**Министерство здравоохранения России**

**Ивановская Государственная Медицинская Академия.**

**Кафедра Педиатрии.**

**Зав. кафедрой -**

**проф. д.м.н.**

**Шиляев Р.Р.**

**Преподаватель -**

**Русова Т.В.**

**История Болезни**

***x, 14 лет.***

**Диагноз: Язвенна болезнь 12п. кишки. Фаза обострения. Диффузное увеличение щитовидной железы 1”б” степени, эутиреоз.**

**Куратор:**

**Студент 4-го курса 5-й группы**

***Михеев М.Е.***

**Иваново 1997г.**

***I. Паспортные данные.***

*Ф.И.О.:* x

*Возраст:* 14 лет.

*Дата рождения:* 12 июня 82 года.

*Адрес:* г.Южа

*Дата поступления в клинику:* 20 мая 97 года.

*Диагноз при поступлении:* Язвенна болезнь 12 перстной кишки.

*Клинический диагноз:* Язвенна болезнь 12 перстной кишки. Фаза обострения. Диффузное увеличение щитовидной железы 1”б” степени, эутиреоз.

***II. Анамнез.***

**Анамнез заболевания.**

*Жалобы при поступлении:* Жалобы на периодические боли в животе, возникающие ночью и через 1,5-2 часа после еды. На тошноту, возникающую после приема пищи.

*Сведения о развитии настоящего заболевания:* Впервые диагноз “язвенная болезнь 12 перстной кишки” установлен в 1994 году, г/дуоденальном отделени ОКБ. После проведенного лечения язвенный деффект зарубцевался. Затем неоднократно обследовалась и получала противорецидивное лечение в г/дуоденальном отделени ОКБ. Последний раз находилась в отделении в ноябре 1996 года. Была проведена ФЭГДС, показавшая: наличие рубцового деформации луковицы 12 перстной кишки, эрозивного бульбита. С момента последней госпитализации боли беспокоили периодически, тошноты, рвоты не было. С мая 1997 года боли отмечала 1-2 раза в неделю, чаще к вечеру, в ночное время. Проходили в покое.

**Анамнез жизни.**

*Антенатальный период:* Ребенок от 1-беременности, 1-ых родов. Беременность протекала на фоне позднего гестоза. Сведений о угрозе выкидыша, питании беременной, профессоинальных вредностях, марах профилактики рахита нет. Течение родов нормальное, роды в срок 38 недель. Акушерских вмешатильств не проводилось. Сведений по характеру околоплодных вод и оцеке новорожденносго по Апгар нет. Заключение о развитии ребенка в антенатальный период: фактором риска может являться наличие позднего гестоза.

*Период новорожденности:* Родися доншенным, масса 3050г., рост 49см., закричал сразу. Випсан из роддома на 9-е сутки с массой 3000г. Остаток пуповины отпал на 4-е сутки. Был приложен к груди через 48 часов. Перид новорожденности протекал без осложнений.

*Вскармливание ребенка:* Получал грудь до 2-х месяцев. С 2-х месяцев - смеси. Прикорм с 3,5мес. - овощное пюре.

*Динамика физического и психомоторного развития:* Голову держит с 2-х месяцев. Сидит с 4-х месяцев. Ходит с 1-го года. Зубы - 5 мес. Посещает школу с 7 лет. Успеваемость в школе хорошая. Заключение: физическе и психомоторне развитие соответствует возрастным нормам.

*Сведения о профилактических прививках:* Сроки пививок соответствуют возрасту.

*Перенесенные заболевания:* Коклюш - в 5 лет, ветряная оспа - в 4 года, ОРЗ - 1-2 раза в год. Хронический пиелонефрит с 1989 года. Контакта с tbs не имел. Получала антибиотики: пенициллин, ампиокс, тетрациклин, эритромицин. Аллергологический анамнез спокойный. Эпидемиологический анамнез: за последние 3 недели за пределы области не выезжала, посыок не получала, жидкого стыла не было.

*Жилищно-бытовые условия:* Бытовые условия - хорошие. Режим, прогулки и питание соответствует возрасту. Поведение ребенка - спокойное. В контакт вступает хорошо, общительна.

*Сведения о семье ребенка:* Мать - Найденкова Татьяна Алексеевна, 37 лет, районный отдел культуры - бухгалтер. Здорова.

*Генеалогическое дерево:*



I1 - гипертоническая болезнь, I2 - c-r желудка, I3 - гипертоническая болезнь

II2 - c-r желудка, резекция, II3 - сердечно-сосудистая недостаточность, II5 - бронхиальная астма, II6 - c-r матки, II10 - несчастный случай.

Заключение: по материнской линии у ребенка предрасположенность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

***III. Объектиное обследование.***

*Общее состояние* - удовлетворительное. Положение - активное. Выражение лица - осмысленное. Поведение - обычное. Отношение к болезни - адекватное. Сознание - ясное. Питание - нормальное. Телосложение - правильное. Конституция - нормостеническая.

*Температура тела* - 36,4.

*Кожные покровы* бледные, естественного цвета. Кожа лица и шеи - желтоватая. Видимые слизистые имеют желтоватый оттенок. Переиферические лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

*Мышцы* развиты хорошо, тонус нормальный, при пальпации безболезненны.

*Суставы и кости* не изменены, ддвижения свободные, безболезненные.

*Система органов дыхания.* Дхание pитмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание чеpез нос. Гpудна клетка конусовидной фоpмы, симметpичная. Пpи сpавнительной пеpкуссии хаpактеp пеpкутоpного звука над соответсвующими участками легких - одинаковый.

Данные топогpафической пеpкуссии легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии* | *Пpавое Легкое* | *Левое Легкое* |
| Гpудинная линия  Сpединно-ключичная линия  Пеpедняя подмышечная линия  Сpедняя подмышечная линия  Задняя подмышечная линия  Лопаточная линия  Околопозвоночная линия | хpящ V pебpа  VI pебpо  VII pебpо  VIII pебpо  IX pебpо  X pебpо  ост.отp.XIпозв | хpящ VI pебpа  --""--  --""--  --""--  --""--  --""--  --""-- |

Экскуpсия кpая легкого - 5 см.

Аускультативный звук - легочный.

*Система органов кровобращения.* Пульсаций и выбуханий шейных вен не наблюдается, "сеpдечный гоpб" отсутствует. Пpекаpдиальная область пpи пальпации безболезненна. Веpхушечный толчок находится в V межpебеpье слева по сpеднеключичной линии, неpазлитой, pезистентный, невысокий, площадью 2 квадpатных см.

Гpаницы абсолютной сердечной тупости:

- пpавая: в IV межpебеpье по пpавому кpаю гpудины

- левая: в V межpебеpье по левой сpеднеключичной линии

- веpхняя: на 3 pебpе по левой окологpудинной линии.

Hа веpхушке и основании сеpдца выслушиваются 2 тона: I тон - низкий, пpодолжительный, ясный; IIтон - высокий, коpоткий, ясный. Тоны pитмичные, побочных шумов нет. Пульс 74 в минуту, pитмичный, синхpонный, ноpмального наполнения и напpяжения, стенка аpтеpии эластична. АД - 120/90 мм pт ст.

*Система органов пищеварения.* Аппетит понижен. Акты жевания, глотания и пpохождения пищи по пищеводу не наpушены. Отpыжки, изжоги, тошноты и pвоты - нет. Зев, миндалины, глотка - без изменений. Фоpма живота - окpуглая. Пеpистальтика не наpушена. Асцита - нет. Пpи повеpхностной пальпации - живот мягкий, спокойный, легкая болезненность в эпигастральной области. По pезультатам пальпации слепой, сигмовидной кишок, желудка, пилоpо-дуоденальной зоны патологических изменений не обнаpужено. Поносов - нет. Иногда бывают запоры.

Размеpы печени по Куpлову: 12, 12, 8 см.

Hижний кpай печени ноpмальной консистенции, окpуглой фоpмы, безболезненный. Селезенка пpи пальпации - безболезненна.

*Мочевыделительная система.* Пpипухлосчтей, кpасноты в области пpоекции почек нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 3-4 pаза в сутки, цвет мочи соломенно-желтый, без патологических пpимесей. Утренняя порция мочи - более темного цвета. Почки пальпатоpно не опpеделяются. Симптом Пастеpнацкого отpицательный с обеих стоpон.

*Нейрвная система.* Нарушений со стороны зрения, слуха, обоняния, вкуса - не выявлено. Сухожильные, зрачковые рефлексы - симметричные, живые. Потоотделение - умеренное. Состояние волосяного покрова - нормальное. Оволосенение по женскому типу. Внешний вид соответствует возрасту.

*Эндокринная система.* Увеличение перешейка и обеих долей щитовидной железы до I-”Б” степени. Щитовидная железа мягкоэластической консистенции, безболезненна, тремор и экзофтальм отсутствуют.

*Предварительное заключение.* Принимая во внимание данные объективного обследования системы органов пищеварения можно предположит налисчие некотого патологического процесса, характеризующегося снижение аппетита, небольшой болезненностью в эпигастральной области, наличием запоров. Так-же имеется патологический процесс в щитовидной железе, о котором говорит увеличение перешейка и обеих долей щитовидной железы до I-”Б” степени с отсутствием тремора и экзофтальма.

***VI. Данные лобораторных и инструментальных исследований.***

*ФЭГДС от 23/5/97г.*

Пищевол не изменен. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество жидкости с примесью желчи, слизь. Слизистая желудка и 12 перстной кишки отечна, геперемирована. Привратник зияет. На передней стенки луковицы 12 перстной кишки белесоваты линейный рубец, длиной около 4 мм.

Заключение: Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки. Гастродуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

*УЗИ от 20/5/97 г.*

Печень, поджелудочная железа, селезенка нормальных размеров, однородной структуры. Желчный пуырь нормальных размеров, шейка S-образнй формы. Почки обычной формы и размеров, ЧЛС не расширена.

*ЭКГ*

Ритм синусовый. ЧСС 67 уд/мин. PQ=0,18”.

*Сахарная кривая от 3/5/97 г.*

1. Количество саха натощак 3,0

2. Через полчаса после нагрузки 6,14

3. Через один час 5,0

4. Через полтора часа 4,21

5. Через два часа 3,65

*Белковые фракции крови от 22/5/97г.*

Общий белок 76,6 г/л

Альбумины 51,0%

Альфа-1 3,8%

Альфа-2 11,6%

Бэтта 16,3%

Гамма 17,3%

*Биохимия крови от 21/5/97г.*

Общий белок 76,6 г/л

Холестерин 4,8 ммоль/л

Бетта-липопротеиды 40 ед

Билирубин прямой 0 мкмоль/л

Билирубин непрямой 18,5 мкмоль/л

АСТ 0,16 ммоль/л

АЛТ 0,35 ммоль/л

Щелочная фосфатаза 197,0 ммоль/л

Амилаза 20,0 мг/мл/час

Сахар 2,7 ммоль/л

*Анализ крови*.

Эритроциты 3,3 Т/л

Hb 112 г/г

ЦП 1,02

Лекоциты 7,8 г/л

Базофилы 1%

Эозинофиллы 5%

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 59%

Моноциты 11%

Лимфоциты 24%

СОЭ 10

*Анализ мочи по Нечипоренко от 28/5/97г.*

Лейкоциты 11500 в 1 мл

Эритроциты 500

Циллиндры 0

*Анализ мочи*

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Уд. вес 1018

Прозрачная

Белок 0,08 г/л

*Копрограмма*

Форма оф.

Консистенц. густая

Цвет кор.

Соед. ткань ---

Мыш. волокна + неперевар.

Нейтральн. жиры ---

Жир. кислоты ---

Мыла +

Неперев. клетчатка +++

Перевар. клетчатка ---

Крахмал ---

Сльзь ---

Лейкоциты ---

Эпителий ---

Яйца глист ---

*Температурный лист.*



***V. Дневники.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Дата* | *t, C* | *ЧСС* | *ЧД* | *АД* | *Состояние* |
| 2/5/97г. | 36.5 | 80 | 22 | 120/90 | Хорошее Жалоб нет |
| 3/5/97г. | 36.6 | 80 | 24 | 120/85 | Хорошее Жалоб нет |
| 4/5/97г. | 36.6 | 86 | 20 | 120/90 | Хорошее Жалоб нет |
| 5/5/97г. | 36.7 | 84 | 22 | 115/80 | Хорошее Жалоб нет |

*Заключение:* Состояние больной на период курации - хорошее.

***VI. Дифференциальный диагноз.***

Язвенную болезнь желудка необходимр дифференцировать с хроническим распространенным гастритом. Однако болевой синдром характеризуется упорством, постоянством, неинтенсивностью, боли носят ноящий характер, несколько усиливаясь после приема грубой пищи. Отсутствует свойственная язвенной болезни их ритмичность, очень редки боли натощак, голодные и ночные. При пальпации живота отмечается неинтенсивная , но стойкая, малодинамичная болезненность, локализующаяся преимущественно в эпигастральной области. Характерные для язвенной болезни болевые точки отсутствуют. Из диспепсических явлений преобладают тошнота и рвота; последняя встречается чаще, чем при язвенной болезни, и нередко содержит остатки пищи и слизь. Рвота кислым желудочным соком (характерная для язвенной болезни) наблюдается редко. Редким симптомом, в отличии от язвенной болезни, является изжога; отрыжка чаще тухлым яйцом, пищей или воздухом, тогда как для язвенной болезни характерны кислые отрыжки. Секреторная функция желудка нередко нормальна или понижена, в отличие от гиперсекреции при язвенной болезни. В случаях же повышенной кислотности последняя никогда не достигает степени, свойственной язвенной болезни. Рентгенологически при хроническом распространенном гастрите, наряду с гиперсекрецией натощак, отмечается изменение рельефа слизистой оболочки желудка в виже грубых, утолщенных складок, иногда ригидных и неправильно расположенных. Поскольку эта форма хронического гастрита не является “эквивалентом” язвы, положительный результат аспирационной биопсии при отсутствии прямых и косвенных рентгенологических и эндоскопических признаков язвенной болезни (при тщательном учете данных клиники) говорит о хроническом распространенном гастрите как основном заболевании. Течение его у детей упорное, монотонное, отсутствуют характерные для язвенной болезни периодичность и сезонность обостерний.

При некоторых фломах язвенной болезни боли носят схваткообразный характер. В этом случает ее необходимо дифференцировать с воспалительными заболеваниями желчевыводящей системы. Однако и в этом случае удается выявить различия в клинике заболеваний. При холепатиях часто имеется связь болевого синдрома с приемом жирной или острой пищи, боли локализуются преимущественно в правом подреберье, отсутствуют голодные и ночные боли. Болевой синдром стихает в течение нескольких дней (при язвенной болезни длится неделями); во время приступа дети мечутся в постели (при язвенной болезни более спокойны, в положении лежа ноги поджаты к животу). При пальпации живота болезненна пузырная точка (при язвенной болезни - пилородуоденальная зона), как правило, увеличена и болезненна печень (при язвенной болезни - редко). Из диспепсических явлений для холепатии характерны тошнота и рвота, не приносящая, в отличии от язвенной болезни, облегчения. Изжоги и отрыжки кислым редки, более характерна горечь во рту. Кислотообразующая функция желудка при холепатиях прогрессивно снижается параллельно длительности заболевания (при язвенной болезни суперацидоз нарастает). Положительный результат дуоденального зондирования при учете клинических данных и наблюдении в динамике позволяет установить правильный диагноз.

Реже возникает необходимость дифференцияции язвенной болезни с панкреатитом. Основное клиническое проявление этого заболевания в периоде обострения - болевой синдром, который, в отличии от язвенной болезни, характеризуется опоясывающими болями с иррадиацией в левое подреберье и спину. Отсутствуют ритмичность, голодные и ночные боли; болезненность при пальпации локализуется в левом подреберье или глубоко в эпигастрии. Отрыжки и изжоги исключительно редки, рвота не приносит облегчения. Значительных отклонений кислотообразующей функции желудка, как правило, не отмечается. Исследование ферментов дуоденального содержимого способствует обнаружению явлений и диспанкреатизма.

***VII. Диагноз и его обоснование.***

Учитывая давность заболевания, наличие синдромов “голодных” и “ночных” болей, сезонности заболевания, а так-же данных дополнительных методов ииследования,

*ставится диагноз:* Язвенная болезнь 12 перстной кишки, фаза обострения.

*Сопутствующий диагноз:* диффузное увеличение щитовидной железы до I-”Б” степени, эутиреоз.

***VIII. Этиопатогенез.***

Заболевание это полиэтиологичное, возникающее под влиянием длительного воздействия на организм комплекса факторов. И хотя не все патогенетические механизмы полность изучены, можно с уверенность говорить о тесном взаимодействии и взаимовлиянии трех основных компонентов: нервного, эндокринного и местного.

Ведущее значение принадлежит нервной и гормональной системам, причем их особенности у детей связываются прежде всего с конституциональными и наследственными факторами. Роль последних в происхождении язвенной болезни подтверждается многочисленными работами последних лет, свидетельствующими о частоте язвенной болезни у детей и подростков, родители или ближайшие родственники которых страдают этим заболеванием. Характерно, что у большинства детей с наличием наследственного предрасположения симптомы заболевания появляются значительно раньше, чем у их родителей (симптом “упреждения”). Роль наследственного фактора в патогенезе язвенной болезни в настоящее время не вызывает сомнений; по-вижимому, его сущность заключается в наследовании ряда биологических особенностей организма, в частности, своеобразия функций диэнцефало-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Ведущими этиологическими факторами, способствующими возникновению язвенной болезни у детей , являются нервно-психические, алиментарные и висцеральные.

Роль психогенных факторов, обусловленных эмоциональным перенапряжением, умственной и психической нагрузкой, отрицательными эмоциями, конфликтными ситуациями в школе, семье, чрезмерной родительской опекой, а также травмами и заболеваниями центральной нервной системы, доказана давно. Значение их в происхождении язвенной болезни у детей становится еще более очевидным, если учесть недостаточную дифференцировку центральной и вегетативной нервной системы и связанную с этим лабильность и ранимость эмоциональной сферы ребенка.

Среди алиментарных причин в первую очередь следует упомянуть длительные нарушения режима и характера питания, переедание, употребление пищи, не соответствующей возрасту, одностороннее питание.

Немаловажную роль играют и висцеральные факторы. Предшествующие заболевания (холецистит, аппендицит, дизентерия), аномалии развития желудочно-кишечного тракта (гастроптоз, мегаколон, дживертикулы кишечника), хронические очаги инфекции (хронический тонзиллит, ринит, гайморит), ранее перенесенные инфекеции и интоксикации с последующими расстройствами нервной трофики.

Следует отметить, что в большинстве случаев на организм ребенка влияет комплекс нескольких из перечисленных факторов, что в сочетании с неблагоприятным конституционально-наследственным фоном определяет их роль в происхождении язвенной болезни.

Экстро- и интероцептивное воздействие комплекса неблагоприятных факторов вызывает нарушение процессов возбуждения и торможения, ослабляется тормозная деятельность коры, растормаживается подкорка. В таламо-гипоталамической области возникает застойный очаг возбуждения, приводящий к раздражению моторной и секреторной функций желудка, спазму мышц и сосудов с последующими трофическими расстройствами клеток и тканей - с этого начинается развитие заболевания.

В патогенезе язвенной болезни существенное значение имеют и эндокринные нарушения. Известно, что гормоны коры надпочечников, выделяющиеся под воздействием раздражения гипоталамической области и гипофиза, стимулируют секреторную функцию жклудка. Под усиленным влиянием гормонов коркового слоя надпочечников и гипофиза в желудке и двенадцатиперстной кишке может возникнуть язва или обостриться язвенный процесс.

Значение эндокринной системы в происхождении язвенной болезни не ограничивается надпочечниками и гипофизом, по-видимому, имеет место гиперфункция многих эндокринных желез, выраженная умеренно и находящаяся на субклиническом уровне.

Согласно гуморальной теории, при сильных раздражениях, вызывающих состояние стресса, выделяется адреналин, стимулирующий гипоталамус, активирующий переднюю долю гипофиза, в результате чего выделяется АКТГ. Последний стимулирует кору надпочечников, кортикоидные гормоны которой вызывают активацию желудочных желез, усиленное образование соляной кислоты и пепсина.

В результате нейроэндокринных нарушений изменяется характер секреторного процесса, состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и создаются условия для возникновения заболевания.

Роль ацидопептического фактора и местных механизмов защиты в развитии язвенной болезни в настоящее время общепризнана. Протеолитическое воздействие ферментов на участки слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки является конечным звеном в патогенезе болезни.

Таким образом, язвенная болезнь возникает в результате воздействия на организм множества разнообразных факторов, которые необходимо учитывать при назначении лечения. Для возникновения заболевания необходимо не только комплексное, но и длительное воздействие этих факторов. Заболевание чаще возникает постепенно, большое значение имеют раннее выявление и терапия функциональных заболеваний желудка, хронических гастритов и гастродуоденитов.

***IX. Лечение и его обоснование.***

Полиэтиологичность язвенной болезни и сложность ее патогенеза обусловливают необходимость применения комплекса лечебных мероприятий. В то же время разноробразие клинических проявлений заболевания, характер его течения требуют строгого индивидуального лечения.

Язвенная болезнь характеризуется хроническим циклическим течением с чередованием периодов обострений и ремиссий. Поэтому терапевтические мероприятия в различные фазы заболевания (обострение, неполная ремиссия, ремиссия) существенно отличаются.

Задача комплексной терапии - одновременно воздействовать на различные этиологические и патогенетические механизмы язвенной болезни. Прежде всего необходимо устранить все вредности, способствующие развитию заболевания и поддерживающие его хроническое течение. Основными принципами лечения язвенной болезни у детей и подростков являются, с одной стороны, снижение интенсивности агрессивных факторов, с другой - повышение активности факторов защиты.

Важнейшим условием успешной терапии является раннее ее начало. Основной курс противоязвенного лечения должен быть проведен в стационаре, так как строгое соблюдение двигательного и диетического режимов на фоне колмплексной противоязвенной терапии значительно сокращает длительность фазы обострения.

В периоде обострения ребенку назначается постельный режим, продолжительность которого (от 1 до 3 нед) определяется выраженностью клинических проявлений заболевания. Покой успокаивает нервную систему, снижает двигательную активность желудка и внутрижелудочное давление. Ночной сон должен быть достаточно продолжительным, при его нарушениях назначаются седативные и снотворные средства (препараты брома, фенобарбитал, димедрол, элениум). Обязательное пребывание ребенка на свежем воздухе.

*Диетотерапия.*

В основе лечения питанием лежит принцип щажения желудка - уменьшение стимулирующего влияния пищевых продуктов на секреторные железы, снижение перистальтики и тонуса желудка. Это достигается исключением механических и химических раздражителей.

Пищу следует принимать часто (до 7 раз в сутки) малыми порциями, между приемами пищи полезно назначать небольние порции (1/2 стакана) теплого кипяченого молока, оно связывает соляную кислоту, обогащает пищу белком, необходимым для заживления язвенного дефекта.

В основу диетотерапии при язвенной болезни положена лечебная диета, состоящая из последовательно назначаемых столов N 1а, 1б, 1в, 1. Принцип диеты максимальное щажение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в остром периоде заболевания с постепенно возрастающей функциональной нагрузкой по мере стихания острых проявлений.

В начале заболевания и при резко выраженном обострении назначается стол N 1а.Применяется она в течение 3-7 дней. Эта диета назначается только в стационаре при строгом постельном режиме. При уменьшении болевого и диспепсического синдрома назначается стол N 1б, назначается на 8-12 дней. По мере улучшения состояния больного переводят на стол N 1(на 4-6 месяцев) - до наступления стойкой ремиссии.

Обязательная составная часть диетического питания - фруктовые и овощные соки, обогащающие пищу витаминами.Среди овощных соков широко применяется сок свежей белокочанной капусты, содержащий противоязвенный фактор - витамин U.

*Витаминотерапия.*

Особое значение в лечении язвенной болезни имеют витамины, оказывающие благоприятное влияние на состояние обменных процессов в организме, секреторную и моторную функции желудка. Наиболее широко назначаются витамины группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин).

Тиамин (витамин В1)улучшает самочувствие больных, уменьшает болевой и диспепсический синдромы, нормализует сок и аппетит. Его рекомендуется применять по 0,5-1 мл 3% р-ра 1 раз в день в/м, N 12-15.

Пиридоксин (витамин В6) стимулирует обменные процессы, улучшает трофику и способствует регенерации тканей. Назначается по 0,5-1мл 1% р-ра в/м 1раз в день или через день, N 12-15.

Цианокобаламин (витамин В12) действует на центральную нервную систему, трофику и регенерацию тканей. Вводят его в/м по 50-100 мкг ежедневно или через день 15-20 дней.

При язвенной болезни полезно назначать аскорбиновую кислоту (витамин С). Кроме десенсибилизирующего и сосудоукрепляющего действия она оказывает выраженный противовоспалительный эффект. Применяют ее внутрь по 0,05-0,1 г 2-3 раза в день.

Витамин U стимулирует регенерацию слизистой оболочки, поэтому эффективен при поверхностных язвах. Назначается витамин U внутрь по 0,05 г (1 таблетка) 2-3 раза в день после еды, курс - 30-40 дней.

*Фармакотерапия.*

Применение фармакологических средств - обязательное условие успешной терапии язвенной болезни.

Антациды - снижают кислотность, пептическую активность желудочного сока, оказывают антиспастическое действие на привратник и луковицу двенадцатиперстной кишки, улучшают эвакуацию из желудка и тем самым уменьшают болевой синдром. Целесообразны комбинации растворимых и нерастворимых антацидов. При повышенной кислотности желудочного сока антациды принимают 3-4 раза в день за 1 час до еды, при пониженной кислотности - за 1,5 часа до еды или непосредственно перед едой. Разовая доза - 0,25-0,5-1 г.

Антациды комбинируют не только между собой, но и с препаратами, оказывающими адсорбирующее и обволакивающее действие, способствующими отделению слизи. Таким препаратом является висмут. Наиболее употребительная комбинация висмута с антацидами: магния трисиликата и жженой магнезии по 0,25 г,натрия гидрокарбоната - 0,2 г, висмута нитрата - 0,3 г. Готовой лекарственной формой, представляющей комбинацию антацидов и висмута является викалин, назначается он по 1 таблетке 3 раза в день через 40-60 мин после еды. Курс лечения 2 мес.

В последнее время широкое применение получил болгарский антацидный препарат алмагель, назначается по 5-10 мл (1-2 чайные ложки) за полчаса до еды и перед сном. Курс лечения - 2-3 недели и более.

Применяются препараты, направленные на восстановление нарушений нервной трофики. Среди них наибольшее значение имеют холинолитики и ганглиоблокаторы. Среди холинолитиков, применяемых для лечения язвенной болезни, наиболее широко распространены атропин, метацин, платифиллин.

Атропина сульфат особенно показан при выраженном болевом синдроме, в частности, при ночных болях. Назначают его в виде 0,1% р-ра по 5-8 капель перед едой 2-3 раза в день или парентерально по 0,5-1 мл 1-2 раза в день.

Метацин назначают внутрь по 0,001-0,003 г 2 раза в день или парентерально по 0,5-1 мл 0,1% р-ра в течение 2-4 нед.

Поатифиллин гидротартрат назначается внутрь в порошках по 0,001-0,003 г.,в каплях (0,5% р-р) по 5-8 капель на прием или в инъекциях по 0,5-1мл 0,2% р-ра 2-3 раза в день.

Среди ганглиоблокаторов наиболее эффективен бензогексоний, который быстро ликвидирует болевой синдром. Назначается препарат в порошках по 0,025-0,05 г или п/к по 0,25-0,5 мл 2,5% р-ра 2-3 раза в день в течение 20-30 дней.

Кватерон - обладает М-холинолитическим и ганглиоблокирующим действием. Препарат применяют в виде 0,2% р-ра в первые 5 дней по 15-20 мг 3 раза в день с последующим повышением дозы до 30-40 мг на прием в течение 20-30дней.

Из холинолитиков, обладающих седативным действием, применяется ганглерон. Применяется внутрь по 0,02-0,04 г (1/2-1 капсула) 2-3 раза в день или по 0,5-1 мл 1,5% р-ра 2-3 раза в день 3 недели.

При лечении больных язвенной болезнью применяются и гормональные препараты, среди которых в детской практике получили распространение анаболические стероиды и ДОКСА (дезоксикортикостерона ацетат).

Анаболические стероиды положительно влияют на белковый обмен, способствуют эпителизации язвы, восстанавливают андрогенную функцию надпочечников.

Неробол назначают по 0,005-0,01 г (1таблетка) 1-2 раза в день после еды 2-3 нед.

ДОКСА уменьшает секреторную, кислотообразующую и моторную функции желудка стимулирует белковый обмен, способствует грануляции желудочно-кишечных язв, обладает противовоспалительным действием, положительно влияет на нервную систему.

Лечение обычно проводят по такой методике: первые пять в/м инъекций по 0,5-1 мл 0,5% масляного р-ра делаются е/дневно, остальные 10-15 - через день.

В комплексном лечении язвенной болезни используются препараты лакричного (солодкового) корня - ликвиритон - улучшает аппетит, ликвидирует болевой и диспепсический синдромы, снижает кислотность, стимулирует репаративные процессы. Назначается по 0,05-0,1 г (1/2 - 1 таблетка) 3 раза в день за 30 мин до еды 2-3 нед.

Симптоматические средства - димедрол, пипольфен - оказывают седативное, антиаллергическое действие. Применяют внутрь по 0,015-0,025 г 2-3 раза в день 2-3 нед.

Седуксен 0,005 г, элениум 0,005-0,01 г внутрь перед сном - для достижения седативного эффекта при нарушении сна.

Нередко при язвенной болезни назначаются спазмолитические средства - папаверин, применяемый в порошках или таблетках по 0.015-0,03 г 2-3 раза в день.; но-шпа по 0,02-0,04 г (1/2 - 1 таблетка) 2-3 раза в день 2-3 нед.

Галидор оказывает сосудорасширяющее, седативное и местное анестезирующее действие. Назначают по 1/2 - 1 таблетке 3 раза в день 2-3 нед.

Пентоксил, метилурацил - повышают реактивность организма, стимулируют кроветворение, улучшают функциональное состояние печени. Пентоксил назначают по 0,15-%63 г 3 раза в день через 15-20 мин после еды 1 мес; метилурацил - по 0,25-0,5 г 3 раза в день 3-4 нед.

С целью стимуляции обменных процессов, активизации защитных сил организма и повышения процессов регенерации применяются: экстракт алоэ по 1 мл 1 раз в день п/к 20-30 дней; ФИБС - по 1 мл п/к е/дневно 15-20 инъекций; плазмол - по 1 мл п/к 20 дней; 4% р-р гистамина по 3-5 мл в/м 2-3 нед.

*Физиотерапевтическое лечение.*

Физиотерапия занимает видное место в комплексном лечении язвенной болезни.Физические факторы, воздействуя на нервную регуляцию трофических процессов, устраняют расстройства пищеварительной системы, уменьшают воспалительные реакции и способствуют регенерации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

В остром периоде болезни применяются грелки, согревающие компрессы на область эпигастрия, УВЧ на область вегетативных узлов.

В период неполной ремиссии - парафиновые аппликации, диатермии, электрофорез, грязелечение.

Во время полной ремиссии - все перечисленные процедуры.

Под влиянием тепла усиливаются обменные процессы, активизируется регенерация.

Эффективный метод физического воздействия на организм - лечебная гимнастика, оказывающая укрепляющее и регулирующее влияние на центральную нервную систему и способствующая восстановлению функций желудочно-кишечного тракта.

Существенным лечебным свойством обладают питьевые минеральные воды. При язвенной болезни используются в основном слабоминерализованные минеральные воды, обладающие ощелачивающим действием (Славяновская, Смирновская, Ессентуки N 4, 17, Боржоми и др.). Минеральную воду следует назначать на 1,5 часа до еды в теплом виде. Пить большими глотками 3-4 раза в день 100-200 мл 3-4 нед.

***X. Эпикриз.***

x. 14 лет. Поступила 20 мая 97 года. С диагнозом при поступлении: язвенна болезнь 12 перстной кишки. После проведенного обследования и основываясь на данных лабораторных и инструментальных методов исследований поставлен клинический диагноз: язвенна болезнь 12 перстной кишки, фаза обострения; диффузное увеличение щитовидной железы 1”б” степени, эутиреоз. Больной проводится лечение. В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось. Боли более не беспокоят. Самочувствие хорошее.

Дата. Подпись куратора.