***Московская Медицинская Академия***

***им. И. М. Сеченова***

***Кафедра терапии***

***и профессиональных заболеваний.***

***История Болезни***

#### *Преподаватель:*

*Исполнитель:*

2008

***Паспортная часть:***

***ф.и.о.*** *:*

***возраст:*** *59 лет (17.07.1942)*

***пол :***  *женский*

***профессия и место работы:*** *в течение года – на пенсии. По профессии - - старший инженер в НИИ (связанном с эксплуатацией атомных станций).*

***семейное положение:*** *замужем*

***дата поступления в стационар:*** *22/08.2001* ***дата выписки****: 25.09.01*

***клинический диагноз: алкогольная болезнь с поражением:*** *печени - цирроз печени алкогольной этиологии высокой степени активности класс С по Child-Pugh; субкомпенсированная печеночно-клеточная недостаточность. Выраженная декомпенсация портальной гипертензии, с явлениями холестаза; быстропрогрессирующее течение.*

*Поражение поджелудочной железы в рамках алкогольной болезни – хрон. панкреатит с нарушением эндокринной функции. Поражение миокарда – миокардиодистрофия. Поражение нервной системы – энцефалопатия, алкогольная периферическая полинейропатия.*

*Сопутствующие заболевания: хрон. гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения.*

***жалобы на день курации:***

1. *Слабость, утомляемость*
2. *Распирающие боли в животе*
3. *Умеренный кожный зуд*
4. *Онемение пальцев рук и ног*
5. *Снижение аппетита*

##### Anamnesis morbi

Больная не отрицает употребления алкоголя в течение последних нескольких лет. Около года назад впервые обратила внимание на нарастающие отеки ног, онемение пальцев рук и ног, изменение цвета кожных покровов, беспокоила слабость, утомляемость, потеря аппетита, снижение массы тела с 57 (до болезни) до 52кг, отмечался умеренный кожный зуд. С данными жалобами 29. 01. 2001 впервые госпитализирована с целью постановки диагноза и подбора терапии. На основании проведенного обследования поставлен диагноз – цирроз печени алкогольной этиологии с явлениями ПКН, признаками холестаза; железодефицитная анемия; артериальная гипертензия; получены данные за наличие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. На фоне проведенной в клинике терапии отмечалась стабилизация состояния: уменьшение ощущения онемения, кожного зуда, отеков. Данных о составе проведенной терапии получить не удалось.

В течение последующих 5 месяцев состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастали боли и ощущение дискомфорта в правом подреберье, особенно после приема жирной пищи, периодически возникал жидкий стул; больную беспокоило ощущение онемения пальцев рук и ног, слабость в ногах, повышенная утомляемость, постепенно нарастала желтуха, к периодически возникавшим отекам ног присоединился асцит. Начали проявляться и нарастали признаки энцефалопатии (инверсия сна, нарушение памяти). Периодически возникали пароксизмы мерцательной аритмии.

С 19.06.01 по 06.07.01 госпитализирована в клинику терапии и профзаболеваний с целью обследования и коррекции терапии. При обследовании: допплерКГ выявила раннесистолическую митральную регургитацию, трикуспидальную регургитацию 1 ст., снижение функции диастолического расслабления миокарда.

Проводился поиск онкомаркеров: выявлены онкомаркеры:

Pancreas - 68,8 (0 - 37); Яичников - 360,5 (0 - 35); а-фетопротеин – 1,19 (0 – 8,5).

Проводилось следующее лечение: назначена диета №5; верошпирон – 150 мг х 1/сутки; фуросемид – 40 мг через день; лечение витаминами группы В (1, 6). Эффект проведенной терапии заключался в стабилизации состояния больной: асцит уменьшился, меньше беспокоили боли в животе, нарушения стула, явления нейропатии. 22.08.01 проведена плановая госпитализация в клинику терапии и профзаболеваний для повторного обследования и коррекции терапии. Проводившаяся терапия: Гепа-Мерц – 1 пакет х 2 раза/сутки; ампициллин – 0, 5 х 4/сутки; верошпирон – 150/сутки; викасол; дюфалак (лактулоза); витамины В1, В6; сифонные клизмы. Физиотерапия по поводу полинейропатии. В стационаре имела место однократная рвота с примесью свежей крови, расцененная как надрыв мелких расширенных сосудов. Данных за кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода или желудка не получено.

***Anamnesis Vitae:***

*Родилась в 1942г. В развитии от сверстников не отставала. Образование – высшее экономическое. При работе профессиональных вредностей не было.*

*Семейный анамнез: Замужем, живет вместе с мужем и сыном. Жилищные условия хорошие, питание без особенностей.*

*Гинекологический анамнез: Менархе - в 14 лет. 1 беременность, закончившаяся родами (в 1969г.). Беременность протекала без осложнений. Абортов не было. Гормональными контрацептивами не пользовалась. Гинекологических заболеваний, операций не было. Менопауза с 55 лет.*

*Аллергологический анамнез не отягощен.*

*В анамнезе: скарлатина, коклюш, ветряная оспа. Гемотрансфузий, операций, черепно-мозговых травм, туберкулеза - в анамнезе не было.*

*Наследственный анамнез: не отягощен.*

*Вредные привычки: не курит, признает периодическое злоупотребление алкоголем в течение последних 10 лет.*

***Status praesens****:*

***Общее состояние:*** *средней тяжести.*

Пациентка вялая, сознание спутанное, отмечает нарушения сна (дневная сонливость).

***Телосложение*** *по нормостеническому типу: Рост 160см. Вес 56кг.*

***Кожные покровы и видимые слизистые*** *легкая желтушность и гиперпигментация кожных покровов (появилась год назад). Сосудистые звездочки на груди и спине. Геморрагической сыпи нет. Тургор кожи сохранен.*

*Ногти без изменений. Кожа сухая.*

*Склеры субиктеричны. Сухости, ощущения песка в глазах нет. Ксантом, ксантелазмов нет.*

*Волосяной покров - по женскому типу.*

***Подкожная клетчатка*** *развита слабо. Веки отечны. Отмечается пастозность голеней.*

***Лимфатические узлы*** *не увеличены, их пальпация безболезненна.*

***Мышечная система*** *развита умеренно, мышцы несколько гипотрофичны, тонус их снижен.*

***Костно-суставная система****: Деформаций, утолщений костей или суставов нет. Пальпация безболезненна. Движения в суставах сохранены в полном объеме. На ладонях определяется контрактура Дюпюитрена.*

***Система органов дыхания:***

*Дыхание через нос свободное. Обоняние сохранено.*

*Форма грудной клетки коническая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны и равномерно участвуют в дыхании. Вспомогательные мышцы в дыхании не участвуют.*

*Над- и подключичные ямки не выбухают, одинаково выражены справа и слева.*

*Тип дыхания - грудной.*

*Частота дыхательных движений - 20 в минуту. Ритм правильный.*

*При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается.*

*Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.*

*Перкуторный звук - ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.*

*Границы легких в норме. Подвижность нижнего края легких справа и слева - 2см.*

*Аускультация легких: дыхание выслушивается над всей поверхностью легких, везикулярное, слегка ослаблено в нижних отделах. Хрипов и других патологических шумов нет.*

***Сердечно-сосудистая система:***

*При осмотре области сердца изменений не выявлено. Верхушечный толчок - 6 ребро, 2см левее среднеключичной линии.*

*Сердечный толчок отсутствует.*

*Пульсации в эпигастральной области нет.*

*Границы сердца: Справа - по правому краю грудины.*

*Слева – 2 см левее среднеключичной линии.*

*Сверху - край 3 ребра.*

*Ширина сосудистого пучка – 4.5 см*

*Аускультация сердца:*

*Тоны* *приглушены, ритмичны.*

*Частота сердечных сокращений 108 ударов в минуту.*

*Патологические шумы не выслушиваются.*

*Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 74 в минуту, слабого наполнения, ненапряженный.*

*Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. При аускультации крупных сосудов шумы не выслушиваются.*

***Система органов пищеварения:***

*Аппетит снижен. Вкусовые ощущения не изменены. Иногда отмечает незначительную сухость во рту. Глотание свободное, безболезненное. Кишечник работает нормально, изредка возникают запоры, обычно стул регулярный. Иногда отмечается более светлая окраска стула. В начале болезни отмечалась тенденция к частому жидкому стулу.*

*Осмотр: Слизистая рта без изменений, чистая, язык не обложен.*

*Живот округлой формы симметричен, значительно выступает вперед за счет выраженного асцита; мягкий, пальпация его безболезненна. Кишечник не пальпируется.*

Край печени при пальпации безболезненный, плотно-эластической консистенции, выступает из-под реберной дуги на 3 см. Размеры печени по Курлову: 10/3-10-9,5 см.

*Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность в точке желчного пузыря отсутствует.*

*Поджелудочная железа не пальпируется, пальпация в ее области также безболезненна.*

*Селезенка пальпируется, пальпация безболезненна. Продольный размер селезенки - 14см.*

***Выделительная система:***

*Мочеотделение не нарушено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Никтурии, дизурии нет. Моча нормального цвета. За последние несколько месяцев отмечает уменьшение суточного количества мочи. На фоне приема диуретиков участилось ночное мочеиспускание до 3х раз за ночь.*

*При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Болезненность при пальпации в области почек и мочеточников отсутствует. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.*

***Нервная система:***

*Сознание сохранено, пациентка вялая, несколько заторможена, отмечается значительное нарушение памяти. Резко замедленное выполнение теста чисел. Нарушение сна в виде дневной сонливости; ночной сон сохранен. Признаки очаговой неврологической симптоматики отсутствуют. Легкое пошатывание в позе Ромберга и при ходьбе, тремор пальцев рук. Снижение чувствительности, ощущение онемения пальцев рук и ног.*

*/* заключение невропатолога: *синдром энцефалопатии и полинейропатии; атактический синдром мозжечкового и периферического характера на фоне патологии печени и хронической алкогольной интоксикации.*

*План обследования:*

1. *Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости*
2. *ЭКГ*
3. *УЗИ органов брюшной полости (определение размеров печени, селезенки, состояния желчевыводящих путей и вен портальной системы)*
4. *ЭГДС (особенно - оценка состояния вен пищевода)*
5. *Общий анализ крови, мочи (на билирубин, уробилин)*
6. *Биохимический анализ крови. Исследование белковых фракций сыворотки (глобулины), содержание билирубина, холестерина, мочевины, креатинина. Исследование активности печеночных ферментов (маркеры холестаза и цитолиза)*
7. *Коагулограмма (протромбиновый индекс)*
8. *Маркеры вирусов гепатита.*
9. *Иммунологическое исследование крови. Тесты на выявление ревматоидного фактора (и других маркеров аутоиммунной природы поражения печени), определение содержания иммуноглобулинов, антител к гладкой мускулатуре. Тест на антимитохондриальные антитела (для исключения диагноза ПБЦ).*
10. *Пункционная биопсия печени (определение степени активности, уточнения этиологии цирроза).*

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

*Рентгенография грудной клетки 27.08.01:*

*По сравнению с данными от 20.06.01 – отмечается более выраженное уменьшение объема и сгущение легочного рисунка в области нижней доли правого легкого. Корни легких уплотнены. Диафрагма на уровне передних отрезков справа – 5го ребра, слева – 7го ребра. Плевральные синусы свободны. Сердце, аорта в пределах возрастных изменений. Рекомендована КТ грудной клетки для исключения «заболевания правого легкого».*

*Повторная рентгенография грудной клетки 20.09.01:*

Свежих очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Усиление легочного рисунка в нижних отделах за счет пневмосклероза. В прикорневых отделах – перибронхиальный фиброз, сгущение его справа в нижней доле за счет высокого стояния купола диафрагмы. Диафрагма на уровне справа – 5го ребра, слева – 7го ребра. Плевральные синусы свободны. Аорта уплотнена, развернута.

По сравнению с предыдущим исследованием отмечается положительная динамика.

Электрокардиография:

ЭОС расположена горизонтально. Ритм синусовый правильный. диффузное изменение миокарда – миокардиодистрофия.

*УЗИ печени, вен портальной системы 24.08.01:*

В брюшной полости большое количество свободной жидкости, в поддиафрагмальном пространстве справа слой жидкости толщиной до 90 мм. Левая и хвостатая доли печени не увеличены: толщина – 41мм и 33мм соответственно. Передне-задний размер правой доли 152мм (больше нормы). Контуры печени ровные, сосуды паренхимы сохранены, паренхима диффузно повышенной эхогенности, очаговых изменений не выявлено, при этом полностью осмотреть задне-диафрагмальные отделы правой доли не удалось из-за помех. Воротная вена – 10 мм окрашивание ее просвета равномерное, признаков тромбоза не выявлено. Просвет печеночных вен до 5мм, окрашивание равномерное. Нижняя полая вена в месте прилегания ее к печени шириной до 14мм, окрашивание просвета – равномерное. Круглая связка печени определяется в виде эхогенного тяжа шириной до 9мм, в толще ее регистрируется кровоток венозного (портального) типа в пупочной вене (диаметр вены до 5 мм). Желчный пузырь размером 80х20 мм, стенка его утолщена до 7 мм, слоистая, средней эхогенности, в просвете определяются эхогенные массы с мелкими гиперэхогенными включениями без акустических теней (возможно – мелкие конкременты). Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены.

*В проекции поджелудочной железы селезеночную вену полностью визуализировать не удалось, определяется несколько венозных сосудов в воротах селезенки шириной до 9 мм, просвет их окрашивается равномерно. Селезенка увеличена:* 156х52 *мм. Контуры ее ровные, четкие. Паренхима нормальной эхогенности и структуры.*

*Заключение: эхо-картина диффузных изменений печени, УЗ-признаков тромбоза вен портальной системы не выявлено. УЗ-признаки реактивных изменений в стенке желчного пузыря, застойного содержимого в желчном пузыре, увеличения селезенки, асцита.*

*Эзофагогастродуоденоскопия (в связи с имевшей место рвотой с примесью свежей крови): Данных за* *кровотечение нет.*

*Заключение: хронический поверхностный гастрит.*

### Общий анализ крови 23.08.01: повторный анализ при выписке:

###### Hb - 72 г/л. 94 г/л.

*Гематокрит - 18,5*

# Эритроциты - 1,74л 2,22л

# Тромбоциты - 157106/л

## Лейкоциты - 10,0 10 9/л 12,1л

*палочкоядерные - 3% 6%*

*сегментоядерные - 62% 63%*

*эозинофилы - 6% 0%*

*лимфоциты - 34% 23%*

*моноциты - 1% 8%*

СОЭ -35 мм./ч. 12 мм/час

*Биохимический анализ крови 24.08.01 // повторный при выписке****:***

# 

|  |  |
| --- | --- |
| *Общий белок* | *7,6 г% // 9,3* |
| *Альбумин* | *2,1 г% // 2,7* |
| *Креатинин* | *0,6 мг% // 0,9* |
| *Неорганические фосфаты* | *3,8 мг%* |
| *Глюкоза* | *135 мг% // 165* | * Кальций* | *мг/дл // 8,0* |
| Азот мочевины | *6 мг%* | ЩФ | * ед/л* |
| Общий билирубин | *8,4 мг% // 7,5* | *АСТ* | *37,2 ед/л // 57,6* |
| *Прямой билирубин* | *6,3 мг% // 5,7* | *АЛТ* | *10,6 ед/л // 70,3* |
| *Натрий* | *134 мЭкв/л // 135* | *ХЭ* | *1538 ед/л* |
| *Калий* | *4,4 мЭкв/л // 5,1* | -ГТ | *25,2 ед/л // 39,2* |

*Мочевая кислота // 4,9*

*железо // 94*

*Хс + ТГ // 222*

*Группа крови – А (11), Rh – (отрицательная).*

*Маркеры вирусов (антигены и антитела): HBV, HCV и HDV отрицательные.*

*Коагулограмма: 24/08 // при выписке.*

|  |  |
| --- | --- |
| *АВР* | *119 сек* |
| *АЧТВ* | *46 сек* |
| *Протромбиновыйиндекс* | *58 % // 60%* |
| *Фибриноген* | *1,19 г/л* |
| *Фибринолиз* | *1 ч 10мин.* |
| *РКФМ* | *0,200* |
| *ТВ* | *35 сек* |
| *ТВ с протамина сульфатом* | *25 сек* |

*Электрофорез белков плазмы:*

*- 3,8 %*

*2,3 %*

**

**

*Иммунологическое исследование крови:*

|  |  |
| --- | --- |
| *CRP* | *++++* |
| *IgA* | *1180 мг%* |
| *IgM*  *IgG* | *142 мг%*  *2100 мг%* |
| *Комплемент* | *9* |
| *Титр лизоцима* | *20* |
|  |  |

***Дифференциальный диагноз:***

*При осмотре больной характерный внешний вид (желтушность кожных покровов в сочетании с выраженным асцитом и расширением вен на передней брюшной стенке) позволяет предположить наличие цирроза печени. Картина дополняется значительным похуданием, уменьшением роста волос. Наличие контрактуры Дюпюитрена, а также указание на токсический фактор, следует учитывать при обсуждении наряду с другими диагнозами алкогольное поражение печени. Гепато- и спленомегалия, признаки расширения вен портальной системы (УЗИ) свидетельствуют о наличии синдрома портальной гипертензии. Наличие значительной спленомегалии и гепатомегалии позволяет дифференцировать внутрипеченочную форму портальной гипертензии (для надпеченочной формы не характерна спленомегалия, для подпеченочной - гепатомегалия). Наличие отеков, асцита, энцефалопатии свидетельствует о декомпенсированной стадии портальной гипертензии. Печеночно-клеточная недостаточность проявляется у пациентки слабостью, снижением массы тела, желтухой. Кожный зуд, отеки, асцит, энцефалопатия – также могут являться проявлением ПКН, характеризуя ее как стадию декомпенсации. Лабораторные показатели подтверждающие наличие синдрома ПКН: повышение уровня общего и прямого билирубина, снижение уровня общего белка и альбумина, уровни холестерина и триглицеридов составляют нижнюю границу нормы (222). Снижение протромбинового индекса может быть связано как с ПКН, так и с гиповитаминозом К в рамках синдрома мальабсорбции, который может быть вызван хроническим гастритом и панкреатитом, часто сопровождающими алкогольное поражение печени.*

*Кожный зуд при отсутствии признаков кожного заболевания, в сочетании с субиктеричностью склер позволяет предположить наличие синдрома холестаза. Синдром холестаза подтверждается наличием гиперпигментации кожи, однако повышения уровня ферментов-маркеров: ЩФ,-ГТ не отмечается. О степени активности процесса можно судить по уровню СRP (++++), -глобулинемии (49,2), СОЭ (до 35) и по наличию ревматоидного фактора (латекс-тест+; реакция Ваалер-Розе 1:320), с данными в пользу высокой степени активности процесса не согласуются нормальные уровни трансаминаз, нормальная температура тела, относительно низкие уровни 2 глобулинов.*

*Совокупность синдромов в сочетании с данными УЗИ позволяет однозначно поставить диагноз – цирроз печени. Вирусная этиология цирроза исключена в связи с повторными отрицательными тестами на маркеры вирусов В и С. Наиболее вероятной представляется алкогольная этиология цирроза, характерными ее признаками являются внешний вид: контрактура, телеангиэктазии; диспептический синдром, раннее появление портальной гипертензии и асцита; лейкоцитоз (10 – 12 х 109 ) с палочкоядерным сдвигом, анемия (токс. действие алкоголя на костный мозг, нарушение метаболизма пиридоксина), увеличение СОЭ, высокий уровень IgA. Спектр сопутствующей патологии также указывает на наличие алкогольной болезни с полиорганными проявлениями. Миокардиодистрофия является причиной смещения левой границы сердца и, возможно, относительной митральной и трикуспидальной недостаточности, а также изменений на ЭКГ.*

*Хр. Гастрит и язвенная болезнь duodenum могут быть связаны с хронич. гипергастринемией при стимуляции G-клеток этанолом. В генезе энцефалопатии, вероятно, играют определенную роль несколько факторов (с чем связана значительная степень энцефалопатии – 4 по результатам теста чисел, 1 – по шкале Глазго): прямое влияние алкоголя на ЦНС; порто-системная энцефалопатия на фоне портальной гипертензии; печеночная энцефалопатия в рамках синдрома ПКН. Вероятно наибольшее значение в данном случае играет портальная гипертензия, как наиболее выраженный у пациентки клинический синдром, в то время, как в патогенезе периферической полинейропатии, вероятно доминирует прямое токсическое влияние алкоголя, так как признаки полинейропатии появились до проявления выраженной портальной гипертензии и ПКН.*

рекомендации:

* Из общих рекомендаций пациентке надо отметить щадящий режим, диета с ограничением белка, соли, жидкости до 1 л./сут.
* отказ от приема лекарственных препаратов, оказывающих отрицательное воздействие на печень, от алкоголя, жирной, жареной, острой пищи.
* Следует назначить витаминные препараты, особенно жирорастворимые витамины, всасывание которых ограничено при синдроме холестаза,:

Аевит по 1 капсуле (0,2 мл) 3 раза в день. Курс – месяц, 3 месяца перерыв.

витамины группы В (1,6)

* Верошпирон 25х4 раза/сут.
* Дюфалак – 1 мерная ложечка х 3 раза/сут.

Эпикриз:

*Больная 59 лет находилась в клинике терапии и профзаболеваний с 22.08. 2001 по 25.09. 2001.*

*Клинический диагноз –* ***алкогольная болезнь с поражением:*** *печени - цирроз печени алкогольной этиологии высокой степени активности класс С по Child-Pugh; субкомпенсированная печеночно-клеточная недостаточность. Выраженная декомпенсация портальной гипертензии, с явлениями холестаза; быстропрогрессирующее течение.*

*Поражение поджелудочной железы в рамках алкогольной болезни – хрон. панкреатит с нарушением эндокринной функции. Поражение миокарда – миокардиодистрофия. Поражение нервной системы – энцефалопатия, алкогольная периферическая полинейропатия.*

*Сопутствующие заболевания: хрон. гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения.*

*Состояние при поступлении средней тяжести.*

*Жалобы при поступлении:*

*Слабость, утомляемость, Распирающие боли в животе, Умеренный кожный зуд, Онемение пальцев рук и ног. Снижение аппетита*

Анамнез: на фоне употребления алкоголя в течение последних 10 лет начали беспокоить слабость, утомляемость, онемение пальцев рук и ног. В течение последнего года состояние ухудшалось: впервые обратила внимание на нарастающие отеки ног. В течение последующих 5 нарастали боли и ощущение дискомфорта в правом подреберье, особенно после приема жирной пищи, периодически возникал жидкий стул; больную беспокоило ощущение онемения пальцев рук и ног, слабость в ногах, повышенная утомляемость, постепенно нарастала желтуха, к периодически возникавшим отекам ног присоединился асцит. Начали проявляться и нарастали признаки энцефалопатии (инверсия сна, нарушение памяти). Периодически возникали пароксизмы мерцательной аритмии.

С 19.06.01 по 06.07.01 госпитализирована в клинику терапии и профзаболеваний с целью обследования и коррекции терапии. При обследовании: допплерКГ выявила раннесистолическую митральную регургитацию, трикуспидальную регургитацию 1 ст., снижение функции диастолического расслабления миокарда. на фоне проведенной терапии асцит уменьшился, меньше беспокоили боли в животе, нарушения стула, явления нейропатии.

*22.08.01 проведена плановая госпитализация в клинику терапии и профзаболеваний для повторного обследования и коррекции терапии. При обследовании - совокупность синдромов в сочетании с данными УЗИ позволяет однозначно поставить диагноз – цирроз печени. О степени активности процесса можно судить по уровню СRP (++++), -глобулинемии (49,2), СОЭ (до 35) и по наличию ревматоидного фактора (латекс-тест+; реакция Ваалер-Розе 1:320. Вирусная этиология цирроза исключена в связи с повторными отрицательными тестами на маркеры вирусов В и С. Наиболее вероятной представляется алкогольная этиология цирроза, характерными ее признаками являются внешний вид: контрактура, телеангиэктазии; диспептический синдром, раннее появление портальной гипертензии и асцита; лейкоцитоз (10 – 12 х 109 ) с палочкоядерным сдвигом, анемия (токс. действие алкоголя на костный мозг, нарушение метаболизма пиридоксина), увеличение СОЭ, высокий уровень IgA. Спектр сопутствующей патологии также указывает на наличие алкогольной болезни с полиорганными проявлениями. Миокардиодистрофия является причиной смещения левой границы сердца и, возможно, относительной митральной и трикуспидальной недостаточности, а также изменений на ЭКГ.*

Хр. Гастрит и язвенная болезнь duodenum могут быть связаны с хронич. гипергастринемией при стимуляции G-клеток этанолом. В генезе энцефалопатии, вероятно, играют определенную роль несколько факторов (с чем связана значительная степень энцефалопатии – 4 по результатам теста чисел, 1 – по шкале Глазго): прямое влияние алкоголя на ЦНС; порто-системная энцефалопатия на фоне портальной гипертензии; печеночная энцефалопатия в рамках синдрома ПКН.

Проводившаяся терапия: Гепа-Мерц – 1 пакет х 2 раза/сутки; ампициллин – 0, 5 х 4/сутки; верошпирон – 150/сутки; викасол; дюфалак (лактулоза); витамины В1, В6; сифонные клизмы. Физиотерапия по поводу полинейропатии. В стационаре имела место однократная рвота с примесью свежей крови, расцененная как надрыв мелких расширенных сосудов. Данных за кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода или желудка не получено.

Список пациентов, в курации которых мы участвовали:

* Мкртумян А.А. 18 л. диагноз: периодическая болезнь (абдоминальная форма); HCV-инфекция.
* Тимофеев С.М. 43г. диагноз: хронический латентный гломерулонефрит.
* Михеев В.В. 37 л. диагноз: хронический гломерулонефрит гипертонического типа с гематурией; нефроптоз; HBV-инфекция.
* Яковлев И.Н. 24г. диагноз: хрон. Гломерулонефрит гематурического типа с сохранной функцией почек.
* Селимов И.А. 22г. диагноз: быстропрогресирующий гломерулонефрит с нефротическим синдромом; пиелонефрит.
* Панин С.В. 45 л. диагноз: хрон. гломерулонефрит с нефротическим синдромом и артер. Гипертензией, с нарушением функции почек – ХПН (полиурическая стадия); HBV-инфекция.
* Поляков П.И. 42г. диагноз: хрон. гломерулонефрит гипертонического типа (фибропластический вариант); ХПН.
* Кириллова Г.А. 62г диагноз: нефроптоз 3 степени с ротацией; микрогематурия. Панкреатит(?); гепатит (?).
* Волковская Е.Г. 41г. диагноз: СКВ+АФС (лихорадка, артралгии, поражение кожи, нефротический синдром); митральный порок сердца.
* Меньшенин Л.А. 18л. диагноз: СКВ с поражением почек – нефротический синдром; туберкулез легких.
* Родионова С.В. 55л. диагноз: алопеция (идиопатическая ?/ в рамках паранеопластического синдрома?/ как вариант дебюта системного заболевания соединительной ткани?); хрон. гастрит; ЖКБ.
* Яншин В.В. 41г. диагноз: первичный билиарный цирроз печени.
* Раздобарина диагноз: аденокарцинома толстого кишечника, в анамнезе - тромбоз пупочной и портальной вен в рамках паранеопластического синдрома ?.
* Афанасов 19 л. диагноз: инфекционный мононуклеоз.
* Кузнецова О.А. 19л. диагноз: болезнь Вильсона-Коновалова (спленомегалия-гиперспленизм; панцитопения).
* Гизатулина Н.В. 42г. диагноз: тубулоинтерстициальный нефрит; полиурия с начальными признаками почечной недостаточности. (первичный амилоидоз (?)).
* Королев В.В. 38 л. диагноз: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.
* Лиманцева диагноз: ОПН; остр. тубулоитерстициальный нефрит инфекционной? лекарственной? Этиологии с аутоиммунным компонентом.
* Кукин П.П. 59 лет диагноз: ревматоидный артрит с поражением почек (амилоидоз?), с клиникой системного васкулита.