МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ СУМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ С КУРСОМ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО, 15лет (15.07.1999)

Клинический диагноз: Хронический эритематозный гастродуоденит, стадия обострение

Основной: Хронический эритематозный гастродуоденит, обострение

Сопутствующие: Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу, стадия обострения

Сумы, 2014

1. Паспортная часть

Ф.И.О. Возраст: 15лет (15.07.1999) Дата поступления в клинику: 06.022014 года. Родители.

Посещает 9 класс ООШ Домашний адрес:

Направлен: ОДП Диагноз при направлении: хронический гастродуоденит в стадии обострения с выраженным болевым синдромом.

Диагноз при госпитализации: хронический гастродуоденит в стадии обострения.

Клинический диагноз: хронический эритематозный гастродуоденит, стадия обострение. Сопутствующий: дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу, обострение.

. Жалобы

При поступлении в клинику: жалобы на интенсивные боли в животе, локализующиеся преимущественно в околопупочной области, епигастрии, правом подреберье, возникающие сразу после еды (жирной пищи), тошноту, отрыжку кислым, разжиженный учащенный стул. На момент курации жалобы на ощущение тяжести в желудке, отрыжку кислым и разжиженный стул.

. Анамнез болезни

Больным себя считает с марта прошлого года, когда впервые появились боли в животе, дискомфорт, тошнота, горечь во рту, отрыжка кислым. Лечение получал амбулаторно. На протяжении года больного волновал периодически возникающий дискомфорт в желудке, горечь во рту, отрыжку кислымкоторые он связывал с перееданием и злоупотреблением жирной пищи.на протяжении последних восьми недель состояние больного ухудшилось.

. Анамнез жизни

Антенатальный период.

Со слов матери: течение настоящей беременности - без осложнений, наличие токсикозов, угрозы выкидыша отрицает, во время беременности мама отдавала предпочтение овощным (картофель, капуста) и молочным блюдам. Творог и мясо ела примерно три раза в неделю, взяла декретный отпуск в срок, до этого работала по специальности, профессиональные вредности отрицает. Родилась от 1 беременности, 1 роды, физиологические. Акушерских вмешательств не производилось. Сведений по характеру околоплодных вод, варианте предлежания плаценты, осложнений в родах нет. Характеристика новорожденного. Родилась доношенной, масса при рождении 3550 г, длинна при рождении 54 см. Период новорожденности протекал без осложнений.

Вскармливание:

Вскармливание ребенка: на грудном вскармливании до 6 месяцев. Прикорм с 3-х мес. - овсяный кисель, с 6-ти месяцев - овощноепюре. Данных о профилактике рахита нет. В настоящее время питание соответствует возрасту. Ребенок регулярно получает мясо, овощи, фрукты, молочные продукты. Мама с режимом питания и особенностями назначенного стола ознакомлена и по мере возможности старается их соблюдать. В настоящее время находясь в условиях стационара ребенок режим питания не нарушает. Аппетит хороший. Стул не всегда устойчивый, в настоящее время- «колбасовидный», 2-3 раза в день. Сведения о динамике физического и психомоторного развития. Масса при рождении- 4100. Голову держит с 2-х месяцев. Сидит с 6-ти месяцев. Ходит с 11-ти ме-сяцев. Зубы - с 8-ми месяцев. К году - 8 зубов. Гуление - с 3 мес. Первые слова - с 1 года. Ведет в семье и в коллективе адекватное возрасту, посещает школу с 6 лет, со слов мальчика учится «не-плохо». Перенесенные заболевания. ОРВИ, острый отит в 8 лет, данных о тяжести, длительности и других сведений о перенесенных заболеваний нет. Аллергические реакции отрицает.

Семейный анамнез отягощен по язвенной болезни.

Обьективное обследование

. Общий осмотр

Температура тела 36,70С. Общее состояние больной удовлетворительное. Положение активное. Выражение лица спокойное, осмысленное. Глаза блестящие, широко раскрытые. Физическое развитие соответствует полу и возрасту. Рост 172 см, вес 72 кг. Телосложение правильное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые матового цвета, чистые, влажные. Кровоизлияния, сыпи, рубцы и пигментные пятна на коже и слизистых оболочках отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Тургор тканей нормальный - упругий. Уплотнений, подкожной эмфиземы, отёков нет. Лимфатические узлы не видны. Пальпации доступны поднижнечелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они обычной формы и величины, безболезненные, нормальной консистенции, не спаянны с окружающими тканями.

Пищеварительная система

Язык влажный, розового цвета, умеренно обложен белым налётом. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зева нормальной розовой окраски, влажная, чистая, без эрозий, афт, кровотечений. Запах изо рта обычный. Дёсны плотно охватывают шейки зубов, бледно - розового цвета, компактные, не разрыхлены, не изъязвлены, не кровоточат. Зубы постоянные, обычной формы, кариозных зубов нет. Твёрдое небо пологой формы, покрыто неизменённой слизистой оболочкой. Мягкое нёбо симметрично, подвижно. Язычок расположен по средней линии. Нёбные миндалины на уровне дужек, не спаяны с ними, компактные, умеренно гиперемированны, без гнойных пробок, налёта и язв. Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, влажная. Подчелюстные, верхние шейные лимфоузлы не увеличены. Осмотр живота. Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут, с втянутым пупком. Равномерно участвует в акте дыхания. Венозные коллатерали, видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствуют. Грыжевых выпячиваний нет. Пальпация. При поверхностной пальпации живот мягкий, расхождения мышц брюшного пресса, грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются; симптомы Щёткина - Блюмберга и Менделя отрицательные. Спазмов кишечника нет. Определяется умеренная разлитая болезненность, по всей поверхности передней брюшной стенки, которая усиливается в области эпигастрии и правого подреберья. Выслушивается урчание. Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность плотная, гладкая, безболезненна. Симптом «плавающей льдинки» отрицательный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка не пальпируется. Перкуторно: длинник - 7 см, поперечник - 5 см. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

При осмотре других органов и систем патологии не выявлено.

. Предварительный диагноз

На основании жалоб на интенсивные боли в животе, локализующиеся преимущественно в околопупочной области, епигастрии, правом подреберье, которые провоцируются приемом жирной пищи и перееданием, тошноту, отрыжку кислым, разжиженный учащенный стул; данных анамнеза данного заболевания - болеет с марта прошлого года, лечилсяамбулаторно, восем недель назад состояние ухудшилось и больного госпитализировали на стационарное лечение и дообследование; данных объективного состояния на день осмотра - при пальпации живота определяется умеренная разлитая болезненность в области всего живота, усиливающаяся в эпигастральной зоне и правом подреберье, язык обложен серым налетом - можно поставить предварительный диагноз: хронический гастродуоденит, стадия обострения

. План обследования

Для подтверждения предварительного диагноза целесообразно провести следующие лабораторные и инструментальные исследования:

. Общий анализ крови, мочи.

. Анализ кала на яйца глист, копрологическое исследование.

. БАК: билирубин, общий белок, холестерин, ферменты, креатинин.

. Анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатита.

. Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. (ФГДС)

. УЗИ органов желудочно-кишечного тракта.

. Исследование pH желудочного сока, моторики желудка, кислотности.

. Цитологическое исследование на H.p. инфекцию.

. Результаты лабораторных и инструментальных исследований и их оценка

. Анализ мочи от 05.02.2014.

Количество 100 Цвет Светло-желтый Прозрачность мутная Реакция Кислая Уд. Вес 1022 Белок отсутствует Сахар нет Эпителиальные кл. Плоский 2-4 Эритроциты 0-1 в п/з Лейкоциты 1в п/з

Заключение: норма

Клинический анализ крови от 05.02.2014.

Лейкоциты 6,8\*109/л Палочкоядерные 5%

Сегментоядерные 36% Лимфоциты 54% Моноциты 4% Эозинофилы 8% Hb 160 г/л ЦП 0,94 Эритроциты 4,6\*1012/л Тромбоциты 386,4\*106/л СОЭ 9

Заключение: наблюдается эозинофилия, что является признаком воспаления.

. Соскоб из ануса на острицы от 05.02.2014 Отрицательный, яйца глист - отрицательный. Анализ кала от 05.02.2014. Оформленный Мягкий Желтый Эпителий 0-1 Лейкоциты 1-2 Яйца глист 0 Непереваренная клетчатка + Простейшие 0

Заключение: норма

3. Биохимический анализ крови от 05.02.2014. Общий белок 79 г/л альбумины 56,4 глобулины 22,6 холестерин 3,3 ммоль/л В-липопротеиды 54 ед. мочевина 3,6 креатинин 64,3 мкмоль/л Щел. фосфатаза 1,44 АлТ 0,28 АсТ 0,14 Билирубин 12,8;1,6 <http://deshevshe.net.ua/motokosa-foresta/foresta\_16\_kvt.html>;11,2 амилаза 12,3 Тимоловая проба 1,04 ед.

ЦИК 35 ед. Глюкоза 4,3 ммоль/л ч/з 2 часа 4,7 ммоль/л

Заключение: норма

. Анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатита. от 05.02.2014.

Отрицательный

.ФЭГДС от 08.02.2014.

Пищевод гиперемиирован. Слизистая розовая, кардия смыкается полностью, Z-линия в норме, желудок нормальных разме-ров, воздухом расправляется легко, содержимое: мутная жидкость, слизь, желчь; складки ровные, слизистая очагово гиперемирована в теле, антральном отделе, угол желудка без особенностей, привратник округлой формы при раскрытии; луковица двенадцатиперстной кишки: нормального объема, слизистая гиперемирована; постбульбарный отдел: складки отёчны, гиперемированы, выраженный налет типа «манной крупы». Заключение: РЭ І степени, дуодено гастральный рефлюксІІ ст., эритематозная гастродуоденопатия.

. УЗИ органов брюшной полости от 05.02.2014.

Печень: КВР = 115 мм, в размерах не увеличена, однородная, эхогенность обычная.

Желчный пузырь: Объем = 17 мл, грушевидной формы. Стенки не изменены. Содержание анэхогенный.

Поджелудочная железа: 18 \* 10 \* 17 мм. В размерах не увеличена. Эхогенность обычная. Структура однородная мелкозернистая.

Селезенка: 112 \* 36 \* 30 мм. В размерах не увеличена. Структура однородная мелкозернистая. Эхогенность обычная.

Почки: левая - 110 \* 47 \* 40 мм, правое - 110 \* 36 \* 41 мм. Расположены обычно. Подвижность в пределах нормы. В размерах не увеличены. Паренхима не изменена. ЧМС не расширены. Васкуляризация не нарушена.

Мочевой пузырь: Объем = 25мл. Стенки не изменены. Содержание анэхогенный.

Вывод: изменения отсутствуют.

.Фракционное зондирование желудка с определением кислотности желудочного сока, дебит - часа соляной кислоты и пепсинаот 09.02.2014.желудочного сока - 1,8. Дебит-час соляной кислоты - 6 ммоль\ч (базальная секркция).

8. Цитологическое исследование мазков-отпечатков биоптата с\о желудка на Helicobacter pylori от 05.02.2014.

Заключение: положительно, + +.

Заключение:

На основании жалоб, анамнеза, общего осмотра, лабораторных данных (эозинофилия, как признак воспаления) и обследования: эндоскопия (пищевод гиперемирован, рефлекс желудочного содержимого, просвете желудка обнаружено слизь с примесью желчи, гиперемия слизистой оболочки желудка и ДПК.), цитологическое исследование мазков - отпечатков биоптата с \ о желудка на Helicobacter pylori положительно, + +, можем предположить диагноз хронического эритематозного гастродуоденита в стадии обострения. Эндоскопическое исследование подтверждает диагноз гастродуоденита, а на основании нахождения желчи в желудке можно сделать вывод о рефлюксе. Цитологическое исследование мазков-отпечатков биоптата с\о желудка на Helicobacter pylori положительно, что свидетельствует в пользу HP-ассоциированного заболевания.

. Дифференциальный диагноз

1) Функциональные секреторные и моторные расстройства деятельности желудка исключены на основании того, что для этих расстройств не характерна связь болей с приемом пищи, симптомы непостоянны и исчезают при соблюдении диеты, а по данным ЭГДС имеются воспалительные изменения поверхностного слоя слизистой желудка, и так же положительный хелик-тест свидетельствуют в пользу хронического поверхностного гастрита.

) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки исключена на основании клинической картины и данных ЭГДС: не было обнаружено язвенного дефекта слизистой оболочки, эпителизации язвы или рубцовых изменений на слизистой желудка или 12-перстной кишки.

) Заболевания желчевыводящей системы исключены, так как для них более характерна локализация боли в правом подреберье, острые, с резким началом, кроме того, нет изменений желчного пузыря по данным УЗИ (желчный пузырь не деформирован, стенка не изменена. Просвет гомогенный, дополнительных эхоструктур не визуализируется). Также отсутствуют характерные изменения в биохимическом анализе крови.

4) Хронический панкреатит исключен, так как нет выраженного диспепсического синдрома, который характерен для панкреатита, нет изменений в биохимическом анализе крови, по данным УЗИ органов брюшной полости поджелудочная железа не изменена. Отсутствие изменений анализа кала говорит о том, что переваривание в тонком кишечнике, а значит и экзокринная <http://fundamed.ru/gist/79-epitelialnaya-tkan-ekzokrinnye-i-endokrinnye-zhelezy.html> функция поджелудочной железы и печени в норме.

. Клинический диагноз

Учитывая жалобы больного на интенсивные боли в околопупочной области, епигастрии, правом подреберье, которые провоцируются приемом жирной пищи и перееданием, тошноту, отрыжку кислым, разжиженный учащенный стул;

Учитывая анамнез заболевания: болеет с марта прошлого года, лечился амбулаторно, восемь недель назад состояние ухудшилось и больного госпитализировали на стационарное лечение и дообследование;

Учитывая данные объективного осмотра: при пальпации живота определяется умеренная разлитая болезненность в области всего живота, усиливающаяся в эпигастральной зоне и правом подреберье, язык обложен серым налетом.

Учитывая данные лабораторного и инструментального исследования: эозинофилия, что свидетельствует о воспалении; ЭГДС (пищевод гиперемирован, рефлюкс желудочного содержимого. В просвете желудка обнаружено слизь с примесью желчи. Гиперемия слизистой оболочки желудка и ДПК), цитологического исследования мазков - отпечатков биоптата с \ о желудка на Helicobacter pylori положительно, + +, что свидетельствует о Helicobacter pylori- ассоциированном характере заболевания.

Дифференциальный диагноз проводился с такими заболеваниями как: функциональные секреторные и моторные расстройства деятельности желудка, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, заболевания желчевыводящей системы и хронический панкреатитом, но на основании жалоб, данных обьективного, лабораторного и инструментального обследований данные диагнозы были отвергнуты.

На основании всего выше перечисленгого можно поставить диагноз хронического эритематозного гастродуоденита в стадии обострения.

. Лечение и его обоснование

. Режим постельный.

. Стол №1. Диетотерапия назначается с целью механического, химического, термического щажения желудка и ДПК. Питание дробное 5-6 раз в сутки, малыми порциями.

. Медикаментозное лечение.

Оптимальной в данном случае является однонедельная тройная терапия с блокаторами Н + / К + - АТФазы

де-нол; противоязвенное, гастропротективное, антибактериальное средство. Образует на поверхности слизистой оболочки защитную пленку, предохраняя ее от воздействия желудочного сока; ослабляет активность пепсина; стимулирует образование слизи и бикарбонатов, а так же синтез ПГЕ2.

Rp.: Tab. De-Nol 0,12.t.d. N. 14

S.: Внутрь по 2 таб. 2 раза/сут за 30 мин до приема пищи. (не молоком!).

кларитромицин; антибиотик широкого спектра действия. Блокирует синтез белка в микробной клетке хеликобактера, способствуя его эрадикации.

Rp.: Tab. Clarithromycini 0,25.t.d. N. 14

S.: Внутрь по 2 таб. 2 р\д.

омепразол; блокирует протоновую помпу париетальных клеток с\о желудка (К-Н-АТФ-азу), снижая секрецию соляной кислоты желудочного сока, и тем самым предотвращает ее патогенное действие на слизистую желудка и ДПК.

Rp.: Omeprazoli 0,02.t.d. N. 14 in caps. gel.

S.: Внутрь по 1 капсуле 2 р\д.

С целью ликвидации болевого синдрома и купирования спазма желудка и ДПК назначются спазмолитические препараты.

Rp.: Tab. Papaverini 0,04.t.d. N. 21

S.: Внутрь по 1 таб 3 р\д.

. Физиотерапия. С целью нормализации моторной и секреторной активности ЖКТ.

электрофорез с папаверином на область эпигастрии, по 1 сеансу ч\з день на курс 10 сеансов.

. Дневники курации

.02.14 PS-72/мин ЧСС-72/мин ЧД- 20/мин АД-125/70 t утро 36,6oC вечер 36,6 oC

Жалобы на ощущение тяжести в желудке, отрыжку кислым и разжиженный стул. Состояние удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена. Кожные покровы чистые, язык обложен серым налетом, зев розовый. В динамике отмечается стабильность. Жалобы на горечь во рту, разжиженный стул. Аппетит удовлетворительный. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны чистые, звучные, систолический шум не выслушивается. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. Печень у края реберной дуги. Стул 1 раз / сут, разжиженный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Назначения. Постельный режим. Стол № 1. Медикаментозное лечение: Tab. De-Nol (0,12) 2 раза/день; Tab. Clarithromycini (0,25) 2 раза/день; Omeprazoli ( 0,02) 2 раза/день; Tab. Papaverini (0,04) 3раза/день.

07.02.14 PS-72/мин ЧСС-70/мин ЧД- 21/мин АД-125/80 t утро 36,6 oC вечер 36,7oC

Общее состояние без изменений - удовлетворительное. Жалобы на ощущение тяжести в желудке, положение активное. Сознание ясное. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена. Сердечные тоны чистые, звучные, систолический шум не выслушивается. Одышка отсутствует.. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен белым налетом. Поверхностная пальпация: живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул без патологии. Лечение по листу назначений. Назначения. Постельный режим. Стол № 1. Медикаментозное лечение: Tab. De-Nol (0,12) 2 раза/день; Tab. Clarithromycini (0,25) 2 раза/день; Omeprazoli ( 0,02) 2 раза/день; Tab. Papaverini (0,04) 3раза/день. Физиотерапия - электрофорез с папаверином на область эпигастрии.

.02.14 PS-72/мин ЧСС-72/мин ЧД- 20/мин АД-120/90 t утро 36,7oC вечер 36,6 oC

Состояние удовлетворительное, ребенок активен, подвижен, жалоб не предъявляет. Сознание ясное. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена. Пульс - ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Аускультативно тоны ритмичные, ясные, звучные. Одышка отсутствует. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Язык влажный, с налетом. Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул без патологии.

Назначения. Постельный режим. Стол № 1. Медикаментозное лечение: Tab. De-Nol (0,12) 2 раза/день; Tab. Clarithromycini (0,25) 2 раза/день; Omeprazoli ( 0,02) 2 раза/день; Tab. Papaverini (0,04) 3раза/день. Физиотерапия - электрофорез с папаверином на область эпигастрии.

. Епикриз

Больной, 15 лет (15.07.1999), поступил в больницу 06.02.2014 года с жалобами на интенсивные боли в животе, локализующиеся преимущественно в околопупочной области, епигастрии, правом подреберье, возникающие сразу после еды (жирной пищи), тошноту, отрыжку кислым, разжиженный учащенный стул. На момент курации жалобы на ощущение тяжести в желудке, отрыжку кислым и разжиженный стул.

Из анамнеза данного заболевания - болеет с марта прошлого года, лечился амбулаторно, восемь недель назад состояние ухудшилось и больного госпитализировали на стационарное лечение и дообследование.

Данные объективного обследования на день осмотра - состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Больной подвижный, комуникабельный, отвечает на вопросы охотно. Выражение лица спокойное, осмысленное. При пальпации живота определяется умеренная разлитая болезненность в области всего живота, усиливающаяся в эпигастральной зоне и правом подреберье, язык обложен серым налетом. Выслушивается урчание.

Для подтверждения предварительного диагноза были проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови, мочи.

. Анализ кала на яйца глист, копрологическое исследование.

. БАК: билирубин, общий белок, холестерин, ферменты, креатинин.

. Анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатита.

. Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. (ФГДС)

. УЗИ органов желудочно-кишечного тракта.

. Исследование pH желудочного сока, моторики желудка, кислотности.

. Цитологическое исследование на H.p. инфекцию.

При лабораторном и инструментальном исследования были выявлены эозинофилия, как признак воспаления), при ФЭГДС были выявлены РЭ І степени, дуодено-гастральный рефлюкс ІІ ст., эритематозная гастродуоденопатия; цитологическое исследование мазков - отпечатков биоптата с \ о желудка на Helicobacter pylori положительно, что свидетельствует в пользу HP-ассоциированного заболевания.

Дифференциальный диагноз проводился с такими заболеваниями как: функциональные секреторные и моторные расстройства деятельности желудка, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, заболевания желчевыводящей системы и хронический панкреатитом, но на основании жалоб, данных объективного, лабораторного и инструментального обследований данные диагнозы были отвергнуты.

Было назначено такое лечение:

. Режим постельный.

. Стол №1. Диетотерапия назначается с целью механического, химического, термического щажения желудка и ДПК. Питание дробное 5-6 раз в сутки, малыми порциями.

. Медикаментозное лечение.

Для эрадикации HP- инфекции: однонедельная тройная терапия с блокаторами Н + / К + - АТФазы (омепразол, кларитромицин и де-нол);

С целью ликвидации болевого синдрома и купирования спазма желудка и ДПК были назначены спазмолитические препараты (папаверин).

. Физиотерапия. С целью нормализации моторной и секреторной активности ЖКТ.

электрофорез с папаверином на область эпигастрия, по 1 сеансу ч\з день курс ом 10 сеансов.

. Рекомендации

Соблюдать диету. Избегать психоэмоциональных перенапряжений, стрессов. Правильный режим сна и отдыха. Соблюдение порядка медикаментозной терапии.

. Прогноз

Благоприятный. При несоблюдении рекомендаций возможно ухудшение состояния, обострения.

эритематозный гастродуоденит заболевание

Список литературы:

1. Запруднов А.М., Мазурин А.В. Детская гастроэнтерология. Справочник. М., 1998
2. Педіатрія. За ред. Тяжкої О.В. - Вінниця. - 3 вид. - „Нова Книга”, 2009. - 1136 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник. - Питер-Ком, С. - Пб.,2002.-1080с.
4. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В. Прохорова, професора О.П. Волосовця. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - 160 с.
5. Шабалов Н.П. «Детские болезни» 5-е издание: С-Пб., 2002 г.