**Паспортная часть**

* Ф.И.О. больного
* Возраст 12 лет
* Дата поступления 04.10.2001 г.
* Занятия родителей: отец - генеральный директор ч.фирмы, мать – домохозяйка.
* Место учебы: школа
* Адрес и тел. –
* Клинический диагноз:

а) основной: гастродуоденит, эрозии кишечника, формируется полип кардии, дискинезия ЖВП

в) соп. заболевания ММД, хронический тонзиллит.

**Жалобы**

* Жалобы при поступлении в клинику режущие боли, в животе, головная боль, отрыжка, изжога.
* Жалобы на день курации – нет.

Анамнез жизни

Беременности матери 1

При рождении: вес – 3700 г., рост 54 см, закричала сразу, пуповина отпала на 4 день, пупочная ранка зажила на 5 день.

При рождении приложена к груди на 1 дня, взяла грудь хорошо.

В связи с отсутствием молока у матери переведена на искусственное вскармливание с 5-ти месяцев.

Переведена на общий стол в 1 год.

В развитии не отставала от сверстников.

Психическое развитие соответствует возрасту, семье, коллективе общительна.

Читать и писать научилась с 7 лет, училась удовлетворительно.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, дисбактериоз кишечника.

Профилактические прививки:

БЦЖ, АКДС, против полиемиелита по возрасту без реакций, реакция Манту отрицательная.

Аллергические реакции не пищевые продукты, лекарственные препараты и другие средства – не отмечаются.

Противодифтерийная 1999 г. – отрицательно. Давно не делали реакцию Манту.

Семейный анамнез:

Мать – 37 лет, панкреатит + бронхиальная астма.

Отец – 40 лет, здоров.

Дед со стороны матери – Гипертоническая болезни.

Бабка со стороны матери – Гипертоническая болезни.

Дед со стороны отца – сведений нет.

Бабка со стороны отца – умерла, страдала бронхиальной астмой

Бытовые условия и уход:

Материально-бытовые условия хорошие. Ребенок посещает школу. Режим дня соблюдает.

Анамнез данного заболевания:

С 9 лет отметила появление ноющих болей в эпигастральной области,

Ухудшение состояния в течение последних недель, усилились боли в эпигастрии.

Поступила в ФТК для динамического наблюдения, обследования и коррекции терапии.

Терапия была назначена: Манинил, Мезим-форте, После лечение была выписана из стационара, состояние улучшилось.

В течение жизни считал себя здоровой, не обследовалась. Беспокоили головные боли

Данные объективного исследования на день курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | День болезни 7-й | Назначения |
| 12.11.01пульс – 98 уд.\ мин.ЧД – 20. | Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны слегка приглушены, выслушивается акцент второго тона над аортой, дыхательная аритмия. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. | 1. Стол №5
2. Альмагель 15ml\* 3 раза в день.
3. Фламин по 1т\* 3 раза в день
 |

**Физическое развитие**

1. Масса тела = 43 кг.

По формуле = 10,5 + 2n = 10,5 + 2\*12 = 34,5 кг. Реальная масса тела превышает расчетную на 25%.

1. Длина тела = 148 см.

По формуле = 100 + 6 (n-4) = 100 + 6 (12–4) = 148 см. Реальная длина тела соответствует

1. Объем грудной клетки = 85 см.

По формуле = 63 см. Реальный объем грудной клетки превышает расчетный на 34%.

1. Объем головы = 54 см.

По формуле = 55 см. Реальный объем головы меньше расчетного на 1,85%

Развитие диспропорциональное: опережает и по длине, и по массе

Тургор мягких тканей упругий.

Эмоциональный статус:

Мальчик контактна, охотно отвечает на заданные вопросы, вступает в беседу. Аппетит, сон в норме.

Заключение: физическое развитие по антропометрическим данным норма.

**Кожные покровы**

Кожные покровы бледно-розовой окраски. На наружной поверхности левой голени в области голеностопного сустава и с внутренней поверхности правого голеностопного сустава определяются плотные, гладкие вытянутые, слегка уплощенные блестящие узелки красноватого цвета с оттенком синюшности. рубцов есть. Других патологических высыпаний, кровоизлияний, расчесов, сосудистых звездочек нет. Влажность кожных покровов нормальная. Эластичность кожи в пределах нормы (кожа эластичная). Температура тела (субъективно) нормальная.

**Подкожно-жировая клетчатка**

Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно (толщина кожной складки на уровне пупка – 2 см.; толщина кожной складки под углом лопатки около 1 см.); распределена равномерно. Отеков нет (на момент осмотра).

**Лимфатическая система:**

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются тонзилярные лимфатические узлы, немного увеличенные в размерах (размером с увеличенную горошину), мягкоэластичной консистенции, не спаянные друг с другом и окружающими тканями, болезненные при пальпации. Также определяются задние шейные л\у, размером с горошину, мягкоэластичной консистенции, подвижные, безболезненные, не спаяны друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к узлам кожа и подкожная клетчатка не изменены. Другие группы л\у не пальпируются.

**Мышечная система**

Общее развитие мышечной системы нормальное, соответствует возрасту. Тонус мышц нормальный, болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях отсутствует. Сила мышц достаточная. Объем активных и пассивных движений нормальный. Патологических особенностей нет.

**Костная система**

Форма головы округлая. Форма грудной клетки – цилиндрическая. При осмотре области суставов видимых деформаций нет. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, а также болезненности не отмечается. Свод стопы выражен. Статика движений в полном объеме. При исследовании позвоночника отмечается наличие физиологических изгибов. Углы лопаток находятся на одном уровне.

**Система дыхания**

На момент осмотра дыхание через нос свободное. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Тип дыхания преимущественно грудной. Частота дыхания – 20 в минуту. В акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки, отдышка отсутствует. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

При пальпации грудной клетки ее болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки – нормальная. Голосовое дрожание не усилено.

Перкуссия: сравнительная – над всей поверхностью легких выслушивается ясный легочный звук.

Топографическая:

Нижние границы легких. Справа Слева

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Среднеключичная линия | VI ребро | – |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка. |

Перкуссия по позвоночнику (с-м Кораньи) отрицательный.

Аускультация:

При аускультации над легкими определяется нормальное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония нормальная.

**Система кровообращения**

При осмотре области сердца деформации (сердечный горб, дополнительной пульсации) не обнаружено.

Верхушечный толчок видимый, высокий, резистентный. Определяется в V межреберье по среднеключичной линии (левой).

Перкуссия: границы относительной тупости.

Правая – по правому краю грудины.

Левая – по левой среднеключичной линии.

Верхняя – III ребро.

Границы сердца данного ребенка соответствуют возрастной норме.

При аускультации определяются ритмичные, слегка приглушенные тоны сердца; акцент второго тона над аортой; дыхательная аритмия. Патологические шумы, шум трения перикарда отсутствуют.

Пульс (опред. на лучевых артериях): симметричный, ритмичный, напряженный, хорошего наполнения. Частота – 98. Дыхательно-пульсовй коэффициент= 20:98= 1:4,9 т.е. коэффициент увеличен по сравнению с нормой за счет тахиаритмии. Капиллярный пульс не определяется.

**Система пищеварения и органы брюшной полости**

Губы: яркие. Высыпания, изъязвления, трещины, пузыри отсутствуют.

Язык: влажный, покрыт беловатым налетом. Слизистая оболочка внутренней поверхности щек, твердого и мягкого неба нормальная.

Десны: розового цвета.

Зубы: санированы. В данный момент у ребенка происходит смена зубов: вверху отмечается наличие 6 постоянных зубов; внизу – 7. Общее число зубов – 20. Прикус – правильный.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны. Припухлости, изменения кожи в области желез, боли при жевании, открывании рта не наблюдается.

Исследование живота:

Живот округлой формы, симметричный, нормальных размеров. Вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, рубцы есть. Пупочное кольцо нормальной конфигурации.

Перкуссия живота:

При перкуссии живота отмечается диффузный тимпанит различной степени выраженности.

Пальпация живота:

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При исследовании «слабых мест» брюшной стенки грыжевых выпячиваний не обнаружено.

При глубокой методической скользящей пальпации не удалось пропальпировать поперечную ободочную кишку, терминальный отдел подвздошной кишки; остальные отделы кишечника соответствуют норме:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 2 см плотноластичной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненная, не урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области цилиндрической формы, мягкоэластичной консистенции, диаметром 3 см, безболезненная, слегка урчащая при пальпации.

Аускультация живота:

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

Исследование печени и желчного пузыря. Определение границ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Верхняя граница | Нижняя граница |
| Среднеключичная линия | VI ребро | По краю реб. дуги |
| Передняя срединная |  | На 3 см ниже основания мечевидного отростка грудины |

Граница левой доли печени – не выступает за левую окологрудинную линию по краю реберной дуги.

Размеры печени по Курлову

|  |
| --- |
| ПО КУРЛОВУ |
|  | I размер (прямой) | II размер (прямой) | III размер (косой) |
| Размеры | 9 см. | 8 см. | 7 см. |

Пальпация печени: не пальпируется.

Край печени, ровный, плотной консистенции. Поверхность ровная, гладкая

Стул. Кратность 1/2 дня, нормальной консистенции

Желчный пузырь:

Не пальпируется.

Пальпация по точкам:

Яновера – отрицательно.

Кера – отрицательно.

Дежардена – отрицательно.

Симптомы Мерфи, Ортнера, Мюсси, Губерница – отрицательные.

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Исследование селезенки:

Селезенка не пальпируется. Верхняя граница селезеночной тупости – не уровне 9 ребра. Нижняя граница – на уровне 11 ребра. Передняя граница не выходит за левую костно-суставную линию. Длинник селезенки = 6 см.

**Система мочеотделения**

При осмотре области почек патологических изменений нет. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лобком. Пальпация верхних и нижних точек мочеточников безболезненна. Диурез в норме.

**План обследований**

* общий анализ крови, мочи.
* Биохимический анализ крови.
* RW, ВИЧ, HbsAg.
* Капрограмма
* ЭКГ
* УЗИ
* ЭГДС
* Консультация эндокринолога
* Консультация невропатолога
* Консультация дерматолога.

Общий анализ крови

WBC 6,5 \*10\ mm

RBC 4,11\*10\mm

HGB 12,5 g\dl

HCT 32,9%

PLT 275\*10\mm

П\я 1

С\я 39

Эозинофилы 5

Лимфоциты 36

Моноциты 6

СОЭ 14 мм\ч

Заключение: наблюдается эозинофилия. В остальном показатели крови в пределах нормы.

Биохимия крови

Общий белок 72,9 г\л

Биллирубин общий: 11,5 мкмоль\л

Прямой 0 мкмоль\л

Непрямой 11.5 мкмоль\л

Холестерин 5.1 ммоль\л

Сахар 5,2 ммоль\л

Тимоловая проба 3,0 ед.

ГШТ 26

ППТ 21

ЩФ –

Заключение: показатели биохимии крови в пределах нормы.

Анализ мочи

Цвет желтый

Реакция сл. кислая

Уд. вес 1024

Прозрачность неполная

Белок отс.

Сахар отс.

Эпителий плоский небольшое кол-во

Эпителий полиморфный небольшое кол-во

Лейкоциты 15–30 в п\з

Эритроциты 2–5–10 в п\з

Соли оксалаты (много)

Слизь много

Заключение: в анализе мочи отмечается лейкоцитурия, эритроцитурия; большое кол-во оксалатов и слизи.

ЭГДС. 12.05.11

Заключение: Терминальный эзофагит.

Распространенный гастрит. Дуоденит.

Исследования кала

|  |
| --- |
|  |
| Консистенция | Мягкая | Форма | Оформленная |
| Цвет | Коричневый | Р-я на стеркобилин | + |
| Мышечные волокна не исчерченные | + | Жир нейтральн. | + |
| Ж. К-ты | - | Мыла | ++ |
| Растительная клетчатка не переваренная | + | Крахмал | - |
| Йодофильная флора | - | Слизь | + |
| Простейшие | Не обнаружены | Яйца глист | Не обнаружены |

Заключение: анализ кала в пределах нормы.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Хронический гастродуоденит в стадии неполной ремиссии.

Данный диагноз можно поставить, основываясь на наличии следующих диагностических признаков:

* Наличие язвенного симптомокомплекса, который проявляется наличием болевого и диспепсического симптомов. Для болевого симптома характерна боль в эпигастральной области, усиливающаяся через 1,5–2 часа после еды. К симптомам желудочной диспепсии относятся отрыжка, изжога.
* Еще одним диагностическим признаком (одним из главных) являются данные ЭГДС (Терминальный эзофагит. Распространенный гастрит. Дуоденит.)

Таким образом. Исходя из вышеперечисленного можно утверждать, что у больной хронический гастродуоденит в стадии неполной ремиссии.

Однако для подтверждения диагноза можно провести еще исследование дуоденального содержимого (слизь, слущенный эпителий, лейкоциты в первой порции).

хронический гастродуоденит диагноз лечение

**Лечение и его обоснование**

1. В данном случае – стол №1 Диетотерапия хронических гастритов, протекающих с пониженной секреторной функцией желудочных желез, наряду с принципом механического, химического и термического щажения слизистой оболочки желудка, учитывает необходимость стимулирующего действия на секреторный аппарат желудка. Прием пищи дробный, частый, малыми порциями. В суточный рацион включают мясные, рыбные, овощные супы; нежирные сорта мяса и рыбы, овощные и фруктовые пюре и соки, яйца, молочные продукты, селедку, икру, чай, кофе. Хорошими стимуляторами секреторной функции желудочных желез являются свежие фрукты и овощи в виде пюре. Очень полезны фруктовые и овощные соки. Из пищевого рациона следует исключить блюда, богатые грубой растительной клетчаткой, жирные сорта мяса и рыбы, копчености, пряные, жареные продукты
2. Альмагель по 15 мл \*3 раза в день антацидный препарат его действе основано на локальной длительной нейтрализации постоянно выделяющегося желудочного сока. Обладает местно анестезирующим действием.
3. Креон 300 мг во время каждой основного приема пищи – ферментный препарат улучшающий процессы пищеварение
4. Манинил, 3,5 мг 2 таблетки 2 раза в день – является стимулятором b – клеток поджелудочной железы.
5. Ингибитор Н+, К+-АТФ-азы омепразол назначают по 20 мг/сут внутрь в течение 4–5 нед. блокировать активность «протонной помпы», прекращая доступ водородных ионов в полость желудка, что сопровождается глубоким угнетением кислотообразования в желудке. Кроме того, обладая значительной липофильностью, препарат проникает в париетальные клетки, концентрируется в них и оказывает цитопротекторное действие.
6. Витаминотерапия: при лечении гастритов целесообразно назначение витаминов РР, С и В6