**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**И.b.т.**

**37 лет**

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Алкогольный цирроз печени, активность 2-3 степени с выраженной печеночно-клеточной недостаточностью.

Осложнение основного заболевания: Портальная гипертензия 2 стадии (выраженный асцит II-III степени, умеренная спленомегалия, ВРВП 1-2 степени).

Сопутствующие заболевания: Острые язвы нижней трети тела желудка и антрального отдела, ЖКБ 2 стадия, хронический калькулёзный холецистит латентное течение.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Пол - женский

Возраст - 37 лет

Семейное положение - не замужем

Дата поступления в стационар – 28.08.16

Диагноз при направлении в стационар – Токсический гепатит. Цирроз?

Диагноз при поступлении в стационар – Цирроз печени неясной этиологии

Клинический диагноз:

Основное заболевание: алкогольный цирроз печени, активность 2-3 степени с выраженной печеночно-клеточной недостаточностью.

Осложнение основного заболевания: портальная гипертензия 2 стадии (выраженный асцит II-III степени , умеренная спленомегалия, ВРВП 1-2 степени).

Сопутствующие заболевания: острые язвы нижней трети тела желудка и антрального отдела, ЖКБ 2 стадия, хронический калькулёзный холецистит латентное течение.

* АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ
* Субъективные данные

Жалобы на момент поступления: сильные тянущие боли в правом и левом подреберье без иррадиации, не связанные с приёмом пищи, подобные боли в анамнезе были; увеличение живота в объеме, пожелтение склер и кожи, снижение аппетита, снижение массы тела на 5кг, общая слабость, тошнота.

Жалобы на момент курации: умеренные тянущие боли внизу живота , снижение аппетита, желтушность склер.

* История развития настоящего заболевания

Началом болезни считает сентябрь 2015 года. Отмечала увеличение живота, желтушность кожи. Получала стационарное лечение с диагнозом невирусный гепатит. В феврале 2016 было обострение, лечилась стационарно. Настоящее ухудшение с конца июля 2016 года. Со слов пациентки, началось резкое ухудшение состояния, была госпитализирована в Верхневолжскую ЦРБ с диагнозом: хронический декомпенсированный гепатит с переходом в цирроз, хроническая печеночная недостаточность 2-3 ст. Была направлена на дальнейшее лечение по месту жительства. 28 августа по скорой медицинской помощи поступила в 1городскую клиническую больницу в тяжелом состоянии. Направлена в 3 терапевтическое отделение.

* История жизни. Перенесенные заболевания

Родилась от третьей беременности без осложнений. Росла и развивалась по возрасту, училась хорошо. Перенесенные детские инфекции отрицает, гепатит, СПИД, туберкулез, венерические заболевания отрицает. ОРВИ 1 раз в год. В 2009 году была выявлена язвенная болезнь желудка. Лечилась в течение месяца амбулаторно. Было 2 рецидива: в 2011 и 2013 году без осложнений, спровоцированы предположительно нерегулярным питанием, получала лечение. В феврале 2016 года была выявлена ЖКБ в латентной стадии при УЗИ гепатобиллиарной системы при обострении гепатита.

 Аллергические реакции отрицает, контакта с инфекционным больными не было. Семейный анамнез: МКБ у матери, АГ у бабушки по отцовской линии.

Питание недостаточное не регулярное. Физическая активность достаточная. Вредные привычки: алкоголь 4 раза в неделю.

* ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное, осанка прямая. Телосложение правильное, астенической конституции.

Кожа цвета интенсивного загара, сухая. Слизистые розовые, чистые. Наблюдается небольшая субэктеричность склер. В области грудины сосудистые звёздочки. Расширена венозная сеть в области живота. В местах инъекций и на нижних конечностях множественные разных размеров кровоизлияния от 3 до 6 см разной давности. В области нижней трети голеней и голеностопных суставов незначительная отечность.

Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно, толщина складки на животе 0.3 см, на конечностях 0.3 см, уплотнений нет.

Пальпируются передние шейные лимфатические узлы справа, безболезненные, не спасены с окружающей тканью. Остальные лимфатические узлы не пальпируются.

 Мышечная система развита слабо, пальпация мышц безболезненная, тонус и сила их слабые. Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует. Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объеме.

 Сердечно-сосудистая система. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, выпячивания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации визуально не определяются. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

При пальпации лучевых артерий пульс слабого наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частотой 85 в минуту. АД 110/70.

При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости на уровне IV межреберья проходит по правому краю грудины, абсолютной сердечной тупости — по левому краю грудины; верхняя граница относительной сердечной тупости, определяемая по левой окологрудинной линии, находится на III ребре, абсолютной сердечной тупости — на IV; левая граница сердца на уровне V межреберья расположена на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Ширина сосудистого пучка на уровне II межреберья находится в пределах ширины грудины.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные, чистые во всех точках выслушивания.

 Система органов дыхания. При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход ребер обычный, межреберные промежутки не расширены, эпигастральный угол меньше 90°. Частота дыхания составляет 18 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает грудной тип дыхания. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Ребра при пальпации безболезненны.

Ротовая полость: язык сухой, обложен белым на летом, сосочки сглажены. Десна не изменены.

При осмотре живот увеличен в объёме , округлой формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания не определяются, расширение подкожных вен живота не определяется . В боковых отделах живота тупой перкуторный звук из-за асцита. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой и левой подреберной области. Расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Пальпация печени, селезёнки и других органов брюшной полости затруднена. Положительный Френикус симптом справа, симптом балатирования.

Мочеполовая система. Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лежа на спине и стоя не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

* ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Биохимические исследования сыворотки крови 28.08.16

Креатинин 150.00 мкмоль/л

Билирубин общий 159.00 мкмоль/л

Билирубин прямой 107.30 мкмоль/л

Общий белок 64.90 г/л

АСТ 331.60 ЕД/л

АЛТ 112.60 Ед/л

Альфа Амилаза 109.20 Ед/л

Мочевина 16.94 ммоль/л

Заключение: гипопротеинемия, билирубинемия, снижение функции почек, патология поджелудочной железы, повышение активности аминотрансфераз.

Биохимические исследования сыворотки крови 29.08.16

Тимоловая проба 6.40 Ед

Гаммаглутамилтранспептидаза 908.01 Ед/л

ЩФ 180.80 Ед/л

Лактатдедидрогеназа 671.45 Ед/л

СРБ 16.85 мг/л

Реакция микропреципитации отр.

Заключение: патология печени

Биохимическое исследование крови 08.09.

Тимоловая проба 5.80 Ед

Билирубин общий 60.33 мкмоль/л

Билирубин прямой 45.95 мкмоль/л

Креатинин 79.54 мкмоль/л

Мочевина 6.80 ммоль/л

Аспартатаминотрансфераза 89.05 Ед/л

Аланинаминотрансфераза 55.69 Ед/л

Натрий 146.57 ммоль/л

Калий 4.63 ммоль/л

Общий Белок 57.26 г/л

Альбумины 53.53 г/л

Гаммаглутамилтранспептидаза 390.03 Ед/л

ЩФ 147.23 Ед/л

Лактатдедидрогеназа 420.18 Ед/л

СРБ 6.90 г/л

Протеинограмма

Альбумины 40.01%

a1 глобулины 4.96%

а2 глобулины 6.31%

b-глобулины 10.51%

g-глобулины 38.20%

Заключение: диспротеинемия

ОАК 06.09.

WBC 12.7 10\*9/л

RBC 3.66 10\*9/л

HGB 121 г/л

HCT 0.352

MCV 96.2 fL

MCH 33.1 pg

MCHC 344 г/л

PLT 105 10\*9/л

Исследование крови на вирусные гепатиты методом ИФА 29.08.

HBsAg не обнаружены

Суммарные антитела к вирусу гепатита B не обнаружены

Коагулограмма 28.08.16

Тромбин по Квику 29.00%

МНО 2.61

Протромбиновое время 28.0 сек

АЧТВ 45.60 сек

Фибриноген 0.89 г/л

Заключение: коагулопатия

Коагулограмма 08.09.

Тромбин по Квику 43.00%

МНО 1.84

Протромбиновое время 21. 00сек

Фибриноген 2.26 г/л

Заключение: коагулопатия

Копрограмма 30.08.16

Цвет коричневый

Форма неоформленный

Яйца гельминтов не обнаружены

Лейкоциты 0-2

Мышечные волокна без исчерченности ++

Мышечные волокна с исчерченностью +

Жиры нейтральные не обнаружены

Кристаллы жирных кислот не обнаружены

Мыла не обнаружены

Клетчатка непереваримая не обнаружены

Клетчатка переваримая единичные

Крахмал внутиклеточный не обнаружены

Крахмал внеклеточный не обнаружены

Слизь внутренняя ++

Заключение: без патологии

Исследование крови на сахар 1.09.

Результат: 4.3 ммоль/л

Общий анализ мочи 06.09.16

Белок(колич.) отр.

Относительная плотность 1.030

рН 5.00

Белок(кач.) 1.00 г/л

Глюкоза отр.

Эритроциты отр.

Лейкоциты 25 в п.з.

Билирубин отр.

Уробилиноген норм.

Кетоны отр.

Витамин С отр.

Нитриты отр.

Микроскопия мочи:

Лейкоциты 2-4 в п.з.

Слизь +++ в п.з.

Соли оксал ++ в п.з.

Заключение: лейкоцитурия

СКТ брюшной полости 7.09.

Результаты исследования: значительное скопление свободной жидкости в брюшной полости и в малом тазу. Печень, селезенка, поджелудочная железа и почки не увеличены. Диффузора изменения в печени и головке поджелудочной железы. В желчном пузыре мелкие рентгенконтрастные конкременты.

Заключение: асцит, ЖКБ

Антинуклеарные антитела, IgG скрининг 15.09.

Результаты: отриц.

Рентгенография грудной клетки в 2 проекциях 08.09.16

Результаты исследования: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Синусы свободные. Диафрагма с четкими ровными контурами. Сердце без увеличения в размерах. Аорта не изменена.

Эзофагогастроскопия диагностическая 02.09.16

Заключение: ВРВП I- II ст. Язвенный гастродуоденит.

ЭКГ 29.08.16

Заключение: ритм синусовый, нормограмма, диффузные изменения в миокарде.

УЗИ гепатобилиарной системы 28.08.16

Заключение: печень увеличена, правая доля 16.2 см, левая доля 7.9 см.

Край печени закругленный, поверхность неровная, ткань гиперэхогенная, неоднородная. Воротная Вена 1.1см, ОПП 0.2см.

Желчный пузырь 8.1\*3.7 см, с перегибом в нижней трети, в нижней трети изоэхогенная смесь.

Поджелудочная железа: головка 2.2см, тело 1.3см, хвост 2.3см. Контур неровный, ткань гиперэхогенная однородная.

Селезенка увеличена, площадь 65 кв.см.

Во всех отделах живота умеренное количество свободной жидкости.

* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1)Предположим, что у пациентки обструкция желчевыводящих путей, так как выявлена желтуха,боли в животе, увеличение концентрации билирубина и активности ЩФ и аминотрансфераз, характерные для данного заболевания. Но УЗИ не обнаружило расширения внутрипечёночных жёлчных протоков и общего жёлчного протока, к тому же в анализах имеются признаки печеночно-клеточной недостаточности, не характерные для обструкции жвп.

2)Предположим, что у пациентки вирусный гепатит, так как выявлены характерные признаки: желтуха, сильные тянущие боли в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота, общая слабость, в анализах крови признаки печеночно-клеточной недостаточности, билирубинемия, повышение активности аминотрансфераз и других ферментов. Но исследование крови на вирусные гепатиты методом ИФА 29.08.16.не обнаружило HBsAg и суммарные антитела к вирусу гепатита B. Поэтому исключаем данный диагноз.

3)Цирроз печени необходимо дифференцировать с хроническим активным гепатитом. О переходе гепатита в цирроз свидетельствует наличие признаков портальной гипертензии (варикозное расширение вен нижней трети пищевода), подтвержденное диагностической эзофагогастроскопией 02.09.16(Заключение: ВРВП I- II степени).

* КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании анамнеза: наличие заболеваний печени - невирусный гепатит, хронический декомпенсированный гепатит с переходом в цирроз, хроническая печеночная недостаточность 2-3 ст., злоупотребление алкоголем; на основании жалоб на сильные тянущие боли в правом подреберье, увеличение живота в объеме, пожелтение склер и кожи, снижение аппетита, общую слабость, тошноту; на основании объективного осмотра: умеренная болезненность в правом подреберье, положительный Френикус симптом справа, симптом балатирования; на основании дополнительных данных: биохимическое исследование крови – билирубинемия, повышение активности аминотрансфераз (АСТ 331.60 Ед/л, АЛТ 112.60 Ед/л) , повышение ЩФ(в 2 раза больше нормы), гаммаглутамилтранспептидазы ( в 23 раза больше нормы), лактатдедидрогеназы(в 3 раза больше нормы), увеличение значений Тимоловой пробы, СРБ; диспротеинемия, коагулопатия; ОАМ - лейкоцитурия; УЗИ гепатобилиарной системы - гепатомегалия, неоднородность ткани печени; СКТ брюшной полости - асцит. Клинический диагноз: Основное заболевание: алкогольный цирроз печени, активность 2-3 степени с выраженной печеночно-клеточной недостаточностью. Осложнение основного заболевания: портальная гипертензия 2 стадии (выраженный асцит II-III степени, умеренная спленомегалия, ВРВП I - II степени).

Сопутствующие заболевания: острые язвы нижней трети тела желудка и антрального отдела, ЖКБ 2 стадия, хронический калькулёзный холецистит латентное течение.

* ЛЕЧЕНИЕ
* S- аденозинметионин в/в капельно 800 мг в сутки однократно в течении 2 недель. Затем переход на пероральный прием по 400 мг 3 раза в сутки в течение 4 недель и более.
* Спиронолактон 100 мг сутки, каждые 7 дней увеличение на 100 мг. Максимально 400 мг в сутки. + Фуросемид 100 мг в сутки.
* Пропранолол по 30 мг 2 раза в сутки.
* Стол №5а
* ДНЕВНИК

12.09.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Жалобы на умеренные тянущие боли внизу живота, снижение аппетита. Наблюдается незначительная субэктеричность склер. В области грудины сосудистые звёздочки. Расширена венозная сеть в области живота. В местах инъекций и на нижних конечностях множественные разных размеров кровоизлияния от 3 до 6 см разной давности. В области нижней трети голеней и голеностопных суставов незначительная отечность. Живот увеличен в объеме за счёт асцита. При пальпации живота умеренная болезненность в правом подреберье. Положительный симптом балатирования. Стул оформленный. Мочеиспускания безболезненные каждые 3 часа. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС 85, АД 110/70.

13.09.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Жалобы на снижение аппетита, умеренные тянущие боли внизу живота. Сохраняется субэктеричность склер, сосудистые звёздочки в области груди, кровоизлияния на нижних конечностях, новых кровоизлияний не отмечается. Живот увеличен в объеме, не уменьшается в динамике. При пальпации живота сохраняется умеренная болезненность в правом подреберье. Симптом балатирования положительный. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС 82, АД 110/70.

14.09.

Состояние средней степени тяжести с положительной динамикой. Пациентка более контактна, менее апатична. Жалобы на боли в околопупочной области. Живот увеличен в объеме за счёт асцита, уменьшается в динамике. Живот увеличен в объеме, не уменьшается в динамике. При пальпации живота сохраняется умеренная болезненность в правом подреберье. Дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД 16', ЧСС 86, АД 115/70. Стул и мочеиспускание не нарушены.

15.09.

Состояние средней степени тяжести с положительной динамикой. Жалоб нет. Живот увеличен в объеме за счёт асцита. При пальпации живота сохраняется умеренная болезненность в правом подреберье. Дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД 18', ЧСС 90, АД 120/80. Стул и мочеиспускание не нарушены.

16.09.

Состояние средней степени тяжести с положительной динамикой. Жалоб нет. Самочувствие лучше. Живот увеличен в объеме за счёт асцита, уменьшается в динамике. При пальпации живота сохраняется умеренная болезненность в правом подреберье. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17'. ЧСС 85, АД 110 /70.

* ЭПИКРИЗ

Пациентка 37 лет поступила в стационар 28.08.16 по скорой медицинской помощи с диагнозом Цирроз печени неясной этиологии. Состояние тяжёлое, сознание заторможено. Жалобы на сильные тянущие боли в правом и левом подреберье без иррадиации, не связанные с приёмом пищи, подобные боли в анамнезе были; увеличение живота в объеме, пожелтение склер и кожи, снижение аппетита, снижение массы тела на 5кг, общая слабость, тошнота.

В анамнезе невирусный гепатит в 2015 году с обострением в феврале 2016, хронический декомпенсированный гепатит с переходом в цирроз, хроническая печеночная недостаточность 2-3 ст. в июле 2016, злоупотребление алкоголем. При осмотре небольшая субэктеричность склер, в области грудины сосудистые звёздочки. В местах инъекций и на нижних конечностях множественные разных размеров кровоизлияния от 3 до 6 см разной давности. В области нижней трети голеней и голеностопных суставов незначительная отечность. Язык сухой, обложен белым налетом, живот увеличен в объёме, в боковых отделах живота тупой перкуторный звук из-за асцита. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой и левой подреберной области. Пальпация печени, селезёнки и других органов брюшной полости затруднена. Положительный Френикус симптом справа, симптом балатирования.

В биохимическом исследовании крови – билирубинемия, повышение активности аминотрансфераз (АСТ 331.60 Ед/л, АЛТ 112.60 Ед/л) , повышение ЩФ(в 2 раза больше нормы), гаммаглутамилтранспептидазы ( в 23 раза больше нормы), лактатдедидрогеназы(в 3 раза больше нормы), увеличение значений Тимоловой пробы, СРБ; диспротеинемия, коагулопатия; ОАМ- лейкоцитурия; УЗИ гепатобилиарной системы- гепатомегалия, неоднородность ткани печени; СКТ брюшной полости - асцит.

Назначено лечение: 1)S - аденозинметионин в/в капельно 800 мг в сутки однократно в течении 2 недель; 2)Спиронолактон 100 мг сутки, каждые 7 дней увеличение на 100 мг. Максимально 400 мг в сутки. + Фуросемид 100 мг в сутки; 3)Пропранолол по 30 мг 2 раза в сутки; 4)Стол №5а.

Наблюдается положительная динамика, снижение болевого синдрома, уменьшение живота в объеме, улучшение самочувствия, нормализация биохимических показателей крови.

Рекомендуется продолжить лечение в стационаре.