**Фамилия, имя, отчество:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст ребенка:** 13 лет (18.08.86г.)

**Поступил 21.12.99г.,**

**Домашний адрес**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Посещает школу №** 64

**Кем направлен:** Детская поликлиника №7.

**Диагноз направившего учреждения:** Описторхоз, ДЖВП по гипотоническому типу.

**Предварительный диагноз:** Описторхоз, глистная инвазия, ДЖВП по гипотоническому типу, хронический гастродуоденит.

**Заключительный диагноз:**

1. **Основное заболевание:** долихосигма
2. **Осложнения:**
3. **Сопутствующие болезни:**

**Жалобы при поступлении:** На периодические боли в правой боковой области живота и правом подреберье, имеющие ноющий характер и возникающие через 15-20 минут после приёма жирной пищи; на возникающую при болевых приступах тошноту иногда сопровождающуюся однократной или многократной рвотой.

**Жалобы на момент курации:** на момент курации жалоб не предъявляет.

**Анамнез заболевания:**

Считает себя больным в течение последних 2 – 2.5 лет. Развитие заболевания было постепенным. Примерно 2 года назад отметил первые симптомы заболевания – кратковременные боли в парвом подреберье возникшие после приёма жирных котлет, боли не сопровождались тошнотой и рвотой, возникали после приёма жирной пищи не каждый раз, поначалу больной не обращал на них большого внимания. В течение первого года от начала заболевания отмечал подобные болевые приступы неоднократно, при этом они стали время от времени сопровождаться приступами тошноты, параллельно стали возникать боли по ходу восходящей ободочной кишки (в правой боковой области живота). Боли , как правило возникали через 15-20 минут после приёма пищи и продолжались не более 20-25 минут, после чего самостоятельно проходили, условием для купирования боли был покой, никаких медикаментозных средств больной не применял. При возникновении болевых приступов после приёма жирной пищи они были достоверно продолжительнее и выраженнее, если им предшедствовала интенсивная физическая нагрузка. Периодов учащения или урежения болевых приступов за время, прошедшее от начала заболевания больной не отмечал, цикличности заболевания или сезонности его за весь период течения заболевания больной так же не отмечал. В течение последнего года наблюдается постепенное учащение болевых приступов, теперь они возникают в ответ на каждый эпизод приёма пищи, постоянно сопровождаются тошнотой, стали более длительными – по 30-40 минут, однако, как и прежде больной не применял никаких средств для купирования приступов и за медицинской помощью не обращался. В последние полгода больной отмечает некоторое снижение аппетита. В ноябре 1999года после приёма жирной пищи возник длительный болевой приступ в правом подреберье и по ходу восходящей ободочной кишки, продолжавшийся в течение нескольких часов и сопровождавшийся интенсивной тошнотой и многократной рвотой (не меннее 4 раз), приносившей больному некоторое облегчение (несколько уменьшалась после рвоты тошнота). При данном приступе отсутствовали признаки интоксикации и не отмечалось повышения температуры тела. По поводу данного приступа больной обратился за медицинской помощью, был госпитализирован под наблюдение в хирургический стационар 2 ГКБ, где провёл неполные сутки. В хирургическом стационаре болевой приступ самостоятельно купировался, данных за острую хирургическую патологию выявлено не было, больному рекомендовано было обратится за медицинской помощью в участковую поликлинику. В участковой поликлинике №7, куда больной обратился в ноябре месяце настоящего года на основании проведённого обследования (в кале были обнаружены яйца описторха и Enterobius vermicularis) был выставлен диагноз – описторхоз, ДЖВП по гипотоническому типу, хронический гастродуоденит; было дано направление в 1ГКДБ для уточнения диагноза и прохождения стационнарного лечения по данным заболеваниям. По данному направлению больной обратился в стационар не сразу. За период последнего месяца больной несколько раз отмечал боли в правом подреберье, сопровождавшиеся тошнотой и решил всё таки обратится в стационар 1 ГДКБ, куда и был госпитализирован 21 декабря 1999года. За период с момента госпитализации до момента курации отмечалось улучшение состояния, больной перестал предъявлять жалобы на боли, что можно связать с проводимым лечением и исключением из пищи жареных, жирных, острых и богатых экстрактивными веществами блюд, назначением лечебной диеты.

**Анамнез жизни:**

1.Ранний анамнез:

Во время настоящей беременности мать больного работала в управлении Тюменьхлебопродукции на должности товароведа – экспедитора. Данных о наличии на данном месте работы вредностей, которые могли повлиять на ход беременности иродолв нет. Данная беременность была 4 по счёту, желанной, но непланированной. Предидущие беременности: первая закончилась срочными родами, вторая и третья – закончились искусственными медицинскими абортами. Во время береммености мать страдала поздним гестозом лёгкой степени, который выражался в повышении артериального давления, прочих заболеваний у матери во время данной беременности не было. Данных о применяемых медикаментах во время беременности нет. Питание матери во время беременности было полноценным, сбалансированным, соответствующим рекомендациям врача женской консультации.

Настоящая беременность закончилась срочными родами в 39 недель, без применения родостимуляции и каких либо методов родовспоможения и акушерских пособий; родился ребёнок 4100 гр. весом и длиной тела 53 сантиметра, закричал в родах сразу же, по шкале Апгар – 8 баллов, через 5 минут – 9 баллов. К груди приложен на 2 сутки, сосал активно.

Период новорожденности протекал гладко. Физиологическая убыль веса составила 3,5% ( 4100-3950 граммов), остаток пупочного кольца отпал на 3 сутки в роддоме, ранка зажила без нагноения. Физиологическая желтуха в период новорожденности не отмечалась. Гнойничков и воспаления грудных желез у матери не было. Ребёнок был выписан с матерью из роддома на 5 сутки с весом 3950 граммов, ростом 53 сантиметра, окружностью головы 36 сантиметров.

На грудном вскармливании находился до возраста 1 года, прикормы и коррекция питания вводились своевременно и в соответствии с рекомендациями врача-педиатра.

В физическом и психомоторном развитии ребёнка на 1 году жизни особенностей не отмечалось. Вес в первый месяц – 5800 граммов, во второй месяц – 8000, в третий месяц – 9400 граммов; набирал массу тела быстрее нормальных темпов. Сидеть начал в 4 месяца, говорить в 9 месяцев, ходить в 1 год, запас слов к году – 9-12 слов. Первые зубы прорезались в 5 месяцев, в 1 год 5 месяцев – 12 зубов.

Умственное и физическое развитие ребёнка после 1 года – без особенностей, в срок. Проявлений рахита, спазмофилии, диатезов в раннем анамнезе не отмечались. На первом году жизни ребёнок страдал редкими ОРЗ (2 раза), проявлявшимися повышением температуры до субфебрильных цифр, насморком.

После 1 года жизни – ОРВИ с повышением температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, насморком, кащлем, фарингитом, однократно – пневмония. До настоящего времени страдал нечастыми ОРВИ (не более 2 раз в год), в возрасте 5 лет перенёс грипп (сопровождался фебрильной температурой, фарингитом, кашлем, симптомами интоксикации – около 10 суток); в возрасте 6 лет – перенёс первый эпизод простого пузырькового лишая, который с тех пор проявляется время от времени при ослаблении защитных резервов организма (при переохлаждении, утомлении, сопутствует респираторным заболеваниям). В начале ноября 1999 года перенёс гнойный ринит, тубоотит; по поводу данного заболевания лечился амбулаторно по месту жительства (гипосенсибилизация, витамины, физиолечение – УВЧ 12 сеансов). Наблюдается невропатологом по поводу резидуально-органических поражений ЦНС, неврозоподобного синдрома.

Прививки:

БЦЖ – в возрасте 4 суток (22.08.86), дозой 0.05 мл; реакция после прививки – в 1 месц папула диаметром 5 мм, в 2 месяца – корочка, в три месяца – рубчик диаметром 6 мм. Ревакцинация проводилась в возрасте 7 лет, реакция на ревакцинацию – образование папулы и корочки.

АКДС – первая прививка 18.11.86 в дозе 0.5,

вторая прививка 6.1.87 в дозе 0.5,

третья прививка 24.02.87 в дозе 0.5.

Аллергической реакции на прививку не отмечалось.

Вакцинация против полиомиелита –

первая прививка 18.11.86 ,

вторая прививка 6.01.87,

третья прививка 24.02.87.

Аллергической реакции на вакцинацию не отмечалось.

Туберкулиновая проба от 31.08.87 – реакция отрицательная, в дальнейшем проведение туберкулиновой пробы – регулярное (1 раз в год), реакция отрицательная.

Наследственный анамнез:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Родственники | Возраст | Профессия, место работы | Состояние здоровья |
| Мать | 41 год | Водитель, ТУХП | Здорова |
| Отец | 41 год | Бухгалтер,ТУХП | Здоров |
| Бабушка | 60 лет | Не работает | Гипертоническая болезнь |
| Дедушка | 60 лет | Не работает | Нет данных |

Данных о состоянии здоровья прочих родственников нет, больной их дать не может.

Аллергических реакций на какие либо пищевые продукты, запахи, технические средства, животных, растения, лекарственные средства больной не отмечал.

Эпидемиологический анамнез:

На протяжении жизни больной не находился в контакте с больными либо носителями, страдающими туберкулёзом, сифилисом, полиомиелитом. Употребляет сырую воду, часто ест немытые или недостаточно хорошо мытые овощи или фрукты; до недавнего времени охотно употреблял речную рыбу, в том числе опасных по описторхозу сортов и при этом недостаточно хорошо обработанную. Практически каждое лето выезжает в деревню к родным бабушке и дедушке, где употребляет немытые овощи и фрукты, ест недостаточно хорошо проваренную уху из речной рыбы, бывали эпизоды, когда пил воду из открытых водоёмов. Жильё в деревне неблагоустроено, вода – из колодца.

Социально-бытовой анамнез:

К указаниям врача родители относятся внимательно, стараются их исполнять. Отношения родителей к ребёнку хорошие, с пониманием, ребёнок уважает своих родителей. Семейные конфликты в семье бывают, но они носят эпизодический, кратковременный характер и не вызваны серьёзными причинами. Выраженные вредные привычки и асоциальное поведение у членов семьи больного отсутствуют, отец умеренно курит. Условия жизни хорошие, больной проживает со своими родителями и старшим братом в благоустроенной 2 коинатной квартире в многоквартирном доме со всеми удобствами. Жилищный микроклимат в квартире хороший, квартира имеет улучшенную современную планировку, удобна для проживания. Отдельной комнаты больной не имеет, проживает в одной комнате со старшим братом, с которым у него хорошие отношения. Предметами ухода, гигиены, предметами для организации досуга больной в семье обеспечен хорошо, одевается по сезону, соответственно погоде. За личной гигиеной больной следит, моется 2-3 раза в неделю, гигиенические мероприятия осуществляет ежедневно. На свежем воздухе бывает ежедневно, по несколько часов – проводит время со сверстниками. Основного воспитателя ребёнка в семье выделить нельзя, его воспитанием занимаются в равной степени мать и отец, бабушка и дедушка имеют отношение к его воспитанию только в летний сезон. В воспитании ребёнка упущений и нарушений нет, родители контролируют в допустимых пределах социальную жизнь ребёнка, круг его друзей и сферу интересов, внимательно следят за его обучением в школе.

Режим жизни ребёнка определяется обучением в школе, учится ребёнок с первой учебной смены, утром встаёт в одно и то же время, принимает лёгкий но достаточный завтрак. В школе находится приблизительно до13.00, после возвращения из школы обедает, далее занимается своим досугом, ужинает и обедает не всегда регулярно, что связано с достаточно длительными прогулками на улице. Школьные домашние задания выполняет чаще в вечернее время, тратит на них в среднем около 45 минут времени. Иногда после школьных занятий спит по 2-3 часа. Ночной сон по 7-9 часов, спать ложится в различное время от 22.00 до 01.00. Учебная и общественная нагрузка в школе – небольшая, бытовые нагрузки в семье – умеренные, направлены на самообслуживание. Спортом занимается но не злоупотребляет (дворовои футбол и прочее), кинопрограммы, фильмы смотрит регулярно, интересуется ими, но в разумной степени. Питание ребёнка в настоящее время регулярное, рацион разнообразный, в рационе преобладают белковые продукты – мясо, достаточно много употребляет картофеля, в последнее время старается меньше употреблять жаренного и жирного, которое раньше любил. Режим питания не всегда регулярный, но чаще – регулярный, питание чаще всего –3 разовое.

В настоящее время больной учится в средней школе №64 в седьмом классе, к условиям школьной и общественной жизни адаптирован, по учёбе успевает удовлетворительно и хорошо, от прочих учеников в успеваемости не отстаёт. Со сверстниками и однокласниками отношения хорошие, ребёнок общителен, имеет достаточно много друзей, общается с ними легко, асоциального поведения не проявляет. Конфликты в школе бывают периодически, не имеют патологического характера. На замечания и плохие оценки, равно как и на прочие неприятности реагирует адекватно, хотя и не всегда хорошо, старается не придавать неудачам слишком большого значения, хотя иногда бывает раздражён. В целом эмоциональный фон при общении ровный.

Таким образом, стоит сделать вывод о наличие в качестве факторов риска частого употребления в недавнем прошлом речной рыбы, употребления немытых овощей и фруктов, эпизодических нарушений режима питания, некоторого дисбаланса в рационе в пользу жиросодержащих и белковосодержащих продуктов; употребление сырой воды из колодцев во время ежегодного отдыха в деревне. Так же неблагоприятным фактором является наследственная отягощённость по гипертонической болезни.

**Объективное иссследование:**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание полное, выражение лица спокойное, адекватное обстановке. Цвет лица умеренно смуглый, взгляд живой. При общении адекватен, общителен, в контакт вступает хорошо, на поставленные вопросы отвечает точно и вразумительно, хотя и кратко, вопросы понимает полностью. Отношение к факту осмотра понимающее и спокойное.

Телосложение больного правильное, умеренное, соответствует возрасту и полу. Конституциональный тип – нормостенический, генетических стигм при осмотре не обнаруживается.

Оценка физического развития:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исследуемые параметры | На момент курации | Должные по формулам | % отклонения | Центильная оценка |
| Вес | 53 кг | 45 кг | 117% |  |
| Рост | 169 см | 155 см | 109% |  |
| Окружность головы | 55,5 см | 54.8 см | 101% |  |
| Окружность гр.клетки | 74 см | 72 см | 103% |  |

Вывод: физическое развитие ребёнка соответствует возрасту, параметры физического развития несколько выше должных по формулам, но соответствуют физиологическим пределам при оценке развития по центильным таблицам.

Кожные покровы смугло-розовой окраски, умеренно влажные, без сыпей. Отёки отсутствуют. Кожные покровы эластичны, тургор не снижен. Оволосение соответственно полу и возрасту. Видимые слизистые оболочки розового цвета, влажные, без эрозий, явз и сыпей, кровоизлияний.

Подкожно – жировой слой хорошо развит. Распределение подкожного жира равномерное, пропорции распределения соответствуют полу и возрасту. Толщина жировой складки на уровне 2 ребра – 0.5 см , на уровне пупка – 1 см, на внутренней поверхности бёдер – 1см, на наружной стороне плеча – 0.5 см. Лимфатические узлы – подключичные, подмышечные, паховые, заднешейные, переднешейные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Подчелюстные узлы пальпируются в виде эластичных образований 0.5 см размером, подвижных, безболезненных и не спаянных с окружающими тканями. Щитовидная железа не пальпируется, проекция щитовидной железы при пальпации – безболезненна. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

Мышечная система нормальной степени развития, мышечная сила нормальная, симметричная в симметричных группах мышц, атрофий мышц нет.

Костная система развита пропорционально, при пальпации костей поверхность ровная, без остеофитов, при перкуссии по трубчатым и плоским костям болезненности нет. Деформаций отдельных костей нет. Грудная клетка по форме соответствует нормостенической конституции, левое плечо несколько выше правого, в грудном отделе позвоночника – сколиотическое искривление влево. Конечности пропорциональны, при пальпации безболезненны.

При исследовании органов дыхания:

Носовое дыхание свободное, тип дыхания смешанный. Дыхание удовлетворительной глубины, ритмично, ЧДД 18 в минуту. Обе половины грудной клетки симметрично учавствуют в акте дыхания, вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не учавствует, дыхание осуществляется за счёт диафрагмы и мышц брюшного пресса. Надключичные пространства не выбухают, лопатки прелегают к туловищу. Эпигастральный угол приближается к прямому. При пальпации грудная клетка эластична в передне-заднем и боковом направлениях, межреберные промежутки эластичны, безболезненны. Рёбра ,грудина, лопатки при пальпации безболезнены. При пальпации болевых точек по ходу межреберий болезненности так же не отмечается. Голосовое дрожание умеренной интенсивности, одинаково проводится к симметричным участкам грудной клетки. При перкуссии грудной клетки определяется ясный лёгочный звук, одинаковый над симметричными участками лёгких.

Верхняя граница лёгких – на 3 см выше ключиц.

Нижняя гараница:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 4 м/р | - |
| L. axilaris media | 8 м/р | 9 м/р |
| L. scapularis | 9 ребро | |

Подвижность нижнего края лёгких – по 6 см.

Аускультативно - дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет; бронхофония проводится одинаково к симметричным участкам грудной клетки, соответствует голосовому дрожанию.

При исследовании сердечно-сосудистой системы:

При осмотре видимых пульсаций по поекциям крупных сосудистых пучков не определяется, грудная клетка в проекции сердца не деформирована, сердечный толчок не определяется. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения, нормальной формы, ненапряжён, 72 в минуту, соответствует сердечным сокращениям.

При перкуссии:

Границы относительной сердечной тупости:

правая граница - 4м/р на 1см кнаружи от правого края грудины

верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 5 м/р на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Поперечник сердца 11 см.

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Аускультативно - сердечные тоны ясные, ритмичные; расщепления и раздвоения тонов не наблюдается; патологические ритмы перепела, галопа, «щелчок открытия» не выявляются, патологических и функциональных шумов не прослушивается.

Артериальные стенки эластичные, податливы, ровные. Артериальное давление на обеих руках по 120/70 мм.рт.ст.

При иссследовании органов пищеварения и брюшной полости:

Аппетит несколько снижен, особенно на жирную пищу. Диспепсические явления на момент осмотра отсутствуют, болей в животе нет. При осмотре полости рта слизистые влажные, розового цвета, десны не изменены, зубы постоянные, кариес не определяется. Миндаланы нормального размера и формы, не выступают за нёбные дужки, лакуны свободны. Живот при осмотре правильной формы, не вздут. Передняя брюшная стенка без грыжевых дефектов, диастаз прямых мышц отсутствует. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье в проекции желчного пузыря. Пальпация зоны Шоффара, точки Дежардена безболезненна, симптом менделя отрицательный. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка в виде эластичного тяжа 2 см в дмаметре, безболезненная. Край печени ровный, эластичен, не выступает из под реберной дуги, при пальпации умеренно болезненен. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера положительный, симптом Мерфи положительный, пальпация точки Кера болезненна, Симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный. Ординаты печени: 11(0)\*8\*6см. Селезёнка не пальпируется.

Мочеполовая система:

При осмотре области поясницы цвет кожных покровов не изменён, выпячиваний и деформаций в проекции почек нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируются нижние полюса почек – безболезненные, умеренно смещаемые в верхне-нижнем направлении. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна. Область в проекции мочевого пузыря при осмотре не изменена, пальпация мочевого пузыря безболезненна. Отёков и пастозности тканей не наблюдается. Наружные половые органы соответствуют полу и возрасту.

Нервная система:

Реакция ребёнка на помещение в клинику адекватная, эмоционально спокоен, активно общается с соседями по палате, предписания медработникоов выполняет полностью. Двигательная и чувствительная сфера развиты хорошо, расстройств нет. Речь свободная, словарный запас достаточный для полноценного общения с окружающими. При осмотре – зрачки одинакового размера и формы, реакции на свет нормальны. Движения глазных яблок не ограничены, признаков двигательных нарушений лицевой мускулатуры нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Движения хорошо координированы, стриопаллидарных расстройств нет. Брюшные рефлексы живые, симметричные, медленноистощаемые. Менингеальные симптомы отсутствуют. Дермографизм красный, стойкий, в процессе осмотра отмечается покраснение кожи лица. В целом – психическое развитие ребёнка соответствует возрасту, отмечаются небольшие признаки повышения активности парасимпатической нервной системы, склонность к сосудистым реакциям, невротическим реакциям.

Органы чувств:

Острота слуха и зрения не снижена. Наружные слуховые проходы чистые, свободные. Конъюнктива розового цвета, без патологических изменений, склера – влажная, белого цвета; роговица сферична, влажная, зеркальная, прозрачная. Косоглазия нет.

**Предварительный диагноз:**

Описторхоз, глистная инвазия; дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, хронический гастродуоденит - ?.

Диагноз описторхоза подтверждается наличием жалоб на боли в правом подреберье, связанные с приёмом пищи и сопровождаемые тошнотой, что подозрительно на наличие патологии желчевыводящей системы, которую описторх заселяет и повреждает в 66% случаев. Характер болей – тупые, ноющие, возникающие после приёма пищи вполне могут свидетельствовать о дискинезии по гипотоническому типу, которая часто сопровождает описторхоз. Поражение желчевыводящей системы подтверждается данными исследования – пальпации органов ЖВС, исследованием специфических симптомов. Кроме того диагноз описторхоза подтверждается полностью анамнезом заболевания, а именно – проведёнными до госпитализации исследованиями, которые показали наличие в кале яиц описторха.

**План обследования больного:**

1.Общий анализ крови.

2.Общий анализ мочи.

3.Кал на яйца глист, копроовоскопия

4.Рентгенография грудной клетки

5.Биохимический анализ крови: фракции билирубина, амилаза, АСТ,АЛТ,ЦРБ, тимоловая проба, холестерин, щелочная фосфатаза, общий белок.

6.Анализ дуоденального содержимого, дуоденальное зондирование с функциональными тестами желчного пузырь и желчевыводящих путей.

7.УЗИ органов брюшной полости

8.Эзофагогастродуоденоскопия

9.Копрограмма

10.Электрокардиография

11.ИФА с антигенами описторхов.

**Результаты обследования:**

ОАК от 5.12.99.:

Эритроциты: 4.1\*1012/литр.

Гемоглобин 132 гр/литр.

ЦП: 0,9

Лейкоциты: 6.0

Э- 5

П-2

С-47

Л-21

М-5

СОЭ – 5мм/час

Биохимический анализ крови от 15.12.99.:

Билирубин-8мкмоль/литр

АЛТ-0.5мкмоль/литр

АСТ-0.75мкмоль/литр

Альфа-амилаза – 36,2 /литр

Бетта-липопротеин – 27Ед

Холестерин – 30 мкмоль/литр

СРБ – отрицательный

Серомукоид – 0.19 Ед

Анализ мочи от 15.12.99.:

Соломенно-жёлтого цвета, удельный вес – 1040 гр/литр, белка нет, лейкоциты – 1-2-1 в поле, плоский эпителий – 1-0-1 в поле.

Кал от 15.12.99.:

Обнаружены яйца глист – описторх; Enterobius vermicularis.

Желчь от 22.12.99.:

Прозрачная, оливкового цвета, еденичные лейкоциты, еденичные плоскоклеточные клетки, яйца описторха.

Дуоденальное зондирование 22.12: зонод введён в 8.15, сода введена в 8.50,

магнезия введена в 9.20, получена порция В в 9.39,

введена магнезия в 9.55, получена порция В в 10.00,

введена магнезия в 10.25, получена порция В в 10.44.

Копрограмма от 22.12.99г.:

Характер – оформленный,каловый, коричневого цвета,

Мышечные волокна (переваримые) – 1-2-3

Жира,жирных кислот, мыл нет

Непереваримая клетчатка – 1-0-1

Переваримая клетчатка – 1-0-1

Бактерии +

Лейкоциты – 1-2-2

Эпителий – 1-0-1

Эзофагогастродуоденоскопия от 21.12.99г.:

Слизистая пищевода,желудка и двенадцатиперстной кишки без признаков воспаления, стенки эластичны.

**Клинический диагноз:**

**Основной** : Описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение.

**Сопутствующие**: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, глистная инвазия Enterobius vermicularis.

**Обоснование клинического диагноза:**

# Диагноз поставлен

На основе жалоб – боли ноющего и тянущего характера в правом подреберье и правой половине живота, возникающие после приёма пищи или после физической нагрузки, не имеющие схваткообразного характера и купирующиеся самостоятельно; сопутствующей тошноты. Наличие таких болей можно обяснить как наличием холецистохолангита вследствие описторхозной инвазии желчных путей, так и имеющейся дискинезией.

На основе данных анамнеза – длительного развития заболевания, практической неизменности симптомов заболевания на протяжении 2 лет, наличие в анамнезе интенсивного употребления речной рыбы и неблагоприятных в эпидемиологическом и гигиеническом плане эпизодов проживания в сельской местности.

На основе данных клинического исследования – болезненности при пальпации точки Кера, края печени, положительного симптома Мерфи, Ортнера, отсутствия при обследовании данных за поражение двенадцатиперстной кишки и желудка. Эти данные обусловлены наличием описторхозного холецистохолангита и дискинезии ЖВП, которая тоже является следствием описторхозного поражения гепатобилиарной системы.

На основе параклинических данных – наличия яиц гельминтов в кале и желчи.

На основе инструментального исследования – замедленное отделение желчи при проведении дуоденального зондирования, что говорит о наличии дискинезии ЖВП по гипотоническому типу, результатов ГДС не подтверждающих наличие патологических процессов в желудке и двенадцатиперстной кишке, что помогает в дифференцировке данного заболевания от гастрита, гастродуоденита.

Данное заболевание необходимо дифференцировать от гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни, хронического гепатита, холецистита.

При язвенной болезни совсем иной характер боли, она так же связана с приёмом пищи, но характер пищи безразличен. При язвенной болезни боль локализована чаще в эпигастрии, болезненна пальпация в зоне Шоффара. В данном случае этого нет, кроме того язвенная болезнь исключается при гастродуоденоскопии полностью.

Для гастродуоденита характерны так же жалобы на боли, тошноту и отрыжку, снижение аппетита, но болевой синдром при гастродуодените более упорный, боли более длительные. Гастродуоденит может быть следствием описторхозной инвазии. В данном случае характер жалоб говорит о заинтерисованности скорее только ЖВП ,без дуоденита.

При гастрите несколько иной характер боли, она локализована в эпигастрии, зачастую не связана с определённым типом пищи, при гастродуоденоскопии отмечаются признаки воспаления в слизистой желудка. В данном случае данных за гастрит нет.

Для хронического гепатита характерны жалобы на боли в правом подреберье, вне связи с приёмами пищи, тошноту, изжогу, отрыжку; при нем отмечаются выраженные признаки нарушения функции печени от гепатодепрессивного синдрома до печёночной недостаточности, сильно изменяются биохимические показатели, характеризующие функцию печени, бывают эпизоды желтухи. В данном же случае клинические и параклинические данные говорят о поражении ЖВП а не самой печени.

Само наличие яиц описторхов в желчи и кале уже говорит об описторхозе и объясняет наличие дискинезии ЖВП, которая есть в данном случае со всем набором характерных жалоб.

**Лечение:**

1.Режим – общий.

2.Диета №15, следует обратить внимание на строгое соблюдение режима питания, недопущения принятия жирной пищи. Следует употреблять блюда , богатые растительной клетчаткой, которые стимулируют кинетику желчи

Карта питания:

Суточная калорийность питания: 2900 ккал

Белки – 100 гр

Жиры – 80 гр

Углеводы – 430 гр

Суточное меню:

1 -ый завтрак 8-00: каша овсяная - 220 г.,масло сливочное -20 г., какао, печенье овсяное.

2 - ой завтрак 11 - 30: сырники со сметаной – 150-200 г, яблочный сок - 200 мл.

Обед 14 - 30: суп овощной, на говяжем бульоне - 200 г., котлеты по-киевски паровые - 100 г., картофельное пюре - 150 г., хлеб пшеничный ( зерновой ) - 70 г., компот из сухофруктов - 100 г.

Полдник 17 - 30: сок морковный - 150 мл.

Ужин 19 - 00: рыба минтай притушенная с овощами - 200 г., гречневая каша - 130 г., хлеб пшеничный ( зерновой ) -50 г., сок персиковый - 150 мл.

21 - 00: кефир - 200 мл.

3.Физиолечение:

Гальванизация области желчного пузыря, ежедневно, в утренние часы.

4.Медикаментозная терапия:

1.Этиотропная терапия по поводу описторхоза не показана ввиду клинически выраженного течения заболевания. Этиотропную терапию гельминтоцидными препаратами следует провести только после наступления клинико-лабораторной ремиссии.

2.Патогенетическая терапия:

Десенсибиллизация:

Rp: Tab. Famotidini 0,02 № 20

D.S. По 1-ой таблетке 2 раза в день .

Холекинетики:

Rp.: Tab. Allocholi obductae

D.S. По 1 таблетке 3 раза в сутки после еды.

Нейротропная терапия:

Rp.:Tab.Coffeini benzoati-natrii 0.1

D.S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Rp.:Extr.Eleuterococci 50.0

D.S.Принимать по 25 капель 1 раз в сутки.

Проведение слепого зондирования через сутки – утром принимать раствор сорбитола( 1 чайная ложка на 100 гр воды), после этого прикладывать в положении на правом боку грелку к правому подреберью на 1.5-2 часа.

**Дневник заболевания:**

**25.12.99г**.:Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Эмоциональный фон положительный. Жалоб не предъявляет. Аппетит удовлетворительный. Диспепсических явлений не наблюдалось. Стул ежедневный 1 раз в сутки, хорошо сформированный, обычной окраски. Сон спокойный 9 часов в сутки. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые полости рта бледнорозовой окраски, без паталогических изменений. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту. АД = 120/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Назначенное лечение проводится регулярно, лечение следует продолжить.

**26.12.99г**.:Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сохраняется положительный эмоциональный фон. Аппетит хороший. Стул 1 раз в утренние часы, без особенностей. Кожные покровы чистые физиологической окраски. Слизистая ротовой полости без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 78 в минуту. АД = 130/ 80 мм. рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье и по ходу восходящей ободочной кишки. Назначенное лечение следует продолжить.

**27.12.99г**.: Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сохраняется положительный эмоциональный фон. Аппетит хороший. Стул 1 раз в утренние часы, без особенностей. Кожные покровы чистые физиологической окраски. Слизистая ротовой полости без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 75 в минуту. АД = 120/ 80 мм. рт. ст. Живот мягкий, малоболезненный в мезогастрии, а также по ходу слепой и сигмовидной кишки. Назначенное лечение следует продолжить.

**Этапный эпикриз:**

Больной Шаболовский Дмитрий Михайлович, 13 лет, поступил в стационар 1ГКДБ по направлению участковой поликлиники№7 для прохождения лечения и уточнения диагнозас жалобами на боли в правом подреберье, возникающие после приёма жирной пищи через 15 минут и самостоятельно купирующиеся в течение последующего часа, тошноту, снижение аппетита, возникающую изредка при болях рвоту. Больным себя считает в с 1997 года, когда впервые появились жалобы на боли вышеописанного характера. По ходу заболевание произошло присоединение к клинической картине жалоб на тошноту и эпизодическую рвоту. За медицинской помощью до ноября 1999 года не обращался, самолечением так же не занимался. Последнее обострение заболевания возникло в ноябре 1999 года и сопровождалось вышеперечисленными жалобами. По поводу обострения обращался в стационар 2ГКБ, по результатам суточного наблюдения наличие хирургической патологии органов брюшной полости было исключено, больному было рекомендовано обратится в участковую поликлинику. В поликлинике были в амбулаторных условиях проведены исследования – общий анализ мочи, крови, кал на яйца глист. В каловых массах были обнаружены яйца описторха и Enterobius vermicularis. Картина крови с небольшой эозинофилией так же соответствовала описторхозной инвазии. Больному с предварительным диагнозом описторхоза было дано направление для прохождения стационарного лечения. В стационаре 1ГКДБ были проведены необходимые клинические и параклинические исследования – в кале повторно обнаружены яйца описторха, так же яйца описторха обнаружены в желчи больного, полученной методом дуоденального зондирования. Данных за нарушение функции печени в биохимическом анализе крови и по клинике заболевания не отмечалось. По результатам гастродуоденоскопии данных за воспалительные либо атрофические процессы в желудке и двенадцатиперстной кишке. В пузырной порции желчи – без воспалительных изменений, наличие яиц описторах. При дуоденальном зондировании – замедленное отделение желчи как самопроизвольно так и после стимуляции. Диагноз косвенно подтверждался эпидемиологическим анамнезом – потреблением в пищу речной рыбы в течение нескольких лет. На основе всего вышеперечисленного поставлен диагноз:

Основной: Описторхоз, хроническая фаза, клинически выраженное течение.

Сопутствующие: ДЖВП по гипотоническому типу, глистная инвазия Enterobius vermicularis.

Учитывая патогенез и клинику данного заболевания у больного назначено лечение, которое направлено на купирование дискенетических явлений в ЖВП и на подготовку к дальнейшему этиотропному лечению описторхоза: диета №15, физиолечение – гальванизация области желчного пузыря, сеансы слепого зондирования, медикаментозное – холекинетики, десенсибиллизирующие препараты, нейростимулирующие препараты. На фоне проводимого лечения самочувствие больного значительно улучшилось, нормализовался аппетит, перестали возникать боли после приёма пищи и приступы тошноты. В ближайшее время планируется выписка с продолжением начатого лечения в амбулаторных условиях до окончательного стихания дискинетических явлений и купирования клинико-лабораторной выраженности описторхоза. Рекомендации – соблюдение диетического режима – избегать жирной пищи, употреблять в пищу больше растительной клетчатки, стимулирующей моторику желчных путей, соблюдать режим питания, проводить сеансы «слепого зондирования» по описанной схеме. После стихания клинических проявлений описторхоза – госпитализация для проведения этиотропного лечения описторхоза и глистной инвазии. Лечение описторхоза следует проводить препаратом бельтрицид исходя из дозы 0.040 гр на 1 килограмм веса больного в течении 1 суток в вечернее время с дробление дозы на три приёма ( 20.00-24.00-04.00), после еды, с обязательным наблюдением за состоянием больного во время лечения. После курса этиотропного лечения – провести в течение 1-2 недель в амбулаторных условиях такое же лечение, которое проводится в настоящее время. После проведения курса этиотропной терапии – диспансерное наблюдение в течение 1 года (через 1,3,6,9 и 12 месяцев) для оценки эффективности лечения и выявления остаточных явлений.