ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России

Кафедра инфекционных болезней

История болезни

Больная: М.Н.С.,73 г.

Диагноз:

Основное заболевание: Острый вирусный гепатит В. Желтушная форма

Сопутствующие заболевания: Миелодиспластический синдром. Рефрактерная анемия. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3 ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия 3ст., риск 4.

Куратор: студентка 5 курса,

лечебного факультета, 8 группы

Кучукова К. К.

Саратов - 2011 г

Паспортная часть

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 22.03.1938 г. (73 г.)

Место жительства: Заводской район, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия: пенсионерка

Дата госпитализации: 19 октября 2011 года

Диагноз при поступлении: Острый вирусный гепатит неясной этиологии

Клинический диагноз (основной): Острый вирусный гепатит В. Желтушная форма.

Сопутствующие заболевания: Миелодиспластический синдром. Рефрактерная анемия. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3 ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия 3ст., риск 4.

Жалобы

На момент курации больная предъявляет жалобы на постоянную, тупую боль в правом подреберье и эпигастральной области, не связанную с приемом пищи, без иррадиации; желтушность кожных покровов и видимых слизистых; слабость; снижение аппетита.

История заболевания (anamnesis morbi)

Считает себя больной с 15 октября 2011 года, когда находилась на лечение в клинике профпатологии и гематологии (с 3 октября 2011г.) и отметила появление тупой боли в правом подреберье и эпигастральной области, не связанной с приемом пищи, без иррадиации; повышение температуры тела до 37,5° С, к вечеру температура поднялась до 38° С. Пациентка заметила, что моча потемнела. 17 октября больная отметила пожелтение склер, кожных покровов и видимых слизистых, температура была повышена (37,5 - 38°С), боли сохранялись, появилась тошнота, слабость, отсутствие аппетита. При сдаче биохимического анализа крови было выявлено повышение уровня общего билирубина до 285 ммоль/л с преобладанием прямого компонента. 19 октября больная была госпитализирована в 14 инфекционное отделение ГКБ №2 г.Саратова. В клинике при проведении биохимического анализа крови было выявлено повышение общего билирубина до 823 ммоль/л с преобладанием прямого компонента (539 ммоль/л) и увеличение активности трансаминаз печени в десятки раз (АЛТ до 1042 ЕД/л, АСТ до 1162 ЕД/л). В день госпитализации больной была взята кровь на маркеры вирусных гепатитов. В клинике при проведении соответствующего лечения состояние больной улучшилось, температура тела снизилась дол субфебрильных цифр (37,2° С), уменьшился болевой синдром в правом подреберье и эпигастральной области, однако сохраняется желтушность кожных покровов, слизистых оболочек и слабость.

История жизни (amamnesis vitae)

Больная родилась в г.Саратове. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставала. Закончила среднюю школу, после чего всю жизнь работала на шарикоподшипниковом заводе.

Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет регулярные, безболезненные. Имеет двоих здоровых детей (беременности в 20 и 25 лет). Первая и вторая беременность протекала без особенностей. Роды самостоятельные. Менопауза с 48 лет. Вредных привычек нет.

Из перенесенных инфекций отмечает ветряную оспу, краснуху,
ОРВИ.

Операции, травмы в течение жизни отрицает.

Хронические заболевания: в течение 10 лет больная отмечает повышение артериального давления до 200 и 100 мм.рт.ст., которое сопровождается головокружением и слабостью. Постоянной антигипертензивной терапии не получает, только при подъеме давления принимает эналаприл. В ноябре 2008г. при профилактическом обследовании был выявлен миелодиспластический синдром. По поводу чего больная состоит на учете у гематолога, раз в 3 месяца проходит соответствующее лечение в клинике профпатологии и гематологии, получает заместительную трансфузионную терапию, эритропоэтином. В связи с необходимостью контролировать состояние крови больная сдает анализы крови регулярно: 1 раз в 2 месяц в течение последних 3-х лет.

Повышенной чувствительности к отдельным пищевым продуктам и лекарственным препаратам не отмечает. Наследственность не отягощена.

Эпидемиологический анамнез

Больная постоянно проживает в г.Саратове в собственной, благоустроенной квартире, условия удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное, с преобладанием животных жиров. Воду пьет кипяченую. Водоснабжение централизованное. Со слов больной в контакте с инфекционными, лихорадящими больными не была. За пределы города в течение последнего месяца не выезжал. Венерические заболевания, туберкулез отрицает. Наркотические средства не употребляет. Каждый месяц больная сдает анализы крови для определения динамики течения миелодиспластического синдрома.

Настоящее состояние больного (status praesens)

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больная контактна, адекватна. Выражение лица и глаз доброжелательное. Пациентка ориентирована во времени, пространстве, собственной личности. Положение активное. Отмечается гиперстенический тип телосложения. Внешний вид больной соответствует возрасту. Кожный покров с выраженным желтоватым оттенком, теплый, влажный, тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка выражена во всех отделах, особенно развита в области бедер и передней брюшной стенки. Оволосение по женскому типу. Ногти овальной формы, чистые, исчерченности и ломкости ногтей не выявлено.

Слизистая век желтого цвета. Склеры иктеричные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек желтушная. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом.

При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Выявлены выраженные периферические отеки на нижних конечностях до уровня нижней трети бедра.

Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Патологии со стороны опорно-двигательного аппарата не выявленно.

Рост 162 см, вес 72 кг. ИМТ=27,7.

Система кровообращения

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок не виден.

При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок определяется в положении стоя на выдохе на 2 см кнаружи от левой средино-ключиной линии в 6 межреберье. Верхушечный толчок низкий, средней силы, резистентный, разлитой, площадью 3 см.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины

Верхняя-на уровне 3-го ребра по левой парастернальной линии

Левая-в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая-по левому краю грудины

Верхняя-на уровне 4-го ребра по левой парастернальной линии

Левая-в 6 межреберье по левой срединоключичной линии

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины.

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены, раздвоения тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет.

При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 68 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычный по форме.

Артериальное давление на обеих руках состовляет 130 и 80 мм рт.ст.

Система дыхания

Дыхание через нос, свободное, смешанного типа, ритмичное, средней

глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки нет.

Грудная клетка гиперстенической формы, западений, выбуханий нет,

надключичные и подключичные ямки выражены, ключицы и лопатки симметричные. Эпигастральный угол около 120 градусов.

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна.

При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких соответствуют возрастной норме.

При аускультации над всеми лёгочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Система пищеварения

При осмотре полости рта определяется желтушность слизистой оболочки. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек выражено желтушна. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом.

При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации нет. Живот увеличен в объеме за счет чрезмерно выраженной подкожно жировой клетчатки. Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет. Кожа живота чистая, рубцы, стрии не наблюдаются.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Расхождения прямых мышц живота нет.

Печень при пальпации увеличена, гладкая, с несколько уплотненной консистенцией, нижний край ровный, плотноэластичный, болезненный, выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус-симптом - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Размеры печени по Курлову:

по правой седнеключичной линии - 13 см,

по передней срединной линии - 10 см,

по левой реберной дуге - 9 см.

Верхняя граница селезенки по левой среднеаксиллярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

Мочеполовая система

При осмотре область почек и мочевого пузыря не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча темная.

Эндокринная система

Глазные симптомы: Экзофтальм, лагофтальм, симптом Грефе, Кохера, Емлика, Мебиуса, Мари отсутствуют. Щитовидная железа визуально не определяется и не пальпируется.

Нервная система

Больная контактна, эмоционально устойчива, ориентирована в месте, времени, собственной личности. Настроение спокойное. Речь внятная. Память резко снижена. Интеллект соответствует полученному образованию и социальной среде. Больная отмечает бессонницу. Походка не изменена. Реакция зрачков на свет живая. Обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Отмечает общую слабость. Патологических рефлексов не выявлено. Болевая и температурная чувствительность сохранены. Нарушений вкуса, зрения, слуха, обоняния нет.

Предварительный диагноз

Основное заболевание: Острый вирусный гепатит неясной этиологии, желтушная форма.

Сопутствующие заболевания: Миелодиспластический синдром. Рефрактерная анемия. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3 ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия 3ст., риск 4.

Обоснование предварительного диагноза

Диагноз поставлен на основании:

острого начала заболевания, которое проявлялось снижением аппетита, повышением температуры до 38 С.

цикличности в развитии заболевания: преджелтушный период, протекающий по гриппоподобному варианту (слабость, повышение температуры до 38°С). Желтушный период, когда появилась темная моча, обесцвеченный кал, тупая боль в правом подреберье и эпигастральной области, не связанная с приемом пищи, без иррадиации; нарастающее пожелтение кожных покровов, слизистых оболочек и склер; фебрильная температура снизилась до субфебрильных цифр (до 37,2°С); сохранилась слабость, недомогание, снижение аппетита, что является признаками интоксикационного синдрома.

эпидемиологического анамнеза: больная в связи с хроническим заболеванием крови (миелодиспластический синдром) постоянно следит за динамикой заболевания, поэтому вынуждена сдавать анализы крови каждый месяц. Не исключается парентеральный путь заражения больной.

объективных данных: желтушность кожного покрова и видимых слизистых, иктеричность склер; пальпация острого, ровного, плотноэластического, болезненного края печени, выходящего из-под края реберной дуги на 3 см; увеличение размеров печени по Курлову (13-10-9 см); отсутствие тахикардии при повышенной температуре тела (68 ударов в минуту).

План обследования

1. Общий анализ крови (для выявления лейкопении или лейкоцитоза, анемии, ускоренного СОЭ).

. Биохимический анализ крови (количество общего белка и белковых фракций, билирубин по фракциям, активность аминотрансферраз, протромбина, глюкозы, мочевины, креатинина).

. Анализ мочи (выявление желчных пигментов - уробилина).

. Анализ кала на яйца глистов.

. Вирусологическое исследование. ИФА для выявления HAV IgM, HEV IgM, HBsAg, HCV At, HDV At.

. Коагулограмма и резус-фактор.

. ЭКГ.

. Постоянный контроль артериального давления.

. УЗИ органов брюшной полости.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований

Общий анализ крови от 16.11.2011

Эритроциты - 3,23 х10^12/л80 г/л

Цвет. показатель- 0,87

Тромбоциты - 104х10^9

Лейкоциты- 34,6х10^9

Базофилы - 1%

Эозинофилы - 1%

Палочкоядерные - 31%

Сегментоядерные - 42%

Лимфоцитов- 17%

Моноцитов- 8%ОЭ- 48 мм/ч

Заключение: выявлены характерные изменения для миелодиспластического синдрома (анемия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F>, нейтропения и тромбоцитопения <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F>), ускорение СОЭ.

.Биохимический анализ крови от 9.11.2011

АЛТ 1162 ЕД\л

АСТ 1042 ЕД/л

Билирубин общий 832 ммоль\л

Билирубин прямой 539 ммоль\л

Протромбиновый индекс 72%

Белок 66 г\л

Креатинин 55 мкмоль\л

Глюкоза 4,8 ммоль\л

Мочевина 3,7 ммоль\л

Щелочная фосфотаза 527

Фибриноген 1,5 г/л

Заключение: Вирус гепатита поражает гепатоциты, поэтому биохимические показатели будут характерны для цитолитического, холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов, с нарушением многих функций печени. Выявляются повышение активности АЛТ, АСТ более чем в 10 раз; гипербилирубинемия, особенно прямой фракции, снижение протромбинового индекса, повышение щелочной фосфотазы. жалоба гепатит желтушная терапия

. Коагулограмма.

Время свертывания крови по Рутбергу - 4 минуты 52 секунды

Протромбиновое время - 18,6 секунд

Фибриноген - 1,4 г/л

АЧТВ - 28,6 секунд

Гематокрит - 39%

Тромбиновое время - 14 секунд

Антитромбин III - 74,8%

Заключение: выявлено снижение количества фибриногена, что свидетельствует о нарушении синтетической функции печени в связи с цитолитическим синдромом.

.Анализ мочи от 10.11..2011

Цвет насыщенно - желтый.

Белок - 0.13 г/л

Прозрачность - мутная.

Сахар - отрицательно

Реакция кислая.

Желчные пигменты резко положительные.

Относительная - плотность 1015.

Лейкоциты 3-4 в поле зрения.

Заключение: Изменения в моче обусловлены гипербилирубинемией и поражением печени. Обнаружены уробилин и желчные пигменты.

.Исследование кала от 9.11.2011.

Яйца глистов не обнаружены

.Серологическое исследование от 9.11.2011.

Геп. А - HAV IgM (-) отрицательный

Геп. С -anti- НCV (-) отрицательный

Геп. В - HBsAg (+) положительный

Геп. В-anti-НВc.(+)положительный

Геп.В-anti-НВc IgM (+)положительный

Геп.Е-анти-HBe (-)отрицательный

Геп. Д- Anti-HDV (-) отрицательный

Нахождение в крови HbsAg, В-anti-НВc, В-anti-НВc IgM подтверждает диагноз вирусного гепатита В.

. Ультразвуковое исследование печени.

Заключение: выраженные диффузные изменения в печени. Гепатоспленомегалия. Увеличение забрюшинных лимфатических узлов. УЗ-признаков механической желтухи не выявлено.

. ЭКГ.

Заключение: синусовый ритм 74 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Дифференциальный диагноз

Учитывая анамнестические, объективные и лабораторно-инструментальные данные можно предположить у больной:

механическую желтуху, возникшую в результате опухоли или холелитиаза;

острый вирусный гепатит.

При механической желтухе отмечается резкое начало заболевание с выраженного болевого приступа в правом подреберье. Постепенное нарастание желтухи сопровождается синдромом интоксикации (слабость, недомогание, бессонница, головная боль, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, диффузная головная боль). Также отмечается потемнение мочи и обесцвечивание кала, что выражено у данной больной. Однако у больной заболевание началось остро с гриппоподобного синдрома (недомогание, слабость, повышение температуры до 38 С). Симптом Ортнера, Мерфи, френикус-симптом отрицательные. Отмечается выступание края печени на 3 см из-под края реберной дуги, что не характерно для острого периода механической желтухи, при котором отмечается только увеличение размеров желчного пузыря. У данной больной по результатам обследования выявлено повышенное содержание аминотрансферраз, снижение протромбинового индекса, количества фибриногена, что указывает на нарушение функций печени, а не на застой желчи. На основании вышеперечисленных данных, диагноз «механическая желтуха» маловероятен.

У больного можно предположить острый вирусный гепатит, который характеризуется острым началом развития заболевания, цикличностью развития заболевания - преджелтушный период сменяет желтушный период, повышением активности билирубина, преимущественно прямой фракции, трансфераз, потемнением мочи и обесцвечиванием кала, появлением болезненности в правой подреберной области, выраженным синдромом интоксикации (слабость, снижение аппетита, недомогание, повышение температуры тела до 38°С). Вышеперечисленные данные позволяют заподозрить острый вирусный гепатит. Для диагностики типа гепатита нужно провести серологическое исследование.

Клинический диагноз

Обоснование диагноза:

Острого начала заболевания, которое проявлялось снижением аппетита, повышением температуры до 38 С.

Цикличности в развитии заболевания: преджелтушный период, протекающий по гриппоподобному варианту (слабость, повышение температуры до 38°С). Желтушный период, когда появилась темная моча, обесцвеченный кал, тупая боль в правом подреберье и эпигастральной области, не связанная с приемом пищи, без иррадиации; нарастающее пожелтение кожных покровов, слизистых оболочек и склер; фебрильная температура снизилась до субфебрильных цифр (до 37,2°С), сохранилась слабость, недомогание, снижение аппетита, что является признаками интоксикационного синдрома.

Эпидемиологический анамнеза: больная в связи с хроническим заболеванием крови (миелодиспластический синдром) постоянно следит за динамикой заболевания, поэтому вынуждена сдавать анализы крови каждый месяц. Не исключается парентеральный путь заражения больной.

Объективные данные: желтушность кожного покрова и видимых слизистых, иктеричность склер; пальпация острого, ровного, плотноэластического, болезненного края печени, выходящего из-под края реберной дуги на 3 см; увеличение размеров печени по Курлову (13-10-9 см); отсутствие тахикардии при повышенной температуре тела (68 ударов в минуту).

Данные лабораторно-инструментальных: повышение общего билирубина до 823 ммоль/л с преобладанием прямого компонента (539 ммоль/л) и увеличение активности трансаминаз печени в десятки раз (АЛТ до 1042 ЕД/л, АСТ до 1162 ЕД/л); снижение количества фибриногена, протромбинового индекса, нарастание билирубина и трансаминаз, выявление в моче желчных пигментов, при УЗИ - выявление диффузных изменений печени.

Данные серологического исследования: выявлены HbsAg, В-anti-НВc, В-anti-НВc IgM.

Выраженные симптомы интоксикации (слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до субфебрильных цифр), уровень билирубина 859 ммоль/л с преобладанием прямого компонента (545 ммоль/л) и снижение протромбинового индекса ниже 75%, а также серьезные хронические заболевания (миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия).

На основании вышеперечисленных данных можно поставить клинический диагноз:

Основное заболевание: Острый вирусный гепатит В. Желтушная форма.

Сопутствующие заболевания: Миелодиспластический синдром. Рефрактерная анемия. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3 ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия 3ст., риск 4.

Лечение

Щадящий диетический стол № 5

Режим стационарный, постельный.

Витаминотерапия - аевит 1 т. 3 раза в день

Внутривенно-капельно (дезинтоксикационная терапия):

раствор глюкозы 5% - 400 мл,

раствор калия хлорида 4% - 10,0мл,

раствор магния сульфида 25% - 10,0 мл,

кислота аскорбиновая 5% - 5мл. 0,9% - 400 мл

Рибоксин 2% - 10 мл

Внутривенно-струйно:

раствор аскорбиновой кислоты 5% - 5 мл

лазикс 40 мл

квамател 20 мг

Внутримышечно:

церукал 2 мл при тошноте и рвоте.

ферментотерапия: панкреатин по 1 др 3 раза в день во время еды

гепатопротекторы: гептрал по 1 таблетке 2 раза в сутки между приемами пищи, не разжевывая

ингибитор протонной помпы: омепразол 20 мг 2 раза в день

Дневники

17.11.2011. Жалобы на слабость, желтушность кожных покровов и склер. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Больная контактна, адекватна. Кожный покров желтоватого оттенком. Склеры иктеричные. Видимые слизистые желтые, влажные, чистые. Язык влажный, обложен белым налетом. Пульс 68 ударов в минуту. АД 150 и 80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Аускультативно в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет нет. При пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 5 см, поверхность печени гладкая. Моча темная. Стул обесцвеченный, оформленый - 1 раз в день.

.11.2011. Жалобы на слабость, желтушность кожных покровов и склер. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Больная контактна, адекватна, ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Кожа и видимые слизистые с желтоватым оттенком. Склеры иктеричные. Пульс 72 удара в минуту. АД 130 и 80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 5 см. Селезенка не пальпируется. Моча темно-желтая, стул оформленный, 1 раз в сутки.

Этапный эпикриз

Больная, \_\_\_, 73 лет, находится в 14 инфекционном отделении ГКБ №2 с 9.10.2011г. с клиническим диагнозом:

Основное заболевание: Острый вирусный гепатит В.

Сопутствующие заболевания: Миелодиспластический синдром. Рефрактерная анемия. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3 ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия 3ст., риск 4.

Диагноз поставлен на основании:

острого начала заболевания, которое проявлялось снижением аппетита, повышением температуры до 38 С.

цикличности в развитии заболевания: преджелтушный период, протекающий по гриппоподобному варианту (слабость, повышение температуры до 38°С). Желтушный период, когда появилась темная моча, обесцвеченный кал, тупая боль в правом подреберье и эпигастральной области, не связанная с приемом пищи, без иррадиации, нарастающее пожелтение кожных покровов, слизистых оболочек и склер, фебрильная температура снизилась до субфебрильных цифр (до 37,2°С), сохранилась слабость, недомогание, снижение аппетита, что является признаками интоксикационного синдрома.

эпидемиологического анамнеза: больная в связи с хроническим заболеванием крови (миелодиспластический синдром) постоянно следит за динамикой заболевания, поэтому вынуждена сдавать анализы крови каждый месяц. Не исключается парентеральный путь заражения больной.

объективных данных: желтушность кожного покрова и видимых слизистых, иктеричность склер; пальпация острого, ровного, плотноэластического, болезненного края печени, выходящего из-под края реберной дуги на 5 см; увеличение размеров печени по Курлову (16-13-12 см); отсутствие тахикардии при повышенной температуре тела (68 ударов в минуту).

лабораторно-инструментальных данных: повышение общего билирубина до 823 ммоль/л с преобладанием прямого компонента (539 ммоль/л) и увеличение активности трансаминаз печени в десятки раз (АЛТ до 1042 ЕД/л, АСТ до 1162 ЕД/л); снижение количества фибриногена, протромбинового индекса, нарастание билирубина и трансаминаз, выявление в моче желчных пигментов, при УЗИ - выявление диффузных изменений печени.

данных серологического исследования: выявлены HbsAg, В-anti-НВc, В-anti-НВc IgM.

выраженные симптомы интоксикации (слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до субфебрильных цифр), уровень билирубина 859 ммоль/л с преобладанием прямого компонента (545 ммоль/л) и снижение протромбинового индекса ниже 75%, а также серьезные хронические заболевания (миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца).

Больной было назначено лечение: стационарный режим, диетотерапия, щелочное питье, аскорутин, внутривенное капельное введение глюкозы с витаминами, гепатоптотекторы, энтеросорбенты. На фоне лечения самочувствие больной улучшилось: уменьшились симптомы интоксикации, однако желтушность кожных покровов сохраняется выраженной. Больная будет выписана из стационара только при нормализации биохимических показателей, после консультации с гематологом.