**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. ФИО Грибкова Ирина Сергеевна
2. Пол женский
3. Возраст 13 лет
4. Адрес г. Краснодар, ул. Ставропольская д. 168, кв. 70
5. Профессия учащаяся средней школы № 17, 8 г класс
6. Родители

* мать: Грибкова Лариса Алексеевна, 39 лет, СКЖД - швея
* отец: Грибков Сергей Анатольевич, 39 лет, Краснодарэлектросети - программист

7. Дата и время поступления 29.10.98 г., 930 час

8. Кем направлена поликлиника № 3

9. Куда направлена Городская клиническая больница №3

10. Диагноз направившего учреждения

ДЖВП

11. Диагноз при поступлении

Хронический гастродуоденит в стадии обострения

12. Клинический диагноз

Хронический гастродуоденит, стадия обострения. Дискенезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Реактивный панкреатит.

**II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Больная предъявляет жалобы на боли в области эпигастрия, появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи; жалобы на тошноту после большого количества съеденной пищи, отрыжку воздухом, частые поносы; на периодически наступающие слабость, головокружения, головные боли.

**III. АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной с осени 1996 г., когда появились частые отрыжки, тошнота и чувство тяжести в эпигастральной области. После обращения к участковому врачу в декабре 1996 года больная была направлена на обследование в детское отделение Городской клинической больницы №3 , где был поставлен диагноз: хронический гастродуоденит, и были назначены диета и лечение, которые больная соблюдала нечётко.

В начале сентября этого года у больной опять появились жалобы на избыточную отрыжку, чувство тошноты, боли в эпигастрии, в связи с чем она и была направлена на обследование и коррекцию лечения в детское отделение ГКБ №3.

**VI. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

1. АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

Родилась в срок от первой, нормально протекавшей беременности. Роды срочные нормальные. При рождении закричала сразу. Врождённой патологии не имеет.

1. РАЗВИТИЕ И ПИТАНИЕ РЕБЁНКА

Вскармливание естественное, регулярное, с соблюдением ночного перерыва.

В физическом и психомоторном развитии от сверстников не отставала.

Сейчас развитие соответствует возрасту.

Ребёнок умеренно возбудим, успеваемость в школе хорошая.

1. АНАМНЕЗ ПЕРЕНЕСЁННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Больная переболела в 1996 году ветрянной оспой, а позже, в этом же году, и кранухой.

**VI. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Больная отрицает контакт с туберкулёзными больными, больными инфекционным гепатитом.

Больной были проведены профилактические прививки: БЦЖ, КДС, против полиомиелита.

**VII. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Аллергические заболевания отсутствуют. Непереносимость пищевых и лекарственных веществ отрицает.

Аллергические заболевания у родственников не обнаружены.

**VIII. СЕМЕЙНЫЙ (НАСЛЕДСТВЕННЫЙ)**

**АНАМНЕЗ**

Родители ребёнка среднего возраста. Их культурный уровень и взаимоотношения между собой соответствуют общепринятым нормам.

В семье 2 детей: девочки 12 и 5 лет.

Здоровье отца, матери и ближайших родственников не вызывает опасений. Психические заболевания в семье не обнаружены.

**IX. ЖИЛИЩНО – БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ**

Семья состоит из 4 человек: родители и двое детей. Мать не работает, отец – рабочий кирпичного завода. Семья среднего достатка. Квартира благоустроена. Режим дня соблюдается. Продолжительность сна и пребывания на свежем воздухе соответствуют возрасту ребёнка. Нагрузка в школе и дома умеренная.

**X. СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

Больная спокойна, адекватно оценивает обстановку. На момент поступления жалоб на состояние здоровья не предъявляет.

**XI. ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ НА ДЕНЬ ОСМОТРА**

Температура тела 36,7οС. Общее состояние больной удовлетворительное.

Положение в постели свободное, естественное.

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

Физическое развитие соответствует полу и возрасту. Рост 157 см, вес 42 кг, окружность головы 54 см, окружность груди 77 см.

Телосложение правильное. Нормостеник.

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 умеренно, распределена равномерно. Тургор тканей нормальный – упругий. Уплотнений, подкожной эмфиземы, отёков нет.

Лимфатические узлы не видны. Пальпации доступны поднижнечелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они обычной формы и величины, безболезненные, нормальной консистенции, не спаянны с окружающими тканями.

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 больного ребёнка.

Форма грудной клетки коническая. 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. Ориентирована в месте, времени и собственной личности полностью. С окружающими общительна.

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

Сон нормальный. Сноговорения и снохождения не отмечает.

Интеллект сохранен. Память не снижена. Эмоционально устойчива.

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.

## Состояние черепных нервов

**1-я пара—обонятельные нервы**

Гипо- и аносмии (одно или двусторонней) не наблюдается, способность дифференцировать запахи сохранена. Обонятельные галлюцинации отсутствуют.

**2-я пара —зрительный нерв**

Острота зрения, цветоощущение в норме. Поля зрения определяются в полном объёме.

**3, 4, 6-я пары—глазодвигательный, блоковой, отводящий нервы**

Ширина глазных щелей - нормальная. Величина зрачка около 4 мм, правильной, круглой формы; сохранена прямая реакция на свет, содружественная реакция с другого глаза. Реакция на конвергенцию и аккомодацию сохранена

**5-я пара —тройничный нерв**

Парестезий и болей в области иннервации тройничного нерва не выявлено. Чувствительность кожи лица не изменена. Чувствительность к давлению точек выхода ветвей нерва (точки Балле) в норме. Корнеальный и надбровный рефлексы сохранены.

Состояние жевательной мускулатуры (движение нижней челюсти, тонус, трофика и сила жевательных мышц) удовлетворительное. Мандибулярный рефлекс в норме.

**7-я пара—лицевой нерв**

Симметричность лица в покое и при движении сохранена. Лагофтальм, гиперакузия отсутствуют. Слезоотделительная функция не нарушена.

**8-я пара—преддверно-улитковый нерв**

Шум в ушах отсутствует. Шёпотную речь воспринимает на расстоянии более 6 метров. Слуховые галлюцинации не выявлены.

**9—10-я пары — языко-глоточный и блуждающий нервы**

Болей в глотке, миндалинах, ухе нет. Фонация, глотание, слюноотделительная функция, глоточный и небный рефлексы в пределах нормы.

**11-я пара—добавочный нерв**

Поднимание надплечий, повороты головы, сближение лопаток, подъем руки выше горизонтали больной выполняет без затруднений. Атрофии и фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышце отсутствуют.

**12-я пара—подъязычный нерв**

Язык чистый, влажный, подвижный; слизистая оболочка не истонченна, нормальной складчатости; фибриллярные подергивания отсутствуют. Артикуляция речи не нарушена.

## ВКУС

Общая и вкусовая чувствительность в передних 2/3 (ветвь Вризбергова нерва, сопровождающая лицевой нерв) и в задней трети языка (языкоглоточный нерв) в норме.

## Двигательная сфера

Походка нормальная. Атрофии, фасцикуляции, фибрилляционных подергиваний нет.

Тонус мышц нормальный. Двигательная активность нормальная.

## Координация движений

Ходьбу с закрытыми глазами, фланговую походку выполняет удовлетворительно. Проба Ромберга отрицательная. Пальце-пальцевая, пальце-носовая, пяточно-коленная пробы положительные. Тремора конечностей нет. Атактической походки не обнаружено.

## Рефлексы

Изменений рефлексов нет.

Глубокие (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, лучезапястный, коленный, ахиллов рефлексы) и кожные (верхний, средний и нижние брюшные) рефлексы в пределах нормы.

Патологические рефлексы:

а) рефлексы орального автоматизма (ладонно-подбородочный Маринеску-Радовичи, сосательный, хоботковый, дис-танс-оральный рефлексы; насильственный смех и плач);

б) кистевые рефлексы (рефлекс Жуковского, Россолимо-Вендеровича, Бехтерева);

в) стопные сгибательные (симптом Россолимо, Жуковского, Бехтерева-Менделя) и разгибательные (симптом Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера) – **не наблюдаются.**

Чувствительность

Боли, парестезии, болезненность нервных стволов, вертебральный синдром (анталгический сколиоз, лордоз, кифоз) не обнаружены.

Симптомы натяжения нервных стволов (симптом посадки, симптом Дежерина, Пери, Вассермана, Мацкевича, Ласега) отрицательные.

Поверхностная (болевая, температурная, тактильная) и глубокая чувствительность (мышечно-суставная и вибрационная) сохранены, соответствуют норме.

## Вегетативно-трофические функции

Трофические изменения кожных покровов (эритемы, гпперпигментации, депигментации, локальный гипертрихоз, алопеции, ломкость или утолщение ногтей, трофические язвы, лейкоплакии, пролежни) не обнаружены. Артропатий нет. Пото - и салоотделение не изменены. Дермографизм – красный.

## 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 22 в минуту. Вспомогательная мускулатура участвует в дыхании умеренно. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

## **Пальпация***.* Форма грудной клетки нормостеническая, 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 | |

## **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 0,5 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. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту, патологические шумы не выслушиваются.

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

Пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Частота пульса - 72 удара в минуту. АД - 105/80 мм.рт.ст.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

### ЖКТ

Язык влажный, розового цвета, умеренно 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 обычная. 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 эпигастрии и пупочной области справа. Выслушивается урчание.

### Печень, селезёнка

Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность плотная, гладкая, безболезненна. Симптом «плавающей льдинки» отрицательный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезёнка не пальпируется. Перкуторно : длинник - 7 см, поперечник - 5 см.

Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

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** – боли в области эпигастрия, появляющиеся ночью и рано утром, а так же после других длительных перерывов в приёме пищи; жалобы на тошноту после большого количества съеденной пищи, отрыжку воздухом, частые поносы; на периодически наступающие слабость, головокружения, головные боли; **данных анамнеза данного заболевания** – считает себя больной с осени 1996г., когда появились частые отрыжки, тошнота и чувство тяжести в эпигастральной области. После обращения к участковому врачу в декабре 1996 года больная была направлена на обследование в детское отделение Городской клинической больницы №3 , где был поставлен диагноз: хронический гастродуоденит, и были назначены диета и лечение, которые больная соблюдала нечётко.В начале сентября этого года у больной опять появились жалобы на избыточную отрыжку, чувство тошноты, боли в эпигастрии, в связи с чем она и была направлена на обследование и коррекцию лечения в детское отделение ГКБ №3; **данных объективного состояния на день осмотра –** при пальпации живота определяется умеренная болезненность, защитное напряжение мышц и повышенная кожная чувствительность в эпигастрии и пупочной области справа, язык обложен белым налётом - можно поставить предварительный диагноз:

***хронический гастродуоденит, стадия обострения*.**

**XIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

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

**XIV. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови 30.10.98 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4.42 Т/л |
| Гемоглобин | 142 г/л |
| Цветной показатель | 0.96 |
| Тромбоциты | 300000 |
| Лейкоциты | 6.7 Г/л |
| Базофилы | --- |
| Эозинофилы | 2 % |
| Нейтрофилы : Миэлоц . | --- |
| Юные | --- |
| Палочкоядерные | 2 % |
| Сегментоядерные | 43 % |
| Лимфоциты | 42 % |
| Моноциты | 11 % |
| СОЭ | 12 мм/час |

Общий анализ мочи 2.11.98 г.

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

**Микроскопия осадка**.

1. Эпителиальные клетки

* Плоские 0-1-2

1. Лейкоциты 1-2-6
2. Эритроциты неизменённые 0-1-6

МОР 30.10.98 г. отрицательная

Кал на яйца глистов 2.11.98 г.

яйца глистов не обнаружены

Глюкоза крови 2.11.98 г.  5,0 ммоль/л

Уропепсиноген мочи 3.11.98 г.

По Туголукову = 30 мг/мл сут. количества

Диастаза мочи 3.11.98 г. 128 ед

Диастаза мочи 5.11.98 г. 128 ед

# **УЗИ 2.11.98 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:*** эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по

гипотоническому типу

**ФГДС 3.11.98 г.**

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ:*** распространённый гастродуоденит с нормальной

кислотообразующей функцией, стадия обострения

Соскоб на энтеробиоз №1 2.11.98 г. ***abs***

Соскоб на энтеробиоз №2 4.11.98 г. ***abs***

Соскоб на энтеробиоз №3 6.11.98 г. ***abs***

Кал на скрытую кровь 2.11.98 г. ***abs***

**XV. 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 больной Грибковой И.С. имеется прямая связь между приёмом пищи и клиническими симптомами. В то же время у неё симптомы имеют постоянный характер. У девочек в пубертатном периоде часто функциональные нарушения связаны с нейроциркуляторной дистонией, при которой боли в эпигастральной области связаны со спазмом гладкой мускулатуры, усиливающиеся в начале приёма пищи. А у нашей больной, наоборот, боли значительно ослабевают или вовсе исчезают во время приёма пищи. При НЦД исследование желудочной секреции выявляет выраженную гетерохолию (чередование очагов с повышенной и с пониженной секрецией), а у больной Грибковой И.С. исследование желудочного сока установило нормальную секрецию. Основным критерием в дифференциальной диагностики функциональных нарушений хронического гастродуоденита является ФГДС. При НЦД признаков поражения слизистой оболочки не обнаруживается, а у нашей больной ФГДС определило диффузный багрово – красный отёк слизистой оболочки.

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 нашей больной болевой синдром менее выражен; боли носят тупой, ноющий характер и вскоре после приёма пищи исчезают. Пальпация верхней части живота выявляет у больной 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 больной Грибковой И.С. 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 нашей больной 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 больной Грибковой не отмечается. У неё 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 «свежая язва». 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 нашей больной 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 больной 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 Ирины Сергеевны пальпация в эпигастрии и правом подреберье также болезненна, но у неё отрицательны специфические симптомы, характерные для панкреатита: симптом Кача – гиперстезия кожи по левой паравертебральной линии, на уровне Th7 – Th9 ; симптом Мейо – Робсона – боль в левом рёберно – позвоночном углу; симптом Гротта – атрофия ПЖК слева от пупка. Помимо этого у нашей больной 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 больной Грибковой И.С. на эндоскопической картине изменения типичные для хронического гастродуоденита (красный отёк слизистой оболочки желудка и ДПК). УЗИ поджелудочной железы при хроническом панкреатите определяет увеличение размеров железы, увеличение плотности паренхимы pancreas, её отёк - при обострении патологического процесса. УЗИ поджелудочной железы нашей больнойвыявило среднюю эхогенность, мелкозернистую структуру, чёткие контуры и нормальные размеры; таким образом УЗ – признаков патологии поджелудочной железы не выявлено. В моче - диастаза 128 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.

**XVI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая **жалобы больной на -** периодические тупые, ноющие боли в животе - в пупочной области справа, в эпигастральной области, в правом подреберье, которые то обостряются (в основном осенью и весной), то стихают, хотя могут возникнуть в любое время года; боли носят голодный характер, после приёма пищи вновь появляются примерно через 30 минут – 1 час, нередко боли появляются поздно вечером или даже ночью; также боли обязательно появляются при нарушении диеты; снижение аппетита, тяжесть в эпигастральной области, постоянное чувство тошноты, редко рвоту, довольно частую изжогу, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту, метеоризм, неустойчивый стул – то поносы, то запоры); **данные эпид. синдрома** – болеет с осени 1996г., когда появились частые отрыжки, тошнота и чувство тяжести в эпигастральной области. После обращения к участковому врачу в декабре 1996 года больная была направлена на обследование в детское отделение Городской клинической больницы №3, где был поставлен диагноз: хронический гастродуоденит, и были назначены диета и лечение, которые больная соблюдала нечётко.В начале сентября этого года у больной опять появились жалобы на избыточную отрыжку, чувство тошноты, боли в эпигастрии, в связи с чем она и была направлена на обследование и коррекцию лечения в детское отделение ГКБ №3; **данные клинического синдрома -** язык обложен белым налётом; защитное напряжение мышц при пальпации эпигастральной области, при этом отмечается незначительная болезненность в этой области, в пупочной области вверху и справа; признаки хронической интоксикации – бледность, синева под глазами, головная боль, быстрая утомляемость; **данных лабораторно – инструментальных исследований**: ФГДС – распространённый гастродуоденит с нормальной кислотообразующей функцией, стадия обострения; на УЗИ эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоничекому типу; диастаза мочи – 128 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.***

**XVII. ЛЕЧЕНИЕ**

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

#### Стационарное лечение стадии обострения.

* Больная подлежит госпитализации.
* Рекомендуется назначение постельного режима до двух - трёх недель.
* 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.

Rp . : Tab . Papaverini hydrochloridi 0.04 N 20

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 лечения воспалительных явлений и уселения регенерации слизистой – метилурацил, пентоксил, алоэ, сок капусты.
2. Антибактериальная терапия – фуразолидон

##### Rp . : Tab . Phurazolidoni 0.1 N 20

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в день после еды.

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 таблетки 4 раза в день

через 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.

###### Диспансерное наблюдение.

Проводится участковым врачом поликлиники по месту жительства. В комплекс мероприятий при диспансерном наблюдении включается контроль и рекомендации врача по диетотерапии, профилактическому лечению. Через каждые 3 – 4 месяца проводятся дуоденальное зондирование и исследование желудочной секреции.

###### Санаторно – курортное лечение.

Проводится не менее, чем через 3 месяца после купирования обострения. Лечение мин. водами: «Ессентуки 17», «Горячий Ключ» в тёплой негазированной форме 3 – 4 раза в день за 30 – 40 минут до еды. Занятие лечебной физкультурой, бальнеолечение.

Санатории: Горячий Ключ, Ессентуки.

**XIX. ПРОФИЛАКТИКА**

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов. Проведение противорецидивного лечения курсами 1 – 2 месяца в осенний и весенний периоды. Диета – стол № 5. Применяют заместительную стимулирующую терапию, желчегонные препараты. Два – три раза в год курсовое применение минеральной воды в течение 30 – 40 дней. Профилактические прививки через 6 – 12 месяцев после рецидива. Физиотерапия, занятия лечебной физкультурой.

**XVIII. ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.10.98 г.**  **t 36,8оС**  **АД 115/80 мм.рт.ст.**  **Р 77 уд/м**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное*  ***Жалобы на:*** *ноющие, голодные боли в эпигастрии, тошноту, изжогу*  ***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 – 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. |
| **6.10.98 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:*** *метеоризм, снижение аппетита, головную боль, слабость, на задержку стула.*  ***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  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 |
| **10.10.98 г.**  **t 36,5оС**  **АД 115/75 мм.рт.ст.**  **Р 74 в /**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное, сознание ясное*  ***Жалобы на:*** *тошноту, изжогу, «голодные» боли, метеоризм.*  ***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. |
| **12.10.98 г.**  **t 36,7оС**  **АД 120/80 мм.рт.ст.**  **Р 75 в /**  **ЧДД 20 в /** | ***Общее состояние:*** *удовлетворительное*  ***Жалоб нет***  ***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. |

**XX.ЭПИКРИЗ**

Больная, Грибкова Ирина Сергеевна, 13 лет, проживающая по адресу: г. Краснодар, ул. Ставропольская д. 168, кв. 70, поступила в детское отделение ГКБ №3 29.10.98 г. в 930 с диагнозом: ДЖВП. При поступлении предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, головную боль, слабость, нестабильность стула. Проведено обследование:

* Общий анализ крови 30.10.98 г. показатели в норме

* Общий анализ мочи 2.11.98 г. без патологии

* МОР 30.10.98 г. отрицательная
* Диастаза мочи 3.11.98 г. 128 ед

# УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы 2.11.98 г. – выявлены эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу

* **ФГДС 3.11.98 г. :** распространённый гастродуоденит с нормальной кислотообразующей функцией, стадия обострения.

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

**ОСНОВНОЙ:** ***Хроничекий распространённый***

***гастродуоденит в стадии обострения***

**СОПУТСТВУЮЩИЙ: *Дискинезия желчевыводящих путей по***

***гипотоничекому типу.***

***Реактивный панкреатит.***

Было проведено лечение:

1. Режим палатный
2. Диета – стол № 1а, 1б
3. Препараты: платифиллин, церукал, метилурацил, мезим – форте, экстракт валерианы, «гексавит», маалокс плюс
4. Физиотерапия – электрофорез

В результате проведённого лечения состояние больной значительно улучшилось: копировался болевой синдром, исчезли диспепсические расстройства, прошли явления интоксикации, нормализовался стул.

Наблюдение за больной прекращается в связи с окончанием курации.

**Рекомендации:**

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

XXI. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

**Дуоденит** — заболевание, в основе которого лежит воспалительно-дистрофи­ческий процесс в стенке или слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки.

Вследствие тесной функциональной связи этой кишки с желудком дуоденит, как самостоятельное заболевание, в детском возрасте наблюдается крайне редко. У большинства детей хронический дуоденит и функциональные изменения двенадцатиперстной киш­ки развиваются в виде сочетанной патологии с заболеваниями других отделов пищеварительного тракта и особенно желудка. Поэтому чаще употребляют термины «гастродуоденит», «пилородуоденит». Гастродуоденит считают наиболее частой гастроэнтерологической патоло­гией детского возраста. У 4—5 % больных наблюдается эрозивная форма этого заболевания.

**Этиология.** Гастродуоденит — полиэтиологическое заболевание. Среди при­чин его возникновения могут быть следующие:

* генетические особенности;
* наследственная пред­расположенность – распространенность хронического дуоденита у детей, родители которых имеют заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в 7 ½ раз большая (А. А. Баранов);
* бакте­риальные заболевания;
* вирусные заболевания;
* очаги хронической инфекции;
* паразитарные инвазии (лямблиоз, анкилостомидоз, гельминтоз);
* острые и хронические интоксикации раз­личного происхождения;
* пищевая аллергия;
* патология других отделов пищеваре­ния (холецистит, холангит, панкреатит);
* грубые нарушения питания и режима жизни;
* длительное употребление некоторых лекарственных средств (в частности, салицилатов),
* вро­жденные иммунные дефициты (особенно IgA).

Дуоденит (гастродуоденит) может быть:

1. первичным – редкое заболевание, развивается в результате длительного воздействия на слизистую оболочку двенадца­типерстной кишки протеолитических ферментов кислого желудочного со­держимого при дисфункциях же­лудка и двенадцатиперстной кишки, паразитов (лямблии, анкилостомы, аскариды), при избыточном упот­реблении раздражающей пищи, хрон. алкоголизме и чрезмерном курении, а также при частых и длитель­ных нервно-психических перенапря­жениях и гормональных сдвигах
2. вторичным (более часто) – сопутствующий— может быть следствием целого ряда местных и общих заболеваний (гаст­рит, панкреатит, гепатит, уремия и т. д.).

Первичный возникает в результате длительного воздействия на слизистую оболочку кишки одного из перечисленных повреждающих факторов, вторичный сопутствует другим заболеваниям, в том числе органов пищеварения. Дуоденит (гастродуоденит) нередко считают предъязвенным состоянием.

**Патогенез.** B развитии дуоденита весьма существенную роль играют следу­ющие факторы:

* непосредственное воздействие одного или нескольких раздража­ющих факторов на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки (например, постоянное влияние чрезмерно кислого желудочного содержимого при гиперхлоргидрии);
* элиминация токсичных веществ слизистой оболочкой кишки при острых или хронических интоксикациях;
* попадание в двенадцатиперстную кишку продуктов воспаления при заболевании желчных путей или поджелудочной желе­зы;
* развитию хронических гастродуоденитов способствует расстройство нерв­ной регуляции функции желудка и двенадцатиперстной кишки висцеро-кортико-висцеральным путем, в результате чего нарушаются моторная функция привратника и дуоденум. Кислое содер­жимое желудка постоянно забрасывается в двенадцатиперстную кишку. При этом возникает перестройка железистого аппарата, развиваются секреторно-трофические (дистрофические, деструктивные) изменения слизистой оболочки.
* в ред­ких случаях возможно сопряженное действие нескольких патогенетиче­ских факторов (одновременное или поочередное), ведущих к гастродуодениту.

В любом случае результатом являются нарушение двигательной функции две­надцатиперстной кишки и дуоденостаз, который создает предпосылки для разви­тия вторичной инфекции и местного усиления бродильных процессов. Нарушается полостное и мембранное пищеварение, изменяется состав ми­кробной флоры.

**Дискинезия желчных путей** — расстройство движений мышечной стенки желчных протоков, проявляющееся нарушениями отведения желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся по­явлением болей в правом подреберье. Различают два вида этой патологии:

1. гипертоническую (гипертонически-гиперкинетическую), при которой тонус желчного пузыря и сфинктеров желчных протоков повышен
2. гипотониче­скую (гипотонически-гипокинетическую), при которой тонус и двигательная активность желчных путей снижены.

**Этиология.** Первичные дискинезии желчных путей вызывают прежде всего диетические погрешности:

* употребление недоброкачественной, избыточно жирной пищи, нерегулярные ее приемы
* малоподвижный образ жизни.

К дискинезии могут приводить:

* интенсивные психические нагрузки
* травмы
* перенесенные инфекции (особенно часто эпидемический гепатит)
* глистная инвазия
* лямблиоз кишечника
* интоксикации
* мышечная слабость желчного пузыря может носить и конституциональный характер

Наиболее часто дискинезии являются проявлением:

* невроза
* солярита
* заболеваний же­лудочно-кишечного тракта (дуоденит, гастрит, язвенная болезнь, дисбактериоз, заболевания кишечника)
* атопического диатеза.

Расстройство моторной функции желчного пузыря закономерно возникает вторично при аномалиях развития желчных путей, холециститах, желчнокаменной болезни.

**Патогенез.** У различных больных патогенез заболевания вариабелен. С одной стороны, невроз с доминированием тонуса симпатического или пара­симпатического отдела ЦНС приводит к стойким спазмам или гипотонии сфинктеров желчных путей, с другой — при болезнях двенадцатиперстной кишки нарушается секреция ею холецистокинина, а при заболеваниях желудка и других отделов кишечника — секреция гастрина, нейрогормонов, которые также прямо или косвенно регулируют двигательную активность желчных пу­тей. Дискинезия может быть следствием висцеро-висцеральных рефлексов с по­раженных отделов желудочно-кишечного тракта. Нарушение ритмики посту­пления желчи в кишечник уменьшает бактерицидные свойства верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ведет к дисбактериозам, дискинезиям кишечника. Длительно текущая дискинезия, вызывая застой и инфицирование желчи, заброс кишечного содержимого в желчный пузырь (рефлюкс), приво­дит к холециститу.

XXII. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ

ЛИТЕРАТУРЫ

**1. Комаров Ф.И.**

**ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Исаева Л.А.**

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

М. Медицина 1994 г.

1. **Шелагуров А.А.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1975 г.

1. **акад. Петровский Б.В.**

**БМЭ**

М. Советская Энциклопедия 1978 г.

1. **Кукес В.Г.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 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.

1. **Мазурин А.В.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Бисярина В.П.**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ ПО ПЕДИАТРИИ**

Rp . : Tab . Platyphyllini hydrotartratis 0.005 N 30

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

Rp . : Tab . Ceruсali 0.01 N 40

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

до еды.

##### Rp . : Tab . Phurazolidoni 0.1 N 20

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в день после еды.

Rp . : Dragee “Mezym – forte” N 50

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

Rp . : Tab . Extr. Valerianae 0.02 N 50

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

Rp . : Dragee “Hexavitum” N 50

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

##### Rp . : Tab . «Maalox plus» N 50

D.S. Принимать внутрь по 1 – 2 таблетки 4 раза в день

через 1 час после еды и перед сном.