**Паспортная часть**

**Дата рождения:** 2001 г. (11 лет)

**Место жительства:**

**Мать:**32 лет

**Отец:** 35 год

**Дата поступления:** 09.02.2013г.

**Дата выписки:** 22.02.2013г.

**Госпитализация:** доставлена в стационар по экстренным показаниям

**Диагноз при поступлении:** хронический гастродуоденит, фаза обострения.

**Клинический диагноз:**

* основное заболевание: хронический гастродуоденит (экссудативно-эритематозный гастрит, дуоденит), фаза обострения.
* сопутствующие: правосторонний долихомегаколон Iст.

Ребенок посещает 5 класс средней общеобразовательной школы №28 г. Томска

**Анамнез**

**Жалобы при поступлении:**

* Боли в животе тянущего характера
* Тошнота: постоянная, не связанная с приемом пищи;
* Снижение аппетита;
* Недомогание, слабость, головокружение, нарушение сна.

**Жалобы на момент курации:**

Не предъявляет.

**Анамнез развития заболевания.**

Вечером 04.02.2013г появилась сильная боль в животе, однократная рвота. Родители дали но-шпу. 05.02. боль не прошла, вызвали скорую медицинскую помощь, по которой была доставлена в Детскую больницу №4. 06.02. была осмотрена участковым педиатром, получила но-шпу, мезим. Но боли в животе сохранились, также была неоднократная рвота, тошнота. Аппетит резко снизился, появилась слабость в теле, головокружение, сон нарушился. Ночью 09.02. вызвали скорую медицинскую помощь, была доставлена в Детскую больницу №2,где ей произвели инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, KCl, эссенциале. В этот же день была переведена в Областную Детскую больницу. Начало обострения связывает с нарушением диеты - перловая каша с тушенкой.

**Анамнез жизни**

Родилась 31 июля 2001года первым ребенком в семье от первой беременности, первых родов. Беременность протекала с угрозой прерывания. Масса при рождении 2800гр, рост 50см. Грудного вскармливания не было. Росла и развивалась пациентка соответственно возрасту, от сверстников не отставала, все прививки проставлены соответственно календарю прививок. Детские инфекции: ветряная оспа в возрасте4-5 лет. Простудными заболеваниями болеет редко. Обучается в средней общеобразовательной школе в 5 классе, успеваемость хорошая. Не курит.

**Семейный анамнез**

У матери - бронхиальная астма, у бабушки - артериальная гипертензия. Отец со слов пациентки здоров.

О наличии у близких родственников случаев сифилиса, туберкулеза, нервных, психических, обменных и других наследственных болезней не знает.

**Аллергологический анамнез**

У матери имеется аллергическая реакция на лекарственные препараты пенициллинового ряда.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

Состояние: удовлетворительное

Сознание**:** ясное

Тип телосложения: астенический

Положение больного: активное

Рост: 143 см.

Вес: 38 кг.

Кожа, слизистые оболочки:

Кожа бледно-розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, расчесов нет. Оволосение по женскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные.

Подкожно-жировой слой: слабо выражен, распределен равномерно. Признаков отеков нет.

Лимфатические узлы: при общем осмотре и пальпации увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

Шея: шейные лимфоузлы пальпаторно не увеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, не увеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная.

Ротовая полость: видимые слизистые рта, мягкого неба, десен розового цвета, чистые, влажные. Язык влажный, умеренно обложен белесоватым налётом у корня.

**Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка астенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол менее 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии/атрофии отдельных групп мышц нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, объем движений полный.

**Дыхательная система**

Осмотр: грудная клетка астенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 20/мин.

Пальпация: грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см. (второй метод).

|  |
| --- |
|  Нижние границы легких |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье |  ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро |  ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media  | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis  | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Аускультация: над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр: при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

Пальпация: при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено.

Перкуссия:

|  |
| --- |
|  Топографическая перкуссия границ сердца |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая  | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 5см.

Аускультация: при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм. На верхушке сердца - слабый систолический шум.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

Пульс: одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 78 уд/мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

**Полость рта**: Слизистые розовые, гладкие, блестящие, влажные, без видимых изменений.

Язык влажный, розового цвета, умеренно обложен белесоватым налётом у корня.

Миндалины нормальной величины, не выходят за пределы небных дужек, бледно-розового цвета, без налета, эрозий.

Зубы санированы.

Десны розового цвета, без изъязвлений и налета.

Мягкое и твердое небо, зев, задняя стенка глотки розового цвета, влажные, чистые.

**Осмотр живота:**

Живот округлой формы, слегка выпячен, не участвует в акте дыхания, симметричность сохранена. Подкожный жировой слой выражен умеренно; видимой перистальтики не наблюдается.

**Пальпация живота:**

При поверхностной пальпации живот мягкий, не напряжен, грыжевых выпячиваний нет, определяется легкая болезненность в правом подреберье, пилородуоденальной зоне, в точке Кера.

**Кишечник.** Видимой перистальтики кишечника нет. Глубокая пальпация безболезненна. Петли кишечника расположены правильно, эластичной консистенции, стенка ровная, гладкая, подвижность достаточная, урчания нет.

**Поджелудочная железа** не пальпируется.

**Печень:**

Границы печени по Курлову: 8-7-6см.

**При пальпации** край печени не выходит за пределы реберной дуги, острый, эластичный, ровный, безболезненный, поверхность гладкая.

**Желчный пузырь** не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательны.

**Селезенка**. Не пальпируется.

**Почки, мочевыводящая система.**

Область поясницы не изменена (выбухания, гиперемии, припухлости почечной области нет). Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь не пальпируется, не выходит за край лонного сочленения.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки.

**Оценка физического развития**

1. Возраст 11 лет 7месяцев

2. Длина тела 143см

3. Масса тела 38 кг

4. Окружность груди 71 см.

5. Окружность головы 55см.

Оценка результатов по центильным таблицам:

1. вес по возрасту - 5 коридор (центили 50-75)
2. длина по возрасту - 4 коридор (центили 50)

Заключение: гармоничное развитие; нормосомия.

**Оценка нервно-психического развития**

### Сознание ясное, в месте и времени ориентируется. Внимание направленное, устойчивое. Память на текущие и прошедшие события сохранена. Речь правильная, мышление логичное. Реакция на заболевание адекватная. Легко вступает в контакт, правильно отвечает на вопросы.

Успеваемость в школе хорошая, общительна.

### Дермографизм розовый, ограниченный, быстро появляется, быстро исчезает. Рефлекс зрачков на свет D=S. Сухожильные рефлексы сохранены, симметричны. Чувствительность не нарушена.

Зрение со слов нормальное.

Слух: различает шепотную речь с 6м.

Нарушения сна нет.

**Заключение:** НПР соответствует возрасту.

**Параклинические исследования**

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **11.02.2013** | **Норма** |
| Гемоглобин (г/л) | 133 | 115-145 |
| Эритроциты(\*10 /л) | 4,6 | 3,7-4,7 |
| Лейкоциты(\*109/л) | 8,3 | 4,4-8,9 |
| СОЭ (мм/час) | 6 | 1-10 |
| **Лейкоцитарная формула** |
| Нейтрофилы,% |  |  |
| п/я | 2 | 0-6 |
| с/я | 61 | 47-72 |
| Эозинофилы,% | 5 | 0,5-5 |
| Базофилы,% | - | 0-1 |
| Лимфоциты | 24 | 19-37 |
| Моноциты | 6 | 3-11 |

**Заключение:** все показатели в пределах нормы.

**Биохимический анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **11.02.2013** | **Норма** |
| Белок общий (г/л) | 65,3 | 64-87 |
| Билирубин общий (мкмоль/л) | 4,8 | 2,5-23,5 |
| Билирубин прямой | 0,5 | 0,5-6,5 |
| Тимоловая проба (ед) | 1,7 | 0-5 |
| Глюкоза (ммоль/л) | 5,7 | 3,2-5,8 |
| АСТ (мккат/л) | 19,0 | До 35,0 |
| АЛТ (мккат/л) | 14,0 | До 37,0 |
| α-амилаза сыворотки (МЕ) | 251 | 230-270 |
| Щелочная фосфатаза (МЕ) | 300 | До 720 |
| ЛДГ (МЕ) | 265 | 80-450 |

**Заключение:** все показатели в пределах нормы

**Анализ кала на яйца глист: 11.02.2013**

**Результат:** не найдено.

**Соскоб на энтеробиоз: 11.02.2013**

**Результат:** не найдено.

**ОАМ 11.02.2013**

**Цвет:** светло-желтый

**Прозрачность:** прозрачная

**Плотность:** 1025

**РН:** 5,0

**Микроскопия:** эритроциты – 4-5 в поле зрения, лейкоциты –2-3 в поле зрения, эпителий –7-10 в поле зрения.

Заключение: показатели в пределах нормы

**Дуоденальное зондирование:** -

**11.02.2013.** РВ отрицательна.

**Анализ кала от 14.02.13.**

Исследование испражнений на тифопаратифозную и дизентерийную группу бактерий.

**Результат:** бактерий тифопаратифозной и дизентерийной группы не найдено.

**ОАМ 15.02.13**

**Цвет:** светло-желтый

**Прозрачность:** прозрачная

**Плотность:** 1020

**РН:** 6,0

**Микроскопия:** эритроциты – 2-3 в поле зрения, лейкоциты –2-3 в поле зрения, эпителий –6-7 в поле зрения.

Заключение: показатели в пределах нормы

**УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 12.02.2013г.**

КВР правой доли печени 122мм, контуры четкие,ровные.

Поверхность ровная. Ткань однородная. Эхогенность средняя

Левая доля ККР 60мм. ПЗ= 50мм..

Воротная вена D 10мм. Нижняя полая вена D 15мм. Холедох D 3мм.

Желчный пузырь с перегибами в теле и н/з. Контуры ровные, стенка=1мм,содержимое однородное, размер 61\*22 мм.

Поджелудочная железа: головка 16мм, тело 8мм, хвост 18мм. Контуры ровные, эхогенность средняя, сосуды не изменены, ткань железы однородная.

Селезенка 82\*38мм, структура сохранена.

Почки, лежа и стоя расположены обычно.

Правая почка 86\*36 мм, паренхима 8-9 мм, чашечно-лоханочная система не расширена.

Левая почка 82\*38мм, паренхима 8-9мм, чашечно-лоханочная система не расширена.

**Заключение:** Перегибы желчного пузыря.

**Ирригоскопия от 07. 2012г.:**

Правосторонний долихомегаколон Iст.

**Обоснование диагноза**

На основании:

1. жалоб на: боли в животе тянущего характера, тошнота постоянная, не связанная с приемом пищи; снижение аппетита; недомогание, слабость, головокружение, нарушение сна.
2. данных анамнеза:

Вечером 04.02.2013г появилась сильная боль в животе, однократная рвота. Родители дали но-шпу. 05.02. боль не прошла, вызвали скорую медицинскую помощь, по которой была доставлена в Детскую больницу №4. 06.02. была осмотрена участковым педиатром, получила но-шпу, мезим. Но боли в животе сохранились, также была неоднократная рвота, тошнота. Аппетит резко снизился, появилась слабость в теле, головокружение, сон нарушился. Ночью 09.02. вызвали скорую медицинскую помощь, была доставлена в Детскую больницу №2,где ей произвели инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, KCl, эссенциале. В этот же день была переведена в Областную Детскую больницу. Начало обострения связывает с нарушением диеты- перловая каша с тушенкой.

1. данных объективного исследования: при пальпации живота - болезненность в правом подреберье, пилородуоденальной зоне, в точке Кера.
2. данных параклинических исследований:

Общий анализ крови 11.02.2013г.

Биохимический анализ крови 11.02.2013г.

УЗИ органов брюшной полости 12.02.2013г.

Ирригоскопия от 07.2012г.

пациентке был поставлен диагноз:

а) основное заболевание: хронический гастродуоденит, фаза обострения.

в) сопутствующие: Правосторонний долихомегаколон Iст.

**Дифференциальный диагноз**

**Функциональные расстройства желудка.**

Для ФРЖ, как и для гастродуоденитов, характерны боли в эпигастральной области и в правом подреберье; наличие диспепсических явлений – тошнота, изжога, понижение аппетита; наличие неврологических проявлений – снижение работоспособности, недомогание, слабость. В данной ситуации сходством является и отсутствие нарушений стула.

Однако для ФРЖ не характерна сезонность болей, приступообразное течение, наличие органических изменений, объективные проявления в виде болезненности при пальпации. Таким образом, данные анамнеза, объективного исследования и параклинических данных позволяют исключить ФРЖ.

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

Общими проявлениями язвенной болезни и гастродуоденитов являются боли в эпигастральной области, в правом подреберье, сезонность болей, выраженный диспепсический синдром: тошнота, рвота, изжога; похудание; при объективном исследовании – обложенность языка, болезненность при пальпации живота, при параклиническом исследовании – воспалительные изменения слизистой желудка и ДПК.

Отличительными чертами язвенной болезни будут следующие: болевой синдром выражен ярче, боль, как правило, связана с приемом пищи, характерны ночные и «голодные» боли, снижение аппетита бывает гораздо реже, наоборот, характерно его повышение; болезненность при пальпации выражена сильнее, характерно защитное напряжение мышц живота; при эндоскопическом исследовании выявляется главный признак язвенной болезни – наличие язвы или послеязвенных рубцов. Данные анамнеза, объективного и параклинических исследований позволяют в данном случае исключить язвенную болезнь

**Хронический панкреатит**

При хроническом панкреатите наблюдаются боли в эпигастральной области и правом подреберье (поражение головки поджелудочной железы), приступообразное течение заболевания, диспепсические расстройства – тошнота, рвота, снижение аппетита; характерна низкая масса тела (похудание), что дает повод для проведения дифференциальной диагностики между гастродуоденитом и хроническим панкреатитом.

Отличительными чертами последнего будут: частая связь появления болей с приемом обильной, жирной или острой пищи, выраженные расстройства кишечника – метеоризм и диарея, преимущественно опоясывающий характер болей во время приступа; при объективном обследовании – выраженная болезненность при пальпации живота в точках Шоффара, Губергрица, Дежардена; при параклинических исследованиях – повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение уровня альфа-амилазы крови, аминотрансфераз, изменения поджелудочной железы на УЗИ. Отсутствие подобных данных при сборе анамнеза, проведении объективного обследования и параклинических исследований, позволяет исключить хронический панкреатит.

**Лечение**

Лечение хронических гастродуоденитов должно быть комплексным, включать физический и психический покой в период обострения, лечебное питание, медикаментозную терапию и физиолечение.

При обострении заболевания – госпитализация, назначается постельный режим на 3-5 дней, по мере стихания болевого и диспепсического синдромов режим расширяется.

**Лечебное питание:**

В фазе обострения рекомендуется диета № 1, обеспечивающая функциональное, механическое, термическое и химическое щажение желудка и ДПК. На период обострения из рациона исключаются блюда, оказывающие сильное раздражающее действие на слизистую оболочку (соленья, копчености, наваристые супы, маринады, острые приправы, жареное мясо, рыба), плохо переносимые продукты (молоко, виноградный сок, сметана). Необходимо ограничить употребление соли, крепкого чая, кофе. Все блюда готовятся в жидком виде или в виде желе. Диета должна содержать 80 г белков, 80-100 г жиров, 200-300 г углеводов, 6 г соли, энергетическая ценность составляет 2100-2200 ккал. Пища принимается небольшими порциями через каждые 2-3 ч.

После купирования обострения назначается диета № 5, которая является основной. Эта диета содержит нормальное количество полноценных белков (90- 100 г); жиров (80-100 г), причем около 50% жиров составляют растительные масла; углеводов (400 г), энергетическая ценность рациона около 2500- 2900 ккал. Питание дробное (небольшими порциями) и частое (5-6 раз в сутки). Больным рекомендуются: супы молочные, фруктовые, овощные; нежирные сорта мяса (говядина, кролик, курица, индейка) в отварном или паровом виде; докторская колбаса, нежирная ветчина; каши; пудинги, запеканки, сырники; отварная вермишель, лапша; различные овощи в сыром, отварном, запеченном виде; салаты из вареных и сырых овощей и фруктов. Яйца дают всмятку (одно в 1-2 дня), белковые омлеты 2-3 раза в неделю. Молоко можно давать в натуральном виде и в блюдах (при хорошей переносимости), рекомендуются кисломолочные продукты, свежий творог, ленивые вареники, суфле из творога, неострый сыр. В блюда можно добавлять зелень петрушки, укроп в небольшом количестве, немного сметаны, фруктовые и ягодные соусы. Разрешаются некрепкий кофе, чай, фруктовые, овощные, ягодные соки, отвар шиповника. Растительное и сливочное масло добавляют в готовые блюда.

**Фитотерапия:** используются лекарственные растения, обладающие противовоспалительным, вяжущим, обволакивающим, адсорбирующим действием. Наиболее часто используются ромашка, зверобой, мята, семя льна, овса, тысячелистник, лапчатка, горец птичий, корневище аира, чистотел и другие растения.

**Медикаментозная терапия**

Антациды назначаются при явлениях "ацидизма" (изжога, кислая отрыжка и т.д.). более предпочтительны невсасывающиеся антациды.

* Маалокс по 1 таблетки через 1 ч после еды и на ночь.
* (Гастрофарм (помимо нейтрализации кислоты стимулирует репаративные процессы в гастродуоденальной слизистой оболочке) назначается по 1/2-1 таблетке 3 раза в день).

Холеретики - повышают секрецию желчи и способствуют ее выходу в двенадцатиперстную кишку.

* Фламин — в таблетках по 0.05 г, сухой концентрат бессмертника. Принимают по 1 таблетке 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 месяца.
* (Аллохол — по 1-2 таблетки 3-4 раза в день после еды в течение 2 месяцев).

**Лечение минеральными водами**

Прием минеральных вод позволяет снизить возбудимость желудочных желез, улучшить моторную и эвакуаторную функцию. Рекомендуется негазированные минеральные воды малой и средней минерализации, преимущественно щелочные: "Боржоми", "Лужанская", "Смирновская", "Славяновская" и др. Их принимают в теплом виде (37-38 °С) по 3/4 стакана 3 раза в день за 1-1.5 ч до еды (газ предварительно удаляют), курс лечения — 21-24 дня.

**Физиотерапевтическое лечение** включают электрофорезы, озокеритовые или парафиновые аппликации, индуктортерапию, гидротерапию.

**Лечебная физкультура**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 18.02.13 | ЧСС: 74 уд/минЧД: 14/минАД: 110/70 мм.рт.стtос: 36,6 | Состояние удовлетворительное, положение активное.Жалоб не предъявляетОбъективно: при пальпации легкая болезненность в пилородуоденальной зоне и в точке Кера. |
| 20.02.13 | ЧСС: 76 уд/минЧД: 18/минАД: 110/70 мм.рт.стtос: 36,7 | Состояние удовлетворительное, положение активное.Жалоб не предъявляетЖивот при пальпации безболезненный. |
| 21.02.13 | ЧСС: 73 уд/минЧД: 16/минАД: 110/70 мм.рт.стtос: 36,6 | Состояние удовлетворительное, положение активное.На момент осмотра жалоб нет.Объективно: при пальпации живот мягкий, не напряжен, безболезненный |
| 22.02.13 | ЧСС: 74уд/минЧД: 17/минАД: 110/70 мм.рт.стtос: 36,6 | Состояние удовлетворительное, положение активное.Жалоб не предъявляет.Объективно живот мягкий, безболезненный. |

**Выписной эпикриз**

Диагноз направления:хронический гастродуоденит, обострение.

На момент поступления предъявлены жалобы на: боли в животе тянущего характера; тошноту: постоянную, не связанную с приемом пищи; горечь во рту; снижение аппетита; недомогание, слабость, головокружение, нарушение сна.

Объективно при поступлении: состояние близко к удовлетворительному, положение активное, сознание ясное, при пальпации живота - болезненность в правом подреберье, пилородуоденальной зоне, в точке Кера.

Проведены следующие исследования:

11.02.13:

* Общий анализ крови: все показатели в пределах нормы.
* Биохимический анализ крови: все показатели в пределах нормы
* Анализ кала на яйца глист: не найдено.
* Соскоб на энтеробиоз: не найдено.
* ОАМ: показатели в пределах нормы

11.02.13.

* РВ отрицательна.

14.02.13.

* Анализ кала на тифопаратифозную и дизентерийную группу бактерий: бактерий тифопаратифозной и дизентерийной группы не найдено.

12.02.13

* УЗИ ОБП: Перегибы желчного пузыря.
* Ирригоскопия от 07.2012г.

Назначено следующее лечение:

* Диета: стол №1 – 3 дня, далее – стол №5.
* Маалокс по 1 таблетке через 1 ч после еды и на ночь.
* Фамотидин 20 мг 2 раза в день до еды
* Мотилиум по 1 таблетке 3 раза в день до еды
* ЛФК
* Физиолечение

На фоне проводимой терапии – улучшение, на момент выписки состояние удовлетворительное, жалоб нет, объективно никаких нарушений нет.

**Рекомендации**

Продолжение лечебного питания в течение 1-2 месяцев (стол №5).

Соблюдение режима питания, ограничение употребления жирной жареной, острой пищи.

Дозирование физических нагрузок, ограничение нервно-психических нагрузок.

Внимательное соблюдение правил личной гигиены.

Диспансерное наблюдение участковым терапевтом 2 раза в год (осеннее-весенний период).

**Список используемой литературы**

* «Детские болезни» под ред. А.А. Баранова – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002
* Н.П. Шабалов – «Детские болезни», С-Петербург, Сотис, 1993
* А.В. Мазурин, И.М. Воронцов – «Пропедевтика детских болезней», С-Петербург, ФОЛИАНТ, 2001
* « Внутренние болезни» под ред. Ф.И. Комарова – М.: Медицина, 1990