# ***История болезни***

Фамилия, имя, отчество, возраст курируемого больного ребенка:

Клинический диагноз: Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения

Куратор: Студент 507 группы лечебного факультета ГАЛИНОВ А.В.

Ведущий преподаватель: асс.

Начало курации: 1 сентября 2004

Конец курации: 9 сентября 2004

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

Фамилия, имя, отчество:

Возраст и дата рождения: 14 лет, 1990

Домашний адрес: г. Пермь

Какой коллектив посещает (ясли, сад, школа): Школа, 9 класс

Дата поступления в стационар: 28 августа 2004

Дата выписки:

Диагноз основного заболевания: Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения

Диагноз осложнений: Дискинезия желчевыводных путей,.

Диагноз сопутствующих заболеваний: Дуодено-гастральный рефлюкс, лямблиоз

Энтеробиоз. Синдром вегетативной дистонии, синдром внутричерепного давления анамнез (расспрос)

. Жалобы при поступлении.

Больная жалуется на постоянные боли в околопупочной области. Боли тупого характера, несвязанные с физическим и эмоциональным напряжением. Боли возникают до и после приема пищи. Боли не иррадируют. Больная купирует боли с помощью приема препаратов - Но-шпа, альмагель. Больная также жалуется на отрыжку, изжогу после еды, тошноту. Также жалуется на головную боль в височной области, связанную с усталостью. Головокружение, потливость. Приступы боли медикаментозно не купирует. Затруднено засыпание.

. История настоящего заболевания

Первые симптомы заболевания появились 6 месяцев назад. Когда впервые начали возникать тупые, ноющие боли в эпигастральной области, продолжительностью 30-40 мин, не связанные с физическим напряжением, изжога, тошнота, отрыжка. Боли носили умеренный характер, боли медикаментозно не купировали. К врачам не обращалась, боли купировала альмагелем, мотилиумом, НО-ШПОЙ. Впервые обратилась, после ухудшения состояния, после полного обследования был установлен диагноз: Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения.

. История жизни ребенка.

Ребенок от первой беременности. Беременность протекала без особенностей. Условия режима, питания и труда во время беременности были удовлетворительными. Проводилась профилактика рахита. Роды проходили в родильном доме. Роды протекали физиологически, продолжительность 8 часов 30 минут.

Характеристика новорожденного ребенка.

Ребенок родился доношенным, масса при рождении 3200 г, длина 51 см. Закричал сразу. Оценка по Апгар 8-9 баллов. Окружность головы 32 см, тела 33 см. К груди приложили сразу, сосала активно. Пуповинный отросток отпал на 4-й день. Выписан на 9-й день.

Последующее развитие ребенка.

Период новорожденности протекал без осложнений. Головку начала держать в 1,5 месяца, сидеть в 6 мес, стоять в 8 мес, самостоятельно ходить в 11 месяцев. Произносить слоги с 10 мес. Первые зубы в 6 мес, к году 8 зубов.

Нервно-психическое развитие.

На первом году жизни в росте и массе прибывала по возрасту, в нервно-психическом развитии не отставала.

Ребенок легко входит в контакт с взрослыми и детьми. В школе учится на 4-5. Сон около 9 часов в сутки, не нарушен.

Питание ребенка.

На первом году жизни первые два месяца - грудное вскармливание, затем смешанное. Витамин D получала с профилактической целью. В настоящее время частота приемов пищи 4-5 раз. Предпочтение отдает растительной пищи, макаронам. Горячую пищу получает 3 раза в день.

Перенесенные заболевания.

.11.90 Дизентирия. Сопутствующее заболевание дисбактериоз кишечника.

.09.91 Ост. Пиелонефрит

.06.92 ОРВИ ср. ст. тяжести

.07.94 Вульвовагенит

.09.95 Стрептодермия

24.09.96 Вегето-сосудистая дистония

25.10.01 Дискинезия желчевыводящих путей.

Иммунологический анамнез.

Профилактические прививки сделаны по возрасту.

Гематологический анамнез.

Переливаний крови и плазмы не проводилось.

Аллергологический анамнез.

Аллергии на пищевые продукты на шерсть животных, медикаменты нет

Эпидемиологический анамнез.

Со слов пациентки с больными не контактировал.

Семейный анамнез. Мать Петрова Н. А 40 лет. Образование нет. Работает уборщицей. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, снотворных отрицает. Число беременностей 1.

хронический гастродуоденит кислотообразующая обострение

Бытовые условия. Частный дом, проживает 2 человека (Мать и дочь). Ребенок имеет отдельную комнату. Наташа соблюдает режим дня (ночной сон и прогулки на улице). Спортом не занимается.

# ***Объективное обследование***

Состояние больной удовлетворительное.

Положение в постели активное.

Сознание больного ясное.

Антропометрия: Рост 171 см, вес 55 кг.

Кожа и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, эластичные, тургор сохранен, сыпи, пигментации и депигментации нет.

Пальцы и ногти: Правильной формы и физиологической окраски

Подкожно-жировой слой: Наблюдается равномерность распределения. Отеков нет.

Лимфатическая система: Лимфоузлы безболезненны. Подчелюстные лимфоузлы пальпируются, 0.5 см в диаметре, не спаянные с окружающими тканями, единичные. Околоушные, грудные, подмышечные, шейные, подчелюстные, подбородочные, подключичные, надключичные, локтевые, паховые не пальпируются.

Мышечная система. Развитие мышечной системы хорошее. Болезненности при ощупывании нет. Тонус мышц нормальный. Сила мышц достаточная. Активные и пассивные движения в полном объеме.

Костная система. Форма головы круглая. Количество зубов соответствует возрасту. Форма грудной клетки нормостеническая. Патологических искривлений позвоночника нет.

Изменений костей конечностей нет. Плоскостопия нет. Суставы не деформированы; болезненности, повышения температуры в области суставов нет. Движения в суставах сохранены в полном объеме, при активных и пассивных движениях.

Система дыхания. Дыхание через нос свободное. Кашля нет. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания 18 в минуту. Пульс 83 удара в минуту. Дыхательно-пульсовой коэффициент 1: 5. Дыхание ритмичное. Экскурсия грудной клетки 5 см.

Осмотр грудной клетки: Одышки нет. Движения лопаток, обеих половин грудной клетки симметричные. Втяжения и выбухания грудных межреберий нет. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Болезненности при пальпации грудной клетки нет. Резистентность сохранена. Голосовое дрожание не изменено.

Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия легких: Звук ясный (легочной) над всей поверхностью легких.

Топографическая перкуссия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Верхняя граница | Справа | | Слева |
| Спереди (высота стояния в см над ключицей) | 3 см | | 3 см |
| Сзади (по отношению к остистистому отростку VII шейного позвонка | На уровне | На уровне | |
| Ширина поля Кренинга | 5 см | 5 см | |
| Нижняя граница | Справа | Слева | |
| Окологрудинная линия | V межреб. |  | |
| Срединноключичная | VI ребро |  | |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро | |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро | |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро | |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро | |
| Околопозвоночная линия | XI ребро | XI ребро | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подвижность нижнего края | **Справа** | | | | **Слева** | | |
|  | Вдох (max) | Выдох (max) | **Сумма** | Вдох (max) | | Выдох (max) | **Сумма** |
| Срединноключичная | 2 см | 2см | 4см |  | |  |  |
| Средняя подмышечная линия | 3 см | 3см | 6см | 3см | | 3см | 6см |
| Лопаточная линия | 2см | 2см | 4см | 2см | | 2см | 2см |

Аускультация легких. Дыхание над всей поверхностью легких - везикулярное (нормальное).

Побочные дыхательные звуки (хрипы, крепитация, шум трения плевры, не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр области сердца и крупных сосудов. Верхушечный толчок не просматривается. Систолического втяжения на месте верхушечного толчка и в других местах сердечной области (по левому краю грудины), сердечный горб, сердечный толчок не определяется. Сосуды при внешнем осмотре не изменены.

Пульс на лучевых артериях. Равномерный на левой и правой руках.

Частота 83 уд. в мин.,

Ритм - регулярный (regularis),

Наполнение - полный (plenus),

Напряжение - Твердый (durus),

Величина - Большой (magnus),

Состояние сосудистой стенки вне пульсовой волны - мягкая.

Пальпация в области сердца. Верхушечный толчок не пальпируется.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница | 1 см кнаружи от прав. края грудины |
| Левая граница | На 1 см кнутри от лев. срединно-ключ. линии |
| Верхняя граница | III левое ребро |

Границы абсолютной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница | Левый край грудины |
| Левая граница | На 1,5 см кнутри от левой границ. отн. туп. |
| Верхняя граница | IV ребро |

Талия сердца - на парастернальной линии в III межреберье. Конфигурация сердца - нормальная. Ширина сосудистого пучка 9 см. Поперечный размер относительной тупости сердца: Mr (2см) + Ml (8см) = 10 см.

Аускультация. Ритм правильный (регулярный). На верхушке сердца и у основания мечевидного отростка - двухчленный ритм. Звучность I и II тонов - сохранена. Расщепления, раздвоения тонов не наблюдается. Патологические шумы не выслушиваются

Дыхателбно-пульсовой коэффициент:

ЧД=18, ЧСС=83 1/5

Система пищеварения.

Осмотр области рта. Язык - физиологической окраски, влажный, сосочковый слой не изменен. Имеется не большой налет белого цвета (несколько мм) у корня языка.

Десны: десны физиологической окраски, не рыхлые. Гнойных выделений, язв, кровоточивости, некроза нет.

Слизистая мягкого и твердого неба нормальной окраски, без налета, изъязвлений, трещин, афт, уродств.

Зев физиологической окраски, без отека. Миндалины не гипертрофированны, без налета, гнойных включений и некрозов нет.

Исследование живота.

Осмотр. Живот нормальной конфигурации, симметричный, без выпячиваний, втяжений. Пульсации и перистальтики живота - не видно. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. При осмотре живота расширенных подкожных венозных анастомозов, грыж (паховых, пупочных, белой линии живота, послеоперационных) не обнаружено.

Перкуссия живота. При перкуссии живота наличие свободной жидкости в брюшной полости (асцита), симптом флюктуации не определяется.

Пальпация живота:

Поверхностная (ориентировочная). Пальпация болезненная в околопупочной области справа. Брюшная стенка не напряжена, резистентность нормальная. Симптом раздражения брюшины (Блюмберга) отрицательный. Зон кожной гипералгезии нет.

Глубокая пальпация.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной впадине на границе средней и наружной трети пуповично-подвздошной линии. Пальпируется на протяжении 10 см, в виде гладкого плотного цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, не урчащая, смещается в лево и вправо на 2-3 см.

Слепая кишка пальпируется по правой пупочно-подвздошной линии на расстоянии 7 см от ости подвздошной кости, в виде умеренно напряженного, несколько расширяющегося книзу цилиндра с закругленным дном, диаметр 2 см, безболезненная, урчит при надавливании. Подвижна на 2 см в обе стороны.

Восходящая и нисходящая части ободочной кишки не пальпируются.

Большая кривизна желудка пальпируется по обе стороны от средней линии тела, на 2 см выше пупка, в виде валика.

Поперечная часть ободочной кишки пальпируется на 3 см ниже нижнего края желудка в виде дугообразного цилиндра, умеренной плотности, толщиной 2 см, безболезненная, не урчит, смещается вверх и вниз на 2 см.

Аускультация живота:

Нижняя граница желудка аускультативно определяется на уровне 2 см выше пупка. Перистальтика выслушивается над всей поверхностью живота. Шума трения брюшины нет.

Пальпация печени. Нижний край острый, безболезненный, ровный, мягкий. Поверхность печени гладкая. Пульсации печени нет.

Границы печени (Перкуссия):

|  |  |
| --- | --- |
| Нижняя граница печени | |
| По правой среднеключичной линии | на 1 см от нижнего края реберной дуги |
| По срединной линии | На 5 см вниз от мечевидного отростка. |
| По левой реберной дуге | На 0,5 см кнутри от Linea parasternalis sinitra. (по краю реберной дуги) |

Ординаты Курлова.9х8х7

Желчный пузырь не пальпируется.

Исследование селезенки. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия селезенки. Селезеночная тупость определяется между IX и XI ребрами. Её поперечник равен 5 см. Её длинник составляет 6 см (по X ребру).

Система мочеотделения.

Осмотр поясничной области.

Поясничная область симметрична, припухлости и гиперемии - нет. Гематомы не определяются.

Отрицательный синдром сотрясения поясничной области (ССПО)

Почки не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточника не определяется. Мочевой пузырь не пальпируется.

Нервная система. Больной ориентируется во времени, пространстве и в конкретной ситуации. Последовательность и логичность речи и мышления, память на текущие и прошлые события - сохранена. Настроение ровное.

Походка ровная, координация движений не нарушена. Сухожильные рефлексы сохранены.

Речь - нормальная. Очаговых неврологических симптомов нет. Парезов и параличей конечностей нет.

VI. Эндокринная система.

Осмотр и пальпация щитовидной железы.

Окружность шеи на уровне щитовидной железы, спереди остистого отростка VII шейного позвонка 36 см. Величина щитовидной железы нормальная. По консистенции мягко-эластическая. Безболезненная.

Не наблюдается экзофтальма, глазных симптомов (Мебиуса, Грефе, Штельвага, Дальримпля), мелкого тремора пальцев вытянутых рук, повышенного блеска или тусклости глазных яблок.

Нарушений со стороны роста, телосложения, пропорциональности отдельных частей тела нет.

# ***Результаты лабораторных, инструментальных и других исследований в динамике***

Общий анализ крови.

Эритроциты: 3,9 \*1012/л

Гемоглобин: 144 ммоль/л

ЦП 30 пг

Ретикулоциты:

СОЭ= 4мм час

Тромбоциты:

Лейкоциты: 5,7 \* 109/л

Эозинофилы: 3%

Базофилы: 0 %

Палочкоядерные: 4 %

Сегментоядерные: 47 %

Лимфоциты: 46%

Моноциты: 1%

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Время | Антральный отдел | Тело |
| 1 2 3 4 5 6 | 5,9 6,1 6,3 6,2 6,3 6,2 | 1,4 1,5 1,5 1,4 1,5 1,5 |

Интрагастральная Ph-метрия (31.08.04)

Заключение: В целом нейтрализующая способность желудка в пределах нормы.

Биохимия крови (02.09.04)

Холестерин - 4,1 ммоль/л

АЛТ - 5 Ед/л

Общий билирубин - 9,9 ммоль/л

Прямой билирубин - 3,0 ммоль / л

Белок - 66 г/л

АСТ - 14 Ед/л

ГЛК - 5,2 ммоль/л

Тимоловая проба - 0,13 ЕД

Анализ мочи (02.0904)

Количество - 200,0 мл

Цвет - соломенно-желтый.

Реакция - кислая

Удельный вес - 1021

Запах

Прозрачность: прозрачная

Белок - 0

Лейкоциты - 0-1

Эпителий: почечный -

Плоский - 2-4

Бактерии - отриц.

Слизь - отриц.

Исследование дуоденального содержимого. (3.09.04)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Время | Кол-во | Цвет, прозрачн. | Микроскопия |
| Холедохус Раздражит Фаза закр сфин оди Фаза А Фаза В Фаза С | Ч/з15 ин (N) MgSO4 1мин (3-6) 3-5 мин 27мин (15-20) 5 мин (3-5) | 12 мл 6,0мл 10,0мл 80 мл 12мл | Желт. прозрач Желтая, прозрачная Черная прозрачная Желтая мутная | Лейкоц. ед поле зрения Лейкоц ед поле Лямблии |

Заключение:

Дискинезия желчевыводных путей. Лямблиоз кишечника.

ФГС

# *В желудке желчь. Слизистая желудка умерено гиперемирована. Слизистая луковицы ДПК рыхлая, отечная, гиперемирована.*

УЗИ брюшной полости.

Грубых структутных изменений нет.

# ***Обоснование основного диагноза***

Основной диагноз: Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения.

Осложнения: дискинезия желчевыводных путей.

Диагноз сопутствующих заболеваний: Дуодено - гастральный рефлюкс, лямблиоз. Энтеробиоз. Синдром вегетативной дистонии, синдром внутричерепного давления.

Диагноз выставляется на основании: Жалоб больной на боли средней интенсивности в эпигастральной области, тупого характера, несвязанные с физическим и эмоциональным напряжением. Боли возникают за 1час и после приема пищи. Боли не иррадиируют. Больная купирует боли с помощью приема препаратов - Но-шпа, альмагель. Больная также жалуется на отрыжку, изжогу, тошноту. Из анамнеза известно, что больная заболела 6 месяцев назад впервые начали возникать тупые, ноющие боли в эпигастральной области, продолжительностью 30-40 мин, не связанные с физическим напряжением, изжога, тошнота, отрыжка. Боли носили умеренный характер, боли медикаментозно не купировали. К врачам не обращалась, боли купировала альмагелем, мотилиумом, НО-ШПОЙ. Впервые обратилась, после ухудшения состояния.

Из объективных исследований известно, что при пальпации живота: живот мягкий, без защитного напряжения, выявлена локальная болезненность в околопупочнойобласти. При интрагастральной Ph - метрии обнаружена повышенная кислотность. По заключению исследования дуоденального содержимого: Дискинезия желчевыводных путей,. Лямблиоз кишечника.

# ***На ФГС*** *В желудке желчь. Слизистая желудка умерено гиперемирована. Слизистая луковицы ДПК рыхлая, отечная, гиперемирована.*

ДНЕВНИК

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата 2.09.04 |  | Объективные данные | Назначения |
| Температура утром вечером Пульс Дыхание Д/П АД | 36.5 36.8 83 18 1: 4 120/70 | Состояние ребенка удовлетворительное, беспокоит периодические боли, распирающего характера в околопупочнойобласти, возникающие через 20 мин после еды. Жалуется на отрыжку, изжогу Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца сохранено. Шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Хрипы не выслушиваются. Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в эпигастрии. Стул и диурез в норме. | Стол №7а, Глицин 1 т х 3 р Пирацетам 1т х 2 Белалгин 1т х2р Альмагель1тх3р Макмирор 1тх3р Винкомицин 1/2тх3р |
| Дата 5.09.04 |  | Объективные данные | Назначения |
| Температура утром вечером Пульс Дыхание Д/П АД | 36.5 36.8 83 18 1: 4 120/70 | Состояние ребенка удовлетворительное, беспокоит периодические боли, распирающего характера в околопупочнойобласти, возникающие через 20 мин после еды. Жалуется на отрыжку, изжогу Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца сохранено. Шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Хрипы не выслушиваются. Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в эпигастрии. Стул и диурез в норме. | Стол №7а, Глицин 1 т х 3 р Пирацетам 1т х 2 Белалгин 1т х2р Альмагель1тх3р Макмирор 1тх3р Винкомицин 1/2тх3р |
| Дата 7.09.04 |  | Объективные данные | Назначения |
| Температура утром вечером Пульс Дыхание Д/П АД | 36.5 36.8 83 18 1: 4 120/70 | Состояние ребенка удовлетворительное, беспокоит периодические боли, распирающего характера в околопупочнойобласти, возникающие через 20 мин после еды. Жалуется на отрыжку, изжогу Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца сохранено. Шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Хрипы не выслушиваются. Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в эпигастрии. Стул и диурез в норме. | Стол №7а, Глицин 1 т х 3 р Пирацетам 1т х 2 Белалгин 1т х2р Альмагель1тх3р Макмирор 1тх3р Винкомицин 1/2тх3р |

# ***Этиология основного заболевания***

Среди причин, приводящих к росту гастроэнтерологической патологии, выделяют нарушение режима и нерациональное (в качественном и количественном отношении) питание, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), увеличение психоэмоциональных нагрузок и стрессов, существенно возросших за последние 10 лет, учащение аллергических и инфекционных заболеваний. Следует отметить отрицательное влияние неблагоприятных санитарно-гигиенических и экологических условий проживания. В районах экологического неблагополучия частота выявления гастродуоденальной патологии у детей в 2,5 раза выше, чем в условно "чистых", а течение ее более тяжелое, с выраженными функциональными нарушениями.

В последнее время ведущая роль в развитии и прогрессировании хронического гастрита придается инфекционному агенту Helicobacter pylori (HP), спиралевидной бактерии с наличием четырех-шести жгутиков, обнаруженной австралийскими исследователями Warren и Marshall в 1983 г.

Установлено, что колонизация HP происходит на эпителиальных клетках слизистой оболочки желудка. Адгезия возбудителя, являющаяся пусковым моментом развития инфекционного процесса, осуществляется на определенных участках эпителия, имеющих малое количество микроворсинок и не покрытых слоем слизи. Бактерии группами располагаются в области межклеточных контактов и в пристеночной слизи. Клетками-мишенями для колонизации служат эпителиоциты, несущие специфичные для возбудителя рецепторы белковой и глицеролипидной природы, благодаря чему обеспечивается тесный контакт HP с их оболочкой. Выработка бактериями ферментов муциназы, липазы, фосфолипазы А; позволяет разрушать слизь, что в свою очередь может привести к повреждению эпителия вырабатываемой в желудке кислотой.

Выделение аммиака при расщеплении мочевины в процессе жизнедеятельности бактерий приводит к ингибированию АТФазы эпителиальных клеток и нарушению их энергетического баланса. Выработка каталазы, супероксиддисмутазы препятствует эффективной функции фагоцитоза, а синтез гемолизина, цитотоксина способствует язвообразованию. Отмечено, что рецидивирующее течение и хронизация процесса при НР-инфицировании определяются многообразием факторов патогенности, часть из которых обладает иммунодепрессивным воздействием. Перекрестный иммунный ответ, направленный против клеток желудка и двенадцатиперстной кишки, определенным образом "хронизирует" хеликобактериозный процесс [6].

Установлено, что инфицирование происходит в основном в детском возрасте, у взрослых - значительно реже. На степень инфицированности населения влияют уровень материального положения семьи, соблюдение санитарно-гигиенических норм [9]. В развивающихся странах свыше 60% детей заражены HP уже к 10 годам, тогда как в развитых странах степень инфицированности нарастает с возрастом [9]. Распространенность HP-инфекции в России составляет 60-70% [10], что значительно превышает таковую в странах с высоким уровнем жизни (США, Бельгии, Италии) [9].

Резервуаром HP являются люди. Наиболее достоверные пути передачи возбудителя - орально-оральный и фекально-оральный. Факторами передачи могут служить различные предметы, на которых находятся слюна или рвотные массы больных. В Перу и Колумбии описаны случаи передачи инфекции водным путем [11]. Большое значение имеет внутрисемейный фактор распространения инфекции в связи с наличием постоянного тесного контакта с больным. Проведенные обследования близких родственников детей от года до 14 лет, находящихся на лечении по поводу заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, выявили HP у всех родителей и у 70% братьев и сестер, хотя 46% из них не предъявляли никаких жалоб

# ***Прогноз***

Прогноз для жизни благоприятный, выздоровление неполное, утраты трудоспособности не будет.

# ***Профилактика***

Хронический гастродуоденит довольно часто является осложнением острого катара желудка. Следовательно, весь перечень профилактических мер, предупреждающих развитие острых гастритов, не теряет своей актуальности и в отношении хронических воспалений желудка. Кроме того, соблюдение этих превентивных мероприятий играет важную роль в профилактике обострений хронических гастритов.

Своевременное и правильное лечение острых гастритов имеет решающее значение в предупреждении их перехода в хронический процесс.

Важно соблюдать режим, ритм и гигиену питания, следить за состоянием ротовой полости, избегать курения и приема алкогольных напитков. Следует отказаться от пищевых продуктов, вызывающих механическое, термическое или химическое раздражение слизистой оболочки желудка.

Необходимо устранять профессиональные вредности, оказывающие раздражающее или токсическое воздействие на желудок (пары щелочей, жирных кислот, отравление свинцом, металлическая, силикатная, угольная пыль, работа в горячих цехах и т.д.)

Важное профилактическое значение имеет своевременная санация очагов хронической инфекции (кариес, хронические воспалительные процессы в придаточных пазухах носа, хронический тонзиллит, хронические холецистит, колит, панкреатит, гепатит и т.д.)

Нельзя забывать о необходимом своевременном лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы и кроветворного аппарата, болезней эндокринной системы и обмена веществ, при которых нарушается трофика желудка, наблюдается кислородное голодание тканей и подавляется активность желудочной секреции.

Следует избегать длительного приема медикаментов, особенно тех лекарственных препаратов, которые оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и отрицательно влияют на желудочную секрецию (салицилаты, диуретин, слабительные средства, сульфаниламиды и др.)

Необходимо помнить о значении правильного лечения неврозов желудка (функциональная ахилия и ахлоргидрия), которые могут вызвать структурную перестройку слизистой оболочки желудка, следствием чего может стать развитие хронического гастрита.

Большое значение имеет устранение глистных инвазий и адекватная терапия острых инфекционных заболеваний.

Все больные с хроническими гастритами подлежат обязательному диспансерному учету и должны регулярно осматриваться гастроэнтерологом. Особую важность диспансерное наблюдение приобретает у больных с полипозным гастритом, так как у 1/3 больных этой формой хронического гастрита наблюдается переход в раковую опухоль желудка. Следует 2 раза в год проводить тщательное клиническое и рентгенологическое обследование больных с ахилической формой хронического гастрита в связи с тем, что у них часто наблюдается малигнизация процесса

# ***Лечение хронических гастритов***

Диетический режим больных хроническими гастритами с сохраненной и повышенной секрецией во многом совпадает с тем, который назначают при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Диетотерапия при этой форме хронического гастрита должна быть направлена на уменьшение раздражения гастродуоденальной зоны, при одновременном сохранении физиологической полноценности пищевого рациона.

Основная цель назначения диеты - максимальное уменьшение отрицательного воздействия на слизистую оболочку желудка кислотно-пептического фактора (устранение сильной стимуляции секреции желудочного сока, назначение механически щадящей диеты; увеличение кратности приема пищи, в результате чего обеспечивается более длительное ее антацидное действие).

В период обострения назначается диета №1а, которую далее заменяют диетой №1б, позже диетой №1 и диетой №5. Сроки применения той или иной диеты подбираются индивидуально и зависят от течения заболевания.

Даже после стихания процесса обострения и наступления стойкой ремиссии из пищевого рациона больного на длительный срок следует исключить химические возбудители желудочной секреции: эфирные масла, органические кислоты, экстрактивные вещества мяса и рыбы.

Следует избегать приема алкогольных напитков, потребления жирной пищи, окрошки, жирных супов, рассольника, солянки, свинины, жирной баранины, гуся, жирных и копченых колбасных и рыбных изделий, консервов, маринадов, грибов, тушёнки, изделий из слоеного и песочного теста, ледяных и газированных напитков, заварного крема.

В рацион больного целесообразно включать свежеприготовленный картофельный и капустный соки.

Медикаментозная терапия хронических гастритов, так же как лечебное питание, зависит от функционального состояния желудочных желез (субацидный, ахилический гастрит или гастрит с сохраненной и повышенной секреторной активностью), фазы заболевания (обострение, ремиссия) и его формы, а также от степени выраженности патологических изменений в желудке и сопутствующего поражения органов и систем.

Лечение хронических гастритов с сохраненной и повышенной секрецией

Лечение больных хроническими гастритами с сохраненной и повышенной секрецией во многом сходно с лечением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В период обострения больному назначаются постельный режим и лечебное питание. Виды диет, их характеристика, сроки назначения и перечень входящих в них блюд подробно описаны в разделе <Особенности диетотерапии при хронических гастритах с сохраненной и повышенной секрецией>.

Больному следует обеспечить физический и психический покой.

С целью нейтрализации повышенной кислотности желудочного сока назначают антацидные препараты:

жженую магнезию (по 1-2 г за 30 минут до еды 3-4 раза в день),

углекислый магний (по 1-2 г за 30 минут до еды 3-4 раза в день),

альмагель и альмагель А (по 1-2 чайные ложки за 30 минут до еды 4 раза в день - утром, днем, вечером и перед сном);

викалин (по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды, предварительно измельчив и запивая половиной стакана теплой воды);

викаир (по 1 таблетке через 1-1,5 часа после еды 3 раза в день, запивая четвертью стакана воды);

гелюсил (по 12 мл несколько раз в день);

гелюсил-лак (по 1-2 таблетки несколько раз в день);

маалокс (по 1-2 таблетки через 1-1,5 часа после еды);

маалокс-70 (по 10 мл внутрь через 1-2 часа после еды и непосредственно перед сном);

квамател (по 20 мг 2 раза в день);

актал (по 1-2 таблетки держать во рту до полного рассасывания; применять не более 16 таблеток в сутки);

алюгастрин (по 1-2 таблетки между приемами пищи или по 1-2 чайные ложки или 1-2 пакетика смешать с одной четвертью стакана воды - принимать внутрь между приемами пищи и перед сном);

Препараты белладонны:

экстракт белладонны густой - по 0,01-0,015 г 3 раза в день;

настойка красавки - по 5-10 капель 3 раза в день;

бекарбон - по 1 таблетке 2-3 раза в день;

бепасал - по 1 таблетке по 2-3 раза в день;

беллалгин - по 1 таблетке 2-3 раза в день после еды;

белластезин - по 1 таблетке 2-3 раза в день;

павестезин - по 1 таблетке 2-3 раза в день;

таблетки желудочные с экстрактом красавки - по 1 таблетке 2-3 раза в день и др.

Препараты платифиллина:

платифиллина гидротартрат - внутрь по 1 таблетке 2-3 раза в день, по 10 капель 0,5% -ного раствора 2 раза в день или подкожно по 1-2 мл 0,2% -ного раствора 2-3 раза в день;

палюфин - по 1 таблетке 2-3 раза в день и др.

Из группы препаратов, обладающих Н-холинолитическим действием, для борьбы с гиперацидностью желудочного сока можно также назначать следующие лекарственные средства:

зоран (внутрь после еды по 1 таблетке 2 раза в день);

квамалел (внутрь по 40 мг перед сном или по 20 мг 2 раза в день - утром и вечером в течение 4-8 недель; далее поддерживающая доза 20 мг принимается на ночь в течение 4 недель);

либракс (внутрь по 1 драже 3-4 раза в день за 30 минут до еды, запивая жидкостью);

В комплексную терапию включается назначение противоспаcтических средств:

папаверина гидрохлорид - по 0,05 г 2-3 раза в день внутрь или 1 мл 3% -ного раствора подкожно;

но-шпа - по 1-2 таблетки 2-3 раза в день внутрь или по 2-4 мл 2% -ного раствора внутримышечно;

ганглиоблокаторы и т.д.

Следует назначать препараты, нормализующие метаболические процессы: витамины, белковые гидролизаты, гормональные препараты, метилурацил.

Из витаминных препаратов особенно важную роль в терапии хронических гастритов играют витамины группы В, витамины А и U. Наиболее обоснованным является комплексное назначение витаминов разных групп в течение 25-30 дней с повторением курса витаминотерапии 1 раз в 3-4 месяца.

Метилурацил назначают по 1 г 3-4 раза в день. Курс лечения длится от 30 до 40 дней.

В ряде случаев показано назначение гормональных препаратов: неробол (по 10 мг в сутки в течение 2-3 недель), ретаболил (0,025-0,05 г внутримышечно 1-2 раза в неделю), метиландростендиол (0,025 г под язык 2-3 раза в день) и др.

Витамин U стимулирует процессы заживления повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, понижает секрецию желудка и обладает обезболивающим эффектом. Препарат назначают внутрь (после еды) по 0,1 г (2 таблетки) 3-5 раз в день. Курс лечения 30-40 дней. Витамин U, при необходимости, назначают вместе с холинолитиками. Витамин А (ретинол) назначают в суточной дозе 0,01 г (33 000 МЕ) в виде драже, таблеток, масляного раствора (в капсулах для приема внутрь и в ампулах для внутримышечного введения).

Хороший эффект в терапии гиперацидных гастритов оказывает лечение травами, широко применяемыми в народной медицине.

Золототысячник зонтичный или обыкновенный применяется как средство, улучшающее пищеварение, особенно при повышенной кислотности желудочного сока, изжоге, запорах, скоплении газов в кишечнике, сопутствующих поражениям печени и желчных путей. Способ употребления: 20-30 г травы заварить 1 литром кипятка, настоять и принимать по полстакана 3 раза в день за 20-30 минут до еды.

При гиперацидных гастритах рекомендуется принимать отвар из равных частей травы золототысячника и зверобоя (2-3 столовые ложки смеси трав залить 2,5 стакана кипятка, настоять, принимать в течение дня в 4-5 приемов).

Трава золототысячника вместе с прикорневыми листьями собирается в начале цветения, связывается в пучки и сушится в тени, в хорошо проветриваемом помещении.

Положительное лечебное действие при гиперацидных гастритах оказывают зрелые плоды инжира (смоковница).

Средством, понижающим кислотность желудочного сока, является сбор, составленный из следующих лекарственных растений:

листья мяты перечной - 15 г; цветы тысячелистника - 15 г; бобовник - 2 г; семена укропа - 15 г; трава зверобоя - 30 г.

столовые ложки смеси заливают двумя стаканами кипятка, настаивают 2 часа, процеживают и принимают глотками в течение дня.

Больным хроническими гастритами с повышенной секреторной функцией желудка минеральные воды назначают за 1 - 1,5 часа до приема пищи. Больным хроническими гастритами с нормальной секрецией минеральные воды следует принимать за 45 - 60 минут до еды.

Степень выраженности тормозящего или стимулирующего действия минеральных вод на секреторную способность желудочных желез зависит также от их химического состава и температуры.

Бутылочные минеральные воды перед приемом следует подогреть. При гиперацидных гастритах воду пьют быстрыми глотками по 1 стакану 3 раза в день.

Больным с сохраненной и повышенной секреторной функцией желудка рекомендуются смирновская, славяновская, московская минеральные воды, а также воды боржоми, джермук, истису, саирме и др.

Лечение минеральными водами оказывает также положительное влияние на моторную функцию желудка.

Длительность курса лечения водами составляет 3-4 недели.

Больным хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка в стадии ремиссии можно проводить санаторное лечение в условиях любого общесоматического санатория. Однако предпочтительнее лечение на курортах Березовских минеральных вод, Боржоми, Железноводска, Исти-Су, Одессы, Поляны, Саирме, Южного берега Крыма.

Больные, у которых хронический гастрит протекает с явлениями гетерохилии, характеризующейся переходами от одного состояния желудочной секреции к другому, направляются на курорты Краинка, Моршин, Пятигорск, Трускавец.

# ***Индивидуальное лечение***

ЭПИКРИЗ

Больная находится на лечении в отделении гастроэнтерологии ДГКБ № 13 с 28.08.2004 Госпитализирована в плановом порядке с целью выяснения и лечения диагноза: Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения

При поступлении основные жалобы на постоянные боли в околопупочной области. Боли тупого, ноющего характера, несвязанные с физическим и эмоциональным напряжением. Боли возникают до и после приема пищи. Боли не иррадиируют. Больная купировала боли с помощью приема препаратов - Но-шпа, альмагель. Больная также жаловалась на отрыжку, изжогу, тошноту. Также жаловалась на головную боль в височной области связанную с усталостью. Приступы боли медикаментозно не купировала. Объективно было установлено: при пальпации живота - живот мягкий, без защитного напряжения, выявлена локальная болезненность в эпигастральной области. Кожные покровы - физиологической окраски, лимфоузлы не увеличены, костно-мышечная без особенностей, дыхание через нос свободное, грудная клетка не изменена, частота дыхательных движений 18 в мин, границы легких не изменены, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - на лучевых артериях симметричный и ритмичный, частота = 83 в мин, дефицита пульса нет. Артериальное давление 120х70 мм рт. ст.

В отделении были произведены следующие исследования: ОАК, ОАМ, Интрагастральная Ph-метрия (по заключению повышенная кислотность в теле желудка), Исследования дуоденального содержимого (заключение: Дискинезия желчевыводных путей, Лямблиоз кишечника.

За время курации наблюдалось улучшение состояния больной, перестали беспокоить боли, и диспепсические расстройства (отрыжка). В отделении гастроэнтерологии проводится лечение следующими препаратами: Глицин, Пирацетам, Белалгин, Альмагель, Мотилиум, Макмирор Физиотерапевтические процедуры:

Состояние больной к концу курации удовлетворительное, отсутствуют жалобы на боль, на диспепсические расстройства.

# ***Список используемой литературы***

1. Мазурин А.В., Филин В.И., Цвекова Л.Н. Современные пердставления о патологии верхних отделов жчлудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия. 1997. N1. С.5-7

2. Баранов А.А., Климанская Е.В. Актуальные проблемы детской гастроэнтералогии // Педиатрия. 1995. №5. С.48-51.

. Самсыгина Г.А., Зайцева О.В., Намазова О.С. Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей: актуальные проблемы терапии // Рус. мед. журн. 1997. Т5. №19. С.1252-1262.

. Аруин Л.И., Григорьев П.Л., Исаков В. А, Яковенко Э.П. Хронический гастрит. Амстердам, 1493.362 с.

. Минушкин О.Н. и др. Маалокс в клинической практике. М., 1996.

. Минушкин О.Н. и др. Современные аспекты антацидной терапии. М., 1998.