

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сборник тезисов
Одиннадцатой межрегиональной учебно-практической
студенческой конференции
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ»



Казань

20 апреля 2022 года

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОДРОСТКА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ».

Щипкова А.А., Ослопова Д.В.

Научный руководитель – Д.м.н., профессор Ослопов В.Н., К.м.н. доцент
Закирова А.М.

Введение. Моя производственная практика в качестве помощника процедурной медсестры дневного стационара проходила на базе ДРКБ в ГЭО, где меня приняли очень доброжелательно. За время практики я овладела методиками ведения документации, ассистировала при постановке внутривенных катетеров, научилась сама делать внутримышечные, внутривенные и подкожные инъекции. Самым интересным и запоминающимся моментом во время практики для меня был случай пациента с болезнью Крона.

Цель работы. Описать клинический случай болезни Крона у подростка.

Задачи. Осветить овладение навыками процедурной медсестры, закрепить теоретические знания полученные при изучении дисциплин 1-4 курса на практике, проанализировать клинический случай.

Материалы и метод. Нами проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента с болезнью Крона.

Результаты и их обсуждение. Пациент А. от 1 беременности, протекающей с гестозом на 22 неделе; роды на 41 неделе. При рождении: m 2600г, длина тела 50см. На грудном вскармливании до 1 месяца.

В семейном анамнезе: сестры бабушки со стороны матери – смерть в 3 месяца из-за длительного жидкого стула. Дочь отца от первого брака – болезнь Крона.

Ребенок страдает синдромом мальабсорбции с рождения. Впервые госпитализирован в 2 месяца с клиникой кишечной инфекции: подъем температуры, жидкий стул до 15 раз в сутки. Диагноз: дистрофия по типу гипотрофии, дисбактериоз кишечника. В том же месяце в связи с ухудшением

состояния переведен в ГЭО ДРКБ. После терапии состояние стабилизировалась, но в дальнейшем в течении года не раз госпитализировался с обострениями.

В 2011 находился в ГЭО НЦЗД г. Москва, где на основании анамнеза, клинической картины, проведенных исследований (в т.ч. ФКС, ЭГДС с биопсией тощей и толстой кишки) был выставлен диагноз: Болезнь Крона, высокая воспалительная активность, илеоколит, обострение. Учитывая тяжесть состояния ребёнку была назначена ГКС терапия с медленным снижением дозы. На фоне лечения отмечалась небольшая положительная динамика.

В течение года неоднократно госпитализирован в ГЭО, периодически проводилось парентеральное питание, постоянно получал пентасу, ферменты, но синдром мальабсорбции сохранялся, прибавки массы тела незначительны. У ребенка также имеется выраженная задержка роста и психомоторного развития, вторичный гиперпаратиреоз.

В ноябре 2013 госпитализирован в ФГБУ «НЦЗД» с подозрением на волчаночноподобный синдром, однако клиники на фоне биологической терапии не наблюдалось, принято решение о динамическом наблюдении.

Повторно госпитализирован в декабре 2014 для начала терапией препаратом Хумира, после которой отмечалась выраженная положительная динамика. Резистентность к препарату выявилась в октябре 2015, зафиксирована высокая степень активности Болезни Крона.

Заключение. Данный случай подтверждает трудность диагностики и лечения ВЗК у детей. Благодаря производственной практике мной были освоены необходимые для дальнейшей медицинской деятельности практические навыки, приобретен неопределимый опыт, я изучила методики проведения практически всех манипуляций из обязательного перечня и активно применяла знания на практике, а также смогла исследовать редкий клинический случай.