I. Паспортная часть

# **Ф.И.О**. больной:.

**Возраст:** 13 лет (03.12.1992г).

**Дата поступления в клинику**:.

**Занятие родителей**:

 Мать –

 Отец – .

### Посещает школу №, .

**Адрес, телефон**: .

### Клинический диагноз

 **Основной:** Хронический поверхностный гастродуоденит, локализованный (пилородуоденит), хеликобактерассоциированный, с повышенной кислотностью; стадия обострения.

 **Сопутствующий:**  отсутствует.

 **Осложнения:** отсутствуют.

## II. Жалобы

### Жалобы при поступлении в клинику:

На тупые, ноющие, периодические боли и чувство тяжести в эпигастральной области, возникающие на голодный желудок, по ночам, купирующиеся приемом пищи.

**Жалобы на момент курации:**

На тупые, ноющие, периодические боли и чувство тяжести в эпигастральной области, возникающие на голодный желудок, по ночам, купирующиеся приемом пищи.

## III. Anamnesis vitae.

#### Антенатальный период.

Беременность у матери протекала без осложнений. Условия жизни и труда соответствовали норме. Питание было хорошее.

Беременность – I, роды I (в 1992 году). Роды велись через естественные родовые пути, без осложнений. I период длился 9 часов, II период – 20 минут. Околоплодные воды отошли за 10 минут до начала II периода родов. Родилась в головном предлежании.

##### Характеристика новорожденного.

###### Родилась в срок ( 40 недель), доношенной.

# Оценка по шкале Апгар

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинический признак | 1 минута | 5 минута |
| Частота сердцебиений | 110 ударов в минуту (2 балла) | 111 ударов в минуту (2 балла) |
| Дыхательные движения | Хорошие, громкий крик (2 балла) | Хорошие, громкий крик (2 балла) |
| Мышечный тонус | Небольшое сгибание конечностей (1 балл) | Активные движения (2 балла) |
| Рефлекторная возбудимость, реакция на носовой катетер, раздражение подошв | Кашель, чихание, крик (2 балла) | Кашель, чихание, крик (2 балла) |
| Окраска кожи | Тело розовое, конечности синюшные (1 балл) | Тело розовое, конечности синюшные |
| Сумма баллов | 8 баллов | 9 баллов |

Масса тела при рождении – 3400гр., окружность головы –34 см., окружность груди – 32,5 см., длина тела при рождении–53 см. Крик громкий, родилась без признаков асфиксии. Пуповина отпала на 3 день, на 14 день пупочная ранка покрылась эпителием. Сыпи и опрелостей не было. Желтуха новорожденных появилась на 2 день и длилась 7 дней. Первое прикладывание к груди на 3 сутки, сосала активно.

##### Вскармливание.

Ребёнок находился на естественном вскармливании (грудное молоко), отлучен от груди в 9 месяцев, режим кормления соблюдался. Пищевые добавки: фруктово-ягодный сок с 3 мес., фруктово-ягодное пюре с 3,5 мес., творог с 6 мес., желток с 7 мес.

Прикорм: с 5 месяцев первый прикорм (овощное пюре), второй прикорм с 6 месяцев (рисовая каша), с 7 месяцев - расширение второго прикорма (мясное пюре), с 8 месяцев третий прикорм (кефир).

Профилактика рахита проводилась (профилактический прием витамина D, УФО – прогулки на улице).

Общий стол с 14 месяцев.

В настоящее время аппетит хороший. Стул в норме.

**Показатели развития ребёнка.**

Физиологическая потеря массы тела наблюдалась на 3 день-6% от массы тела при рождении (потеря 200гр), восстановление массы тела наступило ко 2 недели жизни. Массу удвоила к 5 месяцу, к году масса составляла 10,5кг.

Первые зубы начали прорезываться в 6 месяцев (медиальные резцы). В год – 8 зубов. С 3 месяца держала голову, с 5 месяцев переворачивалась со спины на живот, с 6 месяцев сидела, с 12 месяцев пошла. Улыбалась с 5 недель, гулила с 7 недель, фиксировала глазами яркие предметы с 3 недель, хватала игрушки с 4 месяцев, говорила отдельные слова с 8 месяцев, отдельные фразы - с 12 месяцев.

В старшем возрасте - была всегда лидером в коллективе, в школу пошёл с 7 лет. Училась хорошо (4 и 5).

**Перенесённые заболевания.**

В период новорожденности не болела. В грудном возрасте – в 14 месяцев ОРВИ. Ранее детство – в 2 года ветрян.оспа, в 2,5 года краснуха. Первое детство – в 6 лет грипп. Второе детство – в 9 лет грипп, в 10 лет ОРВИ, в 12 лет грипп. Подростковый период – в 13 лет ОРВИ, в 15 лет грипп.

Краснуха – типичной формы, легкой степени, длилась 2 недели, осложнений не было.

Ветряная оспа – типичной формы, легкой степени тяжести, длилась 1,5 недели.

Грипп – протекал без осложнений , длился 10 дней.

ОРВИ не ясной этиологии, не осложнённая, длилась 10 дней.

Аллергические реакции: на атропин в виде гипертермии и истерии; на пищевые продукты аллергии не отмечала.

**Профилактические прививки:**

7 день – БЦЖ с 544

3 месяц – АКДС с 497 + ОПВ с25

4 месяц – АКДС с 506 + ОПВ с 33

5 месяц – АКДС с 455 + ОПВ с 41

14 месяцев – РОР с25

18 месяцев– АКДС с 425 + ОПВ с 21

24 месяца – ОПВ с 29

6 лет – АДС-М 497-8 + ОПВ с 31, ОР с709, БЦЖ 521

7 лет – БЦЖ с552

11лет – АДС-М 478-8

14 лет – БЦЖ с 544

16 лет – АДС-М с 497-8

Реакция Манту: 1999 год – отриц, 2000г – отриц, 2001 – отриц, 2002 – отриц, 2003г – отриц, 2004г – отриц.

**Семейный анамнез.**

Возраст матери – 37 лет, возраст отца – 37 лет. У отца – язвенная болезнь желудка. У матери и двух родных сестер – хр. гастрит. Дедушка (со стороны мамы) – умер от инсульта в 1999 году. Аллергических, эндокринных заболеваний нет.

Беременность у мамы I, вторая закончилась рождением здоровых девочек-близняшек, которым сейчас 11 лет. Сейчас страдают хроническим поверхностным гастритом.

**Бытовые условия и уход.**

Материально – бытовые условия удовлетворительные. Семья состоит из пяти человек, из них трое детей. Общий заработок составляет 15.000 рублей.

Живут в трёх комнатной квартире. Квартира светлая, чистая, теплая, проветривание достаточное.

Ребёнок посещает школу. Питание, сон хороший (спит по 10 часов в сутки), уроки физкультуры посещает.

**IV. Эпидемиологический анамнез:** контакты с инфекционными больными за последние три месяца отрицает.

**V. Аллергоанамнез:** аллергическая реакцияна атропин в виде гипертермии и истерии.

**VI. Трансфузионный анамнез:** гемотрансфузии не проводились.

**VII. Anamnesis morbi.**

Считает себя больной с февраля 2002 года, когда отмечает боль в эпигастральной области, появляющуюся на голодный желудок, по ночам и проходящую ч\з 10 мин. после еды. Боли носили тупой, ноющий, периодический характер, без иррадиации. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала алмагель, мезим с эффектом. В мае 2002 года снова появилась и усилилась боль в эпигастральной области такого же характера, присоединились отрыжка кислым, неприятный вкус во рту, тошнота. По этому поводу обратилась к гастроэнтерологу, который назначил ЭФГДС (заключение: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения). Больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОДКБ, где подтвержден диагноз: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения. Назначен курс лечения (алмагель, циметидин, папаверин, пустырник), после проведённого курса лечения состояние улучшилось. После этого, в течение последующих лет больная находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога и периодически проходит стационарное лечение в ОДКБ (1 раз в год, весной). В течение этого времени динамика заболевания положительная: характер болевого синдрома не изменился, диспепсический синдром исчез. Настоящее обострение с 06.06.2006, когда снова появились боли в эпигастральной, мезогастральной областях без иррадиации, которые возникали на голодный желудок («голодные»), ночью («ночные») и проходили ч\з 10 мин. после еды. Боли сопровождались отрыжкой кислым, изжогой, неприятным вкусом во рту, тошнотой. По этому поводу обратилась в поликлинику ОДКБ, и после обследования была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с направительным диагнозом – хронический гастродуоденит, обострение.

**VIII. Данные объективного исследования на день курации.**

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Нервная система:** сознание ясное, положение активное. Адекватно воспринимает окружающий мир. Настроение хорошее, общительная. Психическое развитие соответствует возрасту. Со стороны черепно-мозговых нервов изменений не наблюдается.

Нормальные рефлексы (корнеальный, глоточный), кожные и сухожильные (коленный, ахиллов) рефлексы симметричные, умеренно выраженные. Менингиальные симптомы отсутствуют. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные.

Координальные пробы (пальценосовая и пяточно-коленная) выполняет. Речь, чтение, письмо не нарушены. Походка не изменена. В позе Ромберга устойчива.

**Внешний осмотр глаз.** Глазные щели не изменены. Косоглазие, двоение, нистагм, слезотечение, светобоязнь отсутствуют. Реакция зрачков на свет не изменена. Острота зрения не снижена. Патологического отделяемого, гиперемии конъюктив, боли при движении глазных яблок не отмечается.

**Внешний осмотр ушей:**  отделяемого из ушной раковины нет, надавливание на козелок безболезненно.

Физическое развитие: масса тела = 65 кг., рост = 168 см, окружность груди = 80см, окружность головы = 57 см. Эти показания укладываются в норму. Физическое развитие соответствует возрасту ребёнка.

**Кожа:** Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности и эластичности. Сыпи, варикозного расширения вен не отмечается.

**Волосы, пальцы и ногти:** Волосы блестящие. Ногти правильной формы, ломкости не отмечается.

**Подкожно-жировая клетчатка:** развита умеренно, равномерно распределена по всему телу. Складка на животе 2см, под ключицей 0,8см. Тургор сохранен. Отеков и пастозностей нет.

**Лимфатические узлы:** пальпируются подчелюстные, заднешейные, подмышечные лимфатические узлы.

Подчелюстные: размером с горошину, единичные**,** мягкой консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью.

Задне-шейные, подмышечные: размером до 4мм, единичные**,** мягкой консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью.

**Мышцы:** Мышцы конечностей и туловища развиты умеренно, тонус нормальный, сила сохранена, болезненности нет. Парезов и параличей не обнаружено.

**Костная система**: Форма головы правильная, размягчения и деформации костей черепа не обнаружены, безболезненная при пальпации. Позвоночник без деформации и без искривления, безболезненный при пальпации.

Грудная клетка правильной формы, без деформации, над – и подключичные ямки выражены умеренно. Эпигастральный угол равен 90 градусам (нормостеническая гр. клетка). Гаррисонова борозда отсутствует.

**Система дыхания.**

При осмотре: дыхание через нос не затруднено, голос не изменен. Дыхание смешанного
 типа, ритмичное. ЧДД=18 в минуту. При
дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки -
симметричны.

При пальпации: грудная клетка эластична, безболезненна, межрёберные промежутки не расширены, косонисходящего направления. Трение плевры не
определяется. Голосовоедрожание выражено умеренно, симметричное.

При сравнительной перкуссии: перкуторный звук над легочными полями - легочный, симметричный.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушек спереди 2 см и на уровне остистого отростка VII шейного позвонка сзади. Ширина полей Кренига=4,5 см с обеих сторон.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По линиям | Правого легкого | Левого легкого |
| Парастерналъные Среднеключичные Передние подмышечные Средние подмышечные Задние подмышечные ЛопаточныеПаравертебральные | V РЕБРОVI РЕБРОVII РЕБРОVIII РЕБРОIX РЕБРОX РЕБРО Остистый отросток XI грудного позвонка | ------------------------VII РЕБРОVIII РЕБРОIX РЕБРОX РЕБРООстистый отросток XI грудного позвонка XI  |

Подвижность нижних границ легких по средней подмышечной линии
при форсированном дыхании справа - 5 см, слева - 5 см.

При аускультации: дыхание везикулярное,
крепитация, хрипы, шумы не прослушиваются. Бронхофония умеренно
выражена.

**Система кровообращения.**

При осмотре: область сердца без деформаций, сердечный горб отсутствует. Патологическая пульсация в области сердца и сосудов шеи не определяется.

При пальпации: левожелудочковый толчок в V м/p на 1,5 см кнутри от левой средней ключичной линии, положительный, локализованный, умеренной силы.
Правожелудочковый толчок, патологическая пульсация, сердечное
дрожание, ощущение трения перикарда не определяются.

При перкусии: Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5см
вправо от грудины в IV м/р, верхняя - III м/р. по парастернальной линии, левая - 1,5 см кнутри
 от левой средней ключичной линии в V м/р. Ширина сосудистого пучка - 6 см во II м/р.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая - левый край грудины,
верхняя - IV ребро, левая - l см вправо от левой границы относительной
сердечной тупости**.**

При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических тонов и шумов не обнаружено.

Пульсация сосудов шеи, височных, артерий конечностей симметричная, наполнение сосудов удовлетворительное. Пульс лучевых артерий одинаковый на обеих руках, ритмичный, 80 ударов в минуту,
удовлетворительного наполнения и напряжения.

АД на левой руке- 110/70 мм рт. ст., на правой – 110/70 мм
pт. ст.

При аускультации сонных, бедренных артерий и вен патологических шумов и тонов не обнаружено.

**Система пищеварения.**

Губы розового цвета. Изъязвления, трещины, пузыри отсутствуют. Сухости нет. Слизистая ротовой полости розового цвета. Патологических высыпаний и других изменений слизистой ротовой полости не обнаружено.

Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом у корня, сосочки выражены.

Зубы постоянные, числом 28. Есть кариозные зубы. Десны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Налетов, изъязвлений, рубцов нет.

Миндалины не выходят за приделы небных дужек.

Слюнные железы не увеличены, при пальпации безболезненны. Изменение кожи в области желёз, боли при жевании не отмечается.

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, не вздут**.**

При поверхностной пальпации: живот мягкий, болезненный в эпигастральной и мезогастральной областях, больше справа.

При глубокой пальпации: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Нижний край печени ровный, гладкий, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус-симптом отрицательные.

При перкуссии:

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см.

При аускультации: перистальтика кишечника тихая, в эпигастрии урчание.

# Стул оформленный, регулярный , коричневого цвета.

# **Селезенка** не пальпируется.

## Размеры селезенки по Образцову: тупость определяется между IX и XI ребрами; ее размер 4 см (поперечник). Длинник селезенки по X ребру равен 6 см. Передний край не заходит медиальнее linea costoarticularis.

**Мочеполовые органы.**

Выпячмвание над лобком отсутствует. Область почек без деформаций. Почки в положении больного лежа, стоя
не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не
пальпируется, перкуторно не определяется.

Мочеиспускание в норме, безболезненно. Цвет мочи: соломенно-желтый.

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

IX. Предварительный диагноз и его обоснование.

 **Хронический гастродуоденит, стадия обострения.**

Диагноз выставлен на основании следующих критериев.

1. Жалобы больной при поступлении:

 - на периодические, тупые боли в эпигастральной и пилородуоденальной областях, возникающие преимущественно на голодный желудок и по ночам, проходящие через 10 минут после еды;

 - изжогу, отрыжку кислым, неприятный привкус во рту, тошноту.

2. Анамнез заболевания: с февраля 2002 года отмечает боль в эпигастральной области, появляющуюся на голодный желудок, по ночам и проходящую ч\з 10 мин. после еды. Боли носили тупой, ноющий, периодический характер, без иррадиации. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала алмагель, мезим с эффектом. В мае 2002 года снова появилась и усилилась боль в эпигастральной области такого же характера, присоединились отрыжка кислым, неприятный вкус во рту, тошнота. По этому поводу обратилась к гастроэнтерологу, который назначил ЭФГДС (заключение: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения). Больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОДКБ, где подтвержден диагноз: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения. Назначен курс лечения (алмагель, циметидин, папаверин, пустырник), после проведённого курса лечения состояние улучшилось. После этого, в течение последующих лет больная находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога и периодически проходит стационарное лечение в ОДКБ (1 раз в год, весной). В течение этого времени динамика заболевания положительная: характер болевого синдрома не изменился, диспепсический синдром исчез. Настоящее обострение с 06.06.2006, когда снова появились боли в эпигастральной, мезогастральной областях без иррадиации, которые возникали на голодный желудок («голодные»), ночью («ночные») и проходили ч\з 10 мин. после еды. Боли сопровождались отрыжкой кислым, изжогой, неприятным вкусом во рту, тошнотой.

3. Объективный осмотр: язык обложен белым налётом, при поверхностной пальпации живота умеренная болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной областях, больше справа.

**XI. План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимия крови (АЛТ, АСТ, прямой и непрямой билирубин, общий белок, амилаза).
4. Копрограмма.
5. ЭКГ.
6. ЭФГДС (посмотреть динамику) с биопсией.
7. Цитологическое исследование на H.p. инфекцию.
8. УЗИ органов брюшной полости.
9. Фракционное зондирование желудка с определением кислотности желудочного сока, дебит – часа соляной кислоты и пепсина.

XII. Результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Общий анализ крови от 8.06.06.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Er | 4,0–5,0х 1012  | 4.7 х 1012  | норма |
| Hb |  130-160 г/л | 147 г/л | норма |
| ЦП | 0,8 - 1,1 | 0,95 | норма |
| Лейкоциты | 4,9 - 9,0 х 109  | 4,1 х 109  | норма |
| Эозинофилы | 0 – 5% | 1 % | норма |
| Нейтрофилы: |  |  |  |
| Палочкоядерные | 1 – 4% | 0% | норма |
| Сегментоядерные | 45 – 70% | 45% | норма |
| Лимфоциты  | 18 – 40% | 35% | норма |
| Моноциты | 6 – 8% | 19% | норма |
| СОЭ |  2 – 12 мм/ч | 3 мм/ч | норма |

**Заключение**: показатели в пределах нормы.

**Биохимический анализ крови 13.06.06.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Билирубин | 1,71–21,34 мкмоль/л | 2,0 | Норма |
| AST | 0 – 45 ед/л | 18,0 | Норма |
| ALT | 0 – 68 ед/л | 7,6 | Норма |
| Общ. белок | 70-90 г\л | 82 | Норма |
| Глюкоза | 3,88-5,55 ммоль\л | 6,13 | Норма |
| Холестерин | до 5,2 ммоль\л | 2,76 | Норма |
| амилаза | 11,9 |  | норма |

**Заключение:** показатели в пределах нормы.

**Общий анализ мочи от 8.06.06.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Количество |  | 100 мл | норма |
| цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый | норма |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная | норма |
| Белок | отр. | отр. | норма |
| Удельный вес | 1.010 - 1.025 | 1018 | норма |
| Реакция | 4,5-8,8 | кислая | норма |
| Эпителий | 1 – 2 в п/зр. | 0 - 1 - 2 | норма |
| Лейкоциты | муж. до 3 в п/зржен. до 5 в п/зр | 1 - 2 | норма |
| Эритроц. | 0 | 0 | норма |

**Заключение:** показатели в пределах нормы.

**Копрограмма от 13.06.06**.

Макроскопическое исследование:

 Форма - оформленный.

 Цвет - темно-коричневый.

 Запах - характерный, слабый.

 Реакция - слабощелочная.

Микроскопическое исследование:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Результаты |
| Мышечные волокна: |  |
|  неизмененные | Отсутствуют |
|  измененные | + |
| Непереваримая клетчатка  | + |
| Переваримая клетчатка | Отсутствует |
| Крахмал: |  |
|  внутриклеточный | Отсутствует |
|  внеклеточный | Отсутствует |
| Соединительная ткань | + |
| Жиры  | Отсутствуют |
| Детрит  | 4 |
| Слизь | Отсутствует |
| Лейкоциты | 1 – 2 в п\зр. |
| Эритроциты | Отсутствуют |
| Простейшие | Отсутствуют  |
| Яйца глист | Отсутствуют |

**Заключение:** показатели в пределах нормы.

#### ЭКГ от 9.06.06.

Заключение: ритм синусовый, правильный. Ось сердца в норме. ЧСС=80 в минуту. P=0,09с (N= 0,06-0,1с);PQ= 0,12с (N=0,12-0,18с); QRS=0,1с (N=0,08-0,1с).

**ЭФГДС от 9.06.06.**

###### Пищевод и пищеводно-кардиальный переход свободно проходим. Слизистая желудка в области привратника гиперемирована, отечна, покрыта толстым слоем слизи, складки увеличены, эластичны. В полости желудка желчь. Привратник спазмирован. Слизистая луковицы гиперемирована, отечна.

**Заключение:** Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения.

**Цитологическое исследование мазков-отпечатков биоптата с\о желудка на Helicobacter pylori от 9.06.06.**

**Заключение:** положительно, + +.

**Фракционное зондирование желудка с определением кислотности желудочного сока, дебит – часа соляной кислоты и пепсина**.

Ph желудочного сока – 1,8. Дебит-час соляной кислоты – 6 ммоль\ч (базальная секркция).

**УЗИ органов брюшной полости от 8.06.06.**

Поджелудочная железа не увеличена, паренхима не изменена, протоки не расширенны.

Желчный пузырь обычной формы, не увеличен, стенка не утолщена, содержимое гомогенное. Печень по краю реберной дуги, паренхима структурна. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены.

Селезенка - 103-47 мм, структура однородная.

Правая почка: контуры ровные, размер – 101x36мм. Ч.Л.С. 20 мм, не расширена. Левая почка: контур ровный, размер – 103x47мм. Ч.Л.С. 20 мм, не расширена. Паренхима не изменена.

В брюшной полости жидкости не обнаружено

**Заключение:** норма.

**XIII. Дифференциальный диагноз.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Пилородуоде-нит | Хронический гипертрофичес-кий гастрит | Язвенная болезнь ДПК | У больного |
| Факторы, влияющие на течение патол.органов  | Нервнопсихический фактор, перенесенные хрон.заболевания (хр.гепатит, паразитарные заболевания и т.д.), Helico- bacter pylori. | Нервнопсихический фактор, перенесенные хрон.заболевания (хр.гепатит, паразитарные заболевания и т.д.), Helico- bacter pylori,наследствен-ность | Нервнопсихический фактор, перенесенные хр.заболевания (хр.гепатит, паразитарные заболевания и т.д.), Helico- bacter pylori, наследствен-ность | Helico bacter pylori, наследственность. |
| Жалобы | Боли, изжогу, отрыжку, утомляемость, головные боли, лабильность настроения. | Боли,чувство тяжести в эпигастральной области,отрыжку, изжогу, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, головные боли. | Боли, отрыжку, изжогу, тошнота, рвота, запоры, нарушение сна, эмоциональная лабильность. | Боли, отрыжку, изжогу, неприят-ный вкус во рту, головные боли. |
| Тип болей | Приступообразные боли, возникают чаще натощак («голодные»), по ночам («ночные»), купируются приемом пищи. | Постоянные, возникают сразу после еды и продолжаются 1-2 часа. | Интенсивная, возникает через 1,5-2часа после еды, «голодные» и «ночные» боли. | Приступообразные, «голодные» и «ночные» боли. |
| Локализа-ция боли | Пилородуоденальная зона. | Эпигастральная область. | Эпигастральная пилородуоде-нальная области. | Эпигастральная пилоро-дуоде-нальная области. |
| ЭФГДС | Воспалительный, эрозивный процесс (в зависимости от формы) локализуется в антральном отделе желудка и ДПК. | Гиперемия и утолщение слизистой желудка, зернистый рельеф за счет гипертрофиро-ванных клеток. | Язвенный дефект слизистой ДПК на фоне воспалительных изменений. Возможна деформация, стеноз луковицы (в стадию рубцевания). | Слизистая желудка в области привратника и луковицы ДПК гиперемирована, отечна; повышено слизеобразование.  |

В результате проведенной дифференциальной диагностики можно исключить хронический гипертрофический гастрит, язвенную болезнь ДПК и подтвердить гастродуоденит.

**XIV. Клинический диагноз**

**Основной:** Хронический поверхностный гастродуоденит, локализованный (пилородуоденит), хеликобактерассоциированный, с повышенной кислотностью; стадия обострения.

**Сопутствующий:** отсутствует.

**Осложнения:**  отсутствуют.

**Обоснование клинического диагноза.**

Диагноз выставлен на основании следующих критериев.

1.Жалобы при поступлении: На периодические, тупые боли в эпигастральной, пилородуоденальной области возникающие преимущественно на голодный желудок и по ночам, проходящие через 10 минут после еды; изжогу кислым, отрыжку, тошноту, неприятный вкус во рту.

Жалобы на момент курации: на ноющие боли в эпигастральной, пилородуоденальной области возникающие преимущественно на голодный желудок и по ночам, проходящие через 10 минут после еды; изжогу, отрыжку.

2.Анамнеза заболевания: с февраля 2002 года отмечает боль в эпигастральной области, появляющуюся на голодный желудок, по ночам и проходящую ч\з 10 мин. после еды. Боли носили тупой, ноющий, периодический характер, без иррадиации. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала алмагель, мезим с эффектом. В мае 2002 года снова появилась и усилилась боль в эпигастральной области такого же характера, присоединились отрыжка кислым, неприятный вкус во рту, тошнота. По этому поводу обратилась к гастроэнтерологу, который назначил ЭФГДС (заключение: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения). Больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОДКБ, где подтвержден диагноз: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения. Назначен курс лечения (алмагель, циметидин, папаверин, пустырник), после проведённого курса лечения состояние улучшилось. После этого, в течение последующих лет больная находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога и периодически проходит стационарное лечение в ОДКБ (1 раз в год, весной). В течение этого времени динамика заболевания положительная: характер болевого синдрома не изменился, диспепсический синдром исчез. Настоящее обострение с 06.06.2006, когда снова появились боли в эпигастральной, мезогастральной областях без иррадиации, которые возникали на голодный желудок («голодные»), ночью («ночные») и проходили ч\з 10 мин. после еды. Боли сопровождались отрыжкой кислым, изжогой, неприятным вкусом во рту, тошнотой.

3. Объективные данные: язык обложен белым налётом, при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной областях, больше справа.

4.Результаты лабораторных и других дополнительных методов исследования.

ОАК: показатели в пределах нормы.

ОАМ: показатели в пределах нормы.

Биохимия крови: показатели в пределах нормы.

Копрограмма: показатели в пределах нормы.

ЭФГДС: Слизистая желудка в области привратника гиперемирована, отечна, покрыта толстым слоем слизи, складки увеличены, эластичны. В полости желудка желчь. Привратник спазмирован. Слизистая луковицы гиперемирована, отечна.

Цитологическое исследование мазков-отпечатков биоптата с\о желудка на Helicobacter pylori: положительно, + +.

ЭКГ: норма

УЗИ органов брюшной стенки: печень, желчный пузырь, селезёнка, почки не изменены.

Фракционное зондирование желудка с определением кислотности желудочного сока, дебит – часа соляной кислоты и пепсина: Ph желудочного сока – 1,8. Дебит-час соляной кислоты – 6 ммоль\ч (базальная секреция).

5.Данные проведенной дифференциальной диагностики: исключен хронический гипертрофический гастрит, язвенную болезнь ДПК и подтвержден гастродуоденит.

**XV. Лечение и его обоснование.**

1. Режим постельный.

2. Стол №1. Диетотерапия назначается с целью механического, химического, термического щажения желудка и ДПК. Питание дробное 5-6 раз в сутки, малыми порциями.

3. Медикаментозное лечение.

Оптимальной в данном случае является квадро-терапия (четвертная схема).

 - де-нол; противоязвенное, гастропротективное, антибактериальное средство. Образует на поверхности слизистой оболочки защитную пленку, предохраняя ее от воздействия желудочного сока; ослабляет активность пепсина; стимулирует образование слизи и бикарбонатов, а так же синтез ПГЕ2.

 Rp.: Tab. De-Nol 1,2

 D.t.d. N. 40

 S.: Внутрь по 1 таб 4 р\д, за 30 мин. до еды и четвертый раз перед сном; запить водой (не молоком!).

 - кларитромицин; антибиотик широкого спектра действия. Блокирует синтез белка в микробной клетке хеликобактера, способствуя его эрадикации.

 Rp.: Tab. Clarithromycini 0,25 obd.

 D.t.d. N. 40

 S.: Внутрь по 2 таб. 2 р\д.

 - метронидазол; антипротозойное средство. Эффективен в отношении хеликобактера.

 Rp.: Tab. Metronidazoli 0,25

 D.t.d. N. 40

 S.: Внутрь по 1 таб 4 р\д, во время еды.

 - омепразол; блокирует протоновую помпу париетальных клеток с\о желудка (К-Н-АТФ-азу), снижая секрецию соляной кислоты желудочного сока, и тем самым предотвращает ее патогенное действие на слизистую желудка и ДПК.

 Rp.: Omeprazoli 0,02

 D.t.d. N. 40 in caps.

 S.: Внутрь по 1 капсуле 1 р\д.

С целью ликвидации болевого синдрома и купирования спазма желудка и ДПК назначются спазмолитические препараты.

 Rp.: Tab. Papaverini 0,02

 D.t.d. N. 40

 S.: Внутрь по 1 таб 3 р\д.

4. Физиотерапия. С целью нормализации моторной и секреторной активности ЖКТ.

 - электрофорез с папаверином на область эпигастрия, по 1 сеансу ч\з день;

на курс 10 сеансов.

**Дневники.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10.06.06.**Темпера-тура тела 36,7С; А/Д= 110/75 мм.рт.ст. |  Жалобы на ноющие боли в эпигастральной, пилородуоденальной области возникающие преимущественно на голодный желудок и по ночам, проходящие через 10 минут после еды; изжогу, отрыжку кислым. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розового цвета без патологических высыпаний.  Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов и тонов нет. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, жесткое. Патологические шумы и хрипы не определяются. ЧДД – 20 в минуту. Язык влажный, обложен белым налётом. Слизистая полости рта розового цвета. Кариозные зубы, санированы. Живот нормальной конфигурации, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации: мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной зоне. Свободная жидкость и газ в брюшной полости не определяется. Перистальтика умеренная. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см.  Верхняя граница селезенки по левой среднеаксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки по Образцову: тупость определяется между IX и XI ребрами; ее размер 4 см ( поперечник). Длинник селезенки по X ребру равен 6 см. Передний край не заходит медиальнее linea costoarticularis. Область почек без патологии. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.Со стороны эндокринной и нервной системы патологии нет. | Назначения:1.режим палатный.2 Стол № 13. де-нол по 120мг 4 раза в день.4.метронидазол по 250 мг 2 раза в день.5.кларитромицин по 250 мг 2 раза в день.6.омепразол 0,02 1р\д.7.папаверин 0,04 в/м 1 раз в день.8. электрофорез с папаверином на область эпигастрия. |
| **12.06.06.**Темпера-тура тела 36,7С; А/Д= 120/80 мм.рт.ст |  Жалобы на отрыжку и чувство тяжести в эпигастральной области. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розового цвета без патологических высыпаний. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов и тонов нет. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст.Дыхание везикулярное, жёсткое. Патологические шумы и хрипы не определяются. Частоты дыхательных движений – 18 в минуту.Язык влажный, обложен белым налётом. Слизистая полости рта розового цвета. Живот нормальной конфигурации, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации: мягкий, немного болезненный в эпигастральной зоне.  Свободная жидкость и газ в брюшной полости не определяется. Перистальтика умеренная.Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки по Образцову: тупость определяется между IX и XI ребрами; ее размер 4 см (поперечник). Длинник селезенки по X ребру равен 6 см. Передний край не заходит медиальнее linea costoarticularis Области почек без патологии. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме. Со стороны эндокринной и нервной системы патологии нет. | Назначения:1.режим постельный2 Стол № 13. де-нол по 120мг 4 раза в день.4.метронидазол по 250 мг 2 раза в день.5.кларитромицин по 250 мг 2 раза в день.6.омепразол 0,02 1р\д.7.папаверин отменить.8. электрофорез с папаверином на область эпигастрия. |
| **15.06.06.**Темпера-тура тела 36,7С; А/Д= 120/75 мм.рт.ст | Жалобы не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розового цвета без патологических высыпаний. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов и тонов нет. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст.Дыхание везикулярное, жёсткое. Патологические шумы и хрипы не определяются. Частоты дыхательных движений – 18 в минуту.Язык влажный, чистый. Слизистая полости рта розового цвета. Живот нормальной конфигурации, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации: мягкий, безболезненный.  Свободная жидкость и газ в брюшной полости не определяется. Перистальтика умеренная.Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки по Образцову: тупость определяется между IX и XI ребрами; ее размер 4 см (поперечник). Длинник селезенки по X ребру равен 6 см. Передний край не заходит медиальнее linea costoarticularis Области почек без патологии. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме. Со стороны эндокринной и нервной системы патологии нет. | Назначения:1.режим постельный2 Стол № 13. де-нол по 120мг 4 раза в день.4.метронидазол по 250 мг 2 раза в день.5.кларитромицин по 250 мг 2 раза в день.6.омепразол 0,02 1р\д.7.электрофорез с папаверином на область эпигастрия. |

**XVI. Этиология и патогенез**

**Этиология**. Хронический гастрит в детском возрасте развивается в результате нарушения принципов рационального питания: употребление грубой, чрезмерно обильной, плохо пережёванной, слишком холодной или горячей пищи, содержащей много специй; еды всухомятку, нарушение ритма питания, а также его неполноценности. Возникновению хронического гастрита способствуют эндокринные патологии, хронические заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, длительное употребление лекарственных средств (салицилаты и т.д.), очаговая инфекция рта, инфекционно-токсический фактор (кишечные заболевания, отравления). Важную роль играют отягощенная наследственность и изменение реактивности организма. Но основную роль по современным представлениям играет Helicobacter pylori.

**Патогенез.** Хронический гастрит развивается в результате длительного действия на слизистую оболочку желудка раздражающих факторов (алиментарных, лекарственных, инфекционных) и снижения защитных факторов (секреция слизи, бикарбонатов, ПГЕ2, нормальная регенерация эпителия и микроциркуляция с\о). Постоянное повреждающее воздействие нарушает регенерацию эпителия, вызывает появление неполноценных эпителиальных клеток с признаками дистрофии. Вначале железистый аппарат желудка функционирует нормально. Однако нарастающая дистрофия и нарушение регенерации приводят к «кишечной метаплазии» покровного эпителия. Нарушается ультраструктура обкладочных и главных клеток, железистого аппарата желудка. Появляются секреторные расстройства, свойственные тому или иному типу хронического гастрита.

Helicobacter pylori расщепляет мочевину в полости желудка с помощью уреазы с образованием аммиака, нарушающего кислотность; с помощью муциназы расщепляет муцин слизи, разжижая ее и снижая ее защитную функцию. Кроме того, Helicobacter pylori непосредственно повреждает клетки с\о желудка, вызывая ее воспаление (медиаторы воспаления, клеточная инфильтрация так же повреждают с\о и подавляют защитные механизмы); вырабатывает вакуолизирующий и CaGA- цитотоксины, повреждающие клетки с\о и вызывающие выраженные морфологические изменения (вплоть до эрозий и язв); ингибирует секрецию соматостатина в с\о, что приводит к усилению секреции HCl; ингибирует синтез IgA, которые играют защитную роль. Антигены Helicobacter pylori стимулируют выработку специфических АТ, которые перекрестно реагируют с поврежденными клетками с\о желудка (с измененной в результате повреждения АГ структурой), усиливая воспаление и повреждение слизистой желудка и ДПК.

Т.о. узловые моменты развития гастрита и дуоденита сводятся к следующим:

 - снижение и ослабление защитных механизмов в с\о желудка и ДПК;

 - непосредственное и опосредованное повреждение с\о агрессивными факторами;

 - нарушение функции гастроинтестинальной эндокринной системы.

**XVII. Профилактика основного заболевания и его осложнений.**

Необходимо соблюдать диетотерапию. Исключить из питания пищу острую, соленую, жареную, слишком холодную или горячую. В рационе должны быть блюда, приготовленные на пару и молочные каши (рисовая, пшенная и т.д.). Прием пищи должен осуществляться небольшими порциями 5-6 раз в сутки.

Кроме того, необходимо проводить противорецедивное лечение в осенне-зимний и весенне-летний периоды. Проводится курсами в 1-2 месяца: назначают де-нол, метранидазол, амоксициллин, фамотидин, алмагель.

Необходимо заниматься лечебной физкультурой в специальной группе.

Обязательное посещение после выписки педиатра: 1 раз в 2 месяца в течение 1-го полугодия, затем ежеквартально в течение 2-3 лет, в дальнейшем – 2 раза в год.

**XVIII. Прогноз основного заболевания.**

Прогноз серьёзный, так как это заболевание является хроническим и при не соблюдении профилактических мер возможны частые рецидивы и образование эрозий и язв слизистой желудка и ДПК с развитием язвенной болезни и связанных с ней осложнений: кровотечения, пенетрация, перфорация, стеноз привратника или луковицы ДПК, малигнизация. Поэтому необходимо полное соблюдение профилактических мер больным ребёнком и контроль со стороны родителей.

**XIX. Эпикриз.**

Больная … , 13 лет поступила на лечение в 07.06.06. со следующими жалобами: на периодические, тупые боли в эпигастральной, пилородуоденальной области возникающие преимущественно на голодный желудок и по ночам, проходящие через 10 минут после еды; изжогу кислым, отрыжку, тошноту, неприятный вкус во рту. Считает себя больной с февраля 2002 года, когда отмечает боль в эпигастральной области, появляющуюся на голодный желудок, по ночам и проходящую ч\з 10 мин. после еды. Боли носили тупой, ноющий, периодический характер, без иррадиации. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала алмагель, мезим с эффектом. В мае 2002 года снова появилась и усилилась боль в эпигастральной области такого же характера, присоединились отрыжка кислым, неприятный вкус во рту, тошнота. По этому поводу обратилась к гастроэнтерологу, который назначил ЭФГДС (заключение: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения). Больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОДКБ, где подтвержден диагноз: Хронический поверхностный гастрит, стадия обострения. Назначен курс лечения (алмагель, циметидин, папаверин, пустырник), после проведённого курса лечения состояние улучшилось. После этого, в течение последующих лет больная находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога и периодически проходит стационарное лечение в ОДКБ (1 раз в год, весной). В течение этого времени динамика заболевания положительная: характер болевого синдрома не изменился, диспепсический синдром исчез. Настоящее обострение с 06.06.2006, когда снова появились боли в эпигастральной, мезогастральной областях без иррадиации, которые возникали на голодный желудок («голодные»), ночью («ночные») и проходили ч\з 10 мин. после еды. Боли сопровождались отрыжкой кислым, изжогой, неприятным вкусом во рту, тошнотой. По этому поводу обратилась в поликлинику ОДКБ, и после обследования была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с направительным диагнозом – хронический гастродуоденит, обострение..

При объективном исследовании было обнаружено: язык обложен белым налётом, умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной и пилородуоденальной области.

Лабораторные и инструментальные данные:

ОАК: показатели в пределах нормы.

ОАМ: показатели в пределах нормы.

Биохимия крови: показатели в пределах нормы.

Копрограмма: показатели в пределах нормы.

ЭФГДС: хронический поверхностный гастрит, стадия обострения.

ЭКГ: норма.

УЗИ органов брюшной стенки: печень, желчный пузырь, селезёнка, почки не изменены.

Цитологическое исследование мазков-отпечатков биоптата с\о желудка на Helicobacter pylori: положительно, + +.

Фракционное зондирование желудка с определением кислотности желудочного сока, дебит – часа соляной кислоты и пепсина: Ph желудочного сока – 1,8. Дебит-час соляной кислоты – 6 ммоль\ч.

Окончательный диагноз:

***Основной:*** Хронический поверхностный гастродуоденит, локализованный (пилородуоденит), хеликобактерассоциированный, с повышенной кислотностью; стадия обострения.

***Сопутствующий:***  отсутствует.

***Осложнения:***  отсутствуют.

Было проведено медикаментозное лечение в полном объеме.

1. Режим постельный.

2. Диетотерапия (стол №1).

4. Де-нол по 120мг 4 раза в день внутрь.

5. Метронидазол по 250 мг 2 раза в день внутрь.

6. Кларитромицин по 250 мг 2 раза в день (10 дней)

7. Папаверин 0,04 в/м 2 раз в день

8. Омепразол 0,02 1р\д.

8. Электрофорез с папаверином на область эпигастрия.

В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось, что проявилось исчезновением болевого и диспепсического синдромов, нормализацией общего состояния, улучшением самочувствия.

На день выписки общее состояние удовлетворительное.

Рекомендовано:

 - прием следующих препаратов: де-нол по 120 мг 3 р\д за 30 мин. до еды и на ночь в течение 14 дней, аевит по 1 к утром и вечером во время еды в течение 14 дней, облепиховое масло по 1 л 3 раза в день течение 10-14 дней и через 2 недели повторить по 1 к 2 раза в день;

 - необходимо соблюдать диетотерапию: исключить из питания пищу острую, соленую, жареную, слишком холодную или горячую; в рационе должны быть блюда, приготовленные на пару и молочные каши (рисовая, пшенная и т.д.). Прием пищи должен осуществляться небольшими порциями 5-6 раз в сутки;

 - занятия лечебной физкультурой в специальной группе.

Обязательное посещение после выписки педиатра: 1 раз в 2 месяца в течение 1-го полугодия, затем ежеквартально в течение 2-3 лет, в дальнейшем – 2 раза в год. Также необходимо проводить противорецедивное лечение в осенне-зимний и весенне-зимний периоды. Проводится курсами в 1-2 месяца: назначают де-нол, метранидазол, амоксициллин, фамотидин, алмагель.

**Литература**

1. Л.А. Исаева «Детские болезни» Москва «Медицина», 1997 год, с – 592.

2. Р.Ш. Азизова «Лекции по хроническому гастродуодениту и язвенной болезни», 2005г.

3. А.Н. Окороков «Диагностика болезней внутренних органов» Москва «Медицина», 2002год, с – 56-110.