***История болезни***

***Клинический диагноз:***

* + *Основное заболевание –* хронический холецистит в стадии обострения
	+ *Сопутствующие заболевания* – ДЖВП по гипертоническому, гипомоторному типу, лямблиоз кишечника, левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника 1 степени тяжести.

***Жалобы, предъявляемые больной на день осмотра (16.02.2011):***

Главные: сильные колющие боли в животе в области эпигастрия и правом подреберье, возникающие в любое время суток, не связанные с приемом пищи, длительностью от 15 до 30 минут, купируемые но-шпой и аллохолом, не иррадиирующие.

Второстепенные: периодически возникающие головные боли, слабость, быструю утомляемость, сниженный аппетит.

***Анамнез заболевания:***

Впервые боли в животе появились в возрасте 7 лет. С 8 лет больная раз в год проходит лечение в стационаре. Заболевание протекает циклично, после проведенной терапии достигается период ремиссии, симптомы заболевания стихают.

Причиной настоящего обращения в поликлинику послужило возникновение острых колющих болей в области эпигастрия и правом подреберье вечером 14 февраля 2011 года. С приемом пищи, физической нагрузкой появление болей пациентка не связывает. В течение 2 дней мама лечила девочку дома самостоятельно. Для купирования болей пациентка принимала аллохол, мезим-форте, болезненность уменьшалась на короткое время, затем боли появлялись снова. Приступы болей возникали многократно в течение дня (до 5–6 раз). В связи с этим мама с дочкой 16.02.11 обратились в поликлинику по месту жительства

*Факторы способствовавшие возникновению и развитию заболевания:*

Такими факторами могли послужить: нарушение режима питания (нерегулярное, плохой аппетит), злоупотребление отдельными продуктами питания (жареное, острое, соленое), лямблиоз, хронические очаги инфекции в организме (кариес), стрессовые ситуации (в школе), малоподвижный образ жизни.

* **Объективный осмотр**

**Общий вид больной:**

Общее состояние удовлетворительное: Самочувствие хорошее, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное.

**Температура тела:** 36.6

**Оценка физического развития ребенка:**

* масса = 34 кг

Масса тела 5 лет (19 кг) + на каждый год по 3 кг

Должная масса тела = 19+3+3+3+3+3+3=19+18=37 кг

Дефицит массы тела составляет 7%

* рост = 141 см

Рост в 8 лет (130 см) + 5 см на каждый год

Должный рост = 130+5+5+5=145 см

Отклонение от нормы 3% (в пределах нормы)

**Кожные покровы:** Кожа бледно-розового цвета, эластичная, нормальной влажности. Подкожных кровоизлияний, сухости, шелушения, сыпи нет. Толщина кожной складки на тыльной поверхности кисти, на передней поверхности грудной клетки и локтевом сгибе – 0,5 см.

**Слизистые оболочки:** Слизистые губ, носа, век, нёба бледно-розового цвета. Зев интактен, гиперемии нет. Миндалины не увеличены, чистые. У корня язык обложен грязно-желтым налетом.

**Подкожная клетчатка:**

Развитие подкожно-жирового слоя слабое, распределение равномерное. Толщина подкожной-жировой складки на животе 1 см, на груди 0.5 см, на спине 1 см, на верхних конечностях 0.5 см, на нижних конечностях 1 см. Отеков, пастозности не выявлено.

**Лимфатические узлы:** При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Подбородочные, переднешейные, заднешейные, затылочные, подключичные, подмышечные, локтевые, грудные, паховые, забрюшинные не прощупываются. Подчелюстные лимфоузлы пальпируются диаметром 1.5 см, округлой формы, эластичной консистенции, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, безболезненные.

**Мышцы, степень развития мускулатуры** – нормальная, тонус – снижен. Болезненности при ощупывании мышц не возникает. Сила мышц соответствует возрасту.

**Кости:** Осанка неправильная. Искривление позвоночника в грудном отделе (левосторонний сколиоз 1 степени), угол левой лопатки на 1 см ниже правого. Углы лопаток направлены назад. Форма головы правильная. Деформаций грудной клетки нет.

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

**Суставы:** Суставы нормальной конфигурации, не деформированы, при пальпации безболезненны. Кожа над суставами бледно-розовой окраски, гиперемии и местного повышения температуры нет. Ограничения подвижности не наблюдается, пассивные и активные движения свободные.

**Нервно-психическое развитие** соответствует возрасту.

**Менингеальные симптомы:** Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные.

**Органы дыхания**

Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носа нет. Кашля нет.

Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная. Надключичные и подключичные ямки выражены одинаково справа и слева. Ширина межреберных промежутков 1 см. Лопатки прилегают неплотно, отстают (крыловидные лопатки).

Движение обоих половин грудной клетки при дыхании равномерное, симметричное. Тип дыхания смешанный. Дыхание свободное, глубокое, ритмичное. Число дыханий в минуту 21. Одышки нет. Раздувания крыльев носа не выявлено. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.

Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. На ощупь трение плевры не определятся.

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

Топографическая перкуссия легких

|  |
| --- |
| Нижние границы легких: |
| линия | справа слева |
| l.parasternalisl.medioclavicularisl.axillaris anteriorl.axillaris medial.axillaris posteriorl. scapularisl.paravertebralis11 гр. позв. | 5 межреберье –6 ребро –7 ребро 7 ребро8 ребро 8 ребро9 ребро 9 ребро10 ребро 10 реброост. отросток 11 гр. позв. ост. отросток 11 гр. позв. |

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см.

Симптомы Кораньи, Аркавина, «чаша Философова» отрицательные.

**Органы кровообращения**

Грудная клетка в области сердца не изменена, выпячиваний нет. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, нормальный – неусиленный, локализованный (шириной 1 см), нерезистентный.

Сердечный толчок отсутствует.

*Границы относительной тупости сердца.*

* Правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;
* Левая – в V-ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии;
* Верхняя – на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).

Поперечный размер относительной тупости сердца – 12 см.

Конфигурация сердца нормальная.

*Ширина сосудистого пучка* 6 см на уровне второго межреберья.

**Аускультация сердца.**

Тоны сердца чистые, ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту. Шумов нет.

Пульс симметричный, ритм правильный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 68 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Сосуды при внешнем осмотре не изменены.

Артериальное давление 90/60 мм Hg.

**Органы пищеварения.**

Язык у корня обложен грязно-желтым налетом, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов.

**Исследование живота:**

Осмотр. Живот овальной формы, симметричен, не возвышается над уровнем грудной клетки. Вздутие живота не наблюдается. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов, кровоизлияний и других изменений кожных покровов не отмечается. Грыжи не выявлены. Перистальтические движения не видны. Мышцы передней брюшной стенки участвуют в акте дыхания, не напряжены.

*Поверхностная ориентировочная пальпация:* Отмечается болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.

*Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову – Стражеско*.

* Пальпируется большая кривизна желудка по обе стороны от средней линии тела на 2., 5 см выше пупка в виде валика. Привратник пальпаторно не определяется.
* Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной 1,5 см, подвижная, слегка болезненная.
* Слепая кишка прощупывается в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром 2.0 см, безболезнен, малоподвижна, поверхность гладкая, урчит.
* Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки не утолщены, диаметром 2.0 см, подвижные, безболезненные.
* Поперечная часть ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2.0 см на один сантиметр выше пупка, подвижна, безболезненна.

*Перкуссия.* При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено.

Аускультация желудка и кишечника. При аускультации живота определяется активная перистальтика кишечника.

**Поджелудочная железа*.*** Не пальпируется. Болезненности в точках Дежардена, Кача, Мейо-Робсона не выявлено. В зоне Шоффара парестезия, болезненность отсутствует.

**Гепато-лиенальная система:**

**1. Печень.**

Пальпация. Нижний край печени пальпируется после глубокого вдоха на уровне края реберной дуги: печень плотно-эластической консистенции, безболезненная, край заострен, стенка гладкая.

Перкуссия. Перкуторное определение размеров печени по Курлову.

По правой среднеключичной линии – 9 см;

По передней срединной линии – 8 см;

По краю реберной дуги – 7 см.

**2. Желчный пузырь**. При пальпации выявляется болезненность в проекции желчного пузыря. Симптомы Кера, Ортнера, Мерфи – положительны. Френикус-симптом (Мюсси), Сквирского, Курвуазье, Боаса – отрицательны.

**3. Селезенка** не пальпируется ни в положении лежа, ни на боку.

При перкуссии (по методу Образцова):

* верхняя граница – на уровне ІX ребра,
* нижняя граница – на уровне XІ ребра.

Верхний край селезенки по средней подмышечной линии соответствует нижнему края левого легкого, нижний край не выступает из-под левой реберной дуги.

Размеры селезеночной тупости:

* поперечник – 3 см,
* длинник – 4 см.

**Органы мочевыделения.**

Визуально припухлости в поясничной области не выявляется**.** Почки бимануально не пальпируются. В области мочеточниковых точек болезненности не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочевой пузырь безболезненный, обычной величины.

Мочеиспускание 4–5 раз в день, безболезненное, не затруднено

**План дополнительного обследования**

* 1. Общий анализ крови
	2. Общий анализ мочи
	3. Анализ кала на яйца глистов
	4. Анализ кала на цисты лямблий
	5. УЗИ печени, ЖВП, поджелудочной железы
	6. ФЭГДС

**Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования с их оценкой**

* Общий анализ крови (17.02.2011)

эритроциты – 4,12\*1012 /л

Hb – 123 г./л

лейкоциты – 6\*109 /л

СОЭ – 33 мм/ч

Палочкоядерные нейтрофилы – 2%

сегментоядерные -56%

эозинофилы – 0%

моноциты – 9%

лимфоциты – 33%

Заключение: ускоренное СОЭ – признак воспалительного процесса.

* Общий анализ мочи (17.02.2011)

цвет соломено-желтый

Прозрачная

Удельный вес 1013

белок –

глюкоза –

лейкоциты 0–1 в поле зрения

эпителий плоский 0–1 в поле зрения

эритроциты 0–1 в поле зрения

Заключение: все показатели в норме.

* Анализ кала на яйца глистов (17.02.2011) – не обнаружены.
* Анализ на яица остриц (17.02.2011) – не обнаружены.
* Анализ кала на цисты лямблий (17.02.2011) – выявлены.
* УЗИ печени, ЖВП, поджелудочной железы

**Печень:** Правая доля печени 107 мм, левая доля печени 47 мм, контуры ровные, структура изоэхогенная, очаговых изменений нет.

**Желчный пузырь***:* перегиб шейки, размеры (на голодный желудок=56\*22 мм; после пробного завтрака=52\*22 мм) стенки уплотнены, ровные. Содержимое гомогенное, конкрементов нет.

**Поджелудочная железа***:* головка 10, тело 12, хвост 17, контуры четкие, ровные; структура изоэхогенна.

Заключение: перегиб шейки, уплотнение стенок желчного пузыря.

Выписка из амбулаторно-поликлинической карты (истории развития ребенка):

***Исследование дуоденального содержимого (30.09.09)***

Порция А1: через 45 минут

Количество 18 мл

Цвет желтый мутный

Лейкоциты+ам. соли+лямблии

Порция А2: MgSO4 через 8 минут

Количество 7 мл

Цвет желтый прозрачный

Лейкоциты+ам. соли

Порция В: через 17 минут

Количество 34 мл

Цвет желтый прозрачный

Лейкоциты+ам. соли+лямблии

Порция С: 10:10

Количество 12 мл

Цвет желтый мутный

Лейкоциты+ам. соли+лямблии

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

***Эзофагогастродуоденоскопия (3.10.09)***

Пищевод и розетка кардии не изменены, свободно проходимы. Слизистая пищевода розовая, гладкая. Розетка смыкается плотно.

В желудке мутная слизь, желчь. Перистальтика снижена. Слизистая желудка розовая гладкая с легкой гиперемией складок, сосудистый рисунок неправильный. Привратник округлой формы смыкается плотно. Слизистая ДПК негиперемирована, налета нет.

Заключение: Легкий эритематозный рефлюкс-гастрит. ДЖВП

**Дифференциальный диагноз**

**Хронический холецистит**

**Основные признаки:**

– боли ноющего характера в области правого подреберья

– отсутствие камней при ультразвуковом и рентгенологическом исследованиях

– УЗ – признаки поражения стенки желчного пузыря

***Дифференциальный диагноз проводится по болевому и диспепсическому синдромам со следующими заболеваниями: ЖКБ, ЯБЖ, ЯБДПК, хроническим панкреатитом в стадии обострения.***

**1. ЖКБ**

**Отличия, характерные для ЖКБ:**

Особенности болевого синдрома (приступообразные, интенсивные, с транзиторной желтухой, типа печеночной колики), чаще болеют лица пожилого возраста, среди которых преобладают лица с ожирением, СД, артрозами, мочекаменной болезнью, с отягощенным анамнезом, результаты дуоденального содержимого (большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция), выявление камней при ультразвуковом и рентгенологическом исследованиях.

*С ЖКБ*

* Общее

– боли в животе

* Разное

– отсутствие приступов желчной колики с болью, рвотой, лихорадкой, увеличением желчного пузыря, желтухой.

– отсутствие конкрементов при УЗИ

**2. Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки**

**Отличия, характерные для язвенной болезни:**

Локализация болевого синдрома в эпигастральной области (при ЯБ желудка), сезонный характер болей, голодный и ночной характер болевого синдрома (при ЯБ 12-ти перстной кишки), наличие язвенного дефекта слизистой оболочки при ЭФГДС; наличие «ниши» при рентгенологическом исследовании желудка; отсутствие повышения температуры тела, наличие осложнений в виде пенетрации, перфорации язвы, стенозирования, кровотечения и т.д.;

*С язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*

* Общее

– боли в эпигастрии

* Разное

– положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера.

– боли не связаны с приемом пищи

**3. Хронический панкреатит в стадии обострения**

**Отличия, характерные для хронического панкреатита:**

Наличие болевого синдрома в левом подреберье преимущественно опоясывающего характера; симптомы панкреатической диспепсии (гиперсаливация, отрыжка воздухом и / или съеденной пищей, отвращение к жирной пище, вздутие живота); похудание; панкреатогенные поносы; симптомы инкреторной недостаточности (сахарный диабет или нарушенная толерантность к глюкозе); повышение активности уроамилазы, сывороточной амилазы; УЗ – признаки поражения органа.

*С панкреатитом*

* Общее

– боли в эпигастрии

– обложенность языка

* Разное

– отсутствие болезненности в точке Дежардена. Мейо-Робсона, зоне Шоффара.

– отсутствие опоясывающих болей

холецистит диагноз заболевание хронический

**Окончательный диагноз и его обоснование**

*Основной клинический диагноз –* хроническийхолецистит в стадии обострения

*Сопутствующие заболевания* – ДЖВП по гипертоническому, гипомоторному типу, лямблиоз кишечника, левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника 1 степени тяжести.

Основной клинический диагноз выставлен на основании:

1) жалоб больной на:

сильные колющие боли в животе в области эпигастрия и правом подреберье, возникающие в любое время суток, несвязанные с приемом пищи, длительностью от 15 до 30 минут, купируемые но-шпой и аллохолом, не иррадиирующие, периодически возникающие головные боли, слабость, быструю утомляемость, сниженный аппетит.

2) истории развития заболевания:

Впервые боли в животе появились в возрасте 7 лет. С 8 лет больная раз в год проходит лечение в стационаре. Заболевание протекает циклично, после проведенной терапии достигается период ремиссии, симптомы заболевания стихают.

3) данных физических и инструментальных методов исследования:

* При пальпации выявляется болезненность в проекции желчного пузыря. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера – положительны.
* Общий анализ крови (17.02.2011) ускоренное СОЭ – признак воспалительного процесса.
* Анализ кала на цисты лямблий (17.02.2011) – выявлены.
* УЗИ желчного пузыря: уплотнение стенок желчного пузыря.
* Из амбулаторной карты:

*Исследование дуоденального содержимого (30.09.09)*

Легкий эритематозный рефлюкс-гастрит. ДЖВП.

*Эзофагогастродуоденоскопия (3.10.09):* спазм сфинктера Одди, спазм сфинктера Люткенса, гипомоторная дискинезия желчного пузыря, дисхолия. Лямблиоз.

Таким образом, выявлены характерные признаки хронического холецистита.

Сопутствующие заболевания:

1) ДЖВП по гипертоническому, гипомоторному типу – у пациентки типичные для гипертонического типа дискинезии боли: острые, колющие в правом подреберье и эпигастрии.При УЗИ: размеры (на голодный желудок=56\*22 мм; после пробного завтрака=52\*22 мм), моторная функция желчного пузыря снижена.

4) лямблиоз кишечника подтвержден соответствующим анализом от 17.02.2011

5) левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника 1 степени тяжести выявлен при осмотре: Осанка неправильная. Искривление позвоночника в грудном отделе (левосторонний сколиоз 1 степени), угол левой лопатки на 1 см ниже правого. Углы лопаток направлены назад (крыловидные лопатки

* **План диспансернорго наблюдения**
* Кратность осмотров гастроэнтеролога (педиатра):

в первый год после острого периода – 1 раз в 3 мес.

в последующем – 1 раз 6 мес.

* Консультации хирурга по показаниям.

**Обязательные лабораторные и инструментальные исследования при обострении:**

* Клинический анализ крови и мочи
* Белок и фракции, СРБ, билирубин и фракции, АЛТ и АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, холестерин, амилаза, сахар крови
* Копрограмма, кал на яйца глистов и цисты лямблий (в т.ч. с использованием реактивов Борроуза, Сафаралиева, Турдыева) 3-кратно.
* УЗИ печени, поджелудочной железы; желчного пузыря в динамике, затем 1 раз в год

**Дополнительные исследования по показаниям:**

* ФЭГДС
* Дуоденальное зондирование в период ремиссии 1 раз в год

**Перечень лечебных мероприятий:**

*а) Режим:* ограничение физической нагрузки, психоэмоциональный покой.

*б) Диета:* Стол №5 с учетом индивидульной переносимости продуктов, в острый период воздержание от пищи.

*в) Лечение в период обострения*.

* Антибактериальное лечение по показаниям (один из вариантов):

Доксициклин внутрь – в 1-й день 4 мг/кг/сут, в последующие дни по 2–4 мг/кг/сут, в зависимости от тяжести заболевания, в 1–2 приема до 10–14 дней.

Эритромицин внутрь 5–8 мг/кг каждые 6 часов за 1 час до еды или через 2–3 часа после еды или 20 мг/кг/сут 7–14 дней

Цефалоспорины внутрь, например, цефуроксим (зиннат) 30–50 мг/кг/сут в 2 приема после еды до 10–14 дней.

* Симптоматическая лекарственная терапия*:*

Прокинетики (например, мотилиум 5–10 мг (0,2 мг/кг) 3–4 раза в день или дебридат (тримебутин) 100 мг (1/4–1/2 таб.) 3 раза в день или метеоспазмил по 1 капс 3 раза в день до 2 нед.

При уменьшении воспаления желчегонные: одестон 1 таб. 3 раза в день перед едой или никодин, оксафенамид, олиметин, циквалон, фламин, хофитол по 1 таб. 3 раза в день 3 нед.

Полиферментные препараты (дигестал, фестал, креон или панзинорм) перед едой или во время еды по 1 дозе 3 раза в день 2–3 нед.

Антациды (маалокс или аналоги) по 1 дозе через час после еды по требованию.

Продолжительность стационарного лечения – 14 дней.

* **при гипомоторной форме ДЖВП**

прокинетики (мотилиум, церукал, цизаприд) на 5 дней, затем фламин или хофитол 1 таб. 3 раза в день до еды, оливковое и подсолнечное масло, сорбит и ксилит 10%, сернокислая магнезия 25 или 33%, альгинат Mg по 1 чайной – столовой ложке 3 раза в день 2–3 нед. Витамины С, В1,2,6 в течение 2–3 нед.

Тюбажи 1 раз в нед. №5–7 при гипотонической форме с минеральной водой Ессентуки №17, Джермук 100–200 мл, а также 25–33% раствором магния сульфата 20–50 мл, 10–20% раствором сорбита или ксилита 50–100 мл; при гипертонической форме с минеральными водами Смирновская, Славяновская, Ессентуки №4, отваром кукурузных рылец 100–200 мл.

*Г) Физкультура:*

* В период обострения: освобождение от занятий на 5–8 нед.
* В период ремиссии: подготовительная или специальная группа, ЛФК.

*Д) Санаторно-курортное лечение* в период ремиссии 1 раз в год (южные курорты спустя 3 мес. после обострения).

*Е) Противорецидивные мероприятия:* 2 раза в год: режим, диета.

* Желчегонные, в т.ч. гепатофальк планта 1 капс. 3 раза в день на 10–14 дней (до еды 1 мес.), седативные или общетонизирующие, поливитамины, альгинаты в виде гелей, тюбажи 1–2 раза в нед. №5–7.
* Фитотерапия по 3 нед 2 раза в год: при гипертонической форме – бессмертник, кукурузные рыльца, зверобой, ромашка, горец змеиный, змеевик, крапива двудомная, мята перечная;
* Затем минеральные воды малой (2–5 г./л) и сред-ней (5–15 г./л) минерализации – Смирновская, Славяновская, Боржоми, Ессентуки, Северная, Сияние Севера, Сольвычегодская в теплом виде (35–400), дегазированная, до еды в зависимости от секреторной функции желудка.
* При наличии лямблий – *противопаразитарное лечение* одним из препаратов: макмирор 0,2 (10–15 мг/кг) 3 раза в день 7–10 дней, метронидазол 15 мг/кг/сут в 3 приема после еды 10 дней (или 2 курса по 5 дней), фуразолидон 10 мг/кг/сут в 4 приема после еды 10 дней, тинидазол 50 мг/кг/сут (не более 2 г) в 1 прием после завтрака 1 день, орнидазол (тиберал) 40 мг/кг/сут (не более 1,5 г) в 1 прием после ужи-на 1–2 дня и диета с включением продуктов, тормозящих рост лямблий (отварное мясо, свежая капус-та, морковь, кефир, брусника, клюква). Со 2 дня лечения противолямблиозными препаратами добавить тюбажи и сорбенты (полифепан) на ночь.

*Ж) Профилактика и лечение дисбактериоза*: 1 раз в год трехнедельный курс лактобактерина или бификола.

З) Физиотерапия – при гипертонической форме индуктотермия, электрофорез новокаина 1–2%, платифиллина 0,1%, папаверина гидрохлорида 2% на область правого подреберья №10.

*И) Поиск и санация очагов инфекции*. Два раза в год необходимо обследовать ребенка на наличие гельминтов и лямблий (не менее чем троекратные анализы кала) и консультировать ребенка с отоларингологом, стоматологом, проводить биологические пробы на туберкулез (не менее 1 раза в год).

*К) Санация членов семьи.* Семейный фактор (в семье есть больной холециститом) в значительной степени обуславливает длительность течения заболевания и, не санировав членов семьи, зачастую невозможно вылечить и самого больного. Особенно важно обследовать больного холециститом члена семьи на наличие лямблий.

Снятие с диспансерного учета через 3–4 года при отсутствии обострений и отсутствии изменений при холецистографии, УЗИ желчного пузыря и дуоденальном зондировании.

**Рекомендации**

* Режим. В связи с тем, что у большинства детей холецистит осложняется дискинезией, больной необходим щадящий режим, исключающий длительную малоподвижность, с достаточным ночным сном. Ребенок должен после школы, перед тем, как сесть за уроки, погулять. Приемы пищи должны быть регулярными и более частыми (5 раз в день). Плановые закаливающие мероприятия при холецистите не ограничиваются. Важным условием успешного лечения неврозов, а значит, и дискинезий желчных путей является создание благоприятного щадящего психологического климата в семье.
* Диета. Питание 4–5 раз в день. Диетическое лечение не ограничивается стационарным периодом, а должно проводиться в домашних условиях в течение 3 лет после последнего обострения при холецистите и 1,5 лет – при дискинезиях желчных путей.
* Переход на общий стол должен быть постепенным. Однако лучше, если родители, учитывая хронический характер заболевания, способствуют созданию отрицательного отношения ребенка к продуктам, не рекомендуемым больным холециститом.

Рекомендуются: нежирные сорта мяса и рыбы, растительные жиры (оливковое и подсолнечное масла), каши, пудинги, сырники, салаты.

Ограничиваются: жирные, жареные, соленые и копченые блюда, яичные желтки, экстрактивные вещества, жирные сорта мяса и рыбы, сиропы, газированные напитки, орехи, крема, сдобное тесто, блюда и напитки в холодном виде.

* Важную роль при хронических холециститах с недостаточным опорожнением желчного пузыря играет лечебная физкультура. Наибольшее значение имеют утренняя гимнастика и дозированная ходьба. В комплекс лечебной гимнастики входят упражнения для мышц туловища в положении стоя, сидя и лежа на спине и правом боку с постепенным увеличением объема движений и нагрузки на брюшной пресс.
* После стихания обострения холецистита и для профилактики последующих обострении (желательно ежегодно) показано санаторно-курортное лечение.

Показаны бальнеологические курорты с минеральными водами для питьевого лечения: Арзни, Березовские минеральные воды, Боржоми, Горячий ключ, Джава, Джемрук, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Ижевские минеральные воды, Исти-Су, Кемери, Краинка, Кука, Миргород, Нальчик, Поляна, Пятигорск, Саирме, Трускавец, Шира. Кроме того, лечение может проводиться в местных специализированных санаториях для лиц с заболеваниями органов пищеварения.

Показанием к курортному лечению является бактериальный бескаменный холецистит при нормальном морфологическом составе крови, нормальный или нерезко ускоренной РОЭ (до 30 мм в час), нормальный или субфебрильной температуре, отсутствии сильного озноба, желтухи, выраженного холангита и перихолецистита. Как правило, больные холециститом с активными проявлениями инфекции могут направляться на курорт только после предварительного курса лечения антибиотиками или другими антибактериальными препаратами.

Противопоказаниями к курортному лечению являются острый холецистит хронический холецистит с частыми обострениями, сопровождающийся значительным повышением температуры или желтухой, общим истощением, лейкоцитозом крови (свыше 10 000 – 12 000), ускорением СОЭ (свыше 30 мм в час); водянка желчного пузыря; холангит и холангиолит в тяжелой форме. Во внекурортной обстановке показано повторное применение бутылочных минеральных вод в течение 20–30 дней. Больным хроническим калькулезным холециститом, как правило, необходимо оперативное вмешательство.

**Прогноз в отношении жизни и трудоспособности**

Прогноз при адекватном лечении удовлетворительный. Трудоспособность сохраняется полностью. Необходимость в хирургическом лечении возникает редко.