Иркутский Государственный Медицинский Университет

Кафедра инфекционных болезней.

История болезни

Хронический вирусный гепатит С, легкой степени тяжести.

Куратор: 602 группа лечебного вечернего факультета Михайлов В.С. Сокуратор: 602 группа лечебного вечернего факультета Михайлова Л.А.

Иркутск, 2008 год.

**Паспортные данные.**

**Ф.И.О.:** С.А. М.

**Дата рождения:** 19 апреля 1961 года

**Место жительства**: г. Иркутск.

**Место работы**: Жиркомбинат - электрик.

**Дата поступления:** 10.11.2008 года

**Кем направлен:** поликлиника ОКБ

**Диагноз при поступлении:** Хронический вирусный гепатит С.

**Клинический диагноз:** Хронический вирусный гепатит С, лёгкой степени тяжести.

**Осложнения: -** -----

**Сопутствующий: -** ------

**Status subjectivus**

**Жалобы на:** выраженную общую слабость, недомогание, периодически возникающую тошноту; боли и тяжесть в правом подреберье и эпигастральной области усиливающиеся при погрешностях в диете и подъёме тяжестей.

**Anamnesis morbi**

Больным себя считает с 2006 года, когда через 2 месяца после посещения стоматолога появилась тошнота, общая слабость, горечь во рту, зуд кожи. С данными симптомами больной обратился в ж/д больницу, где прошел обследование и лечение по поводу гепатита С. В течение последних 2-3х месяцев усилились боли и тяжесть в правом подреберье, усилилась общая слабость. Больной обратился в поликлинику ОКБ, откуда был направлен в инфекционную больницу для дообследования и лечения.

**Anamnesis vitae**

Родился в полной семье. Рос и развивался в соответствии с возрастом, образование среднеспециальное. Бытовые условия со слов больного удовлетворительные, питание удовлетворительное. Вредные привычки-курит. Перенесённые заболевания: в детстве перенесён гепатит А, ветряная оспа; с1980 года язва 12п. кишки, в 1982 году операция по поводу разрыва кишечника.

**Эпидемиологический анамнез**

За 2 месяца до появления клиники заболевания посещала стоматолога; переливаний крови, инъекций не производилось. За пределы Иркутской области не выезжала. Контакта с инфекционными больными не было.

**Аллергологический анамнез**

Возможных реакций на применение лекарственных препаратов, в частности на антибиотики не было. Возрастные прививки переносил хорошо. На пищевые продукты аллергию отрицает.

**Status praesens objectivus**

Общий осмотр: состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица обычное; больной общителен, телосложение правильное, тип гиперстенический. Температура тела 36,7оС.

Кожные покровы: бледно-розовые, эластичны, умеренной пигментации; в верхней части грудной клетки на коже определяются сосудистые звёздочки; геморрагических явлений, высыпаний, наружных опухолевидных образований и рубцов нет. Оволосение по мужскому типу. Ногти и волосы без особенностей.

Слизистые: слизистые рта, носа бледно-розовые, без высыпаний. Склеры имеют субэктеричную окраску.

Подкожная жировая клетчатка хорошо развита, толщина складки на животе 3,5 см. Отёков, расширений подкожных вен и опухолевидных образований нет.

Лимфатические узлы: затылочные, подчелюстные, подбородочные, шейные, над - и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные не пальпируются, в проекции безболезненны.

Мышечная система развита удовлетворительно, гипо - и атрофии нет. Тонус и сила мышц достаточны, болезненности и уплотнений при пальпации не выявлено.

Костная система: походка и осанка обычные; соотношение частей тела пропорционально; кости обычной формы, безболезненны при пальпации и поколачивании. Искривления позвоночника физиологичны; болезненности при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков нет.

Суставы верхних и нижних конечностей обычной формы и величины, болезненности по ходу суставной щели нет; активные и пассивные движения в них в полном объёме.

**Система дыхания.**

Нос обычной формы, затрудненности дыхания, выделений из носа нет. Придаточные пазухи не пальпируются, в проекции безболезненны. Охриплости голоса и болезненности в области гортани не определяется.

Грудная клетка физиологическая, гиперстеническая, симметричная; над - и подключичные ямки, межрёберные промежутки слабо выражены. Ход рёбер слабо косой, межрёберные промежутки 2 см, лопатки умеренно прилежат. Тип дыхания смешанный, грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧДД - 18 в минуту. Дыхание глубокое, ритмичное. Экскурсия грудной клетки 8 см.

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна; голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках. Шум трения плевры не пальпируется.

При сравнительной перкуссии лёгких определяется ясный лёгочный звук, одинаковый на симметричных участках.

При топографической перкуссии лёгких: верхняя граница по передней поверхности на 3 см выше середины ключицы; верхняя граница по задней поверхности на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная Срединоключичная Передняя подмышечная Средняя подмышечная Задняя подмышечная Лопаточная Околопозвоночная | V VI VII VIII IX X XI | IV VI VII VIII IX X XI |

Подвижность нижнего края лёгких по лопаточной линии 6 см с обеих сторон.

При аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии звуковые колебания проводятся одинаково на симметричных участках.

**Сердечно-сосудистая система.**

Область сердца внешне не изменена, верхушечный толчок на глаз не виден. Пальпаторно верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 1 см кнутри от срединоключичной линии, локализованный, умеренной высоты и силы, резистентный. Симптом "кошачьего мурлыкания" не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая - 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины; левая - 5 межреберье на 1 см кнутри от срединоключичной линии; верхняя - 3 межреберье по парастернальной линии. Границы абсолютной сердечной тупости: правая - 4 межреберье по левому краю грудины; левая - 5 межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости; верхняя - 4 межреберье по парастернальной линии. Ширина сосудистого пучка не выходит за края грудины во 2 межреберье.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 76 в минуту. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца сохранено.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях одинаков, сосудистая стенка вне пульсовой волны гладкая, эластичная. Пульс ритмичный - 76 в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление левая рука 120/80 мм. рт. ст.; правая 110/80 мм рт. ст.

**Система пищеварения.**

Полость рта: язык обычной величины, розовый, влажный, сосочковый слой умеренно выражен. Дёсны, мягкое и твёрдое нёбо бледно-розовые, без геморрагических явлений. Миндалины обычной величины.

Живот обычной величины и формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, видимой перистальтики и антиперистальтики нет.

При поверхностной пальпации живот мягкий безболезненный, тонус мышц умеренный одинаковый на симметричных участках. Грыжевых выпячиваний, опухолевидных образований нет. По средней линии живота расположен рубец обычной окраски, не возвышающийся над окружающей кожей.

При глубокой пальпации: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде тяжистого образования диаметром 3 см. с гладкой поверхностью, плотной и эластичной консистенции без урчания и болезненности, смещаемая в стороны на 2 см. Остальные отделы пищеварительного тракта не пальпируются.

При перкуссии над животом тимпанический звук.

При аускультации выслушиваются звуки перистальтики.

Область печени внешне не изменена.

При перкуссии печени: верхняя граница 6 межреберье по срединоключичной линии, нижние выходят из под края рёберной дуги на 2-3 см. По срединной линии нижняя граница на границе верхней и средней трети между мечевидным отростком и пупком. Граница печени по рёберной дуге в месте прикрепления 7 ребра к грудине.

По Курлову: первый вертикальный 12 см, второй вертикальный 10 см, косой 8 см.

При пальпации печени: в правом подреберье пальпируется нижний край печени, выходящий из под края рёберной дуги на 2-3 см, гладкий, слабоболезненный.

В точке проекции желчный пузырь не пальпируется, место пальпации слабоболезненно.

Симптомы Курвуазье, френикус - отрицательны.

Перкуссия селезёнки: верхняя граница по задней подмышечной линии в 9 межреберье; нижняя 11 межреберье; передняя не выходит за край передней подмышечной линии в 10 межреберье. Селезёнка не пальпируется.

Стул обычной окраски, оформлен, 1 раз в сутки.

# *Мочевыделительная система.*

Область почек внешне не изменена. Почки в правом и левом подреберьях не пальпируются, в проекции безболезненны. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Окраска мочи-соломенно-желтая. Выделений из мочеполовых органов нет.

**Эндокринная система.**

Область щитовидной железы внешне не изменена. По передней поверхности шеи пальпируются края правой и левой долей щитовидной железы ровные, безболезненные, подвижные. Глазные симптомы отрицательны. Отмечается перераспределение жирового слоя в область плечевого пояса.

**Нервная система.**

Лицо симметрично. Слух и речь не нарушены. Двигательных нарушений нет. В позе Ромберга устойчива. Симптом Кернига и Брудзинского отрицательны. Нарушений тактильной, болевой, температурной чувствительности не наблюдается.

**Предварительный диагноз:** Хронический вирусный гепатит С с вероятной трансформацией в цирроз печени.

**Обоснование предварительного диагноза.**

Диагноз поставлен на основании жалоб на: выраженную общую слабость, недомогание, периодически возникающую тошноту; боли и тяжесть в правом подреберье и эпигастральной области усиливающиеся при погрешностях в диете и подъёме тяжестей; данных анамнеза: болеет с 2006 года вирусным гепатитом С, проводилось обследование и лечение; данных осмотра: в верхней части грудной клетки на коже определяются сосудистые звёздочки, субэктеричность склер. При перкуссии печени: верхняя граница 6 межреберье по срединоключичной линии, нижние выходят из под края рёберной дуги на 2-3 см. По срединной линии нижняя граница на границе верхней и средней трети между мечевидным отростком и пупком. Граница печени по рёберной дуге в месте прикрепления 7 ребра к грудине.

По Курлову: первый вертикальный 12 см, второй вертикальный 10 см, косой 8 см. При пальпации печени: в правом подреберье пальпируется нижний край печени, выходящий из под края рёберной дуги на 2-3 см, гладкий, слабоболезненный. В точке проекции желчный пузырь не пальпируется, место пальпации слабоболезненно.

**План обследования.**

1. общий анализ крови

. общий анализ мочи

. кал на я/г

. УМСС

. биохимический анализ крови: белок, билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, щелочная фосфотаза, ГГТП.

. ЭКГ

. ИФА на вирусные гепатиты А, В, С, Д

**Результаты дополнительных исследований.**

· УЗИ от 10.11.2008 года. Заключение: умеренные диффузные изменения в печени, умеренная спленомегалия (60 см2), диффузные изменения в поджелудочной железе.

· ВИЧ от 14.11.2008 года - отрицательно

· УМСС от 14.11.2008 года - отрицательно

хронический вирусный гепатит цирроз

· ИФА от 13.11.2008 года анти HBcor Ig G - положительно; анти HBcor Ig М - отр.; анти HCV сумм. - положительно; анти HAV Ig M - отр.; HBs АГ - отр.; HBe АГ - отр.; анти HBe Ig G - отр.; анти HDV Ig M - отр.

· Общий анализ крови от 14.11.2008 года: эритроциты 4,2\*1012/л; гемоглобин 139 г/л; ЦП 0,9; тромбоциты 315\*109/л; лейкоциты 3,8\*109/л: эо 1%, пал 1%, сегм 62%, лимф 34%, мон 2%; СОЭ 2 мм/ч.

· Общий анализ мочи от 14.11.2008 года: 200 мл, с/ж, прозрачная, уд. вес 1005, белка нет, эпителий - единичный в поле зрения.

· Кал на я/г от 14.11.2008 года - отрицательно.

· Биохимический анализ крови от 14.11.2008 года: общий билирубин 39,5 мкмоль/л; прямой билирубин 7,4 мкмоль/л, непрямой билирубин 32,1 мкмоль/л; АлАТ 41 Ед/л, АсАТ 47 Ед/л; тимоловая проба 8,5 ед.; щелочная фосфотаза 340 Ме/л; холестерин 3,5 ммоль/л; мочевина 5,5 ммоль/л; ГГТП 34 Ед/л; сахар крови 4,2 ммоль/л; ВЛП 26 Ед; общий белок 65 г/л; альбумин 35,6; глобулины 29,4; фибриноген 1,2 г/л; протромбин 74%; ретракция кровяного сгустка 0,6; АПТВ 47,1; протромбиновое время 22,2; РФМК - отр.

**План лечения.**

1. режим палатный

2. стол № 5

. Tab. Riboxini 0,2 по 1 таб. \* 3 раза в сутки

4. Tab. Papaverini 0,04 по 1 таб. \* 3 раза в сутки

5. Tab. Ascorutini по 1 таб. \* 3 раза в сутки

6. Sol. Glucosi 5% -500 ml в/в капельно 1 раз в сутки

**Клинический диагноз:** Хронический вирусный гепатит С, лёгкой степени тяжести.

Осложнения: - ------

Сопутствующий: - ------

**Дневники.**

**.11.2008 года**. Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на: головную боль, общее недомогание. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца сохранено. ЧСС 80 в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1-2 см, слабоболезненная.

**20.11.2008 года.** Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на: незначительную общую слабость. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца сохранено. ЧСС 76 в минуту. АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см, слабоболезненная.

**Эпикриз.**

Больной С.А. М, 47 лет находится в инфекционной больнице с 10.11.2008 года с диагнозом: Хронический вирусный гепатит С, лёгкой степени тяжести. Диагноз поставлен на основании жалоб на: выраженную общую слабость, недомогание, периодически возникающую тошноту; боли и тяжесть в правом подреберье и эпигастральной области усиливающиеся при погрешностях в диете и подъёме тяжестей; из анамнеза: болеет с 2006 года вирусным гепатитом С; при осмотре: в верхней части грудной клетки на коже определяются сосудистые звёздочки, субэктеричность склер. При перкуссии печени: верхняя граница 6 межреберье по срединоключичной линии, нижние выходят из под края рёберной дуги на 2-3 см. По срединной линии нижняя граница на границе верхней и средней трети между мечевидным отростком и пупком. Граница печени по рёберной дуге в месте прикрепления 7 ребра к грудине.

По Курлову: первый вертикальный 12 см, второй вертикальный 10 см, косой 8 см. При пальпации печени: в правом подреберье пальпируется нижний край печени, выходящий из под края рёберной дуги на 4-5 см, гладкий, слабоболезненный. В точке проекции желчный пузырь не пальпируется, место пальпации слабоболезненно. Лабораторные данные: анти HCV сумм. - положительно; общий билирубин 39,5 мкмоль/л; прямой билирубин 7,4 мкмоль/л, непрямой билирубин 32,1 мкмоль/л; АлАТ 41 Ед/л, АсАТ 47 Ед/л. Дополнительные методы исследования: УЗИ заключение: умеренные диффузные изменения в печени, умеренная спленомегалия (60 см2), диффузные изменения в поджелудочной железе;

Проведено лечение: режим палатный, стол № 5, Tab. Riboxini 0,2 по 1 таб. \* 3 раза в сутки, Tab. Papaverini 0,04 по 1 таб. \* 3 раза в сутки, Tab. Ascorutini по 1 таб. \* 3 раза в сутки, Sol. Glucosi 5% -500 ml в/в капельно 1 раз в сутки.

За время пребывания в стационаре отмечается положительная динамика: уменьшилась общая слабость, реже возникает тошнота, уменьшилась тяжесть в правом подреберье.

**Дифференциальный диагноз.**

Весь симптомокомплекс у данного больного позволяет поставить диагноз вирусного гепатита с парэнтеральным механизмом передачи. Но для постановки окончательного диагноза требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями: малярией (желтушной формой) и псевдотуберкулезом, механической желтухой.

Дифференциальный диагноз между вирусным гепатитом и желтушной формой малярии. При этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, снижение уровня гемоглобина. Но для малярии важны данные эпидемиологического анамнеза: выезд в страны с теплым и жарким климатом, что больной отрицает. У него в эпидемиологическом анамнезе обращает на себя внимание то, что за 2 месяца до начала заболевания больной посещал стоматолога. Различны и преджелтушные периоды. При малярии клинические проявления имеют особенности: больные жалуются на высокую, приступообразную лихорадку с фазами озноба, жара и пота, большую слабость, распространенные миалгии и артралгии при этом лицо может приобретать землистый оттенок. При гепатите С, выраженной лихорадки может не быть, выявляются астенические симптомы (слабость, ухудшение аппетита). Окончательно дифференцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. В клиническом анализе крови при гепатите вирусной этиологии выявляем лейкопению, замедление СОЭ, может быть небольшой моноцитоз. При малярии в крови определяется ускоренная СОЭ. Решающим является обнаружение анти HCV в крови больного.

Особую сложность представляет дифференцировка вирусного гепатита С от псевдотуберкулеза. Несмотря на ряд сходств в клинических проявлениях этих двух заболеваний таких как (слабость, недомогание, повышенную температуру, головную боль, появление белого стойкого дермографизма, пожелтение кожных покровов и боли в правом подреберье, снижение аппетита), все же нельзя не обратить внимание на различия в этих заболеваниях. При псевдотуберкулезе температура обычно имеет высокие цифры, особенно в начале заболевания (до 39-40,0) и держится весь период заболевания с небольшим снижением, чего не наблюдается при вирусном гепатите С, когда температура достигает 37,5 в преджелтушный период, а с появлением желтухи температура снижается до обычных цифр. При псевдотуберкулезе желтуха достигает максимума в разгар болезни (10-12день) и затем быстро угасает. Язык так же обложен белым налетом, но первые 5дней, а затем очищается и становится малиновым. И наконец при псевдотуберкулезе возможно появление розеолезных и псевдопятнистых высыпаний. Всех этих клинических проявлений не отмечается у больного. Что касается лабораторной диагностики, то обращает на себя внимание лейкоцитоз, ускорение СОЭ, нейтрофилез, эозинофилия, которые являются характерной чертой псевдотуберкулеза (при вирусном гепатите эти показатели противоположны). И наконец точку в этой дифференцировки может поставить выяснение эпиданамнеза. Для псевдотуберкулеза характерно употребление в пищу не мытых овощей и сырой воды, что больного отрицает, а указывает на посещение стоматолога. Серологические иследования позволяют окончательно поставить точку в этой дифференцировке, так как в крови обнаружен анти HCV.

Очень трудна дифференциальная диагностика у вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, посветление кала, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. Она чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой большого дуоденального сосочка, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей. В отличии от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевания развиваются постепенно, но для гепатита характерна цикличность (преджелтушный период, желтуха, период реконвалесценции), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. Так при подпеченочной желтухе кожный покров приобретает желтовато-зеленую окраску, а при обтурирующих желчевыводящие пути опухолях - характерный землистый оттенок. При очень длительной механической желтухе кожный покров приобретает черновато-бронзовую окраску. При вирусных гепатитах цвет кожи желтый с шафрановым оттенком, меняется только его интенсивность. При надпеченочной желтухе, обусловленной желчекаменной болезнью, в начале заболевания появляются, характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. Боли же при гепатите, если возникают, носят постоянный, тянущий характер, или больной чувствует тяжесть в правом подреберье (как данного больного). А вот при опухолях панкреатодуоденальной зоны желтуха появляется без предшествующих болевых ощущений, что затрудняет дифференциальную диагностику. Но при них выявляют положительный симптом Курвуазье, что для гепатитов не характерно и не выявляется у больного. Кожный зуд при механических желтухах выражен, при гепатитах он может быть только при явлениях холестаза, и не наблюдается у больного. Печень при обтурационных желтухах чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У больного она увеличена, болезненна, плотноэластическая - что характерно для гепатита. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ, лейкоцитоз (при остром холецистите в сочетании с холелитиазом). При гепатите у больного - лейкопения, СОЭ в норме или снижено. Никогда у больного механической желтухой при биохимическом исследовании не выявляется гипо - и диспротеинэмия, как это бывает при гепатитах, так как нарушается белковообразовательная функция печени. Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухе, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены. При гепатитах и у больного наоборот. Решающими в дифференциальной диагностике этих заболеваний будут инструментальные методы (для подтверждения механической желтухи) и серологические (для подтверждения вирусного гепатита и его идентификации). Данные за поражение паренхимы печени и нахождение анти HCV позволяет отвергнуть механическую желтуху у данного больного.