**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст ребёнка: 11 лет

Поступила: 21 сентября 1999 г. Выбыла -------------

Адрес: ул. Ватутина 16 кв. 91

Посещает: школу № 4

Кем направлен: детской поликлиникой № 1

Диагноз направившего учреждения: Хронический гастродуоденит ? Хронический колит ?

Предварительный диагноз: Хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения.

Заключительный диагноз

1. Основное заболевание: Хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения.
2. Осложнения основного ---------------------------------------------------------
3. Сопутствующие болезни: Дискинезия желчевыделительных путей по гипотоническому типу.

Исход болезни: выздоровление улучшение

 без перемен ухудшение

 переведён умер

 Жалобы при поступлении: Жалобы на периодические боли ноющего характера в мезогастрии, возникавшие чаще после еды, в основном утром после первого завтрака, в другое время суток боли появлялись крайне редко. Боли самостоятельно проходили в течении 15-20 минут. Других жалоб на момент поступления не предъявляла.

 Жалобы на момент курации: Больная предъявляет жалобы на сохраняющуюся боль в области мезогастрия, менее интенсивного характера, возникающую значительно реже, чем при поступлении.

 **ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной в течении последних двух лет, связывая своё заболевание с перенесённой в июне 1998 года дизентерией, через несколько месяцев после которой внезапно возникла периодическая боль ноющего, мало интенсивного характера, появляющаяся в утренние часы после первого завтрака в правой и левой подвздошной области и чуть выше пупка. Болевые ощущения проходили самостоятельно, без применения лекарственных средств, через 15-20 минут и не появлялись более в течении суток после употребления пищи в обед и ужин. Боли наблюдались каждое утро в течении 1 месяца, затем постепенно приняли более редкий характер до 2-3 раз в неделю и через 2 месяца от момента начала заболевания самостоятельно исчезли в начале ноября 1998 года. Так как боли были непродолжительными, возникали лишь по утрам и прошли самостоятельно через несколько месяцев, а также отсутствовали какие-либо другие симптомы, родители девочки не обращались за медицинской помощью.

Весной вновь наблюдалось обострение с выше описанным болевым симптомом. При обследовании в апреле месяце 1999г. в кале обнаружены лямблии. Амбулаторно пролечена трихополом. Со слов, после лечения контрольные анализы на предмет наличия лямблий отрицательные.

Последнее обострение началось в начале сентября этого года. Вновь появилось ощущение боли утром после принятия пищи через 10 - 15 минут, продолжительность её не изменилась, но боль стала более интенсивной. Каких-либо других симптомов не было. Во время осеньне-весенних обострений, со слов девочки, сохранялся хороший аппетит, стул наблюдался 1 раз в сутки в утренние часы обычной окраски и консистенции. Наличие тошноты и рвоты на протяжении всего заболевания ребёнок отрицает. Родители девочки обратились за медицинской помощью к участковому терапевту, который направил ребёнка на госпитализацию в ДКБ № 1 с целью глубокого обследования и последующего лечения.

 **ANAMNESIS VITAE**

Во время настоящей беременности мать находилась на работе в пионерском лагере « Орлёнок «. Настоящая беременность первая, желанная, планированная. Во время беременности мама ничем не болела, течение беременности физиологическое. Питание матери во время беременности было полноценное.

Роды срочные первые, в переднем виде затылочного предлежания. Роды протекали без патологии. Ребёнок закричал сразу, при рождении имел массу 3.200 г., длину тела 51 см., оценка по шкале Апгар 8 баллов. Ребёнка приложили к груди матери через 12 часов, наблюдались активные сосательные движения.

В период новорожденности наблюдалась физиологическая желтуха , которая исчезла на 7-ой день. Остаток пупочного кольца отпал на третьи сутки, пупочная ранка зажила без осложнений. У матери лактация была достаточная, воспаления грудных желёз не было. Из родильного дома маму с ребёнком выписали на 5-е сутки. При выписке ребёнок имел массу 3.100 г.

На грудном вскармливании находился до 1-го года 2-х месяцев. Все прикормы вводились вовремя, предпочтение отдавалось овощному пюре, фруктовым сокам. Коррекция питания ребёнка проводилась с учётом всех требований. Со слов мамы аппетит у ребёнка был хороший, питание было рациональным и сбалансированным по количеству белков, жиров, углеводов.

Психомоторное и физическое развитие ребёнка на первом году жизни соответствовало возрасту. Держать голову девочка стала в 1,5 месяца, сидеть в 6 месяцев, стоять в 8 месяцев, а ходить в 9 месяцев. К году запас слов составлял 9.

Умственное и физическое развитие после года жизни соответствовало возрасту. К году у ребёнка насчитывалось 8 зубов.

Умственное и физическое развитие девочки после года соответствовало возрасту. Туберкулиновые пробы со слов отрицательны. По данным календарь прививок был сохранён.

Наследственный анамнез: у дедушки по линии матери язвенная болезнь в анамнезе. Состояние здоровья других детей в семье родственников со слов пациента не страдает.

 *Аллергологический анамнез* не отягощён.

 *Эпидемиологический анамнез*: Рыбу семейства карповых , сырую воду в пищу не употребляет.

 *Социально-бытовой анамнез*. Взаимоотношения родителей с ребёнком хорошие, добрые. Основным воспитателем ребёнка является мать. Мама с девочкой проживают в отдельной благоустроенной квартире, девочка имеет отдельную комнату. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Режим жизни правильный. Засыпает быстро, сон глубокий. На лицо общественная и учебная нагрузка в школе: девочка занимается в средней школе, в музыкальной школе и в танцевальной, но девочка утверждает, что легко справляется с возложенной на неё нагрузкой, выполняя все учебные обязанности с интересом и желанием, отрицая наличие утомления от учебной деятельности как в средней школе, так и в музыкальной и танцевальной. Вместе с тем, отмечает наличие периодической головной боли в вечернее время, что мама ребёнка никак не связывает с повышенной учебной нагрузкой. Девочка легко находит общий язык со своими сверстниками, коммуникабельна. Адекватно воспринимает критику старших, но расстраивается из-за плохих отметок, что связано с повышенными требованиями к успеваемости со стороны родителей. Отец девочки (врач по образованию )не проживает с семьёй по причине развода, часто встречается с ребёнком, проявляя большой интерес к её воспитанию, имеет большое влияние на неё. Раздельное проживание родителей воспринимается ребёнком как данность, девочка сама охотно рассказывает о взаимоотношениях с обоими родителями, которые, со слов, одинаково доверительные и тёплые как с отцом, так и с мамой, конфликты почти не возникают.

 *Факторы риска в развитии ребёнка*:

1)Паразитарная инвазия, в данном случае лямблиоз.

2) Перенесённая дизентерия.

3)Нерегулярное питание.

4)Чрезмерные физические нагрузки.

 **ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Общее состояние больного ближе к удовлетворительному. Сознание полное, выражение лица спокойное, кожные покровы физиологической окраски. Глаза широко раскрыты, блестящие. Зрачки одинаковые, реакция на свет живая, содружественная. Поведение ребёнка при осмотре спокойное. Телосложение ребёнка правильное. Генетические стигмы отсутствуют.

 Оценка физического развития:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исследуемые параметры | на момент курации | должные по формулам | % отклонения | центильная оценка |
| вес | 36 кг. | 37кг | 0,8 | 4 к |
| рост | 143 см. | 142 см. | 0,8 | 2 к |
| окр. головы | 57 cм. |  |  |  |
| окр. гр. кл-ки | 63 см. | 66 см. | 0,9 | 3 к |

Вывод: 9 б Микросоматотип, дисгармоничное развитие.

Кожные покровы бледно-розовые, без пигментаций, умеренной влажности, эластичные. Тип оволосения женский. Слизистые оболочки губ, рта, коньюктивы глаз розовые. Подкожно-жировой слой развит умеренно и равномерно распределён, толщина кожной складки на уровне 2-го межреберья 1,5см, на уровне пупка 2 см.

Лимфатические узлы при пальпации безболезненны , эластичные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Околоушные и подчелюстные слюнные железы не увеличены, безболезненны. Щитовидная железа не пальпируется. Степень развития мышечной системы средняя, тонус мышц нормальный, сила мышц хорошая.

 Пропорции мозгового и лицевого отдела черепе сохранены. Грудная клетка нормостеническая, симметричная и без деформаций. При осмотре позвоночника деформаций не обнаружено , осанка правильная. Конечности развиты пропорционально, трубчатые кости без видимого искривления. Патологических изменений костей визуально и при пальпации не наблюдается. Суставы без видимых деформаций . Кожные покровы над суставами физиологической окраски, местного повышения температуры не обнаруживается при пальпации. Объём активных и пассивных движений сохранён, близок к физиологическому.

 *Органы дыхания:* Носовое дыхание свободно. Тип дыхания грудной. Дыхание глубокое, ритмичное. ЧДД 18 в минуту. Обе половины грудной клетки одинаково симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации грудная клетка эластична, болезненности по ходу межрёберных нервов и мышц нет. Голосовое дрожание одинаково на симметричных местах. Перкуторно определяется ясный лёгочный звук по всем лёгочным полям.

При топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографическая линия | правое легкое | левое легкое |
| L. parasternalis | 4м/р | - |
| L. mediaclavicularis | 5м/р | - |
| L. axilaris anterior | 6м/р | 6 м/р |
| L. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| L. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| L. scapularis | 9 м/ р | 9 м/р |
| L. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

 Аускультативно определяется везикулярное дыхание над всеми лёгочными полями, патологических дыхательных шумов нет.

 *Сердечно-сосудистая система:* При осмотре сердечно- сосудистой системы патологических пульсаций не обнаружено. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, умеренного наполнения. Верхушечный толчок визуально не определяется.

 При выслушивании тоны сердца ясные ритмичные.

 АД = 120/80 мм. рт. ст. При пальпации верхушечный толчок локализован в пятом межреберье по срединноключичной линии, нормальных характеристик, границы относительной сердечной тупости соответствуют норме.

 *Пищеварительная система и органы брюшной полости:* Аппетит повышен. Диспепсических явлений не наблюдается. Возникает периодическая боль ноющего, малоинтенсивного характера, появляющаяся в утренние часы после первого завтрака в правой и левой подвздошной области и чуть выше пупка. Болевые ощущения проходят самостоятельно, без применения лекарственных средств, через 15-20 минут и не появляются более в течении суток после употребления пищи в обед и ужин.

 Полость рта: слизистая губ, рта, зева бледно-розовой окраски; язык розовый с незначительным налётом. Зубы постоянные. Зубная формула:

2 × 1 × 2 × 2

2 × 1 × 2 × 2

 Миндалины нормальных анатомических размеров. Живот слегка выпяченной формы, правая половина симметрична левой. Подкожные вены не видны. Пупок слегка втянут. Диастаза прямых мышц живота, грыжевых выпячиваний пальпаторно не обнаруживается. Живот участвует в акте дыхания . Перистальтические движения кишок не видны.

 При поверхностной ( ориентировачной ) пальпации живота зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда не определяются. При глубокой пальпации толстого кишечника - сигмовидная кишка, слепая, поперечно-ободочная находятся в пределах своего нормального анатомического положения. При пальпации желудка, поджелудочной железы , мезентериальных лимфоузлов отчётливых изменений не наблюдается, за исключением незначительной болезненности в области желудка , сигмовидной и прямой кишки. Определяется болезненность в точке Кера, зоне Шоффара. Определяется положительный симптом Менделя, симптом Ортнера , симптом Боаса, Мерфи. При пальпации печени край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Нижний край печени умеренно плотный, безболезненный, с гладкой поверхностью. Перкуссия печени: ординаты по Курлову: 9 × 8 × 7 см.

Селезёнка не пальпируется.

 6

Перкуторно размеры селезёнки: 0 \_\_\_\_\_\_

 4

Объективно исследование стула не проводилось.

 *Мочеполовая система:*При обследовании мочеполовой системы патологических изменений не выявлено. Болезненности при пальпации мочеточниковых точек нет, симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

 *Нервная система*: Сознание ясное, реакция на окружающее адекватная, на помещение в клинику реагирует спокойно. Общемозговых симптомов поражения ЦНС нет. Менингиальные симптомы отрицательны. ЧМН без патологии. Нарушений чувствительности не наблюдается. Двигательная сфера без изменений: рефлексы с верхних конечностей, коленный, ахилов без отчетливой разницы сторон, координация движений не нарушена, брюшные рефлексы симметричны. Вегетативно-трофическая сфера без патологии. Развитие высших корковых функций соответствует возрасту. Мышление активное. Видимых расстройств памяти нет. Речь свободная, словарный запас превышает возрастные параметры. Общий эмоциональный тонус положительный. Поведение ребёнка адекватно возрасту. Сон глубокий, не менее 9 -10 часов в сутки.

 *Органы чувств:*Паталогических изменений со стороны органов чувств не обнаружено. Нарушений слуха и зрения нет.

 *Предварительный диагноз*: Хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения.

 *План обследования*: 1) Общий анализ крови.

1. Общий анализ мочи.
2. Кал на яйца глист
3. Рентгенография грудной клетки

5) Биохимический анализ крови: билирубин, альфа-амилаза, АСТ,АЛТ,ЦРБ, бэтта-липопротеиды, тимоловая проба, холестерин, щелочная фосфатаза, общий белок, серомукоид

1. Дуоденальное зондирование.
2. Анализ желудочного содержимого
3. Рентгеноскопия ЖКТ
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. Эзофагогастродуоденоскопия
6. Ректороманоскопия
7. Копрограмма
8. Анализ кала на скрытую кровь
9. Электрокадиорамма 15)Уреазный тест ( на наличие продуктов метаболизма H. Pylori)

 16) Анализ на антитела к H. Pylori

1. Культуральный посев желудочного

соскоба полученного при ФГС на предмет обнаружения H. Pylori.

**Результаты проведённого обследования** : ОАК: Эр=4,3×10/л, Нб =142 г\л, ЦП=0,9,

Л=7,6×10 \л, Э 1, П 1, С 39, Л 53↑, М 6. СОЭ=20 мм\ч↑.

Заключение: По данным ОАК наблюдается относительный лимфоцитоз без абсолютного, ускорение скорости оседания эритроцитов на фоне нормального ( ближе к верхней границе нормы ) общего количества лейкоцитов. Такая картина периферической крови характерна для ребёнка перенёсшего в недавнем прошлом вирусную инфекцию ( ОРВИ , грипп ).

Билирубин прямой: 1,1мкмоль\л - ↓Ν;

 непрямой:11 мкмоль\л - Ν;

α-амилаза-11, 7г\л - Ν;

АСТ, АЛТ-0,40 мкмоль\л - Ν;

β-ЛП 40ед - Ν;

Тимоловая проба 3,1 ед - Ν;

Холестерин 3,6 мкмоль\л - ↓Ν;

Щелочная фосфатаза 20,4 ед ( Ν = 0,14 - 0,36 мкмоль/ л ) ;

Серомукоид - отрицательный - Ν

ЦРБ- отрицательный - Ν.

 Заключение: По биохимическому исследованию крови выявляются нормальные показатели.

Анализ на диастазу: 115г\л

ЭКГ: Вертикальное положение электрической оси сердца, синусовая аритмия ЧСС 70, перегрузка левого желудочка - (недостоверно).

Анализ кала на яйца глист от 23.09.99: Яйца глист не найдены.

ФГС: Заключение: Хронический гастродуоденит, обострение,(эррозии привратника).

Анализ желчи: 1 порция: светло-жёлтая, прозрачная, Л-0-1-1, плоский эпителий- 0-1-1, слизь + +; 2 порция оливкого цвета , прозрачная , Л единичные, слизь +.

Заключение: По данным анализа желчи показатели в пределах нормы.

УЗИ: Желчный пузырь без конкрементов, печень и поджелудочная железа без патологии, эхо-признаки неполного удвоения правой почки.

Микроскопическое исследование кала: мышечные волокна - 1-2-2, нейтральный жир - нет, ЖК- нет, неперивариваемая клетчатка 1-2-1, слизи нет, Л-1-2-2 в поле зрения, простейшие не найдены.

Заключение: Данные копрологического исследования в пределах нормы.

Клинический диагноз:

Основной: Хронический эрозивный гастродуоденит. Обострение.

Клинический диагноз заболевания поставлен на основании следующих данных:

 1) *Жалобы* на периодические в мезогастрии, возникающие после еды. Боли купируются в покое самостоятельно. Интенсивность болей связана с сезонностью.

2) *Из анамнеза*: Боли возникли после перенесённой в 1998 году дизентерии, и после паразитарной инвазии, лямблиоза. Из предрасполагающих факторов имеется в наличии нерегулярное питание и чрезмерная физическая нагрузка.

 3) Кроме того, при *объективном обследовании* была выявлена болезненность при пальпации живота в мезогастрии, т.Кера, зоне Шафара.

 4)Из *инструментальных методов* исследования диагноз подтверждают данные ФГС.

Дифференциальный диагноз ХГД следует проводить прежде всего с язвенной болезнью и функциональными расстройствами желудка.

Для язвенной болезни характерен более выраженный болевой синдром: боли приступообразные, режущие. Имеется определённый тип боли: голод- боль - облегчение после приёма пищи. Всё это может сопровождаться рвотой, тошнотой, изжогой. При объективном исследовании выраженное мышечное напряжение и болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Инструментальные методы позволяют выявить дефект слизистой оболочки( острая язва, в фазе рубцевания или в фазе эпителизац ии). При рентгенологическом исследовании обнаруживается симптом «ниши».

Для функциональных расстройств желудка характерен нерегулярный болевой синдром, чёткая связь с приёмом и характером пищи отсутствует. Объективно иногда удаётся выявить болезненность в эпигастрии, которая быстро проходит. Эндоскопически слизистая желудка обычно не изменена, правда в ряде случаев может быть некоторая гиперемия, которая является проявлением раздражённого желудка, но не подтверждается гистологическими признаками хронического воспаления. По данным УЗИ могут проявляться нарушения моторно-эвакуатрной функции.

 **ЛЕЧЕНИЕ**

 1)Режим общий. Основное внимание следует уделять режиму принятия пищи ( 5 раз в день малыми порциями через каждые 3-4 часа ).

2)Диета №1. Эта диета исключает вещества, возбуждающие желудочную секрецию (крепкие бульоны из мяса, рыбы , жареные жирные продукты, чёрный хлеб, кофе, острые закуски, чёрный хлеб, растительная клетчатка, необработанные овощи ). Пищу дают преимущественно протёртую, варёном или паровом виде. Широко используются молочно-кислые продукты, особенно развареные каши. Диета подразумевает нормальное количество калорий и нормальное соотношение белков, жиров и углеводов, с повышенным содержанием витаминов В и С. Поваренная соль ограничена. В соответствии с суточной потребностью в основных питательных веществах и энергии для девочек 11 - 13 лет рекомендуются следующие нормы (Минздрав СССР, № 5786-91):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Энергия, ккал/сут2500 | белки,все-го,г/сут82 | белки %животные49  | белки %растительн- ые 84 | углеводы,г/сут355 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Витамины:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В1,мг1,3 | В2,мг1,5 | В6,мг1,6 | В12,мг3,0 | РР,мг17 | С,мг70 | А,мкг800 | Е,мг10 | D,мг2,5 | фолацин,мкг200 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Минеральные вещества:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ca,мг1200 | Р,мг1800 | Mg,мг300 | Fe,мг18 | Zn,мг12 | I,мг0,1 |
|  |  |  |  |  |

Исходя из рекомендуемых норм потребности в основных пищевых ингридиентах и ,учитывая характер диеты № 1, примерный суточный набор ( меню) продуктов для девочек 11-13 лет выглядит следующим образом ( по А.А. Покровскому, 1972):

1 -ый завтрак 8-00: каша овсяная - 200 г., масло сливочное -20 г., какао, печенье овсяное.

2 - ой завтрак 11 - 30: сырники со сметаной - 150 г, яблочный сок - 200 мл.

Обед 14 - 30: суп овощной, на говяжьем бульоне - 200 г., котлеты по-киевски паровые - 100 г., картофельное пюре - 150 г., хлеб пшеничный ( зерновой ) - 50 г., компот из сухофруктов - 100 г.

Полдник 17 - 30: сок морковный - !50 мл., печенье «плазма» - 50 г.

Ужин 19 - 00: рыба минтай притушенная с овощами - 200 г., гречневая каша - 100 г., хлеб пшеничный ( зерновой ) -50 г., сок персиковый - 150 мл.

21 - 00: кефир - 200 мл.

 3)Медикаментозная терапия:

1. Коррекция желудочной секреции:

а) Невсасывающиеся антациды, которые нейтрализуют соляную кислоту:

 Rp:Almageli 170ml

 D.S. По 1 чайной ложке 4раза перед едой.

б) H2 - гистаминоблокаторы:

 Rp: Tab. Famotidini 0,02 № 20

 D.S. По 1-ой таблетке 2 раза в день .

 в) Ингибиторы кислотного насоса:

 Rp: Caps. Omeprazoli 0,02 № 15

 D.S. По 1 капсуле 1 раз в

 сутки ( перед завтраком ).

 г) Холинолитики:

 Rp: Gastrozepini 0,025

 D.t.d. № 20 in tab.

1. Коррекция моторных нарушений и связанного с ними болевого синдромы:

 Rp: Tab. Papavtrini hidrochloridi 0,04 № 10

 D.S. Принимать по 1 таблетке 3 раза

 в сутки.

 Rp: Tab. Cerucali 0,001 № 50

 D.S. Принимать по 1

 таблетке 3 в день до еды.

С. Улучшение объменных процессов в слизистой оболочке:

 витамины В1, В6, В12, фолиевая кислота, А и Е.

D. Мембраностабилизирующие ( липотропные препараты ):

 Rp: Caps. Essentiale forte № 50

 D.S. Принимать по 2 капсулы

 3 раза в день до еды.

E. Биостимуляторы обменных процессов:

 40 % расствор прополиса 2-3 раза в день до еды.

F. Защита слизистой оболочки при эрозивном гастрите:

Rp: Tab. Venteri 1,0 N. 50

 D.S. По 1 таблетке

 3 раза в день

 перед едой.

G. Антихеликобактериозная терапия не показана так как нет достоверного

подтверждения инфицированности данным микроорганизмом.

1. Физиотерапия:
2. в период обострения назначить элекрофорез с платифилином на эпигастрий, бром на воротниковую область.
3. в период субремиссии СМВ и ДМВ на эпигастий, лазеротерапия на зону максимальной болезненности.
4. в период ремиссии азокеритотерапия, грязелечение на эпигастральную область, минеральная вода « Ессентуки № 4 « за 15 минут до еды.
5. Санаторно-курортное лечение в районе кавказских минеральных вод

( Ессентуки, Пятигорск )

 **ДНЕВНИК ЗАБОЛЕВАНИЯ**

1. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Эмоциональный фон положительный. Жалобы на малоинтенсивную боль по утрам после первого принятия пищи, длившуюся в течении 15 минут. Других жалоб нет. Аппетит хороший. Диспепсических явлений не наблюдалось. Стул ежедневный 1 раз в сутки, хорошо сформированный, обычной окраски. Сон глубокий 9 часов в сутки. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые полости рта бледнорозовой окраски, без паталогических изменений. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту. АД = 120/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, малоболезненный в мезогастрии, слегка вздут. Незначительная болезненность наблюдается в области проекции слепой и сигмовидной кишки. Лечение получает регулярно в соответствии с листом назначений.
2. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сохраняется положительный эмоциональный фон. Аппетит хороший. Стул 1 раз в утренние часы, без особенностей. Кожные покровы чистые физиологической окраски. Слизистая ротовой полости без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 78 в минуту. АД = 130/ 80 мм. рт. ст. Живот мягкий, малоболезненный в мезогастрии, а также по ходу слепой и сигмовидной кишки.

2.10.99 Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сохраняется положительный эмоциональный фон. Аппетит хороший. Стул 1 раз в утренние часы, без особенностей. Кожные покровы чистые физиологической окраски. Слизистая ротовой полости без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 75 в минуту. АД = 120/ 80 мм. рт. ст. Живот мягкий, малоболезненный в мезогастрии, а также по ходу слепой и сигмовидной кишки.

 **ЭПИКРИЗ**

 Суходоева Яна Рифовна, 11 лет поступила 21 сентября 1999 г. с жалобами на периодические боли ноющего характера в мезогастрии, возникавшие чаще после еды. Других жалоб на момент поступления не предъявляла. Считает себя больной в течении последних двух лет, связывая своё заболевание с перенесённой в июне 1998 года дизентерией, через несколько месяцев после которой внезапно возникла периодическая боль ноющего, малоинтенсивного характера, появляющаяся в утренние часы после первого завтрака в правой и левой подвздошной области и чуть выше пупка. Болевые ощущения проходили самостоятельно, без применения лекарственных средств, через 15-20 минут и не появлялись более в течении суток после употребления пищи в обед и ужин. Амбулаторно пролечена трихополом. Со слов, после лечения контрольные анализы на предмет наличия лямблий отрицательные.

Последнее обострение началось в начале сентября этого года. Вновь появилось ощущение боли утром после принятия пищи через 10 - 15 минут, продолжительность её не изменилась, но боль стала более интенсивной. Каких-либо других симптомов не было. Во время осеньне-весенних обострений, со слов девочки, сохранялся хороший аппетит, стул наблюдался 1 раз в сутки в утренние часы обычной окраски и консистенции. Наличие тошноты и рвоты на протяжении всего заболевания ребёнок отрицает. Родители девочки обратились за медицинской помощью к участковому терапевту, который направил ребёнка на госпитализацию в ДКБ № 1 с целью глубокого обследования и последующего лечения.

При объективном обследовании общее состояние больного ближе к удовлетворительному.При поверхностной пальпации определялась незначительная болезненность в мезогастральной области. При глубокой пальпации толстого кишечника - сигмовидная кишка, слепая, поперечно-ободочная находятся в пределах своего нормального анатомического положения. При пальпации желудка, поджелудочной железы , мезентериальных лимфоузлов отчётливых изменений не наблюдалось, за исключением незначительной болезненности в области желудка , сигмовидной и прямой кишки. Определяется болезненность в точке Кера, зоне Шоффара. Определяется положительный симптом Менделя, симптом Ортнера , симптом Боаса, Мерфи. По данным ОАК наблюдается относительный лимфоцитоз без абсолютного, ускорение скорости оседания эритроцитов на фоне нормального ( ближе к верхней границе нормы ) общего количества лейкоцитов. Анализ кала на яйца глист от 23.09.99: Яйца глист не найдены.

ФГС: Заключение: Хронический гастродуоденит, обострение,(эррозии привратника).

Клинический диагноз заболевания поставлен на основании вышеперечисленных данных. На фоне назначеной терапии направленной на улучшение обменных процессов в слизистой оболочке, коррекцию моторных нарушений, коррекцию желудочной секреции, защиту слизистой наблюдается положительная динамика в течении как основного заболевания, так и сопутствующей патологии. Боли в мезогастрии после принятия пищи исчезли, болезненность при пальпации живота стала менее выраженной.

 Заключительный диагноз

Основное заболевание: Хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения.

 Сопутствующий диагноз: Дискинезия желчевыделительных путей по гипотоническому типу.

Рекомендовано амбулаторно: в период обострения назначить элекрофорез с платифилином на эпигастрий, бром на воротниковую область, в период субремиссии СМВ и ДМВ на эпигастий, лазеротерапия на зону максимальной болезненности, в период ремиссии азокеритотерапия, грязелечение на эпигастральную область, минеральная вода « Ессентуки № 4 « за 15 минут до еды, фитотерапия, поливитамины и биостимуляторы.

Показано санаторно-курортное лечение в районе кавказских минеральных вод ( Ессентуки, Пятигорск ). Диспансерное наблюдение рекомендуется проводить в течении 5 лет, в 1 год - 4 раза в течении года, со 2-го года 2 раза в год.

**Литература:**

1. А.В. Волклва. Клинические лекции по педиатрии.
2. Н.П. Шабанов. Детские болезни.
3. А.В. Мазурин, И.М. Воронцов. Пропедевтика детских болезней.
4. Справочник педиатра. Под ред. акад. РАМН М.Я. Студеникина.
5. Н.М.Кубарт, П.Б. Станкевич. Рецептурный справочник врача.
6. М.Д. Машковский. Лекарственные средства. М. 1994г.
7. Учебно-методическое пособие по написанию истории болезни