

Педиатрия (ординатура, ПП) - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Педиатрия (ординатура, ПП) |
Записей: 1 | Кейс: 2 | Вопросов: 12

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
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	180-320	185
Лейкоциты, 10 ⁹ /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	не обнаружены

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 Росси. 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 Росси. 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

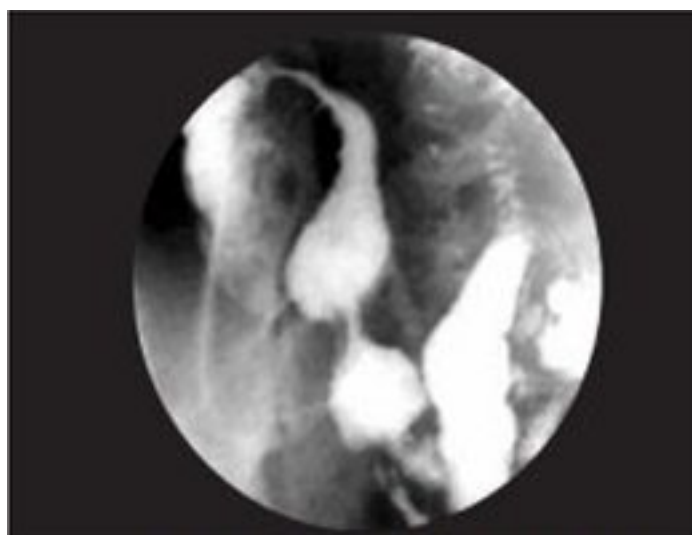
(1)

(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.



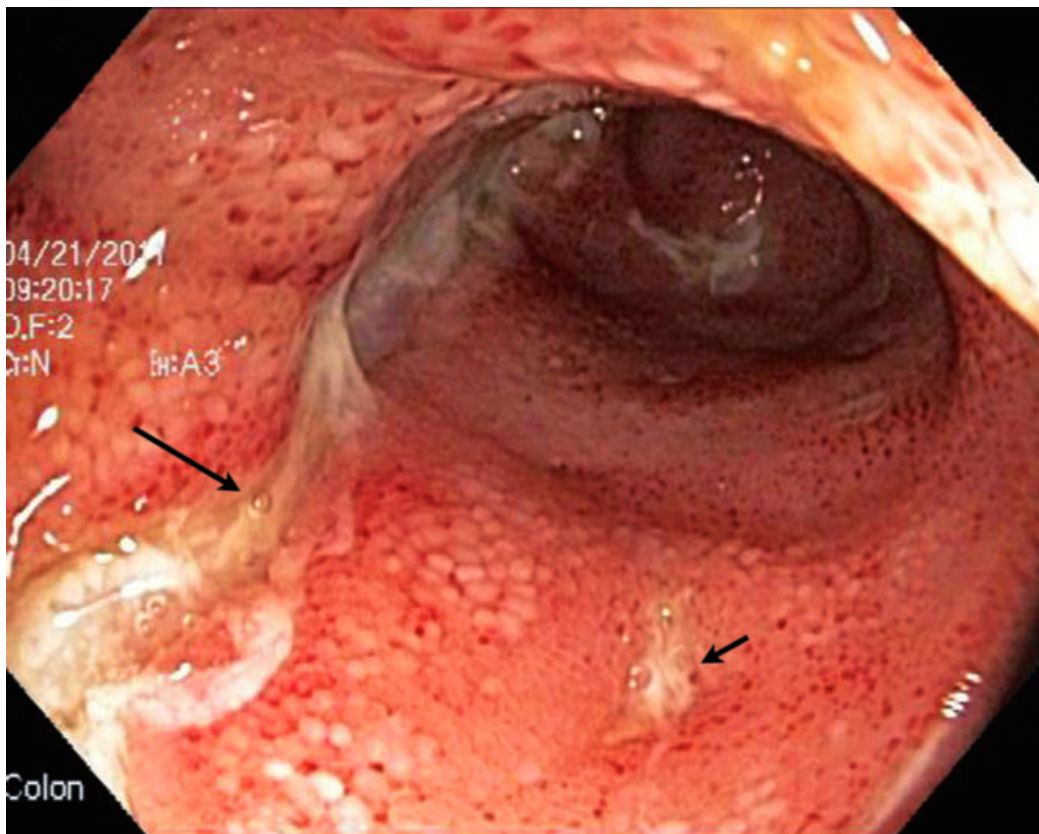
рентгенография.jpg

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 Росси. 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), аспаратаминотрансферазы (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 периаанальных 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 периаанальной 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 периаанальной 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)