**Паспортная часть**

**Ф.И.О:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 07.1992г.

**Место жительства:** г. Томск

**Национальность:** русский

**Мать:**38 лет, временно не работает

**Отец:** с семьей не живет

**Дата поступления:** 21.04.2005г.

**Дата выписки:** 03.05.2005г.

**Госпитализация:** направлен участковым педиатром в

плановом порядке в дневной стационар

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

обострения. Паразитоз?

**Клинический диагноз:**

1. **основное заболевание:** хронический описторхоз, фаза обострения, клинически выраженная форма. Хронический холангиохолецистит, фаза стихающего обострения. ДКЖВП по гипертоническому гиперкинетическому типу. Хронический экссудативный гастрит. Хронический поверхностный дуоденит.
2. **сопутствующие заболевания:** Лямблиоз. Вторичная энцефалопатия на фоне цереброваскулярной недостаточности. Вегетососудистая дистония по нормотоническому типу, фаза ремиссии.

Ребенок посещает 6 класс средней общеобразовательной школы. На «Д» учете не состоит.

**Анамнез**

1. **Жалобы**

**Жалобы при поступлении:**

* + боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после приема обильной и жирной пищи. Боли длятся в течение нескольких часов, иррадиируют в левое подреберье. Для купирования болей пациент самостоятельно принимал но-шпу, алмагель и смекту, боль уменьшалась на 40 минут, затем усиливалась вновь.
  + постоянная тошнота, изжога, отрыжка воздухом, горечь во рту
  + троекратная рвота в течении 3 дней съеденной пищей. Рвота облегчения и уменьшения болей не приносила.
  + головные боли в височной области, переходящие в область затылка. Боли возникают после физической нагрузки и стрессов и проходят самостоятельно в покое примерно через час.

**Жалобы на момент обследования:**

* боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после приема обильной и жирной пищи. Боли длятся в течение нескольких часов, иррадиируют в левое подреберье. Боли возникают также ночью или через несколько часов после приема пищи.
* изжога, отрыжка воздухом после приема пищи
* диарея в течение последних 3 дней
* в течение года регулярные запоры по 3-4 дня
* тянущие боли в правом подреберье, возникающие после повышенной физической нагрузки и самостоятельно проходящие в покое через 1 час.
* снижение аппетита в последний месяц
* головные боли в височной области, переходящие в область затылка. Боли возникают после физической нагрузки и стрессов и проходят самостоятельно в покое примерно через час.
* приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой, нарушением координации и зрения. Приступы головокружения возникают спонтанно вне зависимости от положения тела и нагрузки. При поворотах головы головокружение не усиливается. Со слов пациента, при приступах головокружения у него имелось несколько эпизодов потери сознания, по поводу которых к врачу он не обращался.
* колющие боли в области сердца с иррадиацией в правую руку, возникающие при волнении, переутомлении, физической нагрузке, продолжительностью до 1 часа. Боль усиливается при поворотах и сгибании туловища, уменьшается в покое в положении лежа.
* онемение кончиков пальцев на руках по утрам, которое постепенно проходит в течение 30-60 минут.
* боли в нижнегрудном и шейном отделе позвоночника, возникающие при физической нагрузке. Боль усиливается при поворотах туловища и проходит самостоятельно в покое.
* повышенная жажда, в течение дня выпивает до 3 литров жидкости
* отеки на лице, возникающие после приема большого количества жидкости. Отеки отмечает по утрам, самостоятельно проходят в течение дня.
* плохой сон

1. **Анамнез развития заболевания.**

Со слов пациента, указанные жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (боли в эпигастрии, тошнота, изжога, отрыжка) отмечает в течение последних 2 лет. Речную рыбу употреблял многократно. В последний год в связи с разводом родителей пациент отмечает усиление болей в эпигастральной области. Данное заболевание началось остро 17 апреля 2005г. После обильного приема пищи возникли сильные боли в эпигастрии, сопровождающиеся тошнотой, отрыжкой, изжогой, слабостью. Однократная рвота не принесла облегчения. В течение 3 дней ребенок находился дома, указанные жалобы не уменьшались. Рвота возникала еще 2 раза. Для облегчения болей принимал смекту, но-шпу. Данные лекарственные препараты помогали только на 30-40 минут, затем боли снова усиливались. 20 апреля пациент обратился к участковому педиатру и был направлен в дневной стационар с диагнозом: хронический гастродуоденит, фаза обострения. Паразитоз?

1. **Анамнез жизни**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 29 июля 1992 года ребенком от 3 беременности, вторых срочных родов, в полной семье. Масса при рождении 3270гр, рост 54см. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал, все прививки проставлены соответственно календарю. В возрасте 4,5 месяцев был поставлен на «Д» учет у невролога с диагнозом «перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза». Синдром двусторонней пирамидной недостаточности». Снят с «Д» учета в возрасте 1 года. В 2001г. переболел ветряной оспой. В 2004г. получил сотрясение мозга, находился в стационаре в течение 8 дней.

Обучается в средней общеобразовательной школе в 6 классе, успеваемость низкая. Занимается спортом. Курил с 10 лет в течение 3 лет (по 1 сигарете в 2-3 дня), в течение последнего года не курит. Занимается спортом (футбол).

* 1. **Семейный анамнез**

О заболеваниях бабушек и дедушек отцовской линии не знает. По материнской линии бабушка страдала сахарным диабетом, дедушка переболел клещевым энцефалитом. Старший брат здоров. У матери - цирроз печени? У отца - 2 язвы желудка, остеохондроз. О наличии у близких родственников случаев сифилиса, туберкулеза, нервных, психических, обменных и других наследственных болезней не знает.

1. **Аллергологический анамнез**

Аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* нормостенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 148,5см.

*Вес:* 34кг.

*Кожа, слизистые оболочки:*

Кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, расчесов нет. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка нет. Склеры субэктеричны.

*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 неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, неувеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная.

*Ротовая полость:* видимые слизистые рта, мягкого неба, десна розового цвета, чистые, влажные. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки выражены, налета и наложений нет.

**Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка нормостенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол около 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. 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 нормостенического 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 16\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.

Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. 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. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**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, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*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 6см.

*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.**

*Осмотр:*

Слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. Скопление жидкости и газов не определяется.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы Менделя, Мюсси, Мерфи положительны. Симптомы Мейо-Робсона, Кача, Гротта отрицательны, пальпация в зонах Шофара и Губергрица безболезненна.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка | |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis | |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 8см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 10см

Поперечник = 8см

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обоих сторон. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Мочеиспускание не затруднено, безболезненное.

**Нервная система**

Больной активен, полностью ориентирован во времени и пространстве, отношение доброжелательное. При исследовании определяется горизонтальный мелкоразмашистый нистагм и неустойчивость в позе Ромберга.

**Оценка физического развития**

Вес 34,0 кг (должный вес 40 кг), коридор №3 - величины ниже среднего

Рост 148,5 см (должный рост 150 см), коридор №3 - величины ниже среднего

Индекс Кеттле = масса тела, кг = 34,0 = 15,52 коридор №3 - величины ниже

( рост, м )² (1,48)² среднего

**Данные лабораторных исследований**

1. Общий анализ крови (от 21.04.2005г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 131  4,0  0,98  6,2  2  37  0  4  52  7 | 130 – 167  4,28 – 5,30  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  1 - 10  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

Заключение: лимфоцитоз.

1. Общий анализ мочи (от 22.04.2005г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Амилаза  Микроскопия осадка  Соли оксалата  Слизь | светло-желтый  прозрачная  1010  отрицательный  отрицательный  отрицательный  единичные клетки эпителия и лейкоциты в полях зрения  +  + |

Заключение: анализ мочи без особенностей.

1. Биохимический анализ крови (от 21.04.2005г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  α-амилаза сыворотки, ед  Общий белок г\л  Общий билирубин, мкмоль\л  Прямой билирубин, мкмоль\л  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л  Тимоловая проба, ед | 4,5  239  67,4  14,9  3,3  26  23  1,6 | 3,5-5,5  до 220  65-85  8,55 – 20,05  отрицателен  до 35,0  до 35,0  0-4 |

Заключение: повышение уровня прямого билирубина, амилазы.

1. Анализ кала на яйца гельминтов (от 22.04.2005г.)

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

**Данные инструментальных исследований**

1. ЭГДС (от 21.04.2005г.)

Заключение: экссудативный гастрит, умеренный поверхностный дуоденит.

1. R-грамма кистей рук (от 21.04.2005г.)

Заключение: костный возраст на 10-12 лет. Проводится для оценки костного возраста, т.к. масса и рост ребенка отстают от нормальных возрастных величин.

1. УЗИ органов брюшной полости (от 21.04.2005г.)

Заключение: признаки диффузных изменений паренхимы печени. Метеоризм. Косвенные признаки ДЖВП.

1. РЭГ (от 29.04.2005г.)

Заключение: снижение кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне с 2 сторон. Венозный отток затруднен в бассейне каротид и вертебробазилярном бассейне. Периферическое сосудистое сопротивление повышено в бассейне каротид (легкой степени). Повышен тонус артерий среднего калибра в вертебробазилярном бассейне.

1. ЭКГ (от 21.04.2005г.)

Заключение: ритм синусовый. Синусовая дыхательная аритмия 67-86 уд\мин. Вертикальное положение ЭОС. Признаков гипертрофии нет.

1. ЭЭГ (от 29.04.2005г.)

Заключение: Очаговой активности нет. Общемозговая активность выражена. Эпиактивности нет. Признаки дисфункции подкорковых структур.

1. Дуоденальное зондирование (от 26.04.2005г.)

Порция А: поступила через 10 минут, объем 58 мл. Цвет желтый, прозрачная, слизь ++, соли ++, яйца описторхов, лямблии.

Порция А2: стимуляция сорбитом, MgSO4. Объем 4 мл, цвет светло-желтый, прозрачный, слизь +, соли ++.

Порция В: Объем 12 мл, цвет оливковый, прозрачная, слизь ++, соли ++, лямблии, яйца описторхов.

Заключение: лямблиоз, описторхоз. ДКЖВП по гипертоническому гиперкинетическому типу.

**Консультации узких специалистов**

1. Консультация невролога (от 03.05.2005г.)

Заключение: вторичная энцефалопатия на фоне хронической цереброваскулярной недостаточности. Назначено лечение: пикамилон, никошпан, витамины В1, В12.

**Обоснование клинического диагноза**

Основное заболевание: хронический описторхоз, фаза обострения, клинически выраженная форма. Хронический холангиохолецистит, фаза стихающего обострения. ДКЖВП по гипертоническому гиперкинетическому типу. Хронический экссудативный гастрит. Хронический поверхностный дуоденит. Диагноз ставится на основании:

1. Жалоб пациента:
   * боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после приема обильной и жирной пищи. Боли длятся в течение нескольких часов, иррадиируют в левое подреберье. Боли возникают также ночью или через несколько часов после приема пищи.
   * изжога, отрыжка воздухом после приема пищи
   * тянущие боли в правом подреберье, возникающие после повышенной физической нагрузки и самостоятельно проходящие в покое через 1 час.
   * снижение аппетита в последний месяц
   * плохой сон
     1. Данных анамнеза:

Со слов пациента, указанные жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (боли в эпигастрии, тошнота, изжога, отрыжка) отмечает в течение последних 2 лет. В последний год в связи с разводом родителей пациент отмечает усиление болей в эпигастральной области. Данное заболевание началось остро 17 апреля 2005г. После обильного приема пищи возникли сильные боли в эпигастрии, сопровождающиеся тошнотой, отрыжкой, изжогой, слабостью. Однократная рвота не принесла облегчения. В течение 3 дней ребенок находился дома, указанные жалобы не уменьшались. Рвота возникала еще 2 раза. Для облегчения болей принимал смекту, но-шпу. Данные лекарственные препараты помогали только на 30-40 минут, затем боли снова усиливались. 20 апреля пациент обратился к участковому педиатру и был направлен в дневной стационар с диагнозом: хронический гастродуоденит, фаза обострения. Паразитоз?

* + 1. Данных объективного обследования:
       - субэктеричность склер
       - при поверхностной пальпации живот слабо болезненен в эпигастральной области
       - положительные симптомы Менделя, Мюсси, Мерфи
         1. Данных лабораторных и параклинических обследований:

лимфоцитоз в общем анализе крови

повышение уровня прямого билирубина в биохимическом анализе крови

данные ЭГДС: экссудативный гастрит, умеренный поверхностный дуоденит.

данных УЗИ: признаки диффузных изменений паренхимы печени. Метеоризм. Косвенные признаки ДЖВП.

данных дуоденального зондирования: лямблиоз, описторхоз. ДКЖВП по гипертоническому гиперкинетическому типу.

**Дифференциальный диагноз**

1. **Хронический панкреатит, фаза обострения**

**Сходства:** боли в эпигастральной области и правом подреберье после приема обильной и жирной пищи, симптомы желудочно-кишечной диспепсии (отрыжка, рвота), снижение аппетита, неустойчивость стула (склонность к запорам, чередующаяся с поносами), рвота, не приносящая облегчения, нарушения сна, астенизация. Пациент предъявляет также жалобы на усиленную жажду, что может быть признаком эндокринной недостаточности функций поджелудочной железы. В анализах крови - лифоцитоз, который возможен при хроническом воспалительном процессе. В биохимическом анализе крови - повышение уровня амилазы.

**Отличия:** в период обострения боли обычно имеют «опоясывающий» характер, иррадиация боли больше характерна в правое подреберье, чем в левое. Не характерны голодные, ночные боли. При обострении панкреатита каловые массы имеют специфический «панкреатический» вид - обильные, кашицеобразные, зловонные, с жирным блеском. Данные жалобы у больного отсутствуют. Симптомы Мейо-Робсона, Кача, Гротта отрицательны, пальпация в зонах Шофара и Губергрица безболезненна. В ОАК отсутствуют признаки обострения воспалительной реакции - лейкоцитоз, повышение СОЭ. В биохимическом анализе отсутствует гипергликемия, но для уточнения диагноза рекомендуется сделать гликемический профиль. Амилаза (диастаза) мочи отрицательная. На УЗИ органов брюшной полости отсутствуют изменения со стороны поджелудочной железы.

1. **Язвенная болезнь желудка и ДПК, фаза обострения**

**Сходства:** боли в эпигастральной области, возникающие после приема обильной и жирной пищи (язва желудка), поздние и ночные боли (язва ДПК), симптомы желудочно-кишечной диспепсии (изжога, отрыжка), снижение аппетита, симптомы астенизации. Частым сопутствующим состоянием при язвенной болезни у подростков является вегето-сосудистая дистония. В ОАК - лимфоцитоз. При объективном исследовании - болезненность при пальпации в эпигастрии, положительный симптом Менделя.

**Отличия:** при язвенной болезни боль обычно купируется приемом антацидных препаратов (смекта, алмагель), которые пациенту не помогали. Боли носят сезонный характер с обострениями весной-осенью, чего больной до данного заболевания никогда не отмечал. В анализах крови отсутствует лейкоцитоз, признаки скрытого кровотечения. При ЭГДС - отсутствие язвенных дефектов в желудке и ДПК.

1. **Хронический гепатит, фаза обострения**

**Сходства:** тянущие боли в правом подреберье, возникающие после повышенной физической нагрузки и самостоятельно проходящие в покое через 1 час, снижение аппетита, желудочно-кишечная диспепсия, астеновегетативныйе симптомы. При осмотре - субэктеричность склер, положительные симптомы желчного пузыря, умеренная болезненность при пальпации в эпигастрии. На УЗИ органов брюшной полости - диффузные изменения паренхимы печени. В биохимическом анализе крови - повышение уровня прямого билирубина.

**Отличия:** отсутствуют данные анамнеза о перенесенном ранее остром гепатите. Отсутствует желтуха, внепеченочные системные проявления гепатита. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна. В анализах крови нет признаков воспалительной реакции (увеличение СОЭ, лейкоцитоз). В биохимическом анализе крови нормальные показатели печеночных проб (тимоловой) и печеночных ферментов (АСАТ, АЛАТ, γГТФ). Не изменены печеночные функции - свертывающая, белковообразующая.

1. **Хронический энтероколит, фаза обострения**

**Сходства:** симптомы желудочно-кишечной диспепсии (отрыжка, рвота), астеновегетативная симптоматика, снижение аппетита. При пальпации - болезненность в эпигастральной области. По данным УЗИ - метеоризм.

**Отличие:** отсутствуют характерные разлитые по всему животу боли, либо локализованные около пупка и в нижних отделах живота. При энтероколитах отмечаются обычно симптомы гипоавитаминозов, дистрофии, снижение массы тела. Пальпация области кишечника безболезненна, урчание не определяется. Характерен плохопереваренный стул. В анализах крови нет признаков нарушения всасывания (нормальный уровень белка, отсутствуют признаки анемии, уровень глюкозы не снижен). Для исключения диагноза хронического энтероколита необходим посев кала на дисбактериоз.

1. **Аскаридоз**

**Сходства:**  боли в животе, желудочно-кишечная диспепсия, неустойчивый стул, снижение аппетита, нарушение сна, головные боли и головокружение, симптомы астенизации. При объективном исследовании - умеренная болезненность в эпигастрии. При попадании аскарид в общий желчный проток может возникнуть реактивный холецистит, при котором будут положительны симптомы желчного пузыря, как и у данного больного. При этом также возможно повышение уровня билирубина.

**Отличия:** боли в животе обычно приступообразные, локализованы вокруг пупка или в нижних отделах живота. В анамнезе у ребенка нет указания на проявления фазы миграции личинок аскарид (недомогание, кашель, легкая температура, сыпь). В анализах нет признаков воспалительной реакции - увеличения СОЭ, лейкоцитоза, нет эозинофилии. В анализах кала отсутствуют яйца глистов, хотя требуется многократное копрологическое исследование.

**Лечение**

1. **Подготовительный этап в лечении описторхоза (10 дней):**
   * стол № 5 (питание при обострении хронического холецистита)
   * Tab. Metronidazoli 0,5 №10, по ½ таблетки 2 раза в день во время еды в течении 10 дней (антибиотик для эрадикации H. Pylori в лечении хронического гастрита, лечение лямблиоза)
   * Tab. Ranitidini 0,15 №20 по 1 таблетке 2 раза в день (блокатор Н2-рецепторов гистамина для снижения желудчоной секреции при лечении хронического гастрита)
   * Tab. «No-spa» 0,04 № 20 по 1 таблетке 2 раза в день (спазмолитик для снятия спазма желчевыводящих путей)
   * Tab. «Allocholum» № 30, по 1 таблетке 3 раза в день (желчегонный препарат для подготовки желчевыводящих путей)
2. **Лечение описторхоза:**
   * Tab. Praziquanteli 0,06 №1, после ужина в 22.00 первая доза - 1,5 таблетки. Вторая доза в 02.00 - 1 таблетка. Третья доза - 06.00 - 1 таблетка. При выраженной интоксикации утром ставят систему Sol. Glucosi 0,5% - 200 ml + Sol.Acidi ascorbinici 5%-2ml. Утром в 8 часов проводится дуоденальное зондирование с целью удаления погибших описторхов.

Далее на 10 дней:

* + Tab. «No-spa» 0,04 № 20 по 1 таблетке 2 раза в день (спазмолитик для снятия спазма желчевыводящих путей)
  + Tab. «Allocholum» № 30, по 1 таблетке 3 раза в день (желчегонный препарат)
  + тюбажи

После окночания курса рекомендуется прием желчегонных трав. Через 6 месяцев - повторное дуоденальное зондирование для контроля излеченност

**Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура | Течение болезни | Назначения |
| 09.03.2005г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t =36,7°С  ЧД=16\мин | Знакомство с больным. На момент обследования пациентка предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, диспепсию, головную боль в височной области, диарею в течение 3 дней. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая, склеры субэктеричны. Определяется горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, неустойчивость в позе Ромберга. При пальпации живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастральной области. Симптомы Менделя, Мюсси, Мерфи положительны. | Стол № 5  Режим стационарный  ОАК, ОАМ, БАК, кал на яйца глист, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, R- грамма кистей рук  Tab. Ranitidini 0,15 по 1 таблетке 2 раза в день  Tab. Metronidazoli 0,5 №10, по ½ таблетки 2 раза в день во время еды  Tab. «No-spa» 0,04 № 20 по 1 таблетке 2 раза в день  Tab. «Allocholum» № 30, по 1 таблетке 3 раза в день |
| 10.03.2005г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t =36,7°С  ЧД=16\мин | Жалобы те же. Живот при пальпации умеренно болезненный. Дыхание жесткое везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке выслушивается слабый систолический шум. | Назначения те же.  ЭЭГ, РЭГ, дуоденальное зондирование |
| 11.03.2005г.  АД= 120\85 мм.рт.ст.  Пульс 70 уд\мин  t =36,6°С  ЧД=14\мин | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит постепенно восстанавливается. Физиологические отправления в норме. | Назначения те же.  Консультация невропатолога |

**Выписной эпикриз.**

Пациент \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1992г.р. (12 лет) поступил в дневной стационар ОДКП 21.04.2005г. в плановом порядке по направлению участкового педиатра с диагнозом: хронический гастродуоденит, фаза обострения. Паразитоз? На момент поступления больной предъявлял следующие жалобы:

* + боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после приема обильной и жирной пищи. Боли длятся в течение нескольких часов, иррадиируют в левое подреберье. Для купирования болей пациент самостоятельно принимал но-шпу, алмагель и смекту, боль уменьшалась на 40 минут, затем усиливалась вновь.
  + постоянная тошнота, изжога, отрыжка воздухом, горечь во рту
  + троекратная рвота в течении 3 дней съеденной пищей. Рвота облегчения и уменьшения болей не приносила.
  + головные боли в височной области, переходящие в область затылка. Боли возникают после физической нагрузки и стрессов и проходят самостоятельно в покое примерно через час.

Из анамнеза установлено, что данное заболевание началось остро 17 апреля 2005г. После обильного приема пищи возникли сильные боли в эпигастрии, сопровождающиеся тошнотой, отрыжкой, изжогой, слабостью. Однократная рвота не принесла облегчения. В течение 3 дней ребенок находился дома, указанные жалобы не уменьшались. Рвота возникала еще 2 раза. Для облегчения болей принимал смекту, но-шпу. Данные лекарственные препараты помогали только на 30-40 минут, затем боли снова усиливались. 20 апреля пациент обратился к участковому педиатру и был направлен в дневной стационар для обследования и лечения.

При объективном обследовании отмечается субэктеричность склер, болезненность при пальпации в эпигастрии, положительные симптомы Менделя, Керра, Мерфи. Дыхание жесткое везикулярное, на верхушке сердца выслушивается слабый систолический шум. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, неустойчивость в позе Ромберга.

За период нахождения в стационаре больному были проведены следующие исследования: ОАК (лимфоцитоз), ОАМ (в пределах нормы), БАК (повышение уровня прямого билирубина, амилазы), исследование кала (яйца гельминтов не найдены), ЭГДС (экссудативный гастрит, поверхностный дуоденит), ЭКГ ( в пределах возрастной нормы), R-графия кистей рук (костный возраст на 10-12 лет), РЭГ (снижение кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне с 2 сторон), ЭЭГ (признаки дисфункции подкорковых структур), УЗИ органов брюшной полости (признаки диффузных изменений паренхимы печени. Метеоризм. Косвенные признаки ДЖВП), дуоденальное зондирование (яйца описторхов, лямблии во всех порциях, ДКЖВП по гипертоническому гиперкинетическому типу.), консультация невролога (вторичная энцефалопатия на фоне хронической цереброваскулярной недостаточности).

На основании жалоб, данных анамнеза, объективного и параклинических исследований поставлен клинический диагноз:

1. **основное заболевание:** хронический описторхоз, фаза обострения, клинически выраженная форма. Хронический холангиохолецистит, фаза стихающего обострения. Хронический экссудативный гастрит. Хронический поверхностный дуоденит.
2. **сопутствующие заболевания:** Лямблиоз. Вторичная энцефалопатия на фоне цереброваскулярной недостаточности. Вегетососудистая дистония по нормотоническому типу, фаза ремиссии.

Больному назначено следующее лечение:

* + стол № 5 (питание при обострении хронического холецистита)
  + Tab. Metronidazoli 0,5 №10, по ½ таблетки 2 раза в день во время еды в течении 10 дней (антибиотик для эрадикации H. Pylori в лечении хронического гастрита, лечение лямблиоза)
  + Tab. Ranitidini 0,15 №20 по 1 таблетке 2 раза в день (блокатор Н2-рецепторов гистамина для снижения желудчоной секреции при лечении хронического гастрита)
  + Tab. «No-spa» 0,04 № 20 по 1 таблетке 2 раза в день (спазмолитик для снятия спазма желчевыводящих путей)
  + Tab. «Allocholum» № 30, по 1 таблетке 3 раза в день (желчегонный препарат для подготовки желчевыводящих путей)

Данное лечение больной получал в течение 10 дней. Затем проведена дегельминтизация:

* + Tab. Praziquanteli 0,06 №1, после ужина в 22.00 первая доза - 1,5 таблетки. Вторая доза в 02.00 - 1 таблетка. Третья доза - 06.00 - 1 таблетка. При выраженной интоксикации утром ставят систему Sol. Glucosi 0,5% - 200 ml + Sol.Acidi ascorbinici 5%-2ml. Утром в 8 часов проводится дуоденальное зондирование с целью удаления погибших описторхов.

После дегельминтизации больной в течение 10 дней должен получать следующее лечение:

* + Tab. «No-spa» 0,04 № 20 по 1 таблетке 2 раза в день (спазмолитик для снятия спазма желчевыводящих путей)
  + Tab. «Allocholum» № 30, по 1 таблетке 3 раза в день (желчегонный препарат)

После проведенного лечения больной выписан 03.05.2005г. в удовлетворительном состоянии со следующими рекомендациями:

* соблюдение диеты №5
* продолжение назначенного лечения
* наблюдение и лечение у невропатолога по поводу вторичной энцефалопатии
* контрольное дуоденальное зондирование через 3 месяца
* профилактика повторного заражения описторхозом (термическая обработка речной рыбы)

**Список литературы**

* 1. Ю.В.Лобзина, С.С.Козлова, А.Н.Ускова «Руководстве по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии», 2000г.
  2. В.Г.Кузнецова, Е.Н.Потурнак «Патогенез и клиника рецидивов хронического описторхоза» // Проблемы инфекционной патологии в регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера: вторая научная конференция, Новосибирк, 2002.- С. 131
  3. А.М. Бронштейн, В.И. Лучшев «Трематодозы печени: описторхоз, клонорхоз», «Русский медицинский журнал», том 6, № 3 - 1998г.
  4. «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации: Санитарные правила и нормы». М., Минздрав России, 1997г.
  5. В.И. Бородулин «Справочник практического врача» в 2 томах, М: «Рипол классик», 2001г.
  6. Машковский М.Д. «Лекарственные средства» в 2 томах, М: «Медицина», 1993г.
  7. Дудников Э.В., Дом6аян С.Х. «Роль ВНС в патологии желудочно-кишечного тракта», «[Южно-Российский медицинский журнал](http://medi.ru/DOC/68.htm) », № 5-6, 2001г.
  8. Белоусов Ю.В. «Гастроэнтерология детского возраста», г.Харьков, «Консум», 2000г.