КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Зав. кафедрой: доцент, к.м.н. Притулина Ю.Г.

История болезни

ФИО,23 года

Диагноз: Хронический гепатит С, в стадии репликации

Куратор

студент педиатрического факультета групп№508

Камышанская О.А

Преподаватель: доцент, к.м.н

Пегусов С.М

Воронеж 2007 год

Ф.И.О.

Возраст 23 года

Дата рождения: 1.05.1983 г.

Дата поступления в клинику 26.03.2007

Место жительства г. Воронеж,

Место работы/учёбы: кладовщик;

Диагноз:

-при направлении: Хронический гепатит С

-при поступлении: Хронический гепатит С

-клинический диагноз: Хронический гепатит С, в стадии репликации.

Жалобы

Жалобы при поступлении в клинику: предъявлял жалобы на слабость, недомогание, ухудшение аппетита, тяжесть и покалывание в правом подреберье.

Жалобы на день курации (12.04.07): предъявлял жалобы на слабость покалывание в правом подреберье, расстройство стула.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 5 лет, когда в 2002 году попал в аварию, находился на лечении в стационаре, где проводились гемотрансфузии, переливание плазмы. Также больной употреблял наркотики эпизодически с 1998 года. В 2002 году почувствовал недомогание, появилась желтушность покровов, иктеричность склер, обратился к участковому терапевту по месту жительства. Был направлен в ГУЗ ОКИБ с диагнозом гепатит. В стационаре поставлен диагноз: микс инфекция. Хронический гепатит В, хронический гепатит С. Проводилось базисное лечение, выписан с улучшением. Проходит несколько раз в год обследование: ПЦР, исследования крови на антигены HCV, HBV, биохимический анализ крови: АлАТ, АсАТ. В настоящее время диагноз хронического гепатита В снят –отрицательные анализы ПЦР. Направлен на повторное лечение.

Эпидемиологический анамнез

За пределы города, области, страны не выезжал, контактов с больными людьми не было, с животными в контакт не вступал.

С 1998 года эпизодически употреблял наркотики, в 2002 году попал в автомобильную аварию, получил ЧМТ, проводились гемотрансфузии, переливание плазмы и кровезаменителей.

Анамнез жизни

Родился в г. Воронеже, рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднее.

Семейный анамнез:

Мать больного здорова, отец здоров. Наличие в семье туберкулёза, венерических, психических заболеваний больной отрицает.

Наличие наследственной патологии в семье больной отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Социально-бытовой анамнез

Социально-бытовые условия нормальные. Не женат. Курит 3-5 сигарет в день. Алкоголь не употребляет.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа в возрасте 4 лет;

ОРЗ 2 раза в год, вирусный гепатит В.

Данные объективного обследования

Общее состояние удовлетворительное.

Нервная система.

Сознание ясное, реакция на окружающих адекватная. Настроение спокойное, положение активное. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено.

Менингеальные симптомы отсутствуют. Потливости нет. При внешнем осмотре глаз и ушей патологических изменений не выявлено.

Кожа

Бледно-розового цвета, умеренно влажная (в местах физиологической влажности - ладони, подмышки - влажная), сухая в местах физиологической сухости (локти, колени). Эластичность нормальная, рубцов нет, сыпь, участки гиперпигментации и депигментации, кровоизлияния отсутствуют.

Волосы блестящие, неломкие. Форма концевых фаланг пальцев кистей рук не изменена.

Подкожная жировая клетчатка

Питание полноценное, подкожно-жировой слой умеренно выражен, распределен равномерно. Пастозность и отеки отсутствуют.

Толщина подкожно-жировой складки над бицепсом -1,5см., над трицепсом - 1,0см., над остью подвздошной кости - 1,8см., над лопаткой 1,5см.

Тургор тканей не изменен.

Лимфатические узлы

Пальпируются тонзиллярные, одчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы единичные, подвижные, безболезненные, мягкоэластической консистенции, размером до 0,5см в диаметре, кожа над ними не изменена.

Мышцы

Развитие мышц хорошее, видимых атрофий и гипертрофий нет. Тонус мышц нормальный. Болезненность при ощупывании, активных и пассивных движениях отсутствует. Сила мышц нормальная.

Костная система.

Форма головы нормальная, деформаций костей нет. Болезненность при надавливании и поколачивании отсутствует.

Болезненность и искривления позвоночника отсутствуют.

Форма грудной клетки нормостеническая.

Эпигастральный угол ≈90°. Выбухание надключичных ямок не отмечается.

Система органов дыхания

Носовое дыхание сохранено, тип дыхания смешанный.

Частота дыхания 19 в минуту, ритм правильный, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки, дыхание жесткое.

Пальпация: резистентность грудной клетки не изменена, болезненность отсутствует, межреберные промежутки не расширены, голосовое дрожание не изменено.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии над всеми легочными полями легочный звук.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| среднеключичная | VII межреберье | - |
| среднеподмышечная | Х межреберье | XI межреберье |
| лопаточная | XI ребро | XII ребро |
| паравертебральная | на уровне остистого отростка XII грудного позвонка | |

Подвижность нижних легочных краев в норме.

Аускультация: над всеми легочными полями выслушивается ясный легочный звук. Бронхофония не изменена.

Система кровообращения

При осмотре сердечной области видимых выпячиваний и пульсаций не визуализируется.

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в V межреберье, не усилен, область толчка не расширена. Симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует.

Аускультация: ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца ясные, звучные.

Перкуссия.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая – в 4 межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, в

3 межреберье у правого края грудины.

Верхняя – между левой окологрудинной и грудинной линиями на уровне3 ребра.

Левая – в 5 межреберье на 1,5см кнаружи от левой среднеключичной линии, в 4 межреберье на том же уровне.

Границы сосудистого пучка в 1 и 2 межреберьях не выходят за пределы грудины.

А.Д одинаково на руках и ногах, без отклонений.

Пульсация сосудов шеи, височных артерий, артерий конечностей, в надчревной области не визуализируется. Пульс лучевой артерии: 82 /мин. Дыхательная аритмия, пульс средний, одинаковый на обеих руках, среднего напряжения, нормальный. А/Д = 130/90 мм рт.ст.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Губы бледно-розового цвета, слегка влажные, трещин и изъязвлений нет. Слизистые оболочки бледно-розовые, влажные, патологических изменений не обнаружено. Язык розовый, влажный, с беловатым налетом, сосочки развиты хорошо трещин, язв, отпечатков зубов и девиаций нет. Зубы: зубной ряд сохранён. Десны розового цвета, без кровоточивости и язв.

Глотка: слизистая оболочка бледно-розовая, миндалины и зев спокойны. Налетов нет. Задняя стенка без патологических изменений.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез неизменена, боли при жевании и открывании рта нет.

Живот нормальной формы, симметричен, не вздут, выпячиваний,

западаний, видимой пульсации нет. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, рубцов нет, видимой перистальтики нет. При перкуссии и поколачивании над всей поверхностью - тимпанический звук, болезненность, напряжение стенки живота, флюктуация отсутствуют.

При поверхностной пальпации напряжение брюшной стенки отсутствует, болезненность не отмечается, уплотнений нет. Симптом Щёткина Блюмберга отрицательный. При пальпации расхождения прямых мышц живота нет. Аускультация: перистальтика кишечника в норме. Стул 2 раза в день, кашищеобразный.

Печень и желчный пузырь.

Визуальных изменений в области печени нет.

При перкуссии: границы печени

верхняя - 7 межреберье по среднеключичной линии

нижняя - на 1 см ниже реберной дуги

Болезненность при перкуссии и поколачивании отсутствует.

Определение размеров по Курлову:

* Первый – 13см;
* Второй -10 см;
* Третий -10 см.

При пальпации край печени острый, безболезненный, мягкоэластический, поверхность ровная, гладкая.

Селезенка: увеличена, пальпируется.

МОЧЕПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Выпячивания над лобком, в области почек не отмечаются. Болезненность при поколачивании над лобком отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Цвет мочи - соломенно-желтый, порции средние.

Заключение по анамнезу и данным объективного исследования

Со стороны желудочно-кишечного тракта: гепатоспленомегалия.

Предварительный диагноз: на основании данных анамнеза – наличие в анамнезе эпизодического употребления наркотиков, переливания крови и плазмы, на основании анамнеза заболевания – проходил лечение по поводу хронического гепатита В и С в 2002 году; на основании данных объективного осмотра – увеличение размеров печени и селезенки можно поставить предварительный диагноз – микст инфекция. Хронический гепатит В и С .

1. План обследования.
2. Обший анализ крови и мочи.
3. Биохимический анализ крови (свободный и связанный билирубин крови,
4. осадочные пробы, протромбиновый индекс, холестерин, амилаза, АлАТ, АсАТ белок и белковые фракции, углютамилтранспептитаза, щелочная фосфотаза).
5. Серологические методы (анализ крови): ИФА (иммуноферментный метод) с определением как вирусных антигенов, так и антител к ним с учетом класса выявленных или IgG), при этом титр антител, как правило, не определяется. Это ведущий метод диагностики.
6. Полимеразная цепная реакция (ПЦР), выявляющая ДНК (ВГВ) или РНК
7. вирусов в крови или биоптате печени, а также позволяющая определить вирусную нагрузку (число копий вируса в 1 мл крови) и генотип вируса (прежде всего при ВГС : генотипы)
8. УЗИ печени
9. Пункционная биопсия печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ крови

Гемоглобин 144г\л

Эритроциты 4,5\*1012/л

Цвет.пок. 0,9

Лейкоциты 4,6\*109 /л

ПЯ 1%

СЯ 55%

Эозинофилы 1%

Лимфоциты 32%

Моноциты 7%

СОЭ 3 мм/ч

Заключение: лимфоцитоз.

Биохимический анализ крови

Общий белок 80г/л

Билирубин общий 13,7мкмоль/л

прямой 0

непрямой 13,7мкмоль/л

Сахар 4,7ммоль/л

АлАТ –1223 нмоль/с.л

АсАТ- 1350 нмоль/с.л

Тимоловая проба- 15

Мочевина 5.3 н.моль/л

Креатинин- 0.068 н.моль/л

Заключение: повышение печеночных проб

Анализ мочи

Цвет светло-желтый

Реакция кислая

Уд.вес 1020

Прозрачность полная

Белок нет

Сахар нет

Эпителиальные клетки полиморфные ед. в п/зр.

Лейкоциты ед. в п/зр.

Заключение: нет патологии

RW- отриц

HBsA- отриц

aHBe -полож

HBeAg - отриц

aHCVIgC- полож

aHBs - отриц

ПЦР- репликации вируса гепатита В нет

ПЦР – 3 генотип вируса гепатита С

УЗИ печени

Заключение : признаки гепатоспленомегалии, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, лимфоаденопатия.

Дневники наблюдений

12.04.07.

АД=130/80

ЧДД=20'

Ps=82`

Т=36,6

Жалобы на слабость, чувство покалывания в правом подреберье.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное,положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 82/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный. Печень безболезненная, плотная, из-под края реберной дуги выступает на 1 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см, безболезненная. Стул кашицеобразный, 2 реза в сутки.

13.04.07.

Ps=80 `

АД=120/80

ЧДД=20'

Т=36,8

Жалобы на слабость, легкое недомогание, небольшую тошноту. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 80/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный. Печень безболезненная, плотная, из-под края реберной дуги выступает на 1 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см, безболезненная. Физиологические отправления в норме.

15.04.07.

Ps=82`

АД=120/80

ЧДД=20'

Т=36,5

Жалобы на слабость, легкое недомогание, небольшую тошноту, легкое покалывание в правом подреберье.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 82/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный. Печень безболезненная, плотная, из-под края реберной дуги выступает на 1 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см, безболезненная. Стул кашицеобразный 2 раза в сутки.

Дифференциальный диагноз

В начальном (преджелтушном) периоде заболевания, то есть до появления ВГ дифференцируют в зависимости от клинической картины и ведущего симптомокомплекса с другими остролихорадочными заболеваниями, протекающими, помимо лихорадки, с интоксикацией (грипп, ОРВИ, ОРЗ, орнитоз и т.д.).

При преобладании диспепсических расстройств дифференциальная диагноз проводится с холециститами и панкреатитами разной этиологии.

Для постановки диагноза «вирусный гепатит» необходим тщательно собрать эпиданамнез, потемнение мочи, ахолия кала.

В разгар болезни (в желтушном периоде) ВГ дифференцируют с:

1. надпеченочными желтухами (гемолитические и аутоиммунные анемии, В12-деф анемия, малярия), с синдромом Жильбера;
2. подпеченочными желтухами (желчекаменная болезнь, опухоли панкреато-дуоденальной зоны), гельминтозы (эхинококкоз, альвеококкоз);
3. другими паренхиматозными желтухами (иерсиниоз, псевдотуберкулез, сепсис, инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусами Эпштейна-Барра или цитомегаловирусом, лептоспироз), с рядом пигментных гепатозов (синдром Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона).

Сходство лептоспироза с течением гепатита у данного больного в наличии общетоксического синдрома слабость, недомогание, повышение температуры, протекающие с ознобом, головная боль.Отличает лептоспироз от данного заболевания:более выраженные миалгии по интенсивности и распространенности (не только икроножные мышцы, как в данном случае, но и в поясничных мышцах, мышцах брюшной стенки). Часто при лептоспирозе появляются герпетические высыпания на губах и крыльях носа, чего нет при гепатите. При лептоспирозе на 3-6 день заболевания появляется полиморфная сыпь (кореподобная, мелкоточечная), заканчивающаяся шелушением. Ничего этого не наблюдалось у данного больного. Желтуха при лептоспирозе носит яркий, шафрановый оттенок, часто сопровождается кровоизлияниями в кожу и слизистые, становится положительным симптом щипка, манжеты. Этого мы не наблюдаем при гепатите. Лептоспироз протекает с поражением почек, ЦНС, что проявляется изменениями в моче (протеинурия, азотемия, гемотурия, лейкоцитурия) -таких изменений у данного больного нет. Поражение ЦНС: наличие менингиального симптомокомплекса. Чего так же нет у больного. Поражение печени при лептоспирозе не сопровождается изменением белково-осадочных проб, а у данного пациента эти изменения имеют место.

Сходство инфекционного мононуклеоза с гепатитом заключается в наличии у обоих заболеваний симптомов интоксикации(слабость, недомогание), а также снижения аппетита, мышечных болей, головных болей, увеличении печени. Различает эти заболевания наличие при мононуклеозе симптомов ангины, боль в горле, усиливающаяся при глотании, гиперемия и отек миндалин, увеличение подчелюстных, заушных лимфоузлов. Описанных симптомов мы не наблюдали у данного больного. Кроме того специфичным для инфекционного мононуклеоза является нахождение в крови специфических мононуклеаров, чего нет у больного. Продромальный период данного заболевания протекал по гриппоподобному типу, поэтому необходимо его дифференцировать с гриппом.

Сходство с гриппом заключается в наличии головной боли, слабости. Но отличает присоединение катаральных явлений, температуры, возможно появление геморрагической сыпи.

Дифференциальную диагностику следует проводить также с алкогольными и токсическими гепатитами. Острые алкогольные гепатиты характеризуются развитием клинической картины спустя 1-3 дня после злоупотребления спиртным, с появлением желтухи, лихорадки, болей в эпигастрии. У данного больного сведений о употреблении алкоголя нет, начало заболевания нерезкое.

Токсическое поражение связано с контактом с ядами или лекарственными препаратами, таких данных у больного нет.

Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного (слабость, недомогание, ухудшение аппетита, тяжесть и покалывание в правом подреберье), данных анамнеза (больной принимает эпизодически наркотики, проводились гемотрансфузии, переливание плазмы), данных анамнеза заболевания (проходил лечение в ОКИБ по поводу микст инфекции(В+С), результатов физикального обследования увеличенная печень (+ 1см), при пальпации плотная, край ее заострен, увеличенная селезенка (+1см), можно поставить диагноз хронического гепатита. Хронический характер заболевания подтверждается также характерными лабораторными данными: повышение АлАТ=1223 нмоль/с.л, повышенная АсАТ=1350 нмоль/с.л, сывороточной холинэстеразы 55 мкмоль/с.л, лимфоцитоз; и данным УЗИ печени (признаки гепатоспленомегалии, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, лимфоаденопатия), серологических исследований крови ( RW- отриц, HBsA- отриц, aHBe –полож, HBeAg – отриц, aHCVIgC- полож, aHBs – отриц), ПЦР- диагностика(ПЦР- репликации вируса гепатита В нет,ПЦР – 3 генотип вируса гепатита С) можно поставить диагноз: Хронический гепатит С, в стадии репликации.

Лечение

1. Режим общий, стол №5;
2. Противовирусная терапия: интрон-а по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю;
3. Гепатопротекторы- эсенциале-Н, в/в по 5-10 мл;
4. Ферментные препараты- креон по 1 драже 3 раза в день во время еды;
5. Дюфалак- по 30-50 мл сиропа 3 раза в сутки внутрь.

Эпикриз

Больной ФИО, 23 лет, поступил 26.04.07г. в ОКИБ с диагнозом: хронический гепатит С. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, недомогание, ухудшение аппетита, тяжесть и покалывание в правом подреберье. Данные физикального исследования: гепатоспленомегалия (печень +1 см). Заболевания подтверждается также характерными лабораторными данными: повышение АлАТ=1223 нмоль/с.л, повышенная АсАТ=1350 нмоль/с.л, сывороточной холинэстеразы 55 мкмоль/с.л, лимфоцитоз; и данным УЗИ печени (признаки гепатоспленомегалии, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, лимфоаденопатия), серологических исследований крови ( RW- отриц, HBsA- отриц, aHBe –полож, HBeAg – отриц, aHCVIgC- полож, aHBs – отриц), ПЦР- диагностика(ПЦР- репликации вируса гепатита В нет,ПЦР – 3 генотип вируса гепатита С) можно поставить диагноз: Хронический гепатит С, в стадии репликации. Проводится лечение:

* + Противовирусная терапия: интрон-а по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю;
  + Гепатопротекторы- эсенциале-Н, в/в по 5-10 мл;
  + Ферментные препараты- креон по 1 драже 3 раза в день во время еды;
  + Дюфалак- по 30-50 мл сиропа 3 раза в сутки внутрь.

В настоящий момент больной получает терапию, отмечает улучшение общего состояния. Продолжает лечение в стационаре ОКИБ.

Прогноз

Сомнительный – вероятность развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы составляет 20%, темпы прогрессирования ВГС зависят от пути передачи, и от возраста пациента. При посттрансфузионном заражении наблюдается преимущественно прогрессирующее течение, при бытовом заражении – замедленное течение. Клинически выраженный ХГС развивается в среднем через 14 лет после перенесенной инфекции, цирроз- через 18 лет.