**Паспортная часть:**

1. Ф.И.О. –

2. Возраст 13 лет

3. Дата поступления

4. Занятия родителей:

5. Место учебы:

6. Адрес и тел. -

7. Клинический диагноз:

 основной: хронический гастрит

**Жалобы:**

При поступлении: больной предъявляет жалобы на боли в животе натощак, при повороте на бок, на эпизоды рвоты – трижды на протяжении 3х недель, ощущение «кома» в горле, эпизоды разжижженного стула.

На день курации: жалоб не предъявляет.

**Анамнез жизни:**

* Антенатальный период: Течение беременности без особенностей. Роды через естественные родовые пути, без осложнений.
* Характеристика новорожденного:

Родилась в срок, доношенный. Масса тела – 2980, рост – 51см. Первое прикладывание к груди на второй день после родов, сосал активно. Диагностирована пупочная грыжа (наблюдался у хирурга до 3х лет).

* Вскармливался грудным молоком до 6 месяцев. Вскармливание искусственное с 6 месяцев. Прикорм с 6 месяцев.
* К первому году было 4\4 зубов. Начала держать головку с 1,5 месяцев; сидеть с 6 месяцев, ходить в год. Поведение: послушный, в коллективе общительный. Читать и писать начала с семи лет. Успеваемость в школе хорошая. Психомоторное развитие соответствует возрасту (на момент курации).
* Перенесенные заболевания:

В новорожденном периоде – не болел.

На первом году – ОРВИ, получал антибиотики.

Позднее – частые ОРВИ, в 5 лет - аденотомоя. Наблюдается ЛОР-врачом о поводу частых обострений хронического тонзиллита.

Перенессенные детские инфекции: краснуха, ветряная оспа(?).

Аллергоанамнез: аллергический ринит.

* Профилактические прививки: привит по календарю, без реакций.

Реакция Манту: 03.2011, отрицательная

* Семейный анамнез:

Мать – 37лет

Отец – 44 лет, гепатит А

Наследственность отягощена по заболеваниям ЖКТ, онкологическими заболеваниями.

* Бытовые условия и уход:

Материально-бытовые условия хорошие. Ребенок посещает школу. Режим дня соблюдает. За ребенком ухаживает мать.

**Анамнез заболевания**

Боли в животе стали беспокоить после перенесенной в 4 года ПТИ, сопровождались многократной рвотой.

В 6 лет госпитализирован по поводу болей в животе, рвоты. Выписан с положительным эффектом с диагнозом: хронический гастродуоденит, функциональные нарушения желчевыводящих путей. Реактивная панкреатопатия, получал антациды, ферменты, эуфлорины В и Л с положительным эффектом. В 7 лет повторный эпизод многократной рвоты, после этого ежегодно весной и осенью получал профилактические курсы антацидов и ферментов, но несмотря на это периодически предъявлял жалобы на боли в животе, неустойчивый стул.

В 10 лет на фоне очередного обострения была проведена ЭГДС, подтвердился диагноз хронический гастрит, хронический дуоденит. По данным УЗИ брюшной полости: функциональные нарушения желчевыводящих путей. Выявлено инфицирование Нelicobacter pylori, эрадикационная терапия не проведена.

В начале сентября 2011 года появились жалобы на схваткообразные боли в эпигастральной области, разжиженный стул в течение 3-х дней, получал активированный уголь, антациды и панкреатин без выраженного эффекта, сохранялись эпизоды рвоты и кислый запах изо рта по утрам. По поводу вышеперечисленных жалоб 18.10.11 был консультирован в УДКБ, и был госпитализирован для дообследования и подбора терапии. Было проведено лабораторное обследование. 21.10.11 в связи с присоединением ОРВИ был выписан домой по просьбе родителей с диагнозом: хронический гастрит, обострение; хронический дуоденит, обострение; функциональные нарушения желчевыводящих путей; инфицирование герпес-вирусом. Поливалентная аллергия. Вазомоторный ринит, нейровегетативная форма с аллергическим компонентом. Хронический тонзиллит.

Настоящая госпитализация повторная, с целью дообследования и лечения.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | День болезни 7-й | Назначения |
|  14.11.11 | Состояние стабилоное, самочувствие удовлетворительное. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот при поверхностной пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Стул, диурез в норме. | 1. Стол №5
2. Креон
3. Ультоп
4. Флемоксин
5. Кларитросин
6. Линекс
7. Дюспаталин
 |

**Физическое развитие**

1. Масса тела = 58кг.

По формуле = 10,5 + 2n = 10,5 + 2\*13= 36,5кг. Реальная масса тела превышает расчетную на 38%.

1. Длина тела = 165см.

По формуле = 100 + 6 (n-4) = 100 + 6 (13-4) = 154. Реальная длина тела превышает расчетную на 7%

1. Объем грудной клетки = 88см.

По формуле = 63см. Реальный объем грудной клетки превышает расчетный на 36%.

1. Объем головы = 55см.

По формуле = 55см.

Развитие диспропорциональное: опережает и по длине, и по массе тела.

Тургор мягких тканей упругий.

Эмоциональный статус: мальчик контактен, охотно отвечает на заданные вопросы, вступает в беседу. Аппетит, сон в норме.

Заключение: физическое развитие по антропометрическим данным опережает возраст.

**Осмотр:**

Нервно-психическая сфера

Жалоб нет. Больной ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память не снижена, на вопросы отвечает развернуто. Интеллектуальное развитие соответственно возрасту. Настроение ровное. Поведение адекватное обстановке. Сон нормальный. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов нет. Менингиальных знаков нет. Нарушений чувствительности, парестезий, парезов, параличей не отмечается.

Кожные покровы:

Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, сухие в области локтей, «синяки» под глазами. Патологических высыпаний, рубцов, кровоизлияний, расчесов, сосудистых звездочек нет. Дистальный дипергидроз. 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 – 1.5см.; толщина кожной складки под углом лопатки около 1см.); 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. Роднички закрыты. 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. Одышки и кашля нет. 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, ясные и звучные тоны сердца.

Пульс (опред. на лучевых артериях): симметричный, ритмичный, напряженный, хорошего наполнения. Частота - 80.

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. 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, патологическая перистальтика, диастазы, рубцы отсутствуют. Пупочное кольцо нормальной конфигурации.

Перкуссия живота:

При перкуссии живота отмечается диффузный тимпанит различной степени выраженности.

Пальпация живота:

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрально области и зоне Шоффара. 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 | Выступает из-под реберной дуги на 1.5 см. |
| Передняя срединная |  | На 3.5 см ниже основания мечевидного отростка грудины |

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

Размеры печеночной тупости по Курлову:

- по правой среднеключичной линии – 10 см.

- по передней срединной линии – 8см.

- по краю левой реберной дуги – 7см.

пальпация печени:

печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. Край с гладкой поверхностью, безболезненный.

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 = 8см.

Система мочеотделения:

При осмотре области почек патологических изменений нет. Почки не пальпируются. Пальпация верхних и нижних точек мочеточников безболезненна. Диурез в норме.

Развитие половых органов: Половые органы развиты по мужскому типу.

**Предварительный диагноз:** У мальчика клиническая картина обострения хронического гастрита, ассоциированного с НР, дуоденита с сочетанной функцианальной патологией панкреатобиллиарной зоны.

План обследований:

* общий анализ крови, мочи.
* Биохимический анализ крови.
* Копрограмма
* УЗИ
* ЭГДС
* ЭКГ
* Ректороманоскопия

Общий анализ крови 2.11.11

WBC 6,8 \*10\ mm

RBC 5,24\*10\mm

HGB 14.9 g\dl

HCT 44.4 %

PLT 276\*10\mm

Цветовой показатель – 0.85

П\я 2

С\я 70

Эозинофилы -

Базофилы –

Лимфоциты 25%

Моноциты 3%

СОЭ 3 мм\ч

Заключение: показатели крови в пределах нормы.

Биохимия крови 8.11.11.

Общий белок 74 г\л

Биллирубин общий: 17.2 мкмоль\л

Холестерин 4.6 ммоль\л

Сахар 4.7 ммоль\л

АСТ 19

АЛТ 10

Амилаза 90

ЩФ **895**

Заключение: повышение уровня щелочной фосфотазы

Анализ мочи 8.11.11.

Цвет желтый

Реакция сл. кислая

Уд. вес 1030

Прозрачность неполная

Белок отс.

Сахар отс.

Эпителий плоский небольшое кол-во

Эпителий полиморфный небольшое кол-во

Лейкоциты единичные в п\з

Соли -

Слизь -

Заключение: в пределах нормы

Исследование крови на гормоны: 19.10.2011

Тестостерон 6.09 нг/мл

Т3(своб.) **9.72 пмоль/л**

Т4(своб.) 12.7 пмоль/л

ТТГ 3.7 мМЕ/л

Антитела к ТПО 16.0 МЕ/л

Анализ на вирусы герпес-группы 20.10.11

CMV Ig G - 0.107

CMV Ig M - 0.171

Herpes I Ig G – 9.8

**EBV Ig G – 242.2**

ЭГДС. 03.11.11.

1. Пищевод свободно проходим

Слизистая оболочка ярко гиперемирована в нижней трети, по задней и левой стенкам отмечаются эрозии линейной формы до 3мм, с вкраплениями фибрина.

Сосудистый рисунок смазан в нижней трети. Кардия смыкается, перистальтика прослеживается.

1. Желудок

В желудке натощак умеренное количество полупрозрачного содержимого с примесью желчи. Складки продольные, хорошо расправляются воздухом. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна в антральном отделе. Перистальтика активная, привратник смыкается.

1. Двенадцатиперстная кишка

Луковица не деформирована. Слизистая оболочка пестрая, резко отечна, с лимфоидными выбуханиями и серыми втяжениями.

Постбульбарные отделы – просвет сохранен, слизистая пестрая.

Биопсия: 1 фр из антрального отдела желудка, H.pylori хелпил-тест – положительный.

Заключение: Терминальный эрозивный эзофагит. Антральный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Бульбит. Дуоденит. Косвенные признаки патологии ЖВП.

ЭКГ ЧСС 65-86 в мин. Синусовая аритмия. Нормальное направление ЭОС. Миграция ритма из синусового узла в правое предсердие.

УЗИ органов брюшной полости 9.11.11

Брюшная полость умеренно повышено газонакопление кишечника.

Желчный пузырь 78х24 мм. Деформация: неглубокий лабильный перегиб в средней трети тела.

Портальная вена 9мм. Внутрипеченочные сосуды: значительно усилен сосудистый рисунок.

Печень: правая доля 120мм, паренхима средней эхогенности.

Поджелудочная железа – контур ровный, головка 16мм, тело 8мм, хвост 24-25мм.

Селезенка: контур ровный, размеры 113х47. Паренхима средней эхогенности, однородная.

Почки в поясничной области, контуры ровные. Левая 109х43мм, правая 106х38 мм.

Ректороманоскопия 02.11.11

Осмотрены прямая, сигмовидная кишка. Слизистая сигмовидной гиперемирована, сосудистый рисунок местами усилен, местами – смазан. Складки полулунной формы. Архитектоника кишки не нарушена. В прямой кишке слизистая отечна, сосудистый рисунок размыт, отмечается множество лимфоидных фолликулов и наложения слизи. Маргинальные столбы без особенностей.

Заключение: Проктит. Сигмоидид.

Риноотоскопия 28.09.2011

Заключение: Аллергический ринит, отечная форма. Аденоиды I степени.

Рекомендовано: аудиометрия и тимпанометрия.

Исследования кала 02.11.11.

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

Заключение: анализ кала в пределах нормы.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

Хронический гастродуоденит.

Сопутствующие заболевания: Проктит. Сигмоидид. Аллергический ринит, отечная форма. Аденоиды I степени. Хронический тонзиллит. Инфицирование герпес-вирусом I. Функциональные нарушения желчевыводящих путей.

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

* Наличие язвенного симптомокомплекса, который проявляется наличием болевого симптома. Для болевого симптома характерна боль в эпигастральной области, усиливающаяся натощак. Исходя из жалоб больной при поступлении мы можем утверждать, что данный симптомокомплекс наличествует.
* Жалоб больного: тошнота, рвота, неустойчивый стул.
* Еще одним диагностическим признаком (одним из главных) являются данные ЭГДС (Линейная эрозия. Терминальный эрозивный эзофагит. Антральный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Дуоденит.)
* Повышение ШФ в биохимическом анализе крови, свидетельствует о патологии желчевыводящих путей.

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

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Лечение хронических гастродуоденитов существенно не отличается от терапии хронического гастрита и язвенной болезни.

Важное значение в лекарственной терапии имеет значение назначение внутрь препаратов, оказывающих местное вяжущее и обволакивающее действие; при гиперацидном состоянии показаны антацидные препараты, щелочные минеральные воды.

1. Щадящая диета. *Общая характеристика*: физиологическое содержание белков, жиров и углеводов, ограничение поваренной соли, умеренное ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке. *Кулинарная обработка*: все блюда готовят в отварном, протертом виде или на пару; допускаются отдельные блюда в запеченном виде. *Энергетическая ценность*: 2600 – 2800 ккал. *Состав*: белков 90-100г, жиров – 90г (из них 25 растительного происхождения), углеводов 300-400г, свободной жидкости 1,5л, поваренной соли 6-8г. *Масса суточного* *рациона* 2,5-3 кг*. Режим питания* дробный (5-6 р\сут).*Температура пищи*: горячих блюд –57-62, холодных – не ниже 15.
2. *Эрадикация* Helicobacter pylori – кларитромицин, амоксициллин, омепразол
3. *Антацидная терапия* (препараты образуют защитный барьер на поверхности содержимого желудка, препятствуя возникновению [гастроэзофагальных рефлюксов](http://www.gastroscan.ru/handbook/117/413)).
4. *Назначение ферментов (панкреатина)* для улучшения переваривания и усваиваемости пищи.
5. *Спазмолитики* – при необходимости для купирования болей.
6. *Эубиотики* – для поддержания нормальной флоры кишечника.

ПРОГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ:

Прогноз заболевания при адекватной терапии достаточно благоприятный. После стихания воспаления полезно санитарно-курортное лечение. При отсутствии противопоказаний рекомендуются грязелечение, физиотерапевтические процедуры.

В осеннее и весеннее время года больным гастродуоденитом следует проводить противорецедивное лечение.

Также больному рекомендована консультация эндокринолога, по поводу повышенного T3.