

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- 1.Международные клинические рекомендации Синдром раздраженного кишечника: офиц.сайт.-URL-<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/190> (дата обращения: 24.03.24)
- 2.Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России: Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника: офиц.сайт-URL-https://gastro.ru/userfiles/R_SRK2021.pdf (дата обращения: 20.03.24).
- 3.Pessarelli T, Sorge A, Elli L, Costantino A. The Low-FODMAP diet and the gluten-free diet in the management of functional abdominal bloating and dis- tension. Front Nutr. 2022;9:1007716. Published 2022; <https://www.monashfodmap.com> (дата обращения: 20.03.24).
- 4.Ардатская М.Д.: Абдоминальная боль и висцеральная гиперчувствительность у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV и клиническая практика//2017 URL: <http://zacofalk.ru/files/b49aea87b65195bd7dfd05f0ab78c6011528442629.pdf?ysclid=lucwz5b53143635892> (дата обращения 20.03.2024)
- 5.Kortlever T.L. Low-FODMAP Diet Is Associated With Improved Quality of Life in IBS Patients-A Prospective Observational Study.//сайт URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30644587/> Дата публикации: 15.06.2019

Сведения об авторах

К.Р. Михайловская – врач-терапевт, ординатор специальности Диетология

Е.С. Сорокина – врач-терапевт, ординатор специальности Терапия

Л.В. Федотова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры Госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Information about the authors

K.R. Mikhailovskaya* – Postgraduate student of Dietetics

E.S. Sorokina – Postgraduate student of Therapy

L.V. Fedotova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor of the Department of Hospital Therapy of USMU

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

mikhaj-karina@yandex.ru

УДК: 616.329-002

ГЭРБ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Невская Арина Антоновна^{1,2}, Попов Артем Анатольевич¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «ЦГКБ №3 г. Екатеринбург»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта. Хотя по данным большого мета-анализа частота ГЭРБ в общей мировой популяции оценивается как 13,3%, истинная распространенность заболевания остается не известной в силу низкой обращаемости пациентов, широкого спектра пищеводных и непищеводных проявлений, а также различающихся в разных странах диагностических подходов. Нетипичные симптомы ГЭРБ при отсутствии выраженной изжоги и отрыжки могут приводить к диагностическим ошибкам. **Цель исследования** – рассмотреть на примере клинического случая трудности диагностики ГЭРБ в реальной практике врача. **Материал и методы.** Проведен сбор анамнеза, физикальный осмотр терапевтом, неврологом, изучена доступная медицинская документация, проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов. Получено информированное согласие пациента на обезличенное использование медицинской информации для научных и образовательных целей. Форма информированного согласия одобрена Этическим комитетом УГМУ. **Результаты.** Мы наблюдали случай ГЭРБ у мужчины 35 лет, первоначально расцененный как невроз горла по типу гиперестезии. ... Достижение выраженного клинического эффекта на фоне адекватной патогенетической терапии подтверждает правильность диагностической гипотезы о ГЭРБ при отсутствии типичных критериев заболевания. **Выводы.** Частое сочетание психосоматических заболеваний с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта не исключает вероятность выявления органической патологии верхних отделов системы пищеварения. Доступные методы обследования позволяют выявлять ГЭРБ даже при отсутствии типичных симптомов желудочно-пищеводного рефлюкса. Эффективность назначенной терапии является подтверждением диагностической гипотезы.

Ключевые слова: гастроэнтерология, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: CLINICAL CASE

Nevskaya Arina Antonovna^{1,2}, Popov Artem Anatolevich¹

¹Department of Hospital Therapy

Abstract

Introduction. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is an acid-dependent disease that develops against the background of primary motor dysfunction of the upper digestive tract. Although a large meta-analysis estimates that the general world population experiences GERD at an incidence of 13.3%, the true prevalence of the disease remains unknown due to low patient presentation, a wide range of esophageal and non-esophageal manifestations, and varying diagnostic approaches in different countries. Atypical symptoms of GERD in the absence of severe heartburn and belching may lead to diagnostic errors. **The aim of this study** is to consider the difficulties of GERD diagnosis in real practice of a doctor on the example of a clinical case. **Material and methods.** The general practitioner and neurologist collected anamnesis, conducted physical examinations, we studied available medical documentation, and analyzed literature sources from domestic and foreign authors. The Ethical Committee of USMU approved the form of informed consent for the impersonal use of medical information for scientific and educational aims, obtained from the patient. **Results.** We observed a case of GERD in a 35-year-old man, initially considered as hyperaesthetic throat neurosis. Achievement of a pronounced clinical effect on the background of adequate pathogenetic therapy confirms the correctness of the diagnostic hypothesis of GERD in the absence of typical criteria of the disease. **Conclusion.** The frequent combination of psychosomatic diseases with functional disorders of the gastrointestinal tract does not exclude the probability of detection of organic pathology of the upper digestive system. Available methods of examination allow the detection of GERD even in the absence of typical symptoms of gastroesophageal reflux. The effectiveness of the prescribed therapy is the confirmation of the diagnostic hypothesis.

Keywords: gastroenterology, gastroesophageal reflux disease.

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта [1]. Хотя по данным большого мета-анализа частота ГЭРБ в общей мировой популяции оценивается как 13,3%, истинная распространенность заболевания остается не известной в силу низкой обращаемости пациентов, широкого спектра пищеводных и непищеводных проявлений, а также различающихся в разных странах диагностических подходов. [1, 2] Нетипичные симптомы ГЭРБ при отсутствии выраженной изжоги и отрыжки могут приводить к диагностическим ошибкам. [1, 3].

Цель исследования – рассмотреть на примере клинического случая трудности диагностики ГЭРБ в реальной практике врача.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен сбор анамнеза, физикальный осмотр терапевтом, неврологом, изучена доступная медицинская документация, проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов. Получено информированное согласие пациента на обезличенное использование медицинской информации для научных и образовательных целей. Форма информированного согласия одобрена Этическим комитетом УГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы наблюдали случай ГЭРБ у мужчины 35 лет, первоначально расцененный как невроз горла по типу гиперестезии.

Пациент считает себя больным с 2012 г., когда в возрасте 23 лет впервые отметил ощущение кома в горле, удушья, желание выкашлять/сплюнуть мокроту, жалобы возникали независимо от приема пищи. В течение многих лет стул 1-2 р/сут, неоформленный, без патологических примесей. Аппетит сохранен. Изменение веса отрицает. Изжога, отрыжка не беспокоят. Болей в области живота нет.

Анамнез. Травмы, операции отрицает. ВИЧ, гепатиты, сифилис, иные инфекционные заболевания отрицает. Редко отмечает повышение АД до 140/90 мм рт ст ситуационно принимает Каптоприл, в среднем АД 110-120/80 мм рт ст. Наличие других сопутствующих заболеваний отрицает.

С детства пациента беспокоит заикание, по поводу которого многократно консультирован неврологом, психологом. Несмотря на проведенное лечение (психотерапия, ноотропы, в том числе Гопантевая кислота, Винпоцетин, Холина альфосцерат,

антидепрессанты), заикание беспокоит пациента до сегодняшнего дня. Пациент обращался за медицинской помощью, учитывая неврологический анамнез, ощущение кома в горле было рассмотрено неврологом как невроз горла по типу гиперестезии, назначенное лечение без положительного эффекта. При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения поджелудочной железы, другие визуализированные органы брюшной полости без видимой патологии. Неоформленный стул был расценен как проявление хронического панкреатита, даны рекомендации относительно диеты, назначены ферментные препараты – с положительным эффектом от приема в виде нормализации стула. Пациенту назначено ФГДС, но ввести эндоскоп дальше ротовой полости не предоставляется возможным ввиду выраженного рвотного рефлекса и тревожного поведения пациента. Предложено пройти ФГДС с седацией в частном порядке, но пациент отказался из-за страха наркоза, невролог так же не рекомендовал седацию пациенту ввиду тревожности. Так же невролог не рекомендовал проведение РН-метрии и импедансометрии из-за возможной нежелательной реакции пациента на инвазивные процедуры. Пациент перенес НКВИ в 2022 году, принимал большое количество препаратов, отметил ухудшение состояния, усиление ощущения кома в горле, вплоть до удушья, приступы кашля до рвоты слюной и пеной, повторно обратился к врачу.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожный покров физиологической окраски. Миндалины рыхлые, увеличенные, не гиперемированы. Зев слабо гиперемирован. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Сатурация 98%. АД 120/75 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 ударов в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки в пределах нормы.

Лабораторно в ОАК, ОАМ, БХ (АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, холестерин, липидный спектр, амилаза, общий белок, ГГТП, ЩФ, СРБ) показатели в пределах референсных значений.

Учитывая невозможность проведения эндоскопии, пациенту предложена рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастом и исследования на Хеликобактер Пилори. Проведен дыхательный уреазный тест на Нр-инфекцию, результат отрицательный. Проведена рентгеноскопия пищевода и желудка с барием, верифицирован заброс содержимого желудка в пищевод. Пациенту назначены Пантопразол, Итоприд, ферменты, даны рекомендации по диете, образу жизни. На контрольной явке через 3 недели пациент отметил улучшение самочувствия, снижение жалоб, ощущение кома в горле исчезло. Рекомендовано продолжить терапию.

ОБСУЖДЕНИЕ

Достижение выраженного клинического эффекта на фоне адекватной патогенетической терапии подтверждает правильность диагностической гипотезы о ГЭРБ при отсутствии типичных критериев заболевания. Результаты данного клинического наблюдения соответствуют данным отечественной и зарубежной литературы. Полученные в ходе исследования данные.

ВЫВОДЫ

Частое сочетание психосоматических заболеваний с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта не исключает вероятность выявления органической патологии верхних отделов системы пищеварения. Доступные методы обследования позволяют выявлять ГЭРБ даже при отсутствии типичных симптомов желудочно-пищеводного рефлюкса. Эффективность назначенной терапии является подтверждением диагностической гипотезы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020 - 30(4) – С. 70–97.
2. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. / Eusebi L.H., Ratnakumaran R., Yuan Y., [et al.]. // Gut. – 2018 - 67(3) – С. 430–440.
3. Современный взгляд на проблему гастро – эзофагеальной рефлюксной болезни. / Мавлянов И.Р., Орзиев З.М., Нурбоев Ф.Э., [и др.] – Бухара: Издательство «Дурдона» - 2021 - 160 с.
4. Васильев, Ю. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Ю. В. Васильев // Справочник поликлинического врача. – 2003. – №. 5. – С. 17-23.

5. Калинин, А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. / А. В. Калинин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1996. - № 2. - С. 6-11.

Сведения об авторах

А.А. Невская* – ординатор кафедры госпитальной терапии

А.А. Попов – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой госпитальной терапии

Information about the authors

A.A. Nevskaya* – Postgraduate student of the Department of Hospital Therapy

A.A. Popov – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Hospital Therapy

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

arinamakar@rambler.ru

УДК: 616.36-002.2

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА У ПАЦИЕНТКИ 9 ЛЕТ

Новосёлова Элла Вадимовна^{1,2}, Попов Артем Анатольевич¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Болезнь Вильсона-Коновалова – это тяжёлое наследственное мультисистемное заболевание, симптомы которого формируются из-за отложения меди в органах и тканях. Трудно диагностируется в связи с длительным бессимптомным течением и различной симптоматикой. Распространённость в целом составляет около 1 случая на 7 000–10 000 населения. При несоблюдении диеты по исключению медьсодержащих продуктов приводит к летальному исходу. **Цель исследования** – описать клинический случай болезни Вильсона-Коновалова, выявить причину дефицита массы тела, предложить план ведения. **Материал и методы.** Проанализирован клинический случай болезни Вильсона-Коновалова у девочки 9 лет с дефицитом массы тела 2 степени по данным медицинской документации и антропометрии. Для определения степени белково-энергетической недостаточности (дефицита массы тела) использованы критерии, приведенные в Национальной программе вскармливания детей первого года жизни и критерии ВОЗ соответственно. Программа AntroPed была использована для расчета ИМТ и SDS ИМТ. **Результаты.** Девочка 9 лет состоит на диспансерном учёте у гастроэнтеролога с диагнозом: Болезнь Вильсона-Коновалова, смешанная форма. Хронический гепатит, минимальной биохимической активности. Желчнокаменная болезнь, II стадия. Конкременты желчного пузыря. Отключенный желчный пузырь? Хронический гастродуоденит, ассоциированный с НР, ремиссия. Дефицит массы тела средней степени тяжести. Цереброастенический синдром. Специфическое расстройство речевой артикуляции. По данным антропометрии (по SDS ИМТ) у ребенка дефицит массы тела средней степени тяжести. **Выводы.** Дефицит массы тела у пациентки обусловлен комплексным влиянием, как перинатальных причин, так и тяжелого наследственного заболевания. Ребенок нуждается в комплексном подходе в лечении основного заболевания и дефицита массы тела различными врачами специалистами.

Ключевые слова: болезнь Вильсона-Коновалова, дефицит массы тела, накопление меди.

DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF WILSON-KONOVALOV DISEASE IN A 9-YEAR-OLD PATIENT

Novoselova Ella Vadimovna^{1,2}, Popov Artyom Anatolyevich¹

¹Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

²Regional Children's Clinical Hospital

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Wilson-Konovalov disease is the multisystem disease, manifested by accumulation of copper in organs and tissues. It is difficult to diagnose due to the long-term asymptomatic course and various symptoms. The prevalence is 1:7 000-10 000 population. If a diet is not followed it leads to a fatal outcome. **The aim of this study** is to describe a clinical case of Wilson-Konovalov disease, identify the cause of body weight deficiency, and propose a management plan for the patient. **Material and methods.** A clinical case of Wilson-Konovalov disease in a 9-year-old girl with a body weight deficiency of the 2nd degree was analyzed according to medical documentation and anthropometry. To determine the degree of body weight deficiency the National Program for Feeding Children of the first Year and the WHO criteria were used. The AntroPed program - to calculate BMI and SDS BMI. **Results.** A 9-year-old girl: diagnosis: Wilson-Konovalov disease, mixed form. Chronic hepatitis, minimal biochemical activity. Cholelithiasis, stage II. Stones of the