**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст 11 лет, дата рождения 22.08.99г., пол женский.
3. Кем направлен ДКП.
4. Дата и час поступления 23.09.10г., 10.30.
5. Выписки 01.10.10г. койко-дней 9
6. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.
7. Адрес.
8. Родители: отец Дергачёв А.Н. 36 лет, н/р; мать Дергачёва С.С. 32 года, д/х.
9. Посещает детское учреждение среднюю школу №23, 5 класс.
10. Состоит на учете в поликлинике у гастроэнтеролога с диагнозом хронический гастродуоденит.
11. Диагноз
12. при направлении: хронический гастродуоденит, период обострения.
13. при поступлении: хронический гастродуоденит, период обострения.
14. окончательный (клинический): Основной: Хронический гастродуоденит, поверхностный тип, стадия обострения. Сопутствующий: Дискинезия желчевыводящих путей, гипотонический тип.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Отмечает жалобы на тупые, ноющие боли в эпигастральной области появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту 2 раза, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

С 7 лет стали беспокоить боли в животе (преимущественно в эпигастральной области), возникающие через 30 мин после приема пищи, изжога, отрыжка, тошнота. Был поставлен диагноз гастродуоденит. В дальнейшем несколько раз возникали обострения. Последняя госпитализация в 2008г. Периодически получает курс амбулаторного лечения. Последнее обострение отмечает в течение 4-х дней, когда стали беспокоить боли в эпигастральной области, появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи, ноющие боли в правом подреберье тошноту, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость. За день до госпитализации была 2 раза рвота. Обратилась к педиатру, госпитализирована на лечение.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

*1. Акушерский анамнез*

От II беременности, протекавшей с угрозой прерывания и внутриутробной гипоксией плода. Роды II, на 40 неделе, без осложнений. Вес 3000, рост 50 при рождении. Сразу после рождения приложен к груди, сосал активно. Из роддома выписан на 5 день с массой 3300 г.

*2. Развитие и питание ребенка*

Вскармливание естественное, регулярное, с соблюдением ночного перерыва. Прикорм введён в 5 мес. в виде фруктового пюре и каш. После 1 года питание регулярное, полноценное. После 7 лет отмечается частое сухоядение, нерегулярность питания. Держать голову начал в 1,5 мес., сидеть – 6 мес., ходить – 11 мес. После года в умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. В семье и коллективе спокоен, общителен. Сейчас развитие соответствует возрасту. Успеваемость в школе хорошая.

**АНАМНЕЗ ПЕРЕНЕСЁННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

В 3 года перенёс ветряную оспу. Травм и операций не было. Отмечает частые ОРВИ. В 8 лет острый бронхит. Состоит на учете в поликлинике у гастроэнтеролога с диагнозом хронический гастродуоденит.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Туберкулёз, гепатит в семье отрицает. Контакт с инфекционными больными за последние 3 недели отрицает. Эпидемиологическое окружение благополучное. Профилактические прививки: БЦЖ (вакцинальный рубец имеется), АКДС, против полиомиелита.

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Аллергологический анамнез не отягощен. Непереносимости к пищевым продуктам не отмечалось. Реакции на вакцинации не было. Гемотрансфузии не производились.

**СЕМЕЙНЫЙ (НАСЛЕДСТВЕННЫЙ) АНАМНЕЗ**

Обстановка в семье благоприятная. В семье двое детей. Дети доношены. Сестра 13 лет здорова.

Состояние здоровья ближайших родственников – туберкулёз, сифилис, токсоплазмоз, болезни крови, психические, нервные, эндокринные заболевания отрицают.

Родственные отношения между отцом и матерью благоприятные.

Мама болеет хроническим пиелонефритом.

Фрагмент генеалогического дерева больной Дергачёвой В.И.

**ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ СЕМЬИ**

В семье 4 человека: 2 взрослых, 2 детей. Мать домохозяйка, отец не работает. Материальное обеспечение плохое. Живут в своем доме. Режим дня дети соблюдают. Продолжительность сна – 9 часов. Нагрузка в школе, дома умеренная.

**СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

23.09.10г.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые. Эластичность, тургор кожи достаточные. Подкожно- жировая клетчатка развиты недостаточно. Косто-мышечная система без особенностей. Отеков нет. Зев спокоен, язык обложен.

Перкуторно границы cor в пределах нормы. Аускультативно тоны ясные, ритмичные. Над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, пилородуоденальной области. Пузырные симптомы отрицательны. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон.

**ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ**

Осмотр 23.09.10г.

Температура тела 36,6 С.

Общее состояние средней степени тяжести.

Положение в постели свободное, естественное.

Выражение лица спокойное, осмысленное. Глаза блестящие, широко раскрытые.

Физическое развитие: Возраст – 11лет. Рост - 135см. Вес – 35кг. Физическое развитие гармоничное, соответствует полу и возрасту, пониженного питания. Телосложение правильное. Нормостенический тип.

Кожа чистая, матового цвета, сухая. Сыпи и отеков нет.

Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Зев умеренно гиперемирован.

Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно. Тургор тканей нормальный – упругий. Уплотнений, подкожной эмфиземы, отёков нет.

Лимфатические узлы: не увеличены, безболезненные, нормальной консистенции, не спаянны с окружающими тканями и между собой.

Мышечная система

Мускулатура развита умеренно. Атрофии или гипертрофии мышц при осмотре не обнаружено. Тонус нормальный. Мышечная сила умеренная, активные и пассивные движения в суставах конечностей в пределах нормы. Болезненность при пальпации отсутствует.

Костная система

Форма черепа обычная. Деформаций, асимметричности, болезненности при пальпации лицевого и мозгового черепа нет. Размер головы соответствует возрасту ребёнка. Форма грудной клетки правильная. Гаррисонова борозда, чётки отсутствуют. Деформаций, переломов нет. Патологических искривлений позвоночника, деформации костей таза нет. Подвижность позвонковых суставов в норме, при движении безболезненные. Деформации конечностей («браслеты», «нити жемчуга», «барабанные пальцы», о – или х – образные конечности, плоскостопие) отсутствуют. Суставы обычной формы и величины. Отёчности и гиперемии нет. Болезненности, хруста при пальпации, а так же при совершении пассивных и активных движений, не обнаружено. Объём движений в норме.

Нервная система

Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности полностью. С окружающими общителен.Речь не изменена. Артикуляции и модуляции речи (дизартрия, скандирование, монотонность, афония) не выявлено. Сон нормальный, глубокий. Сноговорения и снохождения не отмечает. Интеллект сохранен. Память не снижена. Эмоционально устойчив. Чтение, письмо, счёт не страдает. Праксис и гнозис соответствуют норме. Менингиальные симптомы отсутствуют. Черепные нервы без патологических изменений. Сухожильные рефлексы не изменены, симметричные. Патологических рефлексов не обнаружено. Координация движений и чувствительность не нарушены. Дермографизм белый.

Органы дыхания

Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носа нет. При дыхании крылья носа не раздуваются. Осиплости, охриплости нет. Кашель отсутствует. Тип дыхания грудной. Дыхание глубокое, ритмичное. Одышки нет. ЧДД 20 в минуту. Отношение Д:П = 1:4. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не учавствует. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация безболезненна. Голосовое дрожание нормальное. Пастозность, сглаженность межрёберных промежутков не обнаружены.

При перкуссии ясный легочной звук.

Высота стояния верхушек:

- спереди, с обеих сторон: на 3 см выше ключицы

- сзади: на уровне VII шейного позвонка

Ширина полей Кренинга – 4 см.

Таблица Нижние границы лёгких :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | |

Экскурсия лёгочных краев по среднеподмышечной линии 3 см.

Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание; хрипов нет; шум трения плевры не определяется, симптом оральной крепитации отсутствует.

Органы кровообращения

При осмотре область сердца не изменена. Видимой пульсации сосудов и выпячиваний в области сердца нет. Сердечный горб отсутствует. Эпигастральной пульсации нет.

Пальпаторно. В V межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии определяется умеренной силы, ограниченный верхушечный толчок. «Кошачье мурлыкание» не определяется.

Таблица - Перкуторно. Границы относительной сердечной тупости соответствуют полу и возрасту.

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | Относительная сердечная тупость |
| Справая | На 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | Верхний край III ребра |
| Слевая | На 0.5 см кнутри от срединно-ключичной линии |

Конфигурация сердца не изменена.

Аускультативно. Тоны сердца громкие, ясные, чистые. Ритм сердечной деятельности нормальный. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту, патологические шумы не выслушиваются. Внесердечные шумы – шум трения перикарда, плевроперикардиальные и кардиопульмональные, шумы в области крупных сосудов, не обнаружены. Пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Частота пульса - 72 удара в минуту. АД - 105/80 мм.рт.ст.

Органы пищеварения

Язык влажный, розового цвета, 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.

87654321 12345678

87654321 12345678

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. Диаметр окружности на уровне пупка равен окружности груди и составляет 77 см. 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 болезненность, защитное напряжение мышц в эпигастральной области и правом подреберье. 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.

Мочеполовая система

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, болезненности не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Цвет мочи – желтая, прозрачность полная. Дизурических расстройств нет. Дневной диурез преобладает над ночным.

Развитие половых органов соответствует возрасту.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*На основании жалоб при поступлении:* на тупые, ноющие боли в эпигастральной области, появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту 2 раза, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

*Данных анамнеза данного заболевания:* считает себя больной с 7 лет, когда был поставлен диагноз гастродуоденит. В дальнейшем несколько раз возникали обострения, при этом проводилась госпитализация. Последнее обострение отмечает в течение 4-х дней, когда стали беспокоить боли в эпигастральной области, ноющие боли в правом подреберье тошноту, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость. За день до госпитализации была 2 раза рвота.

*Объективных данных:* Общее состояние средней степени тяжести, при поверхностной пальпации определяется умеренная болезненность, защитное напряжение мышц в эпигастральной области и правом подреберье, язык обложен белым налётом.

Можно выстовить предварительный диагноз: Хронический гастродуоденит, период обострения. Дискинезия желчевыводящих путей?

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Определение глюкозы крови.
4. Соскоб на энтеробиоз.
5. Кал на яйца глист.
6. Биохимический анализ крови.
7. УЗИ органов брюшной полости.
8. ЭКГ.
9. ЭФГДС.
10. Анализ мочи по Нечипоренко.
11. Анализ мочи по Зимницкому.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

*Общий анализ крови от 23.09.10г.:*

Эритроциты 4,7×1012/л

Гемоглобин 141 г/л

Цветной показатель 0.9

Тромбоциты 337×109/л

Лейкоциты 5,8×109/л

Эозинофилы 1%

Нейтрофилы сегментоядерные 39%

Лимфоциты 55%

Моноциты 5%

РОЭ 9мм/час.

*Общий анализ мочи от 23.09.10г.:*

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1008

прозрачность полная

белок не найден

сахар не найден

лейкоциты 2-1-2

*Определение глюкозы крови от 24.09.10г.:* 3,5 ммоль/л

*Соскоб на энтеробиоз:* отр.

*Кал на яйца глистов:* яйца глистов не обнаружены.

*Биохимический анализ крови от 24.09.10г.:*

Общ. Билирубин 14,0; непрямой непр.

Тимоловая пр. 1ед.

Общий белок 76,3 г/л.

Холестерин нет.

В-липопротеиды рва.

АСТ 0,12.

АЛТ 0,14

Амилаза 16 ед.

Кальций 2,69

Калий 4,32

Натрий 146,0

*УЗИ органов брюшной полости от 25.09.10г.:* Заключение эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

*ФГДС от 24.09.10г.:* слизистая оболочка желудка умеренно гиперемирована в теле и антральном отделе, эластична; слизистая оболочка ДПК умеренно гиперемирована, эластична Заключение поверхностный гастродуоденит.

*Анализ мочи по Нечипоренко от 26.09.10г.:* лейкоциты – 500, эритроциты - 0.

*Таблица -Анализ мочи по Зимницкому от 25.09.10г.:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № порции | Количество | Удельный вес |
| 1. | 30,0 | 1025 |
| 2. | 160,0 | 1015 |
| 3. | - | - |
| 4. | 230,0 | 1010 |
| 5. | 200,0 | 1010 |
| 6. | 50,0 | 1020 |
| 7. | - | - |
| 8. | 80,0 | 1010 |
| Суточный диурез | 750,0 | |

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хронический гастродуоденит дифференцируют с заболеваниями со сходными симптомами. Это, прежде всего, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический панкреатит.

Функциональные секреторные и двигательные расстройства деятельности желудка в отличие от хронического гастродуоденита имеют намного меньшую связь клинических симптомов с приёмом пищи; симптомы функциональных расстройств непостоянны и исчезают после назначения ребёнку питания, соответствующего его возрасту. В то время как у больной Дергачёвой В.А. имеется прямая связь между приёмом пищи и клиническими симптомами. В то же время у неё симптомы имеют постоянный характер. У девочек в пубертатном периоде часто функциональные нарушения связаны с нейроциркуляторной дистонией, при которой боли в эпигастральной области связаны со спазмом гладкой мускулатуры, усиливающиеся в начале приёма пищи. А у нашей больной, наоборот, боли значительно ослабевают или вовсе исчезают во время приёма пищи. Основным критерием в дифференциальной диагностики функциональных нарушений хронического гастродуоденита является ФГДС. При НЦД признаков поражения слизистой оболочки не обнаруживается, а у нашей больной ФГДС определило гиперемию слизистой оболочки.

Также хронический гастродуоденит необходимо дифференцировать с язвенной болезнью желудка и ДПК. Клиническая картина этих заболеваний обладает значительным сходством. При язвенной болезни желудка и ДПК также можно выделить болевой синдром, который выступает на первый план, диспепсический синдром и астеноневротический. Но в отличие от хронического гастродуоденита интенсивность этих синдромов более выражена при язвенной болезни желудка и ДПК. Болевой синдром характеризуется поздними (через 24 часа после приёма пищи) приступообразными, колющими болями в верхней части живота; боль интенсивная, упорная, продолжается несколько часов, возникает периодически, ритмично; характерны ночные боли. При приёме молока или щелочного питья боль уменьшается. У нашей больной болевой синдром менее выражен; боли носят тупой, ноющий характер и вскоре после приёма пищи исчезают. Пальпация верхней части живота выявляет у больной лишь умеренную болезненность. При язвенной болезни желудка и ДПК вследствие кожной гиперстезии поверхностная пальпация резко болезненна, а при глубокой пальпации выявляется симптом мышечной защиты в верхней половине живота и вызывается активное сопротивление ребёнка. У больной Дергачёвой В.А. симптом мышечной защиты положителен в области эпигастрия, но ребёнок спокоен, сопротивления не оказывает. Язвенная болезнь желудка и ДПК характеризуется положительным симптомом Менделя – болезненность при покалачивании пальцем в проекции луковицы ДПК.

Диспепсический синдром имеет выраженный постоянный характер при язвенной болезни желудка и ДПК. При хроническом гастродуодените также проявляются все симптомы диспепсического синдрома, но они менее выраженны – рвота у нашей больной была всего 2 раза и с приёмом пищи не была связана, запоры также бывают относительно нечасто. При язвенной болезни желудка и ДПК рвота возникает довольно часто, на высоте боли, приносит облегчение.

Наибольшее значение в дифференциальной диагностике имеют лабораторно – инструментальные исследования, ФГДС. При язвенной болезни желудка и ДПК эндоскопическая картина характеризуется яркими изменениями слизистой оболочки гастродуоденальной области: на фоне признаков гастрита и дуоденита обнаруживаются язвы с высоким гиперемированным валом и дном, покрытым фибриновыми налётом; такие изменения слизистой свойственны первой стадии язвенной болезни желудка и ДПК – стадия «свежая язва». В зависимости от стадии эндоскопическая картина меняется: может быть видно начало эпителизации, рубцы или грануляционная ткань с картиной выраженного гастродуоденита в виде пятен. В четвёртой стадии ФГДС может ничего не показать. У нашей больной ФГДС выявляет гиперемию слизистой оболочки желудка и ДПК.

Кроме того, хронический гастродуоденит необходимо дифференцировать с хроническим панкреатитом, при котором также выделяются болевой и диспепсический синдромы, несколько отличающиеся от таковых при хроническом гастродуодените. Боли также локализуются в верхней половине живота, проекция боле часто отражает локализацию патологического процесса в поджелудочной железе. Болевой синдром отличается тем, что боли появляются во второй половине дня (после обеда) и нарастают в вечерние часы. Этот синдром при хроническом панкреатите связан с обильной едой, особенно жирной и сладкой, с физической, эмоциональной перегрузкой. Продолжительность и интенсивность болей различные: могут напоминать аппендицит и др. Имеется склонность болей к иррадиации в спину, левую лопатку, плечо, иногда боли носят опоясывающий характер. В нашем случае у больной боли имеют вполне определённый характер: голодные боли, после еды, что связано с растяжение желудка; боли всегда в одном и том же месте – в эпигастрии, справа и чуть выше пупка; не склонны к иррадиации. При пальпации больных хроническим панкреатитом у них определяется болезненность в холедохопанкреатической зоне (Шоффара – Риве) и эпигастрии, реже в левом боку. У Ирины Сергеевны пальпация в эпигастрии и правом подреберье также болезненна, но у неё отрицательны специфические симптомы, характерные для панкреатита: симптом Кача – гиперстезия кожи по левой паравертебральной линии, на уровне Th7 – Th9 ; симптом Мейо – Робсона – боль в левом рёберно – позвоночном углу; симптом Гротта – атрофия ПЖК слева от пупка. Помимо этого у нашей больной не пальпируется уплотнённая или увеличенная железа.

Диспепсический синдром при хроническом панкреатите имеет своеобразные проявления: слюнотечение, самоограничение в еде, в связи со страхом перед болями, отвращение к отдельным видам пищи – чего при хроническом гастродуодените не наблюдается.

Решающее значение придаётся лабораторно – инструментальным исследованиям. При хроническом панреатите ФГДС не выявляет каких – либо изменений слизистой оболочки желудка и ДПК. УЗИ поджелудочной железы при хроническом панкреатите определяет увеличение размеров железы, увеличение плотности паренхимы pancreas, её отёк - при обострении патологического процесса. УЗИ поджелудочной железы нашей больнойвыявило среднюю эхогенность, мелкозернистую структуру, чёткие контуры и нормальные размеры; таким образом, УЗ – признаков патологии поджелудочной железы не выявлено.

Проведённая дифференциальная диагностика чётко и ясно указывает на хронический гастродуоденит.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая жалобы на тупые, ноющие боли в эпигастральной области, появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту 2 раза, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

*Данных анамнеза данного заболевания:* считает себя больной с 7 лет, когда был поставлен диагноз гастродуоденит. В дальнейшем несколько раз возникали обострения, при этом проводилась госпитализация. Последнее обострение отмечает в течение 4-х дней, когда стали беспокоить боли в эпигастральной области, ноющие боли в правом подреберье тошноту, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость. За день до госпитализации была 2 раза рвота.

*Объективных данных:* Общее состояние средней степени тяжести, при поверхностной пальпации определяется умеренная болезненность, защитное напряжение мышц в эпигастральной области и правом подреберье, язык обложен белым налётом.

*Данных дополнительных методов исследования:* ОАК: нейтрофилы сегмент. 39% (норма 63-67%), лимфоциты 55% (норма 21-30%). В ОАМ, анализе мочи по Нечипоренко и БХ анализе крови патологических изменений не обнаружено. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 750,0, удельный вес 1010-1025. УЗИ органов брюшной полости: эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу. ФГДС: поверхностный гастродуоденит.

А также, учитывая данные дифференциального диагноза, можно поставить диагноз:

Основной: Хронический гастродуоденит, поверхностный тип, период обострения. Сопутствующий: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоничекому типу.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение больных гастродуодениьтом и дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу должно быть индивидуально, комплексно и этапно.

* Больная подлежит госпитализации.
* Рекомендуется назначение постельного режима до двух - трёх недель.
* Физический покой, согревание ребёнка в постели способствует стиханию болевого синдрома и улучшению общего состояния.
* Диетическое питание: стол № 1а на 2 – 3 дня, затем стол № 1б в течение двух недель и далее стол № 1 не менее 6 месяцев, в дальнейшем в течение года стол № 5 под контролем ФГДС.
* Фармакотерапия:

1. Купирование болевого приступа с помощью холинолитиков и спазмолитиков

Rp.: Tab . Platyphyllini hydrotartratis 0.005 N 30

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза день.

Rp.: Tab . Papaverini hydrochloridi 0.04 N 20

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза день.

При сочетании болевого приступа и диспепсии, а также для улучшения моторики желудка:

Rp.: Tab . Ceruсali 0.01 N 40

D.S. Принимать внутрь по 0,5 таб 3 р/день за 1,5 часа до еды.

2. Для лечения воспалительных явлений и уселения регенерации слизистой – метилурацил, пентоксил, алоэ, сок капусты.

3. Антибактериальная терапия – фуразолидон

Rp.: Tab . Phurazolidoni 0.1 N 20

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза день после еды.

4. Заместительная ферментная терапия – мезим - форте

Rp.: Dragee “Mezym – forte” N 50

D.S. Принимать внутрь по 1 драже во время приёма пищи.

5. Поливитаминные комплексы

Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50

D.S. Принимать внутрь по 1 драже 3 раза в день после еды.

6. Антацидные препараты

Rp.: Tab . «Maalox plus» N 50

D.S. Принимать внутрь по 1- таблетке 4 раза в день

через 1 час после еды и перед сном.

7. Желчегонные средства

Rp.: Tab . «Allocholum» obductae N 50

D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза вдень после еды.

8. Физиотерапия

Электрофорез с MgSO4 на эпигастральную область и правое подреберье с папаверином и новокаином.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов. Проведение противорецидивного лечения курсами 1 – 2 месяца в осенний и весенний периоды. Диета – стол № 5. Применяют заместительную стимулирующую терапию, желчегонные препараты. Два – три раза в год курсовое применение минеральной воды в течение 30 – 40 дней. Физиотерапия, занятия лечебной физкультурой.

Диспансерное наблюдение. Проводится участковым врачом поликлиники по месту жительства. В комплекс мероприятий при диспансерном наблюдении включается контроль и рекомендации врача по диетотерапии, профилактическому лечению. Через каждые 3 – 4 месяца проводятся дуоденальное зондирование и исследование желудочной секреции.

Санаторно – курортное лечение. Проводится не менее, чем через 3 месяца после купирования обострения. Лечение мин. водами: «Ессентуки 17», «Горячий Ключ» втёплой негазированной форме 3 – 4 раза в день за 30 – 40 минут до еды. Занятие лечебной физкультурой, бальнеолечение. Санатории: Горячий Ключ, Ессентуки.

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24.09.10г.  t 36,8С  АД 115/80 мм.рт.ст.  РS 77 уд/м  ЧДД 20 в /мин | Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, тошноту, изжогу. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце- тоны ясные, ритмичные. Живот: при пальпации-умеренная мышечная защита в сочетании с болезненностью в эпигастрии. Симптомы Кера, Ортнера, щеткина-Блюмберга отрицательные. Стул и диурез в норме. | Лечение : Стол N 1а Режим палатный  Rp.: Tab. Plathyphillini hydrochloridi 0.5 N 30 D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Tab. Ceruсali 0.01 N 30  D.S. Принимать внутрь по0,5таблетки 3 раза в день за 1 час до еды.  Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50  D.S. Принимать внутрь по 1 драже 3 раза в день после еды.  Rp.: Tab . «Allocholum» obductae N 50  D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза вдень после еды. |
| 25.09.10г.  t 36,8С  АД 110/80 мм.рт.ст.  РS 70 уд/м  ЧДД 20 в /мин | Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, сон спокойный. Жалобы на снижение аппетита, слабость, задержку стула. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки чистые, язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце- тоны ясные, ритмичные. Живот: при поверхностной пальпации- мягкий, безболезненный, при глубокой пальпации- не сильная боль в эпигастрии. Диурез в норме. | Лечение :  Стол N 1б  Режим палатный  Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50  D.S. Принимать внутрь по 1драже 3раза в день после еды.  Rp.: Tab . «Maalox plus» N 50  D.S. Принимать внутрь по 1- таблетке 4 раза в день через 1 час после еды и перед сном.  Rp.: Tab . «Allocholum» obductae N 50  D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза вдень после еды.  Электрофорез |
| 28.09.10г.  t 36,8С  АД 110/80 мм.рт.ст.  РS 75 уд/м  ЧДД 18 в /мин | Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, сон спокойный. Жалобы на снижение аппетита. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце- тоны ясные, ритмичные. Живот: при пальпации- мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. | Лечение :  Стол N 1б  Режим палатный  Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50  D.S. Принимать внутрь по 1драже 3раза в день после еды.  Rp.: Tab . «Maalox plus» N 50  D.S. Принимать внутрь по 1- таблетке 4 раза в день через 1 час после еды и перед сном.  Rp.: Tab . «Allocholum» obductae N 50  D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза вдень после еды.  Электрофорез |
| 30.09.10г.  t 36,8С  АД 110/80 мм.рт.ст.  РS 76 уд/м  ЧДД 20 в /мин | Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, сон спокойный. Жалоб нет. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце- тоны ясные, ритмичные. Живот: при пальпации- мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. | Лечение :  Стол N 1б  Режим палатный  Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50  D.S. Принимать внутрь по 1драже 3раза в день после еды.  Rp.: Tab . «Maalox plus» N 50  D.S. Принимать внутрь по 1- таблетке 4 раза в день через 1 час после еды и перед сном.  Rp.: Tab . «Allocholum» obductae N 50  D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза вдень после еды.  Электрофорез |

**ЭПИКРИЗ**

Больная \_\_\_\_\_11 лет, проживающая по адресу:\_\_\_\_\_, поступила в детское отделение 23.09.10 г. в 10.30 с диагнозом: хронический гастродуоденит, период обострения. При поступлении предъявляла жалобы на тупые, ноющие боли в эпигастральной области появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту 2 раза, изжогу, отрыжку, отсутствие аппетита, слабость, вялость. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, при поверхностной пальпации определяется умеренная болезненность, защитное напряжение мышц в эпигастральной области и правом подреберье, язык обложен белым налётом.

Проведено обследование: Общий анализ крови от 23.09.10г.: эритроциты 4,7×1012/л; гемоглобин 141 г/л; цветной показатель 0.9; тромбоциты 337×109/л;лейкоциты 5,8×109/л; эозинофилы 1% ; нейтрофилы сегментоядерные 39%;лимфоциты 55%; моноциты 5% ; РОЭ 9мм/час.

Общий анализ мочи от 23.09.10г.: цвет светло жёлтый, реакция кислая, удельный вес 1008, прозрачность полная, белок не найден, сахар не найден, лейкоциты 2-1-2

Определение глюкозы крови от 24.09.10г. : 3,5 ммоль/л.

Соскоб на энтеробиоз: отр.

Кал на яйца глистов: яйца глистов не обнаружены.

Биохимический анализ крови от 24.09.10г.: общ. Билирубин 14,0; непрямой непр.; тимоловая пр. 1ед.; общий белок 76,3 г/л.; холестерин нет; В-липопротеиды рва.; АСТ 0,12.; АЛТ 0,14; Амилаза 16 ед.; кальций 2,69; калий 4,32; натрий 146,0.

УЗИ органов брюшной полости от 25.09.10г.: Заключение эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

ФГДС от 24.09.10г.: слизистая оболочка желудка умеренно гиперемирована в теле и антральном отделе, эластична; слизистая оболочка ДПК умеренно гиперемирована, эластична Заключение поверхностный гастродуоденит.

Анализ мочи по Нечипоренко от 26.09.10г.: лейкоциты – 500, эритроциты - 0.

Анализ мочи по Зимницкому от 25.09.10г.: суточный диурез 750,0, удельный вес 1010-1025.

На основании клинических и анамнестических исследований, с учётом данных лабораторных исследований, был поставлен диагноз:

ОСНОВНОЙ: Хроничекий гастродуоденит, поверхностный тип в стадии обострения

СОПУТСТВУЮЩИЙ: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоничекому типу.

Было проведено лечение:

1. Режим палатный

2. Диета – стол № 1а, 1б

3. Препараты: платифиллин, церукал, метилурацил, мезим – форте, «гексавит», маалокс плюс

4. Физиотерапия – электрофорез

В результате проведённого лечения состояние больной значительно

улучшилось: купировался болевой синдром, исчезли диспепсические

расстройства.

Наблюдение за больной прекращается в связи с окончанием курации.

Рекомендации:

> Соблюдение режима и диеты

> Продолжение соответствующего медикаментозного лечения

> Наблюдение у участкового педиатра по месту жительства

> Противорецидивная терапия

> Санаторно – курортное лечение – Горячий Ключ, Ессентуки.

**РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР**

Дуоденит — заболевание, в основе которого лежит воспалительно- дистрофический процесс в стенке или слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки. Вследствие тесной функциональной связи этой кишки с желудком дуоденит, как самостоятельное заболевание, в детском возрасте наблюдается крайне редко. У большинства детей хронический дуоденит и функциональные изменения двенадцатиперстной кишки развиваются в виде сочетанной патологии с заболеваниями других отделов пищеварительного тракта и особенно желудка. Поэтому чаще употребляют термины «гастродуоденит», «пилородуоденит». Гастродуоденит считают наиболее частой гастроэнтерологической патологией детского возраста. У 4—5 % больных наблюдается эрозивная форма этого заболевания.

Этиология. Гастродуоденит — полиэтиологическое заболевание. Среди причин его возникновения могут быть следующие:

* генетические особенности;
* наследственная предрасположенность – распространенность хронического
* дуоденита у детей, родители которых имеют заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в 7 раз большая (А. А. Баранов);
* бактериальные заболевания;
* вирусные заболевания;
* очаги хронической инфекции;
* паразитарные инвазии (лямблиоз, анкилостомидоз, гельминтоз);
* острые и хронические интоксикации различного происхождения;
* пищевая аллергия;
* патология других отделов пищеварения (холецистит, холангит, панкреатит);
* грубые нарушения питания и режима жизни;
* длительное употребление некоторых лекарственных средств (в частности,
* салицилатов),
* врожденные иммунные дефициты (особенно IgA).

Дуоденит (гастродуоденит) может быть:

1. первичным – редкое заболевание, развивается в результате длительного воздействия на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки протеолитических ферментов кислого желудочного содержимого при дисфункциях желудка и двенадцатиперстной кишки, паразитов (лямблии, анкилостомы, аскариды), при избыточном употреблении раздражающей пищи, хрон. алкоголизме и чрезмерном курении, а также при частых и длительных нервно-психических перенапряжениях и гормональных сдвигах

2. вторичным (более часто) – сопутствующий— может быть следствием целого ряда местных и общих заболеваний (гастрит, панкреатит, гепатит, уремия и т. д.).

Первичный возникает в результате длительного воздействия на слизистую оболочку кишки одного из перечисленных повреждающих факторов, вторичный сопутствует другим заболеваниям, в том числе органов пищеварения. Дуоденит (гастродуоденит) нередко считают предъязвенным состоянием.

Патогенез. B развитии дуоденита весьма существенную роль играют следующие факторы:

* непосредственное воздействие одного или нескольких раздражающих факторов на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки (например, постоянное влияние чрезмерно кислого желудочного содержимого при гиперхлоргидрии);
* элиминация токсичных веществ слизистой оболочкой кишки при острых или хронических интоксикациях;
* попадание в двенадцатиперстную кишку продуктов воспаления при заболевании желчных путей или поджелудочной железы;
* развитию хронических гастродуоденитов способствует расстройство нервной регуляции функции желудка и двенадцатиперстной кишки висцеро- кортико-висцеральным путем, в результате чего нарушаются моторная функция привратника и дуоденум. Кислое содержимое желудка постоянно забрасывается в двенадцатиперстную кишку. При этом возникает перестройка железистого аппарата, развиваются секреторно-трофические (дистрофические, деструктивные) изменения слизистой оболочки.
* в редких случаях возможно сопряженное действие нескольких патогенетических факторов (одновременное или поочередное), ведущих к гастродуодениту.

В любом случае результатом являются нарушение двигательной функции двенадцатиперстной кишки и дуоденостаз, который создает предпосылки для развития вторичной инфекции и местного усиления бродильных процессов. Нарушается полостное и мембранное пищеварение, изменяется состав микробной флоры.

Дискинезия желчных путей — расстройство движений мышечной стенки желчных протоков, проявляющееся нарушениями отведения желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье. Различают два вида этой патологии:

1. гипертоническую (гипертонически-гиперкинетическую), при которой тонус желчного пузыря и сфинктеров желчных протоков повышен

2. гипотоническую (гипотонически-гипокинетическую), при которой тонус и двигательная активность желчных путей снижены.

Этиология. Первичные дискинезии желчных путей вызывают прежде всего диетические погрешности:

* употребление недоброкачественной, избыточно жирной пищи, нерегулярные ее приемы
* малоподвижный образ жизни.

К дискинезии могут приводить:

\* интенсивные психические нагрузки

\* травмы

\* перенесенные инфекции (особенно часто эпидемический гепатит)

\* глистная инвазия

\* лямблиоз кишечника

\* интоксикации

\* мышечная слабость желчного пузыря может носить и конституциональный характер

Наиболее часто дискинезии являются проявлением:

* невроза
* солярита
* заболеваний желудочно-кишечного тракта (дуоденит, гастрит, язвенная болезнь, дисбактериоз, заболевания кишечника)
* атопического диатеза.

Расстройство моторной функции желчного пузыря закономерно возникает вторично при аномалиях развития желчных путей, холециститах, желчнокаменной болезни.

Патогенез. У различных больных патогенез заболевания вариабелен. С одной стороны, невроз с доминированием тонуса симпатического или парасимпатического отдела ЦНС приводит к стойким спазмам или гипотонии сфинктеров желчных путей, с другой — при болезнях двенадцатиперстной кишки нарушается секреция ею холецистокинина, а при заболеваниях желудка и других отделов кишечника — секреция гастрина, нейрогормонов, которые также прямо или косвенно регулируют двигательную активность желчных путей. Дискинезия может быть следствием висцеро-висцеральных рефлексов с пораженных отделов желудочно-кишечного тракта. Нарушение ритмики поступления желчи в кишечник уменьшает бактерицидные свойства верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ведет к дисбактериозам, дискинезиям кишечника. Длительно текущая дискинезия, вызывая застой и инфицирование желчи, заброс кишечного содержимого в желчный пузырь (рефлюкс), приводит к холециститу.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Комаров Ф.И. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ М. Медицина 1991 г.

2. Исаева Л.А.ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ М. Медицина 1994 г.

3. Шелагуров А.А. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ М. Медицина 1975 г.

4. Шабалов Н.П. ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ М. Медицина 1998 г.

5. Мазурин А.В. ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ М. Медицина 1991 г.