ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО, 25 лет

Клинический диагноз

Основное заболевание: Вирусный гепатит В Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

Ижевск, 2013

Общие сведения

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Возраст: 25 лет
3. Место работы: ОАО «Милком», слесарь - монтажник
4. Место жительства: Глазовский район, с. Барзи
5. Дата поступления в клинику: 5.09.2013
6. Направительный диагноз: острый вирусный гепатит В, ХВГС с высокой степенью активности.
7. Предварительный диагноз: Вирусный гепатит А на фоне ХВГС + В?
8. Клинический диагноз: Вирусный гепатит В (HBsAg+)острая желтушная форма, средней степени тяжести. ХВГС, нереплекативная фаза.

Жалобы на момент курации

На день курации больной предъявляет жалобы на общую слабость.

История развития заболевания

Считает себя больным с 3.08.2013г. когда утром появилась общая слабость и повышение температуры тела до 37’C, к вечеру температура поднялась до 38’C. Самостоятельно принял парацетамол, после чего температура снизилась до 36,7’С.

.08. Вновь температура повысилась до 38’С, принял парацетамол, температура нормализовалась, отмечает снижение аппетита, головные боли.

.08 Обратился в поликлинику Глазовской ЦРБ, осмотрен терапевтом, был выдан больничный лист с 05.08. по 08.08. c вышеуказанными желобами.

.08. Температура 37’С, общая слабость, снижение аппетита, головные боли, тяжесть в правом подреберье появилась.

.08. Температура 37’С, Отмечает ухудшение общего состояния. Заметил пожелтение глаз.

.08. Повторно явился на прием к терапевту, был направлен на стационарное лечение в инфекционное отделение Глазовской ЦРБ.

С 08.08. по 04.09. находился на стационарном лечении в инфекционном отделении Глазовской ЦРБ с диагнозом: острый вирусный гепатит В (HBsAg+) желтушная форма с холестазом, тяжелым течением, реактивным холециститом. Хронический вирусный гепатит С, репликативная фаза, высокой степени активности.

С 08.08.по 09.08. находясь на стационарном лечение предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастральной и правой подреберной области, колющие боли при ходьбе, повышение температуры до 37, 4’С. светлый кал, темная моча.

С 10.08. по 04.09. желтушность, боли в эпигастральной и правом подреберье прошли. Аппетит нормализовался. Не лихорадил. Головных болей нет. Физиологические отправления в норме.

Принимал инфузионную терапию, липоевую кислоту, эксхол, пентоксифилин, гептор. С 22.08. реоферон 3млн в/м через день + рибовирин 800мг/сутки.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели крови | 09.08. | 13.08. | 20.08 | 02.09. |
| Общ. билирубин | 184,2 | 59,9 | 30,8 | 18,1 мкмоль/л |
| Тимол. проба | 11,5 | 17,3 | 7,8 | 4,2 |
| АЛТ | 1700 | 686 | 259 | 501 |
| АСТ | 810 | 221 | 115 | 214 |
| Общий белок |  |  |  | 74г/л |
| ПТИ |  |  |  | 93% |

От 13.08 а/HCV (+), HBsAG (+)

От 09.08. RW, ВИЧ отрицательные.

От 13.08. УЗИ оргонов брюшной полости: признаки увеличения размеров печени, вторичного холецистита.

.09. направлен в РКИБ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

.09 госпитализирован. Жалобы на общую слабость. Аппетит хороший. Физиологические отправления в норме. Температура нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Склеры субиктеречны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. А/Д - 120/80мм. рт. ст. пульс 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом сотрясения отрицательный. Отеков нет.

За время пребывания больного в стационаре общее состояние не меняется. Жалобы на общую слабость

Эпидемиологический анамнез

Живет в благоустроенной квартире с мамой. Мать по гепатиту В здорова. От HBV не привит. В 2006 году удаление инородного тела из живота. Донором был 2 раза в 2007 году. Гемотрансфузии отрицает. Удаление зубов в 2006г. Татуаж на правой кисти в 2008году. Прием ПАВ отрицает. Половой партнер один, постоянный, со слов больного здорова. В 2013г. в мае проходил плановый мед. осмотр, сдавал кровь из вены. В июле выезжал в гости в Сарапул, где купался в р. Каме.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, чесотка.

Анамнез жизни:

Родился в Глазовском районе, с. Барзи. Рос здоровым, крепким ребенком. В физическом и умственном развитии не уступал сверстникам. В детстве болел редко, перенес ветрянку, ангину, ОРВИ. Учиться начал с 7 лет. Закончил 9 классов. Служил в армии - МВД - внутренние войска 2 года (2006-2008гг)

Работать начал в 20 лет.

Характер питания удовлетворительный, физкультурой и спортом не занимается. Курит, употребляет алкоголь. Живет с мамой.

Туберкулез, новообразования, психические заболевания, венерические заболевания отрицает.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Выражение лица доброжелательное. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостеническое, рост 175 см, вес 75 кг, ИМТ=24,5 кг/м2

Склеры субиктеричные, сосуды склер и конъюнктив не инъецированы. Кожа тела чистая, физиологической окраски, тургор не изменен. Рубцы, следы от расчесов, пальмарная эритема, сосудистые звездочки, варикозное расширение вен отсутствуют. Подкожная клетчатка развита умеренно, толщина складки на животе составляет 2,0 см.

Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые узлы не пальпируются, безболезненные при пальпации.

Мышцы при пальпации эластичные, безболезненные.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненные. Нарушения развития костного скелета отсутствуют.

Суставы нормальной конфигурации, пассивные и активные движения сохранны в полном объеме, безболезненны. Отеков нет.

Органы дыхания

гепатит желтушный холецистит слабость

Голос не изменен. Смешанный тип дыхания, средней глубины с частотой 20 дыхательных движений в минуту. Дополнительная мускулатура в дыхании не участвует. Грудная клетка нормостеническая, симметрична. Искривление позвоночника отсутствует. Межреберные промежутки шириной 1,0 см, в боковых отделах грудной клетки имеют умеренно косое направление.

При пальпации грудной клетки болезненность отсутствует, голосовое дрожание симметрично, ощущение трения плевры отсутствует, грудная клетка эластична.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над симметричными областями легочный не изменен. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется на уровне 6 ребра по среднеключичной линии,8 ребра по средней подмышечной линии, 10 ребра по лопаточной линии, нижняя граница левого легкого определяется на уровне 8 ребра по средней подмышечной линии, 10 ребра по лопаточной линии. Ширина поля Кренига справа =3,5 см, слева = 4,0 см, высота стояния верхушки правого легкого спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка; левого легкого спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

При аускультации над симметричными областями дыхание везикулярное, хрипы, шум трения плевры отсутствуют.

Система органов кровообращения

При осмотре область сердца без деформация, пульсация брюшной аорты, пульсация крупных сосудов шеи визуально не определяется.

При пальпации области сердца верхушечный толчок расположен на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, положительный, умеренной силы, площадью 2см2 . Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный. Пульс ритмичный, одинакового наполнения на обеих руках, умеренного наполнения и напряжения, с ЧСС 72 ударов в минуту.

При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см правее края грудины, верхняя граница - на уровне 3 ребра, левая граница - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка составляет 5,5 см. Конфигурация сердца не изменена.

При аускультации тоны сердца ритмичные, ясные. Изменение тонов по тембру, по конфигурации нет. Шумов нет, При аускультации крупных сосудов шеи, плечевой и бедренной артерий, сосудов брюшной полости и почек патологические шумы не определяются. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.

Система органов пищеварения

При осмотре слизистая ротовой полости, задней стенки глотки физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Глотание не затруднено. Живот правильной формы, симметричный, принимает участие в акте дыхания. Стул со слов больного нормальный, оформленный, 1 раз в день.

При поверхностной пальпации в вертикальном и горизонтальном положении живот мягкий, безболезненный. Брюшная стенка не напряжена. Грубого увеличения паренхиматозных органов, новообразований не определяется. Отёчности кожных покровов не обнаружено. Асцита и метеоризма нет.

Симптом Щёткина - Блюмберга, флюктуация отрицательны

Болезненности в аппендикулярных точках Ланца, Мак-Бурне, Губергрица - нет.

Расхождения прямых мышц живота нет.

Глубокая методическая пальпация по Образцову- Стражеско.

Сигмовидная кишка пальпируется в виде цилиндра мягко-эластической консистенции диаметром 2,5см. Поверхность гладкая. Подвижна, не урчит, безболезненна. Находится в левой подвздошной области.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде подвижного, безболезненного цилиндра, мягко-эластической консистенции диаметром 2,5см. с гладкой поверхностью, слабо урчащая.

Терминальный отдел подвздошной кишки не пальпируются. Аппендикс удален.

Желудок расположен в собственно эпигастральной области. Малая кривизна желудка не пальпируется. Большая кривизна пальпируется в виде гладкой, безболезненной складки плотноэластической консистенции. Нижний её край расположен выше пупка на 2 см, урчит.

Поперечная ободочная кишка, расположенная в пупочной области, пальпируется в виде гладкого, безболезненного подвижного цилиндра диаметром 2,5см. плотноэластической консистенции, урчит.

Восходящая ободочная кишка, расположенная в правом фланке, пальпируется в виде гладкого, безболезненного цилиндра диаметром 2см. плотноэластической консистенции, подвижна, урчит.

Нисходящая ободочная кишка расположена в левом фланке, пальпируется в виде гладкого, безболезненного цилиндра диаметром 2 см. плотноэластической консистенции, подвижна, не урчит.

Печёночный и селезёночный изгиб пропальпировать не удалось.

Привратник и двенадцатиперстную кишку пропальпировать не удалось.

Край печени не выступает из-под рёберной дуги, мягко-эластической консистенции, гладкий, закруглённый, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Желчные симптомы Терье-Курвуазье, Кера-Гаусмана, Мерфи, Ортнера, Лепене, Захарьина, Георгиевского-Мюсси отрицательны.

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности в треугольнике Шофара нет. Болезненности в точке Дежардена нет.

Симптомы Мейо-Робсона, Воскресенского, Терье-Курвуазье, Кача отрицательны.

В вертикальном и горизонтальном (по Сали) положении селезенка не пальпируется.

При перкуссии живота, свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Симптомы Образцова и Менделя отрицательны.

Перкуторные размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Линии. | Размер (см.) |
| Правая срединно-ключичная | 9 |
| Передняя срединная | 8 |
| Левая реберная дуга на уровне IX ребра | 7 |

При аускультации выслушиваются шумы кишечной перистальтики. Шум трения брюшины над печенью и селезенкой не выслушивается.

Нервная система

Сознание ясное. Больной ориентирован в месте и времени. Патология со стороны черепно-мозговых нервов не выявляется: обоняние, вкус, зрение слух, координация движений, речь, чтение, письмо не нарушены. В позе Ромберга устойчив. Корнеальный, глоточный, кожные, сухожильные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы отсутствуют. Менингеальные симптомы отрицательны.

Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб больного на желтушность склер, общую слабость, повышение температуры тела до 38’С, боли в эпигастрии и правом подреберье, изменение цвета мочи и кала: моча темная, кал светлый; данных развития болезни, которое отражает характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало заболевания, наличие преджелтушного периода, протекающего по астено - вегетативному (снижение аппетита, головные боли) типу в течение 5 дней с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается: нарастание слабости, снижение аппетита, появление желтушности склер (на 5 сутки); эпидемиологического анемнеза ( в мае забор крови из вены, в июле купался в реке Кама); данных объективного осмотра: выявление иктеричности склер, обложение белым налетом языка - можно заподозрить вирусный гепатит А на фоне хронического вирусного гепатита С + В

План обследования

. Клинический анализ крови. Назначается для выявления характерных симптомов для вирусного поражения: лейкопения, может быть увеличение моноцитов, ускорение СОЭ.

. Биохимический анализ крови. В нем интересуют показатели общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, щелочная фосфотаза, холестерин, В - липопротеидов, активности аминотрансфераз (они должны быть повышены). Обязателен показатель общего билирубина и его фракций. Так как нарушается функция печени обязательно смотрим уровень протромбина.

. Анализ мочи. Так как мы подозреваем патологию печени в моче могут быть желчные пигменты и уробилин.

. Анализ кала на яйца глистов

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

. Рентгенография органов грудной клетки.

Лабораторно - инструментальные данные

Клинический анализ крови от 06.09.3013г. 156 г/л

Эритроциты 5,25x10\*12/л

СОЭ 9 мм/ч

Лейкоциты 5,4х10\*9/л

палочкоядерные -

сегментоядерные 43%

эозинофилы 3%

лимфоциты 47%

моноциты 7%

базофилы -

Биохимический анализ крови от 06.09.2013г.

Общий белок 82,4 г/л

А 54%

А1 3%

А2 9%

В 14%

Г 20%

Тимоловая проба 2,9 ЕД

АЛТ в разведении 454,0 Е/л

АЛТ 408,7 Е/л

АСТ 161,4 Е/л

Амилаза 83 Е/л

ГГТ 175,1 Е/л

Щелочная фосфотаза 349,8 Е/л

Общий билирубин 21 мкмоль/л

Фибриноген 1,8 г/л

ПТИ 99%

Глюкоза 5,8 ммоль/л

Холестерин 3,32 ммоль/л

Вирусологическое исследование от 12.09.2013г

а/cor M +

a/cor G +/HBe +/HCV Jg M +/HCV Jg G ++ NS1 + NS2 + NS3 +

Общий анализ мочи от 06.09.2013г.

Цвет желтый

Прозрачная

Удельный вес 1016

Билирубин -

Уробилин +

Ультразвуковое исследование печени от 13.09.2013г.

ПЕЧЕНЬ. При проведение эластометрии печени зона оценки (О - бокс) располагаясь в районе интереса ( ROI) на глубине 2см от капсулы печени. Распределение оттенков цвета в зоне оценки равномерное. Проведено трехкратное измерение эластичности печени с последующим усреднением полученных знаний. Усредненное среднее значение эластичности печени составило 6,3 кПа, усредненное минимальное - 5,5 кПа, усредненное среднеквадратичное отклонение - 0,6.

Заключение: полученные значения эластичности ткани печени при ультразвуковой эластометрии могут соответствовать степени фиброза F0 - 1 по шкале Метавир.

Дифференциальный диагноз

Течение данного заболевания у моего больного сходно желтушной формой лептоспироза, так как при этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинэмия. Но для лептоспироза важны данные эпидимиологического анамнеза: контакт с животными где-то за 30 дней до заболевания, что больной отрицает. У него в эпидимиологическом анамнезе обращает на себя внимание забор крови из вены. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: миалгии, особенно икроножных мышц, могут выявляется герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов, чего нет у курируемого мной больного. При лептоспирозе в желтушном периоде мы можем выявлять геморрагии и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотэмию), чего мы не видим у больного. При высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличии от гепатита. Изменение тимоловой пробы не характерно при лепоспирозе, а у больного повышение.

Течение этого заболевания у моего больного сходно с механической желтухой, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, посветление кала, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. 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, что и видим у больного), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. При надпеченочной желтухе, обусловленной желчекаменной болезнью, в начале заболевания появляются, характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. Мой больной чувствует тяжесть в правом подреберье. Печень при обтурационных желтухах чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У больного она увеличена. Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухи, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены, у больного наоборот.

Течение данного заболевания у моего больного сходно с гемолитической желтухой, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. Но при гемолитической желтухе отмечается бледность кожных покровов, чего нет у моего больного. Для желтухи характерно менее продолжительный преджелтушный период. При гемолитической желтухе характерно увеличение селезенки при нормальных размерах печени, у моего больного наоборот. Для желтухи не характерно потемнение мочи и осветление кала, повышение тимоловой пробы, у больного эти признаки есть. Характерно при желтухе анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, чего нет у больного.

Окончательный диагноз

На основании жалоб больного на желтушность склер, общую слабость, повышение температуры тела до 38’С, боли в эпигастрии и правом подреберье, изменение цвета мочи и кала: моча темная, кал светлый; данных развития болезни, которое отражает характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало заболевания, наличие преджелтушного периода, протекающего по астено - вегетативному (снижение аппетита, головные боли) типу в течение 5 дней с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается: нарастание слабости, снижение аппетита, появление желтушности склер (на 5 сутки); эпидемиологического анемнеза ( в мае забор крови из вены, в июле купался в реке Кама); данных объективного осмотра: выявление иктеричности склер, обложение белым налетом языка; на основании лабораторных данных: повышение активности АЛТ и АСТ, диспротеинемия с преобладанием альбуминов, высокий уровень общего билирубина, повышение тимоловой пробы, наличие в моче уробилина. И обнаружение при серологическом методе а/cor M (+), a/cor G (+), a/HBe( +), a/HCV Jg M (+), a/HCV Jg G (+) - можно поставить острый вирусный гепатит В. А умеренные симптомы интоксикации (головные боли, снижение аппетита, слабость), уровень билирубина свыше 150мкмоль/л позволяет поставить течение средней тяжести.

Клинический диагноз: Вирусный гепатит В (HBsAg+)острая желтушная форма, средней степени тяжести. ХВГС, нереплекативная фаза.

# Министерство здравоохранения и социального развития РФ

# ГОУ ВПО Ижевская Государственная Медицинская Академия

# Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией

# Заведующий кафедрой:

# к. м. н., доцент О.В. Малинин

# Преподаватель: к.м.н., ассистент

# Г.А. Малинина

# Куратор: студентка 519 - л группы Асхадуллина А.Р.