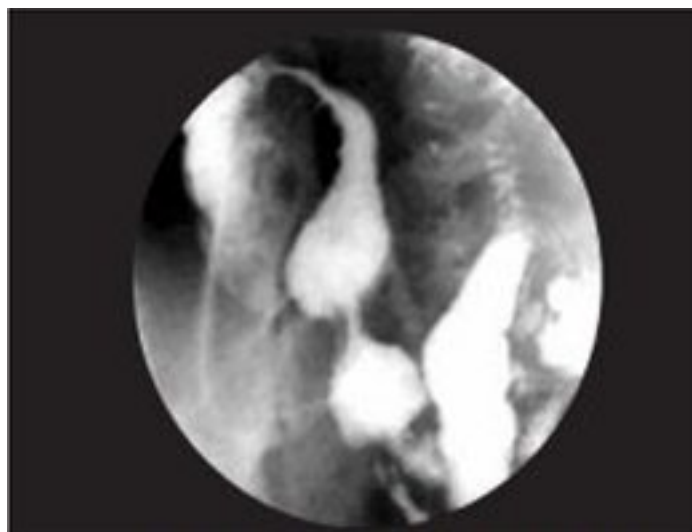
(1)

(2)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Рентгенография тонкого кишечника с пассажем бариевой взвеси

В протоколе рентгенологического исследования тонкой кишки с пассажем бариевой взвеси отмечено: В терминальном отделе подвздошной кишки отмечается сегментарное стенозирование слизистой оболочки по типу «булыжной мостовой» без признаков кишечной непроходимости. Гаустрация толстого кишечника отчетлива, с равномерным заполнением барием на всем протяжении.



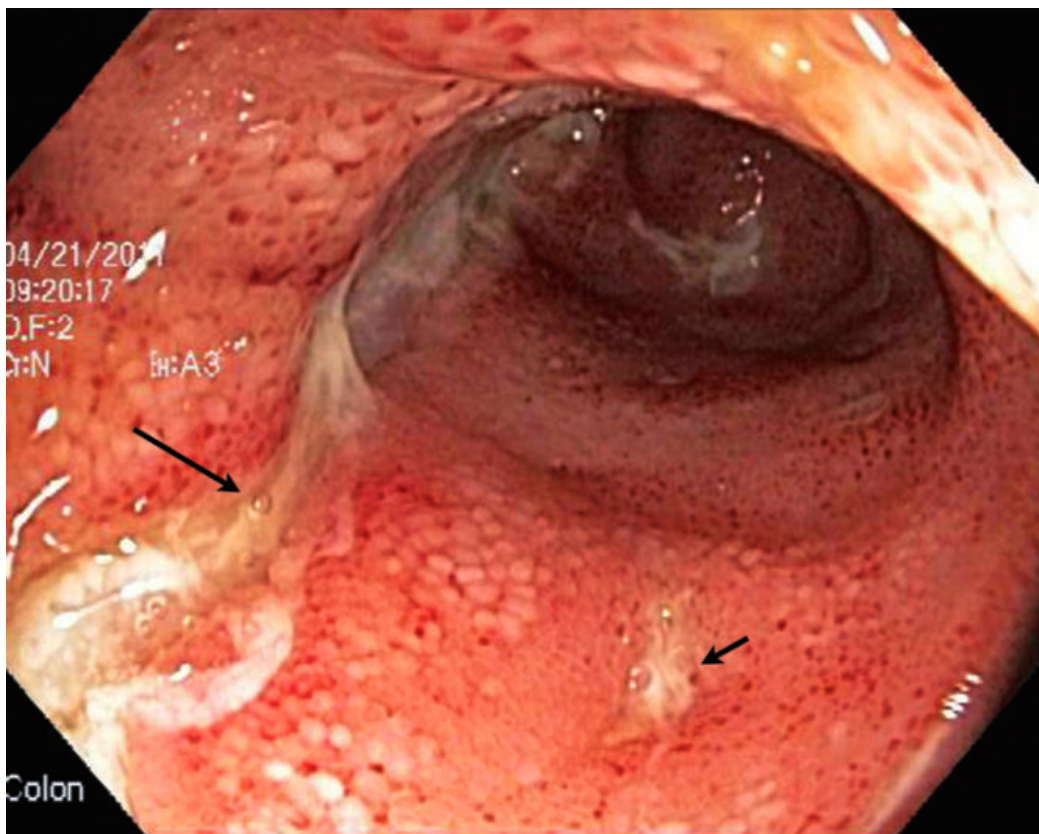
рентгенография.jpg

Заключение: Стеноз подвздошной кишки (болезнь Крона?). Рекомендована колоноскопия.

5.2. Тотальная колоноскопия с илеоскопией

Слизистая оболочка на всем протяжении толстого кишечника не изменена, за Баугиновой заслонкой отмечается небольшое стенозирование терминального отдела подвздошной кишки, слизистая оболочка гиперемирована, напоминает «булыжную мостовую», контактно незначительно кровоточива.

При проведении исследования была взята ступенчатая биопсия слизистой оболочки: 2 образца из подвздошной кишки, и 5 образцов из различных отделов толстой кишки, включая прямую. При проведении морфологического исследования в биоптатах, полученных из подвздошной кишки выявлено: утолщение слизистой, трансмуральное воспаление, микрогранулемы, число бокаловидных клеток и поверхностный эпителий в норме, крипт абцессов не выявлено. В инфильтрате преобладают лимфоциты, в несколько меньшем количестве определяются плазматические клетки, эозинофилы и сегментоядерные лейкоциты единичны. В остальных образцах морфологических изменений не выявлено.



колоноскопия.png

***Заключение*:** Терминальный илеит с морфологическими признаками (Болезни Крона)

5.3. Эзофагогастродуоденоскопия

В протоколе ЭГДС отмечено: пищевод свободно проходим. Слизистая его не изменена, кардия смыкается плотно. В просвете желудка небольшое количество светлой жидкости, перистальтика активная, слизистая оболочка во всех отделах розовая, блестящая, Луковица ДПК не изменена.



эзофагогастродуоденоскопия.jpg

Заключение: Патологии не выявлено.

2. Диагноз

3. Вопрос

На основании клинического течения заболевания и результатов проведенных исследований диагнозом основного заболевания является

1. Туберкулез кишечника

2. Болезнь Крона, терминальный илеит, первичная атака, острое течение, легкая форма

3. Глютеновая энтеропатия

4. Язвенный колит с поражением толстого кишечника, первичная атака, рецидивирующее тяжелое течение

Правильный ответ: Болезнь Крона, терминальный илеит, первичная атака, острое течение, легкая форма

Однозначных диагностических критериев БК не существует, диагноз устанавливается на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и патолого-анатомических (гистологических) изменений. Для классификации БК по локализации поражения и фенотипическим вариантам течения рекомендуется использовать, применительно к детям, международную классификацию болезни Крона, принятую в 2010 г. в Париже. По характеру течения выделяют:

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
2. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);
3. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

Клинические рекомендации Минздрава России. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

(2)

(3)

7. Диагноз

7.1. Болезнь Крона, терминальный илеит, первичная атака, острое течение, легкая форма

4. Вопрос

При выявлении признаков анемии в клиническом анализе крови, для подтверждения ее генеза, в биохимическом анализе крови рекомендуется оценить уровень

1. общего кальция, железосвязывающей способности

2. лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы, ферритина

3. АЛТ, АСТ, трансферина, общего железа

4. сывороточного железа, трансферрина, ферритина

Правильный ответ: сывороточного железа, трансферрина, ферритина

В общем анализе крови может быть диагностированы анемия (железодефицитная, анемии хронического заболевания, редко В-12- или фолат-дефицитная). Всем детям с подозрением на БК рекомендовано проведение анализа крови биохимического общетерапевтического (общий белок, протеинограмма, печеночные ферменты (определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), щелочной фосфатазы в крови), электролиты (натрий, калий, магний, хлор), уровень железа сыворотки крови, трансферрин, ферритин, уровень общего билирубина в крови, уровня глюкозы в крови, Исследование уровня

креатинина в крови, Исследование уровня мочевины в крови с целью оценки воспаления, функции печени, почек, обмена железа, электролитного баланса.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

(2)

5. Вопрос

Методом обследования, рекомендованным для наиболее точного подтверждения наличия кровотечения при болезни Крона, является

1. **видеоколоноскопия**

2. УЗИ кишечника

3. коагулограмма

4. гидро-МРТ

Правильный ответ: видеоколоноскопия

С целью выявления дополнительных источников кровотечения, желательно проведение интраоперационной эзофагогастроинтестиноскопии и видеоколоноскопии.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

6. Вопрос

Магнитно-резонансная томография органов малого таза проводится с целью визуализации

1. абцессов

2. инфильтратов

3. **свищевых ходов**

4. кишечной непроходимости

Правильный ответ: свищевых ходов

При перианальных поражениях пациентам с БК рекомендовано проведение трансректального и/или трансперинеального ультразвукового или магнитно-резонансного исследования прямой кишки (Ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное, Магнитно-резонансная томография толстой кишки, Магнитно-резонансная томография толстой кишки с контрастированием) и Магнитно-резонансная томография органов малого таза с целью визуализации свищевых ходов и уточнения степени воспаления и протяженности поражения прямой кишки и анального канала.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

3. Лечение

7. Вопрос

Для индукции ремиссии болезни Крона в данном клиническом случае в качестве терапии первой линии рекомендовано + _____ + питание

1. **полное энтеральное**

2. диетическое

3. частичное энтеральное

4. щадящее

Правильный ответ: полное энтеральное

Полное энтеральное питание (ПЭП) в течение 6-8 недель рекомендуется в качестве терапии первой линии для индукции ремиссии у детей с вновь установленным диагнозом БК (за исключением тяжелого панколита, оральной или изолированной перианальной БК) или обострением воспалительной формы БК.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

8. Вопрос

В данном клиническом случае при назначении терапии предпочтение следует отдавать

1. сульфасалазину кислоты в свечах
2. азатиоприну
3. преднизолону

4. будесониду

Правильный ответ: будесониду

У пациентов с легкой или среднетяжелой формой БК с локализацией патологического процесса в подвздошной кишке или восходящей ободочной кишке применение #будесонида предпочтительно.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

9. Вопрос

В качестве терапии первой линии, после адекватного хирургического дренирования сложной перианальной болезни Крона у ребенка, рекомендовано назначение

1. инфликсимаба
2. сульфасалазина
3. глюкокортикостероидов
4. будесонида

Правильный ответ: инфликсимаба

При наличии у ребенка сложной перианальной БК, после адекватного хирургического дренирования, рекомендовано использование инфликсимаба или адалимумаба в качестве терапии первой линии.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

10. Вопрос

На фоне иммуносупрессивной терапии пациенту с болезнью Крона противопоказаны + _____ + вакцины

1. живые
2. инактивированные
3. химические
4. ассоциированные

Правильный ответ: живые

Пациентам на фоне иммуносупрессивной терапии противопоказаны живые аттенуированные вакцины.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

11. Вопрос

Периодичность диспансерного наблюдения ребенка с болезнью Крона осуществляет врач гастроэнтеролог в среднем

1. каждые 3 месяца

2. каждый год

3. каждые 6 месяцев

4. каждый месяц

Правильный ответ: каждые 3 месяца

Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинства пациентов целесообразно в среднем, каждые 3 месяца - осмотр врачом-гастроэнтерологом (или врачом-педиатром с соответствующей специализацией) с полным объективным исследованием, включая перианальную область, оценка физического и полового развития, общий (клинический) анализ крови развернутый, исследование уровня СРБ, определение уровня фекального кальпротектина.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)

(2)

4. Вариатив

12. Вопрос

Вакцинацию живыми вакцинами рекомендуется проводить не позднее, чем за + ____ + недель/недели до начала приема иммуносупрессивной терапии

1. 6

2. 2

3. 4

4. 8

Правильный ответ: 6

Вакцинацию живыми вакцинами следует проводить не позднее, чем за 6 недель до начала приема иммуносупрессивной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава Росси. Болезнь Крона, 2021 г

(1)