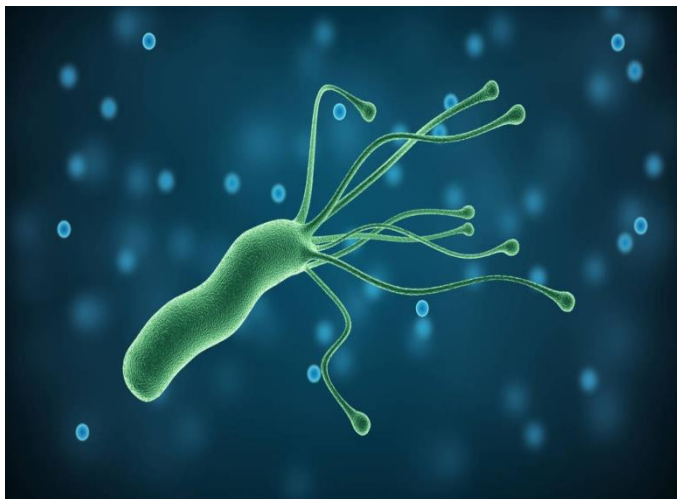




Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

Клинический случай часто рецидивирующей язвенной болезни: Сложности терапии



Лёккина Елизавета Олеговна, ординатор 2 года по специальности гастроэнтерология
Владимирова Вероника Станиславовна, студентка 3 курса 342Б группы по направлению лечебное дело
Белоусова Лия Николаевна, к.м.н., доцент кафедры
Бубякина Валерия Николаевна, к.м.н., ассистент кафедры
Филь Татьяна Сергеевна, к.м.н., заведующая отделением гастроэнтерологии

**Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Осенняя школа кислотозависимых заболеваний»
9 ноября 2022 г.**

Пациентка М., 46 лет.

Наследственность: у бабушки рак толстого кишечника

Anamnesis morbi (I)

2020 г.

- Боль в эпигастральной области ноющего характера через час после еды
- Тошнота

В течение года пациентка не обследовалась, терапию не получала

Амбулаторно:

ЭГДС (май 2021г.): Язва малой кривизны желудка, (0,8 см); антральная эрозивная гастропатия, Нр + (быстрый уреазный тест).

Гистология: Антрум: собственная и мышечная пластинка антрального отдела желудка, в межуточной строме усиление плотности инфильтрации хронического воспаления (плазма) инфильтрация, повреждение сегментоядерными ямочного эпителия.

УЗИ ОБП: Билиарный сладж, кисты правой доли печени: две до 10 мм.

Терапия: омепразол. Эрадикационная терапия не проводилась.

Апрель

2022

Anamnesis morbi (II)

Жалобы: на боль в эпигастрии ноющего характера через 40мин. после еды

Амбулаторно:

- **ЭГДС:** гастрит с эрозиями в антральном отделе в стадии эпителизации. Рубцовая деформация антрального отдела желудка. Бульбит.
- **По данным гистологии:** хронический неатрофический активный хеликобактерный гастрит. Степень активности 2, стадия 0 по классификации OLGA. Романовский-Гимзе: скопление бациллярных форм *H. pylori* (угол желудка).
- **УЗИ ОБП:** Эхо-признаки кист печени, полипов и диффузных изменений поджелудочной железы, билиарный сладж.
- **Терапия:** омепразол 20мг./сут, ребамипид 100мг x 3р/сут

Эрадикационная терапия пациентке не проводилась

Август
2022

Anamnesis morbi (III)

- Боль в эпигастрии ноющего характера через 40 мин. после еды
- Рвота пищей до 6 раз в день
- Тошнота
- Выраженная слабость

Эзофагогастродуоденоскопия не проводилась.

УЗИ ОБП (амбулаторно): Эхо-признаки кист правой доли печени. Эхо-признаки диффузного изменения паренхимы поджелудочной железы. Эхо-признаки билиарного сладжа в полости желчного пузыря, полипа желчного пузыря? Эхо-признаки гепатомегалии.

Терапия: ИПП, антациды, прокинетики. *Эрадикационная терапия пациентке не проводилась.*

Октябрь
2022

- Значительная слабость
- Кашицеобразный стул черного цвета до 4 р/сут
- Боль в эпигастрии ноющего характера через 30-40 минут после еды

Амбулаторно:

- Кал на скрытую кровь «+» (иммунохимический метод)
- ЭГДС (21.10.22) : эрозивно- геморрагический гастродуоденит. Язва луковицы ДПК (Forrest 2c).



Эндофото из архива Голубевой К.В.

Терапия: рабепразол 20 мг/сут, висмута трикалия дицитрат 240 мг x 2р/сут.

Сохранение жалоб:

- Боль в эпигастрии ноющего характера через 40мин. после еды

ЭГДС (25.10.2022): Эрозивный гастродуоденит. Язва луковицы ДПК (Forest 3).



Эндофото из архива Голубевой К.В.

Октябрь
2022

Госпитализация в клинику им. Петра Великого (26.10.2022)

ЭГДС (01.11.2022): Над привратником по малой кривизне - **язва полулунной формы размером 0,8 см*0,3см под фибрином**, края ровные, вал не выражен, с конвергенцией складок. Двенадцатиперстная кишка: **Луковица деформирована за счет язвы по передней стенке, сразу за привратником - ф 0,3 см под фибрином**, края ровные, вал небольшой, с конвергенцией складок. Слизистая оболочка гиперемирована, отечная.

Диагноз:

Основной: Язвенная болезнь, Нр-ассоциированная, обострение. Язва препилорического отдела и луковицы двенадцатиперстной кишки. Осложнение: желудочно-кишечное кровотечение от 10.10.2022г (анамнестически).

*Всем пациентам с язвенной болезнью с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* с целью профилактики последующих рецидивов язвенной болезни рекомендуется проведение эрадикационной терапии*

Пациентке рекомендована эрадикационная терапия первой линии (14 дн):

- эзомепразол - 40 мг х 2р/сут- за 30-40 минут до еды
- амоксициллин - 1000 мг х 2р/сут
- кларитромицин - 500 мг х 2р/сут
- висмута трикалия дицитрат- 120 мг по 2табл х 2р/сут
- сахаромицеты буларди - по 1 капсуле х 2р/сут