ISSN **1560 5175** (Print)
ISSN **2687 1181** (Online)

16+

Medical Journal

Лечащий Врач

Lechaschi Vrach

Медицинский научно-практический журнал

ТОМ 28 № 9 2025



ПЕДИАТРИЯ. НЕОНАТОЛОГИЯ

• Гастропатии у детей, индуцированные НПВП • Особенности диагностики и терапии внебольничной пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* • Редкий случай врожденного гиперинсулинизма у ребенка • Диагностика антифосфолипидного синдрома с дебютом в раннем возрасте • Коклюш у детей в возрасте до 1 года

Актуальная тема

• Цитокиногенетическая терапия в комбинированном лечении рака толстого кишечника • Комплексная дегустационная оценка продуктов энтерального питания • Гастроэнтеропанкреатические нейроэндокринные опухоли • Синдром хронической усталости в практике терапевта

Издается с 1998 года
Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

ISSN 1560 5175
25009
9 771560 517000

Подписные индексы:
Каталог ФГУП «Почта России» **П1642**

Medical Journal

Лечащий Врач

ТОМ 28 № 9 2025

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Педиатрия. Неонатология

Pediatry. Nephrology



8 **Гастропатии у детей, индуцированные НПВП: случай язвенного кровотечения у ребенка на фоне приема кеторолака**/ Н. К. Шумейко, О. В. Зайцева, Э. Э. Локшина, Н. Б. Серебровская, Т. И. Рычкова

8 **Gastropathies in children induced by NSAIDs: a case of ulcerative bleeding in a child taking ketorolac**/ N. K. Shumeyko, O. V. Zaytseva, E. E. Lokshina, N. B. Serebrovskaya, T. I. Rychkova

14 **Особенности диагностики и антибактериальной терапии внебольничной пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* у детей в 2024 году**/ Д. А. Занина, А. С. Митусова, Т. И. Бикметов, И. В. Зорин, Д. В. Нефедов

14 **Features of diagnosis and antibacterial therapy of community-acquired pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* in children in 2024**/ D. A. Zanina, A. S. Mitusova, T. I. Bikmetov, I. V. Zorin, D. V. Nefedov

18 **Редкий случай врожденного гиперинсулинизма у ребенка — когда морфология определяет тактику лечения**/ Л. Р. Климшина, И. Л. Никитина, Д. В. Рыжкова, А. А. Перминова, А. А. Сухоцкая, А. О. Плаксина, Л. Б. Митрофанова

18 **A rare case of congenital hyperinsulinism in a child — when morphology determines treatment tactics**/ L. R. Klimshina, I. L. Nikitina, D. V. Ryzhkova, A. A. Perminova, A. A. Sukhotskaya, A. O. Plaksina, L. B. Mitrofanova

24 **Редкий случай поздней диагностики антифосфолипидного синдрома с дебютом в раннем детском возрасте**/ Л. В. Титова, М. Ю. Юрьева

24 A rare case of late diagnosis of antiphospholipid syndrome with onset in early childhood/ L. V. Titova, M. Yu. Yureva

30 Коклюш у детей в возрасте до 1 года/ Ю. В. Шерышева, К. А. Сулейманова, Р. С. Аракельян, С. З. Яхьяева

30 Whooping cough in children under one year of age/ Yu. V. Sherysheva, K. A. Suleimanova, R. S. Arakelyan, S. Z. Yahyaeva

Актуальная тема
Topical theme

36 Цитокиногенетическая терапия в комбинированном лечении рака толстого кишечника/ В. Т. Заркуа, А. М. Бен Аммар, Е. Э. Спирочкина

36 Cytokine therapy in combination treatment of colorectal cancer/ V. T. Zarkua, A. M. Ben Ammar, E. E. Spirochkina

42 Комплексная дегустационная оценка продуктов энтерального питания/ Ю. Р. Вараева, Е. А. Смирнова, А. В. Стародубова

42 A comprehensive study of organoleptic properties and taste characteristics/ Yu. R. Varaeva, E. A. Smirnova, A. V. Starodubova

51 Гастроэнтеропанкреатические нейроэндокринные опухоли/ В. В. Смирнов, И. Д. Гурова

51 Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors/ V. V. Smirnov, I. D. Gurova

61 Синдром хронической усталости в практике терапевта: распространенность, диагностика и ведение пациентов (обзор литературы)/ Л. А. Камышникова, А. А. Жердева

61 Chronic fatigue syndrome in the practice of a general practitioner: prevalence, diagnosis, and management of patients (literature review)/ L. A. Kamyshnikova, A. A. Zherdeva

https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.9.001
Обзорная статья / Review article

Check for updates
BY-NC-ND

Гастропатии у детей, индуцированные НПВП: случай язвенного кровотечения у ребенка на фоне приема кеторолака

Н. К. Шумейко[1] ✉
О. В. Зайцева[2]
Э. Э. Локшина[3]
Н. Б. Серебровская[4]
Т. И. Рычкова[5]

[1] Российский университет медицины, Москва, Россия, *shumnatalia@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0001-5115-6185*
[2] Российский университет медицины, Москва, Россия, *olga6505963@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0003-3426-3426*
[3] Российский университет медицины, Москва, Россия, *elokshina@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0001-6006-7846*
[4] Российский университет медицины, Москва, Россия, *nserebrovskaya@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0002-6278-9508*
[5] Российский университет медицины, Москва, Россия, *info@rosunimed.ru, https://orcid.org/0000-0002-9163-2390*

Резюме

Введение. Термин «НПВП-гастропатии» был предложен в 1986 г. для того, чтобы отличить специфическое поражение слизистой оболочки желудка, возникающее при длительном употреблении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), от классической язвенной болезни. Широкое применение нестероидных противовоспалительных препаратов, с одной стороны, и необходимость их длительного или постоянного приема – с другой, обусловливают распространение НПВП-гастропатий. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению потребления нестероидных противовоспалительных препаратов в 2-3 раза каждые 10 лет. Ежегодно число принимающих нестероидные противовоспалительные препараты составляет более 300 млн человек, при этом лишь 1/3 из них делают это по назначению врача.

Цель работы. Статья посвящена одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии – язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и осложнениям в виде желудочно-кишечных кровотечений.

Результаты. Приведены данные по вопросам патогенеза, диагностики и лечения язвенных кровотечений у детей. Отмечается, что диагностика язвенных кровотечений базируется на совокупности клинических проявлений, данных лабораторных и инструментальных исследований. В статье приведены сведения о распространенности, значимых факторах в развитии заболевания; данные исследований, выявляющих связь между приемом лекарственных препаратов, в основном нестероидных противовоспалительных, и риском возникновения гастропатии с язвенным кровотечением, индуцированной нестероидными противовоспалительными препаратами. В статье показано, как они влияют на течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Приводятся данные о возможности возникновения язвенного кровотечения на фоне приема данных лекарственных средств. В качестве демонстрации приведены данные собственного наблюдения авторов. В клиническом примере описан случай язвенного кровотечения у подростка, бесконтрольно принимающего нестероидные противовоспалительные препараты.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенное кровотечение, нестероидные противовоспалительные препараты

Для цитирования: Шумейко Н. К., Зайцева О. В., Локшина Э. Э., Серебровская Н. Б., Рычкова Т. И. Гастропатии у детей, индуцированные НПВП: случай язвенного кровотечения у ребенка на фоне приема кеторолака. Лечащий Врач. 2025; 9 (28): 8-13. https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.9.001

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Gastropathies in children induced by NSAIDs: a case of ulcerative bleeding in a child taking ketorolac

Natalia K. Shumeyko[1] ✉
Olga V. Zaytseva[2]
Evelina E. Lokshina[3]
Nadezhda B. Serebrovskaya[4]
Tatiana I. Rychkova[5]

[1] Russian University of Medicine, Moscow, Russia, *shumnatalia@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0001-5115-6185*
[2] Russian University of Medicine, Moscow, Russia, *olga6505963@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0003-3426-3426*
[3] Russian University of Medicine, Moscow, Russia, *elokshina@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0001-6006-7846*
[4] Russian University of Medicine, Moscow, Russia, *nserebrovskaya@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0002-6278-9508*
[5] Russian University of Medicine, Moscow, Russia, *info@rosunimed.ru, https://orcid.org/0000-0002-9163-2390*

Abstract

Background. The term "NSAID-induced gastropathy" was proposed in 1986 to distinguish specific damage to the gastric mucosa caused by prolonged use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs from classic peptic ulcer disease. The widespread use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), on the one hand, and the need for their prolonged or continuous use, on the other, contribute to the spread of NSAID-induced gastropathy. Currently, there is a trend toward a 2-3-fold increase in the consumption of nonsteroidal anti-inflammatory drugs every 10 years. Each year, more than 300 million people take nonsteroidal anti-inflammatory drugs, with only 1/3 of them doing so as prescribed by a doctor.

Objective. The article is devoted to one of the urgent problems of pediatric gastroenterology – peptic ulcer of the stomach and duodenum and complications in the form of gastrointestinal bleeding.

Results. Data on the pathogenesis, diagnosis, and treatment of ulcerative bleeding in children are presented. It is noted that the diagnosis of ulcerative bleeding is based on a combination of clinical manifestations, laboratory and instrumental studies. The article provides information on the prevalence, significant factors in the development of the disease, and research data showing a link between taking medications, mainly nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of NSAID-induced gastropathy and ulcerative bleeding. The article shows how nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect the course of peptic ulcer of the stomach and duodenum. Data on the possibility of ulcerative bleeding while taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs are presented. The authors' own observations are presented as a demonstration. A clinical example describes a case of ulcerative bleeding in a teenager taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs uncontrollably.

Keywords: children, peptic ulcer of the stomach and duodenum, ulcerative bleeding, nonsteroidal anti-inflammatory drugs
For citation: Shumeyko N. K., Zaytseva O. V., Lokshina E. E., Serebrovskaya N. B., Rychkova T. I. Gastropathies in children induced by NSAIDs: a case of ulcerative bleeding in a child taking ketorolac. Lechaschi Vrach. 2025; 9 (28): 8-13. (In Russ.) https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.9.001
Conflict of interests. Not declared.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) – наиболее распространенные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Данные мировой статистики за последние годы показывают, что язвенная болезнь (ЯБ) встречается у 7-14% взрослого населения экономически развитых стран, возросла доля ее осложнений (кровотечений, перфораций, стенозов и др.) [1].

В Российской Федерации распространенность ЯБ у детей в последнее десятилетие снизилась в 1,5 раза и составляет 1,1-1,5 на 1000 детского населения. В структуре заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей ЯБ составляет 7-12%, встречается в 7 раз чаще в школьном возрасте и в 2 раза чаще среди жителей крупных городов. ЯБДК диагностируется в 3-4 раза чаще, чем ЯБЖ. Дуоденальная локализация язвенного дефекта отмечается в 81-87% случаев, из них постбульбарная – в 2,4-2,8%, желудочная локализация – в 11-13%, двойная локализация – в 4-6% случаев [2, 3]. ЯБЖ выявляется у 2 из 10 000 детей (в 8 раз реже, чем ЯБДК). ЯБЖ и ЯБДК преимущественно встречаются у детей старше 7 лет. Единичные случаи обнаружения язв в дошкольном и раннем возрасте чаще относятся к симптоматическим язвам [4]. В последние годы наблюдается значительное омоложение гастродуоденальной патологии у детей, увеличение частоты деструктивных процессов, быстрое прогрессирование морфологических изменений [5].

В настоящее время решающая роль в развитии ЯБ отводится *Helicobacter pylori*. Следует отметить, что у детей, в отличие от взрослых, инфицирование *H. pylori* намного реже сопровождается изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным S. Koletzko, у детей с симптоматической хеликобактерной инфекцией, ЯБ была диагностирована менее чем в 5% случаев у пациентов до 12 лет и лишь у 10% подростков [6]. Кроме того, значительное место в спектре заболеваний пищеварительной системы занимают поражения, развивающиеся в результате приема лекарственных препаратов (ЛП). К ним, в частности, относится развитие гастропатии и язв желудка на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), основными показаниями к назначению которых являются воспалительные процессы различной природы и локализации, боль, лихорадка. НПВП относятся к числу наиболее широко применяемых в клинической практике лекарственных средств (ЛС). Ежедневно в мире свыше 30 млн человек принимают НПВП как обезболивающие или противовоспалительные и антиагрегантные средства [7]. Традиционные НПВП являются неселективными ингибиторами циклооксигеназы (ЦОГ), которые ингибируют как ферменты ЦОГ-1, так и ЦОГ-2. При этом ингибирование ЦОГ-1 нарушает цитопротекцию желудка и агрегацию тромбоцитов; поэтому блокирование фермента ЦОГ-1 может привести к боли в животе, раздражению слизистой желудка и язвам ЖКТ [8].

Ингибирование ЦОГ-2 связано с противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием; при этом селективные ингибиторы ЦОГ-2 уменьшают желудочно-кишечную токсичность, связанную с НПВП [9].

Термин «НПВП-гастропатии» был предложен в 1986 г. для того, чтобы отличить специфическое поражение слизистой оболочки желудка, возникающее при длительном употреблении НПВП, от классической язвенной болезни. Широкое применение НПВП, с одной стороны, и необходимость их длительного или постоянного приема – с другой, обусловливают распространение НПВП-гастропатий. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению потребления НПВП в 2-3 раза каждые 10 лет. Число ежегодно принимающих НПВП составляет более 300 млн человек, при этом лишь 1/3 из них делают это по назначению врача [10-12].

Данные последних исследований показывают, что эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ отмечается у 20-40% пациентов, регулярно принимающих НПВП [13]. При приеме НПВП могут поражаться практически любые отделы пищеварительного тракта, от пищевода до прямой кишки. Наиболее часто эти препараты оказывают повреждающее действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом поражения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ развивается в 6 раз чаще, особенно у детей младшего возраста, включая ЯБ и желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) [14]. Эти поражения получили собственное название: «гастропатия, индуцированная НПВП». Даже кратковременный прием этих препаратов в небольших дозах может приводить к развитию побочных эффектов (перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки), которые в 5% случаев могут представлять серьезную угрозу для жизни. Описаны наблюдения, когда НПВП рассматривались в качестве провоцирующего фактора, предшествующего развитию неспецифического язвенного колита или эозинофильного колита. Описано возникновение ректальных язв и стриктуры при введении этих препаратов в виде свечей. Поэтому в последние годы особое внимание привлечено к проблеме безопасного применения этих ЛС [15].

Так, частота побочных явлений со стороны органов ЖКТ при лечении пироксикамом составляет 36%, индометацином – 31%, диклофенаком – 31%, напроксеном – 28%, ибупрофеном – 20%. По риску развития эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки ЖКТ все НПВП разделяют на 3 группы:

- первая – с низкой степенью риска: роксикоксиб (целикоксиб), нимесулид, мелоксикам, ибупрофен, диклофенак;
- вторая – со средней степенью риска: фенопрофен, ацетилсалициловая кислота, напроксен, сулиндак;
- третья – с высокой степенью риска: индометацин, пироксикам, кетопрофен, кеторолак, бутадион [16].

Следствием бесконтрольного приема НПВП оказывается высокая частота возникновения гастроинтестинальных нежелательных явлений, спектр которых достаточно широк и варьирует от легкой диспепсии до развития эрозий и пептических язв. Так, при использовании НПВП более 6 недель гастро- и дуоденопатии формируются у 70% пациентов [17].

У 30-40% пациентов, длительно принимающих НПВП, развиваются симптомы НПВП-ассоциированной диспепсии. Основной механизм развития эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки ЖКТ связан с блокированием синтеза простагландинов (ПГ) НПВП. Снижение синтеза ПГ приводит к уменьшению синтеза слизи и бикарбонатов, являющихся основным защитным барьером слизистой оболочки желудка от агрессивных факторов желудочного сока. НПВП обладают способностью в кислой желудочной среде непосредственно проникать в клетки слизистой оболочки, нарушая слизисто-бикарбонатный барьер и вызывая обратную диффузию ионов водорода, и оказывать прямое контактное повреждающее действие на клетки покровного эпителия. Ульцерогенное действие ЛП может быть различным в зависимости от вида ЛП. Одни усиливают кислотно-пептическую агрессию желудочного сока, другие способствуют гиперплазии G-клеток слизистой оболочки.

В механизме развития деструктивных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приема НПВП лежат процессы перекисного окисления липидов с накоплением в тканях свободных радикалов. Повышается синтез лейкотриенов, которые вызывают локальное воспаление и токсическое повреждение слизистой оболочки желудка, отмечается адгезия и хемотаксис активных нейтрофилов на эпителиоцитах, повреждается микроциркуляторное русло в собственной пластинке слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [18].

При длительном приеме НПВП происходят морфологические изменения слизистой оболочки желудка, такие как эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ЖКК, перфорация. ЖКК – это жизнеугрожающее состояние, опасность которого заключается в том, что на ранних стадиях или при небольших объемах кровопотери пациент может не испытывать никаких симптомов. Это связано с отсутствием болевых рецепторов на слизистой оболочке органов пищеварительного тракта: кровь проходит через него так же, как и жидкая пища. ЖКК занимают пятое место по распространенности в гастроэнтерологической практике после аппендицита, панкреатита, холецистита (острого и хронического) и ущемления грыжи. Их обнаруживают у 9% больных при экстренном обращении в хирургический стационар. Проявиться ЖКК может в любом возрасте [19, 20].

Лечение НПВП-гастропатий является сложной задачей. В настоящее время для лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов, получающих НПВП, наиболее эффективны ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол, эзомепразол). Однако успех терапии язвенных ЖКК заключается в сочетании эндоскопического гемостаза с адекватной медикаментозной терапией, базисными препаратами которой являются ИПП. Наиболее эффективным эндоскопическим способом остановки кровотечения является клипирование кровоточащего сосуда и аргоноплазменная коагуляция. Другие методы эндоскопической остановки кровотечения, такие как использование полисахаридной гемостатической системы, электрокоагуляция, обкалывание язвы гипертоническим раствором эпинефрина, должны использоваться в комбинации с основными методами. В ряде случаев выбирается комбинированный эндоскопический гемостаз, сочетающий инъекционное введение в края язвы адреналина и спирт-новокаиновой смеси с аргоноплазменной или диатермокоагуляцией [21, 22].

Использование высоких доз ИПП после эндоскопического гемостаза уменьшает риск повторных ЖКК и улучшает клиническое течение у пациентов с язвенной болезнью. Адъювантное использование высоких доз ИПП при эндоскопической остановке кровотечений было одобрено и рекомендовано несколькими консенсусами, а также подтверждено рядом метаанализов, в которых было показано достоверное снижение риска рецидива кровотечения и смертности от ЖКК при использовании ИПП [23, 24]. Для остановки кровотечения из верхних отделов ЖКТ важным условием является уровень внутрижелудочного

pH ⩾ 6, так как только при таком уровне происходит агрегация тромбоцитов и уменьшается риск рецидива кровотечения [25]. Кроме того, желательно не только достижение этого уровня pH, но и поддержание его на постоянном уровне в течение длительного времени, введение ЛС обеспечивает повышение pH в полости желудка, что ингибирует разрушение фибрина соляной кислотой, способствует образованию сгустка и уменьшению геморрагических осложнений [26].

При язвенных кровотечениях показано внутривенное введение ИПП – болюсно, затем капельно с последующим переходом на пероральный прием.

Согласно современным рекомендациям, все пациенты, перенесшие язвенное кровотечение, должны тестироваться на наличие инфекции *H. pylori* и в случае ее обнаружения получать эрадикационную терапию [27]. В этой связи поддерживающая терапия ИПП должна продолжаться длительно, по крайней мере до получения положительных результатов эрадикации [28].

Эндоскопическая остановка кровотечения является золотым стандартом лечения пациентов с язвенным кровотечением, позволяющим достичь устойчивого гемостаза в 82-92% случаев.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент 17,5 года, подросток. Доставлен в стационар по экстренным показаниям с жалобами на боли в животе, слабость, головокружение, черный цвет стула. Заболел 05.01.2025 г., когда появились резкие боли в животе, тошнота, слабость, потемнение в глазах. Стул был 2 раза, кашицеобразный, черного цвета. Из анамнеза: 06.12.2024 г. мальчику была проведена операция по поводу гипоспадии (уретропластика). В стационаре для снятия боли в области операционного вмешательства получал НПВП. После выписки из стационара дома для снятия болевого синдрома в течение месяца ежедневно самостоятельно принимал от 20 до 30 мг кеторолака.

5 января 2025 г. в 8:00 появились резкие боли в животе. С клиническими проявлениями ЖКК бригадой скорой помощи мальчик был доставлен в реанимационное отделение ДГКБ св. Владимира. При поступлении состояние тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена ЖКК. Жалуется на слабость, вялость, головокружение. Температура – 36,6 °С. Масса тела – 95 кг. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые чистые, бледные. Дыхание самостоятельное, везикулярное, 18 вдохов в мин. Тоны сердца звучные, ритм не нарушен. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 92 уд./мин, артериальное давление – 140/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной и мезогастральной областях. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Рвоты нет. Стул в последний раз был 05.01.2025 г., два раза, кашицеобразный, черного цвета. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Послеоперационная рана в области полового члена без признаков воспаления.

При поступлении в отделении реанимации проведено обследование

Общий клинический анализ крови: гемоглобин – 103 г/л, эритроциты – 3,51 × 10^{12}/л, гематокрит – 31,2%, тромбоциты – 173 × 10^{9}/л, лейкоциты – 12,54 × 10^{9}/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58,40 г/л, мочевина – 15,05 ммоль/л, альбумин – 38,30 г/л, С-реактивный белок (СРБ) – 1,30 мг/л, тромбиновое время – 21,1 с, фибриноген – 0,25 г/л.

Общий клинический анализ мочи: белок – 0,1 г/л, лейкоциты – 35-40, эритроциты – 5-6 в поле зрения, много слизи, мало бактерий.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – без эхопризнаков структурных изменений визуализированных фрагментов органов на момент осмотра. Без эхо-признаков свободного выпота в исследованных фрагментах брюшной полости на момент осмотра.

Рентгенография брюшной полости – на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости газонаполнение петель кишечника неравномерное, пониженное. Патологические уровни жидкости и свободный газ в брюшной полости не определяются.

ЭКГ – синусовый ритм (82-95 уд./мин). Нормальное направление электрической оси сердца. Атриовентрикулярное проведение на верхней границе нормы (PQ – 0,18 с). Неспецифические нарушения процессов реполяризации миокарда.

Эзофагогастродуоденоеюноскопия (ЭГДС) с наркозом 06.01.2025 г. – просвет пищевода на всем протяжении не изменен. Слизистая пищевода во всех отделах бледно-розовая, гладкая. Кардия расположена и сформирована правильно, смыкается полностью.

В желудке – умеренное количество слизи со следами солянокислого гематина. Слизистая желудка во всех отделах бледно-розовая. Привратник свободно проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки без видимой деформации. В нижней трети визуализируется сгусток крови. После отмывания сгустка визуализируется язвенный дефект с неровными краями, размером до 1,0 см, дно покрыто фибрином. В центре язвы имеется эрозированный сосуд, из которого отмечается подтекание алой крови. Слизистая постбульбарных отделов бледно-розовая. Проведен комбинированный гемостаз с коагуляцией эрозированного сосуда и введением в область язвенного дефекта 30,0 мл раствора «Гемоблок». В результате динамического осмотра данных за активное кровотечение не выявлено.

Заключение: единичная активная язва луковицы двенадцатиперстной кишки с кровотечением (Forest 1b), состояние после комбинированного эндоскопического гемостаза.

Медикаментозная терапия: проводилась инфузионная терапия. Внутривенно болюсно введено 80 мг ИПП (омепразол), затем внутривенно через дозатор – 80 мг/сутки в течение 5 дней с переходом на пероральный прием омепразола.

Несмотря на лечение сохранялась мелена, умеренные боли в животе.

09.01.2025 г. была проведена повторная ЭГДС. Пищевод не изменен. В желудке – умеренное количество слизи. Слизистая бледно-розовая. В просвете двенадцатиперстной кишки незначительное количество жидкого содержимого, прокрашенного солянокислым гематином. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки кишки умеренно отечна, очагово гиперемирована. Визуализирован язвенный дефект с неровными краями, размером до 1,0 см, дно покрыто фибрином. Подтекания алой крови не отмечается. Проведен комбинированный гемостаз с применением аргоноплазменной коагуляции в месте возможного рецидива кровотечения и введением в область язвенного дефекта 30,0 мл раствора «Гемоблок». Результат Hp-теста BIOHIT. Экспресс-тест хеликобактер пилори UFT300 из антрума (-).

На фоне проводимой терапии состояние мальчика улучшилось, он был переведен в гастроэнтерологическое отделение, где лечение продолжилось – омепразол 40 мг × 2 раза, алгелдрат + магния гидроксид 10,0 мл × 3 раза, тримебутин 200 мг × 3 раза, ребамипид 100 мг × 3 раза в день.

На фоне терапии отмечена положительная динамика течения заболевания. Мальчик был выписан домой под наблюдение гастроэнтеролога с рекомендациями продолжить лечение.