**І. АНАМНЕЗ (Interrogatio)**

**2. СКАРГИ**

**(Molestiae)**

Біль ниючого характеру в правому підребер’ї одразу після їди, що інколи супроводжується колючим головним болем і легкою нудотою. Носова кровотеча під час останнього нападу.

**3. АНАМНЕЗ ХВОРОБИ**

**(Anamnesis morbi)**

Розвиток захворювання ні з чим не пов’язує. Вперше напади почалися на початку 2006 року. Періодично вони загострюються (приблизно кожні 3 місяці на 2 – 3 тижні). На початку захворювання пройшла курс лікування в цій же лікарні. Після лікування симптоми зникли на півроку. До стаціонару поступила за направленням з міської районної поліклініки у зв’язку з черговим загостренням симптомів 2 тижні тому.

**4. АНАМНЕЗ ЖИТТЯ**

**(Anamnesis vitae)**

Народилась від другої вагітності з масою 3750 г, довжиною тіла 52 см, було обвиття пуповини. Проживає в Києві з батьками і сестрою (15 років). Навчається в загальноосвітній школі. Гуртки і секції не відвідує. Умовами побуту і навчання в школі задоволена.

У 2004 р. хворіла на вітряну віспу. На ангіну хворіє приблизно раз на рік.

Алергологічний анамнез не обтяжений. Непереносимості до ліків не має.

Стан здоров`я батьків задовільний. У батька - хронічний гастрит. У матері – гіпертонічна хвороба з легким перебігом.

*Система травлення.* Біль ниючого характеру в правому підребер’ї одразу після їди, що інколи супроводжується головним болем колючого характеру, легкою нудотою. Напади сильніші після вживання гострого чи смаженого, тому такої їжі не вживає. Апетит нормальний. Печії не відчуває. Випорожнення нормальної консистенції, через день. Схильність до закрепів. Колір калу – коричневий, домішок слизу, крові не відмічає.

*Система кровообігу.* Зрідка (двічі на місяць) відчуває серцебиття без видимої причини, яке минає через кілька секунд. Дискомфорту не приносить. Набряків на тілі не відмічає. Задишка відсутня.

*Дихальна система.* Скарг не пред`являє. Дихання через ніс вільне. Голос звичайний.

*Сечовидільна система.* Скарг не пред`являє. Кількість сечовипускань: 3-4 вдень, 1 вночі. Сеча солом`яно-жовтого кольору, прозора.

*Нервова система.* Скарг не пред`являє. Запаморочення не буває. Сон, пам`ять нормальні. Бувають здригування під час засинання.

*Опорно-руховий апарат.* Зрідка бувають судоми литкових м`язів вночі.

**II. ОБ`ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО**

**(Status praesens objectivus)**

Загальний стан задовільний. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Вираз обличчя звичайний. Постава пряма. Конституція нормостенічна.

*Шкірні покриви* блідо-рожевого кольору, нормальної вологості. Тургор шкіри нормальний. Видимі слизові блідо-рожевого кольору. Склери білі.

Волосся і нігті на вигляд здорові.

*Підшкірна клітковина* розвинена помірно, рівномірно розподілена. Товщина шкірної складки на передній черевній стінці – 2 см.

Набряки не виявляються.

Пальпуються лише підщелепні *лімфатичні вузли*: поодинокі, округлої форми, 0,5 см в діаметрі, рухомі, не болючі.

*М`язова система* достатньо розвинена. Тонус нормальний.

*Кісткова система* голови і тіла складена пропорційно. Лопатки щільно прилягають до ребер. Хребет без патологічних вигинів. Стан суглобів, шкіри над ними, об’єм активних і пасивних рухів повний. Рахітичні чотки і браслетки не виявляються.

Маса тіла 47 кг, зріст 162 см, окружність голови 54 см, окружність грудей 82 см.

*Оцінка фізичного розвитку за центильними таблицями*: маса тіла – в межах 3 коридору (25 центилів); довжина тіла – в межах 4 коридору (75 центилів); окружність голови – в межах 4 коридору; окружність грудної грудей – в межах 4 коридору. Отже, фізичний розвиток середній, гармонійний.

**Система органів дихання**

*Оглад грудної клітки*. *Статичний огляд*: грудна клітка нормостенічна, симетрична, без деформацій. Над- і підключичні простори запалі. Лопатки прилягають щільно до грудної клітки.

*Динамічний огляд*: обидві половини грудної клітки синхронно беруть участь в акті дихання, додаткова мускулатура не задіяна. ЧДР – 16/хв. Дихання грудного типу, ритмічне, звичайної глибини.

*Пальпація грудної клітки*: нормальної резистентності, неболюча. Голосове тремтіння на симетричних ділянках однакове.

*Перкусія грудної клітки*. Звук ясний легеневий, однаковий на симетричних ділянках. Висота стояння верхівок легень спереду – 3 см, ззаду – на рівні остистого відростка ThVII. Ширина полів Креніга з обох боків – 4 см.

**Нижні межі легень**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Топографічні лінії* | *Справа* | *Зліва* |
| Пригрудинна  | Нижній край V ребра | Нижній край V ребра |
| Серединно-ключична | Нижній край VI ребра | Не визначається |
| Передня пахвова | Нижній край VII ребра | Не визначається |
| Середня пахвова | Нижній край VIII ребра | Нижній край VIII ребра |
| Задня пахвова | Нижній край IX ребра | Нижній край IX ребра |
| Лопаткова | Верхній край X ребра | Верхній край X ребра |
| Прихребетна | На рівні ThXI | На рівні ThXI |
| Екскурсія по лопатковій лінії | 7 см | 7 см |

*Аускультація легень*: дихання нормальне везикулярне. Додаткові дихальні шуми не вислуховуються. Бронхофонія на симетричних ділянках грудної клітки однакова.

**Система органів кровообігу**

*Огляд*: серцевий горб не визначається. Видима пульсація в 2-му міжребер`ї ліворуч та праворуч грудини, в ділянці великих судин шиї, під ключицями, під мечоподібним відростком відсутня.

*Пальпація*: верхівковий поштовх локалізується в V міжребер`ї, на 1 см до середини відносно лівої седньоключичної лінії, площа – 1,5 х 1,5 см, звичайної сили і резистентності.

*Перкусія серця*:

Межі серцевої тупості

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Справа* | *Зліва* | *Згори* |
| Відносна | В V міжребер`ї, на 1 см назовні від правого краю грудини | В V міжребер`ї, по лівій середньо-ключичній лінії | Нижній край ІІІ ребра |
| Абсолютна | Збігається з правим краєм грудини | В V міжребер`ї, на 1 см до середини від лівої седньо-ключичної лінії | Нижній край ІV ребра |

Поперечник судинного пучка в 2-му міжребер`ї становить 8 см.

*Аускультація*: І і ІІ тони серця нормальні. Над верхівкою вислуховується м`який протосистолічний шум.

Пульс однаковий на обох руках, ритмічний, нормальний за напруженням і наповненням. ЧСС – 72/хв. Капілярний пульс не визначається.

АТ – 120/60 мм рт. ст.

**Система органів травлення**

*Порожнина рота*: слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик нормальних розмірів, виразний сосочковий шар, з легким білим нальотом. Піднебінні мигдалики виглядають з-за дужок.

*Огляд живота*. Живіт нормальної форми. Випинання рівномірне, симетричне. Перистальтика не помітна. Підшкірні черевні вени не виявляються.

*Перкусія*. Звук притуплений тимпанічний, вільна рідина в черевній порожнині не виявляється.

*Пальпація*. Черевна стінка податлива, незначна болючість в епігастральній ділянці. М`язи пресу у фізіологічному тонусі. Симптоми Щоткіна-Блюмберга і Менделя негативні. Пальпується сигмоподібна кишка як еластичний тяж з гладенькою поверхнею діаметром 2 см, не болюча. Печінка виступає з-за краю реберної дуги на 1 см. При пальпації не болюча. Консистенція еластична. Поверхня гладенька. Передній край гострий, рівний. Пульсація відсутня.

Болючість в точці проекції ЖМ. Симптоми Кера, Мерфі, Мюссі, Образцова помірно виражені.

Зони проекції підшлункової залози не болючі при пальпації. Симптоми Шоффара і Мейо-Робсона негативні.

Селезінка не виступає з-за краю реберної дуги. Розміри 7 х 4 см.

При аускультації живота вислуховуються перистальтичні шуми.

**Сечостатева система**

В поперековій ділянці шкіра не змінена. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. В проекції сечоводів болючих точок немає. Пальпація надлобкової ділянки не болюча.

**Нервова системи**

Орієнтується в місці і часі. Реакція на запитання адекватна. Мова виразна, правильна. Висловлюється чітко. Настрій хороший. Порушень уваги, пам`яті не відмічає. Симптоми Керніга і Брудзинського відсутні.

*Оцінка стану черепно-мозкових нервів*.

І пара. Сприйнятливість запахів зблизька та на відстані збережена з обох боків.

ІІ пара. Гострота зору і сприйняття кольорів відповідає нормі з обох сторін.

ІІІ, IV, VI пари. Зіниці округлої форми, помірно звужені. Пряма,співдружня реакція зіниць на світло, акомодація, конвергенція збережені.Рухи очних яблук у повному об`ємі. Симпnjv сонця, що сідає не спостерігається.

V пара. Чутливість на обличчі збережена. В точках виходу гілок трійчастого нерва болючість відсутня. Конюктивальний і корнеальний рефлекси збережені. Нижня щелепа рухлива, напруження жувальних м`язів добре.

VII пара. Шкірні складки чола, ширина очних щілин, носо-губні складки – симетричні. Мімічны м`язи рухливі. Сльозо-, слиновиділення не змінені.

VIII пара. Розрізняє шепітну мову з відстані 5 м. Дитина стоїть і ходить не хитаючись.

IX, X пари. Стан ковтання та фонації не порушені. М`яке піднебіння рухливе. Глотковий рефлекс не змінений. Відчуття смаку на задній третині язика збережене.

XI пара. Повороти голови в сторони, закидання її назад, підняття і відведення плечового пояса, піднімання вище горизонтальної лінії можливе.

XII пара. Атрофій та посмикувань язика не виявлено. Дизартрія відсутня. Положення язика в роті і при висуванні нормальне,відхилення в бік немає.

**Ендокринна система**

Щитовидна залоза нормальних розмірів, не болюча. Поверхня гладенька. Ознак ендокринних порушень (пігментацій, розтяжок) немає. Зріст відповідає віку.

А2, Р2, Ма2, Ме2.

**ІІІ. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ І ЙОГО ОБГРУНТУВАННЯ**

Враховуючи дані скарг (ранній біль ниючого характеру в правому підребер’ї, інколи з легкою нудотою), анамнезу хвороби (схильність до закрепів *(через день без патологічних домішок)*, дитина протягом трьох років спостерігається у гастроентеролога з приводу дисфункції біліарного тракту, симптоми посилюються від вживання гострої і смаженої їжі, останнє загострення 2 тижні тому, приймає препарати: ношпа, алохол, холензим, полегшення не було, надходить в стаціонар для подальшого обстеження і лікування), дані анамнезу життя (раннє введення прикорму – 4 міс, ранній перехід на штучне вигодовування *(з 2-х тижнів)*, високий інфекційний індекс *(часто хворіє)*), дані об’єктивного обстеження (болючість в епігастрії, позитивні міхурові симптоми, при пальпації – печінка виступає на 1 см з-за краю реберної дуги), можна поставити попередній діагноз ***дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом***, ***функціональна диспепсія, виразкоподібний тип***.

**ПЛАН ДОДАТКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ**

Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові

Загальний аналіз сечі

Біохімічний аналіз крові

Аналіз крові на цукор

Інструментальні дослідження:

ФЕГДС

УЗД з жовчогінним сніданком

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ**

**Лабораторні дослідження**

***Загальний аналіз крові***

|  |  |
| --- | --- |
| Еритроцити  | *4,0 Т/л* |
|  Hb | *156 г/л* |
| КП | *0,97* |
| Гематокрит  | *0, 41* |
| ШОЕ | *4 мм/год* |
| Ретикулоцити  | *2%* |
| Тромбоцити | *340 Г/л* |
| Лейкоцити | *6 Г/л* |
| Базофіли | *0%* |
| Еозинофіли | *3%* |
| Паличкоядерні | *9%* |
| Сегментоядерні | *45%* |
| Моноцити | *8%* |
| Лімфоцити | *34%* |

 Висновок: без патологічних змін.

 ***Загальний аналіз сечі***

|  |  |
| --- | --- |
| рН |  *6,2* |
| Відносна густина | *1015* |
| Білок | *сліди* |
| Цукор  | *-* |
| Еритроцити  | *-* |
| Лейкоцити  | *2 в п/з* |
| циліндри | *-* |

Висновок: без патологічних змін.

***Біохімічний аналіз крові***

|  |  |
| --- | --- |
| Білірубін заг. | *13,4 мкмоль/л* |
| Білок заг. | *66 г/л* |
| Холестерин заг. | *4,7 ммоль/л* |
| Сечовина | *4,8 ммоль/л* |
| Креатинін | *0,097 ммоль/л* |
| Сечова к-та | *0,283 ммоль/л* |
| Тригліцериди  | *0,82 ммоль/л* |

Висновок: без патологічних змін.

***Аналіз крові на цукор***

*Загальний цукор крові - 5,3 ммоль/л*

Висновок: без патологічних змін.

**Інструментальні дослідження**

**ФЕГДС**. Фіброскоп вільно проходить стравоходом. Кардіальний сфінктер змикається повністю. Слизова стравоходу рожева. Слизова оболонка шлунка рожева, складки еластичні, пілоричний сфінктер змикається. Слизова ДПК рожева. Постбульбарний відділ без патологічних змін.

Заключення: без патологічних змін.

**УЗД**. Печінка +1 см, паренхіма ізоехогенна, структура однорідна. Жовчний міхур: перегин в нижній третині, товщина стінки 3 мм, в порожнині велика кількість однорідного осаду. Підшлункова залоза, нирки, селезінка – без патологічних змін. Вихідні розміри ЖМ – 8х2 см; розміри ЖМ після жовчогінного сніданку – 6х1,5.

Заключення: аномалія будови жовчного міхура, УЗД ознаки холециститу, гіпокінезії ЖМ.

**ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ**

Дискінезію жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом слід диференціювати з дискінезією за гіпертонічним типом та хронічним холециститом в стадії загострення. Порівняльні дані наведено в таблиці. Наявні симптоми позначено знаком «+».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Гіпокінезія  | Гіперкінезія | Холецистит |
| Характер болю | Тривалий, ниючий + | нападами, інтенсивний | Тривалий, ниючий + |
| Причина болю | Після їди ранній + | Після фізичного навантаження | Після їди пізній |
| Пальпація живота | Міхурові симптоми помірно виражені + | Міхурові симптоми різко виражені | Міхурові симптоми помірно виражені + |
| Диспепсичний синдром | Нудота, закрепи + | Нудота, блювання, діарея | Нудота, закрепи + |
| Розміри печінки | Збільшені + | Не змінені | Не змінені |
| УЗД | Поруш. моторики, сладж + | Поруш. моторики | Потовщення стінки ЖМ + |
| Інтоксикація  | Відсутня  | Відсутня  | Наявна  |

**КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Враховуючи дані скарг (ранній біль ниючого характеру в правому підребер’ї, інколи з легкою нудотою), анамнезу хвороби (дитина протягом трьох років спостерігається у гастроентеролога з приводу дисфункції біліарного тракту, симптоми посилюються від вживання гострої і смаженої їжі, останнє загострення 2 тижні тому, приймає препарати: ношпа, алохол, холензим, полегшення не було, надходить в стаціонар для подальшого обстеження і лікування), дані анамнезу життя (раннє введення прикорму – 4 міс, ранній перехід на штучне вигодовування *(з 2-х тижнів)*, високий інфекційний індекс *(часто хворіє)*), схильність до закрепів; дані об’єктивного обстеження (болючість в епігастрії, позитивні міхурові симптоми, при пальпації – печінка виступає на 1 см з-за краю реберної дуги, схильність до закрепів *(дефекація через день без патологічних домішок)*), дані УЗД (аномалія будови жовчного міхура, УЗД ознаки гіпокінезії ЖМ) можна поставити клінічний діагноз ***гіпокінезія жовчного міхура***, ***хронічний холецистит у стадії загострення***.

Ускладнення основного захворювання не виявлені.

Супутні захворювання не виявлені.

**ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Факторами, що сприяли розвитку дискінезії могли бути порушення режиму харчування, зловживання жирною чи гострою їжею, гіподинамія, несприятливий психологічний клімат в сім`ї, школі. Підвищення тонусу симпатичної нервової системи призводить до зниження моторики жовчного міхура, спазму сфінктерів жовчовивідних шляхів і розвитку холестазу. За умов такого зниженого пасажу жовчі мікроорганізми з кишечника можуть проникати в жовчовивідні шляхи, жовчний міхур і викликати їх запалення. Застій жовчі в ЖМ призвів до утворення сладжу – накопичення і осад на дні щільних компонентів жовчі (лецитин-холестеринові структури, кристали холестерину), що є початковою (фізико-хімічною) стадією холелітіазу.

**ЛІКУВАННЯ**

Режим палатний, активний. Стіл №5 за Певзнером. Прийом їжі 4-5 разів на день. Суворо має дотримуватись режим прийому їжі, виключаються жирні, смажені, гострі страви, м`ясні і рибні бульйони, жирні сорти м`яса і риби, копченості, консерви, шоколад. Доцільне вживання продуктів з холекінетичним ефектом: олія, молоко, сметана, негострий сир, некруто зварені яйця, свіжі овочі і фрукти.

Rp.: Ampiox 0,25

 D.t.d.N. 80 in caps.

 S. Приймати по 2 капсули 4 рази на день протягом 10 днів.

20% р-н ксиліту по 1 столовій ложці тричі на день за 30 хв. до їди протягом 3 тижнів.

Тюбажи по Дем`янову з двома сирими яєчними жовтками двічі на тиждень протягом 2 тижнів.

Для проведення амбулаторного лікування:

Rp.: Flores Helichrysi ​arenarii 40,0

 Rаdices Таraxaci 40,0

 Fоlia Меnyanthidis ​trifоliata 20,0

 D.S. Дві столові ложки збору залити склянкою окропу, нагрівати на водяній бані 15 хв, охолодити при кімнатній температурі, зцідити. Приймати по ¼ склянки тричі на день за 30 хв. до їди протягом 2 тижнів.

Rp.: Tab. “Galstena” N. 180

 D.S. Приймати по 1 таблетці тричі на день за 30 хв до їди протягом 2 місяців.

**ПРОГНОЗ**

Сприятливий: швидше за все, захворювання вилікується частково, ускладнень і прогресування не буде при дотриманні курсу лікування і проходженні диспансерного огляду.

**ЩОДЕННИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Стан хворого** | **Призначення** |
| 20.11.07 | t = 36,5 °C; АТ = 110/60; ЧСС = 68 уд/хв; ЧДР = 18/хв.Загальний стан задовільний. Настрій хороший.Скаржиться на тупий біль в правому підребер’ї одразу після сніданку. Минув за півгодини.Склери білі, язик з легким білим нальотом. Шкіра блідо-рожева, нормальної вологості. Живіт при пальпації болючий лише в точці проекції ЖМ. | Стіл № 5. Ампіокс по 2 капс. 4 р/д; 20% р-н ксиліту по 1 столовій ложці тричі на день за 30 хв. до їди |
| 29.11.07 | t = 36,8 °C; АТ = 115/70; ЧСС = 64 уд/хв; ЧДР = 18/хв.Загальний стан задовільний.Біль після їди в правому підребер’ї майже зник, замість нього відчувається легкий дискомфорт у цій області.Склери білі, язик з легким білим нальотом. Шкіра блідо-рожева, нормальної вологості. Живіт при пальпації болючий лише в точці проекції ЖМ. Палькується сигмоподібна кишка. | Стіл № 5. Ампіокс по 2 капс. 4 р/д; Тюбаж по Дем`янову з двома сирими яєчними жовтками. 20% р-н ксиліту по 1 столовій ложці тричі на день за 30 хв. до їди. |

**ЕПІКРИЗ**

Хвора поступила в клініку 19.11.07 з приводу болю ниючого характеру в правому підребер’ї. Був поставлений попередній діагноз дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом, функціональна диспепсія , виразкоподібний варіант. Проведено ФЕГДС (патологічних змін не виявлено), УЗД з жовчогінним сніданком (виявлена аномалія будови жовчного міхура, УЗД ознаки холециститу, гіпокінезії ЖМ). Клінічний діагноз гіпокінезія ховчного міхура, хронічний холецистит в стадії загострення. Було призначено 14-денний курс стаціонарного лікування: Ампіокс по 2 капс. 4 р/д, 10 днів, ксиліт 20% по 1 ст.л. 3 р/д за 30 хв. до їди 3 тиж., тюбажи по Дем`янову 2 р/тиж. протягом 2 тижнів Для амбулаторного лікування призначено настій з лікарського збору квітів безсмертника, кореня кульбаби, листя вахти трьохлистої на 2 тиж., препарат Галстена в таблетках по 1 т. 3 р./день за 30 хв до їди протягом 2 місяців. Протягом курсу лікування в стаціонарі симтоми захворювання повністю зникли.