**Общие сведения**

1. ФИО: ХХХ

2. Возраст: 5 лет (22.10.2007 г)

3. Пол: мужской

4. Место жительства:

5. Родители:

Мать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Дата поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Время курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Клинический диагноз: Вирусный гепатит А, типичный, легкой формы.

Осложнения основного заболевания: нет

Сопутствующие заболевания :нет

**Жалобы**

Основные жалобы: желтушность и зуд кожных покровов.

Общие жалобы: слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, беспокойный сон.

**Anamnesis morbi**

Ребёнок поступил на 7 день болезни, на 2 день желтухи. Заболевание началось 25.09.2012 с общего недомогания, вялости, потери аппетита. Температуру тела не измеряли. На 5 день болезни, появились боли в животе (ребёнок не может указать точную локализацию), однократная рвота, потемнение мочи. На 6 день болезни родители заметили желтушность кожи, после чего привезли ребёнка на машине в больницу.

При поступлении состояние средней тяжести, жалобы на зуд кожных покровов, боли в животе, потерю аппетита, слабость. Склеры иктеричны, кожа субиктерична. Язык с белым налётом в области корня. Печень - +0.5, +1, верхняя треть. Уплотнена, безболезненна. Селезёнка выступает за край рёберной дуги на 2 см., уплотнена, безболезненна. Было назначено лечение (стол 5, постельный режим, аскорбиновая кислота, полифепан, магния сульфат). За время пребывания в стационаре симптомы интоксикации прошли. Живот не болит, кожный зуд прошёл. Желтуха уменьшилась. За время пребывания в стационаре были сделаны биохимический анализ крови - на 8 день болезни, 3 день желтухи, ИФА – HbsAg – отриц, общий анализ мочи – наличие желчных пигментов

Б/х крови:

Билирубин общий ( мкмоль/л) 17-20 79 нарушение

Билирубин прямой (мкмоль/л) 0,8-12 63 пигм.обмена

АлАТ (Ед) до 40 1300 цитолиз

АсАТ (Ед) до 40 830 цитолиз

Щелочная фосфатфза (Ед/л) 800 1150 холестаз

Тимоловая проба (Ед) 0-5 17,4

Аллергологический анамнез не отягощен

Эпиданамнез: в 2 года ребёнка укусила собака, в связи с чем были наложены швы. Больше никогда не госпитализировался. 9.12.2011. мальчик пошёл в детский сад. Последний год парентеральных манипуляций не было.

**Anamnesis vitae**

Ребёнок от первой беременности, первых родов. Роды при сроке 39-40 недель, без особенностей. Родился с массой при рождении 3600 грамм, закричал сразу. Ребенок был приложен к груди в родильном зале. На естественном вскармливании ребенок находился в течение 1 года 3 месяцев. На первом году жизни ребенок болел редко (2 случая ОРЗ), прибавлял хорошо. Пищевой аллергии не отмечалось. Ходить начал рано (9 месяцев). Прививки по возрасту. Операций и гемотрансфузий не было. Рос и развивался нормально.

Наследственность: по материнской линии у бабушки – врожденный порок сердца; по отцовской линии ожирение.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, живут в благоустроенной квартире.

Мать курит, хотя во время беременности не курила. Отец курит, умеренно употребляет спиртное.

**Status praesens**

12 день болезни, 7 день желтухи. Общее состояние средней тяжести, самочувствие хорошее, жалоб нет. Склеры и слизистые – субиктеричны, кожа – желтоватой окраски. Телосложение пропорциональное. Мышцы развиты удовлетворительно, видимых деформаций костей и суставов нет.

**Обследование по системам**

Кожа желтоватая имеются расчесов. Влажность кожи умеренная, эластичность сохранена. Симптом «щипка» и «жгута» отрицательный. Дермографизм красный.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина жирового слоя на уровне пупка, под реберной дугой, под углами лопаток, на плечах и бедрах – 1,5 см. Тургор сохранен.

Видимого увеличения регионарных лимфоузлов нет, кожа над ними бледная, рубцы и свищи отсутствуют. Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфоузлы до 5 мм в диаметре, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные

Мышцы развиты нормотрофично, симметрично; при пальпации мышцы безболезненны; тонус и сила сохранены, одинаковы с обеих сторон.

При осмотре костей деформаций, искривлений не выявлено. На поверхности костей неровностей, утолщений нет; размягчения и болезненности при пальпации не выявлено. Голова округлой формы, симметричная. Грудная клетка обычной формы, симметричная; эпигастральный угол прямой. Физиологические изгибы сохранены.

Величина и форма суставов сохранена, кожа над суставами бледная, при пальпации болезненности, флюктуации не выявлено. Движения в полном объеме, безболезненные, хруста нет.

**Исследование органов дыхания**

Носовое дыхание свободно. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Экскурсия грудной клетки в полном объеме. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 20 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии ясный одинаковый лёгочный звук с двух сторон. Симптомы Кораньи, Аркавина, чаши Философова отрицательные.

***Нижние границы легких***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Слева** | **Справа** |
| **Средне-ключичная линия** |  | VI ребро |
| **Средняя подмышечная линия** | VШ ребро | VII ребро |
| **Лопаточная линия** | X ребро | X ребро |

Подвижность нижних краев – 3 см.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

**Исследование органов кровообращения**

При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Патологической пульсации над областью сердца и крупных сосудов нет.

Границы относительной сердечной тупости: ***правая*** – V межреберье у правого края грудины; ***левая*** – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии;***верхняя*** – второе межреберье. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. I тон на верхушке громкий, низкий, продолжительный. Отмечается усиление II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 94 в минуту. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжение и наполнение удовлетворительные, величина и форма не изменены, частота – 94 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная.

***Артериальное давление***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Систолическое** | **Диастолическое** |
| **Справа** | 90 мм рт.ст. | 60 мм рт.ст. |
| **Слева** | 90 мм рт.ст. | 60 мм рт.ст. |

**Исследование органов пищеварения**

Жалоб на боли в животе, различные диспептические расстройства ( отрыжка, тошнота, рвота, поносы, запоры, метеоризм ), нарушение аппетита, кожный зуд не предъявляет. Стул 1 раз в сутки, оформленный, нормального цвета , без патологических примесей. Непереносимости продуктов нет. При осмотре – слизивтая полости рта розовая, твёрдое нёбо субиктерично. Язык розовый, влажный, с белым налётом в области корня, на боковых поверхностях отпечатков зубов нет. Миндалины не увеличены, задняя стенка глотки не гиперемированна, субиктерична.

Живот округлой формы, безболезненный. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет. Венозная сеть не выражена. В области анального отверстия и перианальной области патологии не выявлено.

При поверхностной пальпации живот не напряжен, грыжевые выпячивания и патологические образования передней брюшной стенки не обнаруживаются. Расхождение прямых мышц живота отсутствует. Отмечается расширение пупочного кольца диаметром до 1 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность ее гладкая, безболезненная, умеренно подвижная, не урчит.

Сигмовидная кишка пальпируется в обычном месте в виде цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность гладкая, безболезненна, урчит. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется.

Желудок при пальпации безболезненный.

Печень - +1, +2, верхняя треть, край закруглённый, безболезненный, уплотнён. Поверхность гладкая.

Селезёнка - +2, уплотнена, безборлезненна. Симптомы Мерфи, Ортнера, Кера, Мюсси и Боаса – отрицательные.

**Исследование почек, мочевого пузыря**

Периферические отеки при осмотре не обнаруживаются. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненные. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без изменений.

**Репродуктивная система**

Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички опущены в мошонку, при пальпации безболезненные.

**Физическое развитие на момент осмотра**

Масса тела – 20 кг; рост 110 см; окружность грудной клетки – 57 см; окружность головы – 51 см.

Физическое развитие мезосоматичского типа, гармоничное.

**Нервно-психическое развитие**

Сознание ясное. Положение активное. Сон спокойный, аппетит хороший. Изменений поведения, вялости, беспокойства, сонливости не наблюдается. Менингиальные симптомы отрицательные. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены.

**Предварительный диагноз**

На основании данных an. Morbi (поступление в стационар на 7 день болезни, 2 день желтухи, наличие симптомов интоксикации в безжелтушный период, зуд кожных покровов, увеличение печени - +0,5,+1 верхняя треть – при поступлении, уменьшение симптомов интоксикации, желтухи, исчезновение зуда за время пребывания в стационаре), лабораторных исследований (1 АлАТ, АсАТ, тимоловая проба 1 в 3-4 раза, 1 общего билирубина за счёт коньюгированного билирубина . ИФА – HbsAg , анти-HCVIgM - отриц.), данных объективного обследования (субиктеричность склер и слизистых, , увеличение печени - +1,+2, верхняя треть, увеличение селезёнки - +2, потемнение мочи) можно считать, что у ребёнка имеет место гепатит А, типичный, лёгкая форма.

**План обследования**

1.Общий анализ мочи (желчные пигменты)

2.Биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, общий и прямой билирубин, щелочная фосфатаза, тимоловая проба)

3 Серологические методы исследования: ИФА крови (HbsAg)

4. Клинический анализ крови

**Лабораторные данные**

1.Анализ мочи от 02.09.12.

Цвет – темно-желтый

Реакция – щелочная

Удельный вес – 1020

Прозрачность - слабомутная

Белок – 0.099 г/л

Плоский эпителий – 0-0-1 в поле зрения

Лейкоциты – 0 – 1 – 0 в поле зрения

Эритроциты – 0 в поле зрения

Желчные пигменты – реакция резко положительная

Уробилин - реакция резко положительная

Заключение: изменение цвета мочи, протеинурия, холалурия, уробилинурия; данные изменения характерны для вирусного гепатита .

2.Б/х крови: 02.09.12.

Билирубин общий (мкмоль/л) 17-20 79 нарушение

Билирубин прямой (мкмоль/л) 0,8-12 63 пигм.обмена

АлАТ (Ед) до 40 1300 цитолиз

АсАТ (Ед) до 40 830 цитолиз

Щелочная фосфатфза (Ед/л) 800 1150 холестаз

Тимоловая проба (Ед) 0-5 17,4

Заключение: увеличение общего билирубина преимущественно за счет фракции прямого, увеличение АЛТ, увеличение показателя тимоловой пробы характерно для вирусного гепатита А, легкой формы.

3. ИФА – HbsAg , анти-HCVIgM - отриц

4.Клинический анализ крови от 02.09.12.

Эритроциты – 4.27 Т/л

Гемоглобин – 150 г/л

ЦП – 0.9

Лейкоциты – 5.2 Г/л

Эозинофилы –2 %

Палочкоядерные – 6 %

Сегментоядерные – 39 %

Лимфоциты – 48 %

Моноциты – 5 %

СОЭ – 20 мм в час

Заключение: нейтропения, относительный лимфоцитоз, ускоренная СОЭ; для вирусного гепатита А характерен умеренный лимфоцитоз.

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больного (слабость, потемнение мочи, потеря аппетита), данных анамнеза, которые отражают типичное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по гриппоподобному типу на протяжении 5 дней с явлениями интоксикации, последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного улучшилось), эпидемиологического анамнеза и результатов физикального обследования (умеренная желтушность склер и кожных покровов, увеличение печени на 1-2см) и данных лабораторного обследования (биохимический анализ крови: билирубин повышен до 79; АЛТ - 1300 нмоль\л; тимоловая проба повышена до 17,4; сулемовая проба снижена до 1,4; анализ мочи: цвет насыщенно желтый, в моче обнаружен билирубин 1, уробилин 1) ставим окончательный диагноз:

Вирусный гепатит А, типичный, лёгкая форма.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет.

**Этиология гепатита А**

Возбудитель - вирус гепатита А, сем Picornaviridae.

Морфология РНК-содержащий вирус.

Известен один серологический тип вируса.

Эпидемиология гепатита А. Вирус распространен повсеместно. Уровень заболеваемости коррелирует с санитарно-гигиеническим состоянием данной территории.

Источник инфекции - больные всеми формами гепатита А.

Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные безжелтушными и бессимптомными формами.

Выделение вируса с фекалиями начинается со 2 половины инкубационного периода, максимальная заразительность - последние 7 - 10 дней инкубационного периода.

Характерна осенне-зимняя сезонность.

Механизм передачи - фекально-оральный, заражение происходит при употреблении инфицированной воды и пищи, иногда контактно-бытовым путем.

Восприимчивость - наиболее восприимчивы дети, к группам повышенного риска относят организованные коллективы (например, воинские).

**Патогенез гепатита А**

1. Вирус внедряется в организм через слизистую оболочку ЖКТ.
2. Он размножается в эндотелии тонкой кишки, мезентериальных лимфоузлах.
3. Затем, вирус проникает в печень.
	* Там он проникает в клетки ретикулогистиоцитарной системы (клетки Купфера), гепатоциты и повреждает их.
	* В гепатоцитах происходит репликация вируса, что приводит к нарушению метаболических процессов в клетке и в мембранах.
	* Формируются участки некроза, но они обычно небольшого размера (фокальный, пятнистый, реже - зональный некроз).
4. Потом вирус поступает с желчью в кишечник и выделяется с испражнениями больного.
5. Элиминации вируса из организма способствует разрушение инфицированных гепатоцитов натуральными киллерами и антителами анти-HAV.

Чем сильнее иммунная реакция организма, тем больше клеток разрушается, и тем сильнее желтуха.

**Дифференциальный диагноз**

1. с лептоспирозом.

2.с псевдотуберкулезом.

|  |
| --- |
| Диф.диагностика вирусного гепатита с псевдотуберкулезом.. |
| Критерии | Вирусный гепатит А | Лептоспироз |
| И.П | 40-50 дней | от 4 до 14 дней |
| Начало заболевания, развитие его, характеристика лихорадки. | в преджелтушном периоде температура тела повышается до 39 С и в течение 4 дней не снижалась | заболевание начинается внезапно, сильный озноб, температура повышается до 40 С и держится до 10 дней, могут быть повторные волны |
| Жалобы. | головная боль, боль и тяжесть в правом подреберье, диспепсических расстройств нет | резкая головная боль, мышечная боль, в особенности в икроножных мышцах |
| Кожные покровы. | умеренная желтуха склер и кожных покровов | легкая одутловатость лица, гиперемия склер и конъюктивы, иногда геморрагические высыпания |
| Органы брюшной полости. | Печень увеличена на 1,5 см | умеренное увеличение печени и селезенки |
| Биохимические данные. | билирубин повышается до 100, АЛТ повышается в 15-20 раз, тимоловая проба повышается до 15-20 ЕД, сулемовая проба снижается до 2 ЕД. | Билирубин повышается незначительно, АЛТ повышается или может быть в норме, повышается мочевина и креатинин |
| Диф.диагностика вирусного гепатита с псевдотуберкулезом.. |
| Критерии. | Вирусный гепатит А. | Псевдотуберкулез. |
| И.П. | 40-50 дней | от 3 до 21 дня |
| Начало заболевания, развитие его, характеристика лихорадки. | в преджелтушном периоде температура тела повышается до 39 С и в течение 4 дней не снижалась | температура тела редко повышается до 38 С, нормализуется в течение 5 дней |
| Жалобы | головная боль, боль и тяжесть в правом подреберье, диспепсических расстройств нет | слабость, головная боль, боли в мышцах и суставах, боли в правой половине живота. диарея, тошнота, рвота, могут быть симптомы катара верхних дыхательных путей |
| Кожныепокровы | умеренная желтуха склер и кожных покровов | отечность и гиперемия кожи лица, шеи, ладоней и подошвенной поверхности стоп; сыпь точечная, скарлатинозная, цвет от бледно-розового до ярко красного, сыпь держится до 7 дней и исчезает бесследно. |
| Органы брюшной полости | Печень увеличена на 1,5 см | увеличение печени и селезенки |
| Биохимические данные | билирубин повышается до 100, АЛТ повышается в 15-20 раз, тимоловая проба повышается до 15-20 ЕД, сулемовая проба снижается до 2 ЕД. | билирубин в норме или повышен в 2-3 раза, АЛТ повышается в 2-3 раза, тимоловая, сулемовая пробы в норме |

**План лечения**

1.Режим

2.Диета

3.Дезинтоксикация

4. Витаминотерапия

5. Желчегонные и спазмолитические препараты

6. Гепатопротекторы

**Лечение**

1.Режим постельный. Так как в горизонтальном положении через печень проходит больший объем крови, ее кровоснабжение улучшается, стимулируется детоксикация недоокисленных продуктов распада, таким образом данный режим устанавливается для предотвращения развития острой печеночной энцефалопатии. Постельный режим устанавливается до периода явного угасания желтухи.

2.Диета. Больной назначается стол №5, который предназначен для щажения детоксикационной функции печени.

3.Дезинтоксикация. Назначение дезинтоксикации обусловлено наличием у больной интоксикационного синдрома (тошнота, слабость). Обильное питье – до 2 л/сут.

Rp.: sol. NaCl 0.9%-200ml

D. t. d. № 15

S. в/в капельно

Rp.: Sol. Glucosi 5 % - 150,0 D.S.: Вводить в/в капельно 1 раз в сутки, чередовать с физ. раствором.

Энтеросорбенты. Полифепан – 1 ст. л. размешивают в стакане воды в течение 2 мин, затем медленно выпивают. Курс лечения 5 – 7 дней.

4. Витаминотерапия. Регулирование окислительно-восстановительного процесса, углеводного обмена, регенерации тканей, липидного обмена, нормальное функционирование периферической нервной системы и ЦНС.

Rp.: Таb. Cоmpliviti N. 50

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 – 4 нед.

Sol. Ac. Ascorbinici 5 % - 2 ml

D.t.d.N1

Витамин В12 внутримышечно 1 раз в день в дозе 500мг.

S. Вводить внутривенно капельно 1 раз в день

5. Желчегонные и спазмолитические препараты. Для увеличения секреции желчи, уменьшения ее вязкости и относительной плотности.

Циквалон (Cycvalonum) – стимулирует образование и выделение желчи, оказывает также противовоспалительное действие. Назначают внутрь в первые 2 дня по 0, 3 г (3 таблетки) в день, в дальнейшем по 0, 4 г в день в 3 – 4 приема. Курс лечения 3 – 4 нед.

6. Гепатопротекторы. Необходимы для снижения прямого цитопатического действия на гепатоциты.

Rp.: Caps.Еssentialе N. 50

D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.

**Дневник**

04.09.12.

Состояние средней тяжести, жалоб нет, симптомов интоксикации нет, самочувствие хорошее. Склеры и видимые слизистые субиктеричны, кожа бледная, желтушности нет. Печень - +1,+2, верхняя треть, безболезненна, уплотнена. Селезёнка - +2, безболезненна, уплотнена.

ЧД – 18 в мин., ЧСС – 90. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные. Моча – тёмная, кал нормального цвета, оформлен.

05.09.12.

Состояние средней тяжести, жалоб нет, симптомов интоксикации нет, самочувствие хорошее. Склеры и видимые слизистые субиктеричны, кожа без признаков желтухи. Печень - +1,+2, верхняя треть, безболезненна, уплотнена. Селезёнка - +2, безболезненна, уплотнена. ЧД – 19 в мин., ЧСС – 88. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные. Моча – соломенно- жёлтая, кал нормального цвета.

06.09.12.

Состояние средней тяжести, жалоб нет, симптомов интоксикации нет, самочувствие хорошее. Склеры и видимые слизистые субиктеричны, кожа нормальной окраски. Печень - +0,5+1,5, верхняя треть, безболезненна, уплотнена. Селезёнка - +1,5, безболезненна, уплотнена. ЧД – 19 в мин., ЧСС – 88. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные. Моча – соломенно- жёлтая, кал нормального цвета.

**Прогноз и его обоснование**

В данном случае благоприятный, т.к. больной молодого возраста, не имеющий сопутствующих заболеваний, проживающий в нормальных условиях.

После выписки желательно соблюдать личную гигиену и диету.

Необходимо наблюдение в поликлинике по месту жительства в течение 3 месяцев.

**Эпикриз**

Больной ХХХ, 5лет, поступил на 7 день болезни, второй день желтухи с диагнозом: вирусный гепатит в состоянии средней тяжести.

Клинический диагноз: вирусный гепатит А, типичный, лёгкая форма подтвержден эпидемиологически, лабораторно (билирубин повышен до 79; АЛТ - 1300 нмоль\л; тимоловая проба повышена до 17,4; сулемовая проба снижена до 1,4; анализ мочи: цвет насыщенно желтый, в моче обнаружен билирубин 1, уробилин 1).

Заболевание протекало циклически в легкой форме, без осложнений. Была отчетлива интоксикация в преджелтушном периоде, с 5 дня болезни появилась умеренная желтуха склер и кожных покровов, печень увеличена на 1-2 см, уплотнена. С 8 дня заболевания улучшение общего состояния, исчезли симптомы интоксикации.

Помимо базисной терапии больной получал внутривенные капельные вливания:

\* Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200,0

\* Sol. Glucosi 5 % - 200,0.

\* Sol. Ac. Ascorbinici 5 % - 2 ml

Проводится витаминотерапия, прием желчегонных препаратов и гепатопротекторов.

Больной нуждается в продолжение стационарного лечения.

**Литература**

1. Методическое пособие по обследованию детей.

2. “Детские болезни” под редакцией А.А. Баранова.

3. “Инфекционные болезни “ Е.П. Шувалов.

4. Конспекты лекций и практических занятий