**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. ФИО
2. Пол мужской
3. Возраст 11 лет
4. Адрес
5. Профессия
6. Родители

* мать:

Непереносимости лекарственных препаратов – нет.

На учёте не состоит.

7. Дата и время поступления

8. Кем направлен –

9. Куда направлен –

10. Диагноз направившего учреждения: острый панкреатит.

11. Клинический диагноз: Эрозии луковицы двенадцатиперстной кишки. Дискинезия желчных путей по гипомоторному типу.

12. Окончательный диагноз: первичный хронический распространённый гастродуоденит. Эрозивный бульбит, период обострения с повышенной желудочной секрецией.

1. *Исход заболевания –* улучшение.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Отмечает жалобы на незначительные боли в эпигастральной области, чувство тяжести в области желудка после еды; снижение аппетита; слабость, вялость.

При поступлении жаловался на сильные боли в животе, эпигастрии; повышение температуры тела до 37,20 С; тошноту; отсутствие аппетита, слабость, вялость; иногда изжогу вне зависимости от приёма пищи.

**АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболел остро утром 12.04.99 г., когда пожаловался на боль в животе. Мама дала ребёнку таблетку но-шпы и таблетку фестала. Боль уменьшилась. В школе съел пирожок с мясом. Через несколько часов дома, дома (10 часов вечера) вновь появились сильные, острые, схваткообразные боли в эпигастральной области, которые иррадиировали вниз живота. Вызвали скорую помощь. Сделали клизму. Мама отказалась от консультации хирурга в ДКБ. Утром вновь возникла острая боль в эпигастрии, вновь вызвали скорую помощь. Проконсультирован хирургом, острое хирургическое заболевание исключено. Направлен на стационарное лечение в детское отделение больницы ХБК. Было произведено обследование, в результате которого был поставлен диагноз – эрозии двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчных путей по гипомоторному типу. Назначено лечение, в результате которого состояние больного улучшается. На день курации боли в эпигастральной области значительно уменьшились, температура тела нормальная, аппетит нормализуется, сохраняется слабость.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

1. АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

Родился от первой, нормально протекавшей беременности. Роды срочные физиологичные. При рождении закричал сразу. Врождённой патологии не имеет. Масса = 3600 г, рост = 52 см, окружность головы = 34 см, окружность груди = 32 см. Сразу после рождения приложен к груди, сосал активно. Из роддома выписан на 5 день с массой 3800 г.

1. РАЗВИТИЕ И ПИТАНИЕ РЕБЁНКА

Вскармливание естественное, регулярное, с соблюдением ночного перерыва. Прикорм введён в 5 мес. в виде фруктового пюре и каш. После 1 года питание регулярное, полноценное. После 7 лет отмечается частое сухоядение, нерегулярность питания. Держать голову начал в 1,5 мес., сидеть – 6 мес., ходить – 11 мес. Первые зубы прорезались в 6 мес, к году было 8 зубов. Говорить первые слова начал на 10 мес, в 1,5 года – формировал целые предложения. После года в умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. В семье и коллективе спокоен, общителен. Сейчас развитие соответствует возрасту. Успеваемость в школе хорошая.

1. АНАМНЕЗ ПЕРЕНЕСЁННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В 3 года перенёс ветряную оспу. Травм и операций не было. Отмечает частые ОРВИ.

Аллергологический анамнез не отягощён.

На диспансерном учёте не состоит.

Гемотрансфузий не производилось.

Наследственность не отягощена.

Единственный ребёнок в семье. Жилищно-бытовые условия хорошие. Нагрузка в школе и дома умеренная.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

В контакте с инфекционными больными (туберкулёзом, гепатитом) не состоял. Дисфункций кишечника последние 3 недели не было. Больному были проведены профилактические прививки: БЦЖ, КДС, против полиомиелита.

**ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ НА ДЕНЬ ОСМОТРА**

***Осмотр 23.04.99.***

Температура тела 36,6οС. Общее состояние больного удовлетворительное.

Положение в постели свободное, естественное.

Выражение лица спокойное, осмысленное. Глаза блестящие, широко раскрытые.

Физическое развитие соответствует полу и возрасту.

Телосложение правильное. Астенический тип.

Кожные покровы и видимые слизистые матового цвета, чистые, влажные. Кровоизлияния, сыпи, рубцы и пигментные пятна на коже и слизистых оболочках отсутствуют.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Тургор тканей нормальный – упругий. Уплотнений, подкожной эмфиземы, отёков нет.

Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, нормальной консистенции, не спаянны с окружающими тканями и между собой.

Мышечная система.

Мускулатура развита хорошо. Атрофии или гипертрофии мышц при осмотре не обнаружено. Тонус нормальный. Мышечная сила умеренная, активные и пассивные движения в суставах конечностей в пределах нормы. Болезненность при пальпации отсутствует.

Костная система.

Форма черепа обычная. Деформаций, асимметричности, болезненности при пальпации лицевого и мозгового черепа нет. Размер головы соответствует возрасту ребёнка.

Форма грудной клетки правильная. Гаррисонова борозда, чётки отсутствуют. Деформаций, переломов нет.

Патологических искривлений позвоночника, деформации костей таза нет. Подвижность позвонковых суставов в норме, при движении безболезненные.

Деформации конечностей («браслеты», «нити жемчуга», «барабанные пальцы», о – или х – образные конечности, плоскостопие) отсутствуют.

Суставы обычной формы и величины. Отёчности и гиперемии нет. Болезненности, хруста при пальпации, а так же при совершении пассивных и активных движений, не обнаружено. Объём движений в норме.

Нервная система.

Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности полностью. С окружающими общителен.

Речь не изменена. Артикуляции и модуляции речи (дизартрия, скандирование, монотонность, афония) не выявлено.

Сон нормальный, глубокий. Сноговорения и снохождения не отмечает.

Интеллект сохранен. Память не снижена. Эмоционально устойчив.

Чтение, письмо, счёт не страдает.

Праксис и гнозис соответствуют норме.

## Менингиальные симптомы (менингиальная поза, ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптом Брудзинского - верхний, средний и нижний) отсутствуют. Черепные нервы без патологических изменений.

## Рефлексы: глубокие (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, лучезапястный, коленный, ахиллов рефлексы). Кожные (верхний, средний и нижние брюшные) рефлексы в пределах нормы. Патологических рефлексов не обнаружено.

Координация движений и чувствительность не изменены. Дермографизм розовый, стойкий.

## Органы дыхания.

## Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носа нет. При дыхании крылья носа не раздуваются.

Осиплости, охриплости, носового оттенка голоса нет. Кашель отсутствует. Тип дыхания смешанный. Дыхание глубокое, ритмичное. Одышки нет. ЧДД 2О в минуту. Отношение Д:П = 1:4. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не учавствует. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

## *Пальпация.* Форма грудной клетки правильная, симметричная, деформаций нет, при пальпации безболезненна. Пастозность, сглаженность межрёберных промежутков не обнаружены.

## *Перкуторно* **–**ясный легочной звук.

Высота стояния верхушек:

- спереди, с обеих сторон: на 3 см выше ключицы

- сзади: на уровне IIV шейного позвонка

Ширина полей Кренинга - 4 см.

Нижние границы лёгких :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Линии** | **Справа** | **Слева** |
| Парастенальная | V межреберье | V межреберье |
| Срединно-ключичная | VI ребро | VI ребро |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | |

## Экскурсия лёгочного края не изменена.

## *Аускультативно* выслушивается везикулярное дыхание; хрипов нет; шум трения плевры не определяется, симптом оральной крепитации отсутствует.

Сердечно-сосудистая система.

Видимой пульсации сосудов и выпячиваний в области сердца нет. Сердечный горб отсутствует. Эпигастральной пульсации нет.

*Пальпаторно*. В V межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии определяется умеренной силы, ограниченный верхушечный толчок. «Кошачье мурлыкание» не определяется.

*Перкуторно.* Границы относительной сердечной тупости соответствуют полу и возрасту.

|  |  |
| --- | --- |
| **Граница** | **Относительная сердечная тупость** |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | Верхний край III ребра |
| Левая | На 0.5 см кнутри от срединно-ключичной линии |

Конфигурация сердца не изменена.

*Аускультативно.* Тоны сердца громкие, ясные, чистые. Ритм сердечной деятельности нормальный. Патологические шумы не выслушиваются. Пульс = 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. АД=110/60 мм рт ст.

Внесердечные шумы – шум трения перикарда, плевроперикардиальные и кардиопульмональные, шумы в области крупных сосудов, не обнаружены.

Пищеварительная система. Язык влажный, розового цвета, обложен белым налётом. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зева нормальной розовой окраски, влажная, чистая, без эрозий, афт, кровотечений. Запах изо рта обычный.

Дёсны плотно охватывают шейки зубов, бледно – розового цвета, компактные, не разрыхлены, не изъязвлены, не кровоточат.

Зубы постоянные, обычной формы, кариозных зубов нет.

87654321⎢12345678

87654321⎢12345678

Твёрдое небо пологой формы, покрыто неизменённой слизистой оболочкой.

Мягкое нёбо симметрично, подвижно. Язычок расположен по средней линии. Нёбные миндалины на уровне дужек, не спаяны с ними, компактные, умеренно гиперемированны, без гнойных пробок, налёта и язв. Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, влажная. Подчелюстные, верхние шейные лимфоузлы не увеличены.

*Осмотр живота.* Форма живота правильная. Диаметр окружности на уровне пупка равен окружности груди и составляет 77 см. Живот симметричен, не вздут, с втянутым пупком. Равномерно участвует в акте дыхания. Венозные коллатерали, видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствуют. Грыжевых выпячиваний нет.

*Пальпация.* При поверхностной пальпации живот мягкий, расхождения мышц брюшного пресса, грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются; симптомы Щёткина - Блюмберга и Менделя отрицательные. Спазмов кишечника нет. Определяется умеренная болезненность, защитное напряжение мышц и повышенная кожная чувствительность в эпигастральной области и правом подреберье.

### *Печень, селезёнка*

Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность плотная, гладкая, безболезненна. Симптом «плавающей льдинки» отрицательный. Желчный пузырь не пальпируется, пузырные симптомы отрицательные. Селезёнка не пальпируется. Перкуторно : длинник - 7 см, поперечник - 5 см. Размеры печени по Курлову 8см-7см-6см.

Мочеполовые органы.

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, болезненности не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Дизурических расстройств нет. Дневной диурез преобладает над ночным.

Эндокринная и нервная системы.

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

Первичной патологии со стороны нервной системы и органов чувств не выявленно.

**XII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб на момент курации больного (незначительные боли в эпигастральной области, чувство тяжести в желудке после еды, снижение аппетита, слабость, вялость) и жалоб при поступлении (сильные боли в эпигастральной области и правом подреберье, повышение температуры тела до 37,20 С, тошнота, иногда изжога вне зависимости от приёма пищи, отрыжка кислым, отсутствие аппетита, слабость, вялость); анамнеза болезни (заболел остро, когда утром 12.04.99 г пожаловался на острую боль в животе, после приёма но-шпы боль уменьшилась, вечером снова возобновилась, вызвали скорую помощь, после клизмы состояние улучшилось, но утром боль возобновилась, был проконсультирован хирургом, острое хирургическое заболевание исключено) и анамнеза жизни (в последние годы отмечается сухоядение, нерегулярность в питании; в анамнезе частые ОРВИ); объективного обследования (болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, там же защитное напряжение мышц, обложенность языка белым густым налётом) можно поставить предварительный диагноз:

**Первичный хронический гастродуоденит, фаза обострения, повышенная желудочная секреция.**

**XIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Определение глюкозы крови
4. Биохимический анализ крови
5. МОР
6. Уропепсиноген мочи по Туголукову
7. Диастаза мочи
8. Трёхкратный соскоб на энтеробиоз
9. Кал на яйца глистов
10. Кал на скрытую кровь
11. ФГДС
12. УЗИ печени, поджелудочной железы

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

* Общий анализ крови 13.04.99 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 3,82 х 1012 г/ л |
| Гемоглобин | 126 г/л |
| Цветной показатель | 0.95 |
| Тромбоциты |  |
| Лейкоциты | 8,6 х 109 г/л |
| Базофилы | --- |
| Эозинофилы | 3 % |
| Нейтрофилы : Миэлоц . | --- |
| Юные | --- |
| Палочкоядерные | 1 % |
| Сегментоядерные | 59 % |
| Лимфоциты | 34 % |
| Моноциты | 3 % |
| СОЭ | 4 мм/час |

* Общий анализ мочи 14.04.99 г.

1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 1020
4. прозрачность непр.
5. белок нет
6. сахар нет

**Микроскопия осадка**.

1. Эпителиальные клетки

* Плоские 0-1-2 в п/з

1. Лейкоциты 1-3-4 в п/з
2. Эритроциты неизменённые 0-1-6

* МОР 16.04.99 г. отрицательная
* Кал на яйца глистов 16.04.99 г.

яйца глистов не обнаружены

* Глюкоза крови 23.04.99 г. 3,9 ммоль/л
* Уропепсиноген мочи 16.04.99 г.

По Туголукову = 51 мг/мл сут. количества

* Диастаза мочи 13.04.99 г. 256 ед

Диастаза мочи 20.04.99 г. 64 ед

* Соскоб на энтеробиоз №1 17.04.99 г. ***abs***

Соскоб на энтеробиоз №2 19.04.99 г. ***abs***

Соскоб на энтеробиоз №3 21.04.99 г. ***abs***

* Кал на скрытую кровь 17.04.99 г. ***abs***
* Биохимический анализ крови 14.04.99 г.

АЛТ – 0,33

АСТ – 0,34

Биллирубин общий 15,39 мкмоль/л – реакция непрямая.

* ФГДС 15.04.99 г.

Пищевод и кардия без особенностей. Желудок обычных размеров и формы, содержит ослезнённую жидкость. Складки продольные, эластичные, средней высоты, хорошо расправляются воздухом. Слизистая гиперемирована с элементами мелкозернистой гиперплазии. Привратник округлой формы, функционирует. Луковица ДПК средних размеров, слизистая гиперемирована, на задней стенке 2 эрозии. Диаметром = 0,1 – 0,2 мм с фибрином.

*ЗАКЛЮЧЕНИЕ*: эрозии луковицы ДПК. Бульбит. Поверхностный гастрит с очаговой гиперплазией.

# УЗИ – органов брюшной полости. 13.04.99 г.

ПЕЧЕНЬ

Эхогенность – средняя

Структура – мелкозернистая

Размеры: правая доля 98

левая доля 60

портальная вена 10

селезёночная вена 5

Внутрипечёночные сосуды визуализируются слабо.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Контуры – чёткие

Форма – грушевидная

Полость – гомогенна

Размеры: объём 25,7

толщина стенки 2 мм

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Эхогенность – средняя

Структура – мелкозернистая

Контуры – чёткие

Размеры: 12-14-15

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ:*** *э*хопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хронический гастродуоденит дифференцируют с заболеваниями со сходными симптомами. Это, прежде всего, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический панкреатит.

Функциональные секреторные и двигательные расстройства деятельности желудка в отличие от хронического гастродуоденита имеют намного меньшую связь клинических симптомов с приёмом пищи; симптомы функциональных расстройств непостоянны и исчезают после назначения ребёнку питания, соответствующего его возрасту. В то время как у больного имеется прямая связь между приёмом пищи и клиническими симптомами. В то же время у него симптомы имеют постоянный характер. Основным критерием в дифференциальной диагностики функциональных нарушений хронического гастродуоденита является ФГДС, которая у нашего больного показала - эрозии луковицы ДПК. Бульбит. Поверхностный гастрит с очаговой гиперплазией, что при функциональных секреторных и двигательных расстройствах не имеет места.

Также хронический гастродуоденит необходимо дифференцировать с язвенной болезнью желудка и ДПК. Клиническая картина этих заболеваний обладает значительным сходством. При язвенной болезни желудка и ДПК также можно выделить болевой синдром, который выступает на первый план, диспепсический синдром и астеноневротический. Но в отличие от хронического гастродуоденита интенсивность этих синдромов более выражена при язвенной болезни желудка и ДПК. Болевой синдром характеризуется поздними (через 24 часа после приёма пищи) приступообразными, колющими болями в верхней части живота; боль интенсивная, упорная, продолжается несколько часов, возникает периодически, ритмично; характерны ночные боли. При приёме молока или щелочного питья боль уменьшается. У нашего больного болевой синдром менее выражен; боли носят тупой, ноющий характер и вскоре после приёма пищи исчезают. Пальпация верхней части живота выявляет у больного лишь умеренную болезненность. При язвенной болезни желудка и ДПК вследствие кожной гиперстезии поверхностная пальпация резко болезненна, а при глубокой пальпации выявляется симптом мышечной защиты в верхней половине живота и вызывается активное сопротивление ребёнка. У больного симптом мышечной защиты положителен в области эпигастрия, но ребёнок спокоен, сопротивления не оказывает. Язвенная болезнь желудка и ДПК характеризуется положительным симптомом Менделя – болезненность при покалачивании пальцем в проекции луковицы ДПК. Диспепсический синдром имеет выраженный постоянный характер при язвенной болезни желудка и ДПК. При хроническом гастродуодените также проявляются все симптомы диспепсического синдрома, но они менее выраженны – рвота у нашего больного была всего 1 раз и с приёмом пищи не была связана, запоры также бывают относительно нечасто. При язвенной болезни желудка и ДПК рвота возникает довольно часто, на высоте боли, приносит облегчение.

Астеноневротический синдром у больного не отмечается. У него наблюдаются признаки хронической интоксикации: бледность, синева под глазами, головная боль, повышенная утомляемость.

Наибольшее значение в дифференциальной диагностике имеют лабораторно – инструментальные исследования, ФГДС. При язвенной болезни желудка и ДПК эндоскопическая картина характеризуется яркими изменениями слизистой оболочки гастродуоденальной области: на фоне признаков гастрита и дуоденита обнаруживаются язвы с высоким гиперемированным валом и дном, покрытым фибриновыми налётом; такие изменения слизистой свойственны первой стадии язвенной болезни желудка и ДПК – стадия «свежей язвы». В зависимости от стадии эндоскопическая картина меняется: может быть видно начало эпителизации, рубцы или грануляционная ткань с картиной выраженного гастродуоденита в виде пятен. В четвёртой стадии ФГДС может ничего не показать, но выявляется стойкое повышение кислотообразующей функции.

У нашего больного ФГДС выявляет типичную картину гастродуоденита: диффузный багрово – красный отёк слизистой оболочки, исследование секреторной функции желудка определило нормальное кислотообразование.

Кроме того, хронический гастродуоденит необходимо дифференцировать с хроническим панкреатитом, при котором также выделяются болевой и диспепсический синдромы, несколько отличающиеся от таковых при хроническом гастродуодените. Боли также локализуются в верхней половине живота, проекция боле часто отражает локализацию патологического процесса в поджелудочной железе. Болевой синдром отличает т, что боли появляются во второй половине дня (после обеда) и нарастают в вечерние часы. Этот синдром при хроническом панкреатите связан с обильной едой, особенно жирной и сладкой, с физической, эмоциональной перегрузкой. Продолжительность и интенсивность болей различные: могут напоминать аппендицит и др. Имеется склонность болей к иррадиации в спину, левую лопатку, плечо, иногда боли носят опоясывающий характер. В нашем случае у больного боли имеют вполне определённый характер: голодные боли, после еды, что связано с растяжением желудка; боли всегда в одном и том же месте – в эпигастрии, справа и чуть выше пупка; не склонны к иррадиации. При пальпации больных хроническим панкреатитом у них определяется болезненность в холедохопанкреатической зоне (Шоффара – Риве) и эпигастрии, реже в левом боку. У нашего больного пальпация в эпигастрии и правом подреберье также болезненна, но у него отрицательны специфические симптомы, характерные для панкреатита: симптом Кача, симптом Мейо – Робсона, симптом Гротта. Помимо этого у нашего больного не пальпируется уплотнённая или увеличенная железа.

Диспепсический синдром при хроническом панкреатите имеет своеобразные проявления: слюнотечение, самоограничение в еде, в связи со страхом перед болями, отвращение к отдельным видам пищи – чего при хроническом гастродуодените не наблюдается.

Решающее значение придаётся лабораторно – инструментальным исследованиям. При хроническом панреатите ФГДС не выявляет каких – либо изменений слизистой оболочки желудка и ДПК, в то время как у больного на эндоскопической картине изменения типичные для хронического гастродуоденита. УЗИ поджелудочной железы при хроническом панкреатите определяет увеличение размеров железы, увеличение плотности паренхимы pancreas, её отёк - при обострении патологического процесса. УЗИ поджелудочной железы нашего больного выявило среднюю эхогенность, мелкозернистую структуру, чёткие контуры и нормальные размеры; таким образом УЗИ – признаков патологии поджелудочной железы не выявлено. В моче - диастаза 256 ед, что даёт нам возможность предположить реактивный панкреатит на фоне обострения хронического гастродуоденита. Для предположения же диагноза – хронический панкреатит оснований нет.

Проведённая дифференциальная диагностика чётко и ясно указывает на хронический гастродуоденит.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая **жалобы больного на -** на незначительные боли в эпигастральной области, чувство тяжести в области желудка после еды; снижение аппетита; слабость, вялость. При поступлении на сильные боли в животе, эпигастрии; повышение температуры тела до 37,20 С; тошноту; отсутствие аппетита, слабость, вялость; иногда изжогу вне зависимости от приёма пищи; **данные клинического синдрома -** язык обложен белым налётом; при пальпации определяется умеренная болезненность, защитное напряжение мышц и повышенная кожная чувствительность в эпигастральной области и правом подреберье; **данных лабораторно – инструментальных исследований**: ФГДС – эрозии луковицы ДПК. Бульбит. Поверхностный гастрит с очаговой гиперплазией; на УЗИ эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу, диастаза мочи - 256 ед. А также, учитывая данные дифференциального диагноза, можно поставить диагноз:

**ОСНОВНОЙ:** ***Хроничекий распространённый гастродуоденит в стадии обострения***

**СОПУТСТВУЮЩИЙ: *Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоничекому типу. Реактивный панкреатит.***

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение больных гастродуоденитом и дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу должно быть индивидуально, комплексно и этапно.

#### Стационарное лечение стадии обострения.

* постельный режим до две недели.
* Физический покой, согревание ребёнка в постели способствует стиханию болевого синдрома и улучшению общего состояния.
* Диетическое питание: стол № 1а на 2 – 3 дня, затем стол № 1б в течение двух недель и далее стол № 1 не менее 6 месяцев, в дальнейшем в течение года стол № 5 под контролем ФГДС.
* Фармакотерапия:

1. Купирование болевого приступа с помощью холинолитиков и спазмолитиков

Rp . : Tab . Platyphyllini hydrotartratis 0.005 N 30

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

При сочетании болевого приступа и диспепсии, а также для улучшения моторики желудка:

Rp . : Tab . Ceruсali 0.01 N 40

D.S. Принимать внутрь по ½ таблетки 3 раза в день за ½ часа до еды.

1. Для улучшения обменных процессов и ускорения регенерации тканей: солкосерил по 1 мл 1 раз в день в/м 10 дней.
2. Антибактериальная терапия – фуразолидон

4. Заместительная ферментная терапия – мезим - форте

Rp . : Dragee “Mezym – forte” N 50

D.S. Принимать внутрь по 1 драже во время приёма пищи.

5. Седативные средства

Rp . : Tab . Extr. Valerianae 0.02 N 50

D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в день.

6. Поливитаминные комплексы

Rp . : Dragee “Hexavitum” N 50

D.S. Принимать внутрь по 1 драже 3 раза в день после еды.

7. Антацидные препараты

##### Rp . : Tab . «Maalox plus» N 50

D.S.Принимать внутрь по 1-2 таб 4 раза в день ч/з 1 час после еды и перед сном.

1. Желчегонные средства

##### Rp . : Tab . «Allocholum» obductae N 50

D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в день после еды.

9. Физиотерапия

Электрофорез с MgSO4 на эпигастральную область и правое подреберье с папаверином и новокаином.

**XVIII. ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **24.04.99 г.**  **t 36,8оС**  **АД 115/80 мм.рт.ст.**  **Р 77 уд/м**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное*  ***Жалобы на:*** *незначительные боли в эпигастральной области, некоторую слабость.*  ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание, хрипов нет.*  ***Сердце -*** *тоны ясные, ритмичные.*  ***Живот:*** *при пальпации – умеренная мышечная защита в сочетании с некоторой болезненностью в эпигастрии. Симптомы Кера, Ортнера, Щёткина – Блюмберга, Менделя – отрицательные.*  *Стул и диурез в норме.* | **Лечение:**   1. Стол N 1а 2. Режим палатный  * Rp.: Tab. Plathyphillini hydrochloridi 0.5 N 30   D.S. Принимать внутрь  по 1 таблетке 3 раза в день.   * Rp.: Tab. Ceruсali 0.01 N 30   D.S. Принимать внутрь по ½ таблетки 3  раза в день за ½ час до еды.   * Rp.: Tab. Extr. Valerianae 0.02 N 50   D.S. Принимать внутрь по 2 таблетки 3 раза в день.  **Отменить:** стол 1а отменить; солкосерил. |
| **26.04.99 г.**  **t 36,6оС**  **АД 110/75 мм.рт.ст.**  **Р 70 в /**  **ЧДД 19 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное, сознание ясное, сон спокойный*  ***Жалобы на:*** *слабость, на задержку стула. Выходные провёл хорошо, говорит, что у него ничего не болело.*  ***Объективно:*** *кожа и видимые слизистые оболочки чистые; отмечается некоторая гиперемия зева и увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов*  ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание.*  ***Сердце -*** *тоны громкие, ритмичные.*  ***Живот:*** *при поверхностной пальпации– мягкий, безболезненный; при глубокой пальпации – не сильная боль в эпигастрии.* | **Лечение:**   1. Стол N 1б 2. Режим палатный 3. Щелочное питьё  Rp.: Tab. Phurazolidoni 0.1 N 20 D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4  раза в день после еды.   * Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50   D.S. Принимать внутрь по 1 драже 3  раза в день после еды.   * Электрофорез |
| **27.04.99 г.**  **t 36,5оС**  **АД 115/75 мм.рт.ст.**  **Р 74 в /**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное, сознание ясное*  ***Жалобы на:*** *слабость, незначительные боли в эпигастрии.*  ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание.*  ***Сердце –*** *тоны ясные, ритмичные.*  ***ЖКТ -*** *Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, безболезненный. Стула не было, диурез адекватен.* | **Лечение :**   1. Стол N 1б 2. Режим палатный  Rp.: Tab. Phurazolidoni 0.1 N 20 D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4  раза в день после еды. Rp.: Tab. «Maalox plus» N 50 D.S. Принимать внутрь по 1 – 2 таб.  4 раза в день через 1 час после еды  и перед сном. |
| **28. 04. 99 г.**  **t 36,7оС**  **АД 120/80 мм.рт.ст.**  **Р 75 в /**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное, сон спокойный.*  ***Жалоб*** *не предъявляет, говорит, что чувствует себя хорошо.*  ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание*.  ***Сердце -*** *тоны громкие, ритмичные*.  ***Живот:*** *мягкий, безболезненный.*  *Физиологические отправления в норме.* | **Лечение :**   1. Стол N 1б 2. Режим палатный  * Rp.: Dragee “Mezym – forte” N 50   D.S. Принимать внутрь по 1 драже во время приёма пищи. Rp.: Tab. «Maalox plus» N 50 D.S. Принимать внутрь по 1 – 2 таб 4 раза в день через 1 час после еды и перед сном. |
| **29. 04. 99 г.**  **t 36,7оС**  **АД 120/80 мм.рт.ст.**  **Р 75 в /**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное, сон спокойный, настроение хорошее.*  ***Жалоб*** *не предъявляет.*  ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание*.  ***Сердце -*** *тоны громкие, ритмичные*.  ***Живот:*** *мягкий, безболезненный.*  *Физиологические отправления в норме.* | **Лечение :**   1. Стол N 1б 2. Режим палатный  * Rp.: Dragee “Mezym – forte” N 50   D.S. Принимать внутрь по 1 драже во время приёма пищи. Rp.: Tab. «Maalox plus» N 50 D.S. Принимать внутрь по 1 – 2 таб 4 раза в день через 1 час после еды и перед сном.  Отменить: стол № 1б.  Назначить: стол № 1. |

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Больной, Н., 11 лет, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_ , поступил в детское отделение ГКБ №3 13.04.99 г. с диагнозом: хронический гастродуоденит, обострение. Реактивный панкреатит. При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли в животе, эпигастрии; повышение температуры тела до 37,20 С; тошноту; отсутствие аппетита, слабость, вялость; изжогу вне зависимости от приёма пищи.

Проведено обследование:

* Общий анализ крови - показатели в норме
* Общий анализ мочи - без патологии
* МОР - отрицательная
* Диастаза мочи - 256ед

# УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы – выявлены эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу

* **ФГДС:** эрозии луковицы ДПК. Бульбит. Поверхностный гастрит с очаговой гиперплазией

На основании клинических и анамнестических исследований, с учётом данных лабораторных исследований, был поставлен диагноз:

**ОСНОВНОЙ:** **первичный хронический распространённый гастродуоденит. Эрозивный бульбит, период обострения с повышенной желудочной секрецией**.

**СОПУТСТВУЮЩИЙ: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоничекому типу. Реактивный панкреатит.**

Было проведено лечение:

1. постельный режим две недели.
2. Физический покой, согревание ребёнка
3. Диетическое питание: стол № 1а, 1б, 1.
4. Фармакотерапия: купирование болевого приступа с помощью холинолитиков и спазмолитиков (платифиллин, но-шпа, папаверин), При сочетании болевого приступа и диспепсии, а также для улучшения моторики желудка – церукал; для улучшения обменных процессов и ускорения регенерации тканей: солкосерил; антибактериальная терапия – фуразолидон; заместительная ферментная терапия – мезим – форте; седативные средства; поливитаминные комплексы; антацидные препараты (маалокс); желчегонные средства (аллохол).
5. Физиотерапия: Электрофорез с MgSO4 на эпигастральную область и правое подреберье с папаверином и новокаином.

В результате проведённого лечения состояние больного значительно улучшилось: купировался болевой синдром, исчезли диспепсические расстройства, прошли явления интоксикации, нормализовался стул. Жалоб больной не предъявляет.

Выписан 30.04.99 г.

**Прогноз:** для жизни – благоприятный; для здоровья при соблюдении рекомендаций – благоприятный.

**Рекомендации:**

* Соблюдение режима и диеты
* Наблюдение у участкового педиатра по месту жительства
* Противорецидивная терапия
* Санаторно – курортное лечение – Горячий Ключ, Ессентуки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ

ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Исаева Л.А.**

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

М. Медицина 1994 г.

1. **Мазурин А.В.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Шелагуров А.А.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1975 г.

1. **Справочник ВИДАЛЬ**

АОЗТ М. АстраФармСервис 1998 г.

1. **проф. Бжасо К.И., зав. каф. детских болезней Соболева Н.Г.**

**Материалы лекций**

1. **Шабалов Н.П.**

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

М. Медицина 1997 г.