ФИО:

Пол: Женский

Возраст: 13 лет

День/месяц/год рождения: 1990 года;

Дата поступления в клинику:

**Диагноз при поступлении**: *хронический гастродуоденит,хронический холецистит в стадии обострения.*

**Сведения о родителях:**

мать: домохозяйка;

Посещает среднюю школу, класс 7.

**Домашний адрес**:

**Клинический диагноз**:

*хронический калькулезный холецистит стадия обострения, хронический гастродуоденит, лямблиоз.*

**Жалобы при поступлении.**

Обратилась с жалобами на сильные ноющие боли в животе (в эпигастральной области и правом подреберье), возникающие по утрам и через 30 мин после приема пищи,длительностью от 20 минут до 3-х часов,купируемые но-шпой и аллохолом, иногда иррадиирующие в область поясницы.Тошнота возникает после еды,вне зависмости от характера съеденной пищи, иногда рвота,всем объемом съеденной пищи,приносящая облегчение.Иногда возникает привкус горечи во рту.

Также жалобы на частые головные боли,вялость и быструю утомляемость.

**Жалобы на момент курации.**

Больноую беспокоят боли в эпигастральной области и области правого подреберья, неинтенсивные,неиррадиирующие проходящие самостоятельно.Глотание свободное.

Жалоб со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой, эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата не отмечает.

**Анамнез жизни.**

На основании выписки из истории болезни:

*Антенатальный период:*

Особенности течения беременности:

- инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила;

- питание удовлетворительное;

- работа без вредностей;

- роды первые,срочные (в 38 недель) в головном предлежании, самостоятельные.

*Характеристика новорожденного*:

- вес при рождении 3700 гр;

- рост 52 см,

- закричала сразу,

- родовая травма.

*Вскармливание:*

- грудное до 12 месяцев;

- все прикормы введены своевременно ;

- аллергических реакций при введении прикорма не было.

*Показатели развития ребенка:*

- впервые села в 6 месяцев;

- начала ходить в 10 месяцев;

- первая речь в 11 мес;

- посещала ясли и детский сад;

- с 6 лет читает;

- пошла в школу с 7 лет, осваивает школьную программу, успеваемость хорошая, учится легко,предпочетает литературу,рисование.С пятого класса посещает сортивные секции:волейбол,баскетбол.

*Перенесённые заболевания:*

- в 2 года острый бронхит;

- в 5 лет цистит,энурез,инфекция мочевыводящих путей;

- в 6 лет обострение хронического цистита,энурез,каликоэктазия слева.Хронический тонзилит,рецидивирующая гнойная ангина

- в 8 лет обострение хронического цистита,паразитоз (лямблиоз, описторхоз)

- в 9 лет обострение хронического пиелоцистита,пиелонефрит,острый вульвит.

- в 10 лет инфекция мочевыводящих путей хронический пиелоцистит,энурез,острый вульвит.Подкожный панариций первого пальца левой кисти:выполнено incisio, наложена повязка с гипертоническим раствором.

- в 10 1\2 лет обострение хронического пиелонефрита,острый бронхит.

- В 11 лет деформация желчного пузыря,возможна паразитарная инвазия. Обострение хронического пиелонефрита

- В 12 лет инфекция мочевыводящих путей,обострение хронического цистита,энурез. Хронический гастродуоденит,аскаридоз, обострение хронического холецистита, лямблиоз.

- в 13 дет хронический гастродуоденит,обострение.Паразитоз,обострение хронического пиелонефрита.

Профилактические прививки:

- БЦЖ в роддоме;

- против полиомиелита в 3 мес, в 2 года, в 6 лет;

- АКДС в 3 мес.

- Рекции манту были проведены согласно календарю прививок.

*Семейный анамнез*:

- матери 34 года - хронический гастрит,НЦД по гипотоническому типу

- брат 7 лет - частые ангины и ОРВИ.

*Бытовые условия и уход*:

- семья состоит из 4-х членов, из них: 2-е - взрослые, 2-е - дети;

- материально-бытовые условия удовлетворительные, проживают в отдельной 2-х комнатной благоустроенной квартире;

- ребёнок обслуживает себя самостоятельно;

- прогулки регулярно;

- сон: глубокий, продолжительность в среднем 8,5 часов;

- питается регулярно;

- курение, злоупотребление алкоголем, наркотическими и психотропными веществами отрицает.

*Эпидемиологический анамнез:*

- контакт с инфекционными больными за последние 3 недели, включая грипп, острые респираторные заболевания, отрицает.

Гинекологический анамнез:

Менструации с 12 лет,нерегулярные,среднего объема,безболезненные.Virgo intacta.

Молочные железы и вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту.

**Анамнез болезни.**

Cчитает себя больной,с 12 лет стали беспокоить боли в животе (преимущественно в правом подреберье), возникающие после приема пищи тошнота. Был поставлен диагноз хронический холецистит,а за год до этого была выявлена деформация желчного пузыря,также в течение последних четырех лет наблюдалась глистная инвазия ЖКТ(лямблиоз, аскаридоз,холецистит).После проведенного лечения (какого не помнит) симптомы исчезли. В дальнейшем обострения возникали примерно раз в квартал.

На протяжении последних 6 месяцев симптомы стали появляться 1 - 2 раза в неделю.

**Объективное исследование**.

Показатели физического развития.

показатель у ребенка норма для данного возраста сравнительная характеристика

масса 45.5 кг

рост 153 см

окружность грудной клетки 78 см

окружность головы 54 см

ЧСС 82 уд/мин

ЧД 22 /мин

Общий осмотр больного.

Общее состояние больной удовлетворительное.

Температура 36,4о С.

Сознание ясное.

Положение больной активное.

Настроение приподнятое сон и аппетит удовлетворительные.Хорошо идет на контакт с окружающими детьми и взрослыми.Глазные щели широкие,косоглазия и нистагма не выявлено.Зрительное и слуховое сосредоточение удовлетворительное. Зрачки сужены адекватно реагируют на свет.Моторные и психические функции соответствуют 13-14 годам.

Деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет.

Выражение лица осмысленное.Мимические мышцы без признаков болевого напряжения.

Форма головы правильная, непроизвольных движений головы нет.

Отека век нет.

Окраска кожных покровов: бледно розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Влажность кожных покровов нормальная, тургор кожи и эластичность соответствуют норме.Толщина кожной складки на тыльной поверхности кисти,на передней поверхности грудной клетки и локтевом сгибе-0,5 см. Сыпи, расчесов, рубцов,кровоизлияний,видимых опухолей нет. Эндотелиальные пробы:симптомы жгута,щипка и молоточка отрицательные. Красный неразлитой дермографизм.Время появления 15 с,время исчезновения-3 м

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер,изъязвлений,кровоизлияний,гнойных выделений нет. Конъюнктива глаз бледная. Волосяной покров - развит соответственно полу,волосы мягкие,светло-русого цвета,гне секутся.Брови и ресницыхорошо выражены.Ногти бледно-розовой окраски,гладкие,неломкие, обычной формы и толщины. Подкожно-жировой слой распределен равномерно,развит умеренно.Толщина подкожной-жировой складки на животе 2,5см,груди 2см,спине 2см,верхних конечностях 1,5 см,нижних конечностях 2 см.Отёков и уплотнений не выявлено.

Мышцы развиты умеренно, при пальпации безболезненны, без уплотнений. Тонус и сила мышц удовлетворительные.

Суставы не деформированы, при пальпации безболезненны. Ограничения подвижности не наблюдается. При движении хруст и боль отсутствуют.

При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются.

Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Язык розового цвета,нормальной величины и формы не обложен,без изъязвлений.

*Опорно-двигательный аппарат.*

Мышцы развиты соответственно возрасту, участков атрофий не выявлено, при пальпации безболезненны, без уплотнений. Тонус и сила мышц сохранены.

Суставы не деформированы, при пальпации безболезненны, уплотнений не выявлено. Ограничения подвижности не наблюдается. При движении хруст и боль отсутствуют.

Телосложение правильное, деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет. Форма головы правильная. Осанка правильная. Половины тела симметричны. Деформаций грудной клетки нет. Углы лопаток направлены вниз.

Физиологические изгибы позвоночника выражены в достаточной мере, патологических изгибов нет.

Кости не деформированы, при пальпации безболезненны. Концевые фаланги пальцев рук не утолщены.

*Система органов дыхания.*

Дыхание свободное, через нос. Отделяемого из носа нет. Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных и гайморовых пазух не наблюдается. Одышки нет. Голос не изменен. Носового кровотечения не выявлено.

Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены.

Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная. Ширина межреберных промежутков 1 см. Лопатки прилегают плотно. Надключичные и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева.

Тип дыхания смешанный. Дыхание глубокое, ритмичное. Движение обоих половин грудной клетки при дыхании равномерное.Эпигастральный угол 90 градусов.

Частота дыхания 22 в минуту.

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.

Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не выявлено.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких:

линия справа слева

l.parasternalis 5 межреберье -

l.medioclavicularis 6 ребро -

l.axillaris anterior 7 ребро 7 ребро

l.axillaris media 8 ребро 8 ребро

l.axillaris posterior 9 ребро 9 ребро

l. scapularis 10 ребро 10 ребро

l.paravertebralis ост. отросток 11 гр. позв. ост. отросток 11гр. позв.

Высота стояния верхушек легких:

Сзади слева справа

Остистый отросток спереди 3 см над ключицами спереди 3 см над ключицами

7 шейного позвонка

Подвижность нижних краев легких:

Топографич. линия Подвижность нижнего края легкого (см)

правого левого

вдох выдох суммар вдох выдох суммар

среднеключ 2 2 4 - - -

среднеподмыш 3 3 6 3 3 6

лопаточная 2 2 4 2 2 4

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см.

Дыхание везикулярное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

*Сердечно-сосудистая система.*

Пульс симметричный, ритм правильный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 88 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренных, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление 90/60 мм Hg.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, локализованный (шириной 1 см), низкий, не усиленный, не резистентный.

Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом, "кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца.

Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;

Левая - в V-ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии;

Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).

Поперечный размер относительной тупости сердца - 12 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Ширина сосудистого пучка 6 см на уровне второго межреберья.

Границы абсолютной тупости сердца.

Правая граница по левому краю грудины.

Левая граница на 2 сантиметра кнутри от среднеключичной линии в V межреберье.

Верхняя граница на IV ребре.

Аускультация. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту. Шумов нет.

*Система органов желудочно-кишечного тракта.*

Губы бледно-розовые, влажные. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют. Язык обложен бело-желтым налетом, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены.

Ротовая полость санирована.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны.

Запаха изо рта не наблюдается.

Исследование живота:

Осмотр.Живот нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Грыжи не выявлены. Мышцы живота участвуют в дыхании.

Поверхностная ориентировочная пальпация: ригидность мышц в правом подреберье и эпигастральной области.Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.Отмечается болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско. Пальпируется большая кривизна желудка по обе стороны от средней линии тела на 3 см выше пупка в виде валика. Привратник пальпаторно не определяется. Пальпируются все отделы толстой кишки, кроме прямой и аппендикса. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной 1,5 см. Слепая кишка прощупывается в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром 1,5 см, безболезненна. Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки не утолщены, диаметром 1,5 см. Поперечная часть ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 1,5 см на один сантиметр выше пупка, подвижна, безболезненна.

Перкуссия. При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Симптом Василенко (шум плеска справа от средней линии живота) отрицательный. Локальная перкуторная болезненность в эпигастрии выявлена.

При аускультации живота определяется активная перистальтика кишечника.

Пальцевое исследование прямой кишки не проводилось.

Поджелудочная железа. Болезненности при поверхностной пальпации и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы (симптом Керте) не выявлено.

Исследование печени и желчного пузыря:

При пальпации печень мягкая, гладкая, безболезненная, край острый, расположен на 1 см ниже края реберной дуги.

При аускультации шума трения брюшины не отмечается.

Перкуторное определение размеров печени по Курлову.

По правой среднеключичной линии - 9 см;

По передней срединной линии - 7 см;

По краю реберной дуги - 6 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптомы Кера,Мерфи,Ортнера,Мюсси положительные

Исследование селезенки

При перкуссии (по методу Образцова) по линии, соединяющей грудино-ключичное сочленение со свободным концом XI ребра (она проходит на 4 см латеральнее левой реберно-суставной линии), определены следующие границы селезеночной тупости:

верхняя граница - на уровне ІX ребра,

нижняя граница - на уровне XІ ребра.

Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.

Размеры селезеночной тупости:

поперечник - 5 см,

длинник - 6 см.

Селезенка не пальпируется.Шум трения брюшины над селезенкой не прослушивается.

Стул (со слов больного) ежедневный,оформленный.

*Система органов мочевыделения*.

Визуально припухлости в поясничной области не выявляется. Почки бимануально не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочевой пузырь безболезненный, обычной величины.

Мочеиспускание безболезненное, цвет мочи (со слов больного) соломенно-желтый.

*Система половых органов.*

Оволосение по женскому типу. Развитие первичных и вторичных половых признаков соответствует возрасту.

*Эндокринная система*.

Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

*Нервная система и органы чувств.*

Выражение лица спокойное. Настроение бодрое, больной общителен. Психическое развитие соответствует возрасту. При пальпации боли по ходу нервных стволов отсутствуют. Координационные пробы (пальценосовую, пяточно-коленную) выполняет. Походка не изменена. Красный неразлитой дермографизм.Время появления 15 сек,время исчезновения-3 минуты.Расстройств речи нет. Слух не нарушен.

Внешний осмотр глаз: отделяемое из глаз, гиперемия конъюнктивы, инъекция сосудов склер, боли при движении глазных яблок, светобоязнь, отечность век, слезотечение отсутствуют.

Внешний осмотр ушей: отделяемое из ушей, гиперемия кожи наружного слухового прохода отсутствуют. Надавливание на козелки безболезненно.

**Консультации узких специалистов**

*Окулист (7.10.03)*

1.0

1.0

Глазное дно бледно-розовое,границы четкие,сосуды из центра,артерии сужены, макулярный рефлекс без особенностей

Заключение:ангиопатия сосудов сетчатки.

**Параклинические исследования**

*Общий анализ крови 30.09.2003:*

эритроциты - 4,5\*1012 /л

Hb - 159 г/л

Цветной показатель - 1

лейкоциты- 7,4\*109 /л

СОЭ - 5 мм/ч

Палочкоядерные нейтрофилы - 0%

сегментоядерные - 36%

эозинофилы - 12%

лимфоциты - 50%

моноциты - 2%

Заключение:эозинофилия и лимфоцитоз.

*Общий анализ крови 08.10.2003:*

эритроциты - 4,5\*1012 /л

Hb - 155 г/л

Цветной показатель - 1.02

лейкоциты- 8\*109 /л

СОЭ - 2 мм/ч

Палочкоядерные нейтрофилы - 2%

сегментоядерные - 37%

эозинофилы - 6%

базофилы-2%

лимфоциты - 42%

моноциты - 12%

Заключение:умеренная эозинофилия и лимфоцитоз.

*Биохимический анализ (01.10.2003)*

Билирубин 11.4 мкмоль\л Общий белок 67.1 г\л Глюкоза 4.7 мкмоль\л Тимоловая проба 2.4 ЕД АсАТ 17 МЕ АлАТ 16 МЕ Амилаза 66 МЕ

Заключение:гипопротеинемия

*Анализ мочи:(30.09.2003)*

цвет соломено-желтый

Прозрачная

Удельный вес 1.011

белок ---

глюкоза ---

Билирубин ---

лейкоциты 2-3 в поле зрения

эпителий плоский 3-4

эритроциты 0-1

Заключение:повышеное содержание в моче плоского эпителия

*Реакция Вассермана (01.10.03)*

Отрицательная

*Бактериальная лаборатория (3.10.03)*

Бактерий тифа,паратифа и дизентирии не найдено

*Исследование дуоденального содержимого (30.09.03)*

Порция А1:через 45 минут

Количество 18 мл

Цвет желтый мутный

Лейкоциты+ам.соли+лямблии

Порция А2:MgSO4 через 8 минут

Количество 7 мл

Цвет желтый прозрачный

Лейкоциты+ам.соли

Порция В:через 17 минут

Количество 34 мл

Цвет желтый прозрачный

Лейкоциты+ам.соли+лямблии

Порция С: 10:10

Количество 12 мл

Цвет желтый мутный

Лейкоциты+ам.соли+лямблии

Заключение:спазм сфинктера Одди,спазм сфинктера Люткенса,гипомоторная дискинезия желчного пузыря,дисхолия.Лямблиоз.

*Эзофагогастродуоденоскопия (3.10.03)*

Пищевод и розетка кардии не изменены,свободно проходимы.Слизистая пищевода розовая,гладкая.Розетка смыкается плотно.В желудке мутная слизь,желчь. Перестальтика снижена.Слизистая желудка розовая гладкая с легкой гиперэмией складок,сосудистый рисунок неправильный.Привратник округлой формы смыкается плотно.Слизистая ДПК отечна гиперэмирована,на поверхности белесоватый налет.Фатеров сосок также покрыт налетом.

Заключение:Легкий эритематозный рефлюкс-гастрит,дуоденит.Дискинезия ДПК и ЖВП.

Паппилит.

*УЗИ (6.10.03)*

КВР правой доли печени 144 мм,поверхность ровная,ткань однородная,обычной эхогенности.Воротная вена 9 мм.

Желчный пузырь с перегибом ближе к шейке59\*25,стенка не изменена,содержимое однородное.

Поджелудочная железа:головка 11,тело 11,хвост 18,ткань однородна,эхоструктура не нарушена.

Селезенка 102-44,обычной эхогенности.

Почки лежа и стоя расп-ны подвижность сохранена слой паренхимы 10 мм,левая почка 111\42 мм визуализируется средняя группа чашечек 9-10мм.Правая почка 106\42 мм.Чашечно-лоханочная система не расширена

Заключение:перегиб желчного пузыря,каликоэктазия слева.

**Дневник.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДАТА | ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | НАЗНАЧЕНИЯ |
| 3.10.03 ПУЛЬС74ЧДД 20 Т 36.6 | СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ,КОЖА ЧИСТАЯ УМЕРЕННО ВЛАЖНАЯ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ,ЗЕВ СПОКОЕН,ЯЗЫК ОБЛОЖЕН ЖЕЛТО-БЕЛЫМ НАЛЕТОМ,В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ,ХРИПОВ НЕТ ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ РИТМИЧНЫЕ, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ И ЭПИГАСТРИИ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЕ НЕ НАРУШЕНЫ. ЖАЛОБ НЕТ. | Режим палатный  Аллохол 1 т 3 раза в день  Но-шпа 2мл-2% раствора под кожу 2 раза в день  Эссенциале 2 капсулы 3 раза в день во время еды.  Дуовит 2 т 1 раз в день  Проведена ЭГДС. |
| 4.10.03 ПУЛЬС78ЧДД 18 Т 36.6 | СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ,КОЖА ЧИСТАЯ УМЕРЕННО ВЛАЖНАЯ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ,ЗЕВ СПОКОЕН,ЯЗЫК ОБЛОЖЕН ЖЕЛТО-БЕЛЫМ НАЛЕТОМ,В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ,ХРИПОВ НЕТ ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ РИТМИЧНЫЕ, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ И ЭПИГАСТРИИ. СТУЛ И ДИУРЕЗ НОРМАЛЬНЫ | Режим палатный  Аллохол 1 т 3 раза в день Эссенциале 2 капсулы 3 раза в день во время еды.  Дуовит 2 т 1 раз в день |
| 6.10.03 ПУЛЬС79ЧДД 17 Т 36.7 | СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ,КОЖА ЧИСТАЯ УМЕРЕННО ВЛАЖНАЯ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ,ЗЕВ СПОКОЕН,ЯЗЫК ОБЛОЖЕН ЖЕЛТО-БЕЛЫМ НАЛЕТОМ,В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ,ХРИПОВ НЕТ ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ РИТМИЧНЫЕ, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ И ЭПИГАСТРИИ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЕ НЕ НАРУШЕНЫ.ХОРОШИЙ АППЕТИТ. | Режим палатный  Аллохол 1 т 3 раза в день  Проведено УЗИ печени и желчного пузыря  Эссенциале 2 капсулы 3 раза в день во время еды.  Дуовит 2 т 1 раз в день |
| 9.10.03 ПУЛЬС81ЧДД 18 Т 36.5 | СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ,КОЖА ЧИСТАЯ УМЕРЕННО ВЛАЖНАЯ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ, ЯЗЫК ОБЛОЖЕН ЖЕЛТО-БЕЛЫМ НАЛЕТОМ,В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ,ХРИПОВ НЕТ ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ РИТМИЧНЫЕ, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРА-ВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ И ЭПИГАСТРИИ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЕ НЕ НАРУШЕНО.ЖАЛОБЫ НА НЕ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ПОКОЕ,ТОШНОТУ.НАСМОРК | Режим палатный  Аллохол 1 т 3 раза в день Эссенциале 2 капсулы 3 раза в день во время еды.  Дуовит 2 т 1 раз в день  Но-шпа 2мл-2% раствора под кожу 2 раза в день |
| 13.10.03  ПУЛЬС80ЧДД 18 Т 36.5 | СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬ-НОЕ,ПОЛОЖЕНИЕ КЛИНОСТАТИ-ЧЕС-КОЕ,КОЖА ЧИСТАЯ УМЕРЕННО ВЛАЖНАЯ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ,ЯЗЫК ОБЛОЖЕН ЖЕЛТО-БЕЛЫМ НАЛЕТОМ .ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ И ЭПИГАСТРИИ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЕ НЕ НАРУШЕНО.ЖАЛОБЫ НА СИЛЬНЫЕ, КОЛЮЩИЕ,НОЧНЫЕ БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ,СИЛЬНАЯ РВОТА ВСЕМ СОДЕРЖИМЫМ ЖЕЛУДКА, ПРИНЕСШАЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОБЛЕГ-ЧЕНИЕ.УТРОМ ТОШНОТА,ДАВЯЩАЯ БОЛЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ГОЛОВОКРУ-ЖЕНИЕ ПРИ ХОДЬБЕ,СЛАБОСТЬ,АППЕТИТ ПОВЫШЕН. | Режим палатный  Аллохол 1 т 3 раза в день Эссенциале 2 капсулы 3 раза в день во время еды.  Дуовит 2 т 1 раз в день  Но-шпа 2мл-2% раствора под кожу 2 раза в день  Церукал 1 т\1 раз |

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Диагноз:хронический некалькулезный холецистит, период обострения.Лямблиоз. Хронический гастродуоденит.Хронический пиелонефрит стадия ремиссии.

Хронический некалькулезный холецистит в стадии обострения поставлен на основании жалоб на сильные ноющие боли в животе (в эпигастральной области и правом подреберье), возникающие по утрам и через 30 мин после приема пищи,длительностью от 20 минут до 3-х часов,купируемые но-шпой и аллохолом, иногда иррадиирующие в область поясницы. Тошнота возникающая после еды,вне зависмости от характера съеденной пищи, иногда рвота,всем объемом съеденной пищи,приносящая облегчение.Иногда возникает привкус горечи во рту.Также жалобы на частые головные боли,вяялость и быструю утомляемостьНа основании анамнеза из которого известно,что первые признаки болезни были диагностированы 1 год назад.На основании обьективных данных:обложенность языка боли при поверхностной пальпации в эпигастрии и правом подреберье.Положительные симптомы Кера,Ортнера ,Мерфи,Мюсси.На основании параклинических исследований:УЗИ-перегиб желчного пузыря,способствующий развитию заболевания.Анализ крови- эозинофилия и лейкоцитоз,гипопротеинемия.Исследование дуоденального содержимого-:спазм сфинктера Одди,спазм сфинктера Люткенса,гипомоторная дискинезия желчного пузыря,дисхолия Лямблиоз поставлен на основании исследования дуоденального содержимого, показавшего наличие лямблий в первой,третьей и четвертой порции,.Лямблиоз возможно явился причиной развития холецистита.

Хронический гастродуоденит в стадии обострения поставлен на основании жалоб на сильные ноющие боли в животе в эпигастральной области , возникающие по утрам и через 30 мин после приема пищи,длительностью от 20 минут до 3-х часов.На основании анамнеза из которого известно,что первые признаки болезни были диагностированы 1 год назад.На основании обьективных данных:боли при поверхностной пальпации в эпигастрии .На основании ЭГДС:легкий эритематозный рефлюкс-гастрит,дуоденит.

Хронический пиелонефрит стадия ремиссии поставлен на осовании данных анамнеза,анализа мочи(повышение количества плоского эпителия) и результатов УЗИ.

**Дифференциальный диагноз**

С пиелонефритом

Общее

- боли в животе и пояснице

- головная боль,вялость слабость,быстрая утомляемость.

Разное

- отрицательный симптом Пастернацкого

- отсутствие дизурического синдрома(императивные позывы,поллаки урия, болезненность при мочеиспускании)

- отсутствие белка,лейкоцитов и крови в моче,и большого количества плоского эпителия

С язвой ДПК

Общее

- боли в животе

- рвота,артериальная гипотония

- сохранение нормального аппетита

Разное

- положительные симптомы Кера,Ортнера,Мюсси,Мерфи.

- эозинофилия и лейкоцитоз,гипопротеинемия.

- Отутствие дефекта слизистой при ЭГДС

С атипично атипично расположенным аппендицитом

Общее

- боли в животе

- однократная рвота

- обложенность языка

Разное

- отрицательные симптомы раздражения брюшины

- отрицательные симптомы Ровзинга,Климова,Образцова

С панкреатитом

Общее

- боли в эпигастрии

- рвота

- обложенность языка

- эозинофилия и лейкоцитоз

Разное

- отрицательные симптомы Мондора,Воскренского,Керте

- отсутствие повышения содержания трипсина в крови

- отсутвие опоясывающих болей

**Лечение основного заболевания.**

1.Лечебный режим.

2.Лечебное питание.

3.Купирование болевого синдрома в периоде обострения.

4.Противолямблиозные препараты.

5.Десенсибилизирующие средства.

6.Рациональное применение желчегонных средств.

7.Нормализацию функций вегетативной нервной системы.

8.Иммуномодулирующую терапию и повышение общей реактивности организма.

9.Физиотерапевтическое лечение.

10.Витаминотерапия

11.Лечение минеральными водами.

12.Санаторно-курортное лечение.

13.Диспансеризация.

1.Госпитализация.При обострении с гипертонической дискинезией желчевыводящих путей рекомендован не строгий постельный режим. Психоэмоциональный комфорт.Покой

2.В первые 2 дня обострения только питье теплой жидкости,затем диета N5.Питание дробное(небольшими порциями) и частое 5-6 раз в день,что способствует лучшему оттоку желчи.

3.Применяют:М- холиномиметики(п\к,в\м 1мл 1% р-ра атропина сульфата-спазмолитическое,противорвотное действие);миотропные спазмолитики(п\к,в\м но-шпа 2мл 2% р-ра,2-3 в день)

4.Фуразолидон 0.1г 4 раза в день.

5. Супрастин 1\2 т 3 в день.

6.Холеретики(аллохол 1 т 3 раза в день-стимуляция секреции желчи в печени,тока ее) . Холекинетики(внутрь ксилит 10%-50 мл 2 раза в день-сокращение желчного пузыря расслабление сфинктера Одди).Терапия длится 2 месяца.

7.Седативные средства(пустырник 40 капель внутрь 3 раза в день-купируют психомоторное возбуждение)

8.Тималин 20 мг 1 раз в день 5-10 дней

9.Бальнеотерапия,иглорефлексотерапия,электрофорез со спазмолитиками,УВЧ и СВЧ терапия.

10.А,В1,В2,В6,В12,В15,С,Р,РР,Е,липоевая и фолиевая кислоты.

11. “Боржоми”,”Трускавец”,”Ессентуки N17”,”Арзни”.

12.Курорты:Ессентуки,Железноводск,Боржоми,Трускавец.

13.Обследование 1-2 раза в год у гастроентеролога.Дуоденальное зондирование,УЗИ,анализ крови и мочи 1 раз в год.

**Выписной эпикриз**

Больная поступила в ОДБ

Жалобы при поступлении Обратилась с жалобами на сильные ноющие боли в животе (в эпигастральной области и правом подреберье), возникающие по утрам и через 30 мин после приема пищи,длительностью от 20 минут до 3-х часов,купируемые но-шпой и аллохолом, иногда иррадиирующие в область поясницы.Тошнота возникает после еды,вне зависмости от характера съеденной пищи, иногда рвота,всем объемом съеденной пищи,приносящая облегчение.Иногда возникает привкус горечи во рту.

Также жалобы на частые головные боли,вялость и быструю утомляемость.

Анамнез болезни: С 12 лет стали беспокоить боли в животе (преимущественно в правом подреберье), возникающие после приема пищи тошнота. Был поставлен диагноз хронический холецистит,а за год до этого была выявлена деформация желчного пузыря,также в течение последних четырех лет наблюдалась глистная инвазия ЖКТ(лямблиоз, аскаридоз,холецистит).После проведенного лечения (какого не помнит) симптомы исчезли. В дальнейшем обострения возникали примерно раз в квартал.

На протяжении последних 6 месяцев симптомы стали появляться 1 - 2 раза в неделю.

Анамнез жизни:.

Родилась в 1990 году.Первый ребенок в семье. Перенесённые заболевания:

- в 2 года острый бронхит;

- в 5 лет цистит,энурез,инфекция мочевыводящих путей;

- в 6 лет обострение хронического цистита,энурез,каликоэктазия слева.Хронический тонзилит,рецидивирующая гнойная ангина

- в 8 лет обострение хронического цистита,паразитоз (лямблиоз, описторхоз)

- в 9 лет обострение хронического пиелоцистита,пиелонефрит,острый вульвит.

- в 10 лет инфекция мочевыводящих путей хронический пиелоцистит,энурез,острый вульвит.Подкожный панариций первого пальца левой кисти:выполнено incisio, наложена повязка с гипертоническим раствором.

- в 10 1\2 лет обострение хронического пиелонефрита,острый бронхит.

- В 11 лет деформация желчного пузыря,возможна паразитарная инвазия. Обострение хронического пиелонефрита

- В 12 лет инфекция мочевыводящих путей,обострение хронического цистита,энурез. Хронический гастродуоденит,аскаридоз, обострение хронического холецистита, лямблиоз.

- в 13 дет хронический гастродуоденит,обострение.Паразитоз,обострение хронического пиелонефрита.

Лабораторные и инструментальные исследования: Общий анализ кр.: Эр. - 4,5 • 1012/л; Hb - 155 г/л; Лейк. - 8,0 • 109/л; п/я - 2%; с/я - 37%; лимф - 42%; м - 12%;б-2%, э - 6%, СОЭ 2 мм/ч,

Биохим. анализ белок-67 г\л

Общий анализ мочи прозр.; ж цвета.; уд.вес 1,011; белок -; R 1-2 в поле зрения.

Инструментальные исследования; УЗИ: Заключение:перегиб желчного пузыря,каликоэктазия слева.

ЭГДС: Легкий эритематозный рефлюкс-гастрит,дуоденит.Дискинезия ДПК и ЖВП.

Паппилит.

Исследование дуоденальнгого содержимого:

Заключение:время появления порции А увеличено на 5 минут,желчь мутная.Продолжительность второй фазы 8 минут.При микроскопии всех порций желчи обнаружено содержание лейкоциты и лямблии

**Рекомендации**

1.Обследование 1-2 раза в год у гастроентеролога.Дуоденальное зондирование,УЗИ,анализ крови и мочи 1 раз в год.

2.Лечебное питание.

3.Витаминотерапия

4.Прием холеретиков

5.Лечение минеральными водами.

6.Санаторно-курортное лечение.

**Прогноз**

После прохождения всех пунктов лечебной программы и при соблюдении всех рекомендаций,а так же учитывая не яркую клиническую манифестацию обострений холецистита прогноз можно считать благоприятным.

Использованная литература:

1. Н.П.Шабалов "Детские болезни" 1993г.,изд"Сотис" с266-269

2. Роберт Хэгглин "Дифференциальная диагностика внутренних болезней" 1997г.,изд "Триада,Х" с 509-513

3. А.Н.Окороков "Лечение болезней внутренних органов" 1997г.,изд "Белмедкнига" с418-448

4. Ф.Ф.Тетенев "Пропедевтика внутренних болезней" 1993.,изд

5.А.В.Матвеева ”Сочетанная терапия хронического гастродуоденита у детей” 1998г с 123-140

6.Н.К.Кириллова ”Реабилитация больных хроническим гастродуодентом” 1998г. с 74-78

7.А.В.Матвеева ”Реабилитация детей хроническим гастродуодентом” 1998г. с 34-48