Фамилия, имя

Возраст 10 лет

Дата поступления 6.11.01г.

Клинический диагноз хронический гастродуоденит.

ЖАЛОБЫ

* При поступлении:

Жалобы на повышение температуры до субфебрильных цифр в течение 1 месяца; боли в животе, появляющиеся преимущественно через 2 часа после еды, усиливающие натощак, локализующиеся в эпигастральной области и справа от околопупочной области; отрыжку; головные боли.

* На момент курации:

больная жалоб не предъявляет.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

* Антенатальный период:

Сведений нет.

* Характеристика новорожденного:

Родилась в срок. Масса тела –3950, рост – 54см. пуповина отпала на 5 сутки; пупочная рана зажила за две недели.

* Отнята от груди в возрасте 4 месяцев. Вскармливание искусственное с 4 месяцев.
* К первому году было 4\4 зубов. Начала держать головку с 1,5 месяцев; сидеть, ходить с 8 месяцев. Читать и писать начала с семи лет. Психомоторное развитие соответствует возрасту (на момент курации).
* Перенесенные заболевания:

В новорожденном периоде – не болела.

В возрасте семи месяцев – перенесла краснуху.

Позднее – частые ОРВИ, ангины. Аденоиды с 4 лет.

* Аллергические реакции не пищевые продукты, лекарственные препараты и другие средства – не отмечаются.
* Профилактические прививки:

БЦЖ.

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

* Семейный анамнез:

Мать – 37лет, панкреатит + бронхиальная астма.

Отец – 40 лет, здоров.

Дед со стороны матери – умер, ХИБС.

Бабка со стороны матери – умерла, страдала бронхиальной астмой.

Дед со стороны отца – сведений нет.

Бабка со стороны отца – сахарный диабет.

Тетка со стороны отца – сахарный диабет.

* Бытовые условия и уход:

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

НАЧАЛО И ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В августе 2001 года, находясь на отдыхе в Геленджике, перенесла ангину, после которой сохранилась субфебрильная температура до 37,4. В конце сентября произошло повышение температуры до 39 в течение двух дней. На дом был вызван врач и поставлен диагноз – ОРЦИ. Несмотря на лечение в течение последующего месяца сохранялась субфебрильная температура до 37,3 (повышалась преимущественно в вечернее время). Утром температура незначительно снижалась до 37. Повышение температуры сопровождалось вялостью, слабостью, снижением аппетита, головными болями. С вышеперечисленными жалобами ребенок 6.11.01 был госпитализирован в клинику детских болезней ММА им. Сеченова.

Дополнительные сведения из расспроса родителей:

В 09.01г – herpes на коже спины. Проводилось лечение ацикловиром внутрь и местно с положительным эффектом, затем курс виферона – 20 дней.

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. Стул, диурез в норме. | 1. Стол №5
2. Альмагель 15ml\* 3 раза в день.
3. Фламин по 1т\* 3 раза в день
 |

**Физическое развитие.**

1. Масса тела = 51кг.

По формуле = 10,5 + 2n = 10,5 + 2\*10 = 30,5кг. Реальная масса тела превышает расчетную на 67%.

1. Длина тела = 154см.

По формуле = 100 + 6 (n-4) = 100 + 6 (10-4) = 124см. Реальная длина тела превышает расчетную на 24%

1. Объем грудной клетки = 85см.

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

1. Объем головы = 54см.

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

Развитие диспропорциональное: опережает и по длине, и по массе тела (за счет ожирения).

Тургор мягких тканей упругий.

Эмоциональный статус:

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

Заключение: физическое развитие по антропометрическим данным значительно опережает возраст за счет ожирения.

**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. Других патологических высыпаний, рубцов, 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 – 2см.; 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. 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, 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, 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 | Выступает из-под реберной дуги на 1 см. |
| 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 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. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лобком. Пальпация верхних и нижних точек мочеточников безболезненна. Диурез в норме.

**Развитие половых органов:**

Половые органы развиты по женскому типу.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Хронический гастродуоденит.

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 8.11.01

WBC 6,5 \*10\ mm

RBC 4,11\*10\mm

HGB 12,5 g\dl

HCT 32,9 %

PLT 254\*10\mm

П\я 1

С\я 52

Эозинофилы 5

Лимфоциты 36

Моноциты 6

СОЭ 15 мм\ч

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

Биохимия крови 8.11.01.

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 8.11.01.

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.

УЗИ щитовидной железы. 9.11.01.

Заключение: эхогенные признаки гиперплазии щитовидной железы 1 ст. (за счет перешейка).

ЭГДС. 12.11.01.

Заключение: линейная эрозия кардии. Гастро-эзафагальный рефлюкс. Гастродуоденит – неполная ремиссия.

Исследования кала 12.11.01.

|  |
| --- |
|  |
| 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.

Дерматолог: заключение - кольцевидная гранулема.

* Обследование
* Наблюдение

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 и справа от пупка, усиливающаяся натощак или через 1,5-2 часа после еды. К симптомам желудочной диспепсии относятся отрыжка, изжога и т.д. Исходя из жалоб больной при поступлении мы можем утверждать, что данный симптомокомплекс наличествует.
* Еще одним диагностическим признаком (одним из главных) являются данные ЭГДС (линейная эрозия кардии. Гастро-эзафагальный рефлюкс. Гастродуоденит – неполная ремиссия.)

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).

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

Лечение хронических гастродуоденитов существенно не отличается от терапии хронического гастрита и язвенной болезни. Больным назначают щадящую диету:

* В данном случае – стол №1. *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 люда 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.

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, при неэффективности целесообразно использовать Н2-блокаторы:

* В данном случае можно назначить такие препараты как:

Альмагель по 15 мл \*3раза в день

Фламин по 1 т\*3раза в день.

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. Кроме того, можно посоветовать и в дальнейшем придерживаться рационального питания